

14. Mirzai H, Tekinl, Alincak H. Perioperative use of corticosteroid and bupivacaine combination in lumbar disc surgery: a randomised controlled trail. *Spine* 2002;15:343-6.
15. Glasser RS, Knego RS, Delashaw JB et al. The perioperative use of corticosteroids and bupivacaine in the management of lumbar disc disease. *J Neurosurg* 1993;78:383-7.
16. Karst M, Kegel T, Lukas A et al. Effect of celecoxib and dexamethasone on postoperative pain after lumbar disc surgery. *Neurosurgery* 2003;53:331-6.
17. Bisgaard T, Klarskov B, Kehlet H et al. Preoperative dexamethasone improves surgical outcome after laparoscopic cholecystectomy: a randomized double-blind placebo-controlled trail. *Ann Surg* 2003;258:651-60.
18. Cherian MN, Mathews MP, Chandy MJ. Local wound infiltration with bupivacaine in lumbar laminectomy. *Surg Neurol* 1997;47:120-2.
19. Rawal N, Hylander J, Nydahl PA et al. Survey of postoperative analgesia following ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997;41:1017-22.

Sociale forskelle i brug af sundhedsvæsenet i forbindelse med ulykker

Seniorforsker Bjarne Laursen &
programkoordinator Birthe Frimodt-Møller

Statens Institut for Folkesundhed

Resumé

Introduktion: Skader som følge af ulykker udgør hovedparten af belastningen på skadestuerne. Registreringen af skadestuekontakter benyttes til at belyse ulykkesforekomsten. Derfor er det vigtigt at analysere faktorer, der påvirker valget af behandlingssted i forbindelse med ulykker.

Materiale og metoder: Som led i sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 ved Statens Institut for Folkesundhed blev 7.215 personer på 16 år og derover spurgt, om de havde været udsat for en ulykke uden for arbejdstiden i det seneste år og ved bekræftende svar, hvor de fik behandlet skaderne.

Resultater: Af de 757, der havde været udsat for en ulykke, havde 53% haft kontakt med et sygehus. Ud over disse blev 18% behandlet af en praktiserende læge eller lægevagt, og yderligere 6% havde fået anden behandling. 22% havde ingen behandling fået. Der var en betydelig social gradient i kontaktmønsteret, idet arbejdsløse og lavere funktionærer relativt oftere end de øvrige benyttede sygehuset. Lægekontakt var lige hyppig i alle socialgrupper.

Diskussion: Ulykker, der fører til skadestuekontakt, kan give et skævt billede af ulykkesforekomsten, som der må tages højde for, når sygehusdata benyttes i prioriteringen af forebyggelsen.

Ulykker er en af de hyppigste årsager til kontakt med sundhedsvæsenet i Danmark, og på skadestuerne udgør ulykker 59% af årsagerne til skadestuekontakt [1]. Dette gør det muligt at foretage en systematisk ulykkesovervågning baseret på skadestuedata, hvilket er vigtigt for at kunne prioritere ulykkesforebyggelsen. Selv om kun ca. halvdelen af skaderne behandles i sygehusvæsenet [2], giver skadestueregistrering dog et godt grundlag for at vurdere behandlingsomkostningerne

ved ulykker, idet de skadestueregistrerede ulykker repræsenterer 92% af omkostningerne ved ulykker [2]. I forhold til ulykkesforebyggelsen er der dog et potentielt problem: om en ulykke medfører skadestuekontakt kan afhænge af bl.a. skadens alvor, afstand til skadestue [3] og den tilskadedkomnes socioøkonomiske forhold [4]. Brug af sygehusdata kan derfor risikere at føre til forkerte prioriteringer i ulykkesforebyggelsen. Følgelig er det vigtigt at analysere de faktorer, der påvirker valget af behandlingssted i forbindelse med ulykker.

Den eneste måde at opnå det fulde billede af valget af behandlingssted for skader efter ulykker på er en befolkningsundersøgelse. Formålet med nærværende studie var at bestemme kontaktfrekvensen til sundhedsvæsenet i forbindelse med ulykker, og at undersøge om ulykkestype, alder, køn og sociodemografiske forhold har betydning for kontakten til sundhedsvæsenet i forbindelse med ulykker.

Materiale og metoder

Statens Institut for Folkesundhed har i 1987, 1991, 1994 og 2000 gennemført sundheds- og sygelighedsundersøgelser i Danmark. Disse undersøgelser inkluderer forekomsten af faktorer af betydning for helbredsstatus, sundhedsadfærd, livsstil og brug af sundhedsydelser. Den seneste undersøgelse blev gennemført i 2000, hvor stikprøven bestod af tilfældigt udvalgte danske statsborgere på 16 år og derover. Data var indsamlet gennem tre runder i februar, maj og september. Spørgsmål om håndtering af ulykker var kun inkluderet i septemberrunden. Detaljerne vedrørende stikprøven er beskrevet andetsteds [5].

Respondenterne blev i interviewet spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder uden for arbejdstiden havde været udsat for en ulykke, som medførte aktivitetsbegrænsning dagen efter ulykken. I bekræftende fald blev de spurgt, om den seneste ulykke var en hjemmeulykke, trafikulykke, sportsulykke eller anden ulykke. Derpå blev de spurgt, om de i forbindelse med denne ulykke havde kontaktet skadestue, læge/lægevagt,

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Resultater fra logistisk regression for sygehuskontakt versus ingen sygehuskontakt i forbindelse med ikkearbejdsrelaterede ulykker, som funktion af alder, køn, ulykkestype og socioøkonomisk gruppe. Kun aldersgruppen 25-64 år er inkluderet.

Cases	Sygehuskontakt 232/215 odds-ratio (95% konfidens- interval)
<i>Socioøkonomisk gruppe</i>	
Funktionær I + II	1,00
Funktionær III	3,22 (1,70-6,09)
Faglært arbejder	1,15 (0,57-2,33)
Ufaglært arbejder	2,06 (1,04-4,07)
Selvstændige	1,12 (0,54-2,31)
Ikke i arbejde	2,48 (1,45-4,24)
<i>Alder</i>	
25-44 år	1,07 (0,70-1,62)
45-64 år	1,00
<i>Køn</i>	
Mænd	1,00
Kvinder	1,24 (0,83-1,86)
<i>Ulykkestype</i>	
Hjemme/fritidsulykke	
hjemmeulykke	1,00
sportsulykke	1,16 (0,70-1,92)
anden ulykke	0,75 (0,44-1,28)
Trafikulykke ^a	1,35 (0,74-2,43)

a) Odds-ratio for sygehuskontakt ved trafikulykke versus hjemme/fritidsulykke er 1,11 (0,65-1,88).

var blevet indlagt eller havde fået anden behandling (flere svar var mulige). Dette spørgsmål blev ikke stillet i forbindelse med arbejdsrelaterede ulykker.

Den originale stikprøve bestod af 9.711 personer. Af disse blev 7.215 interviewet, og 7.128 personer (73% af stikprøven) besvarede spørgsmålene.

Besvarelsene blev opdelt efter køn og alder. I analyserne for socioøkonomi blev kun personer på 25-64 år (inkl.) medtaget for at undgå interaktion mellem alder og grupperne »under uddannelse« og »pensionister«.

SAS version 8.02 blev benyttet til den statistiske analyse. Odds-ratioer og 95% konfidensintervaller for sygehuskontakt versus ingen sygehuskontakt i den multivariate analyse (**Tabel 1**) blev bestemt med logistisk regression (PROC LOGISTIC) for de forskellige ulykkestyper, aldersgrupper, køn, socioøkonomiske grupper og familietyper med justering for de øvrige faktorer. Da de mindre amter af hensyn til de amtsvise opgørelser i andre dele af sundheds- og sygelighedsundersøgelsen havde relativt større stikprøver end de øvrige amter, blev alle data tildelt en vægt, så disse amter blev repræsenteret i forhold til deres folketal [5].

Resultater

Ud af de 7.128 personer, der svarede på ulykkespørgsmålene, svarede 775, at de havde været udsat for en ulykke uden for arbejdstiden i det seneste år (11%). 757 (98%) af disse svarede på spørgsmålene om behandling af ulykkerne, og de udgør

basismaterialet for analysen. Af disse 757 havde 126 senest været udsat for en trafikulykke og 631 for en hjemme/fritidsulykke, heraf 225 for en hjemmeulykke, 249 for en sportsulykke og 157 for en anden eller uoplyst ulykkestype.

I alt 403 (53%) havde haft sygehuskontakt (skadestue og/eller indlagt, eventuelt i kombination med skadebehandling andetsteds) og er dermed blevet registreret i sundhedsvæsenet. Ud over disse havde 138 (18%) kontakten en praktiserende læge eller lægevagt, men havde ikke haft nogen sygehuskontakt. Yderligere 49 (6%) fik behandling, men havde hverken haft kontakt med en læge eller et sygehus. Endelig fik 167 (22%) ingen behandling. **Tabel 2** viser hyppigheden af valg af de enkelte behandlingssteder for de enkelte ulykkestyper.

Kontaktmønstret afhang af ulykkestype (χ^2 , $p = 0,0022$) (**Tabel 3**). Sygehuskontakt var hyppigst ved trafikulykker (61%) og sjældnest ved sportsulykker (44%). Henholdsvis 19%, 13% og 20% rapporterede alene om at have haft læge/vagtlægekontakt ved hjemme-, trafik- og sportsulykker. Analyseret hver for sig havde både alder, køn og socioøkonomisk gruppe betydning for sygehuskontakten (**Tabel 3**). De, der hyppigst tog på sygehuset, var de ældre personer, kvinder, personer fra funktionærgruppe III og arbejdsløse. Urbaniseringsgraden af bopælskommunen, og om man var enlig, levede i parforhold, med eller uden børn havde til gengæld ingen betydning.

I den multivariate analyse, hvor kun aldersgruppen 25-64 år var inkluderet, var det kun den socioøkonomiske gruppe, der havde signifikant betydning for sygehuskontakt, igen med funktionærgruppe III, ufaglærte og arbejdsløse som dem med de hyppigste sygehuskontakter (**Tabel 1**).

Diskussion

Undersøgelsens resultater viser, at 53% af ulykkerne uden for arbejdstiden blandt voksne medførte kontakt til sygehusvæsenet. Den faktor, der havde størst betydning for sygehuskontakt i forbindelse med en ulykke, var den sociale baggrund, idet underordnede funktionærer, ufaglærte arbejdere og personer uden for arbejdsmarkedet oftest havde sygehuskontakt. Derimod havde køn og alder kun mindre eller ingen betydning. Det skal dog understreges, at skadestypen og dermed alvorligheden af skaden ikke indgår i undersøgelsen. Det kan derfor tænkes, at socialt dårligt stillede kommer mere alvorligt til skade og derfor oftere henvender sig på skadestuen, end de mere velstillede.

Trafikulykker medførte oftere sygehuskontakt end andre ulykkestyper og sportsulykker sjældnere. Interessant nok forsvandt denne forskel, når der blev justeret for socialgruppe i den multivariate analyse. Forskellen i kontaktmønstret for de forskellige ulykkestyper ser derfor ud til primært at skyldes sociale forskelle i forekomsten af disse ulykkestyper. Det er desuden interessant, at der ingen signifikant forskel var i sygehuskontakten mellem personer fra hovedstaden, bykommuner og øvrige kommuner. Det er tidligere fundet, at lang afstand til skadestuen reducerer brugen af denne [3], men afstan-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Brug af behandlingssted for tilskadekomst ved de forskellige ulykkestyper. Bemærk at der kan være kombinationer af flere behandlingssteder. Skemaet er hierarkisk, dvs. »læge« omfatter dem, der er lægebehandlet, men ikke har været på skadestue eller har været indlagt.

	Antal personer	Indlagt n (%)	Skadestue n (%)	Læge, vagtlæge n (%)	Anden behandling n (%)	Ingen behandling n (%)
Hjemme/fritidsulykke	631	80 (13)	246 (39)	122 (19)	45 (7)	138 (22)
hjemmeulykke	225	34 (15)	84 (37)	42 (19)	9 (4)	56 (25)
sportsulykke	249	18 (7)	92 (37)	50 (20)	26 (11)	63 (25)
anden ulykke	157	28 (18)	70 (45)	30 (19)	10 (6)	19 (12)
Trafikulykke	126	15 (12)	62 (49)	16 (13)	4 (3)	29 (23)
Total	757	95 (13)	308 (41)	138 (18)	49 (6)	167 (22)

Tabel 3. Kontakt med sundhedsvæsenet efter ikkearbejdsrelaterede ulykker opdelt efter ulykkestype og socio-demografiske forhold. Tallene i parentes angiver 95% konfidensinterval (CI) for procentdelen.

	Antal personer	Skadestue eller indlagt, % (CI)	Læge, ikke skadestue, % (CI)	Ingen lægekontakt, % (CI)
<i>Socioøkonomisk gruppe</i>		χ^2 , p<0,0001		
Funktionær I + II	157	41 (33-49)	24 (18-32)	35 (28-43)
Funktionær III	79	70 (58-79)	16 (9-26)	14 (7-24)
Faglært arbejder	56	43 (30-57)	21 (12-34)	36 (23-50)
Ufaglært arbejder	79	54 (43-66)	15 (8-25)	30 (21-42)
Elever/studerende	150	42 (34-50)	18 (12-25)	40 (32-48)
Selvstændige	41	44 (28-60)	22 (11-38)	34 (20-51)
Ikke i arbejde	195	70 (63-76)	14 (9-20)	16 (12-22)
<i>Ulykkestype</i>		χ^2 , p=0,0022		
Hjemme/fritidsulykke	631	52 (48-56)	19 (16-23)	29 (25-33)
hjemmeulykke	225	52 (46-59)	19 (14-24)	29 (23-35)
sportsulykke	249	44 (38-51)	20 (15-26)	36 (30-42)
anden ulykke	157	62 (54-70)	19 (13-26)	18 (13-25)
Trafikulykke	126	61 (52-70)	13 (7-20)	26 (19-35)
Total	757	53 (50-57)	18 (16-21)	29 (25-32)
<i>Alder</i>		χ^2 , p=0,038		
16-24 år	208	48 (41-55)	17 (12-23)	35 (28-42)
25-44 år	268	51 (45-57)	19 (14-24)	31 (25-36)
45-64 år	179	54 (46-61)	22 (16-29)	25 (18-32)
65+ år	102	70 (60-78)	13 (7-21)	18 (11-26)
<i>Køn</i>		χ^2 , p=0,048		
Mand	369	49 (44-54)	19 (15-24)	32 (27-37)
Kvinde	388	57 (52-62)	17 (14-21)	25 (21-30)
<i>Urbanisering</i>		χ^2 , p=0,178		
Hovedstad, forstæder	188	55 (47-62)	15 (11-21)	30 (23-37)
Bykommune > 10.000 indbyggere	304	55 (49-61)	16 (12-20)	29 (24-35)
Øvrige kommuner	265	50 (44-56)	23 (18-29)	27 (22-33)
<i>Familietype</i>		χ^2 , p=0,30		
Enlige uden børn	282	59 (53-64)	17 (13-22)	24 (20-30)
Enlige med børn	58	43 (30-57)	21 (11-33)	36 (24-50)
Par uden børn	261	51 (44-57)	18 (14-23)	31 (26-37)
Par med børn	156	52 (44-60)	20 (14-27)	28 (21-36)

den til skadestue hænger ikke nødvendigvis sammen med urbanisering, og andre kompenserende faktorer kan spille ind. De sociale forskelle i sygehuskontakt kan muligvis forklares ved, at de socialt dårligt stillede mangler kendskab til andre behandlingsmuligheder og derfor benytter skadestuen unødigt. I en amerikansk undersøgelse har man fundet, at andelen af unødvendige skadestuebesøg er højere for arbejdsløse og personer på *medicaid*-støtte (socialt dårligt stillede) [4], hvilket indikerer, at den sociale skævhed i brugen af skadestuerne muligvis kunne modvirkes med information om behandling af skader målrettet til socialt svage grupper, men det indikerer også, at adgangen til skadestuerne er vigtig for disse grupper.

Jens Lauritsen [2, 3] fandt i Odenseområdet, at 40% af dem, der var udsat for ulykker, tog på sygehuset i 1983, mens det i 1992 var 36%. Disse tal omfatter alle ulykker uanset alvorlighedsgrad, også arbejdsulykker. I 1983 blev yderligere 38% behandlet af en læge eller en speciallæge, og 19% fik anden eller ingen behandling. Hvis man kun medtager skader, som medfører aktivitetsbegrænsning, blev sygehusenes andel 43% [3], hvilket ligger noget under de 53% i nærværende undersøgelse. Dette kan skyldes en lavere kontaktfrekvens på skadestuen i Odense i forhold til i resten af landet, men undersøgelsesmateriale har ikke statistisk styrke til at påvise en sådan forskel. En anden forklaring kan ligge i udviklingen mod vagtlægecentre på

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

sygehusene, hvorved flere skader bliver behandlet på et sygehus, selv om det ikke er på skadestuen. Dette kan medføre en overrapportering af skadestuekontakt.

Svarprocenten på 74 må anses for at være rimelig. Den var lavest for de 80+-årige kvinder (61%) og lå for de øvrige på 67-78%. Geografisk var variationen større, fra 64% i København/Frederiksberg til 85% i Sønderjyllands Amt. Årsagen til bortfaldet var altovervejende (85% af bortfald) manglende ønske om at deltage. Da aldersvariationen og den geografiske variation var begrænset, må respondenterne forventes at være repræsentative for undersøgelsespopulationen. Desuden var der ved vægtningen af data taget højde for forskelle mellem amternes besvarelsesprocenter.

Konklusion

Socialt dårligt stillede benytter sygehusvæsenet i højere grad end andre, hvilket kan medføre en bias, som der bør tages højde for, når analyser af ulykkesforekomst er baseret på syge-

husdata. En nærmere analyse af årsagerne til de sociale forskelle forudsætter dog supplerende undersøgelser af skademønstret blandt de tilskadekomne, idet det kan tænkes, at de socialt dårligt stillede kommer mere alvorligt til skade.

Korrespondance: *Bjarne Laursen*, Statens Institut for Folkesundhed, DK-1399 København K.
E-mail: bla@si-folkesundhed.dk

Antaget: 29. juli 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Skadestuenes virksomhed 2000. København: Sundhedsstyrelsen, 2002:6.
2. Lauritsen JM, Skov O, Laursen B et al. Ulykkesregistrering i skadestuer. Ugeskr Læger 2002;164:5152-3.
3. Lauritsen JM. Tilskadekomst og behandlingskontakter. Odense: Odense Universitet, 1987:9.
4. Buesching DP, Jablonowski A, Vesta E et al. Inappropriate emergency department visits. Ann Emerg Med 1985;14:672-6.
5. Davidsen M, Kjølner M. The Danish health and morbidity survey 2000 – design and analysis. Stat Transit 2002;5:927-42.

Patologisk eller fysiologisk fimose?

1. reservelæge Mette Andersen Thorvaldsen & overlæge Hans-Henrik Meyhoff

Hillerød Sygehus, Afdeling A, Urologisk Sektion

Resumé

Indledning: Resultaterne af større engelske undersøgelser indikerer, at kun en mindre del af børn, der bliver henvist for fimose har en egentlig/patologisk forhudsfor snævring, langt de fleste har en fysiologisk for snævring af præputiet.

Formål: Formålet med denne undersøgelse var at vurdere de normale fysiologiske forhold ved retraktion af præputiet i barnealderen.

Materiale og metoder: Ved undersøgelsen blev der sendt spørgeskema til i 4.000 unge mænd i Frederiksborg Amt.

Resultater: Hos spædbørn og i skolealderen kunne for huden ikke retraheres hos henholdsvis 22% og 21% mod kun hos 7% ved puberteten. Drengene angav første gang selv at kunne trække for huden tilbage i gennemsnitlig 10,4-års-alderen. 23% havde haft problemer med for huden, men hos de fleste svandt problemerne af sig selv i puberteten (gennemsnit 13,3 år). Samlet var 8% blevet opereret på for huden. Gennemsnitsalderen ved operation var 11,6 år, men 20% var ikke tilfredse med operationsresultatet. Yderligere angav signifikant flere af de opererede at have problemer med at opnå sædudløsning og orgasme $p < 0,0005$.

Diskussion: Med en svarprocent på 38 må resultaterne tages med forbehold. Dog synes undersøgelsen at vise, at fysiologisk fimose er en hyppigt forekommende tilstand, der ofte svinder af sig selv i

præpuberteten/puberteten. Viden om forhudens normalfysiologi er relevant, og oftest bør man nok vente med behandling/operation til efter puberteten.

Resultaterne af større engelske undersøgelser viser, at kun en mindre del af børn, der bliver henvist for fimose har egentlig forhudsfor snævring (13%) [1]. *Gairdner* påviste i 1949, at 10% af de uomskårne drenge i treårsalderen havde ikke fuld retraktil forhud, hvorimod fuld tilbagetrækning af for huden kunne ske hos næsten alle ved pubertetens begyndelse [2]. Denne fysiologiske fimose er i senere undersøgelser fundet at være til stede hos mere end 90% af de nyfødte drenge [3-5]. *Nasrallah et al* fandt også, at 10% ved treårsalderen fortsat havde inkomplet retraktil præputium, mens dette kun var tilfældet hos 1% ved 17-års-alderen [3, 4]. Diagnosen fimose er yderst sjælden i førskolealderen [1]. Ingen drenge under fem år, der var henvist for fimose til et engelsk universitetshospital, havde egentlig patologisk fimose, og operation var således formentlig unødvendig. 47% af fimoseoperationerne udført på et lokalsygehus på drenge under 15 år blev derimod foretaget før femårsalderen [1].

Den store spredning i operationsraten kan skyldes overdiagnosticering af fimose på grund af ukendskab til præputiums naturlige udvikling [6].