

Syddansk Universitet

## Håndskader. To skadestuematerialer fra Odense og Aabenraa

Jørgensen, Hans R. I.; Elberg, J J; Larsen, C F

*Published in:*  
Ugeskrift for Læger

*Publication date:*  
1987

*Document version*  
Peer-review version

*Document license*  
CC BY-NC

*Citation for published version (APA):*  
Jørgensen, H. R., Elberg, J. J., & Larsen, C. F. (1987). Håndskader. To skadestuematerialer fra Odense og Aabenraa. Ugeskrift for Læger, 149(15), 1017-20.

### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

24. Miljøstyrelsen: Miljøhensyn ved planlægning. Vejledning nr. 21/1974, København: Miljøstyrelsen, 1974.
25. Mølhav L, Bach B, Pedersen OF. Klimakammerundersøgelse af genforekomsten hos personer, der udsættes for organiske gasser og dampe fra byggematerialer. Energispareprojekt ROO-52. Hygiejnisk institut, Aarhus universitet, 1985.
26. Andersen I, Mølhav L. Controlled human studies with formaldehyde. I: Gibson JE, ed. »Formaldehyde toxicity«. Proc 3rd Conf Toxicol Chemical Industry Institute (CIII). Washington, USA: McGraw-Hill, 1983: 154-65.
27. Alarie Y. Sensory irritation by airborne chemicals. Crit Rev Toxicol 1973; 2: 299-363.
28. Nielsen GD. Kvælende og irriterende gasser og deres fysiologiske virkningsmekanismer. Arch Pharm Chemi 1983; 90: 493-509.
29. La Force FM. Airborne infections and modern building technology. Proc IIIrd Int Conf Indoor Air Quality and Climate. Stockholm 1984; 1: 109-27.
30. Mølhav L. The relation between emission rates of organic gases etc. from building materials and their concentration in the indoor environment. Proc VIth World Congr Air Quality. Paris, 1982; 2: 345-52.

## ORIGINAL MEDDELELSE

# Håndskader

To skadestuematerialer fra Odense og Aabenraa

Af Hans R. I. Jørgensen, Jens Jørgen Elberg & Claus Falck Larsen

I de senere år har der været en stigende interesse for en udvidet skaderegistrering og ulykkesanalyse tilknyttet landets skadestuer. En sådan registrering må opfattes som et nødvendigt grundlag for ulykkesforebyggende indsats.

I den forbindelse kan håndskader med fordel analyseres som et velafgrænset område, idet et meget stort antal danskere hvert år kommer til skade med deres hænder. Således er håndskader den hyppigste enkeltårsag til henvendelse på skadestue.

Over en tredjedel af alle anmeldte arbejdsulykker rammer hænderne (1), og følgerne er betydelige for den enkelte i form af aktivitetsindskrænkning og eventuelle senfølger; forbruget af sygehussressourcer er betragteligt og samfundsøkonomisk af betydelig størrelse (1, 2).

En epidemiologisk beskrivelse af håndskader giver mulighed for at identificere risikogrupper samt risikobetingede funktioner, som en præventiv indsats med fordel kan rettes imod.

## EGNE UNDERSØGELSER

### MATERIALE OG METODE

I undersøgelseerne har indgangskriteriet været en akut opstået, traumatisk betinget håndskade. Definitionen på håndskade er funktionelt afgrænset som: 1) skader, der vedrører knogler eller bløddel distalt for håndleddet, 2) skader på sener eller kar distalt for albuen, 3) skader på nervebaner distalt for skulderleddet.

### Odense-undersøgelsen

Alle patienter, der opfyldte indgangskriterier, og som i perioden 1.I.-31.XII.1983 blev primært undersøgt og behandlet på skadestuen, Odense sygehus, indgik i undersøgelsen.

Oplysningerne, der indgik i undersøgelsen, registreredes *ad hoc* og konsekutivt. Der registreredes data til patientidentifikation, beskrivelse af tid, sted og forløbet af tilskadecomsten, udløsende årsag, involverede produkt, skadens art og behandling.

Alt materiale kontrolleredes af skadestuens sekretariat to gange inden indkodningen, og der er tillige foretaget edb-logisk fejlsøgning. I registreringen fandtes et svarbortfald på mindre

end 1%. Der blev foretaget bortfaldsanalyse. Denne viste ingen signifikant forskel på fordelingen af variabler i bortfaldsgruppen og de øvrige patienter. Skadestuen ved Odense sygehus er en såkaldt åben skadestue, der varetager behandlingen af akut opstået skade inden for optageområdet. Dette omfattede i 1983 235.000 indbyggere (3).

### Aabenraa-undersøgelsen

Samtlige patienter, der opfyldte indgangskriteriet, og som inden for et år fra 1.VII.1983 til 30.VI.1984 primært blev undersøgt og behandlet på Aabenraa sygehus, indgik i materialet. Henvendelse til Aabenraa sygehus' skadestue kunne i undersøgelsesperioden foregå uden primær visitation fra praktiserende læge. Sygehuset dækker med hensyn til akut skadefunktion en population på ca. 60.000 indbyggere, svarende til ca. 1,2% af Danmarks befolkning (3).

De registrerede oplysninger stammer dels fra en gennemgang af skadejournaler, dels fra en enquête-undersøgelse blandt samtlige registrerede patienter. Af 1.134 udsendte skemaer blev 982 (87%) besvaret. Den gennemsnitlige tid fra skadetidspunktet til besvarelsen var 6 måneder. Bortfaldsanalyser har ikke kunnet påvise signifikante forskelle af registerdata mellem gruppen af patienter, der besvarede skemaet, og bortfaldsgruppen.

Som signifikanstest er anvendt  $\chi^2$ -test med 5% signifikansniveau.

## RESULTATER

I undersøgelsesperioden blev der i Odense registreret 33.016 førstegangshenvendelser efter tilskadecomst, heraf 8.780 patienter med håndskader (27%). Undersøgelsen fra Aabenraa omfattede 1.134 patienter (24% af alle førstegangshenvendelser efter tilskadecomst).

Den gennemsnitlige incidens for håndskader i Odense-materialet var 37.300 per 10<sup>6</sup> indbyggere og i Aabenraa-materialet 18.900 per 10<sup>6</sup> indbyggere per år.

Kønstratio for de tilskadekomne i Odense-materialet var 1,8/1 (65% mænd, 35% kvinder). Tilsvarende fordeling fandtes i Aabenraa-materialet.

De alders/køns-specifikke rater på 5 års aldersintervaller beregnet på grundlag af Odense-materialet fremgår af Fig. 1.

Ugedagsvariationen for patienter behandlet for håndskader opstået på erhvervsområdet, sportsområdet og andre steder fremgår af Fig. 2. Der var et stort antal skader på ugens 5 første

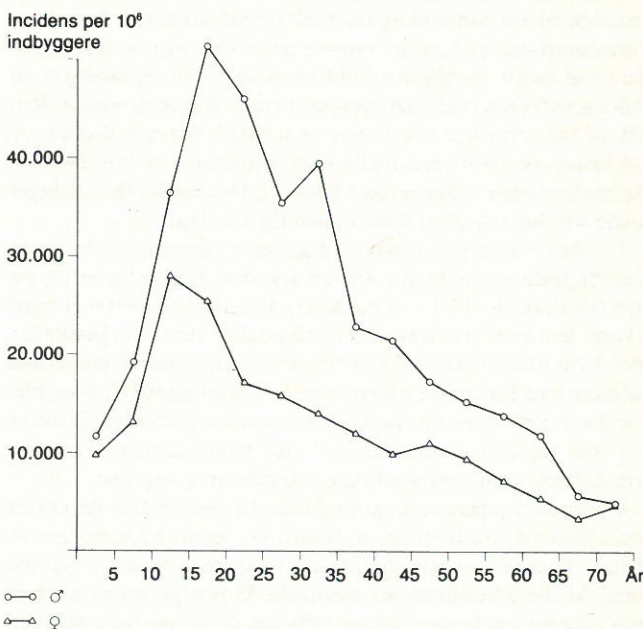


Fig. 1. Incidens for håndskader fordelt på køn i 1983. Aldersfordeling i 5 års intervaller (Odense).

Fra Odense sygehus, Ulykkes analyse gruppen og ortopædkirurgisk afdeling, og Aabenraa sygehus, kirurgisk afdeling.

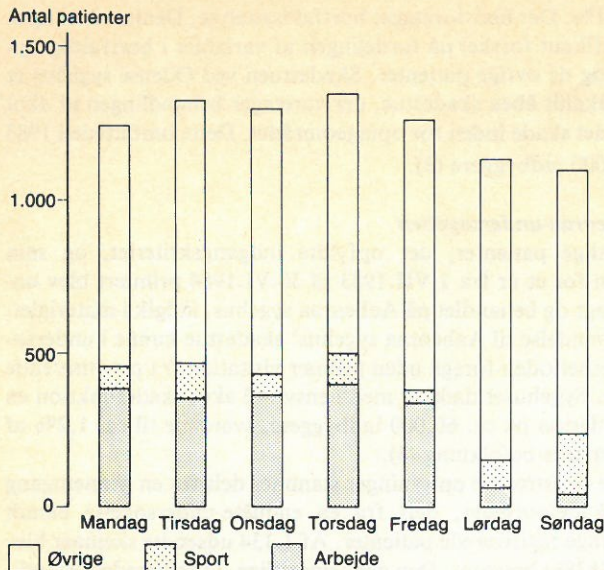


Fig. 2. Fordeling på ugedag for tilskadekomne med håndskader. Fordelingen er angivet for håndskader sket under arbejde, sportsudøvelse og øvrige fritidsaktiviteter (Odense).

dage i erhvervsområdet med et maksimum torsdag og et brat fald i weekenden, mens ugevariationen for sportsområdet viste en del variation gennem ugen med maksimum tirsdag, torsdag og søndag.

Opgørelsen over den udløsende årsag til håndskader, den skadevoldende mekanisme samt læsionsmønsteret følger sundhedsstyrelsens klassifikation. Som det fremgår af Tabel 1, grupperes håndskaderne langt overvejende som ulykker og hændelige uheld.

Skademekanismen belyses i Tabel 2 ved opsplitning på erhvervsområdet, sportsområdet og øvrige skadesteder. På erhvervsområdet er mekanisk påvirkning den hyppigst forekommende skademekanisme, hvilket også gjorde sig gældende på sportsområdet samt øvrige skadesteder.

Læsionsmønsteret for skader er i Tabel 3 opgjort specifikt for erhvervsskader og fritidsskader. Hos en del patienter var der registreret flere diagnoser (ICD) på håndskader, således at der i fordelingen indgår 9.166 diagnoser (Odense-materialet). Der var signifikant flere sårskader på erhvervsområdet samt flere læsioner såsom amputationer. På fritidsområdet dominerede forstuvninger og brud på håndens knogler, og forskellen var signifikant sammenlignet med arbejdsskader. I Aabenraa-undersøgelsen fandtes, at venstre hånd blev skadet lidt hyppigere end højre, nemlig henholdsvis 67 og 43%. Samtidig noteredes en aftagende skadehyppighed fra 1. finger og ulnart. Kun 3% af skaderne var lokaliseret proksimalt for håndleddet. Af alle håndskader behandlede 97% ambulant, og kun 3% blev behandlet under indlæggelse (Tabel 4). Den mediane indlæggelsestid var kort, 2 dage (gennemsnitlig 5,1 dag).

I Tabel 5 er sygefraværet i dage sat i relation til skadeomstændighederne, inddelt i erhvervsskader, sportsskader og øvrige fritidsskader (Aabenraa-materialet). Tabellen viser et signifikant længere sygefravær i forbindelse med arbejdsskader, idet 36% af erhvervsskaderne medførte en sygefraværsperiode på mere end 1 uge. Syv patienter måtte indlægges. Af disse blev 2 indlagt på Aabenraa sygehus efter at have pådraget sig læsioner som følge af hundebid, og 5 med fleksorsenelæsioner blev overført til videre behandling på Sønderborg sygehus.

Opgøres sygefraværet sat i relation til læsionsmønsteret som vist i Tabel 6, finder man, at frakturer, amputationer, senelæsioner og nervelæsioner hyppigst medførte langvarigt sygefravær. Af disse læsionstyper medførte 55% sygefravær af mere end 1 uges varighed mod kun 14% for de øvrige læsionstyper. Det gennemsnitlige sygefravær for hele materialet var 7 dage.

Tabel 7 vedrører 333 arbejdsskader registreret i Aabenraa-

Tabel 1. Udløsende årsag til 8.780 tilfælde af håndskader (Odense).

Udløsende årsag	n	%
Ulykke, hændeligt uheld	7.924	90
Læsion påført af dyr	526	6
Tilslaget vold	243	3
Selvmoordsforsøg	78	1
Andet	9	-
I alt	8.780	100

Tabel 2. Skademekanisme ved 8.780 tilfælde af håndskader opgjort for erhverv, sport og øvrige fritid (Odense).

Skademekanisme	Erhverv n = 1.956 %	Sport n = 699 %	Øvrige fritid n = 6.125 %
Fald	2	18	8
Forløftning, forvriddning	2	6	3
Fremmedlegeme	2	-	4
Eksplosion/skud	-	-	-
Mekanisk påvirkning	89	76	70
Ætsning/varme/kulde	2	-	2
El	-	-	-
Andet	3	-	12
I alt	100	100	99

Tabel 3. Procentuelle fordeling af 9.166 diagnoser hos 8.780 patienter med håndskader fordelt på arbejdstid og fritid (Odense).

Diagnose	Arbejdstid n = 2.402 %	Fritid n = 6.764 %	Alle n = 9.166 %
Laesio superficialis	1	2	2
Contusio	15	17	17
Vulnus, laceratio	59	36	42
Distorsio articuli (inkl. ligamentruptur)	6	19	15
Luxatio articuli	-	1	1
Laesio tendinis	1	1	1
Fracturae	8	16	14
Laesio traumatica nervi	1	-	-
Amputatio traumatica digiti	2	-	1
Ambustio et corrosio	2	2	2
Fractura partis distalis antebrachii	5	6	5
I alt	100	100	100

Tabel 4. Primær behandling af håndskader opgjort for arbejdstidsskader og fritidsskader (Odense).

Behandling	Arbejde		Fritid		Alle	
	n	%	n	%	n	%
Afsluttet efter primærbehandling	934	40	2.703	42	3.637	41
Afsluttet hos egen læge	1.005	44	2.371	37	3.376	39
Ambulatorium	284	12	1.190	19	1.474	17
Indlæggelse	81	4	211	3	292	3
I alt	2.304	100	6.475	100	8.779*	100

\* I materialet er ikke medtaget 1 person, der var død ved ankomsten.

Tabel 5. Sygefravær i dage opgjort efter skademekanisme (Aabenraa).

Sygefravær	Erhverv n = 330 %	Sport n = 129 %	Øvrige fritid n = 523 %	I alt %
≤ 1 dag	43,9	79,7	69,2	62,1
2-7 dage	19,7	7,0	14,7	15,4
8-14 dage	13,0	7,0	5,2	8,0
15-60 dage	19,8	5,5	9,3	12,4
> 60 dage	3,6	0,8	1,5	2,1
I alt	100	100	99,9	100

Tabel 6. Sygefravær i dage opgjort efter diagnose (Aabenraa).

	Laesio super- ficialis n = 72 %	Contusio n = 167 %	Vulnus, laceratio n = 399 %	Distorsio n = 138 %	Luxatio n = 10 %	Laesio tendinis n = 26 %	Fracturae n = 170 %	Laesio traumatica nervi n = 7 %	Amputatio digiti n = 10 %	Ambustio et corrosio n = 29 %	I alt n = 1.028 %
≤ 1 dag n = 636	61,1	68,3	68,2	81,2	30,0	23,7	38,8	42,9	0	55,2	61,9
2-7 dage n = 161	23,6	17,3	19,5	5,8	30,0	3,8	11,2	0	20,0	13,8	15,6
> 7 dage n = 231	15,3	14,4	12,3	13,0	40,0	73,1	50,0	57,1	80,0	31,0	22,5

Tabel 7. Sygefravær for 330 erhvervsskader opgjort efter branche (Aabenraa).

	Landbrug, skovbrug og råstof- udvinding n = 30 %	Nærings- og nydelses- middel- industri n = 31 %	Tekstil-, træ- og anden frem- stillings- virksomhed n = 44 %	Jern- og metalindustri n = 76 %	Bygge- og anlægs- samt forsynings- virksomhed n = 34 %	Transport n = 22 %	Handel og offentlig service- ydelse n = 30 %	Reparation og anden service- virksomhed n = 43 %	I alt n = 330 %
≤ 1 dag	27	49	41	35	47	32	63	60	44
2-7 dage	23	18	20	23	35	13	7	12	20
> 7 dage	50	33	39	42	18	55	30	28	36
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Andel i % af samtlige erhvervsskader	9	16	13	23	10	7	9	13	100

materialet. Ved brancheopdeling er anvendt Danmarks statistiks erhvervsgrupperingskode. Jern- og metalindustrien samt nærings- og nydelsesmiddelindustrien bidrog med henholdsvis 23% og 16% af håndskaderne i materialet. Inden for transport-, landbrugs- og jernindustrien fandtes de længste sygefraværperioder med henholdsvis 55%, 50% og 42%, hvor sygefraværet oversteg 1 uge.

## DISKUSSION

I begge undersøgelser udgjorde håndskader knap en fjerdedel af samtlige førstegangshenvendelser på skadestuen. *Nieminen et al* (4) fandt en tilsvarende andel (26%).

Tærsklen for henvendelse på skadestuen er stærkt varierende fra sygehus til sygehus, hvilket kan forklare den fundne forskel på incidensen for håndskader i de to materialer. På baggrund af en validitetsstudie af skadestuebehandlinger og skadestuerregistrering (5) må de fundne incidenser dog anses som absolutte minimumstal.

Den betydelige overvægt af mænd i materialet genfindes i andre undersøgelser (2, 4, 6, 7). Forskellen er endnu mere udtalt i opgørelser, der kun beskæftiger sig med arbejdsbetingede skader (8). Dette forhold kan forklare med, at mænd traditionelt arbejder i et mere risikofyldt miljø.

I materialernes aldersfordelinger er det især bemærkelsesværdigt, at erhvervsskader i næsten halvdelen af tilfældene ramte personer i aldersgruppen 15-29 år. Dette kunne opfattes som tegn på, at manglende erfaring og manglende rutine spiller en rolle ved erhvervsbetingede håndskader, men også at der er en større risikovillighed i de yngre aldersgrupper.

Skadefrekvensen fordelt over årets måneder, døgn- og ugedagsvariationen afspejler aktiviteten på de områder, der kan føre til håndskader. Antallet af håndskader fordelt på ugedag på sportsområdet viser et karakteristisk mønster med forventede høje skadefrekvenser på trænings- og kampdage for højrisikosportsgrene som håndbold, basketball og volleyball (9), hvorimod skadefrekvensen er størst om lørdagen for de øvrige fritidsaktiviteter. I dette indgår et ikke ringe antal håndskader som følge af gør-det-selv aktiviteter.

Der er tidligere gjort forsøg på at beskrive skademekanismen nærmere. I en opgørelse af 500 erhvervsskader fandt *Goldwyn et al* (10), at 38% af skaderne skyldtes kontakt med skarpe genstande. Denne mekanisme var ligeledes den hyppigste enkeltårsag i vore undersøgelser.

Mange forhold spiller ind på læsionsmønstret i materialet og gør en sammenligning af resultater vanskelig. Det, der især kan have interesse, er læsionernes sværhedsgrad og den dermed forbundne risiko for helbredsmæssige og økonomiske konsekvenser. Flere forfattere påviser god korrelation mellem læsionstype, sværhedsgrad og den dermed forbundne sygefraværperiode (2, 11, 12) som udtryk for, at disse parametre er væsentlige enkeltfaktorer i forbindelse med sygefraværets varighed. Læsionsmønstret i vore materialer er præget af et meget stort antal sårskader, der ikke medinddrager dybereliggende strukturer. Blandt arbejdsskader udgør disse 49% mod 37% af øvrige skader. Den store andel af formodentlig lettere skader kan til en vis grad forklares med, at en åben skadestue behandler et relativt uselekteret patientmateriale. Antallet svarer nogenlunde til, hvad *Nieminen et al* (4) fandt i deres undersøgelse, hvor 45% af læsionerne var sårskader. Undersøgelser, der kun inkluderer arbejdsskader har en endnu større andel af sårskader (8, 10). I store træk svarede læsionsmønstret til tidligere undersøgelser, hvor alle skader var inkluderet uanset ætiologi. Sammenlignet med undersøgelser, der kun vedrører arbejdsskader, var læsionsmønstret præget af en større andel af lettere skader, hvor man ikke umiddelbart ville forvente varige mén.

I forbindelse med håndskader er patienternes sygefravær samt invaliditetsgraden de mest betydende enkeltfaktorer i vurderingen af de samfundsøkonomiske omkostninger. Det er derfor af interesse at præcisere, hvilke karakteristika ved håndskader der har indflydelse på disse parametre. *Gardner et al* (13) fandt, at læsionstype, eventuelle komplikationer til behandlingen samt patientens afhængighed af hånden ved arbejdet var de væsentlige faktorer, hvorimod psykologiske og sociale forhold blev tilskrevet en mindre betydning.

Vi fandt signifikant længere sygefravær ved læsioner af dybereliggende strukturer. Som *Brobäck et al* (14) kan vi påvise længere sygefravær ved erhvervsskader i forhold til fritidsskader, hvilket kan være en sekundær effekt til erhvervsskaderne alvorligere læsionsmønster.

Nærværende arbejde demonstrerer, hvordan en skadestuerregistrering omfattende basisdata (kontaktårsag, stedkode, skademekanisme og oplysning om hvorvidt det drejer sig om trafik- eller erhvervsulykke), der er de obligatoriske dele i sundhedsstyrelsens forslag til ulykkesklassifikation (15), kan danne grundlag for en epidemiologisk undersøgelse af ulykkes- eller læsionstyper. Alene på grundlag af de anførte basisdata kunne det f.eks. konstateres, at håndskaderne er årsag til en fjerdedel

af henvendelserne på skadestuen, at der var betydelig overvægt af mænd blandt de tilskadekomne, og at en tredjedel af skaderne forekom ved ulykker på arbejdspladsen.

I Aabenraa-undersøgelsen blev de omtalte basisdata suppleret med en enquêteundersøgelse, hvorved det var muligt at få yderligere oplysninger om ulykkernes opståen og følger. Således er arbejdsulykkernes fordeling på branche og sygefraværet beskrevet.

En endnu mere detaljeret beskrivelse af ulykkernes opståen og årsagssammenhæng kan opnås ved skadestedsundersøgelse og interview med de tilskadekomne. Denne type undersøgelse er dog meget ressourcerkævende og har ligget uden for dette arbejdes rammer.

#### RESUMÉ

Der gives en oversigt over akutte håndskader baseret på behandling af 8.780 og 1.134 patienter ved henholdsvis Odense og Aabenraa sygehuses skadestuer.

Der var forskelle i incidens i de to områder (mellem 37.300 og 18.000 tilskadekomster per  $10^6$  indbyggere per år), men i øvrigt sammenfald af resultater.

Håndskader udgjorde godt en fjerdedel af alle tilskadekomster behandlet på skadestuen og med en stor overvægt af mænd (65% mænd, 35% kvinder).

Der var en særlig højrisikogrube i aldersgruppen 15-29 år. Hændeligt uheld var årsag til 90% af henvendelserne, mens læsioner påført af dyr (6%), tilsigtet vold (3%) og selvmordsforsøg (1%) udgjorde de resterende.

Læsionsmønsteret var præget af et stort antal overfladiske læsioner, hvor de behandlingsmæssige konsekvenser var begrænsede. Frakturer udgjorde 14% af materialet, amputationer og sene-nervelæsioner udgjorde sammenlagt under 5%.

Der var signifikant flere sårskader og svære læsioner såsom amputationer på arbejdsområdet, mens ulykker på fritidsområdet medførte signifikant flere forstuvninger og brud på hånden og knogler. Fire ud af 5 behøvede ikke yderligere behandling i hospitalsregie. 17% blev fulgt ambulant, og kun 3% af samtlige håndskader førte til indlæggelse.

I undersøgelsens Aabenraa-del fandtes et gennemsnitligt sygefravær på 7 dage og sygefraværet kunne i nogen grad korreleres til læsionstypen. Arbejdsskader var forbundet med et signifikant længere sygefravær.

Fyns amts forebyggelsesråd har gennem tilskud til Ulykkes analyse gruppen ydet støtte til projektet. Fonden for lægevidenskabelig forskning m.v. ved sygehuse i Ringkøbing, Ribe og Sønderjyllands amter har ydet økonomisk støtte til projektet.

#### SUMMARY

**Hans R. I. Jørgensen, Jens Jørgen Elberg & Claus Falck Larsen: Hand injuries. Two casualty department materials from Odense and Aabenraa.**

Ugeskr Læger 1987; 149: 1017-20.

A review of acute hand injuries is presented. This is based on treatment of 8,780 and 1,134 patients from the casualty departments of Odense and Aabenraa Hospitals, respectively.

Differences in the incidences in the two regions were observed (between 37,300 and 18,000 injured per  $10^6$  population per annum but the results coincided in other respects).

Hand injuries constituted one fourth of all the injuries treated in the casualty departments and with great preponderance of men (65% men, 35% women).

The age group 15-29 years constituted a particularly high-risk group. Accidents were the cause of 90% of the cases while lesions caused by animals (6%), deliberate violence (3%) and attempted suicide (1%) comprised the remainder.

The pattern of the lesions was characterized by a great number of superficial lesions where the therapeutic consequences were limited. Fractures constituted 14% of the material while

amputations and tendon and nerve lesions together constituted under 5%.

Significantly more wounds and severe lesions such as amputations occurred in places of employment while accidents during leisure activities involved significantly more sprains and fractures of the bones of the hand. Four out of five cases did not require further treatment in hospital. 17% were followed-up as outpatients and only 3% of all patients with hand injuries required admission to hospital.

In the fraction of the material from Aabenraa, the average sick leave was seven days and this could be correlated to some extent with the type of lesion. Occupational injuries were associated with significantly more prolonged sick leave.

Send reprint requests to *Ulykkes analyse gruppen*, Odense sygehus, DK-5000 Odense.

#### LITTERATUR

1. Christensen S, Jensen J, Lings S, Møller T, Sommer J. Arbejdsulykker i Århus. Arbejdsmiljøfondets forskningsrapporter. 3.IX.1979-2.IX.1980. København: Arbejdsmiljøfondet, 1981.
2. Kullmann E, Larsson T. Olycksfall händer. 1. deskriptiv rapport. Stockholm: AMF-trygghetsförsäkring, 1983.
3. Danmarks statistik. Statistisk årbog 1984. København, 1984.
4. Nieminen S, Nurmi M, Isberg U. Hand injuries in Finland. Scand J Plast Reconstr Surg 1981; 15: 57-60.
5. Lauritsen J. Completeness of a hospital based accident register. Fifth Nord Conf Accident Res, Harpefoss, Norge, 29.-30.VIII.1985.
6. Frazier WH, Miller M, Fox RS, Brand D, Finseth F. Hand injuries. Incidence and epidemiology in an emergency service. JACEP 1978; 7: 165-8.
7. Edwards DH. The spectrum of hand injuries. Hand 1975; 7: 46-50.
8. Keppe Z. Hand injuries with particular reference to industrial accidents based on 4,000 cases. Pol Tyg Lek 1973; 48: 1895-8.
9. Lang-Jensen T. Akutte idrætsskader. 1. Et års skadestuemateriale. Ugeskr Læger 1982; 144: 3606-7.
10. Goldwyn RM, Day LH. Acute industrial hand injuries. A socio-medical study. Plast Reconstr Surg 1969; 44: 567-75.
11. Johns AM. Time off work after hand injury. Injury 1981; 12: 417-24.
12. Petersen EK, Nielsen HV. Prognosticeret og reel uarbejdsdygtighed efter ambulant behandlede ulykkestilfælde. Ugeskr Læger 1978; 140: 3167-9.
13. Gardner DC, Goodwill CJ, Bridges PK. Absence from work after fracture of the wrist and hand. J Occup Med 1968; 10: 114-20.
14. Brobäck LG, Ekdahl PH, Aschan GW, Grenabo JK. Clinical and socio-economical aspects of hand injuries. Acta Chir Scand 1978; 144: 455-61.
15. Sundhedsstyrelsen. Fællesindhold ved registrering af skadestuepatienter og klassifikation af ydre årsag til beskædigelse. Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering. Rapport nr. 7, 1986.

#### ORIGINAL MEDDELELSE

## Akutte forgiftninger hos voksne

Af Jakob Trier Møller, Hans Lybecker, Vagn Bach & Odd Ravlo

Incidensen af akutte alkohol- og medicinforgiftninger har været undersøgt af flere i de sidste år. Nogle arbejder har vist stagnation i antallet af forgiftningstilfælde gennem slutningen af 1970'erne og de første år af 1980'erne, mens andre har vist en stigning (1-5). Der findes kun få undersøgelser vedrørende ambulant behandlede forgiftningstilfælde (3, 6, 7).

Formålet med denne undersøgelse har været at vurdere, hvorvidt stigningen i antallet af forgiftede, såvel indlagte som ambulant behandlede, er fortsat i de første år af 1980'erne.

Fra Esbjerg centralsygehus, anæstesiaafdelingen.