

Skadestuebehandlede ofre for vold

Frederiksberg Hospital 1972

Af kandidatstipendiat, cand. jur. ANNE-BIRGITTE WESTH,
København

Som led i det fællesnordiske kriminalitetsskadeprojekt¹⁾ (startet i 1971) foretoges fra svensk side (Leif Lenke) en undersøgelse af skadestuebehandlede ofre for vold i Stockholm. Resultaterne af denne undersøgelse er offentliggjort i NTfK 1973 p. 136 ff.

I Finland blev en sådan undersøgelse ikke iværksat, ej heller i Norge, idet man der henholdt sig til Britt Bergersen Linds undersøgelse af hospitalsbehandlede voldsofre i Oslo (1969).²⁾

Her skal gøres rede for den undersøgelse, der efter svensk mønster blev foretaget i Danmark, idet der først redegøres for tilrettelæggelsen af undersøgelsen og dernæst for dens resultater. Der er til slut foretaget en kort sammenligning af den svenske og den danske undersøgelse.

I. Tilrettelæggelse

Undersøgelsen tænktes at foregå på den måde, at læger på skadestuerne på to hospitaler, Kommunehospitalet i København (som det største i Københavns kommune) og Frederiksberg Hospital i Frederiksberg kommune (der jo på trods af kommunegrænsen er en integreret del af Storkøbenhavn), skulle udfylde et spørgeskema (se bilag 1) i de tilfælde, hvor man modtog en patient, der angav at have været offer for en voldsforbrydelse.

Ved udformningen af spørgeskemaet blev det svenske skema lagt til grund. Visse punkter i det svenske skema ville det nok have været mest hensigtsmæssigt at ændre (jvf. nedenfor om den nærmere redegørelse for spørgeskemaet), men af hensyn til sammenligneligheden landene indbyrdes blev det foretrukket at holde det danske skema så tæt op ad det svenske som muligt. — Et spørgsmål om offerets identitet, der forelå i det svenske skema, måtte stryges i det danske, da det danske hospitalsvæsen ikke ville medvirke til besvarelsen af et sådant spørgsmål på grund af lægernes tavshedspligt.

Kommunehospitalet havde ingen praktisk mulighed for at medvirke, og da det var indtrykket, at det samme var tilfældet for andre store hospitaler i Københavns kommune, valgte jeg at indskrænke undersøgelsen til kun at omfatte Frederiksberg Ho-

¹⁾ Om dette projekt se Preben Wolf i NTfK 1973 p. 85 ff.

²⁾ Se NTfK 1969 p. 207 ff.

spital, som var yderst velvilligt indstillet over for projektet. Undersøgelsen vedrører altså et snævert stedligt område, og der kan ikke umiddelbart generaliseres fra dens resultater.

II. Nærmere om spørgeskemaet

Som tidligere nævnt er spørgeskemaet (bilag 1) udformet efter svensk mønster. Et spørgsmål vedrørende beruselse hos offeret er føjet til. Skemaet er ikke udformet efter strikte lægelige kriterier, idet skadestuer benytter sig af en ganske anden inddeling i skadeskategorier (se bilag 2), som ikke er velegnet i en undersøgelse som denne.

Meningen har været at graduere skadeskategorierne efter grovheden af skaden, i en stigende skala fra ingen skade til død, idet det, der må være formålet med en undersøgelse som denne, ikke er at få en korrekt diagnosticering af et skadestilfælde, men derimod at få et for lægmænd (det vil i dette tilfælde sige: ikke-læger) forståeligt billede af grovheden af skaden — hvor meget skete der egentlig? — og til dette formål forekom spørgeskemaet velegnet. Det skal fremhæves, at uanset at skadeskategorierne i skemaet ikke svarer til de medicinske kategorier, har lægerne på Frederiksberg Hospital fuldt ud akcepteret at anvende dem. En kontrol fås også ved at lægerne har påført skemaet deres diagnose på latin. I de tilfælde, hvor man fra lægeside har været i tvivl om, hvor man ville placere et tilfælde, har diagnosen været til stor hjælp, idet der da efterfølgende er foretaget en rubricering af skaden efter en vurdering af dens grovhed (en bagatel — en mindre skade uden at være en bagatel — en mellemsvær skade eller en grov skade).

Det skal dog bemærkes, at punkterne syv og otte inden for skadeskategorierne giver plads for et skøn, der kan være svært at foretage, idet skader, der umiddelbart synes mindre alvorlige, kan udarte sig til at være livsfarlige, ligesom mindre komplicerede skader (fx. et ukompliceret benbrud) kan blive komplicerede og medføre varigt mén (benet gror forkert sammen, og patienten bliver halt). — Der synes dog i denne undersøgelse ikke at have været problemer for lægerne af denne art, men det må selvfølgelig pointeres, at man kun får 100 %'s sikkerhed for skadens omfang ved at foretage en follow-up undersøgelse af de forskellige skadestilfælde.

III. Nærmere om undersøgelsens resultater

Undersøgelsen fandt sted i halvåret 1. juli 1972 til 31. december 1972 på Frederiksberg Hospital's skadestue. Denne skadestue er en åben skadestue, der modtager patienter, der er kommet til skade inden for området: Frederiksberg kommune.

I 1972 behandlede der på skadestuen 22.188 patienter — heraf i den periode undersøgelsen vedrører: 11.468 patienter. 106 af disse patienter (eller 0,9 %) var — efter egne opgivelser — ofre for en voldsforbrydelse.³⁾ I 6 tilfælde (1 kvinde og 5 mænd) har lægerne fundet, at det var tvivlsomt, om skaden var forsætligt forvoldt af en anden person. Af disse 106 personer var de 68 mænd (64,2 %) og de 38 kvinder (35,8 %).⁴⁾

Alders- og kønsfordelingen for de 106 personer fremgår af følgende tabel.

Tabel 1: Skadestuebehandlede ofre 1972, Frederiksberg Hospital, efter alder og køn. I procent.

Alder	Mænd	Kvinder	Total	Antal
Under 20	13,2	5,3	10,4	11
20—24	14,7	5,3	11,3	12
25—29	19,1	21,1	19,8	21
30—39	20,6	18,4	19,8	21
40—49	14,7	26,3	18,9	20
50 år og derover	17,6	23,7	19,8	21
Total	99,9	100,1	100,0	106
Procentbasis	68	38	106	
Gennemsnitsalder for mænd:		35,6 år		
Gennemsnitsalder for kvinder:		40,6 år ⁵⁾		

En nærmere analyse af skadens art fordelt efter offerets køn viser, at hovedparten af mændene får skader, der hører til i kategori 3 (lille blødning, flækket læbe, forstuvning), mens hovedparten af kvinderne får skader, der hører til i skadeskategori 2 (blå mærker, hævelse).

³⁾ Der haves naturligvis ikke fuldstændig sikkerhed for, at lægerne har husket at udfylde skemaet for hvert tilfælde, man fik kendskab til, men da man på skadestuen viste stor interesse for undersøgelsen og var uhyre hjælpsomme, er der efter min bedste overbevisning ikke tale om nogen — eller i alle tilfælde en meget lille — „spildprocent,,.

⁴⁾ I en betænkning afgivet i 1971 af udvalget vedrørende skadebehandling i Storkøbenhavn gøres der blandt andet rede for en registrering, som udvalget i november måned 1968 lod foretage af samtlige patienter, der ankom til de københavnske skadestuer og skadestuen på Frederiksberg Hospital og skadestuerne i Københavns amtsråds-kreds. Det viser sig, at kønsfordelingen af de patienter, som ankom til skadestuerne med egentlige skadediagnoser, var 64,2 % mænd (35,8 % kvinder). Kønsfordelingen for *alle* skader, der registreredes, var altså nøjagtig den samme som for *voldsskaderne* i mit materiale.

⁵⁾ I Britt Bergersen Linds norske undersøgelse (1969) var gennemsnitsalderen for mænd 35,8 år og for kvinder 36,3 år. De norske kvindelige voldsofre er altså lidt yngre end de danske.

Selv i de tilfælde, hvor voldsofrene søger skadestuebehandling, er det altså småskaderne, der er de dominerende.

Fordeling af skader efter offerets køn fremgår i øvrigt af tabel 2.

Tabel 2: Skader forvoldt på skadestuebehandlede ofre, Frederiksberg Hospital 1972, efter offerets køn og skadens art.

Skadens art	Mænd		Kvinder		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1. Ingen skade	2	2,9	0	0,0	2	1,9
2. Blå mærker, hævelse	9	13,2	15	39,5	24	22,6
3. Lille blødning, flækket læbe, forstuvning	33	48,5	10	26,3	43	40,6
4. Mindre frakturer, skade på tænder, ribbensbrud, stærk blødning, kraftig hævelse	7	10,3	4	10,5	11	10,4
5. Hjernerystelse	5	7,4	5	13,2	10	9,4
6. Brud på ansigtsknogler, benbrud, kraniebrud	10	14,7	3	7,9	13	12,3
7. Grov skade på legemet, som medfører varigt legemligt mén som nedsat synsevne, lammelse, etc.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8. Livsfarlige skader (som evt. ville have medført død, hvis ikke behandlet)	2	2,9	0	0,0	2	1,9
9. Dødsfald	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10. Ikke spec. grov skade	0	0,0	1	2,6	1	0,9
Ialt	68	99,9	38	100,0	106	100,0

Som det ses, var der ingen, hverken mænd eller kvinder, der var så svært skadet, at de døde; ingen kvinder og kun to mænd fik livsfarlige skader, og ingen fik grove varige skader på legemet. Derimod har mænd deres næststørste skadestål i gruppe 6, mens kvindernes næststørste skadestål fortsat findes inden for den lette del af skaderne, nemlig i gruppe 3. — Mænd rammes altså hyppigere af skader som følge af vold end kvinder, og de rammes hårdere.

Et andet problem er skadesintensiteten i de forskellige aldersgrupper. Er det farligere, set i relation til skadens omfang, at være ung end gammel? Hvad er det for skader, der rammer de forskellige aldersgrupper? Eller sagt på en anden måde: Når

man har en given alder og et givet køn, hvad er det så for skader man udsættes for?

Dette belyses af tabel 3 og 4, henholdsvis for mænd og kvinder.⁶⁾

Tabel 3: Fordeling af skader for mænd i forskellige aldersklasser. I procent.

Skadeskategori	→ 20	20-24	25-29	30-39	40-49	50 →	I alt
1	—	10	7,7	—	—	—	2,9
2	22,2	20	—	7,1	10	25	13,2
3	44,4	60	46,2	50	50	41,7	48,5
4	—	10	15,4	—	10	25	10,3
5	11,1	—	7,7	21,4	—	—	7,4
6	22,2	—	23,1	14,3	20	8,3	14,7
7	—	—	—	—	—	—	—
8	—	—	—	7,1	10	—	2,9
9	—	—	—	—	—	—	—
10	—	—	—	—	—	—	—
I alt	99,9	100,0	100,1	99,9	100,0	100,0	99,9
Procentbasis	9	10	13	14	10	12	68

Som det ses, har (som tidligere nævnt) skadeskategori 3 en overvægt inden for alle aldersgrupper.

Ved en bedømmelse af skadens alvorlighed i de forskellige aldersklasser vil i første omgang en skillelinie blive lagt efter skadeskategori 3, således at kategori 4—10 regnes til de alvorlige tilfælde (i kategori 4 starter de tilfælde, hvor der foreligger frakturer).

Det ses da, at i aldersgruppen under 20 år var der 33,3 % alvorlige tilfælde. For aldersgruppen 20—29 år var procenten af alvorlige skader 30,4 — altså nogenlunde som for mænd under 20 år. For aldersgruppen 30—39 år var procenten højere: 42,8. — 40—49 års gruppen havde 40 % alvorlige tilfælde og aldersgruppen 50 år og derover 33,3 % (altså lig med gruppen under 20 år og nogenlunde lig med gruppen 20—29 år). Risikoen for en alvorlig skade skulle altså være størst i 30—39 års alderen, hvorefter den falder. Bedømt efter de enkelte skadesarter vil en mand, uanset hvilken alder han befinder sig i, have størst risiko for at få en skade, der hører til i kategori 3.

For kvindernes vedkommende fremgår aldersfordelingen set i relation til skadens art af tabel 4.

⁶⁾ Man skal selvfølgelig, når man betragter procentberegningerne, have in mente, at undersøgelsesmaterialet er lille. — Procentbasis fremgår af tabellerne.

Tabel 4: Fordeling af skader for kvinder i forskellige aldersklasser.
I procent.

Skadeskategori	→ 20	20-24	25-29	30-39	40-49	50 →	I alt
1	—	—	—	—	—	—	—
2	100	50	25	28,6	40	44,4	39,5
3	—	50	25	42,9	10	33,3	26,3
4	—	—	12,5	—	10	22,2	10,5
5	—	—	12,5	14,3	30	—	13,2
6	—	—	25	14,3	—	—	7,9
7	—	—	—	—	—	—	—
8	—	—	—	—	—	—	—
9	—	—	—	—	—	—	—
10	—	—	—	—	10	—	2,6
I alt	100	100	100	100,1	100	99,9	100
Procentbasis	2	2	8	7	10	9	38

En bedømmelse af skadens alvorlighed (bedømt efter samme kriterier som for mænd) viser da, at aldersgruppen under 20 år slet ikke havde nogen alvorlige tilfælde. I aldersgruppen 20—29 år var der 40 % alvorlige tilfælde. Aldersgruppen 30—39 år havde 28,6 % alvorlige tilfælde. 40—49 års gruppen havde 50 % alvorlige tilfælde, og endelig havde aldersgruppen 50 år og derover kun 22,2 % alvorlige tilfælde.

Risikoen for en alvorlig skade skulle herefter være størst i 40—49 års alderen og mindst i den helt unge aldersgruppe op til 20 år.

Disse forskellige beregninger synes herefter at vise, at risikoen for skade (bedømt efter *hyppighed*) og risiko for *alvorlig* skade (bedømt efter skadens omfang) i de forskellige aldersklasser er den samme. — Mænd har størst risiko for at få en skade (hvilken som helst) i aldersgruppen 30—39 år og også størst risiko for at få en *alvorlig* skade i 30—39 års alderen. Kvinder har størst risiko for at få en skade i aldersgruppen 40—49 år og også størst risiko for at få en *alvorlig* skade i 40—49 års alderen.

Der er for undersøgelsens materiale (106 personer) foretaget en statistisk bearbejdelse af talfordelingerne og deres signifikanser. Den vedrører alders- og kønsfordelingen i forhold til skadens alvorlighed. Der er ved disse beregninger gjort brug af en anden skillelinje for alvorlighed end den tidligere nævnte, idet skillelinjen for ikke alvorlige/alvorlige tilfælde er lagt efter skadeskategori 2, således at skadeskategori 3 regnes med til de „alvorlige“ tilfælde. For nemheds skyld bruges ordet „alvorlig“, selv om man vel ikke efter normal terminologi vil kalde kategori 3's skader for alvorlige. Mere korrekt kan man sige, at skillelinjen

går mellem bagatelskader (kategori 2) og ikke rene bagatelskader (kategori 3 og opefter), som altså kaldes „alvorlige“.

Skillelinien efter kategori 2 er valgt, fordi en nærmere analyse viser, at mens kategori 1 og 2 skiller sig signifikant fra kategori 3—10 ved sammenligning af mands- og kvindematerialet og ligeledes fra såvel kategori 3 alene som fra kategori 4—10, skiller kategori 3 sig ikke signifikant fra kategori 4—10. Det kunne tyde på, at kategori 3 mest hensigtsmæssigt kan klassificeres sammen med de endnu alvorligere skader, når det gælder sammenligning af skader, som rammer henholdsvis mænd og kvinder i et materiale som det foreliggende.

Med en deling af materialet efter nævnte skillelinie bliver procenten af „alvorlige“ tilfælde for *hele* materialet (106 personer) lig med 75,5 %. For mandsmaterialet alene (68 personer) bliver den 83,8 % og for kvindematerialet (38 personer) 60,5 %. Denne forskel på andelen af „alvorlige“ tilfælde i mandsmaterialet og kvindematerialet er statistisk signifikant på 1 %-niveauet målt med en X^2 -test.

Beregningerne viser, at skadestuen må regne med at skulle modtage flere voldsskadede mænd end kvinder, og at de mænd, der kommer, vil være alvorligere skadet end de kvinder, der kommer til behandling. Ved en aldersopdeling i fire kategorier: unge (24 år og derunder), yngre (25—39 år), ældre (40—49 år) og gamle (50 år og derover) vil man kunne sige noget om, hvilke alderskategorier der sandsynligvis vil være hårdest ramt, når de kommer til behandling på skadestuen. Det er hverken de unge eller de gamle, men dem mellem 25 og 50 og ganske særligt dem mellem 25 og 39.

Benytter man både aldersfaktoren og kønsfaktoren kombineret til at sige noget om alvorlighedsrisikoen, vil rækkefølgen blive med den mindst alvorligt ramte kategori først og den oftest alvorligt ramte sidst: 1) unge kvinder (24 år og derunder), 2) gamle kvinder (50 år og derover), 3) ældre kvinder (40—49 år), 4) yngre kvinder (25—29 år), 5) unge mænd (24 år og derunder), 6) gamle mænd (50 år og derover), 7) ældre mænd (40—49 år), og 8) yngre mænd (25—39 år).

Kønsfaktoren er klart bedre end aldersfaktoren, hvis man vil forudsige noget om, hvor alvorligt skadestuesøgende volds ofre på Frederiksberg og muligt andre steder vil være ramt, når de opsøger skadestuen. Det er på den anden side klart, at oplysninger om alder i tillæg til oplysninger om kønnet betydeligt forbedrer forudsigelsessikkerheden med hensyn til skadernes alvorlighed, selv om aldersfaktoren ikke i sig selv er nogen særlig god prædikator. Der er således også signifikant forskel på andelen af alvorlige skader mellem de ovennævnte otte kategorier af henholdsvis unge og gamle, ældre og yngre kvindelige og mandlige

voldsofre. Forskellen er signifikant på 5 %-niveauet ($p < 0,05$ med syv frihedsgrader).

I spørgeskemaet er der foruden om køn, alder og skadesart stillet spørgsmål om, hvorvidt patienten vil være sygemeldt mere end en uge, og om hvorvidt patienten skal indlægges. Spørgsmålene er medtaget for at få et indicium for skadens alvorlighed ud over den rene kategoriinddeling. Som indicium for skadens alvorlighed er spørgsmålet om sygemelding vel mest velegnet, idet man naturligvis godt kan være sygemeldt mere end en uge uden at blive indlagt (og på den anden side godt kan blive indlagt uden at være sygemeldt mere end en uge).

Det skal dog bemærkes, at lægerne har givet udtryk for, at besvarelsen af spørgsmålene, og navnlig spørgsmålet om sygemelding, kan være vanskelig, idet man som vagthavende på en skadestue kan være meget i tvivl om forløbet af et skadestilfælde.

Leif Lenke nævner i sin artikel (p. 140), at kriteriet om indlæggelse på sygehus ikke er velegnet som et mål for skadens grovhed, da det beror på fx. pladsforhold på hospitalet, om patienter bliver indlagt. Det nævnes, at der i den svenske undersøgelse er forekommet tilfælde, hvor patienter er blevet indlagt for skader, der hører til i kategori 2 (blå mærker, hævelse).

I den danske undersøgelse forekommer der ingen tilfælde, hvor patienter er blevet indlagt på grund af sådanne småskader.

For *mændenes* vedkommende blev spørgsmålet om sygemelding i mere end 1 uge besvaret bekræftende i 17,6 % af tilfældene (i 4,4 % af tilfældene var der tvivl). Hvad angår spørgsmålet om indlæggelse, blev det besvaret bekræftende i 25 % af tilfældene (i 2,9 % af tilfældene var der tvivl).

For kvindernes vedkommende blev der i 15,8 % af tilfældene svaret ja til spørgsmålet om sygemelding (i 7,9 % af tilfældene var der tvivl), og for så vidt angår spørgsmålet om indlæggelse blev der svaret ja i 23,7 % af tilfældene (i 5,3 % af tilfældene var der tvivl).

For så vidt angår indlæggelse og sygemelding er billedet altså nogenlunde ens for mænd og kvinder. Ca. $\frac{1}{4}$ havde behov for indlæggelse, mens kun 16—17 % er så alvorligt skadet, at man skønmæssigt regner med en sygemelding på over en uge.

Bortset fra de allerede gennemgåede spørgsmål indeholdt skemaet til slut et spørgsmål om, hvorvidt patienten var beruset ved ankomsten til skadestuen. Dette spørgsmål er medtaget for ved et (ganske vist lille) dansk materiale at få bekræftet eller afkræftet en forventning om, at voldsofre ofte er berusede.⁷⁾

⁷⁾ Af Britt Bergersen Linds undersøgelse (1969) fremgår det, at den vagthavende læge karakteriserede ca. 70 % af personerne i materialet som berusede ved indlæggelsen. Det skal dog bemærkes, at der var tale om en mere snævert afgrænset gruppe af voldsofre, nemlig kun de, der blev *indlagt* på sygehus.

Af de 106 personer, som nærværende undersøgelse omfatter, var over $\frac{1}{3}$ (37,7 %) berusede ved ankomsten til skadestuen. 44,1 % af mændene og 26,3 % af kvinderne var berusede.

Der gives i denne undersøgelse ikke noget svar på, hvordan voldssituationen nærmere opstod, men det er vel ikke helt forkert at sige, at beruselse er en faktor, der tilsyneladende kan fremme risikoen for at blive offer for en voldsforbrydelse.

IV. Sammenligning af den svenske og den danske undersøgelse

Den svenske undersøgelse har tydeligvis haft eller fået et andet sigte end den danske, idet den fortrinsvis behandler spørgsmålet om den skjulte voldskriminalitet. Da de svenske læger er gået ind på at afsløre patienternes identitet, har Lenke kunnet efterspore, om voldsforbrydelsen er blevet anmeldt, og om ofret selv var registreret i politiets kartoteker. Dette har, som tidligere nævnt, ikke været muligt i Danmark, da lægerne ikke ville opgive disse data, og den danske undersøgelse er da først og fremmest — hvilket også var tilsigtet — blevet en undersøgelse af voldsskaders grovhed set også i relation til patienternes køn og alder. Lenke har så at sige ikke beskæftiget sig med disse problemer, men man kan dog i den eneste tabel, der gengives, se, at også i det svenske materiale dominerer småskaderne:

Dansk materiale			Svensk materiale		
Mænd og kvinder			Mænd og kvinder		
	total i procent			total i procent	
1) Ingen skade	2	1,9 %	1)	1	0,7 %
2) Blå mærker etc.	24	22,6 %	2)	35	24,5 %
3) Lille blødning etc.	43	40,6 %	3)	53	37,1 %
4) Mindre frakturer etc.	11	10,4 %	4)	23	16,1 %
5) Hjernerystelse	10	9,4 %	5)	5	3,5 %
6) Brud på ansigtsknogler etc.	13	12,3 %	6)	4	2,8 %
7) Grov skade etc.	0	0,0 %	7)	1	0,7 %
8) Livsfarlige skader etc.	2	1,9 %	8)	1	0,7 %
9) Dødsfald	0	0,0 %	9)	0	0,0 %
10) Ikke specificeret grov skade	1	0,9 %	10)	0	0,0 %
			11)	20	14,0 %
			Oplysning mangler om skadens art		
<i>ialt</i>	106	100,0 %	<i>ialt</i>	143	100,1 %

Største skadesgruppe for begge materialer: gruppe 3

Næststørste for begge: gruppe 2

Dvs. småskaderne dominerer i begge materialer. — Men det danske materiale har procentvis flere grove skader end det svenske:

Dansk materiale:

Fra gruppe 4 og opefter: 34,9 % af materialet. —

Fra gruppe 5 og opefter: 24,5 % af materialet.

Svensk materiale:

Fra gruppe 4 og opefter: 23,8 % af materialet. —

Fra gruppe 5 og opefter: 7,7 % af materialet.

(Kilde til de svenske tal: Leif Lenke.)

Anne-Birgitte Westh

Se bilag 1—3.

Bilag 1: Spørgeskema.

Klokkeslet

Dato

Spørgsmål 1: Er skaden forsætlig forvoldt af en anden person? Ja
Tvivlsomt

I begge tilfælde bedes spørgsmålene 2—7 besvaret

Spørgsmål 2: Er ofret en mand — kvinde? (Det rigtige bedes under-

Spørgsmål 3: Er offeret i aldersgruppen:

1. Under 20 år?
2. Fra 20—24 år?
3. Fra 25—30 år?
4. Fra 30—39 år?
5. Fra 40—49 år?
6. 50 år og derover?

Spørgsmål 4: Skadens art:

Diagnose (Latin)
.....
.....

1. Ingen skade.
2. Blå mærker, hævelse.
3. Lille blødning, flækket læbe, forstuvning.
4. Mindre frakturer, skade på tænder, ribbensbrud, stærk blødning, kraftig hævelse.
5. Hjernerystelse.
6. Brud på ansigtsknogler, benbrud, chok, kraniebrud.
7. Grov skade på legemet, som medfører varig legemligt mén som nedsat synsevne, lammelse, etc.
8. Livsfarlige skader (som evt. ville have medført døden, hvis de ikke var blevet behandlet).
9. Dødsfald.
10. Ikke spec. grov skade.

Spørgsmål 5: Vil patienten være sygemeldt mere end 1 uge? Ja Nej

Spørgsmål 6: Skal patienten indlægges? Ja Nej

Spørgsmål 7: Var patienten beruset ved ankomsten til skadestuen?
Ja Nej

(sæt bolle om det svar/tal der passer)

Bilag 2: Den inddeling i skadeskategorier, der anvendes af skadestuer på hospitaler

- | | |
|---|--|
| 1. Hoved og hvirvelsøjle: | Brud, læsioner af hjerne og rygmarv (incl. hjernerystelse og læsioner af hjernens blodkar). |
| 2. Hoved (÷ ansigt): | Kvæstninger og kvæstningssår. |
| 3. Krop og hals: | Kvæstninger, organlæsioner, sår med organlæsioner, brud i brystkasse og bækken. |
| 4. Arme og hænder: | Brud, lukkede senelæsioner, ledskred, sår med sene-, nerve-, kar-, ledlæsioner. |
| 5. Ben og fødder: | Brud, lukkede senelæsioner, ledskred, sår med sene-, nerve-, kar-, ledlæsioner. |
| 6. Arme, hænder, ben, fødder: | Kvæstninger, forvridninger o. lign. |
| 7. Ansigt, hals, krop, arme, hænder, ben, fødder: | Sår og hudafskrabninger uden sene-, nerve-, kar-, ledlæsioner eller organlæsioner. Fremmedlegemer i hud og underhud. |
| 8. Øjne: | Samtlige læsioner incl. fremmedlegemer samt følgetilstande.
Øjenkatar efter lypåvirkning. |
| 9. Fremmedlegemer: | I ydre øre, luftveje og fordøjelseskana
l samt kønsorganer. |
| 10. Forbrændinger, forfrysninger og ætsninger af hud og slimhinder. | |
| 11. Forgiftninger. | |
| 12. Læsioner med uoplyst lokalisation. | |
| 13. Andet. | |
| 14. Uoplyst. | |

Ved anvendelse af de nævnte skadekategorier er det tilstræbt, at der skabes mulighed for en differentiering i sværhedsgrader.

Skadekategorierne 1 og 3 omfatter de læsioner, som kan være umiddelbart livstruende og må betegnes som svære og sværere skader.

Skadekategorierne 2, 4 og 5 består af skader, som for en stor dels vedkommende kræver særlig observation og/eller behandling under indlæggelse.

Skadekategorierne 6, 7 og 8 er overvejende lette skader.

Skadekategorierne 9, 10 og 11 er mindre skarpt afgrænset i sværhedsgrad, men en ikke ringe del af patienterne i disse kategorier kræver mulighed for specialbehandling på hospitalsafdelinger. Kategori 11 omfatter også patienter med ebrietas som hoveddiagnose.

Patienterne er grupperet i de forskellige kategorier efter den første diagnose på skadeskema 1, og der er således ikke taget hensyn til eventuelle multiple læsioner. Imidlertid er der ved kodningen af diagnoserne tilstræbt en placering af den alvorligste læsion som første diagnose.

Bilag 3: Skadekategorier, alders- og kønsfordeling i absolutte tal.

Skade- kategori:	Alder:												50 og derover				I alt			
	Under 20		20—24		25—29		30—39		40—49		50 og derover		I alt		I alt					
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K				
1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2			
2	2	4	2	1	2	1	2	3	1	4	5	3	4	7	9	15	24			
3	4	—	6	1	7	2	8	10	5	1	6	5	3	8	33	10	43			
4	—	—	1	—	1	3	—	—	1	1	2	3	2	5	7	4	11			
5	1	—	—	—	1	1	2	3	1	4	—	3	—	—	5	5	10			
6	2	—	—	—	3	2	5	2	1	3	2	—	1	—	10	3	13			
7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	—			
8	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	2	0	2			
9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	—			
10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	1	1			
I alt	9	2	11	10	2	13	8	21	14	7	21	10	10	20	12	9	21	68	38	106