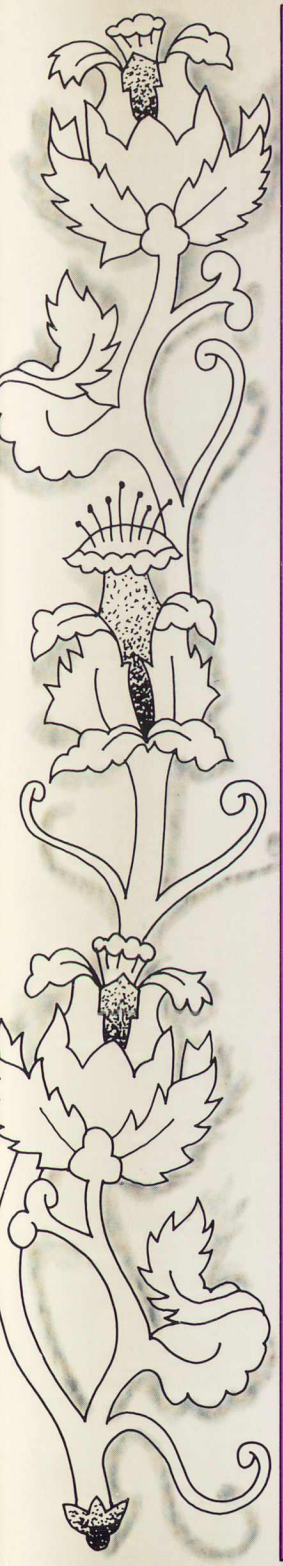
ATT FÖREBYGGA SKADOR

ett hälsopolitiskt handlingsprogram

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2013

KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INFÖR 90-TALET

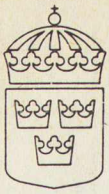


ATT FÖREBYGGA SKADOR

ett hälsopolitiskt handlingsprogram

HS 90 UNDERLAGSSTUDIE SOU 1984:42

141



Statens offentliga utredningar
SOU 1984:42
Socialdepartementet

Att förebygga skador

Ett hälsopolitiskt handlingsprogram Underlagsstudie

Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90)
Stockholm 1984

Omslag Ad Sum, Magnus Günther
ISBN 91-38-08372-8
ISSN 0375-250X
Minab/Gotab, Stockholm

Förord

Denna skrift är ett underlag för ett hälsopolitiskt handlingsprogram mot skador som tagits fram inom ramen för HS 90-projektet – Hälso- och sjukvård inför 90-talet.

HS 90:s syfte är att ge ett underlag för den hälsopolitiska utvecklingen och planeringen i perspektivet 1990 – 2000. HS 90 har genomförts inom socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning (tidigare sjukvårdsdelegationen). En särskild arbetsgrupp för långsiktig planering har svarat för den direkta ledningen av projektet. Sekretariatet har varit förlagt till socialstyrelsen. Sammansättningen av hälso- och sjukvårdsberedningen, arbetsgruppen och sekretariatet redovisas i bilaga 1.

Inom ramen för den första etappen av arbetet utarbetades ett antal kommenterade kunskapssammanställningar. En förteckning över publikationerna redovisas i bilaga 2.

Utgångspunkter och riktlinjer för HS 90:s huvudstudier har redovisats i SOU 1981:4. Generella utgångspunkter har varit:

- att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt,
- att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse vid fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser samt
- att hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

HS 90 innebär en utveckling och fördjupning av intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen och målet "en god hälsa för hela befolkningen och en vård på lika villkor". HS 90 kan också ses som en vidareutveckling och konkretisering av de utvecklingslinjer som redovisats i socialstyrelsens principprogram Hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS 80).

HS 90-arbetet har inriktats på tre områden: hälsopolitik – förebyggande insatser, vårdstruktur samt personal- och utbildningsplanering.

En uppgift i hälso- och sjukvårdens offensiva hälsopolitiska arbete är att delge andra samhällssektorer och medborgarna kunskaper om hälsorisker och ohälsa inom befolkningen. Hälso- och sjukvårdssektorn kan därigenom – utifrån sina erfarenheter och sitt perspektiv på hälsoproblemen – ge ett värdefullt underlag för bl a andra sektorers hälsopolitiska insatser och förändrar således inte ansvarsfördelningen mellan olika sektorer. Den

begränsar inte heller övriga sektorers ansvar att beakta hälsopolitiska konsekvenser och utforma hälsopolitiska mål inom sitt verksamhetsområde.

Denna skrift – Att förebygga skador – är ett led i utredningsarbetet inom området hälsopolitik – förebyggande insatser. Det har karaktären av ett underlag för hälsopolitiskt handlingsprogram när det gäller insatser mot skador genom yttre våld. Det gäller dels de förebyggande insatser som kan genomföras genom hälso- och sjukvårdens försorg och dels sådana insatser som kan behöva genomföras i en samverkan mellan andra samhällssektorer och hälso- och sjukvården.

I arbetet med detta underlag har deltagit: Katarina Danielsson, Stockholm, Lothar Schelp, Skövde, Jan Thorson, Umeå, Marianne Rambro och Lennart Rinder, socialstyrelsen.

Arbetsgruppen för långsiktig planering svarar för den allmänna inriktningen och huvudprinciperna i föreliggande underlagsstudie. I övrigt svarar de i arbetet medverkade för rapportens innehåll.

Stockholm i juni 1984

Ingemar Lindberg

Statssekreterare
ordförande i arbetsgruppen
för långsiktig planering

Innehåll

Förord 3

1 *Programmets bakgrund och syfte* 9

2 *Skadebegreppet m m* 11
2.1 Personskada 11
2.2 Olycka, olycksfall 11
2.3 Tillbud, risk 12

3 *Indelning av personskador* 13
3.1 ICD-klassifikationen 13
Skadans medicinska natur 13
Skadans yttre orsak 14
3.2 Skademiljön 14
3.3 Skadebegreppet i denna rapport 15

4 *Informationskällor om skador* 17
4.1 Statistiksystem och forskningsresultat 17
4.2 Statistiksystem som omfattar alla skadetyper 17
Dödsorsaksstatistiken 18
Patientstatistiken från sluten sjukhusvård . . . 18
Försäkringskassornas statistik 19
ULF 19
4.3 Statistiksystem för speciella skadetyper 20
Arbetsskador – ISA 20
Vägtrafikskador 20
Hem- och fritidsskador 20
4.4 Andra informationskällor 21

5 *Skadors förekomst och konsekvenser* 23
5.1 Det historiska perspektivet 23
5.2 Skadorna som dödsorsak 24
5.3 Skador behandlade inom den slutna sjukhusvården . . 27
5.4 Skador behandlade inom den öppna vården 28
5.5 Personskadorna i vägtrafiken 28
5.6 Personskadorna i arbetslivet 29

5.7 Personskadorna i hemmet och under fritiden 30
Skador hos barn 31
Skador hos äldre 32
5.8 Personskador och missbruk m m 35
5.9 Andra uppgifter om personskadornas betydelse 35
5.10 En summering 37

6 *Ansvarsfördelningen för skadeförebyggande åtgärder* . . 39
6.1 Centrala organ 39
6.2 Regionala organ 40
6.3 Det lokala ansvaret 40
6.4 De frivilliga organisationerna 41

7 *Principer för att förebygga skador* 43
7.1 Olycksfallsförloppet 43
7.2 Tillbud 44
7.3 Teorier och modeller 44
7.4 Strategier och tekniker för skadeprevention 45
Konsekvensbegränsning 45
Teknisk riskkontroll 45
Varning och information 46
Reglering 46
Belöning 47
7.5 Riskbegreppet i skadepreventionen 47
7.6 Många vägar att förebygga skador 48

8 *Hälso- och sjukvårdens skadeförebyggande insatser – utvecklingsmöjligheter* 49
8.1 Skador – ett omfattande men angripbart hälsoproblem . 49
8.2 Många delar på ansvaret och kan bidra till problemlösningar 50
8.3 Några konkreta exempel 51
Exemplet handledsfraktur hos äldre kvinna . . 51
Exemplet fotbollsskada hos pojke 52
Exemplet lårbenshalsfraktur 53
Exemplet dödsolycka med vattenrutschbana . . 55
Speciella typer av skador 56
8.4 Hälso- och sjukvårdens roll i det skadeförebyggande arbetet 56

9 *Åtgärder för att stödja den allmänna utvecklingen av det skadeförebyggande arbetet* 59
9.1 Åtgärder inom hem-, skol- och fritidsmiljön 59
Bakgrund 59
Konsumentverkets roll 60
Bedömningen av skaderisker inom HSF-området 61
Riskvärdering 62
Förslag om lokalt myndighetsansvar för miljö- och hälsoskyddsnämnden för skadeförebyggande åtgärder 63

Förslag om urvalsbaserat statistiksystem för HSF-området 64
Exempel på lokala erfarenheter 68
Information på det lokala planet 70
9.2 Utbildningspolitiska insatser 70
Förskola och barn- och ungdomsskola 70
Utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal . . 71
9.3 Förbättrad och samordnad skadestatistik 72
Samordning av skadestatistiken 72
Redovisning och analys av skadestatistiken . . . 73
Översyn av klassifikationen av skador 73
9.4 Central samverkan kring skadeförebyggande åtgärder . 74

Referenser 75

Bilagor 79

1 Programmets bakgrund och syfte

I den nya hälso- och sjukvårdslagen (HSL) från 1 januari 1983 anger § 2 att

> Målet för (all) hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

I förhållande till den tidigare sjukvårdspräglade lagstiftningen markerar denna och andra formuleringar i den nya lagen och dess förarbeten att hälso- och sjukvården vid sidan av sitt vårdansvar också bör inrikta sig på att förebygga ohälsa. Detta innebär inte att hälso- och sjukvården tillförs något helt nytt arbetsfält; sedan länge bedrivs ett individ- och gruppinriktat arbete med att förebygga ohälsa inom mödra- och barnhälsovården liksom till viss del inom övrig primärvård, inom tandvården samt inom företagshälsovården. Den medicinska forskningen ägnar betydande resurser åt att klarlägga mekanismerna bakom uppkomsten av sjukdomar och skador och bidrar därigenom med en del av den kunskap som behövs för att kunna organisera och vidta praktiska förebyggande åtgärder.

Med hälso- och sjukvårdslagen understryker samhället den förebyggande inriktningen av hälso- och sjukvårdspolitiken. Lagen anger målet och inriktningen för överskådlig tid, men det ankommer på många ansvariga i samhället att avgöra hur och i vilken takt det hälsopolitiska arbetet genomförs.

I denna rapport behandlas det hälsopolitiska handlingsprogrammet Skador genom yttre våld. De första avsnitten redovisar översiktligt grundläggande fakta om sådana skadors förekomst och hälsomässiga konsekvenser samt vilka principer som mer generellt kan tillämpas i det skadeförebyggande arbetet. De efterföljande avsnitten belyser hur hälso- och sjukvården på sikt kan medverka till att utveckla det skadeförebyggande arbetet i samverkan med andra samhällssektorer på lokal, regional och nationell nivå.

2 Skadebegreppet m m

2.1 Personskada

Ordet "skada" används mycket allmänt i vardagsspråket – i regel med ett mer eller mindre preciserande tillägg – för att beteckna icke önskvärda händelser och effekter. I denna rapport begränsas innebörden av skadebegreppet i första hand till personskador även om skador på olika ting i människans omgivning – egendomsskada – ofta föregår eller tillkommer parallellt med en personskada.

Inom medicinen används ordet och ändelsen "skada" i många skilda sammanhang som beteckning på icke önskvärda avvikelser i struktur och funktion hos kroppens organ. Någon logisk åtskillnad från begreppet "sjukdom" kan knappast göras. Det är t ex vanligt att man talar om fosterskada och om medfödda skador för att beteckna bestående störningar av t ex en infektion av fostret i moderlivet eller en störning som hänger samman med förändringar i arvsmassan. Beteckningen "skada" uttrycker här bestående negativa hälsomässiga konsekvenser. På samma sätt används ordet skada för att ange något bestående, när man talar om polioskada som beteckning på kvarvarande handikapp efter en akut polioinfektion eller då en bestående hjärnskada efter en akut blödning i det centrala nervsystemet omnämns.

I andra medicinska sammanhang behöver ordet skada inte alls uttrycka några bestående konsekvenser. En sårskada eller en ytlig brännskada läker ofta ganska spårlöst, spontant eller efter relativt enkel medicinsk behandling. Här är det alltså det temporära och övergående som karakteriserar användningen av skadebegreppet. Samtidigt anger det att det är en eller flera yttre faktorer som framkallat den biologiska förändringen.

2.2 Olycka, olycksfall

Skada, olycka och olycksfall är närliggande begrepp. I en WHO-skrift definieras en olycka (accident) som "en ofrivillig händelse förorsakad av en snabbverkande kraft som yttrar sig i form av skada på kroppen eller på psykiska funktioner". Olyckan består således av minst två faser: olyckshändelsen som fortgår från att olyckan utlöses till att skadehändelsen påbörjas, vilken i sin tur fortgår medan personen åsamkas själva skadan. Enligt denna definition är förloppet plötsligt och kortvarigt. Påverkan utifrån under lång

tid, t ex långvarig inverkan av ett gift eller en mekanisk nötning är således inte en olycka. En psykisk skada som utlösts plötsligt ingår dock i definitionen av begreppet olycka.

Definitionen omfattar de avslutande faserna i ett olycksfallsförlopp: skadehändelsen samt den olyckshändelse som omedelbart föregår skadehändelsen. Ett olycksfallsförlopp har emellertid också en tidsmässigt mycket skiftande inledande fas som omfattar alla de underliggande och påverkande faktorer som leder fram till själva olyckan. I det skadeförebyggande arbetet är det ofta särskilt intressant att identifiera och söka påverka dessa bakomliggande faktorer.

Begreppen olycka och olycksfall förknippas gärna med att skadan betingats av "slumpen" eller av något som ingen kan göras direkt ansvarig för och som saknar en angripbar orsak och som därför inte skulle kunna förebyggas. Uttryck som "olycksfågel" och "den mänskliga faktorn" eller "en ren olyckshändelse" avspeglar ofta en sådan inställning till skadors uppkomst. I det skadeförebyggande arbetet är det emellertid nödvändigt att ha inställningen att skador har uppkomstmekanismer, om än komplexa och ofullständigt kända, som kan vara åtkomliga för förebyggande insatser. Därför finns det anledning att använda termen olycka och dess sammansättningar restriktivt, trots att den är tungt etablerad inom rätts- och försäkringsväsendet, hälso- och sjukvården samt samhället i övrigt. Tonvikten bör istället läggas på begreppet skada.

2.3 Tillbud, risk

Tillbud är ett händelseförlopp som avbryts innan personskada uppkommit. Analyser av sådana är ett viktigt led i det skadeförebyggande arbetet.

Riskbegreppet och riskanalysen med dess moment av riskidentifiering, -uppskattning, -bedömning och -kontroll är också centrala i det skadeförebyggande arbetet, liksom i många andra grenar av verksamheter med att förebygga ohälsa.

3 Indelning av personskador

Skador kan delas in enligt många principer. Det är svårt att i ett enda system enkelt och överskådligt fånga in alla de skador – och aspekter på dessa – som är av intresse inom och utom hälso- och sjukvården. Det är av särskilt medicinskt intresse att dela in skador efter deras medicinska natur, d v s efter vilka organ och funktioner som skadats. En skadas omedelbara yttre orsak – t ex det skadande föremålet – är en annan viktig indelningsgrund. Den miljö i vilken skadan uppkommit är också viktig att avgränsa, bl a med hänsyn till försäkringsersättning och andra ansvarsfrågor. För det skadeförebyggande arbetet är alla dessa typer av indelningsgrunder intressanta.

3.1 ICD-klassifikationen

Till stöd för medlemsländerna samt för att tekniskt underlätta internationella sammanställningar och jämförelser ger WHO ut en klassifikation av sjukdomar, skador och dödsorsaker: ICD. I Sverige används ICD i något reviderad form bl a vid läkares registrering av dödsorsaker på dödsbevisen, vid registrering av diagnoser i samband med sluten vård på sjukhus samt vid registrering av cancerfall i cancerregistren. ICD-klassifikationen är också användbar vid många andra registreringar av ohälsa. Sifferkodsystemet för de olika sjukdomarna och skadorna möjliggör en redovisning på 5-siffernivå, d v s en relativt detaljerad klassifikation.

En av de 17 huvudgrupperna i ICD är "skador genom yttre våld och förgiftning" (sifferkodserien 800-999), vilka således har ett eget kapitel i ICD. Men vissa skadetyper kan även klassificeras under andra huvudgrupper i ICD. I motsats till de övriga huvudgrupperna är skadegruppen så utformad att man kan klassificera en skadas såväl medicinska natur (N-serien) som yttre orsak (E-serien, external cause). Detta gör att klassifikation enligt ICD är särskilt intressant i det skadeförebyggande arbetet. Klassifikationen anses dock ha vissa brister beträffande relevansen för svenska förhållanden och vårt aktuella skadepanorama.

Skadans medicinska natur

De olika skadetyperna i ICD:s N-serie 800-999 kan sammanställas i tio olika undergrupper

- benbrott (frakturer), urledvrickningar och muskel- och senavslitningar (d v s skador som huvudsakligen berör rörelseorganen)
- skador på hjärna och hjärnhinnor
- skador på ryggmärg och de perifera nerverna
- inre skador i bröst, buk och bäckenorgan
- ytliga sårskador
- främmande kroppar i luftstrupen m m
- brännskador
- skador av läkemedel och droger
- giftverkan av (andra) kemiska ämnen
- övriga skador (bl a drunkning).

Denna sammanställning antyder att beskrivning och klassifikation enligt N-serien i många fall säger mera om skadans tillkomstsätt än om dess rent medicinska karaktär och omfattning. På detaljnivå är systemet dock i regel mer informativt om skadans medicinska natur.

Klassifikationssystemet medger också en åtskillnad mellan en skada som manifesterar sig i omedelbar anslutning till dess yttre orsak och "sen effekt", vilket definitionsmässigt är senare än ett år efter skadans uppkomst.

Skadans yttre orsak

I ICD:s E-serie 800-999 kan man urskilja en övergripande indelning av skadors yttre orsaker i grupperna "uppsåtliga" (t ex självmord, mord och krigshandlingar) och "icke uppsåtliga" skador. De senare betecknas oftast som olyckor eller olyckshändelser. Därutöver finns en mindre restgrupp där ovisshet råder om skadan uppkommit genom olyckshändelse eller uppsåt. Om skadan uppkommit genom "vårdslöshet" kan inte direkt anges med hjälp av denna klassifikation.

De yttre orsaker till skador som tillhör huvudgruppen "icke uppsåtliga skador" kan något förenklat indelas i

- järnvägsolyckor
- motorfordonsolyckor på vägar
- luft- och vattentransportolyckor
- förgiftningar
- fall genom olyckshändelse
- olyckshändelser genom öppen eld eller natur- och miljöfaktorer
- övriga.

För vissa typer av yttre orsaker medger klassifikationen en mycket detaljerad uppdelning. För andra saknas möjlighet till en mera preciserad beskrivning av omständigheterna kring skadehändelsen. Detta gäller främst vissa ganska vanliga skadetyper i hem- och fritidsmiljön.

3.2 Skademiljön

Man kan också dela in skadorna med avseende på i vilken "miljö" de uppkommit. Den enkla indelningen i

- personskador i arbetslivet
- personskador i trafiken
- personskador i hem- och fritidsmiljön

är praktisk när det gäller att förebygga och ekonomiskt kompensera för skadehändelser eftersom den bl a knyter an till de skilda ansvars- och försäkringsförhållanden som föreligger.

För personskadorna i arbetslivet finns det således en särskild arbetsskadeförsäkring för ekonomisk kompensation vid arbetsskada (gäller även för sjukdomar vållade av arbetsmiljöfaktorer). Arbetsmiljölagen är samhällets huvudinstrument för det skadeförebyggande arbetet i arbetslivet. Denna lägger det helt avgörande ansvaret för skadeförebyggande åtgärder i arbetslivet på den enskilde arbetsgivaren, som skall samverka med de anställda genom skyddskommittéstrukturen. Tillsynsorganisationen ryms inom en tämligen väl avgränsbar sektor i samhället: arbetarskyddsstyrelsen och yrkesinspektionen.

För trafikskadeområdet finns också särskilda försäkringssystem, medan ansvaret för de förebyggande åtgärderna är mera splittrat. Hem- och fritidsskadorna är den mest heterogena gruppen när det gäller försäkringsskyddet och reglering av ansvaret för förebyggande åtgärder.

3.3 Skadebegreppet i denna rapport

I denna rapport behandlas i första hand skadetyper som hänger samman med olycksfallsbegreppet, d v s som uppkommer och medicinskt manifesterar sig plötsligt och som saknar påtagliga inslag av uppsåt. Det innebär att vanliga och viktiga skadetyper såsom självmord och alkoholförgiftning och som återfinns i den officiella skadestatistiken inte behandlas här. Detsamma gäller renodlat uppsåtliga skadeorsaker som mord, dråp och misshandel.

4 Informationskällor om skador

4.1 Statistiksystem och forskningsresultat

I detta avsnitt redovisas de statistiksystem som löpande levererar sammanställd information om olika skadetypers förekomst i den svenska befolkningen med fördelning på t ex ålder, kön, yrke och boendekommun. Dessa system karakteriseras av att de i princip omfattar alla skadehändelser av en viss typ som inträffar i landet. Sammanställningen av uppgifterna på riksnivå sker rutinmässigt som ett led i en central myndighets arbetsuppgifter. Den offentliga redovisningen sker i första hand i årsböcker och liknande periodiskt utkommande publikationer som huvudsakligen omfattar tabellmaterial.

Ett huvudsyfte med dessa skaderedovisande system är att säkerställa långsiktighet och kontinuitet så att man kan påvisa förändringar över tiden i förekomsten av olika skadetyper. Därmed bidrar de till att påvisa behov av skadeförebyggande åtgärder samt effekterna av genomförda åtgärder.

Systemen kritiseras ibland för bristande kvalitet och för att de inte tillräckligt noga och systematiskt anger hur korrekta eller missvisande de redovisade uppgifterna är i olika hänseenden. Inom forskningen om skadors förekomst och skadeförebyggande åtgärder kan man givetvis arbeta på ett mera fördjupat sätt. I avgränsade studier kan kvalitetskraven och kvalitetskontrollen hållas högre än i den löpande statistiken. Men sådana studier begränsas i regel till små befolkningsgrupper och relativt korta tidsperioder. Därför är det ofta svårt att generalisera deras resultat till större befolkningsgrupper och längre tidsperspektiv.

Huvudkällorna för information om skador, deras förekomst och uppkomstmekanismer samt effekter av motåtgärder är således dels löpande officiell statistik, dels särskilda undersökningar av forskningskaraktär. I det skadeförebyggande arbetet behövs både den enhetliga rikstäckande statistiken och mer fördjupad information genom forskning.

4.2 Statistiksystem som omfattar alla skadetyper

Några statistiksystem redovisar i princip alla former av skador, oavsett under vilka omständigheter de har uppkommit. De största av dessa är dödsorsaksstatistiken samt patientstatistiken från den slutna sjukhusvården.

Dödsorsaksstatistik

I sina principiella huvuddrag har dödsorsaksstatistiken varit oförändrad under flera decennier. Efter varje dödsfall skall ansvarig läkare utfärda dödsbevis med bl a diagnosuppgifter och beträffande eventuella skador även uppgifter om deras tillkomstsätt. Dödsbevisen samlas i ett dödsfallsregister hos SCB som årligen publicerar en omfattande statistik över registrets uppgifter i boken "Dödsorsaker". I denna redovisas uppgifter om eventuell skadas natur och yttre orsak, E-serien, på 3-siffernivå och med fördelning på bl a kön och åldersklass och sjukvårdsregion.

SCB:s specialundersökningar visar att bortfallet i dödsfallsregistret är minimalt, medan felkodning sker i 7 procent och oklarhet om korrekt kodning föreligger i 6 procent av registreringarna.

SCB kan mot avgift tillhandahålla uppgifter om t ex skadedödsfallens natur och yttre orsak nedbrutet på ICD:s decimalnivåer eller hemorterna på församlingsnivå. För forskningsändamål kan, med iakttagande av gällande restriktioner, även erhållas listor med fullständiga uppgifter ur dödsfallsregistret, således även personnummer. Dödsorsaksstatistiken och dess utgångsmaterial, dödsfallsregistret, är därför av stort intresse för bl a lokalt skadeförebyggande arbete som grundas på kännedom om den lokala förekomsten och fördelningen av olika skadedödsfall.

Patientstatistik från sluten sjukhusvård

Vid sjukhusen registreras enligt ICD-systemet bl a diagnos(er) som föranlett vård i samband med utskrivning av patient från sluten vård. Skadediagnoser registreras på 5-siffernivå och såväl skadans natur som dess yttre orsak beaktas.

Flertalet sjukvårdshuvudmän – motsvarande en täckningsgrad av 80-85 procent av befolkningen när det gäller kroppssjukvården och 100 procent när det gäller den psykiatriska sjukhusvården – har årligen sänt diagnosuppgifter m m till socialstyrelsen som handhar ett patientregister. Uppgifter ur detta register, huvudsakligen diagnosfrekvenser och vårdtider har sammanställts i bokform och publicerats i serien "Sveriges officiella statistik" (SOS). På begäran kan också s k forskarlistor framställas med detaljuppgifter om t ex kliniknivå eller försäkringskassetillhörighet. Vissa logiska kontroller och rättningar av de inlevererade uppgifterna har gjorts, men några fördjupade studier av kvaliteten hos registret sker inte. I anslutning till enskilda forskningsprojekt som utgår från forskarlistor görs dock i regel kvalitetsvärderingar.

I enlighet med statsmakternas beslut pågår nu en omstrukturering av patientstatistiken till att omfatta all offentlig sluten vård och på sikt också all öppen vård. Grunden skall vara enhetliga patientdatabaser hos landets 26 sjukvårdshuvudmän. Avidentifierade delar av uppgifter i dessa regionala databaser skall föras in i socialsektorns centrala planeringsdatabas. När det gäller den slutna vården har arbetet redan påbörjats. Uppgifter om olika skadetyper ur dessa patientdatabaser bör kunna utgöra en del av underlaget för det skadeförebyggande arbetet i samhället. En viktig begränsning av systemet är dock att det endast täcker skadetillfällen som föranlett kontakt

med den offentliga hälso- och sjukvårdsorganisationen. T ex företagshälsovården och skolhälsovården ingår inte.

Försäkringskassornas statistik

Försäkringskassan registrerar en mängd uppgifter i anslutning till sjukanmälningar, i samband med beslut om förtidspension m m. Många av dessa uppgifter ställs regelbundet samman och publiceras, främst i årsboken "Allmän försäkring" i serien SOS.

Den medicinska grunden för sjukskrivning registreras i regel inte vid en sjukanmälan till försäkringskassan. Om sjukskrivningen bestyrkts av läkare med läkarintyg finns dock uppgift om diagnos. Detta intyg bevaras i regel en tid hos den lokala försäkringskassan. För åren 1966 och 1970 har riksförsäkringsverket gjort speciella undersökningar av sjukdomsorsaker inom den allmänna sjukförsäkringen, vilka publicerats i omfattande rapporter. För närvarande planeras en sådan diagnosundersökning för de fall som försäkringsersattes under 1983.

Vid långvariga eller täta sjukfall gör försäkringskassan en ingående undersökning av den försäkrades förhållanden bl a i syfte att underlätta eventuella rehabiliteringsåtgärder. Därvid brukar detaljerad information inhämtas om sjukskrivningarnas medicinska grunder.

Inför beslut om eventuell förtidspensionering gör försäkringskassan i regel en ingående utredning med läkarbedömning av de medicinska grunderna för pensionsansöken. Statistiska sammanställningar, med vissa medicinska uppgifter, redovisas i "Allmän försäkring".

Försäkringskassesystemets huvuduppgift är att tillse att den enskilde försäkrade får del av sina försäkringsförmåner, d v s en administrativt ekonomisk uppgift. Att förse samhället med uppgifter om vilka sjukdomar och skador som förekommer hos befolkningen är inte någon primär eller helt naturlig uppgift för kassorna. Ändå borde det vara möjligt att mera kontinuerligt än hittills via försäkringskassorna få information om hälsoförhållandena hos den stora grupp – befolkningen mellan 16 och 65 års ålder – som omfattas av den allmänna försäkringen samt använda denna information både i det förebyggande och i det efterhjälpande hälsoarbetet, framför allt på lokal nivå i samverkan mellan primärvården, försäkringskassan och andra intressenter.

ULF

Sedan 1974 genomför SCB årligen omfattande intervjuer av ett representativt urval (7 000-12 000 intervjupersoner) av den vuxna befolkningen: "SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden" (ULF). Flera av frågorna gäller hälsoförhållanden som kan ha samband med skador. SCB redovisar ULF-resultaten i serien "Levnadsförhållanden" (SOS). Mot avgift kan SCB tillhandahålla specialbearbetningar, t ex tabeller nedbrutna till regional nivå. Sådan information bör vara av värde som en del av underlaget för den skadeförebyggande verksamheten.

4.3 Statistiksystem för speciella skadetyper

Hittills har redovisats de större statistiksystem som tillhandahåller uppgifter om personskador, oavsett inom vilken sektor av samhället de uppkommit. För några sektorer finns särskilda statistiksystem som översiktligt redovisas i det följande.

Arbetsskador – ISA

Vid personskador i arbetslivet skall arbetsgivaren göra arbetsskadeanmälan till försäkringskassan med uppgifter om skadans natur, händelseförlopp m m. Försäkringskassan överför anmälan till yrkesinspektionen för registrering och bearbetning. Uppgifterna vidarebefordras därefter till arbetarskyddsstyrelsens centrala informationssystem för arbetsskador (ISA) och utgör där grunden för den arbetsskadestatistik som årligen redovisas i SOS-serien "Arbetskador". Arbetsskadestatistik publiceras även kvartalsvis. Före 1978 användes benämningen "yrkesskador" för detta statistikområde.

Begreppet arbetsskador, som är grundläggande i 1977 års lag om arbetsskadeförsäkring, innefattar egentliga arbetsolycksfall, färdolycksfall från och till arbetsställe samt sådana skador och sjukdomar som ofta betecknas som "yrkessjukdomar". Ett uttalat syfte med arbetsskadestatistiken är att ge underlag för förebyggande åtgärder i arbetsmiljön. Utöver vad som rutinmässigt publiceras är det också möjligt att mot avgift få specialbearbetningar av statistiken utförd hos ISA.

Vägtrafikskador

Den lokala polismyndigheten skall rapportera varje vägtrafikolycka med personskada till SCB med bl a uppgifter om antal skadade och skadeindelning i dödade samt svårt och lindrigt skadade. På grundval härav sammanställer SCB månatligen och årligen rikstäckande statistik. Årsstatistiken publiceras i SOS-serien "Vägtrafikolyckor med personskada". SCB kan mot avgift utföra specialbearbetningar, t ex nedbrytning till kommunnivå, som skulle kunna vara av intresse i det lokala skadeförebyggande arbetet (i den mån lokala myndigheter inte direkt och lätt kan bidra med uppgifter).

Undersökningar av kvaliteten hos denna statistik visar att polisrapporteringen vad gäller olyckor med dödade trafikanter (död inom 30 dagar efter olyckan) är i det närmaste fullständig. För andra vägtrafikolyckor med personskada bedöms rapporteringen täcka hälften av alla inträffade skadehändelser.

Hem- och fritidsskador

Idag saknas ett offentligt statistiksystem som kontinuerligt och rikstäckande registrerar personskador i hemmen och vid institutioner med hemliknande miljö eller under fritidsverksamhet, t ex idrottutövning. Detta är en av de "vita fläckarna" när det gäller kunskapen om skadors förekomst och

händelseförlopp. Konsumentverket och enskilda forskare och forskargrupper har dock gjort en del kartläggningar.

Enligt dödsorsaksstatistiken avlider i Sverige varje år drygt 2 000 personer genom olika typer av olyckor i hemmen och på fritiden. Ansatser till en registrering av olyckor som inte medför dödsfall har gjorts i nordisk regi för att få fram en enhetlig nordisk modell för skaderapportering. Ett pilotprojekt för att pröva en sådan modell genomfördes 1976–1978 i Nordiska ministerrådets regi.

I tre kommuner i Skaraborgs län har på initiativ av landstingets hälsovårdsenhet under ett antal år en systematisk och kontinuerlig registrering skett av alla skador som krävt kontakt med vårdenhet. I konsumentverkets regi pågår sedan 1982 en registrering av alla skador enligt en modifierad Skaraborgsmodell. Denna skaderegistrering är upplagd enligt ett stickprovssystem som är avsett att statistiskt utjämna geografiska och säsongsmässiga variationer i olycksmönstret. Inom projektet registreras alla olyckor i ett län i taget under en tvåveckorsperiod med en täckningsgrad av cirka 85 procent. Registreringen upprepas i samma län efter cirka 6 månader. Under en femårsperiod beräknas olycksfallsregistreringen omfatta alla län och sålunda täcka landet både geografiskt och säsongsmässigt. I efterhand specialintervjuas alla skadade utom de som råkat ut för arbetsolycksfall. Erfarenheter från projektet bör, förutom de omedelbara lokala resultaten, kunna ligga till grund för vissa centrala åtgärder.

Utöver dessa undersökningar finns det en stor och heterogen skadestatistik insamlad i olika sammanhang. Som underlag för samhällets prioritering av åtgärder i förebyggande eller omhändertagande syfte har dock dessa källor vissa brister, bl a är det statistiska materialet vanligen begränsat. Sitt största värde har dessa undersökningar i egenskap av djupstudier. Många av de problemställningar och åtgärdsförslag som väcks kan generaliseras eller appliceras på ett flertal andra liknande områden.

4.4 Andra informationskällor

Ovan har omnämnts några av de system som mera brett och kontinuerligt informerar om förekomsten av och omständigheter kring personskador. För vissa delar av personskadeområdet görs ytterligare statistiska sammanställningar som kan vara av stort intresse i det skadeförebyggande arbetet, särskilt om man är inriktad på en mera bestämd skadetyp eller skadeorsak. Några exempel:

- Vägverkets register över trafikolyckor på det statliga vägnätet
- SJ:s skadestatistik (publicerad i "Säkerhetstjänsten")
- Sjöräddningssällskapets uppgifter om drunkningar till sjöss
- Sjöfartsverkets och statens haverikommissions statistik över olyckshändelser till sjöss
- Statens brandnämnds och Brandförsvarsföreningens uppgifter om bränder och skador genom eld
- Barnmiljörådets uppgifter om barns skador i hem- och lekmiljö

- Luftfartsverkets och haverikommissionens dokumentation över inträffade tillbud och olyckshändelser med flygplan
- Försäkringsbolagens skade- och olycksfallsstatistik.

De centrala fackliga organisationerna genomför av och till enkätundersökningar bland medlemmarna som bl a ger information om olika yrkesgruppers uppfattning om skadeförekomst och upplevelse av skaderisker.

Inom företagshälsovården registreras mer eller mindre systematiskt skadehändelser som kommit till kännedom vid enskilda lokala företagshälsovårdsenheter. Sådan skadestatistik redovisas ofta i årsrapporter. I den branschorganiserade företagshälsovården förekommer sammanställningar på regional och riksnivå.

Skolhälsovården vid grund- och gymnasieskola brukar i sina årsrapporter redovisa olycksfallsskador som föranlett hänvisning till annan offentlig sjukvård eller till tandläkare.

Forskningen vid universitet och högskolor samt statliga myndigheter med forskningsutförande uppgifter (t ex arbetarskyddsstyrelsen och statens väg- och trafikinstitut) genererar fördjupad och speciellt kritiskt värderad information om förekomsten av och uppkomstmekanismerna vid personskador. Forskningsresultat av betydelse för val av skadeförebyggande åtgärder tas också fram inom olika naturvetenskapliga, samhällsvetenskapliga och tekniska forskningsområden.

5 Skadors förekomst och konsekvenser

I detta avsnitt redovisas ett urval av den rikhaltiga information som förekommer i de informationskällor som presenterats i föregående avsnitt.

Den mest omfattande och förmodligen mest tillförlitliga informationen erhålls från skadehändelser som resulterar i dödsfall. Men skadehändelser kan få många andra hälsomässiga konsekvenser. En sjunkande dödlighet i en viss skadetyp behöver inte innebära att skadeproblemet som helhet minskat i betydelse. Sjukvårdens landvinningar kan ha gjort att skadehändelser som tidigare medförde dödsfall idag istället leder till invaliditet. Därför är det angeläget att ha ett helhetsperspektiv på olika skadetypers förekomst, utvecklingstendenser och hälsomässiga konsekvenser. Att skadekonsekvenserna i detta avsnitt huvudsakligen redovisas i dödlighetsmått beror på att denna information är mest tillgänglig. Det innebär inte att man bör nöja sig med endast sådan information som grund för prioriteringar och andra ställningstaganden till åtgärder i det förebyggande arbetet.

5.1 Det historiska perspektivet

Under 1850-talet dog varje år ca 50 människor per 100 000 i befolkningen av olycksfallsskador. Under 1900-talets första decennium hade denna siffra sjunkit till 37. Därefter har tendensen varit svagt stigande så att det för närvarande är ca 45 dödsfall per 100 000 av befolkningen. Det är alltså en felaktig föreställning att riskerna för att dö genom olycksfall har minskat kraftigt under det senaste ett och ett halvt seklet på samma sätt som risken att dö till följd av en infektionssjukdom minskat drastiskt. Olycksfallsskador som helhet har genom åren förblivit ungefär samma dödsrisk trots (eller till följd av) alla genomgripande förändringar och åtgärder i samhället.

Fördelningen av dessa dödsfall på olika skadetyper och åldersgrupper etc har emellertid förändrats kraftigt sedan mitten av 1800-talet. På den tiden skördade drunkningsdöden mer än hälften av alla dödsskadeoffren – 28 av 100 000 invånare eller mer än 1 000 människor per år. Idag handlar det om färre än 3 av 100 000 per år eller ca 200 människoliv. Skadedöda i motortrafik fanns definitionsmässigt inte förrän runt sekelskiftet; idag svarar detta skadeområde för en tredjedel av alla dödliga skador. Skadedöden efter fall genom olyckshändelse – oftast hem- och fritidsmiljön – har stigit något i takt med ökningen av andelen äldre i befolkningen, vilka löper särskilda risker att

ådra sig allvarliga skador vid fall. Antalet dödliga arbetsolycksfall har kontinuerligt minskat till ett par hundra per år. Antalet arbetsolycksfall oavsett svårighetsgrad har dock varit anmärkningsvärt konstant i relation till antalet arbetstimmar.

Så långt tillbaka som det finns användbar statistik har män haft kortare förväntad livslängd än kvinnor – för närvarande är skillnaden ca fem år. Vid 1900-talets början var den manliga dödligheten i skador fem gånger högre än den kvinnliga. Idag har jämlikheten i detta hänseende nått därhän att dödligheten i skador (rensat från uppsåtliga skador såsom självmord) är ca 50 procent högre hos män än hos kvinnor.

Det har alltid varit vanligare med dödsfall och andra hälsomässiga konsekvenser av skadehändelser – främst arbetsskador men också inom andra skadeområden – i lägre socialgrupper. Det förhållandet avspeglar skillnader i riskmönster mellan olika yrkesgrupper samt utbildningsnivåns betydelse för att undvika skaderisker.

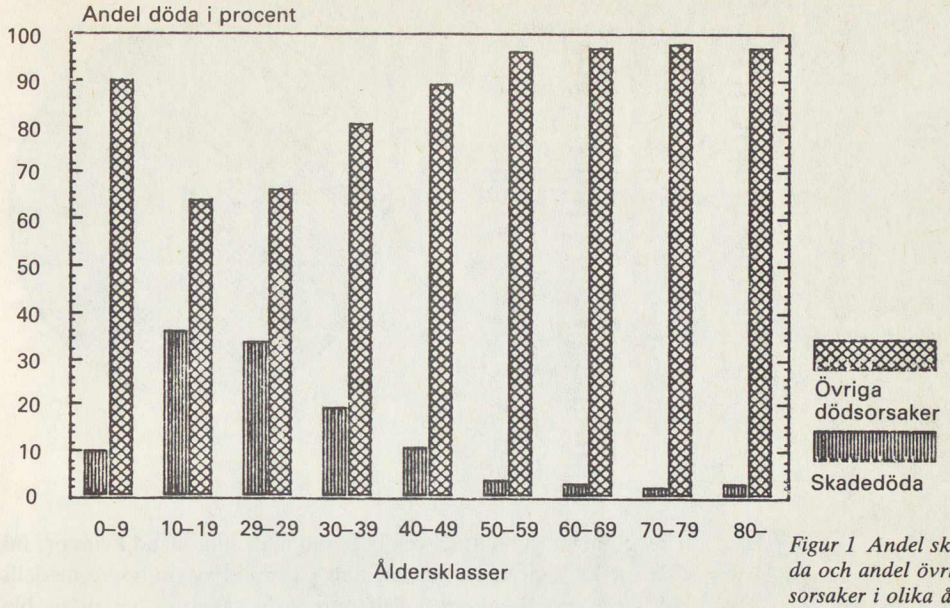
Trots brister i källmaterial med åtföljande tolkningssvårigheter framgår det klart att antalet dödsfall och andra hälsomässiga konsekvenser av skadehändelser totalt sett inte har minskat i omfattning och betydelse i ett historiskt perspektiv. Detta får inte leda till slutsatsen att alla skadeförebyggande och skadeefterhjälpande insatser varit förgäves. Även om den totala bilden är oförändrad har skadepanoramat undergått väsentliga förändringar. Vissa skaderisker och skadehändelser har till följd av målmedvetna och systematiska åtgärder minskat väsentligt i betydelse. Minskningen av andelen drunknade är ett slående exempel. Samtidigt har andra och helt nya skaderisker tillkommit och "riskmassan" har ökat. De skadeförebyggande åtgärderna har inte kunnat förhindra ökningen av vissa skadehändelser, men utan det skadeförebyggande arbetet skulle nuläget ha tett sig väsentligt sämre än som är fallet.

5.2 Skadorna som dödsorsak

Av de ca 85 000 dödsfall som inträffade under 1979 redovisades en skadediagnos som den avgörande underliggande dödsorsaken hos ca 3 600 avlidna, d v s hos drygt 4 procent. Detta antal avser egentliga olycksfallsskador och inbegriper inte uppsåtliga skador som självmord. Det finns dock en grupp om ca 800 avlidna där ovisshet om uppsåt förelegat; en del dödsfall genom olyckshändelser kan finnas i denna grupp. Om man hävdar att skadedöden för närvarande svarar för 4–5 procent av den samlade dödligheten i landet är man på säker mark.

4–5 procent skadedödlighet är en relativt liten andel av den totala dödligheten, men dessa bortåt 4 000 skadedöda varje år är ojämnt fördelade i åldrarna. Figur 1 och 2 visar andelen skadedöda och andelen döda av övriga orsaker 1979 i 10-årsfördelning. Självmord och vissa "övriga" skadedödsorsaker ingår alltså i gruppen övriga dödsorsaker.

I yngre åldersgrupper, där den allmänna dödligheten är låg, svarar skadedöden för en betydande andel av den totala dödligheten. I högre åldrar är andelen skadedöda ganska liten, eftersom den allmänna dödligheten är hög, men i absoluta tal är antalet högre än i de yngre åldersgrupperna.

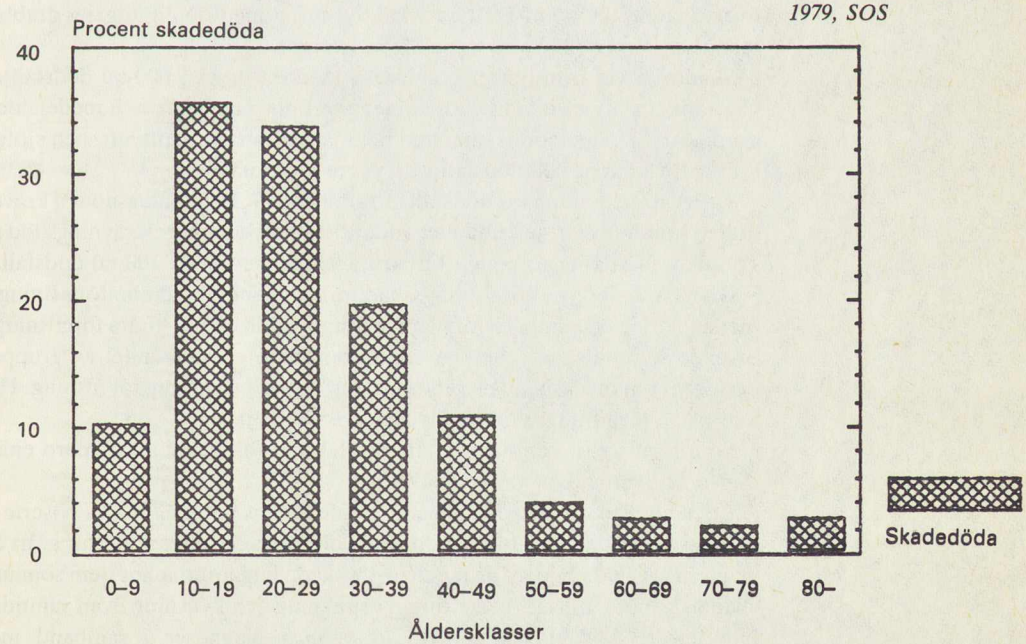


Figur 1 Andel skadedöda och andel övriga dödsorsaker i olika åldersskikt i Sverige 1979. Källa: Dödsorsaker 1979, SOS

Med andra åldersgrupperingar än 10-årsgrupper vid presentation av skadedödsstatistiken finner man t ex att andelen skadedöda bland pojkar i "lekåldern" 5–14 år är ungefär lika stor till antalet som alla övriga dödsorsaker sammantagna. Också bland män i åldern 15–24 år är skadedöden större än alla övriga dödsorsaker; trafikskadedöden slår här igenom tungt.

Skadedöden är genomgående en manlig dödsorsak. Fram till 70 års ålder

Figur 2 Skadedöda i procent av samtliga döda i olika åldersklasser i Sverige 1979. Källa: Dödsorsaker 1979, SOS



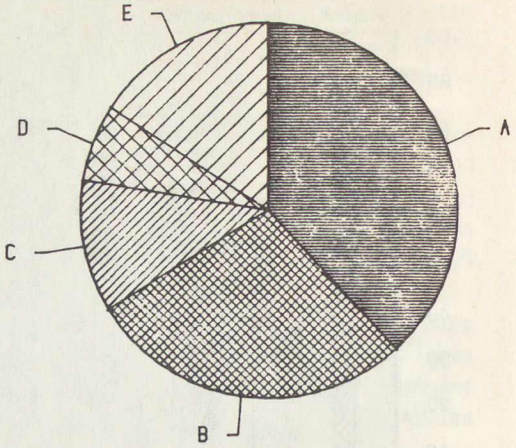
A = Skador genom fall 38,3 %

B = Skador vid transporter 27,9 %

C = Skador av eld, drunkning, andra natur och miljöfaktorer 11,3 %

D = Skador genom förgiftning 6,6 %

E = Skada med ovisshet om olycka eller uppsåt 15,9 %



Figur 3 Skadedödens fördelning på huvudorsaker i procent (Sverige 1979)
Källa: Dödsorsaker 1979, SOS

är den i regel minst dubbelt så vanlig bland män som bland kvinnor. Först efter 70 år tar kvinnorna tätplatsen, dels på grund av sin högre medellivslängd, dels på grund av att fallskadorna då får stor betydelse bland kvinnorna. Äldre kvinnor drabbas i hög utsträckning av benskörhet genom att skelettet urkalkas vilket ofta medför svåra skador även vid fall från låg höjd.

När man fördelar skadedöden på dess huvudorsaker enligt ICD:s E-indelning får man för 1979 den fördelning som framgår av figur 3.

Fall i trappor på grund av t ex halkning eller snubbling, som ger så svåra skador att döden följer, är alltså en mycket viktig skadetyp. Men endast ett 80-tal av de personer som drabbas av detta är under 50 år och då till övervägande del män. De flesta fallolyckorna med dödlig utgång drabbar människor över 70 år, huvudsakligen kvinnor.

Skadorna vid transporter domineras med ett drygt 1 000-tal dödsfall av vägtrafikens offer vilka huvudsakligen återfinns i de yngre och medelålders grupperna. Dödsskador i samband med järnvägstrafik samt luft- och sjöfart svarar för knappt 200 dödsfall i de yngre åldrarna.

Drygt 100 eldbetingade dödsfall inträffade 1979. Drunkningsdöden krävde ett par hundra offer, huvuddelen under fritidsverksamhet. Kvävningsdöd på grund av föda eller föremål i luftstrupen svarade för ett 100-tal dödsfall.

Bland de dödliga förgiftningsskadorna dominerar alkoholförgiftningar medan dödliga läkemedelsförgiftningar uppgår till ca 30. Andra förgiftningsorsaker är rena sällsyntheter i statistiken, men en stor andel av gruppen "ovisshet om olyckshändelse eller uppsåt" avser just möjlig förgiftning. Här kan alltså förgiftningsdöd av olyckskaraktär dölja sig.

Som jämförelse kan nämnas att antalet dödsfall genom självmord enligt dödsorsaksstatistiken var ca 1 600 1979.

I den statistiska redovisningen av skadedödens natur – ICD:s N-serie – blandas uppsåtliga och olycksbetingade dödsorsaker. Det är därför svårt att ge en rättvisande bild av de medicinska skadediagnoserna hos dem som inte skadats genom uppsåt. Förgiftning, drunkning och kvävning, som samtidigt kan uppfattas som skadeorsak, är vanliga diagnoser i samband med

A = Lårbensbrott: 33,2 %

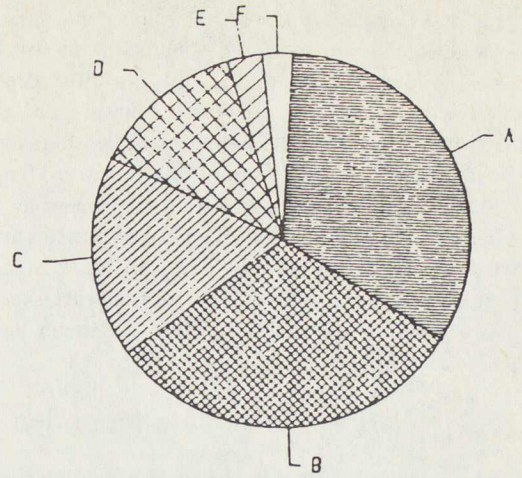
B = Brott på skalle och ryggrad m m: 31.0 %

C = Inre skador i bröst, buk och bäcken: 17,5 %

D = Hjärnskador: 12,7 %

E = Främmande kropp i luftstrupen: 3,0 %

F = Brännskador: 2,6 %



Figur 4 Fördelning av skadetyper i procent (Sverige 1979)
Källa: Dödsorsaker 1979, SOS

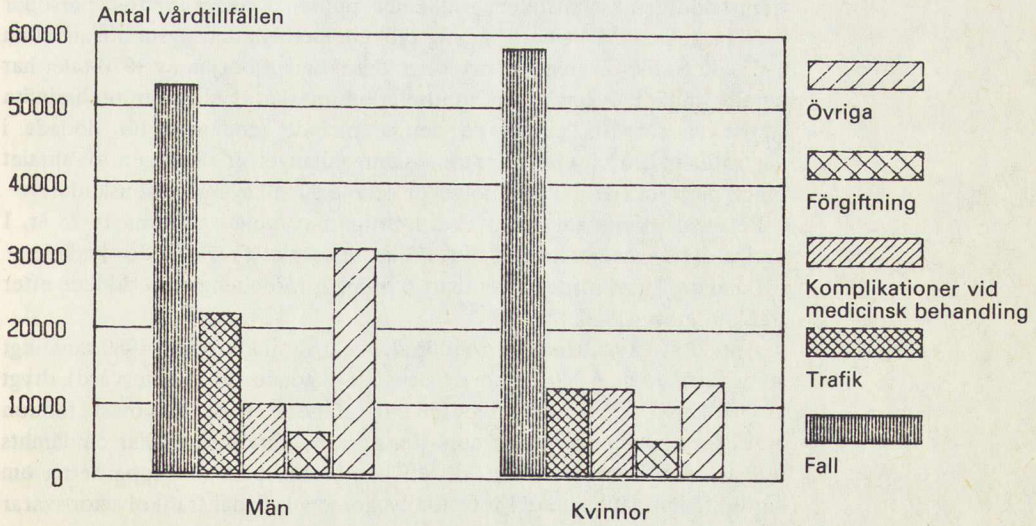
självmord och annan uppsåtlig skadedöd. Av figur 4 framgår vilka skadetyper – i regel utan samband med uppsåt – som är vanliga i dödsfallsstatistiken (siffror för år 1979).

Lårbensbrott som den avgörande medicinska grunden för skadedöd är i hög grad de äldres, framför allt kvinnornas karakteristiska skadetyp. De övriga skadetyperna är vanliga i yngre åldersgrupper och bland män.

5.3 Skador behandlade inom den slutna sjukhusvården

De skadefall som avlider under vård på sjukhus redovisas i dödsorsaksstatistiken (se avsnitt 4.2). Det stora flertalet skadefall där inläggning skett på sjukhus överlever dock och skrivs ut. En bild av omfattningen och karaktären

Figur 5 Antal vårdtillfällen vid flera olika skadetyper i Sverige 1977
Källa: Sluten kroppssjukvård 1977, SoS



på dessa skadefall kan erhållas ur den somatiska slutenvårdsstatistiken. Denna täcker inte hela landet, men om siffrorna omvandlas till att antas gälla hela landet får man följande bild för 1977 som redovisas i figur 5.

En del oklarheter i diagnosredovisningen från sjukhusvården försvårar möjligheterna att ställa samman och bearbeta uppgifter om skadevården vid sjukhus. Likväl kan sammanställningar som i figur 5 ge fingervisningar. Mera fördjupade analyser visar att ca 10 procent av vårdvolymen vid sjukhusen ägnas åt vård av skadefall. Det bör då beaktas att en stor andel av resurserna vid de högspecialiserade och särskilt kostnadskrävande enheterna vid sjukhusen, t ex neuro- och thoraxkirurgiska kliniker samt ortopedisk-kirurgiska enheter och intensivvårdsenheter tas i anspråk för skadevård.

5.4 Skador behandlade inom den öppna vården

Någon löpande och heltäckande registrering av den medicinska grunden för de ca 30 miljoner årliga besöken i den öppna hälso- och sjukvården sker ännu inte. Således saknas statistikkällor av samma typ som för dödsorsaker och för den slutna kroppsvården när det gäller skadehändelser som omhändertas i den öppna vården. Flera undersökningar vid enskilda vårdcentraler visar dock att ca 15 procent av läkar- och sjuksköterskekontakterna i den öppna vården avser skadevård; man kan på goda grunder anta att andelen är väsentligt större inom företagshälsovården och skolhälsovården, där också bagatellbetonade skador på grund av närheten till vård blir föremål för professionella åtgärder.

5.5 Personskadorna i vägtrafiken

Den reguljära statistiken över vägtrafikolyckor med personskada begränsas bl a av huruvida polisen fått kännedom om och rapporterat skadehändelsen. När det gäller dödsfall är dock överensstämmelsen med andra statistikkällor, främst dödsorsaksstatistiken, god. Enligt polisen dödades 1980 848 personer – 587 män och 261 kvinnor – i vägtrafiken. Detta är den lägsta siffran sedan 1952, då trafikvolymen var betydligt lägre. Sedan början av 1970-talet har antalet dödade i vägtrafiken kontinuerligt minskat. Enligt den preliminära statistiken för 1982 bröts då den sjunkande tendensen för dödade i vägtrafiken. En väsentlig faktor i sammanhanget är ökningen av antalet tunga motorcyklar där trafikolyckor ofta leder till svåra personskador.

Personskadorna har ett mycket kraftigt maximum i åldrarna 14-25 år. I övriga åldrar är antalet dödade – liksom antalet överlevande skadade – påfallande jämnt fördelat. Av figur 6 framgår fördelningen av dödade efter trafikantgrupp 1980.

Antalet svårt skadade (som bedömdes behöva sjukhusvård) 1980 var enligt statistiken drygt 6 000 personer och lätt skadade (ej sjukhusvård) drygt 13 000. Dessa siffror har i huvudsak inte förändrats under de senaste femton åren. Den betydande underrapporteringen i denna statistik har omnämnts tidigare och framgår tydligt vid en jämförelse med t ex uppgifterna om vårdtillfällen i sluten vård för trafikolyckor i figur 5, där trafikolyckor svarar

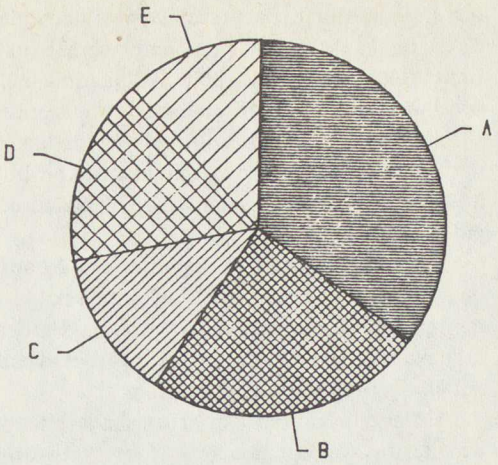
A = Bilförare 35 %

B = Bilpassagerare 24 %

C = Cykelförare och passagerare 13 %

D = Gående 16 %

E = Övriga 12 %



Figur 6 Fördelningen av de dödade efter trafikantgrupp i procent
Källa: Trafikskador 1980, SOS

för ca 34 000 vårdtillfällen.

Fördjupade analyser av statistiken och andra källor visar att man varje år kan räkna med att det tillkommer ca 450 trafikskadade med så svåra sviter att de behöver daglig vård och hjälp resten av livet. Ca 2 000 får sådana men för framtiden att de får svårigheter i utbildning eller i yrkeslivet.

5.6 Personskadorna i arbetslivet

Av arbetsskadestatistiken framgår att en person omkommer varje arbetsdag samt att mer än en person skadas varje minut av en normal arbetsdag genom olyckor i arbetet. 1979 dödsskadades 203 personer i sitt arbete, 127 000 skadades med sådana konsekvenser att de blev sjukskrivna. (Skador som uppkommer under färd till och från arbetet ingår i definitionen av arbetsskada och återfinns således i denna statistik.) De kroppsdelar som oftast skadas vid arbetsolycksfall är händer, fötter och huvud. Även ryggen tillhör de utsatta kroppsdelarna.

Antalet dödliga arbetsolycksfall har kontinuerligt sjunkit till knappt hälften under den senaste 25-årsperioden. Antalet olycksskador i relation till antal utförda arbetstimmar har dock varit påfallande stationärt under perioden – ca 20 arbetsolyckor (22 olyckor 1979) per miljon arbetstimmar.

Antalet arbetsolycksfall med bestående invaliditet har visat en svagt sjunkande tendens från närmare 2 000 per år för 25 år sedan till ca 1 600 idag. Som konsekvens av att de dödliga skadorna och invaliditetsskadorna minskat har det s k svårhetstalet, som uttrycker antal förlorade arbetsdagar per 1 000 utförda arbetstimmar, under samma period sjunkit från drygt 1,5 till knappt 1,0.

Antalet arbetsolycksfall i relation till antalet arbetstimmar är mycket olika för skilda näringsgrenar. Det genomsnittliga antalet sådana skador per miljon arbetade timmar inom hela arbetslivet var 1979 22, men i slakterier var risken sex gånger så hög. Andra starkt riskutsatta verksamheter är järn-

och stålgjuterier, charkuterier, sågverk och renhållningsverk. Längst ned på riskskalan återfinns verksamheter som bank- och försäkringsverksamhet samt offentlig administration. Skillnaderna mellan olika näringsgrenar i stort sett har förblivit oförändrade under de senaste 25 åren.

På grund av ojämn könsfördelning mellan olika näringsgrenar olycksskadas fler män än kvinnor. Yngre människor drabbas av fler olycksfallsskador än äldre, men dödsfall är vanligare bland äldre. 40 procent av dödsfallen sker vid fordonsolyckor.

ULF:s (se avsnitt 4.2) uppgifter om de anställdas upplevelser och egna bedömningar av riskerna för olycksfallsskador och andra skador inom olika näringsgrenar stämmer väl överens med arbetsskadestatistikens bild av de faktiska riskerna. Detta bestyrker värdet av enkäter som informationskälla i det skadeförebyggande arbetet.

I sin detaljrikedom kan arbetsskadestatistiken te sig svårgenomtränglig och därför svår att använda i det skadeförebyggande arbetet. Om man bemödar sig att tränga in i dess enskildheter torde man dock här ha en god utgångspunkt för aktiva skadeförebyggande åtgärder, vilket också var lagstiftarens uttryckliga avsikt när ISA-systemet inrättades 1979 (se avsnitt 4.3).

5.7 Personskadorna i hemmet och under fritiden

Skador som inträffar i hemmet och under fritiden (utanför transportområdet) är den vitaste fläcken i statistiken över skadors förekomst. Om man från den totala statistiken tar bort skadehändelser som hör till trafik- och arbetsskadeområdena får man ett uttryck för de skador som kan hänföras till hem- och fritidssektorn.

ICD är påfallande fattig på koder som klart identifierar skador som uppkommit vid t ex idrotts- och motionsövning. En annan orsak till att denna skadesektor är dåligt statistikdokumenterad kan vara att det saknas enhetliga försäkringssystem som incitament till en mera ingående registrering av sådana skadehändelser. Det är emellertid uppenbart att en stor del av de dödliga skadehändelserna inträffar inom hem- och fritidssektorn. Fallolyckorna med lårbenshalsbrott etc med sin tunga dominans i högre åldrar, död genom eldsvådor i bostäder, drunkning samt kvävning genom föda eller föremål i luftstrupen är exempel på skadedöd som till stor del inträffar i hemmen och under fritiden.

Men även mindre allvarliga skador som inte leder till döden uppkommer till stor del i hem- och fritidsmiljön. Genomförda och pågående undersökningar av bl a konsumentverket visar att nästan 80 procent av de skadade som uppsöker den offentliga sjukvården för hjälp blivit skadade i hemmet eller under fritiden. Uppskattningsvis skadas 7 procent av befolkningen varje år i hemmet eller under fritiden så att det medför kontakt med sjukvården. I det s k Falköpingsprojektet, som drivs av landstingets hälsovårdsenhet i Skaraborgs län, får man samma bild av hem- och fritidsskadornas betydelse. På grund av tillgången på fritid dominerar små barn och äldre i dessa olycksfall. Fallolyckor, slag av föremål, klämning samt skador av skärande och stickande föremål är de vanligaste skadetyperna.

Skador hos barn

Barnen utgör en femtedel av befolkningen och drabbas av närmare 5 procent av samtliga dödliga olycksfall. Trots att barn till stor del vistas under uppsikt i hemmiljö eller annan miljö skadas de i samma utsträckning som vuxna. Varje år har således vart tionde barn läkarkontakt p g a en skada. Merparten gäller givetvis lätta och snabbt övergående skador. Omkring 194 000 barn uppsöker varje år sjukhus p g a en skada. Ca 10 000 blir inlagda för sjukhusvård och ett 150-tal dör av skadehändelsen. Antalet dödliga skador har dock mer än halverats under de senaste 30 åren varvid minskningar skett i alla huvudtyper av olycksfall.

Trots denna nedgång svarar olycksfallen för nära hälften av den totala barndödligheten i landet och utgör den största enskilda dödsorsaken för barn över ett år. I förskoleåldern är det främst hem- och fritidsolyckor (bl a drunkning) som dominerar bland dödsfallen. Bland förskolebarn dominerar inomhusskador, bland skolbarn utomhusskador. Över hälften av de äldre barnen omkommer i trafiken. En tredjedel av barnskadorna inträffar i hemmet, en tredjedel i lekmiljön utomhus i hemmets närhet och en tredjedel utanför hemmet i daghem, skolor, på skolvägen etc.

Barns utvecklingsnivå och utformningen av den fysiska miljön spelar stor roll när det gäller uppkomsten av barnolycksfall. Utvecklingen av rörelseförmågan och sinnesorganen samt den fysiska tillväxten pågår under hela uppväxttiden. Tillväxttakten varierar mellan olika kroppsdalar och leder till ständigt nya proportioner mellan huvud, armar, ben och bål. Barn har p g a sin längd, sitt tunga huvud, sina begränsade möjligheter att utnyttja syn och hörsel, sina svårigheter att göra flera saker samtidigt, sina rörelsebehov och sin bristande mognad inte samma förutsättningar som vuxna att klara omgivningens krav. Det är därför viktigt att känna till och ta hänsyn till barns behov och förutsättningar samt vilka krav som kan ställas på barn i olika åldrar vid utformningen av bl a boendemiljön. Utformningen av närmiljön har stor betydelse för förekomsten av olycksfall bland barn.

Barnet växer, utvecklas och mognar och därmed förändras riskmomenten. Orsakerna till vissa olycksfallstyper som spädbarn drabbas av skiljer sig från dem som drabbar förskolebarn och skolbarn.

Spädbarnsåldern innebär framför allt risk för fall från skötbord eller ur barnvagn samt för kvävning av tunn plast, mjuka kuddar, små föremål etc. I krypåldern vidgas barnets aktionsradie. Trappmiljöer, fönster utan spärrar, kemikalier, hushållsredskap och hushållsmaskiner utgör nya olycksrisker. Speciellt farliga miljöer är kök, tvättstuga, bad/wc och garage.

Elektrisk utrustning i hemmet utgör en annan riskkategori för barn. Vanliga orsaker till brännskador är hett vatten, ugnsluckor, elradiatorer, kokplattor, strykjärn, kaminer samt el- och grenuttag. Barn kan lätt dra ner t ex kastruller, pannor och kaffekoppar med het mat och dryck.

Små barn utforskar sin omgivning genom att bl a stoppa olika föremål i munnen. Förgiftningsrisken är störst i förskoleåldern, speciellt när pincettgreppet är väl utvecklat. Det är framför allt förgiftningar genom mediciner och kemiskt-tekniska preparat, t ex maskindiskmedel, som inte förvaras på betryggande sätt.

Drunkningsrisken är speciellt stor för barn i 2-3 års åldern. I boendemiljön

utgörs den främst av vattenfyllda diken, gropar, bäckar, brunnar och tillfälliga byggarbetsplatser nära hemmet.

För olycksrisker i utemiljön spelar planering, utrustning och underhåll av lekmiljön en viktig roll. Underlaget under klätteranordningar och gungor får ofta avgörande betydelse om ett fall inträffar. Lekområden planeras idag ofta enbart för de minsta barnen, d v s med en utrustning som inte är tillräckligt spännande och intressant för de något äldre barnen. Ofta leder detta till att de söker sig till andra platser inom boendemiljön där olycksriskerna är större. En helt riskfri lekmiljö är alltså inte alltid den säkraste.

Enligt ett flertal studier inträffar de flesta barntrafikolyckorna nära bostaden. Nästan hälften av alla skadade barn bor inom 100 meter från olycksplatsen. Trafikmiljön i bostadsområden där barn lever måste därför utformas med hänsyn till barns speciella förhållanden. I boendemiljön uppträder barn ofta som oskyddade trafikanter, d v s som fotgängare eller cyklister, vilket innebär en större risk för olycksfall. Cykelolyckor är vanligast och resulterar ofta i skallskador.

Barn i glesbygdsområden utsätts för vissa olycksrisker som inte har uppmärksammats i lika hög utsträckning som olycksriskerna i tätbebyggda områden. Många barnolycksfall i glesbygden inträffar på lantgårdar som både är en boendemiljö och en arbetsmiljö. Där utsätts barn ofta för situationer som de inte behärskar, situationer som många gånger kräver en kunskap, styrka och färdigheter som de saknar.

En total miljööversyn med genomgripande förändringar är det medel man måste tillgripa för mer varaktiga förbättringar. Åtgärder för att förebygga olycksriskerna i boendemiljön får dock inte beskära barns normala utveckling.

Skador hos äldre

Enligt den officiella dödsorsaksstatistiken omkom 1980 1 905 personer i åldern 65 år och äldre genom olycksfall. Det innebär att 56 procent av alla dödsolyckor drabbar personer över 64 år, trots att de endast utgjorde 16 procent av befolkningen. 13 procent av dödsolyckorna hade inträffat i trafiken. Samma år omkom totalt 1 683 människor i fallolyckor. Bland dessa dödsfall var 1 470 äldre människor, vilket innebär att de svarade för 87 procent av samtliga dödsolyckor på grund av fall.

Den vanligaste åldersgruppen bland de oskyddade trafikanter (bl a fotgängare och cyklister) som dödas eller skadas i trafiken är äldre. Under 1981 omkom 135 fotgängare i trafiken i landet. Hälften av dessa var 65 år eller äldre. Det är vanligt att den gående blir påkörd av en bil när han eller hon skall korsa en väg eller gata.

En olycksfallsstudie i en kommun visar att de äldre svarar för 12 procent av samtliga olycksfall som medförde kontakt med hälso- och sjukvården. Äldre människor svarar för 20 procent av samtliga hemolycksfall, 3 procent av samtliga arbetsolycksfall, nästan 20 procent av samtliga trafikolycksfall och 10 procent av övriga olycksfall. Bland yttre orsaker till skada dominerar fallolyckor som svarar för 75 procent av samtliga hemolycksfall. Bland fallolyckorna var 42 procent fall i samma plan på grund av snavning, snubbling eller halkning, 15 procent fall i olika plan, 10 procent fall i trappor

samt 8 procent övriga fall. Olyckor med skärande och stickande föremål är den näst största gruppen med 12 procent.

En tredjedel av äldreolycksfallen medför inläggning på sjukhus. Detta kan jämföras med att knappt 10 procent av olycksfallen i yngre åldersgrupper leder till inläggning. Speciellt fallolyckor resulterar i hög allvarlighetsgrad och 75 procent av denna olycksfallstyp har medfört inläggning på sjukhus. Lårbenshalsbrott har ökat under senare tid enligt undersökningar från bl a Göteborg.

Socialt betraktas man som äldre när man når pensionsåldern. Biologiskt sett är dock åldersgruppen 65-75 år en ganska frisk grupp, men med begynnande anatomiska och funktionella förändringar. Det naturliga åldrandet medför förändringar av såväl fysiska som psykiska funktioner. Detta tillsammans med tillkomsten av vissa sjukdomstillstånd som t ex hjärt-kärlsjukdomar medför en nedsättning av den fysiska prestationsförmågan och ökar risken för skador.

Äldre människor reagerar långsammare än yngre, dels beroende på en förlängd reaktionstid, dels på försämrad förmåga att koordinera olika muskelgrupper. Åldersförändringar i ögat påverkar bl a närseendet, linsens formförändringsförmåga, ljus- och mörkeradaptionen, synskärpan etc. Med stigande ålder sker också en gulfärgning av ögats lins vilket leder bl a till att äldre personer behöver starkare ljus för att kunna läsa. Genom gulfärgningen får ögat också en filtereffekt som gör att kortvågigt ljus från t ex lysrör delvis absorberas när det tränger in till näthinnans receptorer.

Skelettets hållfasthet ändras med åldern. Det beror på en rubbning i balansen mellan nedbrytningen och nybildningen av ben. Dessa förändringar, som är mer uttalade bland kvinnor, uppträder först i det porösa benet, t ex i bäcken och nära de stora lederna. Det är också här de vanligaste frakturerna bland de äldre förekommer, t ex lårbenshalsfraktur. Förändringar i skelettet bidrar i stor utsträckning till att skadorna blir svårare med ökad ålder. Inaktivitet hos äldre människor, som redan har ett skört skelett, kan också leda till att den redan nedsatta styrkan försämras ytterligare.

Många äldre människor lider av balansstörningar. Dessa kan uppstå när man hastigt reser sig, går upp på natten, klättrar på pallar och stegar etc samt vid intag av lugnande och vattendrivande mediciner, vid överdosering av vissa mediciner samt vid intag av alkohol. Enligt en populationsstudie i Göteborg bland 70-åringar behandlades 56 procent av männen och 76 procent av kvinnorna med ett eller flera läkemedel.

De funktionsnedsättningar som följer av det normala åldrandet är av stor betydelse för de äldres möjligheter att handskas med olycksrisker. Äldre människor blir långsammare, orörligare och svagare vilket försämrar deras möjligheter att parera, stoppa eller fly undan ett påbörjat olycksförlopp.

Orsakerna till olycksfall bland äldre är framför allt utformningen av bostads- och trafikmiljön, åldersförändringar, överdosering av läkemedel, inaktivitet och isolering.

Äldre människor tillbringar större delen av sin tid i den egna bostaden. Därför är dödsolyckor genom fall som tidigare framgått den främsta skadedödsorsaken. Det är därför motiverat att studera vissa av de faktorer som bidrar till dessa fallskador, som också intar en särställning med långa behandlingstider, konvalescens och rehabilitering. De faktorer i miljön som

främst bidrar till fallskador är bostadsutformning, bostadens utrustning och inredning, belysningsförhållanden samt brister i handikapputformningen av den inre och yttre miljön.

Inomhus är det främst hala golv, lösa mattor framför stolar, sängar och trappor samt trösklar som innebär risk för olycksfall. Lägenhetens möblering och möblernas funktion är oftast inte anpassade till de äldres förutsättningar och behov. Kök är i de flesta fall utrustat med arbetsbänkar med en viss standardhöjd. Fåtöljer är mjuka och djupa så att det är svårt att resa sig. Sängar är i regel för låga och utgör i kombination med små mattor framför dem en av de vanligaste olycksriskerna. Badrum/wc samt duschrum har i regel en hårdare golvbeläggning än den övriga bostaden. Avsaknad av halkmattor i badkar och på golv samt av handtag vid badkar och toalett medför risk för olycksfall eftersom golvytan lätt kan bli våt och hal. Äldre människor som flyttar till mindre lägenheter sparar i regel en stor del av sina möbler vilket ofta leder till att lägenheten blir övermöblerad och saknar passager där man lätt kan förflytta sig. Detta gäller speciellt i servicehus och ålderdomshem där det är vanligt att de boende övermöblerar sina rum.

Många svåra olycksfall bland de äldre inträffar i trappmiljöer såväl inomsom utomhus, trots den korta tid man vistas där. Faktorer som bidrar till dessa olycksfall är dels trappans utformning, trappstegets ytbeklädnad, trappbelysningens placering och ljusstyrka, typ av ledstång etc, dels individuella faktorer som den äldres rörelseförmåga, fotbeklädnad etc.

Belysningsförhållanden i bostaden, på ålderdomshem samt i offentliga lokaler kan bidra till uppkomsten till olyckfall. Nedsatt syn kräver starkare lampor vilket många armaturer inte är avsedda för. Långvågigt ljus (glödlampor) är att föredra framför kortvågigt (lysrör). Speciellt gäller det belysningen i kök samt i servicehus, ålderdomshem, institutioner och andra offentligt miljöer. Temporär belysning i trappuppgångar och korridorer är inte lämplig ur säkerhetssynpunkt.

I den yttre miljön är det framför allt trafiken som utgör olycksrisk. Trafikmiljöns utformning är av avgörande betydelse för de äldres möjlighet att ta sig fram. Även här är det av betydelse att de äldre ofta ser och hör sämre, har längre reaktionstider och behöver längre tid för att ta sig över en gata. För inställning av signalsystem vid övergångsställen har man i gällande svenska anvisningar angett hastigheten 1,4 m/s som riktvärde för en normal fotgängare. En undersökning har visat att hälften av äldre försökspersoner inte kan nå detta riktvärde även om de förflyttar sig så snabbt som möjligt. Vid normal gånghastighet misslyckades nästan alla äldre försökspersoner att korsa övergångsstället. Anvisningarna för trafiksignaler har således inte beaktat de äldre fotgängarnas behov. Normen (steghöjden) för påstigning på kollektiva färdmedel är 30-35 cm. En studie bland friska 80-åringar visar att endast 61 procent av männen och 28 procent av kvinnorna klarar denna steghöjd utan svårighet.

5.8 Personskador och missbruk m m

En särställning bland de många faktorer som har betydelse för uppkomsten av olycksfallsskador intar alkoholpåverkan och narkotikamissbruk samt

överdosering eller felanvändning av läkemedel.

Alkoholpåverkan är en mycket betydelsefull faktor när det gäller trafikolycksfallen. Även när det gäller skador i hem- och fritidsmiljön kan alkoholpåverkan spela en betydelsefull roll. Välkänt är t ex sambanden mellan drunkningsolyckor från båtar och alkoholpåverkan. Däremot visar aktuella undersökningar att alkoholpåverkan är av underordnad betydelse när det gäller arbetsolycksfall. Riskerna med läkemedelsanvändning i trafiken har ägnats ökad uppmärksamhet under senare år med bl a särskild märkning av vissa trafikfarliga läkemedel. Därutöver kan överdosering och biverkningar av olika läkemedel, särskilt bland äldre, vara en viktig faktor vid uppkomsten av halknings- och andra fallskador. Att narkotikabruk innebär väsentligt ökade skaderisker av olika typer är uppenbart. Särskild statistik som belyser detta saknas dock.

5.9 Andra uppgifter om personskadornas betydelse

Enligt ULF anser sig var 20:e vuxen, och dubbelt så många män som kvinnor, ha kvarstående besvär efter olycksfall. Skador genom yttre våld är den tredje största orsaksgruppen till sjukskrivning (efter luftvägssjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen). Bland män svarar skador genom yttre våld för drygt 10 procent av samtliga sjukpenningdagar. Omkring 5 procent av antalet "förlorade år" i arbetslivet på grund av död före 65 års ålder beror på skador. Utredningen "Liv och hälsa" beräknade att drygt 25 procent – för männen närmare 35 procent – av alla "förlorade år" på grund av död före 65 års ålder beror på skador, den klart största bland de 17 huvudgrupperna i dödsorsaksklassifikationen.

Sammanställningar av statistik och särskilda studier i de nordiska länderna visar att 13 procent av befolkningen varje år har kontakt med hälso- och sjukvården till följd av skador. Det motsvarar närmare 3 miljoner skadehändelser om året. 65 procent gäller skador i hem, skola och fritid, 21 procent i arbetslivet, 7 procent under transporter och 6 procent speciella skadetyper.

Åtskilliga beräkningar har gjorts av de samlade kostnader för sjukvård, försäkringsutbetalningar, produktionsförluster etc som uppkommer till följd av personskador. Kostnaderna består dels av direkta kostnader och dels av indirekta kostnader. Till de direkta kostnaderna hör kontantersättning i form av sjukpenning samt ersättning för läkarvård, sjukhusvård och behandling, livräntor och begravningshjälp. Till de indirekta kostnaderna hör bl a kostnader för den skadade, inkomstbortfall för den skadade, skillnad mellan verkliga vårdkostnader och ersatt kostnad, produktionsbortfall och arbetsvårdskostnader.

Till detta kommer materiell ersättning vilken utgör en stor del av försäkringsbolagens kostnader. Förluster av icke materiell art, t ex smärta och lidande, förlust av anhörig samt övriga humanitära förluster, kan inte enkelt värderas i pengar.

Kostnaderna varierar kraftigt beroende var skadan inträffar – i boendemiljön, i trafiken eller i arbetsmiljön etc – hur allvarlig skadan är samt hur gammal den skadade är. Vid lättare skador är i allmänhet de indirekta

kostnaderna högre än de direkta. Vid allvarliga olycksfall dominerar främst de direkta kostnaderna.

1970 beräknade en statlig vägkostnadskommitté att vårdkostnaderna för vägtrafikolycksfallen det året kunde värderas till 180 miljoner kronor. Kostnaderna för produktionsbortfall, ekonomisk kompensation för invaliditet etc är många gånger högre. De totala kostnaderna för vägtrafikolyckorna 1979 har beräknats till 4,3 miljarder kronor, oräknat icke materiella förluster.

I Barnolycksfallsutredningen uppskattades kostnaden för en svår brännskada till 500 000 kronor och den totala kostnaden för barnolycksfall till 720 miljoner kronor per år i fast penningvärde.

Inom hälso- och sjukvården kostar ett besök hos distriktsläkare ca 300 kronor, ett besök på kirurgmottagning ca 450 kronor, att ligga inne på en klinik ett dygn 1 200 – 1 500 kronor och på intensivvården ett dygn ca 3 000 kronor. Inom sjukvården spelar höftfrakturer en betydande ekonomisk roll. Enbart dessa kostar lika mycket som hela bukkirurgin. Den genomsnittliga vårdkostnaden för ett lårbensbrott har beräknats till 33 000 kronor. Om man utgår från att sjukhusens vårdinsatser för skadefall svarar för 10 procent av vårdvolymen innebär det att kostnaderna för dessa idag är uppe i minst 3 miljarder kronor.

Olika beräkningar inom såväl trafik- och arbetsskade- som hem- och fritidsområdet visar ofta en klart samhällsekonomisk lönsamhet av skadeförebyggande åtgärder. Medicinsk skadevård är mycket kostnadskrävande och invaliditetsersättningar och andra försäkringskostnader kan uppgå till betydande belopp. Vidare tillkommer ofta kostnader för materiella skador i samband med olyckshändelsen. Skadeförebyggande insatser är uppenbarligen ett av den förebyggande hälsovårdens mest lönsamma områden, såväl humanitärt som ekonomiskt. Det skadeförebyggande arbetet bedrivs dock inte främst av ekonomiska besparingsskäl. För hälso- och sjukvården är det primära att förhindra onödigt tidig död och lidanden samt att frigöra resurser för andra angelägna vårdinsatser än skadevård.

5.10 En summering

- Varje dag dör minst tio personer till följd av ouppsåtlig skadehändelse.
- Varje dag skadas sex personer så allvarligt i trafiken att de får bestående invaliditet med svårigheter i utbildning och yrkesarbete.
- Varje dag tas 600 människor in på sjukhus för vård på grund av skador.
- Varje dag skadas 400 barn så att det leder till en läkarkontakt.
- Varje dag sjukskrivs 300 personer till följd av olycksfall i arbetet.
- Dygnet runt måste hälso- och sjukvården vara beredd att ta hand om skadade människor. En betydande del av hälso- och sjukvården tas i anspråk för att lindra konsekvenserna av skadehändelser i samhället.

Den totala ohälsan på grund av skadehändelser är ett folkhälsoproblem som i omfattning och betydelse förblivit ganska oförändrat under många decenni-

er. Enskilda typer av ohälsa genom skador har minskat betydligt till följd av framgångsrika förebyggande åtgärder. Samtidigt har nya skaderisker tillkommit som tenderar att hålla summan av skadehändelser konstant.

Under det senaste decenniet finns inom de flesta skadesektorer en tydlig tendens att dödsfall som en konsekvens av skadehändelser minskat. Andra hälsomässiga konsekvenser av skadehändelser visar dock inte samma minskning. Det finns därför skäl för hälso- och sjukvården och övriga samhällssektorer att målmedvetet sträva efter att förebygga och lindra alla former av ohälsa till följd av skadehändelser. Skador tillhör den typ av ohälsa som är särskilt lämpade att angripa på det förebyggande planet.

6 Ansvarsfördelningen för skadeförebyggande åtgärder

När en personskada väl har inträffat kan få instanser bli engagerade i omhändertagande och vård. De flesta skadehändelser åtgärdas för övrigt på "egenvårdsnivån" utan hjälp utifrån. Vårdkrävande personskador tas i första ledet om hand av primärvården, ambulansväsendet, sjukhusen, polisen eller brandväsendet varvid den skadade vid behov slussas vidare till lämplig instans.

När det gäller åtgärder i syfte att förhindra att skadehändelser uppkommer är långt fler instanser inkopplade. Det yttersta ansvaret ligger självfallet hos riksdag och regering som genom lagstiftningen fördelar åtgärdsansvaret till olika nivåer. När det gäller många skaderisker är det nödvändigt med centrala föreskrifter och annan styrning. Det gäller t ex inom trafikskadeområdet, arbetarskyddet och det produktrelaterade konsumentskyddet. Statliga myndigheter och andra organ övervakar samt bidrar på annat sätt till verkställandet av lagstiftningens intentioner. Statsmakterna kan också genom bidrag stimulera t ex vissa frivilliga organisationers skadeförebyggande verksamhet.

6.1 Centrala organ

Flertalet departement och många centrala myndigheter arbetar med frågor som har betydelse för det skadeförebyggande arbetet. Den dominerande principen är helhetsansvar inom respektive sektor, d v s att departementet, myndigheten etc själv skall motverka och balansera den egna verksamhetens negativa konsekvenser i form av t ex personskador. Vissa myndigheter har mer renodlat till främsta uppgift att motverka en verksamhets skadliga konsekvenser, t ex trafiksäkerhetsverket och arbetarskyddsstyrelsen. Även planverket, strålskyddsinstitutet och konsumentverket är exempel på myndigheter som har skadeförebyggande verksamhet som ett särskilt viktigt ansvarsområde. Mångfalden av centrala organ med skadeförebyggande uppgifter gör dock att det kan vara svårt att få en samlad överblick över helheten. En sådan krävs för att statsmakterna skall kunna ta ställning till framtida mål och medel för det skadeförebyggande arbetet som ett led i en övergripande hälso- och välfärdspolitik.

6.2 Regionala organ

Den regionala strukturen för det skadeförebyggande arbetet är betydligt mindre komplex. Väg- och järnvägstrafiken har en distriksorganisation med regionalt och lokalt ansvar för skadeförebyggande åtgärder. Yrkesinspektionen svarar för tillsynen över arbetslivets personskadeskydd. Länsstyrelserna är engagerade i skadeskyddet i bebyggelseplaneringen samt i kontrollen av vissa kemiska skaderisker. Landstingen har i och med HSL ett lagfäst ansvar för att hälsoproblem, t ex skaderisker, observeras i hälso- och sjukvårdsarbetet samt att sådan kunskap förmedlas till regionala och lokala organ med befogenheter att vidta konkreta skadeförebyggande åtgärder. Landstingens samhällsmedicinska enheter eller deras motsvarigheter utgör viktiga expertresurser för landstingen i denna delvis nya roll.

6.3 Det lokala ansvaret

Tyngdpunkten i det lokala ansvaret för skadeförebyggande åtgärder ligger dels hos kommunen, dels hos den enskilde arbetsgivaren/arbetsplatsen. Flera kommunala nämnder m fl har uppgifter av skadeförebyggande karaktär:

- Byggnadsnämnden säkerställer att enskilda byggnader uppfyller säkerhetsnormerna för att t ex begränsa riskerna för fallskador. Nämnden har också starkt inflytande på t ex säkerheten mot olyckor i barns lekmiljö.
- Trafiknämnden övervakar att vissa trafiksäkerhetsaspekter blir tillgodosedda medan polisen – som dock har statlig huvudman – övervakar att trafikreglerna efterlevs så att skaderisker hålls nere.
- I miljö- och hälsoskyddsnämndens bostadshygieniska uppgifter ingår bl a att övervaka vissa skaderisker. I sitt övergripande ansvar för det kommunala hälsoskyddet måste nämnden också ta del i det skadeförebyggande arbetet i trafiken samt i hem- och fritidsmiljön. En tjänsteman vid nämndens förvaltning svarar ofta för den kommunala yrkestillsynen vid mindre arbetsplatser, där skaderisker kan vara ett av de allvarligaste arbetsmiljöproblemen.
- Brandskyddsorganisationen förebygger viktiga personskaderisker genom brandsyn och annan övervakning av brand- och explosionsrisker.
- Socialnämnden har ett ansvar för skadeförebyggande åtgärder bland barn och äldre. Som huvudman för daghem och andra sociala institutioner har den ett direkt ansvar för att skaderiskerna i dessa miljöer hålls under kontroll.
- Skolstyrelsen utövar sitt ansvar för det skadeförebyggande arbetet främst genom skolhälsovården men självfallet också i den direkta undervisningen.
- Fritidsnämnden och konsumentvägledaren i kommunen gör också insatser i skadeskyddet.

På varje arbetsplats har arbetsgivaren huvudansvaret för skyddet mot arbetsskador, men också ansvar och åtgärdsbefogenheter finns också hos

skyddsombud och skyddskommitté. Den anställde har sitt personliga ansvar för att skyddsregler efterlevs och skyddsutrustning används. Den samlade skyddsorganisationen vid landets 100 000-tals arbetsplatser är kanske det mest omfattande och finförgrenade systemet för skadeprevention överhuvud taget.

Företagshälsovården är i regel underställd den i arbetsmiljölagen reglerade skyddskommittén och utgör en viktig resurs i det skadeförebyggande arbetet. Den branschvisa företagshälsovården har organ på regional och central nivå som kan utgöra viktiga samverkansparter för andra instanser i skadepreventionen.

Primärvården har genom sin hälsovård för barn en etablerad tradition av skadeförebyggande verksamhet i samband med hembesök och andra kontakter med barn och föräldrar. Skadeförebyggande åtgärder ingår också i distriktssköterskornas arbetsprogram bland t ex äldre. Inom primärvården har säkerligen även i övrigt genom åren gjorts åtskilliga insatser i skadepreventivt syfte men det är först med HSL som det uttryckligen slås fast att landstingen skall ta ett ansvar för befolkningens hälsa genom bl a primärvårdens engagemang i det förebyggande arbetet mot skador och sjukdomar.

6.4 De frivilliga organisationerna

Många frivilliga organisationer har skadeförebyggande insatser på sina program. De fackliga organisationerna genom t ex studieförbunden, motororganisationerna, de frivilliga försvarsorganisationerna, idrottsrörelsen, Röda korset och Rädda barnen inriktar sig på olika åldersgrupper och kategorier. En särställning intar Nationalföreningen för trafiksäkerhetens främjande (NTF). Den arbetar uteslutande med personskadeförebyggande verksamhet och reguljära statliga anslag för en informationsverksamhet som annars skulle ankomma på trafiksäkerhetsverket. NTF har därför en halvstatlig karaktär som "informationsmyndighet".

Det är således många institutioner och organisationer – lokalt, regionalt och centralt – som skall agera och samverka i det skadeförebyggande arbetet. Leder mångfalden till splittring och ineffektivitet eller är den nödvändig för att bevaka alla tänkbara risksituationer och riskgrupper?

7 Principer för att förebygga skador

Liksom inom all forskning söker man inom olycksfallsforskningen allmängiltiga teorier och modeller som generellt beskriver och förklarar olycksfallsförloppet. Sådana teorier och modeller är nödvändiga för själva forskningsprocessen men syftar även till att ge ett rationellt underlag för förebyggande åtgärder.

Idag saknas en gemensam, enkel och allmängiltig teori och modell som täcker in alla typer av olycksfallsskador. Intresset har främst inriktats på arbetsolycksfall, men tänkandet i detta sammanhang kan ha relevans också för andra skadeområden.

7.1 Olycksfallsförloppet

Ett olycksfallsförlopp kan i regel uppdelas i flera faser och varje fas kan brytas ner till en sekvens av händelser som leder fram till nästa fas i förloppet.

Den *inledande fasen* kännetecknas av att det tekniska system i vilket händelseförloppet utspelas successivt utvecklas i okontrollerbar riktning. Fasen kan vara långt utsträckt i tiden varunder människorna i systemet får allt mindre möjligheter att kontrollera situationen och undgå skadefasen.

Under *slutfasen* kan förloppet utvecklas mycket snabbt; tiden mellan enskilda händelser understiger ofta människors reaktionstider. Människan har därför små möjligheter att påverka förloppet som huvudsakligen bestäms av fysiska lagar.

Under *skadefasen* uppstår de primära skadorna på kroppsvävnaderna genom direkt fysisk påverkan.

Under *omhändertagandefasen*, efter att personskadan inträffat, görs insatser för att lindra skadans hälsomässiga konsekvenser. Dessa görs, beroende på skadans omfattning, med hjälp av sjukvårdssystemets mer eller mindre sofistikerade åtgärder samt med socialförsäkringens och socialtjänstens stödjande funktioner. Det är med utgångspunkt i kunskaperna från denna fas som hälso- och sjukvården har särskilda förutsättningar att bidra till det skadeförebyggande arbetet.

De olika faserna av olycksfallsförloppet påverkas av en mångfald mer eller mindre föränderliga faktorer av samhällelig-strukturell art eller kopplade till den lokala skademiljön.

Erfarenheten visar att redan detta relativt självklara synsätt på uppkom-

sten av skador ger en viss grund för ett systematiskt ställningstagande till i vilka faser av förloppet och genom vilka åtgärder man mest rationellt och effektivt kan gripa in för att förhindra utlösning av skadefasen.

7.2 Tillbud

Ett olycksfall omfattar alla faserna till och med själva skadefasen. Ett tillbud innebär att händelsekedjan påbörjas men att förloppet upphör eller förhindras innan skadefasen utlöses. För att få underlag för val av förebyggande åtgärder kan analyser av tillbud vara av minst lika stort värde som analys av fullständiga olycksfallsförlopp.

7.3. Teorier och modeller

Man skiljer mellan beteendevetenskapliga och tekniska modeller och teorier för olycksfallsförlopp.

En klassisk beteendevetenskaplig teori för olycksfallsförlopp är den s k olycksfågelteorin att vissa människor har egenskaper, vilka inte nämnvärt kan påverkas, som leder till hög olycksfallsrisk. Enligt denna teori bör man i det skadeförebyggande arbetet inrikta sig på att så tidigt som möjligt sålla ut dessa individer med hjälp av psykologiska och medicinska metoder. En del hälsokontroller har inslag som präglas av denna teori, som ännu inte visat sig praktiskt verifierbar, trots att den dominerat olycksfallsforskningen under flera decennier.

Teorier om människans benägenhet till medveten och kalkylerad risktagning samt hur denna påverkas av faktisk kunskap om olika hälsorisker och värderingen används för att försöka beskriva och förklara olycksfallsförlopp. Olycksfallsrisken relateras alltså till graden av riskvillighet, men forskningen har ännu inte fått fram några enkla modeller för riskvillighetens betydelse för uppkomsten av olycksfall. Vissa idrottsskador tyder dock på att sådana modeller kan vara användbara.

Enligt en sociologiskt präglad modell är arbetsolycksfallsrisker konsekvenser av konflikten mellan kravet på lönsamhet och kravet på säkerhet i arbetet. Ansvarsteorin bygger på synsättet att olycksfall uppkommer genom beteenden av "låg kvalitet" som kan undvikas om individen ges ett högt ansvar för och själv kan påverka förhållandena i sitt arbete. Aktivering och engagemang i den egna arbetssituationen ökar enligt denna teori medvetenheten om skaderiskerna.

Den tekniska modell för olycksfallsförlopp som för närvarande röner störst intresse är energimodellen som bygger på att ett centralt element vid alla personskador är utlösningen av upplagrad energi. Därvid uppkommer ett energiflöde – mekaniskt, termiskt, elektriskt, kemiskt etc – som resulterar i personskada. Med denna modell kan man identifiera var i energiflödet man bör gå in för att förhindra uppkomst av personskada.

7.4 Strategier och tekniker för skadeprevention

Variationsrikedomen är stor när det gäller åtgärder och tekniker för att förhindra uppkomst av personskador. I hemmet, på arbetsplatsen, i trafiken – överallt finner man tekniska skydds- och varningssystem som tillkommit för att hålla tillbaka skaderisker. De flesta uppfattas som självklart inbyggda i vårt vardagsliv. Andra får oss att mer medvetet undvika skaderisker. Ur denna komplexa blandning av skadeförebyggande åtgärder och tekniker kan några huvudprinciper urskiljas

- konsekvensbegränsning
- teknisk riskkontroll
- varning och information
- reglering
- belöning.

I det enskilda fallet finner man i regel en blandning av flera principer.

Konsekvensbegränsning

Denna princip innebär att man inte försöker förebygga inledningen till ett olycksfall utan istället vidtar åtgärder så att den utlösta energin absorberas före skadefasen utan att personskada uppkommer eller så att den får lindrigare konsekvenser än som annars hade blivit fallet. Praktiska exempel är energiabsorberande hjälmar, glasögon, och skor samt bilbälten och energiabsorberande material i kontaktytor som rattar och instrumentpaneler.

Konsekvensbegränsningsprincipen utgör ett sista led i skadebekämpandet och är i många sammanhang entydigt effektiv. Det innebär emellertid inte att man motverkar olycksfallsrisken som sådan; personskadorna hålls tillbaka men den föregående eller parallella egendomsskadan tillåts uppkomma med de förluster den kan medföra.

Teknisk riskkontroll

Teknisk riskkontroll innebär att man genom tekniska åtgärder minimerar möjligheterna till ett okontrollerbart energiflöde alternativt söker avleda energin så att en skadefas inte uppstår. Systemen för inneslutning, jordning och säkring av elektrisk apparatur är exempel där den tekniska riskkontrollen drivits långt. Antalet dödsfall och andra allvarliga personskador i samband med elolyckor är lågt i relation till den omfattande kontakten med elektrisk utrustning i arbetsliv och hemmiljö.

Den tekniska riskkontrollen tillämpas också storskaligt och systeminriktat. Transportsystem utformas med inriktningen på att minimera eller omöjliggöra risken för kollisioner och andra energiflöden med stor personskadepotential. Dubbelspår, automatiska tågstopp och planskilda korsningar är exempel från järnvägstrafiken. Det moderna trafikflyget karakteriseras av en ytterst avancerad teknisk riskkontroll. Satsningar på hög och förbättrad vägstandard dikteras till stor del av önskemål om och krav på

en teknisk riskkontroll inom vägtrafiken.

Ibland är teknisk riskkontroll det enda sättet att hantera ett skaderiskproblem och oftare är det ett av flera led i riskhanteringen. Det är lätt att peka på konkreta skyddseffekter av teknisk riskkontroll, t ex att en viss skadetyp minskat markant efter att en maskin försetts med skyddsanordningar. I bästa fall kan metoden leda till god riskkontroll till måttlig kostnad utan att verksamheten som sådan försvåras. Teknisk riskkontroll är därför ett alternativ som gärna prövas i första hand.

Varning och information

Att varna för skaderisker är en metod att motverka olycksfallsskador som är mycket vanlig i arbetslivet och trafiken, ofta som komplement till andra skyddsåtgärder. I trafiken är varningssystemet ofta det mest avgörande ledet i sammanhanget.

Varning genom skyltar och signaler etc är dock endast en form av information. Information i form av systematisk utbildning och träning i att varsebli och skydda sig mot skaderisker samt i att inte skapa skaderisker är för många skadeområden huvudstrategin. Trafiksäkerhetsarbetet och arbetsmiljöutbildningen samt delar av det förebyggande arbetet inom hem- och fritidssektorn bygger till stora delar på information till riskutsatta och riskansvariga.

Varnings- och informationsstrategins effekter och effektivitet är i regel svåra att utvärdera. Graden av riskvillighet samt riskbeteenden överhuvud taget beror troligen på många komplexa faktorer och den individuella variationen är stor. Trots omfattningen av skadeförebyggande insatser genom varning och annan information är osäkerheten om dess genomslagskraft stor, liksom den är beträffande effekterna av annan information om hälsorisker samt om hälsoskadliga och hälsouppbyggande beteenden. Kan man överinformera om risker och skapa risktrötthet och riskignorans?

Reglering

Regleringen av skadeförebyggande åtgärder genom lagstiftning och tillämpningsföreskrifter är omfattande. Samhällets ansvar för medborgarnas skydd mot olycksfallsskador samt för konsekvensbegränsning av skadeeffekter för den enskilde tar sig uttryck i arbetsmiljö-, trafiksäkerhets- och produktkontrollagstiftningen, socialförsäkringssystemet etc. Regleringen lägger fast ansvarsfördelning, skyddsarbetets grundläggande organisation och finansiering etc. Den anger också påföljderna för den som inte iakttar sitt ansvar för det skadeförebyggande arbetet.

Regleringen är den övergripande påverkande faktorn i det skadeförebyggande arbetet: den konkretiserar grundnormen att skador skall förebyggas. Regleringen har alltså fundamental betydelse i sig som uttryck för att en viss skada i egenskap av hälsorisk är så negativ att företeelsen kräver en reglering – i motsats till att överlämnas till privatlivets område eller till avtalsslutande parter att förhandla om.

En reglering kan vara mer eller mindre långtgående. Om en skaderisk bedöms vara helt oacceptabel (t ex professionell boxning eller vissa kemiska

ämnen) kan den gå ända till förbud.

I regel leder en nytto-riskavvägning till en reglering innefattande krav på skadeförebyggande åtgärder som teknisk riskkontroll, varningssystem och konsekvensbegränsning.

Reglering genom lagstiftning innebär också identifikation av ansvar samt regler för påföljd vid underlåtenhet att iaktta detta ansvar. Inom många skadeområden är det i praktiken ovanligt att rättssystemet utkräver sådan ansvar eller också brukar påföljden bli lindrig i jämförelse med andra brott med konsekvenser för liv och hälsa. Olycksfallsskador betraktas gärna som en följd av slumpen vilket innebär svårigheter att utpeka någon ansvarig. I det enskilda fallet handlar det ofta om såväl underlåtenhets- som överträdelseförsyndelser med många inblandade. De formellt och de reellt ansvariga kan vara helt åtskilda personer, vilket gör det svårt för rättsordningen att tillämpa lagstiftningens ansvarsbestämmelser.

Belöning

Att genom symboliska eller påtagliga belöningar visa uppskattning av samt befrämja skadeförebyggande åtgärder är en annan metod i skadepreventionen. Ett exempel är stimulansen av allmän simfärdighet genom simborgarmärket. Skadefria bilförare får av motororganisationerna märken av mer eller mindre ädla valörer och trafikskadeförsäkringens bonussystem belönar den som undgår att vålla trafikskador.

I stort har emellertid inte belöningsstrategin fått någon stor betydelse i det skadeförebyggande arbetet. I debatten har också påpekats att arbetsskadeförsäkringen inte stimulerar arbetsgivaren till att investera i skadeförebyggande åtgärder, eftersom försäkringsavgifterna är de samma oavsett skadefrekvens. Kompensation till den enskilde för en olycksfallsskada genom arbetsskadeförsäkringen är dessutom mer förmånligt än motsvarande ersättning enligt reglerna i lagen om allmän försäkring. Man hålls alltså mera ekonomiskt skadeslös vid arbetsskada än vid skador uppkomna under fritiden vilket skulle kunna tänkas leda till mindre respekt för arbetslivets skaderisker än för skaderisker i övrigt.

7.5 Riskbegreppet i skadepreventionen

Skaderisker kan betraktas som en hälsorisk där de allmänna principerna för riskhantering mycket väl kan tillämpas på skador genom yttre våld. En risk måste uppmärksammas, identifieras och beskrivas. Hälso- och sjukvården har genom epidemiologiska undersökningar stora möjligheter att uppmärksamma och beskriva skaderisker.

Det svåraste momentet i riskhanteringen är riskvärderingen: den samlade nytto-risk-kostnadsavvägning då man tar ställning till vilken risknivå som är acceptabel och vilka åtgärder som skall prioriteras. I denna riskvärdering har hälso- och sjukvården en självskriven roll genom sin kompetens att beskriva hälsomässiga konsekvenser i form av lidande och invaliditet samt behov av sjukvårdsresurser för skadevård etc. Den samlade riskvärderingen måste dock som regel ligga på ett samhälleligt- politiskt plan med invägning av

många andra intressen och aspekter än de som hälso- och sjukvården företräder. Saknas en sådan uttrycklig riskvärdering eller finns det flera skilda värderingar att välja mellan för en viss hälsorisk kan detta vålla problem i det förebyggande arbetet.

När det gäller riskbehandlingen – det konkreta handlingsprogrammet samt de faktiska åtgärderna för att reducera skaderisker eller lindra konsekvenserna av uppkomna skador – måste hälso- och sjukvården främst inrikta sig på samverkan med dem som har den formella och reella kompetensen att vidta åtgärder. Vissa risker inom den egna samhällssektorn kan dock hanteras mer självständigt.

I riskuppföljningen, d v s kontrollen av huruvida riskbehandlingen resulterar i minskad förekomst av den aktuella skadetypen, är hälso- och sjukvårdens medverkan genom t ex diagnosregistrering och annan hälsostatistik samt epidemiologiska undersökningar av stor betydelse.

Ett exempel (från Gunnarsson) på riskbehandling är situationen med "barnet och den vattenfyllda gropen", där följande behandling är tänkbar. I princip är denna modell tillämplig även vid andra skaderisker

Ändring av risksituationen

- modifiera risken (gör gropen grund)
- eliminera risken (fyll igen gropen)
- separera riskerna (flytta barnet långt från gropen)
- isolera risken (sätt upp staket).

Anpassning till risksituationen

- utrusta för att överleva (sätt flytväst på barnet)
- träna och instruera för att klara risken (lär barnet att simma)
- varna för risken, sätt upp varningsskyltar
- övervaka (sätt upp alarmutrustning eller håll ett öga på barnet).

Vid flera av dessa skadeförebyggande åtgärder är det naturligt att hälso- och sjukvården medverkar med sina observationer och förslag till åtgärder. Självklart skall hälso- och sjukvården medverka vid räddnings- och återupplivningsåtgärder, som dock inte hör till den förebyggande fasen utan utgör delmoment av omhändertagandet vid redan inträffad skada. Dessa åtgärder skall dock självfallet vara väl förberedda.

7.6 Många vägar att förebygga skador

Arbetet med att befrämja hälsa och förebygga ohälsa karakteriseras av att det sällan handlar om en enda väg utan om insatser på många samtidiga fronter. Detta gäller i särskilt hög grad vid skadeprevention där flera strategier och tekniker samtidigt måste tillämpas under medverkan av många intressenter.

8 Hälso- och sjukvårdens skadeförebyggande insatser – utvecklingsmöjligheter

Mot bakgrund av beskrivningen i föregående avsnitt av omfattningen och fördelningen av skador genom yttre våld diskuteras i detta och följande avsnitt hur förebyggande insatser från hälso- och sjukvården samt andra organ i ett längre perspektiv skulle kunna reducera skador som hälsoproblem. Flera av de åtgärder som diskuteras är inte bara av betydelse i det strikt skadeförebyggande arbetet utan utgör även led i den allmänna utvecklingen av hälso- och sjukvårdens samhälls- och befolkningsinriktade förebyggande arbete.

8.1 Skador – ett omfattande men angripbart hälsoproblem

Redovisningen i de föregående avsnitten visar att skador genom yttre icke uppsåtligt våld är och kommer att förbli ett betydande hälsoproblem i det svenska samhället. De svarar för en stor andel av för tidig död – i vissa yngre åldersgrupper helt dominerande – samt för uppkomst av allvarlig invaliditet. Skadevården tar i anspråk betydande delar av sjukvårdens resurser och medför årliga mångmiljardkostnader för samhället. Viktigast är dock de lidanden som enskilda och deras anhöriga utsätts för i samband med skador. Skador utgör ett problem av folkhälsodimensioner som måste ges hög prioritet i hälso- och sjukvårdspolitiken.

Jämfört med åtskilliga andra folkhälsoproblem – t ex rörelseorganens sjukdomar, cancersjukdomarna samt hjärt-kärlsjukdomar – är kunskapen stor beträffande omständigheterna kring skadornas uppkomst samt bakomliggande orsaksmekanismer. Mycket forskning återstår visserligen för att fördjupa och bredda dessa insikter, men de kunskaper och erfarenheter som finns tillgängliga redan idag utgör en god grund för överväganden om var ytterligare åtgärder mot skador bör sättas in.

Skadevården kommer med all sannolikhet att utvecklas så att olika skadors medicinska och sociala konsekvenser ytterligare kan lindras. Samtidigt måste dock olika möjligheter tas till vara för att förstärka samhällets skadeförebyggande insatser. Ett framtida samhälle där ohälsa till följd av skador är väsentligt mindre vanligt än idag är ett verklighetsförankrat mål.

8.2 Många delar på ansvaret och kan bidra till problemlösningar

Risken att drabbas av en skada finns i praktiskt taget alla miljöer i arbetslivet, i hemmet, i institutioner och i utomhusmiljön under transporter och rekreation etc. Mänskligt felbeteende – medvetet och omedvetet – gör att skaderisker föreligger även i mycket "säkra" miljöer.

Kontrollen av dessa risker, d v s åtgärderna som förhindrar att sådana risker leder till faktisk skada, måste därför åvila många olika centrala, regionala och lokala organ. I praktiken har alla myndigheter och samhällsorgan ett ansvar för åtgärder mot skaderisker, åtminstone i deras interna verksamhet. Denna mångdimensionella ordning innebär samtidigt problem genom försvårad överblick, splittrad och ibland oklar ansvarsfördelning samt svårigheter att finna rätt instans att vända sig till när man vill fästa uppmärksamheten på en skaderisk och föreslå förebyggande åtgärder.

Det övergripande ansvaret för att skadeförebyggande åtgärder vidtas faller på statsmakterna som ett led i samhällets välfärds- och hälsopolitik. En omfattande lagstiftning tar helt eller delvis sikte på att kontrollera skaderisker i samhället. På central och regional nivå är det i regel statliga organ som har ansvaret för bevakning av skaderisker i olika miljöer, för initiering av förebyggande åtgärder samt i många fall också för verkställandet av konkreta skyddsåtgärder. Genom sitt ansvar för forskning och utbildning har staten också det yttersta ansvaret för att skapa kunskaper och kompetens för att förebygga skaderisker.

Fackliga och ideella organisationer har åtagit sig ett betydande skadeförebyggande ansvar bl a genom arbetsmiljöavtal och inrättande av företagshälsovård samt genom att svara för säkerhetsfrämjande nationella kampanjer.

På den lokala nivån är det främst arbetarskyddsorganisationen vid den enskilda arbetsplatsen och en rad kommunala organ men också många privata huvudmän som svarar för de konkreta skadeförebyggande åtgärderna. Även statliga organ, t ex polisväsendet genom trafikövervakning och vägverket när det gäller trafikleder – motverkar skaderisker på lokal och kommunal nivå. Sist men inte minst kan den enskilde genom ett personligt ansvarstagande för sig själv och andra på ett avgörande sätt bidra till att skaderisker i olika sammanhang förebyggs.

Hälso- och sjukvården har sitt huvudansvar för *skadevården*, d v s medicinska insatser efter en inträffad skada som kräver vård – ett i huvudsak odelat ansvar och en klar och odiskutabel identitet. Omhändertagande i samband med olycksfall och andra skador är en av hälso- och sjukvårdens äldsta uppgifter.

Men hälso- och sjukvården har också en gammal tradition att medverka i ohälsoförebyggande arbete, som också omfattar skaderisker. Det gäller t ex verksamheten vid barnavårdscentralerna där man systematiskt är uppmärksam på barns skaderisker. HSL markerar att denna tradition ytterligare bör utvecklas så att hälso- och sjukvårdens medverkan i det ohälsoförebyggande arbetet tas till vara maximalt.

Det betyder emellertid inte att hälso- och sjukvården skall överta det direkta och ekonomiska ansvaret för konkreta skadeförebyggande insatser

från andra ansvariga, förutom patientsäkerhets- och arbetarskyddsansvaret inom de egna institutionerna. Intentionerna i HSL i detta avseende är att hälso- och sjukvården skall sträva efter att ställa sina erfarenheter och kunskaper från omhändertagandet av t ex skadade patienter till andras förfogande samt medverka i kunskapsutveckling och i initiering av olika förebyggande åtgärder.

Det slitna ordet *samverkan* är nödvändigt att aktualisera beträffande det skadeförebyggande arbetet. Många delar på ansvaret och kan bidra till problemlösningar. Därför måste en samverkan etableras eller utvidgas så att alla möjligheter till förebyggande insatser tas till vara.

8.3 Några konkreta exempel

I omhändertagandesituationen möter hälso- och sjukvården hälsoproblemet skador genom yttre våld. Från denna utgångspunkt kan mer eller mindre konkreta förslag utvecklas om hur hälso- och sjukvården i samverkan med andra kan medverka till skadeförebyggande åtgärder. Genom att överföra sina erfarenheter och kunskaper till andra bidrar hälso- och sjukvården också till att dessa bättre kan fullgöra sitt ansvar att förebygga olika former av skaderisker. Hälso- och sjukvårdens roll och möjligheter i det skadeförebyggande arbetet kan belysas med några exempel.

Exemplet handledsfraktur hos äldre kvinna

Under perioder med svår halka är en enkel handledsfraktur (radiusfraktur), med äldre kvinna som typfall, något mycket vardagligt på sjukhusens akutmottagningar samt på primärvårdsenheter med resurser och kompetens att diagnostisera och behandla en sådan skada.

Sedan skadan behandlats – i regel med gipsbandage – och man gjort upp om återbesök-kontroll av läkningsprocessen, är det självklart att hälso- och sjukvården, i samförstånd med patienten, medverkar till att hon får ett socialt stöd under den period hon är handikappad av sin skada och sitt gipsbandage. Det kan handla om att kontrollera att det finns anhöriga som kan rycka in eller om att förmedla en kontakt med socialtjänsten, kanske ett brev där man föreslår ett extra stöd från kommunens hemsamaritorganisation.

Det är också naturligt och etablerat att läkaren i direkt anslutning till det medicinska omhändertagandet försöker utröna om det fanns någon omedelbar medicinsk orsak till att patienten halkade och ådrog sig sin handledsfraktur. Hur är det med hjärtfunktion och blodtryck? Yrselanfall? Synförmåga? En rad sådana medicinska frågor kan aktualiseras och kan leda till att patientens allmänläkare eller annan specialist kopplas in i syfte att minska patientens individuella risk att åter drabbas av samma eller värre skada.

Kan skadan ha samband med höggradig benskörhet hos patienten? Bör man stimulera patienten till att stärka sin motståndskraft genom fysisk aktivitet under trygga former, t ex i ett gymnastikprogram för äldre i hennes bostadsområde? Bör man förmedla kontakt med en organisation som bedriver sådan verksamhet? Bör man ur halksynpunkt rekommendera bättre

fotbeklädnad, halkskydd, promenadkäpp?

Bor patienten så att skaderiskerna utomhus – och kanske även inomhus – är särskilt stora, med besvärliga trappor och backar etc? Finns det anledning att ta upp en diskussion om flyttning till en säkrare bostadsmiljö?

Dessa åtgärder är exempel på förebyggande insatser av sekundärpreventiv natur som hälso- och sjukvården kan göra i det enskilda *patientperspektivet* för att förebygga ytterligare skador hos patienten. Men detta perspektiv kan utvidgas till det mera *samhällsinriktade*, med primärpreventiva insatser. Hur kan man medverka till att även andra än just denna patient löper mindre risk att drabbas av sådana skador?

Genom att registrera det aktuella patientbesöket, diagnosen samt omständigheterna kring skadehändelsen i ett registreringssystem bidrar man till en hälsostatistik som är ett viktigt underlag för mer generella åtgärder mot uppkomsten av olika typer av skador. En ansamling av likartade skadehändelser kan indikera brister i den yttre miljön.

Bör vårdenheten försöka påverka de närmast ansvariga att se efter om skaderiskerna i den aktuella miljön kan minskas genom bättre sandning? Gatukontoret och andra inom kommunen kanske är intresserade av en överläggning för att ta del av vårdenhetens erfarenheter och synpunkter. De får ju aldrig tillfälle att se de skador som orsakas av brister i väghållningen.

Kanske kan vårdenheten hjälpa till med att informera allmänheten inom sitt upptagningsområde om skaderiskerna i samband med svår halka? Kan pensionärsorganisationerna vara intresserade av att enheten ställer upp vid ett informationsmöte? Finns det lokala trafiksäkerhetsorganisationer som kan intresseras för en annons i lokalpressen om förebyggande åtgärder mot halkningsolyckor? Eller kan lokaltidningen erbjudas en intervju om hur hälso- och sjukvården möter en halkolycksfallsepidemi och hur man anser att skaderiskerna skulle kunna minskas?

Har sjukvårdspersonalen någon idé om hur man kan förbättra det individuella skyddet mot halkning utomhus? Är de halkskydd som finns att köpa bra utformade? Vill folk använda dem eller går det att göra skor halksäkrare? Skall personalen inom vårdenheten diskutera detta och kanske delge konsumentverket sina erfarenheter och uppslag till förbättringar? Kanske kan myndigheten ha glädje av det i sina kontakter med tillverkare och importörer. Konsumentverket är ju ett av de centrala samhällsorgan som skall bevaka säkerhetsfrågorna för konsumenternas räkning.

När fantasin får löpa fritt finns det många tänkbara vägar att bidra till skadeförebyggande åtgärder. Självfallet kan alla dessa uppslag inte aktualiseras i samband med varje enskild skadehändelse som hälso- och sjukvården möter. Men i ett längre perspektiv kanske vissa av dessa sekundär- och primärpreventiva uppslag kan förverkligas med hälso- och sjukvården som en av många medverkande.

Exemplet fotbollsskada hos pojke

Under fotbollssäsongen möter primärvården ofta skador hos pojkar av typen fotledsstukning. Många kan vara remitterade från skolhälsovården för en mera ingående medicinsk bedömning.

I regel kan man handlägga skadan inom primärvården genom relativt enkla undersökningar och behandlingsåtgärder som ett elastiskt bandage runt fotleden och rådet att avstå från fotboll under några veckor. Men när man inom primärvården återkommande ser idrottsskador – och särskilt sådana som kan tänkas leda till bestående men, t ex vissa knäledsskador – kan det finnas anledning för personalen att fundera över om man kan bidra till att minska förekomsten av dessa skador, i första hand inom upptagningsområdet.

Med ett sådant underlag som utgångspunkt kan primärvården inbjuda till en diskussion med skolhälsovården, gymnastiklärarna, idrottsföreningarna och kommunens fritidsnämnd. Säkert kommer olika åsikter och bedömningar om dessa skadors betydelse att vägas mot den stora vikt som fotbollslek och annan idrott har ur hälsofrämjande och sociala synpunkter. Men en sådan överläggning kan också leda till en diskussion om hur man skall förena nöje och nytta med en minimering av skaderiskerna. Kanske kan fritidsnämnden verka för bättre fotbollsplaner? Kan man komma bort från hårda underlag som asfalt? Kan man tillhandahålla fotbollsskor och annan utrustning som kan minska skaderiskerna? Kan man inleda säsongen med en stunds information om att fotboll är en lek och inte en kamp på liv och död om att till varje pris segra och med information om vilka skador som är vanliga i samband med amatörfotboll under medverkan av någon av distriktssköterskorna? Det kan också bli ett tillfälle att informera om vilken service vårdcentralen kan ge när en skada trots allt har uppkommit.

Kanske en sådan samverkan mellan olika intressenter inom kommunen kring problemet idrottens skaderisker kan leda till att man uppmärksammar Riksidrottsförbundet på ett eventuellt behov av centralt initierade åtgärder mot vissa skaderisker. I så fall har den enskilda primärvårdsenhetens observationer och initiativ bidragit till att fler av framtidens unga fotbollspelare får utlopp för sitt lek- och motionsbehov utan att drabbas av vissa skador.

Återigen gäller att så omfattande insatser inte kan initieras varje gång man möter ett skadefall inom primärvården. Men av och till bör man på sikt kunna arbeta också på detta sätt i utvecklingen av hälso- och sjukvårdens förebyggande roll.

Exemplet lårbenshalsfraktur

Årligen inträffar ca 15 000 lårbenshalsfrakturer som kräver ca 375 000 vårddagar vid sjukhus för operativa ingrepp och annan vård. Den dominerande patientgruppen är äldre kvinnor. Ca 1 100 personer avlider årligen med lårbenshalsfraktur som underliggande dödsorsak.

Inom hälso- och sjukvården är det i första hand sjukhusens allmänkirurgiska och ortopediska kliniker som i det akuta skedet (frånsett ambulanssjukvården) möter patienter med lårbenshalsfraktur. Primärvården ser i regel inte alls denna skadetyp i akutskedet, men i desto högre grad i rehabiliterings- och omsorgsskedet.

Under sjukhusvården påbörjas den individuella rehabiliteringen samt den sociala anpassningen till den funktionella nivå patienten har. Men vad kan hälso- och sjukvården därutöver göra för att förebygga denna skadetyp?

Genom att noggrant registrera varje skadefall tillförs den regionala och nationella hälsostatistiken information som sammantagen bl a kan bli en utgångspunkt för olika typer av skadeförebyggande åtgärder – vid sidan av dess betydelse som vårdplaneringsunderlag. För närvarande har dock detta klassifikationssystem – ICD – vissa brister ur skadepreventiv synpunkt. Därför är det en viktig uppgift för centrala myndigheter – främst socialstyrelsen – att utveckla registreringssystem och kriterier för olika skador så att de anpassas till det aktuella skadepanoramat. Samtidigt måste hänsyn tas till anpassningen till internationella klassifikationssystem.

Lårbenshalsfrakturer är så vanliga att man redan vid en enskild klinik under en begränsad period får ett patientmaterial som lämpar sig för epidemiologisk analys, d v s en närmare granskning av under vilka omständigheter skadorna uppkommit som kan klarlägga en del av skadornas uppkomstmekanismer. Sådana projekt ligger väl till för ett samarbete med landstingets samhällsmedicinska enhet och kan också initieras därifrån. Resultaten av sådana analyser kan i skilda former föras ut till olika intressenter. De kan publiceras nationellt och internationellt och därigenom påverka t ex boende- och trafikplaneringen i stort om de visar att brister i utformningen av bostäder och trafikmiljö haft betydelse för uppkomsten av dessa skador. Men det är också angeläget att man inom det egna landstinget, där man har ett särskilt hälso- och sjukvårdsansvar för befolkningen, så aktivt som möjligt för ut sina erfarenheter och kunskaper från skadevård och epidemiologiska analyser. Denna information kan förmedlas genom primärvården som i allmänhet har etablerade kontakter med kommunens socialtjänst, ansvariga för trafikmiljön samt andra med åtgärdsansvar för att påverka dem att på olika sätt minska skaderiskerna i t ex boende- och trafikmiljön.

Distriktssköterskor kan utnyttja underlaget inom hemsjukvården i samverkan med hemsamariter och andra inom den kommunala äldreomsorgen. Man kan också erbjuda Kommunförbundets länsavdelning och andra som bedriver fortbildningsverksamhet att medverka i kurser om hur socialtjänsten kan utveckla sina insatser så att skaderisker motverkas vid sociala institutioner och bostäder för äldre.

Hos de sjukhusenheter som mest möter de svåra skadetyperna ligger tyngdpunkten när det gäller möjligheterna att medverka till skadeförebyggande verksamhet inom forskningen. Forskningen vid främst de universitetsanknutna skadeomhändertagande sjukhusenheterna har sedan lång tid bidragit med avgörande underlag för skadeförebyggande åtgärder i trafik-, arbets- samt hem- och fritidsmiljöerna. Den biomekaniska forskningen har varit grundläggande för utformningen av den yttre och inre säkerheten i fordon samt för skyddshjälmar och säkerhetsbälten. Den epidemiologiska analysen av skadefall har pekat på vilka miljökomponenter som är viktiga att påverka för att hålla tillbaka skaderisker och har övertygande visat på de faktiska skyddseffekterna av genomförda åtgärder.

Staten svarar för basresurserna till denna skadeförebyggande forskning genom anslag via UHÄ, LUA-avtal med sjukvårdshuvudmännen etc. Staten svarar också för projektmedel genom forskningsråd och sektorsforskningsorgan som arbetarskyddsfonden, även om enskilda fonder, bilfabrikanter och andra producenter också har anledning att bidra till finansieringen.

Sådan forskning kan och bör inte ensidigt styras och genomdrivas centralt. Den måste också till stor del initieras och genomföras inom den hälso- och sjukvård som direkt möter problemen i form av skadade patienter. En viktig mekanism i kunskapsutvecklingen när det gäller underlag för skadeförebyggande åtgärder är observationer och engagemang hos hälso- och sjukvårdens personal. Den som inom hälso- och sjukvården möter lårbenshalsfrakturer och dess konsekvenser har ett incitament för att söka klarlägga vilka biologiska faktorer, t ex inom åldrandeprocessen, som utgör riskfaktorer för denna skadetyp. I regel handlar det då om mer generella humanbiologiska frågeställningar på grundforskningsnivå eller frågeställningar som involverar flera medicinska discipliner. För att nå fram till praktiskt användbara kunskaper krävs då ett tvärvetenskapligt samarbete. Forskningen kring sambanden mellan kalktillförsel, hormonbalans och skelettets hållfasthet är ett exempel.

Exemplet dödsolycka med vattenrutschbana

Till en vårdenhet kommer ett svårt skadat, medvetslöst barn. Livräddande åtgärder är förgäves och barnet dör på mottagningen. De medföljande rapporterar att barnet lekt i en nyinstallerad rutschbana på en av de kommunala badplatserna varvid mycket allvarliga skall- och halsskador uppkommit.

Säkerligen kommer massmedia att uppmärksamma en så tragisk dödsolycka och ställa krav på att åtgärder omedelbart vidtas så att något sådant aldrig mer kan inträffa. Men det är också angeläget att hälso- och sjukvården tar initiativ till att man undersöker om skadan berott på t ex olämplig konstruktion eller på brister i instruktion och övervakning. En rättsmedicinsk obduktion kan ge viktig information om hur skadan uppkommit. Kanske bör hälso- och sjukvården polisanmäla olycksfallet om man inte utan vidare kan utfärda ett dödsbevis. Kanske bör man skriva till kommunens fritidsförvaltning och meddela sin uppfattning om vad som kan göras för att förebygga ytterligare allvarliga skador vid denna och andra badanläggningar i kommunen.

Men kanske finns det åtskilliga sådana rutschbanor på olika platser i landet med samma skaderisker, där man inte blivit uppmärksammad på det inträffade. Därför måste de inom hälso- och sjukvården som observerar en allvarlig och ovanlig skada ta kontakt med det eller de centrala organ som har möjligheter att initiera och vidta mer generella förebyggande åtgärder. I det här fallet torde konsumentverket och barnmiljörådet bli mycket tacksamma för en kort rapport som underlag för att närmare undersöka de skaderisker som denna typ av lekredskap kan innebära.

När det gäller allvarliga och ovanliga skadetyper är det idag ganska självklart att man inom hälso- och sjukvården omgående vidtar dessa åtgärder. Men också mindre allvarliga skador som kan hänföras till nya redskap och produkter bör uppmärksammas, så att de som i högre grad än hälso- och sjukvården har möjlighet att genomdriva skadeförebyggande åtgärder kan göra detta på tidigast möjliga stadium.

All erfarenhet visar att hälso- och sjukvårdens, och då ytterst den enskilde

anställdes, observationer och initiativ är mycket viktiga för att få igång arbete som leder till effektiva skadeförebyggande insatser. Även när det formella ansvaret inte vilar på hälso- och sjukvården är det ändå inom denna sektor som man på ett koncentrerat sätt möter svåra och lättare skadetyper och med denna utgångspunkt kan initiera att skaderisker uppmärksammas och åtgärdas. Den som har det formella ansvaret måste få underlag och påminnelser för att kunna verkställa sin del av skaderiskbekämpningen.

Speciella typer av skador

Flertalet skaderisker inom t ex hem-, skol- och fritidsmiljöerna är geografiskt och befolkningsmässigt ganska jämnt fördelade i landet. Inom hälso- och sjukvården möter man dem därför på ett likartat sätt och har ungefär samma utgångspunkter för att agera med skadeförebyggande insatser. Men det finns också skaderisker som förekommer mera lokalt och som därför endast vissa speciella hälso- och sjukvårdsenheter får en mera omfattande erfarenhet av. Det gäller t ex kollisioner med vilt, skador genom snöskoterolyckor och skador vid utförsåkning. Självklart försöker man vid de sjukhuskliniker som möter sådana skadefall och specifika skaderisker att systematiskt sammanställa sina erfarenheter och i förekommande fall slå larm så att de kan leda till skadeförebyggande åtgärder både på ett individualpreventivt och ett samhälleligt plan.

8.4 Hälso- och sjukvårdens roll i det skadeförebyggande arbetet

Hälso- och sjukvårdens befogenheter och möjligheter att på egen hand direkt och konkret angripa skaderisker utanför den egna sektorn är relativt begränsade. Därtill kommer att tid och andra resurser samt möjligen även kompetensen för närvarande inte räcker till för en mer väsentlig ökning av hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser.

Individuell hälsoupplysning i anslutning till ett inträffat skadefall och inom barnhälsovården och distriktssköterskornas hembesöksverksamhet är etablerade former för hälso- och sjukvården att på det individinriktade planet motverka skaderisker. På det befolknings- och samhällsinriktade planet har dock hälso- och sjukvården hittills huvudsakligen verkat genom forskning vid den högskoleanknutna sjukhusverksamheten samt punktvis inom övriga delar av hälso- och sjukvården.

Utgångspunkten för en ytterligare utveckling av hälso- och sjukvårdens skadeförebyggande verksamhet är att man inom primärvården och sjukhusvården *observerar* en stor del av de skadefall som kräver professionella vårdinsatser samt *registrerar* dessa observationer i ett hälsostatistiskt system så att detta ger en bild av förekomsten av och omständigheterna kring olika skadetyper. Helst bör denna registrering tillgå så att statistiken kan användas såväl lokalt och regionalt som i det centralt bedrivna hälsoarbetet.

Genom den löpande registreringen och rapporteringen av diagnoser m m tillhandahåller hälso- och sjukvårdssystemet ett ytterst viktigt statistiskt underlag för planering och utvärdering av bl a skadeförebyggande insatser. För mycket vanliga skadetyper kan observationer och registrering i den löpande sjukvården inom ett primärvårdsområde utgöra tillräcklig grund för analyser av vilka skaderisker och skademekanismer som finns inom upptagningsområdet. En mera inträngande analys kan dock kräva en mer heltäckande registrering under en period tillsammans med andra enheter inom upptagningsområdet som möter skadefall, t ex skolhälsovården och företagshälsovården. En *samverkan* är då nödvändig varvid det är naturligt att denna initieras från primärvårdens sida. Detta arbete kan kräva metodologiskt stöd från en samhällsmedicinsk funktion eller annan kompetens inom landstinget; vid denna typ av samverkan över primärvårdens distriktsgränser eller andra administrativa gränser är det naturligt att landstingets samhällsmedicinska enhet samordnar registrering och analys eller initierar och driver projektet.

Sådana lokala sammanställningar och analyser skapar förutsättningar för att *agera* och *påverka* lokala, regionala och centrala instanser som mer konkret kan undanröja eller begränsa skaderisker. Som exemplen illustrerar i det föregående avsnittet kan det dock handla om en samverkan med många olika intressenter – något som kan upplevas som försvårande och betungande.

För primärvårdens del gäller samverkan dels andra delar av hälso- och sjukvården, t ex företags- och skolhälsovården, dels instanser i primärkommunen t ex socialtjänsten, fritidsnämnden, trafiknämnden samt miljö- och hälsoskyddsnämnden, dels ideella organisationer och intresseorganisationer. Någon enkel standardmodell för denna samverkan finns inte. Primärvårdens täckning är för närvarande mycket varierande när man jämför storstadsområden med glesbygdsområden. Samverkansmönstret får anpassas till lokala omständigheter samt de skaderisker man vill påverka.

Primärvårdens skadeförebyggande insatser inriktas i första hand på lokala förhållandena samt på medverkan till lokala åtgärder inom upptagningsområdet. De samhällsmedicinska enheternas insatser sker främst på landstingsnivå – länsnivån med t ex yrkesinspektionen, länsstyrelse och olika trafikhållare som samverkansparter. Men undersökningar som initierats av en enskild primärvårdsenhet eller en samhällsmedicinsk enhet skall också kunna nyttiggöras mer generellt i samhället. Kontakter med sektoransvariga centrala organ är därför väsentliga.

Hälso- och sjukvårdens systematiska observationer och registreringar av skadefall går hand i hand med forskningen kring skadors förekomst, konsekvenser och uppkomstmekanismer. Inom den högskoleanknutna hälso- och sjukvården samt viss annan sjukhusbaserad hälso- och sjukvård bedrivs sedan länge sådan forskning liksom experimentell (t ex biomekanisk) forskning med skadeförebyggande syfte. I denna rapports perspektiv är det rimligt att man också mer generellt inom de samhällsmedicinska enheterna samt primärvården utvecklar en epidemiologiskt präglad olycksfallsforskning som finansieras med statliga och andra forskningsmedel.

Sammanfattningsvis är hälso- och sjukvårdens roll och möjligheter i det skadeförebyggande arbetet

- att genom medicinsk utredning, medicinska åtgärder och hälsoupplysning samt genom att initiera miljöförbättrande åtgärder i anslutning till ett inträffat skadefall medverka till individual- och sekundärpreventiva insatser
- att i samband med hälsokontroller och annan hälsoövervakning identifiera individuella skaderisker, t ex nedsatt syn och hörsel, och söka behandla dessa
- att medverka till mer generella och primärpreventiva skadeförebyggande insatser genom
- att slå larm till lokala, regionala och centrala myndigheter när man möter hittills okända eller nya skaderisker, särskilt sådana som leder till svåra skador
- att registrera inträffade skadefall så att den regionala och nationella hälsostatistiken utvecklas till ett bra underlag för att följa skadeutvecklingen och vidta skadeförebyggande åtgärder i samhället
- att i samverkan med andra vårdgivare genomföra egna lokala kartläggningar av skadeförekomsten på primärvårdsområdes-, kommun- eller landstingsnivå
- att använda sådana kartläggningar som underlag för hälsoupplysning till t ex föräldrar och barn samt för samverkan med kommunala och statliga organ m fl som kan genomföra konkreta skadeförebyggande åtgärder.
- att bedriva forskning om skadors förekomst, konsekvenser och uppkomstmekanismer som underlag för utvecklingen av generella skadeförebyggande åtgärder.

Dessa möjligheter och uppgifter representerar ingenting nytt. I viss utsträckning har hälso- och sjukvården sedan länge arbetat på detta sätt. Intentionerna i HSL är emellertid att detta arbetssätt skall utvecklas ytterligare, framför allt inom primärvården. Det är realistiskt att anta att detta arbetssätt blir mer generellt genomfört under perioden 1990 – 2000. En grundläggande förutsättning för att dessa intentioner skall kunna förverkligas är att man inom hälso- och sjukvården strävar efter att i största möjliga utsträckning medverka till ohälsoförebyggande åtgärder vid sidan av den mer specifika vårdgivande rollen. Kompetensen att arbeta på detta sätt behöver stärkas genom utbildning. Resurser behöver tillföras, genom reella tillskott eller omdisponeringar inom befintliga ramar. Tyngdpunkten i utvecklingen bör ligga inom primärvårdsorganisationen samt landstingens samhällsmedicinska funktion.

9 Åtgärder för att stödja den allmänna utvecklingen av det skadeförebyggande arbetet

Skaderisker förekommer i alla miljöer och delar av samhället. Därför måste många direkt och indirekt medverka till att riskerna minskas eller elimineras utan att ansvarsförhållandena för den skull blir oklara. Denna rapport har hittills bl a belyst hur hälso- och sjukvården på sikt skulle kunna utveckla sin roll och sina insatser i skadepreventionen. I detta avsnitt anges några mer allmänna åtgärder som kan övervägas för att stödja utvecklingen av det skadeförebyggande arbetet Avsikten är dock inte att ange konkreta skyddsåtgärder mot skador inom specifika områden som t ex arbetarskyddet och trafiksäkerhetsområdet. Sådana förslag kräver en teknisk kompetens och nytto-risk-kostnadsavvägningar som ligger utanför hälso- och sjukvårdens kompetensområde.

9.1 Åtgärder inom hem-, skol- och fritidsmiljön

Bakgrund

Fortsatta skadeförebyggande åtgärder kan inom flera samhällssektorer ytterligare minska skadors förekomst och hälsomässiga konsekvenser. Inom t ex det trafikpolitiska området innebär kollektiva trafiksystem väsentligt lägre skaderisker än privatbilismen. Fortsatt höjning av vägstandarden, bättre yttre och inre säkerhet i fordonen, bilbältesplikt även för baksätespassagerare, obligatoriska barnsäten samt halkvarningssystem är andra exempel på åtgärder som skulle bidra till att ytterligare reducera förekomsten av många allvarliga skadetyper. När det gäller arbetslivets skador (förutom transportsektorn), är det angeläget att koncentrera insatserna till högriskbranscher och högriskyrken.

Hem-, skol- och fritidsmiljön – HSF-området – är kanske det osäkraste området för den framtida skadepreventionen och det som främst bör utvecklas. Olycksfallsskador inom HSF-området svarar för ca 75 procent av de skadefall som kommer i kontakt med sjukvården vilket kan jämföras med arbetsskadornas knappt 20 procent och trafikskadornas ca 5 procent inklusive cykelolyckor på allmän väg.

Årligen omkommer drygt 2 000 personer genom olycksfallsskador inom HSF-området, 1 000 i trafiken och 200 genom arbetsskador. Arbets- och trafikskador med dödlig utgång har hittills visat en nedåtgående tendens medan HSF-skadorna snarast visar en viss ökningstendens. Risken att

omkomma i förhållande till antalet timmar i de olika miljöerna är 0,7 dödsfall per milj timmar i trafiken, 0,03 dödsfall per milj timmar på arbetsplatsen samt 0,05 dödsfall per milj timmar aktiv tid i HSF-miljö.

Medicinskt är trafikskadorna i genomsnitt allvarligare än andra skadetyper. Inom arbetslivet finns ett enhetligt system för skaderegistrering samt för skyddsorganisationen. Inom HSF-området saknas emellertid sådana enhetliga system både för registrering av skador och i syfte att systematiskt förebygga skaderisker

HSF-olycksfallsskador drabbar befolkningen som privatpersoner, såvida de inte är trafikanter. Gränsdragningen mot arbetsskador är ganska klar frånsett egenföretagarnas arbetsskador, som kan vara svåra att klassificera. Gränsdragningen mot trafikskador betingas av det administrativa begreppet "väg eller område för allmän trafik". Olyckor inom privata områden, t ex cykelolyckor inom samfällighetsområden skall alltså inte klassificeras som trafikolyckor. Ur åtgärdssynpunkt är denna gränsdragning olycklig då den ofta leder till att gångtrafikanter som skadas på gata eller väg liksom cykelolyckor blir gränsfall mellan trafikskador och HSF-skador. En klarare avgränsning vid registrering skulle underlätta val och prioriteringar av skadeförebyggande åtgärder. Till en del kan dock dessa problem komma att avhjälpas som resultat av ett nordiskt samarbete, där man söker förbättra klassificeringen av olyckor. Målsättningen är att finna ett kodsystem som passar alla typer av olyckor.

Skador inom HSF-området registreras endast sporadiskt. I motsats till arbets- och trafikskadeområdena saknas t ex ett enhetligt försäkringssystem som motiverar att man anmäler och registrerar sådana skador, liksom det inte finns någon särskild central myndighet med ansvar för en sådan registrering. I den mån skadorna leder till kontakt med sjukvården finns dock i framtiden goda möjligheter att få en fungerande registrering.

Konsumentverkets roll

Konsumentverket är den myndighet som mest systematiskt bevakar skaderiskerna inom HSF-området. Verksamheten är i huvudsak produktinriktad med tonvikten lagd på att stärka konsumenternas situation gentemot producenter och marknadsförare. Inom verket bedrivs ett produktsäkerhetsarbete, där begreppet produkt har en vidare mening och inkluderar såväl bostäder som anläggningar och områden för sport och annan fritidsverksamhet. I detta arbete samarbetar verket med andra myndigheter, ideella organisationer och näringslivet.

Underlag för konsumentverkets skadeförebyggande åtgärder är dels anmälningar av enstaka skadehändelser och skaderisker, dels systematiska undersökningar av förekomsten av vissa produktrelaterade skadetyper. Anmälningar om skaderisker, tillbud och inträffade skador kommer från enskilda personer samt från t ex kommunala konsumentsekreterare och personal inom hälso- och sjukvården som uppmärksammat en skaderisk. Systematiska kartläggningar med mätning av skadefrekvensen under en viss period och inom vissa län har gjorts beträffande t ex produkter som knivar, motorgräsklippare och hushållskemikalier samt aktiviteter som ridning, utförsskidåkning och skridskoåkning.

När det gäller produkter kan konsumentverket vidta skadeförebyggande åtgärder med stöd av marknadsföringslagen. Åtgärderna kan vara krav på bättre marknadsföring och information, förbättring av produkten eller förbud mot försäljning av produkten till konsument. I varje fall utarbetas riktlinjer för produkters säkerhet i samråd med näringslivet. Dessa riktlinjer tjänar dels som styrmedel genom att de hjälper producenterna att redan i tillverkningsskedet beakta säkerhetsaspekterna, dels som vägledning för marknadsdomstolen vid bedömning av om ett försäljningsförbud skall utfärdas.

Om en produkt är behäftad med sådana skaderisker att den bör förbjudas ankommer det på konsumentverket att vid bedömningen visa detta. Eftersom en systematisk skadestatistik sällan finns som underlag vid sådana tillfällen anlitar man ofta medicinsk sakkunskap vid bedömningen. De medicinska bedömningarna och erfarenheterna väger därvid mycket tungt vid marknadsdomstolens avgöranden.

Bedömningen av skaderisker inom HSF-området

När man skall ta ställning till hur långt man kan och bör gå i kraven på att begränsa en viss skaderisk utgår man antingen från analyser av enstaka olyckshändelser eller olyckstillbud samt försöker generalisera dess konsekvenser eller om möjligt från systematiska och statistiskt hållbara skadeundersökningar. Oavsett utgångspunkt görs en samlad riskanalys och riskbedömning där de praktiska och ekonomiska möjligheterna att genomdriva skadeförebyggande åtgärder slutligen blir avgörande, en samlad nytto-risk-kostnadsavvägning.

Generaliseringar från enstaka händelser och tillbud är i praktiken den vanligaste utgångspunkten för beslut om skadeförebyggande åtgärder. Ett exempel inom HSF-sektorn är en inträffad dödsolycka genom strypning i räcket till en rutschbana. Sådana rutschbanor fanns i många lekparker och risken för upprepning var uppenbar. Konsumentverket kunde via TV och press få ut information om denna skaderisk, men ytterligare motåtgärder var denna gång inte möjliga och det splittrade lokala ansvaret gjorde det svårt att nå ut med informationen samt att följa upp effekterna av dessa.

Systematiska skadeundersökningar utgör ett bättre underlag för att initiera skadeförebyggande åtgärder. Genom de administrativa indelningarna i olika skadeområden kan dock sådana undersökningar bli vilseledande. Barnolyckor kan t ex lätt registreras så att den mest utsatta åldersgruppen – mopedåldern – försvinner under beteckningen vuxna varför de åtgärder som föreslås kanske inte blir relevanta för denna grupp. Inom ett bostadsområde kan parkeringsplatser klassas som antingen "bostadsområde" eller "trafikområde". Barnolycksfall som inträffar på sådana parkeringsplatser leder emellertid lättare till motåtgärder om de betraktas som boendemiljöproblem än som trafikmiljöproblem. I trafiken finns ju redan skyldigheten att hålla barn under uppsikt, varför ytterligare skyddsåtgärder inte kan motiveras.

Riskvärdering

De ovan nämnda utgångspunkterna – identifiering och kvantitativ bestämning av skaderisken – är de första momenten i den samlade riskhanteringen. Därefter kommer riskvärderingen, då man tar ställning till vilken risknivå som kan accepteras. Detta är en politisk fråga där verksamhetens eller produktens nyttoaspekter samt dessas fördelning på olika nyttjare skall vägas mot riskerna för dem som utsätts för dessa samt slutligen storleken och fördelningen av de kostnader som krävs för olika skadeförhindrande åtgärder. Därefter genomförs riskbehandlingen då risken reduceras eller elimineras genom t ex ett förbud. Slutligen bör en riskuppföljning göras så att effekterna av riskbehandlingen kan avläsas.

Den skaderisk som skall riskvärderas kan gälla ett produktfel som lätt kan åtgärdas till mycket blygsamma kostnader eller brister i informationen, så att produkten används fel, vilka lätt kan rättas till med en klarare instruktion. Skaderisker som drabbar särskilt utsatta grupper, t ex småbarn som inte själva kan skydda sig, är svårare att acceptera än risker för dem som lättare kan skydda sig. Självfallet är skaderisker för dödlig eller invalidiserande utgång svårare att acceptera än lindriga och övergående skaderisker. Lömska skador – d v s sådana som man måste ha speciell kunskap för att skydda sig mot – t ex lösningsmedel, är också mindre acceptabla.

Bedömningen av vilken acceptansnivå som gäller i samhället för en viss skaderisk är det svåraste momentet i riskvärderingen. Skadeförebyggande åtgärder kan vara svåra att genomföra för produkter och aktiviteter som har hög acceptansnivå, t ex många sportaktiviteter. För nya aktiviteter kan det vara lättare att få skadeförebyggande åtgärder accepterade. Rullbrädesåkningen kunde regleras med åldersbegränsning och krav på skyddsutrustning, och krav restes t o m på totalförbud trots att flera undersökningar visat att rullbrädesåkning var klart mindre riskabel än åtskilliga redan etablerade sporter.

Om man observerar en skada eller ett tillbud och samtidigt ser goda möjligheter till förebyggande åtgärder till rimliga kostnader eller andra uppoffringar behövs i allmänhet inga ytterligare argument för att få skyddsåtgärderna genomförda. Inom HSF-området råder dock ofta oklarhet om vem som skall beordra och genomföra åtgärderna, eftersom ansvarsförhållandena inom detta område ofta är oklara eller splittrade. Inom arbetsmiljö- och transportsektorerna är ansvarsförhållandena i regel klarare och åtgärderna därför lättare att genomföra.

Inom HSF-området finns många exempel på skador och tillbud som inte lett till åtgärder förrän dödsfall inträffat. Många gånger har förebyggande åtgärder inte vidtagits på grund av oklarhet om vem som bör vara mottagare av informationen, vem som skall förmedla den till rätt lokal eller central instans samt vem som har ansvar för att åtgärder vidtas och får den avsedda effekten. Hela området präglas av provisoriska lösningar från fall till fall utan en systematisk ansats.

Beträffande skadeförebyggande åtgärder på längre sikt eller av mera komplicerat tekniskt slag kan större kunskapsunderlag och arbetsinsatser krävas än som är tillgängligt på lokal nivå. Möjligheterna till skyddsåtgärder måste då utredas på central nivå varefter det ofta blir en lokal bedömnings-

fråga om man har de tekniska och ekonomiska möjligheterna att genomföra åtgärdsförslagen.

Vissa skaderisker är i praktiken inte möjliga att helt åtgärda. Hindren kan vara av teknisk, ekonomisk eller politisk men också av biologisk natur, t ex åldersrelaterade förändringar som leder till falltendens eller till benskörhet som även vid en enkel halkning kan leda till svåra medicinska konsekvenser. Det är dock angeläget att även sådana skaderisker så långt som möjligt motverkas genom medicinska och sociala insatser.

Förslag om lokalt myndighetsansvar för miljö- och hälsoskyddsnämnden för skadeförebyggande åtgärder

Ett problem när det gäller HSF-området är att ingen lokal myndighet har en samlad bild av förekomsten av skaderisker. En rimlig målsättning är att skaderiskerna inom HSF-området behandlas lika effektivt och enhetligt som arbetsskador.

Det finns ett samband mellan HSF-skador och funktioner, aktiviteter samt miljöer där primärkommunen har den lokala tillsynen: övervakning av boendemiljö, fritidsaktiviteter och skola. Därför är det naturligt att en primärkommunal instans tar ansvaret för samordning och koncentration av åtgärder mot HSF-skaderisker.

Enligt hälsoskyddslagens 4 § skall kommunens miljö- och hälsoskyddsnämnd (MHN) följa utvecklingen inom kommunen i miljö- och hälsoskyddshänseende och därvid utarbeta de förslag som är påkallade, medverka i planering där miljö- och hälsoskyddsfrågor berörs, samarbeta med myndigheter, organisationer och enskilda vilkas verksamhet berör miljö- och hälsoskyddsområdet samt lämna råd och upplysningar till allmänheten i frågor som berör nämndens ansvarsområde. I sin tillsyn skall nämnden ägna särskild uppmärksamhet åt byggnader och anläggningar som omfattar bostäder, lokaler för undervisning och vård, samlingslokaler, idrottsanläggningar, strandbad m m. MHN skall meddela förelägganden och förbud som behövs för att hälsoskyddslagstiftningen skall efterlevas.

Med hälsoskydd avser hälsoskyddslagen åtgärder för att hindra uppkomsten av sanitära olägenheter samt för att undanröja sådana olägenheter. Med sanitär olägenhet avses en störning som kan vara skadlig för människors hälsa och som inte är att betrakta som ringa eller helt tillfällig. Definitionen innefattar inte entydigt konventionella olycksfallsrisker, men i praktiken beaktade de förutvarande hälsovårdsnämnderna i sin övervakning av t ex bostadshygienen inom kommunen också olycksfallsrisker som bristande belysning i trapphus, halkningsrisker och annat som utgör hälsorisker i boendemiljön. En viss utvidgning av innebörden av begreppet sanitär olägenhet är dock nödvändig om MHN skall få ett tydligt ansvar för den allmänna kontrollen av skaderisker inom kommunen.

Redan idag svarar MHN i regel för den kommunala arbetarskyddstillsynen av mindre arbetsplatser. Från detta arbete har man erfarenheter beträffande konventionella skaderisker. Nämndens tillsyn enligt lagen om hälso- och miljöfarliga varor tar också sikte på kemiska hälsorisker genom förgiftning. MHN har således redan en viss tradition och identitet att bygga på när det gäller åtgärder mot skaderisker.

Avgränsningen av MHN:s ansvar och befogenheter gentemot andra kommunala myndigheter och organ är ibland svår att göra. Detta gäller särskilt byggnadsnämndens ansvarsområde som i hög grad berör HSF-skaderisker. Principen är att byggnadsnämnden med stöd av byggnadslagstiftningen och planverkets detaljerade byggnormer svarar för kraven i samband med byggnadsplaner, nybyggnad och ombyggnad medan MHN:s befogenheter gäller hälsoskyddsproblem som uppkommer vid användning av byggnader och utomhusområden.

MHN bör inom kommunen tilldelas ansvaret för att bevaka skaderisker inom HSF-området och med stöd av hälsoskyddslagen ges befogenhet att genomdriva behövliga skadeförebyggande åtgärder. En viktig uppgift bör vara att ta emot anmälningar om skaderisker och skadehändelser från allmänheten, primärvård och övrig hälso- och sjukvård samt från andra organ inom kommunen och förmedla dessa anmälningar till centrala organ som kan vidta generella åtgärder . MHN bör samverka med primärvård och övrig hälso- och sjukvård beträffande skadeförebyggande åtgärder på kommunal nivå, t ex kartläggningar och uppföljningar av skaderisker och skadehändelser. Nämnden bör genomföra systematiska skaderiskinspektioner ("skyddsronder") inom kommunen samt i samverkan med t ex kommunens konsumentsekreterare svara för information till allmänheten om skaderisker i boende- och fritidsmiljön.

Huvuddelen av personalen vid miljö- och hälsoskyddsnämnderna är hälsovårdsinspektörer vilkas utbildning är förlagd till en särskild treårig utbildningslinje vid Umeå universitet. Vid en vidgning av nämndens ansvar för skadeförebyggande åtgärder måste inslaget av skadeprevention utökas i denna utbildning. Övergångsvis måste då särskilda fortbildningsinsatser genomföras.

Förslag om urvalsbaserat statistiksystem för HSF-området

Ett åtgärdssystem för förebyggande av olycksfall förutsätter en uppfångande, en utredande och en verkställande del. Kommunikationerna mellan dessa delar måste vara snabba och klara.

Den uppfångande delen svarar för registrering av skador och tillbud samt av betydelsefulla omständigheter kring dessas uppkomst. Den skaderegistrerande funktionen måste åvila hälso- och sjukvården med tyngdpunkt inom primärvården. En tillbudsregistrerande funktion kan antingen ligga på primärvården eller på något lämpligt kommunalt organ, t ex hälsoskyddsnämnden (MHN).

Beträffande lokala skaderisker bör den utredande delen ligga på MHN. Snabba och direkta förbindelser mellan primärvårdsorganen och MHN samt mellan MHN och andra källor för information om tillbud och skador är väsentliga.

Exempel på lokala åtgärder genom detta system är anordnande av säkrare skolväg sedan cykelolyckor rapporterats eller uppsättande av skyddsräcke vid ett dike sedan tillbud rapporterats. När det gäller risker och åtgärder av mer generell karaktär är emellertid det lokala underlaget oftast för knapphändigt. Ett större beslutsunderlag kan behövas, varför såväl skaderegistrering som tillbudsregistrering därutöver bör systematiseras och

förmedlas till lämplig central instans för en mer omfattande bearbetning. Uppgifter ur detta register kan sedan ligga till grund för en central myndighets åtgärder. Dessa kan vara av två slag

- Generella föreskrifter om t ex förbättring av en produkt, bättre information eller restriktioner vid marknadsföring. Myndigheter kan också föreslå ändring i kungörelser eller föreskrifter av juridiskt bindande karaktär.
- Allmänna råd som vägledning för lokala organ att finna lämpliga sätt att minska en skaderisk. Det ankommer sedan på dessa organ att finna tekniska och ekonomiska resurser för att genomföra åtgärderna. Mottagare av den centrala myndighetens råd och anvisningar bör vara MHN som sedan skall vidarebefordra informationen till rätt instans såvida nämnden inte själv kan genomföra förslagen.

Statistik över skador och tillbud

Sverige saknar idag en samlad allmän skadestatistik som underlag för samhällets åtgärder. Flera andra industriländer ligger i det fallet före Sverige: USA har sedan tio år tillbaka det s k Neiss-systemet i vilket produktanknutna olycksfallsskador registreras vid ett urval av sjukhus och via datasystem koordineras centralt till National Commission on Product Safety. Dessutom finns en "hot-line" som direkt rapporterar intressant information till kommissionen för eventuella åtgärder. I England finns sedan sex år det s k HASS-systemet med 20 inrapporterande sjukhus enligt ett rullande system. Ett japanskt olycksfallsregistreringssystem bygger på nio sjukhus. Också i Nederländerna, Kanada och Tjeckoslovakien finns olika former av nationella registreringar av olycksfallsskador. Inom EG finns sedan 1982 ett skaderapporteringssystem med ett fastställt antal skaderapporter för analys från varje deltagande land. Norge och Danmark liksom Frankrike har långt framskridna planer på skaderapporteringssystem baserade på nationella erfarenheter av begränsade försöksprojekt.

1976–1977 bedrevs inom Norden ett gemensamt pilotprojekt för skaderapportering och ett detaljerat förslag till en gemensam nordisk olycksfallsrapportering har diskuterats i Nordiska ministerrådet.

Sverige bedriver – förutom deltagandet i det nordiska projektet – två försöksprojekt med allmän skaderegistrering: Falköpingsprojektet, där alla olycksfall i hemmen, trafiken och på arbetsplatserna sedan 1978 registreras vid Falköpings sjukhus, samt konsumentverkets sedan 1982 pågående projekt "Öka säkerheten", en stickprovsmodell där olycksfallsskador av alla slag registreras såväl inom primärvård som vid sjukhus och som avser att i slutändan ha omfattat alla landsting och alla årstider.

Behovet av att registrera olycksfallsskador och deras uppkomst på ett sätt som ger ett bra underlag för skadeförebyggande åtgärder har uttalats i många sammanhang. WHO och OECD har till sina medlemsländer utfärdat uttryckliga rekommendationer att upprätta sådana system. Inom Norden pågår arbete med att utveckla sådana system och att bl a samordna kodningen så att ett utbyte av uppgifter kan ske mellan länderna. I Sverige har behovet av ett skaderapporteringssystem framhävts av barnolycksfalls-

utredningen 1979, i en skrivelse från SCB och konsumentverket till regeringen 1978 samt senast av riktlinjekommitten inom finansdepartementet 1983.

Ett centralt system som skall tillgodose olika myndigheters behov av adekvat information om olycksfallsskador bör som utgångspunkt bl a ha tidigare såväl utländska som svenska erfarenheter. En kombination av Falköpingsprojektet på det lokala (kommunala) planet och konsumentverkets projekt "Öka säkerheten" på riksplanet, med tillvaratagande av de positiva sidorna hos bägge projekten skisseras i det följande som ett förslag till nationellt skaderapporteringssystem. I förslaget behålls konsumentverkets stickprovsmodell för att erhålla en rikstäckande statistik och utjämna geografiska och säsongsmässiga skillnader i olycksfallsmönstret. Eftersom skaderegistreringen i likhet med Falköpingsprojektet föreslås ske inom sjukvården bör personnummeridentifikationen behållas i systemet, med iakttagande av gällande sekretessbestämmelser vid en vidare bearbetning. Därigenom kan man vid behov följa upp skadeförlopp och rehabilitering hos patienterna. Vidare kan diagnos och allvarlighetsbedömning ske på samma kvalificerade sätt som skett inom Falköpingsprojektet.

Ett registersystem på central nivå bör omfatta minst så många fall att statistiska beräkningar med någorlunda signifikans blir möjliga. Det bör också omfatta alla typer av skador och inte begränsas till vissa ålderskategorier eller sysselsättningsområden.

Omfattning

Drygt tio procent av befolkningen, d v s ca 900 000, råkar varje år ut för skador genom olycksfall som föranleder sjukvårdskontakt. En så stor mängd basdata är väl lämpad för någon typ av stickprovsregistrering, om uppläggningen kan ske så att systematiska bortfall undviks.

Det stickprovssystem som tillämpas i konsumentverkets projekt har trots korta tidsperioder uppvisat stabila siffror som relativt väl överensstämmer med det kontinuerliga Falköpingsprojektet. I ett centralt system kan målsättningen förslagsvis vara att tio procent av olycksfallen, d v s ca 90 000, registreras årligen.

Fördelning

Konsumentverkets undersökningar visar att av samtliga vårdsökande för olycksfallsskador uppsöker ungefär 1/3 vårdcentraler och 2/3 sjukhusens akutmottagningar. I framtiden kan man förvänta sig en förskjutning mot en större andel vid vårdcentralerna. Till detta kommer skolhälsovård, privatvård och företagshälsovård varför registrering av olycksfall i princip bör ske vid alla dessa vårdformer. Inom varje landsting bör ett lämpligt urval göras som avspeglar fördelningen av olycksfallsskador mellan dessa vårdformer.

Innehåll

För att kunna ge underlag för förebyggande åtgärder bör systemet innehålla data för analys av olycksförlopp och utlösande faktorer. Eftersom systemet skall fungera på primärvårdsnivå och registreringen genomförs inom den

löpande sjukvården kan dock inte alltför många data registreras av ekonomiska skäl.

Systemet måste innehålla grundläggande data som ålder, kön och personnummer samt registreringspunkten, d v s uppgift om vilken vårdinstitution patienten uppsökt. Vidare bör det omfatta en klartextbeskrivning av olycksförloppet med ett logiskt system enligt SIA-systemet. Kodning av olycksorsak enligt ett reviderat E-kodsystem samt olycksplats enligt den gemensamma nordiska platskoden kan ske med ledning av denna klartextbeskrivning. Eftersom registreringen sker vid en sjukvårdsinrättning är det naturligt att systemet också omfattar uppgifter om diagnos och allvarlighetsklassificering enligt AIS-koden.

Planering

Målsättningen tio procent av alla olycksfall per år innebär att 2-3 landsting (motsv) varje år måste deltaga i registreringen. Ett urval av registreringspunkter som täcker ca 80 procent av alla inkommande olycksfall innebär registrering vid 8-10 olika vårdinrättningar.

Geografisk fördelning

Landstingen bör deltaga enligt ett rullande schema som systematiskt täcker landets olika delar såväl geografiskt som befolkningsmässigt. I konsumentverkets projekt har ett system skissats med utgångspunkt från antalet sysselsatta i verkstadsindustrin.

Tidsmässig fördelning

Hur lång tid varje landsting bör åta sig registrering är i första hand en ekonomisk fråga. Tidsmässigt bör registreringen fördelas så att den täcker olika säsonger med sina speciella olycksmönster. Idealet är helårsregistrering men ett system med intermittent registrering är också tänkbart.

Nytta – kostnad

I Sverige saknas en totalberäkning av vad olycksfallsskadorna kostar samhället. En dansk beräkning uppskattar samhällets förluster på grund av olycksskador till drygt 4 miljarder danska kronor årligen. En motsvarande beräkning i Norge för enbart hem- och fritidsolyckor slutar på drygt en miljard norska kronor. De svenska kostnaderna ligger uppskattningsvis på 8-10 miljarder. Undersökningar har visat att skadeförebyggande arbete – inklusive registrering, information och åtgärder – är mycket lönsamt för samhället. Därför torde det vara samhällsekonomiskt rimligt att ett belopp motsvarande t ex en promille av samhällets kostnader för skador – 8-10 miljoner kronor – satsades på ett registreringssystem som ger underlag för adekvata förebyggande åtgärder.

Kostnader

Kostnaderna för ett sådant system beror självklart på antalet registrerade fall samt på den mängd data som registreras – lönekostnaderna är här en tung post. Med konsumentverkets omfattande formulär och specialanställd personal som intervjuare låg kostnaden på ca 75 kronor per intervju varav 30 kronor till intervjuaren och resten för administration, dataregistrering och bearbetning. För ett registreringssystem som omfattar 90 000 intervjuer skulle den totala kostnaden enligt denna omfattande modell bli ca 7 miljoner.

En reducering till ca 80 procents täckningsgrad av landstingens registreringspunkter innebär en minskning till 72 000 intervjuer. Ett sannolikt bortfall på ca 10 procent av 90 000 innebär 61 000 registreringar. En periodvis registrering som täcker halva året motsvarar ca 30 000 skadefall i det centrala registret. Med samma kostnad per intervju som i konsumentverkets undersökning betyder detta en totalkostnad på ca 2,25 miljoner kronor per år fördelade mellan tre landsting och den centrala registerhållaren. Eftersom intervjuer och registrering förmodligen kan ske på ett betydligt smidigare sätt inom sjukvården bör kostnaderna snarare understiga än överstiga konsumentverkets kostnader.

En jämförelse kan göras med det nordiska förslaget omfattande tio sjukhus som för Sveriges del kostnadberäknats till 4 miljoner kronor per år. Jämfört med detta ger det föreslagna stickprovssystemet en rikhaltigare information och en bredare täckning av hela vårdkonsumtionen inom området. Under registreringsperioden ger det dessutom de deltagande landstingen och kommunerna direktinformation om den lokala olycksbilden samt incitament till åtgärder.

Central organisation

Huvudsyftet med det föreslagna statistiksystemet är att ta fram underlag för skadeförebyggande åtgärder samt för utvärdering av effekterna av sådana åtgärder inom HSF-området. Systemet ger emellertid också vårdkonsumtionsuppgifter av stort intresse för sjukvårdsplaneringen. Därför bör detta system knytas till de allmänna system för registrering av diagnoser m m i sluten och öppen vård som skall ingå i socialsektorns planeringsdatabas. Eftersom socialstyrelsen kommer att få ansvaret för denna databas bör styrelsen också tillföras ansvaret för de centrala funktioner som behövs för systemet samt ges erforderliga resurser för detta. Planering och genomförande måste därutöver ske i nära samverkan med företrädare för landstingen samt med användarmyndigheter som konsumentverket och skolöverstyrelsen.

Exempel på lokala erfarenheter

Falköpingsprojektet

Detta projekt har initierats och letts av landstingets hälsovårdsenhet.

Ett registreringssystem har begränsat värde om det inte kopplas till en

verksamhet för att hindra olycksfall. Därför har man i Falköpings kommun skapat ett åtgärdsprogram med inriktning på information, utbildning och ökad tillsyn samt på förändringar i arbets-, hem- och trafikmiljöerna. Programmet har utarbetats av en referensgrupp med representanter från kommunförvaltningen, hyresgästerna, politiker, idrottsrörelsen och för pensionärerna. Programmet har bl a resulterat i en checklista för kommunens 400 hemsamariter för att öka de äldres säkerhet i hemmen.

Åtgärderna har lett till klart positiva resultat. Jämfört med första halvåret 1980 hade arbetsolyckorna minskat med 35 procent samt barn- och hemolyckor med 28 procent ett år senare. Däremot ökade trafikolyckorna under perioden, bl a beroende på att beslutade åtgärder inte hann genomföras. Hemolyckorna, även sådana som resulterar i dödsfall eller långvarig invaliditet, uppmärksammas vanligen inte alls på samma sätt som trafik- och arbetsolyckor. Därför har man i Falköpingsprojektet ägnat detta område särskild uppmärksamhet.

Projektet är ett exempel på att information om förebyggande av skador som är av intresse för en målgrupp kan ge mycket gott resultat. Modellen har sin begränsning i att den inte kan generaliseras utan förutsätter en lokal ideell satsning inom kommunen eller landstinget. En ekonomisk utvärdering skulle dock med all sannolikhet visa en gynnsam kostnad/nyttobild för landstingets del.

Tyresöprojektet

I det kommunala Tyresöprojektet har en speciell barnolycksfallskonsulent varit anställd och till projektet har en referensgrupp med representanter från kommun, landsting och barnolycksfallsutredningen varit knuten. Projektet har registrerat alla barnolycksfall som under projekttiden inträffat i kommunen samt kartlagt olycksriskerna i barnens miljö. En viktig men ganska tungrodd del av projektet har varit att genomföra konkreta förebyggande åtgärder samt att samordna kommunens insatser i detta avseende. Dessutom har projektet förmedlat målinriktad information och utbildning till barnen och deras vårdnadshavare. Erfarenheterna från projektet har förmedlats till landstingets hälso- och sjukvårdsorgan samt andra organisationer.

Genom Tyresöprojektets samordnade aktiviteter kunde barnolycksfallen inom kommunen reduceras med 20 procent mellan de två verksamhetsåren. Projektet visar i första hand att en uppfångande, förmedlande och verkställande funktion på det lokala planet är viktig i den förebyggande verksamheten. Den komplicerade kommunala strukturen, där sektorsansvaret kan variera i de olika kommunerna, fordrar emellertid lokalkännedom för att information och krav på åtgärder skall nå fram till rätt beslutsfattare. Det krävs också kunskap om lokala förhållanden för att aktivera organisationer, föreningar eller ideella grupper som kan vidarebefordra information och starta lokala aktiviteter.

Gottsundaprojektet

Ett projekt där de boende varit direkt engagerade är Gottsunda-projektet utanför Uppsala. Där organiserades och utbildades lokala barnmiljöombud

genom medverkan av bl a Akademiska sjukhusets socialmedicinska avdelning. Ombuden bevakade aktivt sin lokala miljö på jakt efter poteniella olycksfallsrisker. Erfarenheterna rapporterades till en kommitte bestående av samtliga ombud. Ett brett kontaktnät med olika befattningshavare inom kommunen liksom med olika grupper av boende byggdes upp och krav på konkreta åtgärder restes genom bl a framställningar till kommunala organ och politiker. Arbetet har bedrivits på ett föredömligt sätt men fordrat starka privata engagemeng för att fungera.

"Öka säkerheten"

Konsumentverkets projekt "Öka säkerheten" har under den tid det pågår också haft lokala effekter i de landsting och kommuner som registrerar olyckor. Genom att det är lokalanknutet engageras hemkonsulenterna i länet och konsumentssekreterarna i kommunerna i det skadeförebyggande informationsarbetet. Speciellt informationsmaterial har i detta syfte utarbetats i anslutning till projektet. Speciella typskador har också följts upp på lokal nivå.

Information på det lokala planet

Den kunskap om lokala skaderisker som miljö- och hälsoskyddsnämnden får i den tidigare föreslagna funktionen bör inte endast förmedlas till kommunala och andra beslutsfattare utan också direkt till kommunens invånare. De här omnämnda lokala projekten visar på vägar att nå ut med sådan information. Det kan gälla målinriktad information till grupper av befattningshavare som hemsamariter och dagbarnvårdare eller till vissa typer av arbetsplatser, till skolor eller till bostadsområden om skaderisker som bör bevakas och åtgärdas. Kurser i olycksfallsprevention och första hjälp vid skador kan initieras och drivas genom bildningsförbund. Kommunala befattningshavare som konsumentsekreterare och tjänstemän inom miljö- och hälsoskyddsförvaltning, gatukontor etc bör också engageras i informationsverksamheten.

9.2 Utbildningspolitiska insatser

Förskola och barn- och ungdomsskola

Kunskap om skaderisker i olika miljöer och träning i skadeförebyggande beteende bör grundläggas så tidigt som möjligt. Barnhälsovården och föräldrautbildningen verkar på detta område. I förskolan kan man lära barnen att undvika skaderisker i samband med lek och andra aktiviteter inomhus och utomhus. Ett grundläggande trafiksäkerhetsarbete kan i detta sammanhang utföras i samverkan med polis – en möjlighet att grundlägga ett förhållningssätt till skaderisker som det är angeläget att förskolan tar tillvara. Detta arbete bör avspeglas i programmen för innehållet i förskolans verksamhet samt i utbildningen av förskolans personal.

I grund- och gymnasieskolorna är möjligheterna goda att lära barn och

ungdomar vilka skaderisker som finns i olika miljöer samt hur man kan undgå dem. I flera läroämnen kan skaderiskerna i trafiken och arbetslivet samt i hem- och fritidsmiljön tas upp på ett naturligt sätt. Trafiksäkerhetsutbildning i samverkan med den lokala polisen och träning i simkunnighet är etablerade inslag i skolarbetet som är långsiktigt skadeförebyggande. Men det finns fler möjligheter att ta tillvara, t ex insatser från skolhälsovården eller i samverkan med primärvården, vilka belysts i de föregående avsnitten. Denna inriktning mot att lära eleverna var skaderisker finns och hur de kan undvikas måste klart avspeglas i läro- och kursplaner samt i utbildningen av lärare, skolhälsovårdspersonal m fl. Det är en uppgift för framför allt UHÄ och skolöverstyrelsen att bevaka att dessa möjligheter tas tillvara.

Utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal

Det är svårt att precisera vad inom utbildningen av olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården som skall hänföras till "utbildning i förebyggande arbete". Den teoretiska utbildningen ger generella kunskaper av grundläggande betydelse för såväl sjukvårdande som hälsovårdande verksamheter. Det går inte att särskilja kunskapsområden som uteslutande har betydelse för förebyggande verksamhet från sådana som endast behövs för att utföra sjukvårdande aktiviteter.

De övervägande delarna av de praktiska avsnitten av grundutbildningen, vidareutbildningen och fortbildningen är dock förlagda till enheter där individuellt sjukvårdande uppgifter, huvudsakligen inom sluten vård, dominerar helt. Med vissa undantag är utbildningen av svensk hälso- och sjukvårdspersonal upplagd så att man oundvikligen präglas av den sjukvårdande rollen. Arbetsuppgifterna under omhändertagandefasen vid sjukdomar och skador är de avgörande och kanske enda "legitima" uppgifterna.

Denna inriktning av utbildningen var naturlig med den gamla starkt sjukvårdsinriktade hälso- och sjukvårdslagstiftningen vars mål var att bereda vård vid sjukdom och skador etc. Den nya lagen hänför uttryckligen medicinskt förebyggande av sjukdomar och skador till "den goda hälso- och sjukvård på lika villkor" som varje landsting skall erbjuda sin befolkning. Även i övrigt – med syftning på miljö- och samhällsinriktade insatser – skall landstingskommunen verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Detta hälsoansvar skall till stora delar förverkligas genom hälso- och sjukvårdspersonalens insatser, men då är det nödvändigt att utbildningen inriktats på ett förebyggande förhållningssätt och en förebyggande arbetsmetodik. Detta utbildningskrav gäller främst personal inom den primära vården – dels den som landstingen bedriver och dels skolhälsovård och företagshälsovård etc – men också dem inom t ex samhällsmedicinska enheter och läns- och regionsjukvården som skall samverka med primärvården i dess förebyggande arbete.

För att nå upp till hälso- och sjukvårdens mål enligt HSL är en reformering av utbildningens innehåll för åtskilliga personalgrupper nödvändig. Inom primärvården skall flertalet personalkategorier medverka i det förebyggande arbetet. Därför bör utrymmet ökas för utbildningsavsnitt som har ett förebyggande förhållningssätt till hälsoproblem och som ger praktisk kunskap, träning och färdighet i förebyggande arbetsmetoder. Detta gäller

gymnasieskolans vårdyrkesutbildning, den kommunala högskolans utbildning av sjuksköterskor med allmänkompetens, grundutbildningen av läkare, vidareutbildningen av sjuksköterskor för öppen hälso- och sjukvård samt specialistutbildningen av allmänläkare. Det ankommer på skolöverstyrelsen, UHÄ och socialstyrelsen att se till att denna inriktning slår igenom i kurs- och läroplaner samt beträffande andra för utbildningens innehåll styrande instrument.

För flertalet av hälso- och sjukvårdspersonalen innebär ett förverkligande av HSL:s intentioner arbete med såväl hälsovård som sjukvård parallellt. För vissa funktioner kan dock en renodling av inriktningen på förebyggande insatser komma i fråga. Detta är naturligt när det gäller funktioner inom samhällsmedicinska enheter där t ex mycket kvalificerad epidemiologisk kompetens eller en speciell inriktning på smittskydd behövs. Även inom primärvården kan man överväga att stödja en del av det samhällsinriktade arbetet med speciellt profilerad personal med t ex samhälls- och beteendevetenskaplig kompetens.

9.3 Förbättrad och samordnad skadestatistik

Tillsammans med andra informationskällor är en nationell hälsostatistik, helst uppbyggd så att den ger bedömningsunderlag också för lokalt arbete, viktig för att kunna mäta och värdera effekterna av genomförda åtgärder.

Samordning av skadestatistiken

Uppgifter om skadors orsaker och hälsomässiga konsekvenser samlas för närvarande in på flera olika vägar. Den grundläggande registreringen görs lämpligast där skadehändelsen först blir känd – genom polisen, av arbetsgivaren, av personal vid sjukhuset etc – men dessa uppgifter måste samlas in på ett sådant sätt att de sedan kan fogas samman till en helhet som ger en samlad bild av hela skadepanoramat och dess konsekvenser.

För närvarande arbetar socialsektorns statistikdelegation med att skapa en planeringsdatabas för socialsektorn som bl a skall innehålla statistiska uppgifter om ohälsans förekomst i befolkningen. Beträffande skador kan detta konkret innebära att aggregerade uppgifter om dödsorsak enligt dödsorsaksstatistiken, vårdorsak i den slutna vården, uppgifter ur arbetsskadestatistiken (ISA-systemet), från vägtrafikskadestatistiken, ULF-enkäterna och riksförsäkringsverkets försäkringsstatistik samt från andra informationskällor inordnas i databasen så att man får en helhetsbild av skadepanoramat och dess utveckling i olika hänseenden.

Utvecklingen av detta system är även inriktat på att få med hälsodata från primärvården, t ex beträffande olika skadetyper som leder till besök vid vårdenheten. En sådan databas för socialsektorn kan vara en väg att ge statsmakterna och centrala myndigheter en samlad bild av förekomst och förändringar för olika skadetyper som underlag för förebyggande och vårdpolitiska åtgärder.

Redovisning och analys av skadestatistiken

Ett av problemen med den nuvarande skadestatistiken är att den publiceras i skilda serier med olika huvudmän vilket kan göra den svårtillgänglig för den som vill skaffa sig en helhetsbild. Därför måste det på nationell nivå göras samlade redovisningar och analyser beträffande olika hälsoproblem som täcker in många aspekter på problemens bakgrund och yttringar. Ett problem bör inte endast redovisas som dödsorsak, som invaliditetsorsak och som sjukfrånvaroorsak var för sig utan också i ett samlat perspektiv. Sådana breda redovisningar av hälsodata för olika skade- och sjukdomsområden kan bl a behövas inom primärvården och de samhällsmedicinska enheterna som underlag både för det preventiva och för det kurativa arbetet.

En planeringsdatabas för socialsektorn, som bl a förutsätter en väl täckande registrering av diagnoser och kontaktorsaker m m inom hela hälso- och sjukvården, kan tillsammans med andra informationskällor ge möjligheter att med en rimlig arbetsinsats få fram samlade redovisningar av hälsodata för olika hälsoproblem, t ex skador. Det är naturligt att socialstyrelsen mot bakgrund av sin uppgift att ta fram planeringsunderlag för samhällets hälso- och sjukvård, regelbundet arbetar fram och publicerar sådana sammanställningar av hälsodata. Dessa bör vara utformade så att de kan utgöra underlag både för statsmakternas hälsopolitiska ställningstaganden, för huvudmännens regionala och lokala åtgärder samt för andra sektororgan som också har ansvar för förebyggande åtgärder.

Ett förslag om en "nationell hälsorapport" vart tredje år utvecklas närmare i HS 90-rapporten "Hälsostatistiska mål och behovsbaserad planering" (SOU 1984:40). Statsmakterna bör slå fast att framtagandet av en sådan rapport är en central uppgift för den statliga hälso- och sjukvårdsmyndigheten.

Översyn av klassifikationen av skador

Vid registreringen av skador som blir kända inom hälso- och sjukvården och i åtskilliga andra sammanhang används i regel den indelning i skadetyper och skadeorsaker som ingår i "International statistical classification of diseases, injuries and causes of death" (ICD), som ges ut av WHO. Svensk nationell hälsostatistik bör underordna sig kravet på att också kunna fogas in i ett globalt sammanhang. Sverige har ett intresse av att kunna jämföra den egna hälsosituationen med förhållandena och utvecklingen i andra länder. Därför bör klassifikationen av skador i Sverige utgå från ICD:s huvudstruktur. Tyvärr har inte E-koden en tillfredsställande utformning med hänsyn till det svenska skadepanoramat men inom Nordiska ministerrådets ram pågår arbete för att konstruera en E-kod som bättre fyller detta behov.

På detaljnivå bör klassifikationen så långt som möjligt vara specifikt anpassad till de skadetyper och skadeorsaker som t ex i det närmaste 20-årsperspektivet är relevanta i Sverige. Den nuvarande klassifikationen är tämligen detaljrik när det gäller trafikolyckor men jämförelsevis odifferentierad när det gäller olyckor i hemmet och under fritiden utomhus, skadeområden som kan förväntas få ökat intresse i framtiden. Man bör undvika täta ändringar i klassifikationer som utgör grund för statistik som

skall vara användbar på lång sikt, men en revision av skadeklassifikationen i ICD är angelägen för att bättre motivera och underlätta hälso- och sjukvårdspersonalens registrering av skador i primärvård och sluten vård samt för att fånga in skadetyper som kommer att vara relevanta i framtiden.

Att tillhandahålla och fastställa ohälsoklassifikationer med så noggranna kriterier som möjligt är en viktig uppgift för socialstyrelsen som central hälso- och sjukvårdsmyndighet. Socialstyrelsen bedriver för närvarande ett projekt med syfte att sammanställa ett förslag till ny sjukdomsklassifikation baserad på ICD 9. Förslaget beräknas föreligga sommaren 1985.

9.4 Central samverkan kring skadeförebyggande åtgärder

Det centrala, nationella ansvaret för förebyggande eller konsekvensbegränsande åtgärder mot olika typer av skador är fördelat mellan många olika departement, ämbetsverk, nämnder och institut etc (se avsnitt 6).

Bilden är svåröverskådlig och ur lokal och regional synpunkt är det troligen en fördel om det centrala ansvaret för det skadeförebyggande arbetet koncentreras till några få instanser.

Det är emellertid svårt att finna någon enkel princip som grund för att samla det centrala personskadeförebyggande ansvaret på en eller några få händer. Skaderisker finns och kommer alltid att finnas inom flertalet samhällssektorer och det vore onaturligt att betrakta skadefrågor som en sektor för sig i samhället. Varje departement och andra sektorsorgan måste själv bära huvudansvaret för att negativa konsekvenser av verksamheten – skaderisker och skadeutfall – balanseras mot den avsedda nyttan och dess fördelning inom befolkningen kompletterat med specialorgan som uteslutande främjar det skadeförebyggande arbetet.

Någon förändring i rådande ansvarsförhållanden finns det alltså ingen anledning att föreslå. Däremot vore en ökad samverkan mellan myndigheter med ansvar för skadeförebyggande åtgärder inom olika skadeområden till nytta, inte minst i arbetet med att utveckla och analysera skadestatistiken. Den kvalitetsförbättring, samordning och periodiska analys samt redovisning inom flera hälsostatistikområden, bl a skadestatistiken, som diskuterats i det föregående torde bli det effektivaste instrumentet för att stärka samverkan och samordningen av de skadeförebyggande åtgärderna inom alla berörda samhällssektorer. Härigenom får statsmakterna tillgång till en samlad bild av skaderiskerna och deras betydelse som underlag för ställningstaganden till omfattning och fördelning av ekonomiska resurser och andra styrmedel.

Referenser

SOU-serien

Brand inomhus. Bostadsdepartementet. SOU 1978:30
Barnolycksfall. Betänkande av barnolycksfallsutredningen. Socialdepartementet. SOU 1979:28
Konsumentpolitiska styrmedel. Betänkande av riktlinjekommittén. Finansdepartementet. SOU 1983:40

Sveriges officiella statistik

Dödsorsaker 1979, 1980. Statistiska centralbyrån
Arbetsskador 1979. Arbetarskyddsstyrelsen, statistiska centralbyrån
Sluten kroppssjukvård 1977, HS 1981:8.2. Socialstyrelsen
Allmän försäkring 1979. Riksförsäkringsverket
Vägtrafikskador 1979. Statistiska centralbyrån

Andra publikationer från myndigheter och organisationer

Barnmiljörådet – Vuxna visar vägen – om barnmiljöarbetet i Uppsala och Tyresö, Wikander E, 1981
Byggforskningsrådet – Barnolycksfall och teknisk miljö, rapport R 130:1981
Chalmers Tekniska Högskola – Barnolycksfall och teknisk miljö SCAFT-gruppen – Analys av dödsorsaksmönstrets förändringar 1960-74, Göteborg 1977
Sjukvårdsförvaltningen i Göteborg: BOT-76, Barnolycksfall och teknisk miljö, Hagberg S, Henrikson B, Nathorst-Westfelt J, rapport 1979:94
Skolöverstyrelsen: Olycksfall och trafikfrågor. Ur SÖ:s specialinformation 225-83:1382

Konsumentverket:
Skador vid skidåkning, Danielsson K, Eriksson E, rapport 1977:3-01,
Rullbräden, risker och förebyggande åtgärder, Danielsson K, rapport 1977:3-02,
Skador vid skridskoåkning, Danielsson K, Eriksson E, Saartok T, rapport 1978:3-02
Skador vid rullbrädesåkning, Danielsson K, rapport 1980:3-05
Seminarium om säkerhet vid vintersport I, rapport 1981:3-02

Seminarium om säkerhet vid vintersport II, rapport 1982:3-01
Skador vid ridsport, Björnstig U, rapport 1982:3-02
Fallolyckor i Umeå, Björnstig U, rapport 1983:1-07
Riskkemikalier i hemmet, Danielsson K, Rosén G, rapport 1982:5-01
Öka säkerheten, pilotprojekt, rapport Pl-gem 1982:1
Lönar det sig att testa bindningar för utförsåkning?, Jonsson E, rapport 1983:3-01
Björnstig, U: Olycksfall med motorgräsklippare, rapport till konsumentverket 1981
Cykelolyckor i Umeå, rapport till konsumentverket 1982 Stegolycksfall – mekanism och konsekvenser, rapport till konsumentverket 1981
Olycksfall i dörrar, mekanism och konsekvenser, rapport till konsumentverket 1981
Björnstig, U, Stålbo U och Trodai, P: Kälk- och pulkolycksfall i Stockholm, rapport till konsumentverket 1982

Nordiska ministerrådet/Nordiska ämbetsmannakommittén för konsumentfrågor:
Produktsäkerhet, rapport 1, 1976:23,
Produktsäkerhet, rapport 2, 1976:24,
Inrapportering av olycksfall i hemmen och deras grannskap, NUB 1978:14, Oslo 1978
Harmonisering av åldersbestämmelser för försäljning av vissa produkter till barn, rapport 14/80 1980,
Kriterier för riskvärdering, rapport okt 1980,
Fallulycker på samme nivå i hjem og fritid i Norden, rapport 1983:4,
Cykelolyckor, rapport 1983:12,
Registrering av ulycker, oppfölging av et tidligere nordisk prosjekt, Lund J, prel rapport juli 1983

Övriga referenser
Adamczyk, J, Daljord OA: Sykkelulycker hos barn 1981 i Oslo. Rapport från Oslos kommunala Legevakt
Andersson, R, Johansson, B, Lindén, K, Svanström, K och Svanström, L: Om olycksfall i arbetet – en undersökning i Malmö. Dupli-Konsult, 1975
Andersson, R, och Svanström, L: Olycksfall i arbete – analys och åtgärder. AWE, Gebers, 1980
Arbetsolycksfallsgruppen: Nordiska olycksfallsforskningsseminariet 1981, konferensrapport
Arnberg, P, Ludvigsson, K och Svensson, A: Cykelolyckor hos barn – en prospektiv studie, rapport från barnmedicinska kliniken vid Regionsjukhuset och Statens Väg- och Trafikinstitut, Linköping
Bäck, L, och Danielsson, K: Lekplatser, rapport vid Kommunal Fritid, Kommunförbundet
Danielsson, K, Engkvist, O och Widenfalk, B: Moraknivsyndromet – en studie av böjsenskador, Läkartidningen nr 41, 1980

Danielsson, K, Eriksson, E och Gunnarsson, SO: Risk management applied on ski safety problems in Sweden 1973 – 1976, Ski Trauma and Ski Safety IV, München 1982

Ekstrand, J: Soccer injuries and their prevention. Linköping University Medical Dissertations no 130, Linköping 1982

Gunnarsson, S O: Förslag till modell för riskhantering inom hem- och fritidssektorn, rapport till konsumentverket från SCAFT, Göteborg 1982

Gustafsson, L H: Så skadas barn. Epidemiologiska studier av olika faktorers betydelse för uppkomsten av barnolycksfall. Diss. Uppsala 1975

Ingemarson, H: Ridskador, en studie av skador i samband med ridning och handhavande av hästar, Akademiska sjukhuset, Inst för kirurgi, Uppsala 1983

Irestedt, B och Persson, H: Förgiftningstillbud med maskindiskmedel, rapport till konsumentverket från giftinformationscentralen 1983

Kjellén, V och Larsson, T: Modell av olycksfallsförloppet – arbetsolycksfallsgruppens ansats, arbetsolycksfallsgruppen KTH 1980, stencil

Lind, M och Wollin, S: Bra hjälp, cykelbanor och information krävs för att minska risken vid cykling, Läkartidningen nr 32-33 1981

Lindgren, O och Gunnarsson, S O: Information om hem- och fritidsolyckor, rapport till konsumentverket från SCAFT 1979:7

Lindgren, O: Exponering för risk, rapport till konsumentverket från SCAFT Göteborg 1982

OECD: Risk management in connection with consumer products safety. Considerations and applications, OECD/DAFF/CCP/WP3/94

OECD: Measures taken in the interest of the safety of children, OECD/DAFF/CCP/WP3 (under publication)

Persson, U: Vägtrafikolyckornas samhällsekonomiska kostnader, Inst för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund. Medd 1982:4

Produktkontrollbyrån: Risker för frätskador genom syror och alkalier, pm 1976

Renström, P och Pettersson, L: Skador inom idrotten. Folksam, Riksidrottsförbundet, Tidens Förlag 1977

Ringstedt, N: Past activities and priorities in the future in the work of the working party on product safety, memorandum at OECD/DAFF/CCP/WP3 1983

Sande, J och Thorson, J: An evaluation of the official Swedish statistics on seriously injured in road traffic accidents, Scand J Soc Med 3.5 1975

Sandels, S: Små barn i trafiken, Läromedelsförlagen 1972

Smith, RT: The accident trauma process, a framework and its application, WHO symposium on accidents in Europe, ICP/ADR 030/27, England 1983

Söderqvist, I: Förebyggande av olycksfall i Tyresö

Thorson, J: "Den mänskliga faktorn" – förklaring eller undanflykt? Läkartidningen, s 3911, 1973

Thorson, J: Long-term effects of traffic accidents, Berlingska boktryckeriet, Lund 1975

Tordai, P: Cykelolyckor hos barn, rapport till konsumentverket 1983

Bilaga 1

Hälso- och sjukvårdsberedningen har följande sammansättning: statsrådet Gertrud Sigurdsen, ordförande, landstingsrådet Bertil Göransson t o m 1984-03-31, fr o m 1984-04-01 landstingsrådet Gunnar Hofring, Landstingsförbundet, statssekreterare Sture Korpi och statssekreteraren Ingemar Lindberg, socialdepartementet, f. kommunalrådet Bengt Mollstedt, förbundsdirektören Walter Slunge och landstingsrådet Kurt Ward, Landstingsförbundet samt generaldirektören Barbro Westerholm, socialstyrelsen.

För den direkta ledningen av HS 90-projektet svarar arbetsgruppen för långsiktig planering, som har följande sammansättning: statssekreterare Ingemar Lindberg, ordförande, avdelningschefen Gustav Brynolfsson, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), sjukvårdsföreståndaren Ulrica Croné, Tjänstemännens centralorganisation, departementsrådet Göran Dahlgren, socialdepartementet (fr o m 1984-01-01), departementsrådet Bo Jonsson, finansdepartementet, avdelningschefen Gunilla Lamnevik, Landstingsförbundet, departementssekreteraren Ewa Lindqvist, utbildningsdepartementet, överläkaren Stig-Bertil Nilsson och hälso- och sjukvårdsdirektören Olle Orava, Landstingsförbundet, docenten Hans Rundcrantz, Centralorganisationen SACO/SR, utredningschefen Douglas Skalin, Landstingsförbundet, avdelningschefen Gunnar Wennström och generaldirektören Barbro Westerholm, socialstyrelsen samt ombudsmannen Rolf Wetterström, Landsorganisationen i Sverige. Departementssekreteraren Birgitta Bratthall är sekreterare i arbetsgruppen.

Utredningsarbetet har bedrivits inom socialstyrelsen. Det har letts av generaldirektören Barbro Westerholm samt med avdelningschefen Gunnar Wennström och byråchefen Göran Dahlgren som projektledare. Inom skeretariatet har vidare arbetet byrådirektören Marianne Rambro, byråchefen Lennart Rinder och byrådirektören Curt-Lennart Spetz. För administrativt arbete, redigering och utskrifter m m har svarat förste byråsekreteraren Märta Nordenfelt, assistenten Ulla Sjöman och byråassistenten Gunvor Unoson. Experter har biträtt i utarbetandet av rapporter och underlagsstudier.

Bilaga 2

Hälsorisker – en kunskapssammanställning (SOU 1981:1)
Miljön och hälsoprocessen (Lennart Rinder)
Arbetsmiljö – ohälsa (Anders Englund)
Arbetslöshet – ohälsa (Urban Janlert)
Psykosocial miljö och hälsa (Lennart Levi)
Alkohol – ohälsa (Jacob Lindberg, Gunnar Ågren och Eva Bergström)
Tobak – ohälsa (Paul Nordgren)
Kost, motion och hälsa (Ingrid Lindvall) samt
Hälsoupplysning (Nils Östby)

Ohälsa och vårdutnyttjande (SOU 1981:2)
Allmänna hälsoindikatorer (Göran Dahlgren, Mari Ann Regen, Curt-Lennart Spetz)
Vårdbehov och vårdefterfrågan (Göran Dahlgren, Liisa Ehrnström)
Vårdresurser och vårdutnyttjande (Gunnar Holmberg, Olle Östman) samt
Sjukdomspanorama (Göran Dahlgren, Curt-Lennart Spetz, Jerzy Einhorn/avsnittet om cancer/)

Hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv (SOU 1981:3)
Svensk sjukvård i internationellt perspektiv (Björn Smedby)
Hälso- och sjukvårdsplanering – några internationella jämförelser (Göran Dahlgren, Göran Härne och Johan Mellin) samt
Primärvård – en internationell utblick (Göran Dahlgren)

Sektretariatspromemoria 1: Demografiska och socioekonomiska förhållanden inom befolkningen (Curt-Lennart Spetz) 1981

Sekretariatspromemoria 2: Hälso- och sjukvårdsplaneringen (1981)
Planerad och faktisk utveckling (Bengt Larsson)
Sammanställning och analys av aktuella utredningar (Einar Fredriksson, Christer Lindmark, Marianne Rambro)
Personalförsörjning och utbildning (Christer Lindmark, Gunnar Wennström)

Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet (SOU 1981:4)

Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft (SOU 1982:11)

Narkotika och ohälsa. En kunskapsöversikt (Orvar Olsson, Kerstin Tunving) Särtryck 1983

I serien Socialstyrelsen redovisar:

Sjukdom ett relativt begrepp (Lisbeth Sachs) 1980:5
Sjukfrånvaron i Sverige (Mari Ann Regen) 1981:6

Statens offentliga utredningar 1984

Kronologisk förteckning

1. Sociala aspekter på regional planering. I.
2. Värdepappersmarknaden. Fi.
3. Domstolar och eko-brott. Ju.
4. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. Fi.
5. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. Fi.
6. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. Fi.
7. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. Fi.
8. Näringstillstånd. Ju.
9. Förslag till lag om Kooperativa föreningar. I.
10. Kompletterande motståndsformer. Fö.
11. Rösträtt och medborgarskap. Ju.
12. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. Ju.
13. Samordnad narkotikapolitik. S.
14. RF 10:5. Ju.
15. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. Ju.
16. Förvärv i god tro. Ju.
17. Sveriges internationella transporter. K.
18. Arbetsmarknadsstriden I. A.
19. Arbetsmarknadsstriden II. A.
20. Datorer och arbetslivets förändring. A.
21. Förenklad självdeklaration. Fi.
22. Panträtt. Ju.
23. Folkbibliotek i Sverige. U.
24. En bättre information om kemiska produkter. Jo.
25. Ny konsumentköplag. Ju.
26. Ny Banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. Fi.
27. Ny Banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslag. Fi.
28. Ny Banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. Fi.
29. Ny Banklagstiftning. Del. 4. Föreningsbankslag. Fi.
30. LÄS MERA! U.
31. Arbetsmarknadspolitik under omprövning. A.
32. Nya alternativ till frihetsstraff. Ju.
33. Handla med tjänster. Ud.
34. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. Bo.
35. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. Bo.
36. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. Bo.
37. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. Fi.
38. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. Fi.
39. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
40. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. S.
41. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? S.
42. Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.S.

Statens offentliga utredningar 1984

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Kommissionen mot ekonomisk brottslighet. 1. Domstolar och eko-brott. [3] 2. Näringstillstånd. [8] 3. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. [15]
1983 års rösträttskommitté. 1. Rösträtt och medborgarskap. [11] 2. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. [12]
RF 10:5. [14]
Förvärv i god tro. [16]
Panträtt. [22]
Ny konsumentköplag. [25]
Nya alternativ till frihetsstraff. [32]

Utrikesdepartementet

Handla med tjänster. [33]

Försvarsdepartementet

Kompletterande motståndsformer. [10]

Socialdepartementet

Samordnad narkotikapolitik. [13]
Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90)
1. Hälso- och sjukvård inför 90-talet, (HS 90) Huvudrapport. [39] 2. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. [40] 3. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjade av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? [41] 4. Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [42]

Kommunikationsdepartementet

Sveriges internationella transporter. [17]

Finansdepartementet

Värdepappersmarknaden. [2]
Långtidsutredningen. 1. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. [4] 2. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. [5] 3. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. [6] 4.Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. [7]
Förenklad självdeklaration. [21]
Banklagsutredningen. 1. Ny banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. [26] 2. Ny banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslagen. [27]. 3. Ny banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. [28] 4. Ny banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. [29]
Fastighetstaxeringskommittén. 1. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. [37] 2. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. [38]

Utbildningsdepartementet

Folkbibliotek i Sverige. [23]
LÄS MERA! [30]

Jordbruksdepartementet

En bättre information om kemiskprodukter. [24]

Arbetsmarknadsdepartementet

Konfliktutredningen. 1. Arbetsmarknadsstriden I. [18] 2. Arbetsmarknadsstriden II. [19]
Datorer och arbetslivets förändring. [20]
Arbetsmarknadspolitik under omprövning. [31]

Bostadsdepartementet

Bostadskommittén. 1. Bostadskommittens delbetänkande. Sammanfattning. [34] 2. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. [35] 3. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. [36]

Industridepartementet

Sociala aspekter på regional planering. [1]
Förslag till lag om Kooperativa föreningar. [9]

KUNGL. BIBL.
1984-09-17
STOCKHOLM

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

HS 90-Publikationer

SOU 1984:39	Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS90). Huvudrapport
SOU 1984:40	Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie.
SOU 1984:41	Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3. ● Fakta om ohälsans och vårdutnyttjandets socioekonomiska fördelning i Sverige ● Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård ● Den jämlika sjukvården?
SOU 1984:42	Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.
SOU 1984:43	Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.
SOU 1984:44	Hälsopolitik i samhällsplaneringen – boendemiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost. Underlagsstudie.
SOU 1984:45	Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie.
SOU 1984:46	Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie.
SOU 1984:47	Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga ● Hälsoupplysning.
SOU 1984:48	Länssjukvården – möjligheter till förändring. Underlagsstudie.
SOU 1984:49	Hälsa – vård. Samhällsekonomi, sysselsättning, ekonomiska aspekter på förebyggande åtgärder. Expertrapport. (November 1984)
SOU 1984:50	Personal för framtidens hälso- och sjukvård. Underlagsstudie. (November 1984)

Utdrag ur

SOU 1984:44	Arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik – några hälsopolitiska aspekter.
SOU 1984:43	Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom.
SOU 1984:43	Prevention av hjärt- och kärlsjukdom.
SOU 1984:43	Psykosociala faktorer och hjärt- och kärlsjukdom.
SOU 1984:49	Vården och sysselsättningen.

Liber
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-08372-8
ISSN 0375-250X