

Olycksfallsprevention på kommunnivå

Lothar Schelp

Leif Svanström

Kerstin Svanström

I den av Socialstyrelsen nyligen framlagda HS-90-utredningen framhålls olycksfallens stora andel som dödsorsak och orsak till sjukhusvård och ohälsa. I samma projekt bearbetas fn olycksfallen som ett typexempel på ett område för hälsopolitiskt handlingsprogram.

I den aktuella programskriften "Hälsopolitiken i landstingen – behov av hälsopolitiskt programarbete" framhålls behov av en samhällsmedicinsk funktion som drivande i det förebyggande arbetet.

Vissa erfarenheter från det av Hälsovårdsenheten i Skaraborgs län drivna olycksfallspreventiva projektet i Falköpings kommun har tidigare redovisats i SMT. Projektet är det enda exempel på ett inom Sverige kontinuerligt pågående registreringssystem, ägnat att utgöra grund för ett förebyggande program.

I denna artikel beskrivs och kommenteras resultat från första årets registrering.

Lothar Schelp är sociolog och ansvarig för projektet inom Hälsovårdsenheten, Skaraborgs län.

Leif Svanström är professor i socialmedicin vid Karolinska institutet, och konsult för Falköpingsprojektet.

Kerstin Svanström är sociolog; tjänstgjorde vid tiden för uppläggningsen av Falköpingsprojektet som utredare inom Skaraborgs läns landsting.

Bakgrund

Olycksfall orsakar i världen idag fler dödsfall än någon sjukdom med undantag av cancer och hjärtsjukdomar. Det finns flera tecken som tyder på att olycksfallens andel är i stadigt stigande i dödsorsaks- och vårdpanoramata i industriländerna. Så kan tex konstateras att i Uppsalaregionen olycksfallen

har "passerat" cancersjukdomarna när det gäller antalet och andelen vård dagar i slutet somatisk vård.

Olycksfallen har också under de senaste åren rönt allt större uppmärksamhet när det gäller möjligheten till förebyggande insatser. I den sk HS-90-utredningen (Hälso- och sjukvård inför 90-talet) beskriver man olycksfallen som en vanlig och viktig orsak till sjuklighet och död. (SOU 1981.) När man nu i HS-90-projektet avser att i fortsättningen konkretisera handlingsprogram när det gäller såväl individuellt inriktade som samhällspåverkande åtgärder har man bla valt olycksfall som åskådliggörande område.

Krav på innehåll i hälsopolitiska handlingsprogram enligt HS-90.

"... Ett handlingsprogram skall utgå ifrån vad som är känt om ohälsans epidemiologi, dvs dess faktiska förekomst hos befolkningen och kända eller sannolika orsaker ..."

"... Samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra samhällssektorer skall särskilt beaktas. Härav följer att ett handlingsprogram primärt skall rikta sig till hälso- och sjukvårdens organ och funktioner tex primärvård, landstingets politiska organ, kommande regionala samhällsmedicinska enheter och nationella organ som Landstingsförbundet, Sjukvårdsdelegationen, Socialstyrelsen m fl ..."

.....
Olycksfallen har också under de senaste åren rönt allt större uppmärksamhet när det gäller möjligheten till förebyggande insatser.
.....

En samhällsmedicinsk enhet, har också utgjort förutsättningen för det i Sverige enda idag kontinuerligt fungerande förebyggande projektet på kommunnivå.

Hälsovårdsenheten i Skaraborgs län

Mot den ovannämnda målsättningen i socialstyrelsens HS-90-projekt och också mot den aktuella diskussionen vid Landstingsförbundets kongress i Luleå juni 1981 om samhällsmedicinska funktioner (Landstingsförbundet 1981) är det viktigt att peka på att den första "samhällsmedicinska enheten" växte fram i Skaraborgs län i början av 1970-talet. Dess uppbyggnad har tidigare redovisats i Socialmedicinsk tidskrift i flera sammanhang, bl a av Isaksson och Svanström (1976). Det som i målsättningen med hälsopolitiska handlingsprogram framhålls som förutsättningen, nämligen en samhällsmedicinsk enhet, har också utgjort förutsättningen för det i Sverige enda idag kontinuerligt fungerande förebyggande projektet på kommunnivå (dvs Falköpings-projektet).

Projektet drives av Hälsovårdsenheten i samarbete med primärvården och en lång rad primärkommunala organ inom Falköpings kommun. Uppläggning av projektet finns redovisat i ett flertal rapporter (bl a Nyström o a 1976). Vissa resultat har också redovisats i SMT (Svanström 1981). Genomgående i projektets uppläggning har varit att den epidemiologiska registrering som genomförts skulle utgöra

grunden för det olycksfallsinterventiva programmet. Detta program pågår fn på sitt andra år, och resultatet av den delen av projektet kommer att redovisas längre fram.

Olycksfall i Falköpings kommun år 1978

Registrering av olycksfall påbörjades i Falköpings och Lidköpings kommuner 1978. Samtidigt genomfördes intervjuer av personer drabbade av hemolycksfall och arbetsolycksfall. Registrering har sedan pågått kontinuerligt och from 1 juli 1981 en ny intervjuomgång.

Att registrera olycksfall

På grund av officiell olycksfallsregistrerings otillräcklighet har i många sammanhang framhållits behoven av ett kontinuerligt registreringssystem baserat på till akutmottagningarna inkomna patienter. Detta framhålls bl a i betänkandet av barnolycksfallsutredningen "Barnolycksfall" (SOU 1979: 28). Något kontinuerligt fungerande registreringssystem av alla inträffade olycksfall finns idag inte utanför de två undersökningskommunerna Falköping och Lidköping i Skaraborgs län i Sverige.

Registreringens uppläggning har presenterats i en särskild rapport (Schelp o a 1978).

Av totalt 25 691 akutbesök vid sjukvårdsinrättningarna i Falköping år 1978 har 23 342 rapporterats till hälsovårdsenheten. Registreringsbortfallet utgör sålunda 2 349 personer eller 9 %. Registreringsbortfallet har under åren 1979–1980 successivt reducerats till 4,3 resp 1,5 %. Fördelningen av olycksfallen efter miljöområde framgår av *tabell 1*. Hemolycks-

Tabell 1. Akutbesök i Falköpings kommun år 1978.

	Antal	Andel av samtliga olycksfall (%)	Andel av samtliga akutbesök (%)	Antal olycksfall per 1000 inv/år
Hemolycksfall	802	22		24,9
Arbetsolycksfall	713	19,5		22,1
Trafikolycksfall	285	8		8,9
Annat olycksfall	1841	50,5		57,2
Summa olycksfall	3641	100	20	113,1
Ej olycksfall	14 717			
Summa akutbesök	18 358			

Tabell 2. Hemolycksfall i Falköpings kommun år 1978 fördelade efter tätort/glesbygd.

Olycksadress	Antal	Folkmängd 77-12-31	Antal hem- olycksfall per 1 000 inv/år	Specifikt olyckstal
Falköpings stad	298	15 071	19,8	0,83
Övrig tätort	180	8 017	23,7	0,95
Glesbygd	283***	8 990	31,5	1,33
Summa	761			1,00
Olycksadress utanför Falköpings kommun	31			
Restförd		97		
Uppgift saknas	3			
Totalt	792	32 175	24,6	

fallen svarar för 22%. Arbetsolycksfallen för 19,5% och trafikolycksfallen för 8% av samtliga olycksfall. Gruppen "annat olycksfall" omfattar alltifrån skololyckor till olyckor i natur samt idrottsolyckor.

Av totalt 1515 inträffade hem- och arbetsolycksfall har 1485 intervjuer genomförts. Bortfallet var 2,2% med viss övervikt för arbetsolycksfallen.

Hemolycksfall

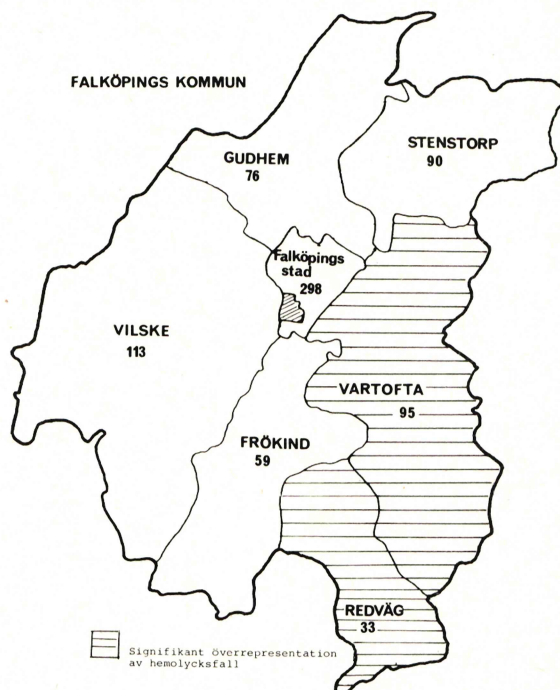
Fördelningen både för män och för kvinnor uppvisar signifikanta skillnader; Så är män i åldersgruppen ≤ 14 kraftigt överrepresenterade medan kvinnor är överrepresenterade både i åldersgruppen ≤ 14 och > 75 år. Männen uppvisar i helhet i materialet en viss överrepresentation med 26 hemolycksfall per 1000 män och år mot 23 hemolycksfall per 1000 kvinnor och år.

Vid jämförelse mellan Falköpings stad, övrig tätort samt glesbygd framkommer stora regionala skillnader (tabell 2). Det är framför allt glesbygden som uppvisar överrepresentation av hemolycksfall med observerat 32 olycksfall per 1000 invånare, mot förväntat 24 olycksfall per 1000 invånare. Det är framför allt åldersgruppen 25–34 år som svarar för överrepresentationen. Vid uppdelning av Falköpings kommun på 7 kommundelar framkommer att Vartofta och Redväg uppvisar en signifikant överrepresentation (figur 1). Även vid jämförelse inom Falköpings tätort finner man skillnader mellan olika stadsdelar.

Ålderdomshemmen

I Falköpings kommun finns fn 7 ålderdomshem med sammanlagt ca 400 platser. I åldersgruppen över 75 år är det förväntade antalet hemolycksfall 16 mot funna 30. Skillnaden är signifikant vid jämförelse på 0,1%-nivån. Det är inget enskilt ålderdomshem som uppvisar någon överrepresentation.

Figur 1. Hemolycksfall fördelade efter kommundelar



Övriga studerade faktorer vid hemolycksfallen
Hemolycksfallen har för övrigt fördelats efter typ av bostadsområden och plats för olycksfall, aktivitet vid olyckstillfället, tidpunkt för olycksfallet och vilken typ av olycksfall som var aktuellt. "Utlösande och skadande" produkter har också registrerats såväl som diagnos och skadans allvarlighetsgrad. "Förflyttningar, lek och hobbyarbete" har svarat för 3/4 av olycksfallen. Över hälften av de skadade har uppgivit att de ej känt till olycksrisken. En gradering av skadornas allvarlighetsgrad visar större allvarlighetsgrad i högre ålder. Kvinnor uppvisar högre allvarlighetsgrad än män. Fallolyckor resulterar i hög allvarlighetsgrad. Fallolyckor svarar för 3/4 av samtliga inläggningar.

Arbetsolycksfall

Män svarar för 85 % av samtliga arbetsolycksfall och är signifikant överrepresenterade. Lantbruk och tillverkningsindustri är de dominerande branscherna beträffande arbetsolycksfall.

Lantbrukare utgör ca 15 % av samtliga yrkesverksamma inom Falköpings kommun, men svarar för 27 % av arbetsolycksfallen. Yrkesverksamma inom tillverkningsindustrin utgör 33 % av samtliga förvärvsarbetande inom Falköpings kommun, men de svarar för hälften av samtliga arbetsolycksfall.

I 35 % av arbetsolycksfallen saknades kännedom om olycksrisken. Sämst kunskap förelåg vid fallolyckor samt vid "överansträngning". "Främmande kropp", "stöt/slag", "kollision/krock" samt "plan i rörelse" är de olycksfalls"typer" som är vanligast och som svarar för 70 % av samtliga olycksfall. Fallolyckor uppvisar hög allvarlighetsgrad och skadorna är oftast av typen frakturer. 3 % av samtliga arbetsolycksfall har medfört inläggning på sjukvårdsinrättningar.

När det gäller övriga resultat hänvisas till ursprungsrapporten (Schelp o a 1979), som kan rekvideras från Hälsovårdsenheten i Skaraborgs län.

Slutsatser

Kartläggningen av olycksfall inom Falköpings kommunområde under 1 år uppvisar att ca hälften av olycksfallen klassificeras som "annat olycksfall", denna andel är väsentligt högre än förväntat. Den

gruppen bör bli föremål för specialstudier och också intervention.

Trafikolycksfallen utgör en kvantitativt begränsad del av olycksfallen men kvalitativt viktig. Det finns mycket erfarenhet samlad och forskning bedriven inom detta område. Vad som saknas är lokal kunskap om inom vilka bostadsområden, på vilka vägar, vägkorsningar etc olycksfallen inträffar.

Bearbetningen av första årets olycksmaterial i Falköpings kommun pekar på behovet av lokala registreringar i stort sett i varje kommun där man avser att göra intervention. Sjukvården måste på sikt engageras i ett registreringssystem av alla inträffade skador och sjukdomar

Hemolycksfall

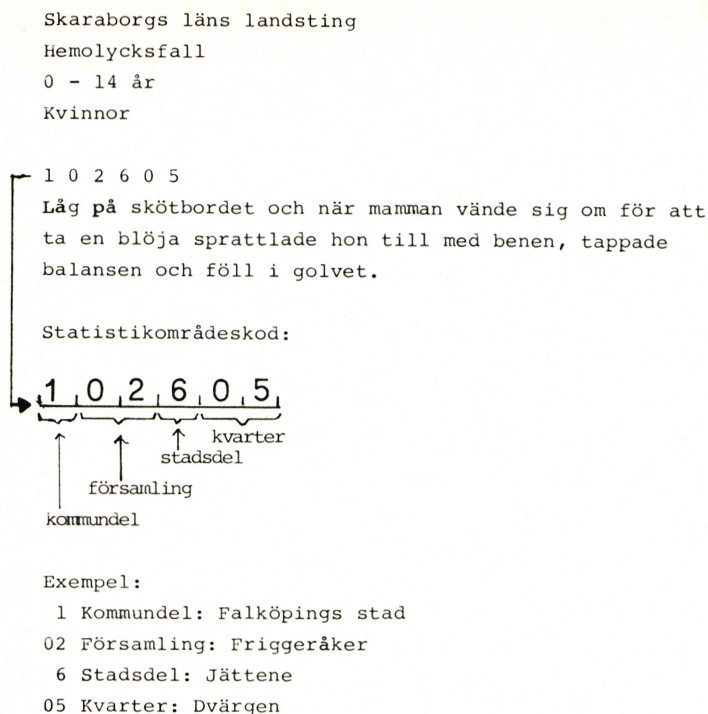
22 % av olycksfallen utgjordes av hemolycksfall. Denna grupp är i mångt och mycket ett okänt område när det gäller intervention. Målsättningen är därför att lägga huvudvikten vid interventionen när det gäller denna grupp. Materialets uppläggning, varav endast en del kan redovisas i denna artikel, ger goda möjligheter till delbearbetning av olika typer av hemolycksfall, bearbetning efter olika åldersgrupper efter område, kvarter etc, där olycksfall inträffat m m. Materialet ger också möjlighet att i utskrift få olycksfallstyper i klartext. Ett exempel ges i *figur 2*.

Arbetsolycksfall

Kartläggningen av olycksfall i Falköpings kommun har för första gången givit möjligheten att få en uppfattning om alla typer av arbetsolycksfall inom alla branscher. Den tidigare yrkesskaderegistreringen har inneburit stora brister och speciellt har detta gällt lantbruket. Vi har kunnat konstatera i detta material att lantbruket är klart överrepresenterat när det gäller arbetsolycksfall. Arbetsolycksfallen svarar för 20 % av våra samtliga olycksfall i kommunen.

Registrering av arbetsolycksfall ger också en möjlighet att anknyta till direkt intervention. Samtliga företag anslutna till företagshälsovården klassificeras enligt ett sju-siffrigt kodsysteem. De två första siffrorna anslutes till kommunkoden, de nästa två till branschkoden och de tre sista till löpnummer-

Figur 2. Beskrivning av olyckan i klartext efter ålder, kön och områdeskod.



kod, (figur 3). Möjligheter har därför funnits att kontinuerligt överföra information om inträffade arbetsolycksfall till företagshälsovårdens vidare analys. Olycksfallen kan fördelas efter respektive företag, information kan lämnas i mer sammanfattande form och olycksfallsbeskrivningen kan dessutom göras i klartext.

Den jämförelse som vi gjort av arbetsolycksfall visar att den officiella arbetsskaderegistreringen fortfarande uppvisar stora brister. Av det totala antalet arbetsolycksfall som registrerats dels via vår registrering dels via försäkringskassan (1010) har försäkringskassan bara kunskap om 492 dvs 49%. Det torde stå klart att man inte kan fortsätta bygga upp separata registreringssystem utan sjukvårdens aktiva medverkan till registrering, i all synnerhet som någon större skillnad i allvarlighetsgrad mellan på försäkringskassan kända arbetsolycksfall och okända icke uppvisas.

Parallellt med den nu pågående registreringen av arbetsolycksfall har inom hälsovårdsenheten pågått utvecklingsarbete kring metodik för analys och fö-

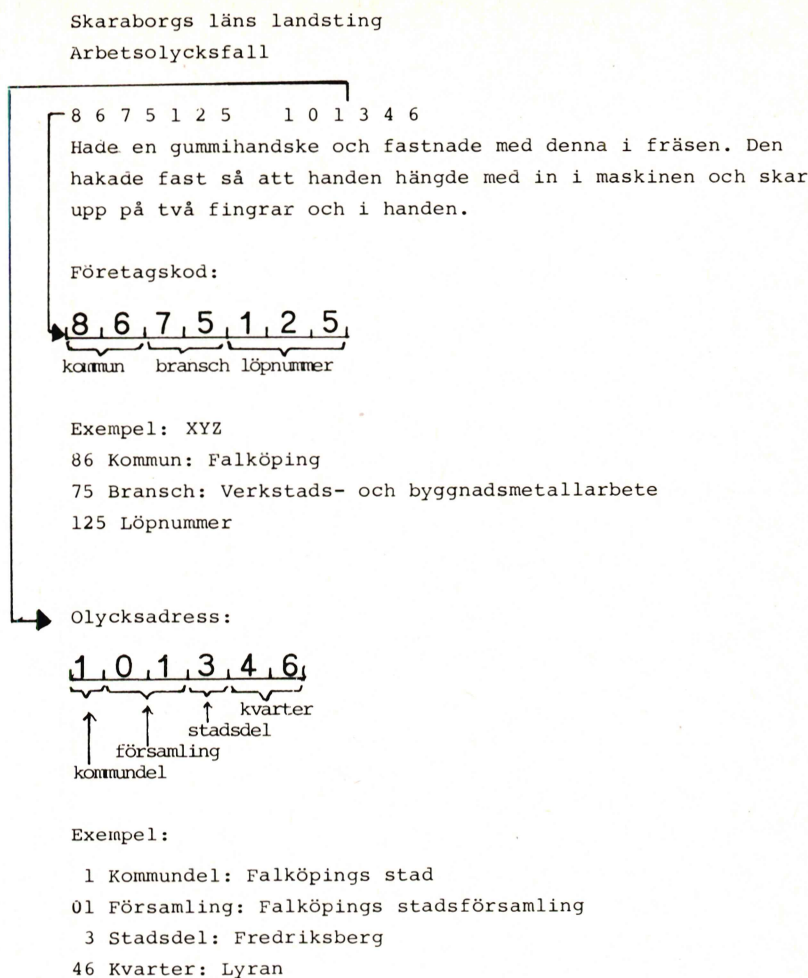
rebyggande av arbetsolycksfall, (se bl a Andersson och Svanström 1980).

Möjligheter till förebyggande arbete

Det är uppenbart att kunskaper om olycksrisken inom arbetsmiljön är bättre än inom hemmiljön, trots detta dock helt otillräcklig. Den främsta basen för olycksfallsförebyggande arbete är en kunskap om hur miljön fungerar i förhållande till människan. Trots att det inom arbetslivet finns ett väl utvecklat ansvarsnät när det gäller skyddsorganisation kan man konstatera att det i ett område som Falköping år 1978 fanns företagshälsovård som enbart täckte 19% av de yrkesverksamma. När det gäller att förebygga hemolycksfall är ansvarsfördelningen icke lika klarlagd. Vem ansvarar för en god hemmiljö och hur skall det förebyggande arbetet läggas upp?

Detta var utgångspunkterna för det olycksfallsinterventiva program som nu pågått ca 1 1/2 år och vars resultat ännu icke kan skönjas. Det praktiska arbetet inom Falköpings kommun har utformats i samarbete med en referensgrupp som omfattar 15-

Figur 3. Beskrivning av olyckan i klartext efter företagskod och olycksadress.



20-tal olika organisationer och intressenter. Avsikten är att Falköpingsprojektet skall ge en sådan erfarenhet att det kan ligga till grund för ett länsövergripande olycksfallsinterventivt program. Dessutom är förhoppningen att erfarenheterna skall komma andra landsting och organisationer till del.

REFERENSER

1. Andersson, R., Svanström, L.: Olycksfall i arbete – analys och åtgärder. AWE Gebers, Malmö 1980.
2. Isacsson, S.-O., Svanström, L.: Att förebygga. Socialmedicinsk Tidskrift 8–9. 489–497. 1976.
3. Nyström, M., Ström, L., Svanström, K., Svanström, L.: Olycksfall. Försök med olyckspreventiv verksamhet i en kommun. Landstingets hälsovård. December 1976, Skövde.
4. Schelp, L., Svanström, K., Svanström, L.: Att registrera olycksfall. Landstingets hälsovård. September 1978, Skövde.
5. Schelp, L., Svanström, K., Svanström, L.: Olycksfall i Falköpings kommun år 1978. Landstingets hälsovård. Oktober 1979, Skövde.
6. Landstingsförbundet. Hälsopolitiken i landstingen – Behov av hälsopolitiskt programarbete. Landstingsförbundets kongress, Luleå 1981. Stockholm 1981.
7. HS-90. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Ohälsa och vårdutnyttjande. SOU 1981:2. Stockholm 1981.
8. HS-90. Hälsopolitiska handlingsprogram – innehåll och avgränsning. PM 1981-04-16.
9. SOU 1979:28. Barnolycksfall, betänkande av barnolycksfallsutredningen. Stockholm 1979.