

WORKING  
PAPERS  
FROM  
DEPARTMENT  
FOR  
STATISTICS  
ON  
INDIVIDUALS  
AND  
HOUSEHOLDS

POPULATION  
AND  
LIVING  
CONDITIONS

# ARBEIDSNOTAT FRA AVDELING FOR PERSONSTATISTIKK

## BEFOLKNING OG LEVEKÅR

8/1992

Jens-Kristian Borgan  
Even Flaatten  
Harald Tønseth

Seksjon for helse, trygd og sosiale forhold

**Statistisk informasjon  
om forbygging av ulykker**

Foredrag i Rådgivende utvalg  
for helsestatistikk 15. oktober 1992

CENTRAL  
BUREAU  
OF STATISTICS  
OF NORWAY

# FORORD

I denne serien samles notater innen feltet befolkning og levekår som har krav på en viss allmenn interesse, men som ikke presenterer avsluttede arbeider. Det som presenteres vil ofte være mellomprodukter på vei fram mot en endelig artikkel eller publikasjon, eller andre arbeider som forfatteren eller avdelingen er interessert i en viss spredning av og å få kommentert. Når de er ferdig bearbeidet, vil noen av arbeidene bli publisert i andre sammenhenger.

Synspunktene som presenteres er forfatterens egne, og er ikke nødvendigvis uttrykk for for SSBs oppfatning.

# PREFACE

This series contains papers within the field of population and living conditions. The papers are expected to be of some general interest, and presents work in progress, or other notes worth a limited distribution.

The views expressed in this paper are those of the author(s) and do not necessarily reflect the policies of the Central Bureau of Statistics of Norway.



CENTRAL  
BUREAU  
OF STATISTICS  
OF NORWAY

OSLO  
PB 8131 DEP  
N-0033 OSLO  
TELEFON (02) 86 45 00  
FAX (02) 86 49 88  
TELEX 11 202 SSB-N  
BESØKSADRESSE  
SKIPPERGATEN 15

KONGSVINGER  
POSTUTTAK  
N-2201 KONGSVINGER  
TELEFON (066) 85 000  
FAX (066) 85 289  
BESØKSADRESSE  
OTERVEIEN 23

## STATISTISK INFORMASJON OM FOREBYGGING AV ULYKKER

### 1. INNLEDNING

#### 1.1. Bakgrunnen for valg av tema.

I økende grad har aktører på helse- og sosialsektoren behov for å undersøke/ dokumentere statistisk i hvilken grad sentrale målsettinger for sektoren oppnås. Dette henger sammen med økt vekt på målstyring og resultatmåling. Det fører til økt oppmerksomhet om hvorvidt datagrunnlaget og presentasjonen av statistikken er tilpasset slike behov. Aktuelle helsepolitiske redskaper som GERIX og "Hjulet", de ulike Samdata-konseptene samt arbeidet med å konstruere kommunediagnoser av helse- og levekårsdata har alle sterke innslag av resultatmålings-tankegang.

Vår tanke er å gjøre det til et fast innslag på møtene i Rådgivende utvalg

- å trekke ut en helsepolitisk målsetning (eller en del av en målsetning eller et knippe av målsetninger),
- å se i hvilken grad SSBs statistikk gir bidrag til en vurdering av om man nærmer seg en oppfyllelse av måsetningen(e)
- og dessuten vurdere hvordan statistikken bør utvikles for å bli et bedre informasjonsredskap for det helsepolitiske arbeidet

En sentral helsepolitisk målsetting er forebygging av sykdom og skade. Oppmerksomheten rundt forebyggingsdata er svært stor, noe som bl.a. har nedfelt seg i NOU 1991:10 Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier. Her vil vi ta utgangspunkt i det datamaterialet som er av betydning for å kunne vurdere behovet for, omfang og effekt av forebygging av ulykker. Ulykker er her definert som alle personskader som ikke er selvpåført eller et resultat av vold, både med dødelig og ikke-dødelig utfall.

For å gi det nødvendige helhetsbildet er det nødvendig også å trekke inn forebyggingsinnsats og datakilder som ligger utenfor helse- og sosialsektoren. Dette er naturlig ut fra det samordningsansvar for forebyggende tiltak helsesektoren er pålagt i kommunehelsesloven.

#### 1.2. Temaet

Vi vil presentere hva vi har av følgende typer av opplysninger:

- omfang av ulykker
- hvilke personer som blir utsatt for ulykker
- i hvilke miljøer skjer ulykkene (dvs. sosiale og fysiske bakgrunnsfaktorer, som kan gi hypoteser om ulykkenes årsaker)
- ressursinnsatsen som settes inn for å forebygge ulykker/sykdommer
- forholdet mellom den forebyggende ressursinnsatsen og eventuell endring i ulykkesomfanget (dvs. indikatorer på effekten av innsatsen)

Vi vil vurdere i hvilken grad disse opplysningene belyser den helsepolitiske målsetningen om å forebygge ulykkeskader og ulykkesdødsfall, dvs:

- om vi får den ønskede kunnskap om omfanget av ulykkene og hvordan og hvorfor ulykkene skjer, slik at det er mulig å legge opp en strategi for å forebygge ulykkene
- og om vi får tilstrekkelig kunnskap om omfanget av den forebyggende innsatsen og effekten av denne

Vi vil også si litt om planene for å bygge ut statistikken, for å forbedre det eksisterende datagrunnlaget.

### **1.3. Samarbeid om innspill til statistikkutviklingen.**

Det er viktig at brukerne av statistikken står i løpende kontakt med statistikkprodusenter som SSB om behovet for å vinkle innholdet i og presentasjonen av statistikken i forhold til målsettinger/ innsatsområder på helse- og sosialsektoren. Rådgivende utvalg kan være ett slikt forum. Det må sikres tilstrekkelig kontakt på tvers av sektorgrensene, både mellom brukere og mellom produsenter av statistikken, for å gi tilgang til nødvendige data om alle sider ved omfanget av, årsakene til og tiltakene mot ulykker. Dette er viktig av hensyn til det helhetsbilde som beskrivelser og vurderinger av tilstanden må baseres på. Dessuten er det viktig å få diskutert måleproblemer, validitet og sammenlignbarhet av data fra ulike kilder. Ett slikt forum er det tverrdepartementale samarbeidsorganet ("SOG") med sekretariat i Helsedirektoratet som følger opp innsatsen overfor hjemme- og fritidsulykker.

## **2. OMFANG AV ULYKKER/SKADER**

### **2.1. Om informasjonskildene**

#### **Dødsårsakene**

Dødsulykker er lenge registrert gjennom SSBs dødsårsaksstatistikk. Fra 1941 er denne kodet etter den internasjonale klassifikasjonen for sykdommer, skader og dødsårsaker. Denne klassifikasjonen er imidlertid ikke særlig god med tanke på å skaffe informasjon til forebygging av ulykker. Etter mye arbeid på nordisk plan er en kommet fram til at informasjon om skadested, aktivitet i ulykkesøyeblikket og produkt innblandet er viktige informasjon for å kunne forebygge ulykker. I ICD-10 som sannsynligvis blir innført i Norge omkring 1996 er det et 5. og 6. frivillig siffer for skadested og aktivitet. Det er ikke avgjort om dette skal innføres i Norge.

Et seminar i regi av ARON (Arbetsgruppe for olycksfall i Norden, underlagt NOMESKO) hadde et seminar i Reykjavik i slutten av august. Seminaret tok for seg kodingen av dødsmeldingene for dødsulykker, og gikk inn for at dødsulykkene kodes etter den nordiske ulykkesklassifikasjonen på 1-siffernivå for aktivitet, 2-siffernivå for stedskode og 4-siffernivå for produkt. Seminaret mente dette var mulig gjennom å utvide fritekstfeltet og lage noen ledende tekster. Det vil bli sendt en henvendelse til NOMESKO for å arbeide for denne endringen.

Hvis vi får til noe av dette blir dødsårsaksstatistikken et mye bedre verktøy for kunnskap for forebygging av ulykker

## **Folkehelsas skaderegister**

Sykehusene, poliklinikkene og legevaktene i Drammen, Harstad, Stavanger og Trondheim registrerer alle skader detaljert etter nordisk ulykkesklassifisering. Dette registeret er godt for dybdestudier, men det er ikke mulig å gi regionale tall utenom disse stedene, og det er ikke knyttet konsekvensdata til registeret. Registreringen av dødsulykker blir også mangelfull, da mange ikke kommer til behandling

## **SYNAPS**

I Skadeforebyggende forums (SFF) "Handlingsplan for det ulykkesforebyggende arbeidet i Norge frem mot år 2000" (SFF 1988) er etableringen av et system for fullstendig ulykkesregistrering og -statistikk anbefalt som ett av ti hovedinnsatsområder. En vektlegging av dette arbeidet står sentralt, fordi det først gjennom en total registrering blir mulig å samle kunnskap som er nødvendig ved utforming, prioritering og evaluering av ulykkesforebyggende tiltak.

På bakgrunn av dette nedsatte SFF våren 1990 et arbeidsutvalg for å utrede hvordan man i Norge kan få fram en nasjonal oversiktsstatistikk som kan måle trender og brukes som prioriteringsarbeid i det skadeforebyggende arbeidet.

Arbeidsutvalget leverte sin innstilling høsten 1991. Utvalget foreslår at det etableres et System for nasjonal Personskadestatistikk (SYNAPS) ved at data fra ulike eksisterende registre kobles sammen.

Som basisregistre i SYNAPS foreslås brukt SSBs dødsårsaksregister, Utskrivingsregisteret for pasienter innlagt på somatiske sykehus (Pasientdata) og RTVs registre over sykmelding, attføring og uføretrygding. RTVs registre er viktige for å få konsekvensdata om ulykker.

For å evaluere data og skaffe tilleggsopplysninger vil vi også koble mot data fra forsikringsselskapenes registre over veitrafikkulykker og yrkesskader (TRAST og DAYSY), SSBs veitrafikkulykkesstatistikk og Arbeidstilsynets/Oljedirektoratets registre over arbeidsulykker. Hvis det er mulig å få fødselsnummer på Folkehelsas skaderegister er dette også en nyttig kilde for å beregne kompletthet i SYNAPS.

Det arbeides nå med et forprosjekt til SYNAPS i SSB. Dette arbeidet består dels i å undersøke mulighetene for å få registrert skadested og aktivitet i de fleste av de foreslåtte basisregistrene og dels å utføre et koblingsprosjekt på eksisterende data for få vite noe om tilstanden til registrene idag.

## **Helseatferds-/risikosituasjonsdata**

Like viktige som data om faktiske skader er data om risikosituasjoner og risikoatferd. Datamaterialet her har til nå vært svært spredt og usystematisk. Forebyggingsenheten i Sosialdepartementet har imidlertid tatt initiativ til en samlet utvalgsundersøkelse med slike data, etter modell av den røkevaneundersøkelsen som hittil har vært knyttet til AKU, men som nå inkluderes i dette nye opplegget. Her vil inngå endel data om ulykkesrelatert atferd som bilbeltebruk og refleksbruk. Ansvaret vil bli knyttet til SIFF.

## 2.2. Vurdering av hvor egnet dataene er til å belyse forebygging av ulykker

Dødsårsaksdataene er idag ikke særlig egnet til å belyse forebygging. Hvis Norge tar i bruk det frivillige 5. og 6. siffer i ICD-10 eller enda bedre imøtekommer anbefalingene gitt fra ARON-seminaret i Reykjavik vil vi få en dødsulykkesstatistikk som vil være et godt redskap for forebygging. WHO's delmål 11 i helse for alle strategien går på reduksjon av ulykkesdødeligheten. Bedre dødsulykkesstatistikk for andre ulykker enn veitrafikkulykker er viktig for å lage gode strategier for måloppnåelse her.

Folkehelsas skaderegister er opprettet for forebyggingsformål. Det er godt egnet til dybdestudier, men representativiteten til nasjonale tall er ikke god, da den bare omfatter sykehus og legevakt i 4 byer. Det er heller ikke konsekvensdata knyttet til registeret.

SYNAPS vil ha sin styrke at det er landsomfattende og at konsekvensdata er knyttet til. Det kan også gis kommunetall. Produkt innblandet er ikke med og skadested og aktivitet får en grovere inndeling enn Folkehelsas skaderegister. SYNAPS er i første rekke et overvåkingsregister som skal gi et totalbilde av ulykkesproblemets omfang, konsekvenser og kostnader samt utvikling i tid både på sentralt og lokalt plan. Dette vil muliggjøre en helhetlig prioritering av det ulykkesforebyggende arbeidet, vil synliggjøre forskjeller mellom regioner og kommuner og ulike befolkningsgrupper for dermed å motivere til handling og vil bidra til å kunne evaluere forebyggende innsatser.

SYNAPS vil i utgangspunktet bli begrenset til personer som ble innlagt på sykehus eller døde som følge av ulykke. Muligens kan registeret utvides med alle som ble sykmeldt. Krav til alvorlighetsgrad for å komme med i SYNAPS er derfor høyere enn i Folkehelsas register. Grensen for å bli innlagt på sykehus kan også være ulik fra sykehusområde til sykehusområde alt etter hvor godt utbygget poliklinikken er. Det er også et problem at sykmelding bare omfatter yrkesaktive.

## 2.3. Konkluderende merknader. Trekk ved statistikkbildet som begrenser mulighetene for å vurdere forebyggingsbehov og -innsats.

Når det gjelder kvaliteten på data om ulykker og rammede personer, varierer den mellom dødsulykker, ikke-dødelige ulykker som fører til sykehusopphold og andre ulykker. Foreløpig har vi klart best data om forhold knyttet til dødsulykkene, og disse kan bli vesentlig bedre, jfr. det ovenstående. Det finnes landsdekkende tall over omfanget av skader som fører til sykehusinnleggelse, men uten at det er mulig å fastslå hva årsaken til skaden er (ulykke eller selvpåført skade/vold). SIFFs skaderegister gir et bedre analyseverktøy, men begrenset til de fire sykehusene som omfattes. SYNAPS vil kunne gi bedre landsomfattende data her.

Når det gjelder kommunetall for skader som ikke fører til sykehusinnleggelse, har SIFFs register tall for poliklinikker og legevakter i de fire undersøkelseskommunene. SYNAPS kan bli utvidet til å omfatte sykemeldingsdata og slik inkludere endel av skadene som ikke fører til sykehusinnleggelse. Det nye ICPC-klassifikasjonssystemet for primærhelsetjenesten kan i prinsippet levere data om de skader som fører til kontakt med primærhelsetjenesten. For legeregningskortene som brukes av privatpraktiserende leger, er dette kodesystemet obligatorisk fra 1. oktober 1992. Når det gjelder omfang av skader, rammede personer, og "årsaker" vil ellers utvalgsundersøkelser som Levekårs- og Helseundersøkelsene fortsatt være kilder som ikke fullt ut kan erstattes av kommunetall.

### 3. RESSUR SINNSATSEN SOM BRUKES TIL FOREBYGGING AV ULYKKER (OG SYKDOM)

#### 3.1. Generelt

Ved behandling av deler av det forebyggende arbeidet - særlig det som er knyttet til helsetjenestens eget forebyggingsarbeid - synes jeg at det er uhensiktsmessig - eller nærmest umulig - å skille mellom forebygging av sykdom og ulykker. Mange typer av forebygging, f.eks. alkoholkampanjer, vil rette seg mot både sykdom og skade som følge av alkoholbruk. I andre tilfelle kan det være et klart skille mellom det ulykkes- og sykdomsforebyggende arbeidet, men statistikken er stort sett ikke så detaljert at den kan avspeile dette skillet.

På noen områder vil jeg derfor snakke om statistikken over alt helseforebyggende arbeid, altså både det sykdomsforebyggende og det ulykkesforebyggende. Men der hvor det er mulig, vil jeg behandle det ulykkesforebyggende arbeidet separat.

I det presenterte skjemaet blir det helseforebyggende arbeidet delt i:

- miljørettet helsevern

og tre typer av individrettet helsevern:

- skolehelsetjenesten
- helsestasjonstjenesten, og
- helseopplysning (som ikke kommer inn under de tre ovenfor nevnte typer av tjenester)

#### 3.2. Skolehelse- og helsestasjonstjenestene

Skolehelsetjenesten og helsestasjonene er bedre dekket av SSBs statistikk enn de andre delene av kommunehelsetjenesten (s. 2 og 3 i vedlegget). På andre områder gis bare oppgaver over ressursinnsatsen (personellets årsverksinnsats), men skolehelse- og helsestasjonsstatistikken gir også oppgaver over virksomhet og tjenesteproduksjon (kurs, konsultasjoner, kontroller, vaksinasjoner). Når det gjelder kontroller og vaksinasjoner blir det også regnet ut dekningsgrader. (Disse beregningene av dekningsgrader har riktignok visse feilkider, som kommer av at tallene baseres på summarisk statistikk og ikke individoppgaver.)

Med den ovenfor nevnte reservasjonen er det mulig på disse to områdene å se ressursinnsatsen både i forhold til tjenesteproduksjonen (produktivitet) og i forhold til måloppnåelse, som er full dekningsgrad (effektivitet). Vi kan altså komme fram til sentrale kvantitative mål for iallfall deler av tjenesteproduksjonen på disse områdene.

Men bortsett fra opplysninger om dekningsgrader gir statistikken ingen informasjon om kvaliteten ved tjenestene, f.eks. i form av en beskrivelse av det faglige innholdet ved konsultasjonene.

Vi kjenner heller ikke til forholdet mellom disse institusjonenes mål og befolkningens behov, altså i hvilken grad en måloppnåelse er definert av tjenesteapparatet eller av befolkningens reelle behov.

Og for det tredje vet vi ikke hvordan tjenesteproduksjonen fordeles på helsestasjonenes og

skolehelsetjenestens ulike oppgaver, i hvilken grad blir prioriterte oppgaver tillagt stor nok vekt osv.

I månedsskiftet oktober-november vil SSB gjennomføre en utvalgsundersøkelse som bør kunne dekke mange av disse hvite feltene, som er nevnt ovenfor (se vedlegget, 4-6).

Undersøkelsen vil gi oppgaver over helsesøstrenes tidsbruk, fordelt på ulike typer av aktiviteter (side 4-5).

Den vil også gi en beskrivelse av barna som kommer til helsestasjonene/skolehelsetjenesten, deres familieforhold, eventuelle problemer og hvilke tiltak som ble iverksatt overfor dem (vedlegget, s. 6). En slik beskrivelse av mottakerne av tjenestene forutsettes å være relevant for diskusjonen om helsestasjonenes og skolehelsetjenestens målsetninger.

Denne utvalgsundersøkelsen er å oppfatte som en spesialundersøkelse, og vil ikke gå inn i statistikkssystemet som en årlig landsdekkende undersøkelse, men kanskje bli gjentatt periodisk.

Imidlertid planlegger vi også å gjøre enkelte mindre endringer i den årlige statistikken, som bl.a. framkommer av vedleggets side 7. I forhold til tidligere statistikk vil dette etter vår mening gi en forbedret oversikt over ressursinnsatsen i de to tjenestene.

### **3.3. Miljørettet helsevern og helseopplysning**

#### **a. Helsesektoren**

Miljørettet helsevern og helseopplysning er typer av helseforebyggende arbeid som er mindre klart institusjonelt forankret enn helsestasjons- og skolehelsetjenestene.

Det blir drevet individrettet helseopplysning innenfor en rekke virksomheter i helsesektoren. Heller ikke miljørettet helsevern er i alle kommuner knyttet til en særskilt etat. I tillegg blir det drevet både miljørettet helsevern og individrettet helseopplysning i en rekke etater utenom helsesektoren (se nedenfor).

Bortsett fra noen summariske oppgaver over kurs på helsestasjonene og konsultasjoner i skolehelsetjenesten samler ikke SSB inn statistikk i dag over opplysningsvirksomhet som er underlagt helsetjenestene. Denne situasjonen vil bli noe bedre med den ovenfor nevnte utvalgsundersøkelsen, som vil gi oppgaver over tidsbruksinnsatsen på helseopplysning på helsestasjoner og i skolehelsetjenesten.

Det er imidlertid ingen planer om å hente inn oppgaver om helseopplysning fra andre deler av helsetjenestene. Et forslag om å ta inn et spørsmål om tidsbruk på helseopplysning i den årlige statistikken over lege- og fysioterapitjenester er frafalt, fordi vi antar begrepet er for vagt definert til å inngå i en årlig, løpende statistikk.

Det finnes i dag ingen statistikk fra SSB om helsetjenestens miljørettede helsevern. Vi har imidlertid foreslått å ta inn i statistikken for 1992 et spørsmål om behandlede saker etter kommunehelsetjenestens paragraf 4a, 5-7; og dessuten et par spørsmål om timeverk i kommunehelsetjenesten som blir brukt til miljørettet helsevern.



b. Hjem/ fritid: (Barne- og familiedepartementet, Enheten for produksikkerhet).

Innen BFDs område vil det være mulig å gi ulike tall for **omfanget** av den forebyggende innsatsen i form av oppgaver om gjennomførte kampanjer m.v. Når det gjelder **effekten** av tiltakene, føler man at man har kommet kort i å dokumentere denne statistisk. En større kampanje skal øke kunnskapene om produksikkerhet blant produsenter og importører, forebyggingsinnsatsen her vil det være mulig å gi ulike anslag for. Men m.h.t **effekten**, vil det være usikkert hvilke virkninger som kan tilskrives info-kampanjen. Andre, enklere metoder for å vurdere effekt vurderes, f.eks. å telle **antall** svar man får etter en info-kampanje. Det er ellers et problem at dataene om forekommende skader i dag er for upresise til å kunne knyttes direkte til produktkontrollen. BFD samarbeider med Helsedirektoratet om vurdering av forebyggingseffekter. Opptatt av økt etatssamarbeid om metoder og helhetssyn i forebyggingssdokumentasjonen.

Samarbeidsorganet SOG følger opp Handlingsplan for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid, og vurderer også statistikkbehov og metoder. Man baserer seg i hovedsak på SIFFs skaderegister og SSBs dødsårsaksstatistikk. SOG har iverksatt et prosjekt hos Fylkeslegen i Rogaland for å forebygge ulykker blant eldre. I prosjektet utredes tiltak rettet mot kommunene, statsadministrasjonen, helsepersonell, de eldre selv og frivillige organisasjoner. I oppfølgingen av handlingsplanen vektlegges hvordan det skadeforebyggende arbeidet kan forankres i kommunene i overensstemmelse med kommunehelseloven. Arbeidet rettet spesielt mot barneulykker vil fortsette i 1993.

c. Veitrafikk: (Vegdirektoratet, Trafikksikkerhetskontoret)

Her er man kommet langt i å dokumentere både **omfang** og **effekt** av de forebyggende tiltakene. Direktoratet har utarbeidet en effektkatalog som anslår hvor stor ulykkesreduksjon som ulike tiltak kan antas å gi. Direktoratets **veiplan** oppsummerer fylkesvise mål og måloppnåelse når det gjelder begrensnig av skader, og ser innsatsen i forhold til dette. Endel større veiprojekter får innebygd egne effektmål, kvantifisert som drepte og skadde.

d. Arbeidsulykker: (Arbeidstilsynet, Yrkesskaderegisteret).

**Omfanget** av forebyggende tiltak vil her være ulike aksjoner, som kan være alt fra avisannonser og annen informasjon til tiltak som også inkluderer bedriftsbesøk, videre ordinære bedriftsbesøk med evt. utbedringspålegg og forskriftsarbeid. Når det gjelder dødsulykkene, kan man også måle **effekter** fordi rapporteringen er tilfredsstillende. For arbeidsulykker uten dødelig utfall har man imidlertid et stort underreporteringsproblem som vanskeliggjør effektmåling: En kampanje rettet mot f.eks. bygg og anlegg, fører til økt rapporteringshyppighet av forekommende ulykker og umuliggjør derfor anslag for effekten av kampanjen. Arbeidstilsynet har søkt å bruke leveårsdata fra SSB for å studere endringer i arbeidsmiljøet over tid og ser endringer her bl.a. som effekt av sitt forebyggende arbeid.

Et enklere effektmål man har vurdert, er responsen på ulike aksjoner i form av henvendelser (jfr. BFD). Man ser også etterlevelsen av et pålegg gitt en enkeltbedrift som en forebyggingseffekt fordi man vet at en slik effekt vil følge av etterlevelsen.

### 3.4. Vurderinger

Med den nær forestående utvalgsundersøkelsen om helsestasjoner og skolehelsetjenesten vil statistikkdekningen på dette området bli betydelig forbedret. Statistikken vil gi bedre opplysninger om personelletts aktiviteter og mottakernes egenskaper, som er viktige elementer for å kunne si noe om hvordan denne virksomheten fungerer.

Den summariske statistikken gir ikke helt tilfredsstillende oppgaver over dekningen av vaksinasjoner og helsestasjonskontroller (som inngår i effektivitetsmålet). Dersom Folkehelsas SYSVAKS-system blir utbygd til å gjelde alle landets fylker, vil dette problemet være løst.

Statistikken gir heller ingen tilfredsstillende beskrivelse av tjenestenes kvalitet. Vi antar imidlertid at en kvalitetsstudie bør utformes som en intensivundersøkelse som det er mer naturlig at andre institusjoner enn SSB påtar seg.

Statistikk og annen informasjon om innsatsen for å forebygge veitrafikkulykker gir etter vårt skjønn gode mål på både produktivitet og effektivitet.

Den tilsvarende kunnskapen om forebygging av ulykker i tilknytning til arbeid, hjem og fritid er mindre tilfredsstillende. Ved vår seksjon i SSB har vi ikke foretatt noen helhetlig vurdering av spørsmålet om hva SSB kan gjøre for å bedre informasjonsgrunnlaget på disse områdene.

Arbeidet med å statistikkbelegge det forebyggende arbeidet i helsesektoren utenom helsestasjoner og skolehelse er kommet svært kort. Det ville være ønskelig å kartlegge disse deler av det forebyggende helsearbeidet på tilsvarende måte som helsestasjon/skolehelsetjenesten. Men vårt inntrykk er at både miljørettet helsevern og individrettet helseopplysning er virksomhet som vanskeligere lar seg beskrive statistisk enn f.eks. helsestasjonstjenesten. Vi er derfor usikre på hvordan dette arbeidet skal gripes an, eller om SSB i det hele tatt har en oppgave på dette feltet.

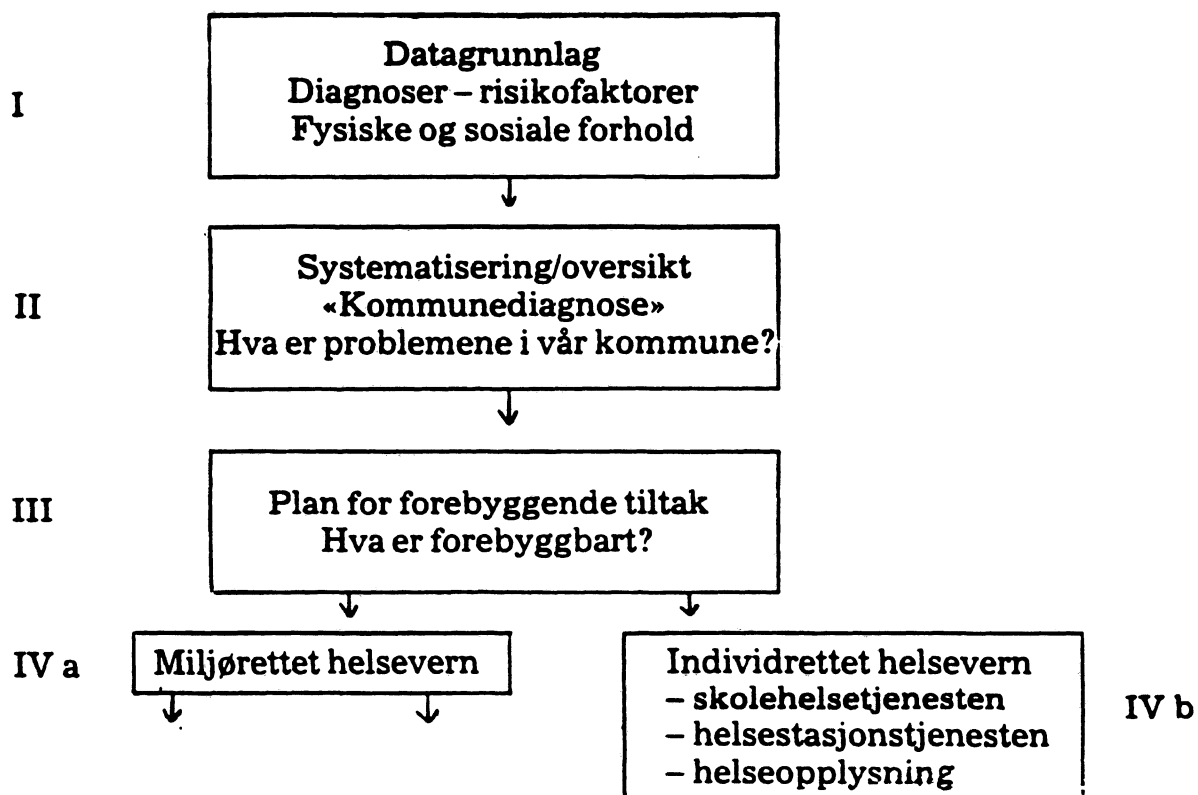
Forsøk på å skille ut forebyggingsandelen av endel kommunale bevilgninger har stort sett gitt dårlig resultat. Edruskapsstatistikken registrerte t.o.m. 1990 utgifter bl.a. til alkoholfrie miljøer. Dette er senere droppet p.g.a. lav datakvalitet. Under barnevernsutgiftene skilles utgifter til individuelt og generelt forebyggende arbeid fortsatt ut, men registreringen i kommunene er høyst usikker.

Feltet "ulykkesforebyggende arbeid" - på samme måte som det videre feltet "helseforebyggende arbeid" - er et svært fragmentert fagområde, som bl.a. er knyttet opp imot mange ulike samfunnsområder og mange departementer og kommunale etater. Dette fører også til at statistikken er svært fragmentert. Den fragmenterte statistikken er kanskje ikke noe problem ved produktivitets- og effektivitetsberegninger av enkelte delområder (f.eks. ved studier av vaksinasjoner ved helsestasjonene).

Men den fragmenterte kunnskapen gjør det svært vanskelig å anslå den totale ressursinnsatsen innenfor det ulykkesforebyggende arbeidet, for f.eks. å sette denne innsatsen i forhold til den kurative innsatsen, tapte leveår som følge av dødsulykker, samfunnsøkonomiske kostnader som følge av ulykker osv.

Kanskje bør denne oppgaven - å gi et samlet bilde av ressursinnsatsen innenfor det forebyggende arbeidet - være en av de høyest prioriterte oppgavene for SSB innenfor dette feltet.

**2. Skjematisk oversikt over det helseforebyggende arbeidet**  
(kilde: NOU 1984:28, side 163)



**V a) Enkelt-vedtak**  
Godkjenning, pålegg/krav  
om utbedring av helse-  
skadelige forhold

**b) Råd – uttalelse**  
Påpeking av helseskadelige  
forhold overfor andre  
etater

## Årsrapport for skolehelsetjenesten 1991

3 eksemplarer av det utfylte skjemaet sendes til fylkeslegen innen 1. februar 1992.

Kommune	Fylke	For SSB
Kontaktperson		Telefonnr.

1. Antall undersøkelser/konsultasjoner v/helsesøster i henholdsvis grunnskole og i andre institusjoner med grunnskoleopplegg <sup>1)</sup>	
2. Antall undersøkelser/konsultasjoner v/lege i henholdsvis grunnskole og i andre institusjoner med grunnskoleopplegg <sup>1)</sup>	
3. Antall elever som begynte i 1. klasse i grunnskolen <sup>2)</sup>	
Herav antall som ikke har fått følgende vaksiner før opptak i grunnskolen	
4. 3. difteri-, tetanusvaksine	
5. 3. poliovaksine	
6. MMR-vaksine	
7. Antall elever som gikk ut av 9. klasse + elever som ble utskrevet av ungdomsskolen før fullført 9.klasse <sup>3)</sup>	
Antall personer som avsluttet sin grunnskoleopplæring uten å ha fått følgende vaksiner:	
8. 5. poliovaksine	
9. Av disse heller ikke 4. poliovaksine	
10. Difteri-, tetanusvaksine	
11. MMR-vaksine	

## Rettleiing

- <sup>1)</sup> Med "undersøkelse/konsultasjon" menes enhver kontakt mellom elev og helsepersonell utover kontakt bare med henblikk på timebestilling eller for andre administrative formål. I begrepet er inkludert såvel en eventuell basisundersøkelse ved skolestart som senere rutineundersøkelser, oppfølgingskontroller og individuelle undersøkelser eller samtaler.
- <sup>2)</sup> Som nevnerer for å beregne prosentvis dekning vil vi benytte både antall innskrevne elever og alle som fyller 7 år i kalenderåret, dvs. både barn som har begynt i ordinær grunnskole og barn som har fått alternativt tilbud samt de som har fått utsatt skolestart. Vi ber om at det i egen merknad gjøres rede for hvordan skolehelsetjenesten vil følge opp barn som ikke har begynt i ordinær grunnskole.
- <sup>3)</sup> Som nevnerer for å beregne prosentvis dekning vil vi benytte både antall elever oppgitt under pkt. 7, og antall personer som fyller 16 år i kalenderåret. Vi ber om at det i egen merknad gjøres rede for hvilket tilbud de barn og unge har fått som ikke har fulgt ordinær grunnskole.
- <sup>4)</sup> Skal gjelde antall elever som gikk ut av 9. klasse uten å ha fått de angitte vaksiner. Beboere/pasienter i andre institusjoner med grunnskoleopplegg vurderes enten når de går ut av 9. klasse eller når de fyller 16 år, hvis dette skjer først.

Sted, dato

Underskrift

## Årsrapport for helsestasjoner 1991

3 eksemplarer av det utfylte skjemaet sendes til fylkeslegen innen 1. februar 1992.

Kommune	Fylke	For Byrået
Kontaktperson		Telefonnr.
1. Antall nyinnskrevne gravide kvinner som har møtt til svangerskapskontroll ved helsestasjonen		
2. Antall førstegangs hjemmebesøk til nyfødte innen 4 uker etter fødsel		
3. Antall førstegangs hjemmebesøk hos familier forut for adopsjon og fosterhjems plassering		
4. Antall fullstendige helseundersøkelser/legekontroller av spedbarn innen utgangen av 8. leveuke		
5. Antall fullførte 2-årskontroller		
6. Antall fullførte 4-årskontroller innen fylte 5 år		
Antall barn som har fått følgende vaksinasjoner før fylte 2 år:		
7. 3. kikhostevaksinasjon		
8. 3. tetanusvaksinasjon		
9. 3. difterivaksinasjon		
10. 3. poliovaksinasjon		
11. 1. MMR-vaksinasjon		
12. Antall fullførte/avsluttede fødselsforberedende kurs i 1990		
13. Antall fullførte/avsluttede samtalegrupper om helseproblemer i 1990		

### Rettledning

- Her oppgis antall nyinnskrevne kvinner, ikke antall konsultasjoner. Hver kvinne skal telles kun en gang i hvert svangerskap og da i forbindelse med første kontroll. Kvinne som flytter i løpet av svangerskapet skal kun telles ved den helsestasjon der hun begynte kontrollen.
- Her oppgis antall gjennomførte besøk. Tellingen skjer bare i forbindelse med første besøk.
- Her menes undersøkelse som er anbefalt for dette alderstrinn i henhold til Håndbok for helsestasjoner, kap. 4.
- Dersom undersøkelsen ikke kan fullføres i forbindelse med ett besøk, skal den telles først når den er fullført. Med fullført 2-årskontroll forstås fullstendige undersøkelser ved helsesøster og lege i henhold til Håndbok for helsestasjoner, kap. 4.
- Dersom kontrollen deles opp, slik at f.eks. syn og hørsel ikke testes før barnet er nærmere 5 år, skal undersøkelsen telles først når siste del er fullført.

Sted, dato

Underskrift

**C. Tidsbruk i helsestasjonstjenesten 26 oktober - 6 november 1992**

Ukedag	Individuelle konsultasjoner: Rutinekontroller, vaksiner, telefonsamtaler osv.	Hjembesøk, inkl. reisetid		Samtale- grupper	Samarbeids- møter prosjektarbeid, forberedelser.
		Til gravide\ bam 0-6 år	Sosialm. problemer		
Mandag					
Tirsdag					
Onsdag					
Torsdag					
Fredag					
Mandag					
Tirsdag					
Onsdag					
Torsdag					
Fredag					
<b>SUM</b>					

**D. Tidsbruk i skolehelsetjenesten, grunnskole, 26 oktober - 6 november 1992**

Ukedag	Individuelle konsultasjoner: Med lege, elev, foresatte, telefonsamtaler osv.	Undervisning og prosjektorganisert arbeid	Samtale- grupper	Samarbeids- møter, forberedelser.
Mandag				
Tirsdag				
Onsdag				
Torsdag				
Fredag				
Mandag				
Tirsdag				
Onsdag				
Torsdag				
Fredag				
<b>SUM</b>				

### E. Tidsbruk i skolehelsetjenesten, videreg. skole, 26 oktober 6 november 1992

Ukedag	Individuelle konsultasjoner: Med lege, elev, foresatte, telefonsamtaler osv.	Undervisning og prosjektorganisert arbeid	Samtale- grupper	Samarbeids- møter, forberedelser.
Mandag				
Tirsdag				
Onsdag				
Torsdag				
Fredag				
Mandag				
Tirsdag				
Onsdag				
Torsdag				
Fredag				
<b>SUM</b>				

### F. Tidsbruk i annet arbeid. 26 oktober - 6 november 1992

Ukedag	Individuelle konsultasjoner og samtalegrupper: Reisevaksiner, telefonsam- taler, arbeid med eldre osv.	Næringsmiddel- kontroll og inneklime	Helse- kampanjer og presse- kontakt	Annet: forberedelser og møter (ikke helse- stasjon og skole- helsetj.), faglig oppdatering o.l.
Mandag				
Tirsdag				
Onsdag				
Torsdag				
Fredag				
Mandag				
Tirsdag				
Onsdag				
Torsdag				
Fredag				
<b>SUM</b>				





Statistisk sentralbyrå  
Seksjon for helse- trygd og sosiale forhold  
Postboks 8131 Dep, 0033 Oslo 1  
Tlf. (02)

Kommunale helse- og omsorgstjenester  
Skjema 4.

Kommune	Fylke	For Byrådet
Kontaktperson		Telefonnr.

Oppgavene innhentes av Statistisk sentralbyrå med hjemmel i Lov om offisiell statistikk og Statistisk sentralbyrå (Statistikkloven)

### A. Helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten, timer pr. uke\*\*

Typer av arbeid	Helsesøster	Jordmor	Annet personell	SUM
Helsestasjonstjeneste, barnehage				
Skolehelsetjeneste, grunnskole				
Skolehelsetjeneste, videregående skole				
Annet**				
SUM				
Av dette miljørettet helsevern				

\*\* Timer pr. uke skal oppgis med utgangspunkt i de avtaler som gjaldt ved utgangen av året. Engasjementer skal regnes med dersom det har vært i mer enn fire måneder. Alle felter i skjemaet skal fylles ut. I felter som ikke er aktuelle settes 0.

\*\* "Annet arbeid" inkluderer alt arbeid etter kommunehelselovens paragraf 1-3 som ikke lar seg fordele på nevnte virksomheter, f.eks administrasjon av egen praksis, opplysningsarbeid eller prosjekter og andre prioriterte oppgaver som går over en avgrenset tidsperiode.

### B. Skolehelsetjenesten og helsestasjonstjenesten, antall personer og ubesatte stillinger

	Antall personer som arbeider mindre enn heltid	Antall personer, heltidsansatte	Stillinger besatt av personell uten godkjent utdanning	Ubesatte stillinger (omregnet til heltid)
Helsesøster				
Jordmor				

En stilling er ubesatt dersom den har vært ubesatt i 4 måneder eller mer pr. 31.12. Ubesatte stillinger skal omregnes til hele stillinger med en desimal. 37.5 t.pr. uke som hel stilling.

