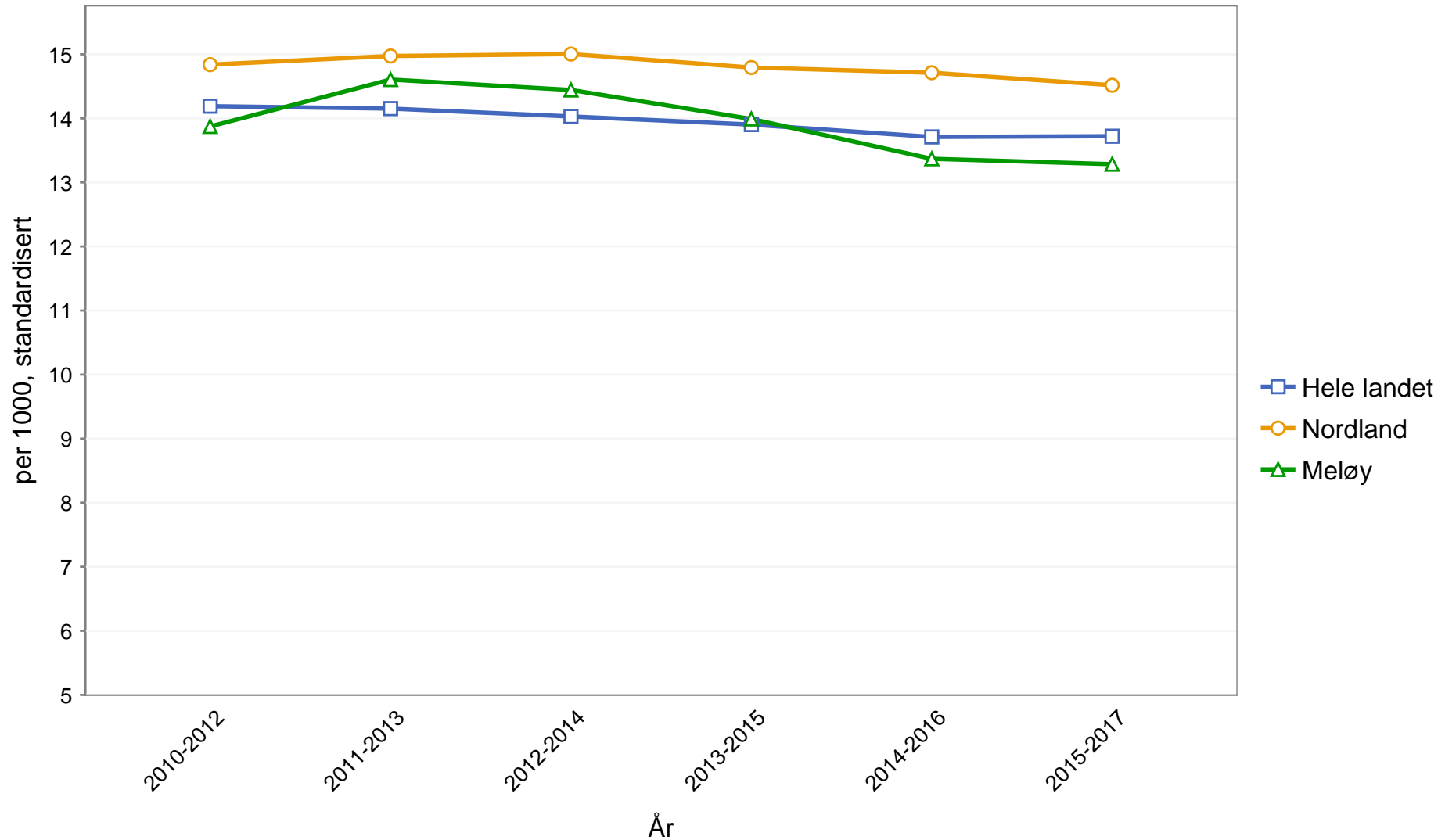


Spesialisthelsetjenesten, somatikk (Inndeling per 1.1.2020) - *kjønn samlet, alle aldre, per 1000, standardisert, Skader (S00-T78)*



Spesialisthelsetjenesten, somatikk (Inndeling per 1.1.2020) - *kjønn samlet, alle aldre, per 1000, standardisert, Skader (S00-T78)*

Beskrivelse

Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Statistikken vises for kommune- og fylkesinndeling per 1.1.2020.

For å endre tabellen, åpne "Endre utvalg av...".

Fire måltall er tilgjengelig. Bruk knappen Måltall for å velge:

1. Årlig antall = Årlig antall, angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder.
2. Per 1000 = Antall per 1000 innbyggere* per år (andel), angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder.
3. Per 1000, standardisert = Antall per 1000 innbyggere* per år (andel), angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder. Standardisert for alders- og kjønns sammensetning.
4. Forholdstall (Norge=100), standardisert = Forhold mellom kommunens standardiserte andel og landsverdien et gitt år, angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder. Eksempler; forholdstall = 130 betyr at kommunens standardiserte andel er 30 % høyere enn landsnivået. Et forholdstall på 87 betyr at kommunens standardiserte andel er 13 % lavere enn landsnivået.

*Omfatter innbyggere i det aktuelle alders- og kjønnssegmentet.

Standardiserte tall anbefales ved sammenligning mellom geografiske områder. Hensikten med standardisering er å redusere påvirkning av ulike alders- og kjønns sammensetning når man sammenligner grupper. Metoden som er benyttet er indirekte standardisering med løpende år som referanse.

Data på sykehusinnlagte omfatter flere indikatorer. Beskrivelsen av dataene vil derfor gjelde flere sykdomsgrupper. Følgende grupper av hoveddiagnoser (ICD-10) er presentert:

Sykdom i muskel- og skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)

Personskader (S00- T78) (Utvidet definisjon - inkluderer også forgiftninger. Tidligere har denne gruppen kun omfattet S00-T35)

- Hodeskader (S00-S09)

- Hoftebrudd/lårbensbrudd (S72.0-S72.2)

- Forgiftninger (T36-T65)

For sykehusinnlagte for KOLS (J44.0-J44.9), se egen indikator under "Sykdomsgrupper" i venstremargen.

Tidligere endringer:

I Kommunehelsestatistikkbank er det fra og med desember 2017 benyttet et annet grunnlag for uttrekk av statistikken på sykehusinnlagte (fra NPR). Grunnlaget for uttrekket er fra da basert på avdelingsopphold (ikke fleravdelingsopphold) og i tillegg både hovedtilstand 1 og 2. Alle årganger (hele tidsserien) er beregnet etter dette uttrekket. Det innebærer at dataene publisert etter desember 2017 ikke er sammenliknbare med data tidligere publisert i statistikkbanken og i folkehelseprofiler for 2012 -2017. Tidligere har tall på indikatorene «Hjerte- og karsykdommer (I00-I99)» og «Iskemisk hjertesykdom (I20-I25)» vært tilgjengelig i denne tabellen. Disse finner man nå under tabell "Hjerte- og karsykdom" under «Hjerte- og karsykdom, indikatorer».

Tidsserien for lårbensbrudd (S72) ble i 2016 avsluttet, og erstattet med hoftebrudd (S72.0-S72.2, brudd i lårhalsen eller like nedenfor). I stedet for den tidligere betegnelsen "lårhalsbrudd" brukes nå "hoftebrudd" fordi dette er mer i tråd med den betegnelsen som brukes i andre land (Hip fracture). Endringen er innført for hele tidsserien.

For å se tall etter gammel kommune- og fylkesinndeling (gjeldende per 1.1.2018), se under "Avsluttede tidsserier".

Begrunnelse for valg av indikator

Befolkningens bruk av sykehustjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved så vel helsetjenester som helsetilstand i kommunene. Sykehusinnleggelse kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen.

For følgende vanlig forekommende og forebyggbare sykdomsgrupper kan sykehusinnleggelse i tillegg gi en pekepinn på potensialet for forebyggende innsats:

Skader: Selv om dødeligheten av skader og ulykker har gått nedover siden 1950-tallet er ulykkeskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkuulykker både redusert helse og tapte liv. Det er et betydelig potensial for forebygging av skader og ulykker. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste skadene.

Hoftebrudd:Hoftebrudd: De fleste hoftebrudd rammer eldre og skyldes redusert beinmasse (benskjørhet) kombinert med et fall.

For de sykdomsgrupper hvor det finnes andre datakilder vil tallene på sykehusinnleggelse fra Norsk pasientregister være et supplement.

Kilde

Norsk pasientregister (NPR)

Innsamling

Når pasienter får behandling i et sykehus blir en rekke opplysninger registrert ved behandlingsstedet. Et utvalg av disse opplysningene sendes til Norsk pasientregister. Antall pasienter i løpet av et kalenderår blir beregnet ved hjelp av kryptert fødselsnummer. Der hvor kryptert fødselsnummer mangler blir dette erstattet med et løpenummer basert på institusjons- og pasientnummer.

I Kommunehelse er datagrunnlaget for somatiske sykehus avgrenset til dag- og døgnopphold.

Tolkning og feilkilder

I de tilfellene det krypterte fødselsnummeret mangler og det er erstattet med et løpenummer basert på basert på institusjons- og pasientnummer er det fare for at pasienter som er i kontakt med ulike institusjoner inngår i statistikken flere ganger.

Forskjeller i bruk av sykehus kan gjenspeile ulike henvisningstrender i primærhelsetjenesten, ulike tilgjengelighet og praksis fra sykehusenes side bl.a. mht. reinnleggelse og poliklinisk aktivitet samt ulike sykkelighet. De eldre sykehusbruk kan i tillegg bli påvirket av kapasiteten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kommunetall: Tidsserier oppdateres bakover i tid ved kommunesammenslåinger, men ikke ved mindre grensejusteringer. Den større grensejusteringen mellom Sandefjord og Tønsberg i 2017 er imidlertid hensyntatt gjennom oppdateringer bakover i tid av nevneren, men ikke av telleren (på grunn av begrensninger i grunnlagsdataene). For årganger før 2017 kan derfor rater for Tønsberg være litt for lave og rater for Sandefjord litt for høye.

Fylkestall: Ved oppdatering av fylkestall bakover i tid tillater ikke grunnlagsdataene å ta hensyn til at enkelte kommuner er overflyttet fra et fylke til et annet. Dette gjelder for telleren, men ikke nevneren. For årganger før 2020 kan derfor rater for et fylke som har mottatt kommuner fra andre fylker være litt for lave, og vice versa.

Datakvalitet

Ved mottak av data utfører Norsk pasientregister kvalitetssikring av dataene. Det utføres tester som blant annet sjekker for logiske feil og manglende opplysninger. Feil og mangler meldes tilbake til avsender, som retter feilene i sitt system og sender korrekte data tilbake til registeret.

Så langt NPR har mulighet til å kontrollere mottatte data, anses aktivitetsdataene for somatiske sykehus å ha god kvalitet når det gjelder komplettethet i koding i enkelte administrative variabler. Dette gjelder de variabler som må være utfylt for at dataene skal kunne grupperes i DRG (Diagnose Relatert Gruppe).

Spesialisthelsetjenesten, somatikk (Inndeling per 1.1.2020) - *kjønn samlet, alle aldre, per 1000, standardisert, Skader (S00-T78)*

Til tross for lokal og sentral kvalitetssikring av pasientdata, er det svakheter ved statistikken knyttet til to feilkilder. Den første gjelder rapporteringens kompletthet. Spørsmålet er om alle pasientopphold har blitt meldt fra sykehusene til pasientregisteret og om samme opphold kun har blitt meldt én gang. Kompletthet kan også knyttes til hvert enkelt kjennemerke/variabel i registeret. For eksempel i hvor stor andel av oppholdene det foreligger opplysning om hva pasienten ble behandlet for. Den andre hovedtypen av feil gjelder sammenlignbarhet og kvalitet på rapportert informasjon, for eksempel vedrørende hovedtilstand (diagnose) og liggedøgn per opphold. Endringer i definisjoner, skifte av sykdomsklassifikasjon og forskjeller i sykehusenes morbiditetskodning kan påvirke sammenlignbarhet og kvalitet.

Ved sammenligning mellom geografiske områder bør man være oppmerksom på at:

- Forskjeller kan skyldes ulik organisering av tjenestene (omsorgsnivå innen sykehus, funksjonsfordeling).
- Data fra privatpraktiserende spesialister og rehabiliteringsinstitusjoner som ikke er godkjent som sykehus er ikke inkludert i våre data. For enkelte pasientgrupper kan forskjeller mellom områder derfor skyldes bruk av institusjoner og behandlere utenfor sykehus.
- Forskjeller kan skyldes ulik registreringspraksis.

Bosted er korrigert der det er funnet avvik mellom NPR og folkeregisteret. Det er imidlertid noen begrensninger knyttet til eventuell flyttedato eller død. Hvis pasienten har flyttet før innleggsdato er det brukt data rapportert fra sykehuset. Hvis data i NPR mangler eller er ugyldig (uavhengig av om pasienten har flyttet) brukes data fra folkeregisteret. Dersom en pasient er innlagt to ganger i løpet av et år med bosted i to ulike fylker/kommuner, så telles vedkommende som én person i begge fylker/kommuner. I landstallet er det tatt hensyn til flyttinger, så her teller vedkommende kun én gang.

Når tall mangler

Statistikk basert på færre enn fire tilfeller skjules av personvern hensyn. Dette kriteriet gjelder summen av tilfeller i perioden det er laget gjennomsnitt over. Der befolkningssegmentet som tilfellene er hentet fra er mindre enn 10, skjules også tallene av personvern hensyn. I tillegg skjules statistikk for en undergruppe dersom tallet for denne undergruppen, sammen med tallet for overgruppen, kunne vært brukt til å utlede et tall som er skjult av personvern hensyn.

Dersom mer enn 20 prosent av tallene i en tidsserie er skjult av personvern hensyn, skjules hele tidsserien for ikke å skape et skjevt inntrykk av situasjonen i kommunen. Tidsserier skjules også der mer enn 50 prosent av tallene i tidsserien er basert på 6 eller færre tilfeller.

Kommuner som har vært involvert i kommunesammenslåinger kan mangle tall dersom

1. Grunnlagsdata er anonymisert fra dataleverandør for minst én av de involverte kommunene
2. Den nye kommunen har mottatt deler av tidligere kommune. Dette gjelder kommunene Orkland, Hitra, Heim, Hamarøy og Narvik.

Tidsperioder

2010-2012 til 2015-2017 (3 års gjennomsnitt).

Geografisk nivå

Landet, fylker og kommuner. Data på bydelsnivå er ikke av tilstrekkelig kvalitet til å kunne presenteres.

Kjønn

Kjønn samlet, menn og kvinner

Aldersgrupper

Alle aldre, 0-44 år, 45-74 år og 75 år+

Oppdateres

Årlig

Sist oppdatert

03.02.20

Nøkkelord

Klikk på et nøkkelord for å søke etter lignende indikatorer.

- Sykehus
- Innleggelses
- Pasientregister
- Sykehusopphold
- Muskel- og skjelettlidelser
- Personskader
- Hoftebrudd

Artikler, faktaark

Nedenfor finner du lenker til artikler, faktaark og rapporter. Disse belyser for eksempel utviklingstrekk og helseforskjeller i befolkningen etter kjønn, alder, fylke og sosioøkonomisk status:

- [Skader og ulykker i Norge](#)
- [Muskel- og skjeletthelse](#)