

Hvilke klassifikationssystemer er til rådighed for sundhedsvæsenets registreringer af ulykker?

Thorsten Kruse

I de seneste år er der kommet en stigende erkendelse af, at de officielle ulykkesstatistikker, hvad angår vigtige ulykkestyper, ikke er dækkende. Det er derfor vigtigt, at det supplement, sundhedsvæsenet fremover kan give, kommer til at indeholde oplysningstyper, som de myndigheder, der skal forstå den praktiske ulykkesforebyggelse, kan have glæde af. Hvor udviklingen af klassifikationerne hidtil har været præget af kliniske eller administrative hensyn, præsenterer nogle overvejelser baseret på epidemiologiske præmisser.

Thorsten Kruse, der siden 1977 har arbejdet som ulykkesforsker i Odense, har på basis af sine erfaringer med klassifikationsarbejde i dansk, nordisk og WHO-regie forsøgt at give en samlet redegørelse for de seneste års udviklingstendenser i nedenstående artikel.

INDLEDNING

Klassifikationer er redskaber, — der ofte rummer en sær blanding af definitioner og pragmatiske grupperinger — der må vurderes ud fra hvilken brug, man tiltænkte dem, — men som også må vurderes i et historisk perspektiv.

Bag brugen af klassifikationer ligger en meget lang erkendelsestradition i såvel den empiriske som den teoretiske forskning. Endog inden for mere spekulative områder har man benyttet klassifikationer, — som f.eks. arten og antallet af himle, englenes sprog m.v.

Man har sagt "Giv tingen et navn og den eksisterer". Vort sprog, vort ordforråd og den klarhed, hvormed vi beskriver og dermed definerer "ting", sætter alene grænserne for, hvad og hvordan vi kan

klassificere. Denne trang til systematisk inddeling og udforskning af vor verden ligger i direkte forlængelse af Galilei's ord om, at vi skal "Måle, hvad måles kan, — og gøre det umålelige måleligt".

En klassifikation kan beskrives som en samling inddelinger af en ting eller et fænomen's forskellige fremtoninger, ordnet efter i forvejen definerede kriterier.

Valget af, hvilke kriterier man i en aktuel klassifikation har lagt vægt på, er næsten uden undtagelse truffet med en bestemt anvendelse af klassifikationen for øje.

Deraf følger, at man ikke kan udtale, at en klassifikation, er "mere sand" end en anden. Man kan alene ud fra en konkret vurdering afgøre, om man er bedre hjulpet med den ene eller anden. Har brugen af en klassifikation skabt grundlag for (ved den efterfølgende analyse) at tilvejebringe "ny information" (ny erkendelse) eller ej? Det er det afgørende ved valget.

Klassifikationer som "universalværktøj"

Som netop nævnt, står epidemiologen ganske ofte overfor et vanskeligt valg — mellem diverse klassifikationer. For ikke at glemme den oftest sidst benyttede udvej — at lave en ny selv. Det er naturligvis helt legitimt, og ofte meget påkrævet, at forsøge at reproducere andres fund, ved at kopiere deres metodologi, herunder anvendte klassifikationer. På

.....

En klassifikation kan beskrivas som en samling indelningar av en saks eller ett fenomen's olika framtoningar, ordnade efter i förväg definierade kriterier

.....

Man kan endast utifrån en konkret värdering avgöra, om man är bättre hjälpt med den ena eller andra klassifikationen

den anden side er litteraturen også righoldig på eksempler, hvor man har anvendt en klassifikation, der oprindeligt var udviklet til et bestemt formål, til noget helt andet. Det er de færreste undersøgelsesdesigns, der kan tåle en sådan "omplantning" af en formåls-bestemt klassifikation. Den kalibrering, den tidligere forsker havde udført, vil kun sjældent gælde i et nyt univers.

Selv anvendt til samme formål, kan der opstå problemer, hvis man benytter en udenlandsk klassifikation, oversat til ens eget sprog. Det er ikke kun nuancer, der kan gå tabt ved en oversættelse, — og i de færdige tabeller er det svært at få øje på, hvad der gik tabt. Ukritisk brug af internationale klassifikationer kan være et dyrt offer at bringe på erkendelsens alter! En god håndværker benytter specialværktøj, en amatør en universaltang. Forskere bør også være gode håndværkere.

Når dette er sagt, må vi dog erkende, at der er brug for at kunne forske og kommunikere resultater internationalt. Der er et reelt behov for en række internationale klassifikationer, blot må vi forstå at respektere deres anvendelsesområder og være ekstra påpasselige med definitioner og oversættelser.

Hvilke klassifikationer har vi da?

Hvis vi skal indsnævre os til klassifikationer, der typisk anvendes ved ulykker med personskade, er udvalget ikke så forfærdeligt stort. Klassifikationerne kan hovedgrupperes alt efter om de bruges til at beskrive (inddele):

- begivenheden/hændelsen ("Mechanism & Setting"),
- skadevirkningerne ("Consequences")

Denne sondring kan ikke altid opretholdes, da visse klassifikationer rummer elementer af begge aspekter.

Da ICD er et illustrativt eksempel på dette, vil jeg tage udgangspunkt her.

International Classification of Diseases (ICD)

Når man taler om ICD, skal man være opmærksom på, at den fulde titel er "The International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death" (1). Klassifikationen har sin rod i klassifikation af dødsårsager.

Dens senere adaptation inden for morbiditetsstatistikken er kun i meget begrænset udstrækning afspejlet i struktur, indhold og anvendelsesregler.

Meget af den kritik, der i de seneste 10 år har været rettet mod ICD's kapitler om "Injury and Poisoning" og "External Causes of Injury and Poisoning" (hvoraf det sidste ved 9. revision i 1975 blev trukket ud som en tillægs-klassifikation), udspringer af misforholdet mellem en dødsårsagsklassifikations' inddelinger og de inddelinger man i morbiditetsstatistik kunne ønske sig (2). Ikke mindst når denne sidstnævnte søges anvendt i profylaktisk øjemed.

"Mechanism & Setting"

Ulykkesepidemiologer finder det nærmest "ubegribeligt", at man med ICD på 3-cifret niveau uden problemer kan specificere: "Accident involving spacecraft" (E845), når man end ikke på 4-cifret niveau kan klassificere arbejdsulykker.

Man må konstatere, at dette aspekt, eller ønske ligger udenfor klassifikationens, — internationalt set, centrale anvendelsesområde og er derfor ikke tilgodeset. En mindre høflig forklaring på, at man ikke kan klassificere arbejdsulykker, skal efter sigende være, at man i visse lande vil undgå, at der kan rejses erstatningssager med udgangspunkt i en dødsattest, der klassificerer den ydre årsag som en arbejdsulykke!

På det strukturelle niveau er kapitlet også vanskeligt at arbejde med som ulykkesforsker. Der er helt enkelt ingen overordnet inddeling, der tillader en hurtig udsortering af egentlige ulykkestilfælde (3, 4).

Okritiskt bruk av internationella klassifikationer kan vara ett dyrt offer att lägga på kunskapens altare

Det finns helt enkelt inte någon överordnad indelning, som tillåter en snabb utsortering av egentliga olyckstillfällen

Hertil kommer, at der er stoppet en del "rod" ind, som feks. "surgical and medical procedures as the cause of abnormal reaction of patient or later complication, without mention of misadventure at the time of procedure" (E878+879) samt "Late effects of accidental injury" – hvilket turde være manifestation, snarere end årsag! Helt ude af trit med logikken er "E887: Fracture, cause unspecified". Det hævdes, at denne kode er nødvendig i u-landene, hvor frakturen ofte er den eneste information, man har om dødsfaldet.

På denne baggrund er det betagende at se, med hvilken tillid man overlader det til sundhedsvæsenet at foretage subtile distinktioner inden for transportulykkerne! Alene de indledende definitioner fylder flere sider i ICD-9 (pp. 547–5529).

Man forestiller sig – i ramme alvor – at man i sundhedsvæsenet, hvadenten det gælder klassifikation af dødsårsag eller årsag til hospitalsindlæggelse kan honorere feks flg:

–E811: Motor vehicle traffic accident involving re-entrant collision with another motor vehicle.

– Includes: collision between motor vehicle which accidentally leaves the roadway, then re-enters the same roadway, or the opposite roadway on a divided highway, and another motor vehicle.

– Excludes: collision on the same roadway when none of the vehicles involved have left and re-entered the roadway (E812.–)

For at komplettere billedet skal blot tilføjes, at den oplysning, som sundhedsvæsenet formentlig har større sansynlighed for at ligge inde med, – nemlig hvilken trafikantkategori den skadelidte tilhørte, kun kan specificeres på det 4-cifrede niveau!

"Consequences"

Ved klassifikation af skadevirkningerne (tidligere i ICD-8 benævnt som "N-kapitlet") er der også pro-

blemer, dels strukturelle og dels indholdsmæssige.

Hvad det sidste angår, er det påfaldende, at man intet steds kan klassificere de skadelige virkninger af gifte, medicin, kemikalier og andre toksiske agens. Disse, i daglig tale "forgiftninger" klassificeres ikke ved deres skade på kroppen, men ved agens. Endvidere vil man som traumatolog måske undres over, at læsioner af sener, muskler og blodkar er så groft klassificeret.

På det strukturelle plan er den nuværende, overordnede inddeling af kapitlet nærmest at ligne med den inddeling vore basale anatomibøger havde, – først knoglerne, så leddene og så videre, efter den systematiske anatomis principper.

At dette er uhensigtsmæssigt, uoverskueligt og tidsrøvende, når kapitlet anvendes i morbiditetskodning, har enhver kliniker oplevet. En skadet underarm kan kræve mange opslag i kapitlet, inden alle læsions-koderne er fundet!

Dette praktiske problem har ikke kun akademisk interesse. Det engelske TRRL (Transport and Road Research Laboratories) har gjort den lidet flatterende opdagelse, at blandt hospitaliserede trafikulykkesofre var de 95 % beskrevet indenfor mindre end 10 forskellige diagnoser! Noget kunne tyde på, at man har opgivet at klassificere nuanceret. (Skotske hospitalsdata, 1984. Personlig meddelelse fra Adrian Hobbs, TRRL, 1986).

Næppe overraskende er jeg nået til den konklusion, at ICD i såvel 8. som 9. revision, og med de historiske bindninger anvendelsesreglerne giver, ikke er et velegnet værktøj til klassifikation af hverken selve ulykkerne eller deres ledsagende skader. At jeg ikke er alene om denne opfattelse, fremgår måske tydeligst af de forslag til 10. Revision af ICD, som jeg senere i artiklen omtaler.

Det engelska TRRL har gjort den föga smickrande upptäckten, att bland hospitaliserade trafikolycksfallsoffer var 95 % beskrivna inom mindre än 10 olika diagnoser

ANDRE OG NYERE KLASSIFIKATIONER OG SYSTEMER.

I dette afsnit vil jeg noget kortere beskrive følgende "systemer":

- 1) The Abbreviated Injury Scale (AIS),
- 2) Ulykkesstatistikregisteret i Odense,
- 3) The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH),
- 4) WHO' Basic Data Set (BDS) og
- 5) NOMESKO's alternativ til ICD-E.

Fælles for alle disse systemer er, at de er udviklet til brug i sundhedsvæsenet, som supplement eller alternativ til eksisterende/lovpligtige systemer. Rækkefølgen afspejler udviklingen historisk set, fra midten af 1970'erne til idag.

Abbreviated Injury Scale. (AIS)

Dette "instrument", er oprindeligt udviklet af en samarbejds-komité mellem The American Medical Association og The American Association for Automotive Medicine (AAAM) samt Society of Automotive Engineers (SAE) og første gang publiceret i 1971. Nye udgaver så dagens lys i 1976, 1980 og den seneste er fra 1985 (5).

Skalaen er primært beregnet på vurdering af læsioner pådraget ved trafikulykker og er opbygget med to hoved-dimensioner:

- 1) en topografisk liste over læsioner, og
- 2) en skala for "injury severity".

Listen er opdelt i 6 kropsregioner samt "external", og i vid udstrækning minder underinddelingerne om ICD's "injuries". Man skal dog huske, at der ikke er forgiftninger i AIS.

Skalaen, der arbejdes med, er en rang-skala, der anvender cifrene fra 0 til 6, idet cifret 0 dækker "ingen læsion" og cifret 6 en læsion, man med det nuværende sundhedsvæsens formåen ikke har nogen chance for at overleve.

Man skal dog gøre sig helt klart, at skalaen alene udtrykker læsionernes alvor – ikke per se, hvorvidt den tilskadekomne faktisk døde. Man kan således meget vel finde patienter med læsioner, der blev bedømt til maksimalt AIS=3, og som døde; og omvendt må man ikke, – blot fordi patienten døde – benytte værdien: AIS=6. For at foretage en korrekt klassificering, skal man benytte al tilgængelig infor-

mation om den skadelidtes læsioner. Den praktiske brug er dels beskrevet i selve manualen, men en mere klinisk orienteret indføring er givet af Knud Jørgensen 1981 (6).

Der er udviklet særlige metoder til at sammenfatte alvorligheden af samtidigt optrædende læsioner hos en patient. Mest kendt er the Injury Severity Score (ISS) udviklet af Baker i 1974 (7).

Til beregningen af ISS udtager man den højst scorede læsion fra op til tre forskellige kropsregioner, kvadrerer disse scores og summerer. Arbitrært er der fastsat en øvre grænse for ISS på 75. Denne værdi tildeles automatisk, hvis blot én læsion er scoret=6 (8).

Fra klinikere og epidemiologer blev der i årene efter 1980 rejst nogen kritik af ISS.

1): Klinikere fandt det betænkeligt, at man ved at begrænse udvælgelsen til den højst scorede læsion fra tre forskellige kropsregioner, kunne komme til at "undertrykke" alvorlige læsioner, samtidigt optrædende, i samme kropsregion.

2): Epidemiologer var i stigende grad bekymrede ved det noget "frit-flyvende" summariske score, der ikke systematisk kunne relateres et givet udkomme for den skadelidte.

Efter revisionen af AIS i 1980 fremkom et alternativ til ISS: det af Somers udviklede Probability of Death Score (PODS) (9). Dette score beregnes ud fra de to højest scorede læsioner, uden hensyn til hvilken kropsregion, der er tale om, – og der kan tages hensyn til skadelidtes alder. Scoret er udviklet ved multipel logistisk regression og er senere med bistand fra Sander Greenland gjort mere stabilt (10).

Da PODS udtrykker en sandsynlighed for at dø, kan man med lokale overlevelsestavler beregne dels det forventede antal døde per 1000 tilskadekomne i en given risikogruppe, og dels det forventede leveårstab. Selvom begge mål er fiktive, giver det dog mulighed for bedre prioritering af ulykkesforebyggende tiltag – især for ulykkestyper, hvor dødelig udgang er sjælden (11).

Fælles for de to metoder (ISS og PODS) er, at man forsøger at udnytte informationen fra de overlevende, og ikke alene prioritere ud fra de faktisk døde. Dette kan have/få stor betydning for evalueringsprojekter, idet man kan afkorte observationsperioderne.

Socialmedicinsk tidsskrift nr 10 1987

Ulykkesstatistikregisteret i Odense

Da artiklen ikke skal omhandle registreringssystemer, skal jeg alene give en kort beskrivelse af de særlige klassifikationer, som dette skadestueregister benytter for inddata. (Registreringen har kørt på edb siden 1975 og hvert år registreres ca 35 000 nye ulykkestilfælde blandt ca 44 000 akutte skadestuekontakter)

Ved en revision af registreringsmetoder og klassifikationer pr. 1. januar 1980 indførtes for første gang en systematisk, multiaksial klassifikation.

Blandt de væsentlige nyheder indførtes:

- en rent geografisk klassifikation af skadested, ("S-koden")
- en sorterings-klassifikation af begivenheden, der udløste kontakt til sundhedsvæsenet ("U-koden"), herunder en særlig kode for "egentlige ulykker"
- en klassifikation af "skade-mekanisme" ("M-koden").

S-koden omfatter 10 "steder", U-koden har 8 underinddelinger og endelig rummer M-koden 14 hovedkategorier, som kan specificeres på et næste niveau. Udviklingsarbejdet blev præsenteret for et internationalt forum i sommeren 1982 (12).

Erfaringerne med denne klassifikation syntes så gode, at de fortjente "export", og det skal heller ikke være nogen hemmelighed, at man kan genkende væsentlige elementer fra disse klassifikationer i såvel WHO's Basic Data Set, i NOMESKO's forslag som i den danske sundhedsstyrelses forslag til registrering af skadestuepatienter (13, 14, 15.).

WHO's klassifikation af læsioner, funktionshæmning og handicaps (ICIDH).

Samtidigt med fremkomsten af AIS – dvs. i begyndelsen af 1970'erne opstod ønsket om at få udviklet en klassifikation, der fokuserede på andre aspekter af sygdomskonsekvenser end dødelighed. Arbejdet blev en tid lang ledet i Paris på opfordring af WHO, men først i 1975 overtog Woods arbejdet, og udsendte en første "CIH" (16). Fem år senere udkom ICIDH i en fyldig udgave (17).

Hvor ICIDH's indledende kapitler om bl.a. begrebet "disability" er vældig gode at få forstand af, må man nok konstatere, at selve den detaljerede klassi-

fikation er vanskelig at benytte. Det skal dog straks medgives, at der foreligger modstridende signaler i så henseende. I en foreløbig meddelelse fra universitetssygehuset i Saint-Etienne til WHO (Minaire, Juni 1986) anføres det, at når det drejer sig om ulykkesofre er "Disabilitydelen" i ICIDH bedre end "Activities of Daily Living" (ADL), der som en del af the Sickness Impact Profile (SIP), er udbredt i USA.

WHO's Basic Data Set (BDS)

Dette system, udviklet i 1983-86 bygger dels på erfaringer fra det engelske "Home Accident Surveillance System" (HASS) og dels på danske og amerikanske erfaringer. Man overtog HASS's system til klassifikation af læsioner – en matrix med kropsregion på den ene led og læsionstype på den anden. Variable svarende til de danske S-, U- og M-koder blev indpasset og man indføjede ICIDH's 9 hovedkategorier af "Disabilities" til markering alene med svarmulighederne: "ja/nej". BDS er endnu ikke "autoriseret" af WHO, men er under afprøvning i en række af europaregionens middelhavslande.

NOMESKO's System

Udviklingen af dette system er beskrevet i "den lille røde for ulykkes forskere" (19). Man vil heri se, at der nu er lagt op til en fælles-nordisk klassifikationsstandard hvad angår sundhedsvæsenets ulykkesregistreringer.

Der er, ligesom i Odense, tale om en multiaksial klassifikation, men med spændende ny-skabelser.

For det første, er sted-koden nu så grundligt beskrevet i manualen, at det vil være en forholdsvis smal sag, at udarbejde den på 2-cifret niveau, hvis man har behov for det.

For det andet er M-koden, der i visse henseender kan beskyldes for at være et hybrid mellem ulykkesmekanisme og skade-mekanisme, forsøgt bedre

.....
Det är, liksom i Odense, tal om en multiaksial klassifikation, men med spännande nyskapelse
.....

Det är dock långtifrån alla önskemål, WHO har kunnat tillmötesgå

underinddelat, isär hvad angår de hyppige "slag og stød".

Endvidere er der foreslået en klassifikation af "skadelidtes aktivitet" med to betydende cifre.

Klassifikationen blev i princippet vedtaget på NOMESKO's plenarmøde i sommeren 1985.

DET VIDERE ARBEJDE

10. Revision of ICD

Kritik af ICD's ulykkesrelevante kapitler har ikke alene været et nordisk fænomen. De kommentarer WHO's medlemslande har haft til ICD-9 samles løbende i hovedkvarteret i Geneve. Jeg har selv haft lejlighed til at studere ringbindene dernede, og det er slående, at kommentarerne falder i tre grupper:

- fra vitalstatistikkens embedsmænd, der ønsker så få ændringer, som muligt
- fra især amerikanske klinikere, der ønsker "misadventures" og "adverse reactions" op-prioriteret
- fra ulykkesforskere, der ønsker, at ICD også skal kunne bruges som klassifikation i det ulykkesforebyggende arbejde.

Disse kommentarer har haft stor betydning for den 10. revision af IDC, hvad angår de kapitler, der har ulykkesforskernes interesse (Chapter XIX og XX, ICD-10).

Det første udspil kom fra WHO's egen Steering Committee on Indicators for Accidents, hvor man i 1982 bla nedsatte en arbejdsgruppe, der skulle fremkomme med forslag til ICD's 10. revision, så ulykkesforebyggelsen kunne få et bedre empirisk grundlag. Gruppens resultater er opnået ved et snævert samarbejde mellem Steering Committee, WHO's hovedkvarter i Geneve og, siden 1984 NOMESKO's ARON-gruppe (Arbejdsgruppe vedr. registrering af olycksfall i Norden).

I sommeren 1986 blev 2.,nd Draft Proposal til ICD-10 udsendt til medlemslandene (20). Jeg vil varmt anbefale, at man studerer forslaget til et nyt "N-Kapitel" - det hedder nu: "Consequences of

External Causes". Slut i september 1986 kom, lidt forsinket, et forslag til et nyt "E-Kapitel" - nu kaldet: "External Causes of Morbidity and Mortality". Det fortjener samme opmærksomhed.

Man vil forhåbentlig ud fra et ulykkespræventivt synspunkt kunne se markante fremskridt i forhold til såvel ICD-8 som ICD-9. Læsionerne er nu systematisk inddelt i kropsregioner, - altså en "topografisk" model, og i det nye "E-kapitel" er hierarkiet ændret, så de oplysninger sundhedsvæsenet har bedst mulighed for at registrere, nu befinder sig på et højere niveau i klassifikationen. Hvor det har været muligt, er NOMESKO's stedkode forslået benyttet på 4. kodeposition.

Det er dog langt fra alle ønsker, WHO har kunnet imødekomme. Der er stadig sære "levn" fra mortalitets-statistikken, såsom manglende konsistens hvad angår fordelingen mellem, hvad der er ydre årsager, og hvad der er konsekvenser. Vi mangler fortsat at få skabt en sub-klassifikation af forgiftnings-skadernes natur, så agens omsider kan henvises strikte til kapitlet om de ydre årsager.

Hvis det skal lykkes at rette op på noget af alt dette, er det på tide, at flere ulykkesforskere blander sig i koret af kritiske røster - såvel direkte over for WHO (DES-Unit i Geneve) som overfor vore egne, nationale repræsentanter vis-a-vis WHO.

Rent konkret vil jeg foreslå, at vi enes om følgende mål vedrørende ICD-10:

1) Videreudviklingen af ICD's kapitler XIX og XX skal følge de grundideer, der er nedfældet i 2.nd Draft Proposal for ICD-10,

2) NOMESKO's stedkode skal være 4. chiffer i ICD-10's version af "E-koden", Kapitel XX, og

3) NOMESKO påtager sig at udvikle en klassifikation af toksisk betingede skader til optagelse i ICD-10's Kapitel XIX.

Om det skall lyckas att rätta till något av allt detta, är det på tiden, att flera olycksforskare sluter sig till kören av kritiska röster

Andre rekommandationer

Nu går der jo nogle år, inden ICD-10 bliver officielt indført, så der er tid til at afprøve "den lille røde" og udvikle nye klassifikationsmoduler. F. eks.:

1) Der er fra flere sider påpeget et behov for en mere præcis monitorering af trafikulykker med person-skade, herunder rutinemæssig brug af AIS.

2) Fra forbrugersektoren er der ønske om at få inddraget sundhedssektoren i overvågningen af de produktrelaterede (forbrugerprodukter) hjemme- og fritidsulykker.

3) Forebyggelsen af arbejdsulykker kunne formentlig også styrkes, hvis sundhedsvæsenet kunne levere et supplement til den eksisterende, lovpligtige registrering af arbejdsulykker.

4) Der savnes en mere praktisk anvendelig klassifikation at de skadelidtes funktionshæmning (disability), –en helt nødvendig komponent i prioriteringen af ulykkesforebyggelsen.

Hver af disse ønsker kan kun tilgodeses, hvis der udvikles specialværktøjer = klassifikationsmoduler, som visse sygehuse kan bringe i anvendelse efter aftale med brugerne.

Dette bidrag er helt nødvendigt, hvis vi i de nordiske lande skal opfylde vores forpligtelse i henhold til HFA-2000 programmets europæiske "Target-11".

AFSLUTNING

Det jeg har foreslået, er altså meget jordnært og konkret, – men en nødvendig parallel aktivitet til den sundhedspolitiske stillingtagen. For, – som Camus sagde: "Holding uden viden er lige så farlig som viden uden holdning".

Hvis vi vil øge vores viden om ulykker – for at forbedre den forebyggende indsats – må videreudviklingen at de nødvendige klassifikationer intensiveres. Min personlige erfaring, efter at have arbejdet med dette i nogle år, er, at man ikke skal vente et udspil i så henseende fra de kredse, der først og fremmest tænker på den næsten hellige kontinuitet i tabelværkerne.

Samtidigt skal vi undgå at fortabe os i subtile, eller alene dags-aktuelle detaljer, – noget, der desværre ofte har præget klinikeres ændringsforslag til de tidligere versioner af ICD's "N-kapitel".

Om vi vill öka vårt vetande om olyckor – för att förbättra den förebyggande insatsen – måste vidareutvecklingen av de nödvändiga klassifikationerna intensifieras

I dette "ingenmansland", mellem bureaukratiske og kliniske hensyn, skal vi udvikle de værktøjer, der skal benyttes i den epidemiologiske forskning, der skal lægges til grund for den konkrete ulykkesforebyggelse. Der bliver nok at se til i de nærmeste år!

REFERENSER

1. WHO, Geneva: Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. 1977.
2. Kurtzke, John F.: ICD 9: A Regression. Am J Epid 1979; 109: 383–393.
3. Svanström, L.: Socialstyrelsens olycksfalls-klassifikation bör revideras!. Läkartidn 1974; 71:4597–99.
4. Langley, J.: The International Classification of Diseases Codes for Describing Injuries and Circumstances Surrounding Injuries: A Critical Comment and Suggestions for Improvement. Accid. Anal. & Prev. 1982; 14:195–97.
5. Abbreviated Injury Scale, 1985 Revision, Committee on Injury Scaling, American Association for Automotive Medicine, Arlington Heights IL 60005, USA.
6. Jørgensen, K.: Use of the Abbreviated Injury Scale in a Hospital Emergency Room. Acta Orthop. Scand. 1981; 52:273–77.
7. Baker, S. P. et al.: The Injury Severity Score: A Method for Describing Patients with Multiple Injuries and Evaluating Emergency Care. J Trauma 1974; 14:187–96.
8. Baker, S. P. & O'Neill, B.: The Injury Severity Score: An Update. J Trauma 1976; 16:882–85.
9. Somers, R. L.: The Probability of Death Score: An Improvement of the Injury Severity Score. Proc. American Association for Automotive Medicine Conference, October 1981, San Francisco USA.
10. Somers, R. L.: New Ways to use the AIS. Laboratory of Public Health & Health Economics Research, Odense University, Denmark, 1982.
11. Kruse, T.: The Role of Road Traffic Accident Epidemiology in Selecting Targets for Road Safety Education and Training. In: "Education for Safety". Scottish Health Education Group, Edinburgh, Scotland, 1984.

12. *Kruse, T.*: Accident Trauma: Classification and Indicators. WHO Joint EURO/HQ Committee on Statistical Indicators for Accidents, Saint-Etienne, France, 14–18 June 1982. (ICP/ADR 052/7, IRP/ADR 218–21/7, 18 May 1982).
13. Basic Data Set, Information on Accidents. Forms and Manual obtainable (Vers. 1985) through Regional Officer for Prevention of Accidents, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen.
14. NOMESCO: Nordic Classification for Accident Monitoring, Codes and Manuals. February 1985. Nordisk Statistisk Sekretariat, Sejrøgade 11, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.
15. Sundhedsstyrelsen: Fællesindhold ved registrering af skadestuepatienter og klassifikation af ydre årsag til beskadigelse. Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering, Rapport nr.7, 1986.
16. *Wood, Philip H. N.*: Classification of Impairments and Handicaps. International Conference for the Ninth Revision of the ICD, Geneva, 1975. (WHO/ICD9/CONF/75.15).
17. WHO: International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps, WHO, Geneva, 1980.
18. NOMESKO: Nordisk klassifikation til brug i Ulykkesregistrering. Rapport nr. 20, December 1984. (See reference no. 14 for full address).
19. Circulation of the Second Draft Proposal for the Tenth Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10). WHO, Geneva, July 1986. (WHO/DES/ICD/II/1986).

Nyheter inom samhällsmedicin

Att förebygga – samhällsmedicin i praktiken

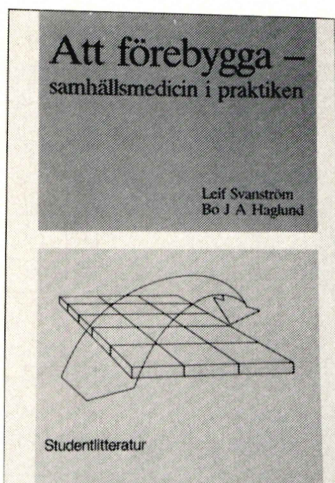
Leif Svanström och Bo J A Haglund
I boken fördjupas diskussionen av preventionens praktikformer; för individen, gruppen, organisationen, lokalsamhället och nationen. Boken riktar sig till läkare, sjuksköterskor och administratörer.

ISBN 91-44-26961-7
Ca-pris 158:- inkl moms
Omfång 182 sidor

Epidemiologisk metodik

Staffan Norell
Epidemiologin – läran om sjukdomsförekomst – har i allt större utsträckning kommit att användas för att undersöka hur olika faktorer hos individer och miljö påverkar förekomsten av olika sjukdomar. Boken är avsedd för vidareutbildning i epidemiologi.

ISBN 91-44-26271-X
Ca-pris 117:- inkl moms
Omfång 134 sidor



Utbildningshuset
Studentlitteratur

Box 141, S-221 00 Lund, Sweden. Tel. 046-30 70 70

Grunderna i epidemiologi, andra upplagan

Ahlbom/Norell
Författarna har tagit fram en omfattande revision med tillägg av exempelnsamling. Boken är en klassiker på sitt område. Avsedd för hälso- och sjukvårdspersonal.

ISBN 91-44-13782-6
Ej prissatt
Omfång 114 sidor

Socialmedicin och psykosocial medicin

Theorell – Allebeck – Diderichsen (red)
De problem som hälso- och sjukvårdspersonalen ställs inför kräver kunskaper om de sociala orsakerna till sjukdom och vårdbehov. I boken ingår psykosocial medicin, samhällsstruktur och ohälsa, demografi och sjukdomspanorama, folkhälsoarbete, vetenskap och moral i samhällsmedicin.

ISBN 91-44-27421-1
Ca-pris 231:- inkl moms
Omfång 288 sidor