



Myndigheten för
samhällsskydd
och beredskap

Barn på hjul

Från barnvagnen till mopeden



MSB:s kontaktpersoner:
Jan Schyllander, 010-240 56 66

Publikationsnummer MSB736 – juli 2014
ISBN 978-91-7383-475-9

Förord

Redan det nyfödda barnet transporteras på hjul. I barnvagnen och i bilen. Så småningom sitter barnet i en barnstol på cykeln och kan även börja använda en s.k. ”lära gå stol”. Efter ”lära gå stolen” dyker en mängd åkleksaker, som bobby cars, trehjulingar mm upp hos barnen. Sedan följer lådbilar, sparkcyklar, vanliga cyklar, inlines, skateboards, fyrhjulingar och mopeder i en aldrig sinande ström för att så småningom när de träder in i vuxenlivet sluta i potentiella dödsmaskiner på hjul som motorcyklar och bilar.

Den här rapporten visar på de risker som finns för barnen när de transporteras på hjul och ger också en del förslag på vad man som förälder kan göra för att minska riskerna.

Rapporten har tagits fram av Jan Schyllander, utredare vid myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB).

Karlstad juli 2014

1. Metod

I denna rapport har barns skador sammanställts utifrån Sveriges tre befolknings- och sektorsövergripande register där uppgifter om personskador återfinns; dödsorsaksregistret (DOR), patientregistret (PAR) samt Injury Database (IDB). Genom dessa tre register kan lindriga, allvarliga samt dödsorsakande skador studeras.

Dödsorsaksregistret är ett nationellt register som sammanställer samtliga dödsorsaker på svenska medborgare, vilket inkluderar svenska medborgare som omkommit utomlands. Även patientregistret är nationellt täckande och omfattar samtliga patienter, oavsett nationalitet, som läggs in på ett svenskt sjukhus. Patienterna registreras bland annat utifrån skadetyper och skadeorsaker. Såväl dödsorsaksregistret som patientregistret är baserade på klassifikationerna inom systemet International Classification of Diseases (ICD) vilket har påvisats hålla hög kvalitet och låga bortfall. Det tredje registret är IDB (Injury Database) som idag finns på ett mindre antal sjukhus i Sverige. I denna databas registreras samtliga personer som uppsöker en akutmottagning till följd av en skada. Insamlade data räknas om för att ge en nationellt representativ bild. IDB följer inte ICD-klassifikationerna, men registrerar bland annat skadetyper och skademekanismer (för mer information om datakällorna, se bilaga 1).

2. Resultat

Hjulet är uppfinningarnas uppfinning. Det är enkelt i sin genialitet, och har använts i otaliga andra innovationer. Det äldsta hjulet var troligen en drejskiva, som började användas för cirka 5 500 år sedan. När man satte hjul på slädar fick vi kärror och vagnar. Människor och saker kunde på så sätt transporteras längre sträckor. Städer växte, vägar byggdes och världen blev en annan. Även barnen behöver transporteras eller transportera sig själva. Att transportera sig själv blir samtidigt en lek och ett sätt att utveckla motorik och stilla nyfikenhet mm. Samtidigt som hjulet underlättat vår vardag har hjulet också gjort att vi förflyttas allt längre sträckor i allt högre hastigheter

2.1 Barnvagnen

Drygt hälften av de cirka 600 barnvagnsrelaterade olyckorna per år beror på att barnen rest sig upp i vagnen eller på annat sätt ramlat ur vagnen. Nästan en femtedel av olyckorna beror på att vagnen av olika anledningar välter. En vanlig orsak till att barnvagnar välter är att äldre syskon kört lite för våldsamt eller att dörrar blåst igen och slagit omkull vagnen. I sju procent av olyckorna klämmer sig barnen i hjulen, på fotstöd eller mellan vagnen och andra föremål. I ungefär lika stor omfattning tappar föräldrar (eller syskon) vagnen nerför trappor, in och ur bussar och tåg o.d. Rena handhavandefel eller materialfel förekommer i tre till fyra procent av händelserna. Ofta är det vagnsinsatsen som lossar eller underredet som viker sig. Äldre barn skadar sig på barnvagnar under lek.

De flesta olyckor med barnvagnar sker i eller vid bostaden (drygt 40 %), en fjärdedel på gator, vägar, trottoarer, cykelbanor etc och en tiondel i butiks- och handelsområden. Två tredjedelar av olyckorna sker utomhus.

Nästan hälften av skadorna är blodutgjutningar (kontusioner), 16 procent är sårskador och tio procent är hjärnskakningar. Frakturer förekommer i sju procent av olyckorna och annan eller ospecificerad skadetyper i 18 procent av olyckorna.

Utbudet av barnvagnar ökar och det blir allt svårare att välja vagn. Vare sig du ska köpa en ny eller begagnad vagn - välj en stabil, bekväm och säker barnvagn som tål det nordiska klimatet med regn, kyla och snö. Som ett hjälpmedel för att bedöma om en barnvagn är säker finns det en europeisk standard, EN 1888 (i Sverige SS-EN 1888). I standarden finns minimikrav och provmetoder som barnvagnstillverkare ska uppfylla för att vagnarna ska anses vara säkra.

En barnvagn som uppfyller standardens krav ska vara märkt med standardens namn. Märkningen är tillverkarens egen uppgift om att barnvagnen uppfyller kraven och innebär inte att barnvagnens säkerhet är kontrollerad av någon myndighet.

Konsumentverket

2.2 Cykelbarnstol

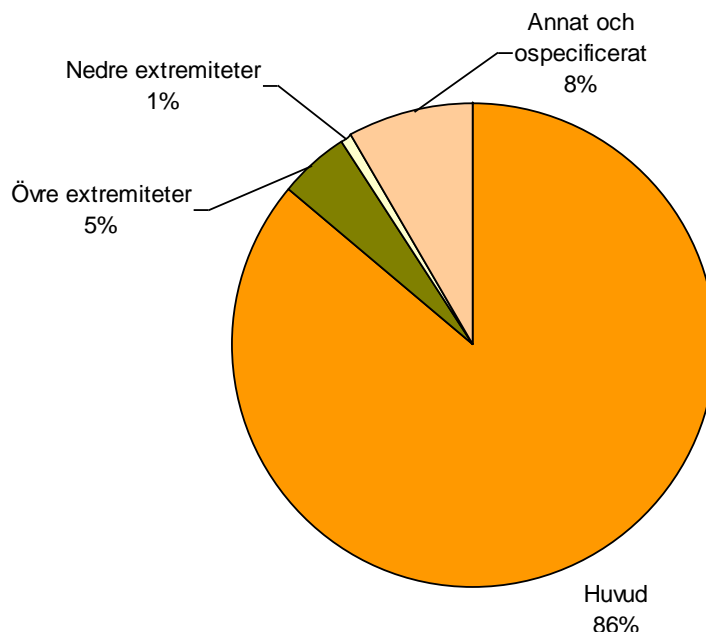
Mellan 30 och 40 barn i åldrar mellan ett och fem år råkar varje år ut för en skada där en cykelbarnstol varit inblandad. Det är fler flickor än pojkar som skadats i dessa olyckor. De flesta olyckorna beror på cykeln vält när den stått på cykelstödet. Andra orsaker till skador är att barnet fått in foten i hjulet och i några fall har inte barnstolen varit ordentligt fastsatt på cykeln utan lossnat. Den vanligaste skadetyper är fraktur följt av kontusion och öppna sår. De kroppsdelar som är mest utsatta är armar följt av ben och fötter. Ungefär 20 procent av barnen blir inlagda på sjukhus för fortsatt vård.

2.3 Gåstol

Varje år inträffar ca 400 olyckor med lära gå stolar. En gåstol innebär att barnet får en rörelsefrihet som det inte alltid är moget för. Den i särklass vanligaste orsaken till skador med gåstol är fall nerför trappor. Dessa olyckshändelser svarar för drygt fyra av fem skador. Den större rörelsefriheten innebär också att barnet kommer åt att dra ner strykjärn och kastruller eller vidröra varma spisar och kaminer i en utsträckning det aldrig gjort utan gåstolen. Dessa olyckshändelser ligger bakom cirka sju procent av skadorna. Övriga skador beror på att stolen vält eller att barnet på annat sätt ramlat ur stolen. Endast i något enstaka fall har rena materialfel hittats.

Nästan 55 procent av skadorna är blodutgjutningar (kontusioner) och 18 procent är hjärnskakning. Sårskador står för 14 procent och två procent av olyckorna resulterar i frakturer. Drygt tre procent av skadorna utgörs av brännskador.

Av figuren nedan framgår att drygt 85 procent av alla skador drabbar huvudet följt av fingrar, händer och armar (10 %). Över 90 procent av de skadade barnen är yngre än ett år och det är något fler pojkar (56 %) än flickor bland de skadade. Nästan 30 procent av barnen blir inlagda på sjukhus för fortsatt vård.



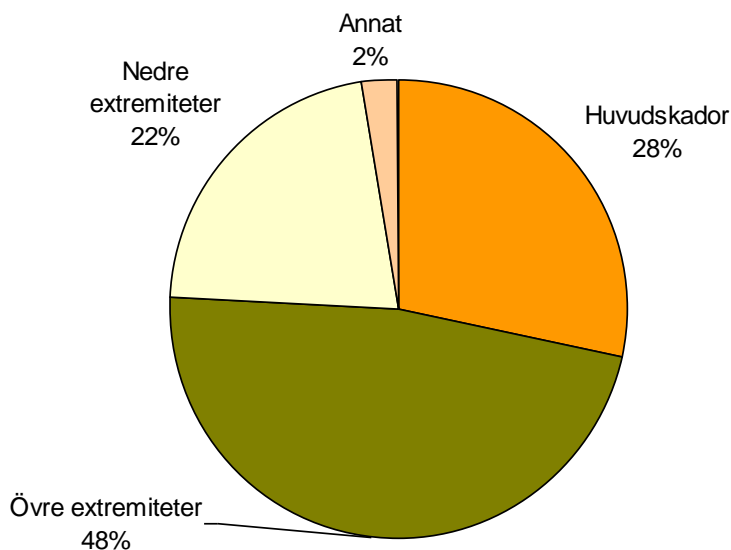
Gåstolar eller s.k. lära gå stolar tillför inte barnet något. Gåstolar i lägenheter med nivåskillnader bör inte förekomma. En gåstol som uppfyller säkerhetskraven ska fastna på det översta trappsteget och inte kunna störta nerför en trappa. Det går inte att se på en stol om den är säker eller inte. Så om ni trots allt låter ert barn använda en gåstol, försäkra er om att det inte finns någon risk för att barnet skadas, exempelvis genom att komma nära en trappa.

2.4 Åkleksaker

Det finns en mängd olika leksaker som barnen åker på. Hit hör trehjulingar, lådbilar, trampbilar, lådbilar, sparkeyklar, bobby cars mm.

2.4.1 Sparkcykel/kickboard

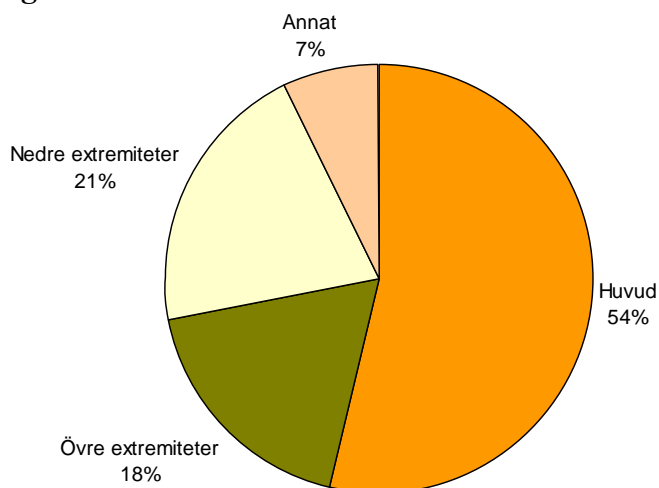
I genomsnitt skadas drygt 700 barn varje år i olyckor som är relaterade till sparkeyklar eller kickboards. Det är något fler pojkar än flickor som skadar sig i dessa olyckor och den mest utsatta åldersgruppen är den mellan åtta och elva år. Den helt dominerande mekanismen är fall. Som framgår av figuren nedan är skador på de övre extremiteterna vanligast. Det är framförallt underarmar, handleder och fingrar som tar stryk i dessa olyckor. Därefter följer huvudskador och de nedre extremiteterna (knän, underben och fötter). Den vanligaste skadetyper är fraktur (32 %) följt av sårskador (29 %), kontusion eller blodutgjutning (20 %) och distorsion eller vrickning (11 %). Hjärnskakning uppträder i fem procent av olyckorna. De flesta blir undersökta, behandlade och hemskickade (87 %) men drygt åtta procent blir inlagda på sjukhus för fortsatt vård.



Precis som den som tar sig fram på cykel är den som åker sparkcykel oskyddad i trafiken. Därför är det bra att använda hjälm. Utöver hjälmen, som är CE-märkt, bör man också ha skydd för knän, armbågar och handleder.

2.4.2 Trehjuling

Uppskattningsvis inträffar varje år knappt 400 olyckor med trehjulingar som leder till akutsjukvård. Knappt två tredjedelar av dessa drabbar pojkar. De flesta olyckorna drabbar barn i åldern ett till fem år. Nästan nio av tio olyckshändelser med trehjulingar äger rum utomhus och den vanligaste platsen är lekplatser vid daghem och förskolor följt av den egna bostaden.



Som framgår av figuren ovan drabbar drygt hälften av skadorna huvudet. Drygt en femtedel drabbar de nedre extremiteterna (fötter, fotleder, underben och knän) och knappt en femtedel de övre extremiteterna (fingrar, handleder, underarmar och armbågar). En tredjedel av skadorna ger kontusioner (blodutgjutningar) och nästa lika

många sårskador. Frakturer uppträder i 12 procent av olyckshändelserna och hjärnskakning i nio procent. Nästan nio av tio blir undersökta, behandlade och hemskickad vid besöket på akutmottagningen. Tolv procent behöver dock läggas in på sjukhus för fortsatt vård.

2.4.3 Tramp- och lådbil

Tramp- och lådbilar är inblandade i drygt 100 olyckor varje år som kräver akutsjukvård. Det är fyra gånger så många pojkar som flickor som skadas i olyckor med tramp- och lådbilar. Den här typen av leksaker verkar vara populära högt upp i åldrarna. Flest olyckor drabbar två åringarna men olyckorna fortsätter ända upp till 12 års ålder. Liksom vid andra åkleksaker dominerar fallskadorna följt av slag och stöt genom kollisioner och klämskador. Flest skador drabbar de övre extremiteterna, främst fingrar följt av huvudskador. Sårskador dominerar följt av frakturer och kontusioner. Fyra procent av skadorna kräver fortsatt vård på sjukhus.

2.4.4 Andra åkleksaker

Förutom sparkcyklar och trehjulingar finns ett antal andra åkleksaker som är involverade i barns skador. Hit hör t.ex. bobby cars, skindor, tramptraktorer mm. Knapp 300 barn skadas varje år på och av sådan här åkleksaker. Det är dubbelt så många pojkar som flickor och de flesta är i åldrarna ett till tre år. Fall är även här den vanligaste skademekanismen och drygt hälften av skadorna är huvudskador. Därefter följer skador på de övre extremiteterna, framförallt fingrar.

2.5 Cykel

I genomsnitt omkommer numera två till tre barn årligen som cyklist i trafiken och över 1 000 barn behöver läggas in på sjukhus. Drygt 10 000 barn skadas varje år så allvarligt som cyklist att de behöver uppsöka ett akutsjukhus. De flesta är mellan 11 och 14 år och skadas när de cyklade omkull. De yngsta barnen skadas som passagerare på cykel. Två tredjedelar av de skadade är pojkar. Antalet dödsfall och svårt skadade cyklist har minskat betydligt under de senaste decennierna. Fler cykelvägar och en ökad användning av cykelhjälm är några orsaker bakom denna positiva utveckling.

De flesta cykelolyckorna inträffar under perioden april till oktober med en topp under maj och juni. Det sker ungefär lika många cykelolyckor på vardagar som under helger. Flest cykelolyckor inträffar på eftermiddagarna mellan klockan 13 och 19. Flertalet cykelolyckor sker på allmän väg/gata inom tätbebyggt område följt av cykelväg. Många olyckor inträffar också på parkeringsplatser och garageinfarter samt på allmän väg/gata utanför tätbebyggt område.

Totalt leder cykelolyckor bland barn till nästan 3 000 vård dagar på sjukhus varje år. Pojkar har fler vård dagar per olyckshändelse än flickor vilket tyder på att pojkarnas olyckor är våldsammare och ger svårare skador än flickornas.

Den vanligaste skadetyper är kontusioner (blodutgjutningar) följt av frakturer och sårskador. Drygt fem procent av barnen får hjärnskakning. Pojkar drabbas i större utsträckning än flickor av hjärnskakningar och frakturer medan flickorna oftare drabbas av kontusioner. De kroppsdelar som är mest utsatta vid cykelolyckor är de övre extremiteterna (armbågar, underarmar och handleder) följt av de nedre extremiteterna (knän) och huvudet.

Barnläkare och forskare anser att barnet är moget för en tvåhjulig cykel först vid fem, sex år – och för att cykla i trafik först vid 12 års ålder. Tyvärr ser vi åtskilliga treåringar vingla omkring på tvåhjulingar med stödhjul. Stödhjulen ger barnet en falsk känsla av balans. Det blir allt vanligare med cykelolyckor med treåringar, som kommit upp i alldeles för hög hastighet och ramlat och slagit sig, inte sällan riktigt illa. Vänta tills barnet är i femårsåldern och lär då barnet cykla genom att själv ge stöd och springa bakom och hålla i pakthållaren.

Barn under sju år har självfallet på sig småbarnshjälm med grönt spänne. Det är lag på att barn under 15 år använder hjälm. Hjälmen skall vara CE-märkt. Köp inte för stor cykel. När barnet sitter på sadeln skall båda fötterna nå ner till marken. Köp en färdigmonterad cykel. En cykel som du måste montera själv kan ha sämre stabilitet.

Tänk på att barn har svårt att koordinera hand- och fotrörelser. Se till att cykeln har fotbroms. Köp en cykel utan växlar. Barnet har fullt upp med att hålla balansen. Kontrollera att pedalerna har en räfflad yta, så att inte foten halkar av. Cykeln måste enligt lag ha ringklocka. Lyse på en barncykel behövs bara om den ska användas när det är mörkt. Då behöver den också ha vit reflex fram och röd bak samt vita eller orangegula åt sidorna. Cykeln skall självfallet ha kedjeskydd och om du skjutsar barnet på din cykel skall du även ha ekerskydd.

2.6 Inlines

Varje år skadas ungefär 500 barn när de åker inlines/rullskridskor. Det är fler (67 %) pojkar som skadas än flickor och de flesta som skadas är i åldrarna 9 till 12 år.

De flesta (drygt 90 %) av olyckorna med inlines beror på fall. Övriga olyckor beror på att man kört på någon eller något. Nästan två av tre skador drabbar de övre extremiteterna, framförallt handleder, underarmar, händer och fingrar. Knappt 15 procent drabbar huvudet och 11 procent de nedre extremiteterna. Nästan 40 procent av skadorna utgörs av frakturer, 28 procent är kontusioner (blodutgjutningar) och 12 procent är öppna sår. Hjärnskakning drabbar drygt fyra procent av de skadade. Åtta procent av de skadade blir inlagda på sjukhus för fortsatt vård och fyra procent får remiss till specialistmottagning.

De flesta olyckorna (nästan 60 %) med inlines sker på vägar (trottoarer, cykelbanor och gator), sport- och idrottsplatser står för ca 11 procent och lite vanligare är det med olyckor i bostadsområden.

Precis som den som tar sig fram på cykel är den som åker inlines oskyddad i trafiken. Därför är det bra att använda hjälm. Utöver hjälmen, som är CE-märkt, bör man också ha skydd för knän, armbågar och handleder.

För den som åker inlines eller andra rullskridskor är det hastigheten som avgör var och på vilken sida av vägen man ska åka. Normalt räknas den som åker inlines som gångtrafikanter och ska i första hand använda gångbana eller vägren. Finns det ingen gångbana eller vägren ska man använda cykelbana eller körbana. Den som måste använda körbanan bör åka på vänster sida, så att man möter och ser trafiken som kommer emot en. Men med snabbare tempo förändras förhållandena. Den som håller högre hastighet än gångfart ska i första hand använda cykelbanan där sådan finns. I annat fall ska man använda den högra delen av vägrenen eller körbanan så att man åker i trafikens riktning.

2.7 Skateboard

År 2011 skadades drygt 2 000 barn så allvarligt att de behövde uppsöka ett akutsjukhus när de åkte skateboard. Det är en ökning med nästan 25 procent jämfört med år 2007. Det är nästan uteslutande (85 %) pojkar som skadas och de flesta som skadas är i åldrarna 11 till 17 år.

En speciell företeelse som ökat dramatiskt är användningen av s.k. longboard. Longboard är längre än vanliga skateboards, utrustade med större och mjukare hjul och med longboards uppnås mycket höga hastigheter. Longboards används vanligtvis ute i vanliga transportområden för att åka nerför backar, till exempel slalom men också som ett transportmedel. En stor del av ökningen av antalet skadade kan hänföras till olyckor med longboards.

Nästan 90 procent av alla skador uppstår genom fall. Nio procent av skadorna uppstår genom att man kört på någon eller något. Vid skateboardsolyckor är skador på de övre extremiteterna vanligast (54 %), framförallt handleder, underarmar och armbågar. Drygt 30 procent av skadorna drabbar de nedre extremiteterna där fotleder är särskilt utsatta. Nio procent av skadorna drabbar huvudet. Drygt en tredjedel av skadorna är frakturer. Knappt en fjärdedel är kontusioner (blodutgjutningar) och lika många är distorsioner (vrickningar/stukningar). Tio procent är sårskador och tre procent är hjärnskakningar. Drygt sex procent av de skadade läggs in på sjukhus för fortsatt vård och cirka fem procent blir remitterad för fortsatt vård på annan klinik.

Nästan en tredjedel av skadorna uppstår i olika sport och idrottsanläggningar och en lika stor andel av skadorna inträffar i transportområden som gator, trottoarer, gångvägar, parkeringsplatser mm.

Precis som den som tar sig fram på cykel är den som åker skateboard oskyddad i trafiken. Därför är det bra att använda hjälm. Utöver hjälmen, som är CE-märkt, bör man också ha skydd för knän, armbågar och handleder.

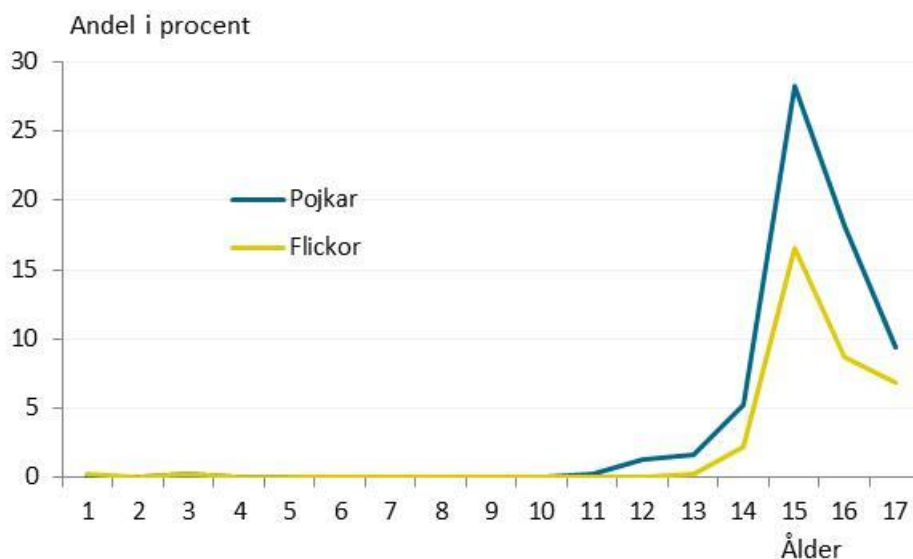
För den som åker skateboard är det hastigheten som avgör var och på vilken sida av vägen man ska åka.

Normalt räknas den som åker skateboard som gångtrafikanter och ska i första hand använda gångbana eller vägren. Finns det ingen gångbana eller vägren ska man använda cykelbana eller körbana. Den som måste använda körbanan bör åka på vänster sida, så att man möter och ser trafiken som kommer emot en.

Men med snabbare tempo förändras förhållandena. Den som håller högre hastighet än gångfart ska i första hand använda cykelbanan där sådan finns. I annat fall ska man använda den högra delen av vägrenen eller körbanan så att man åker i trafikens riktning.

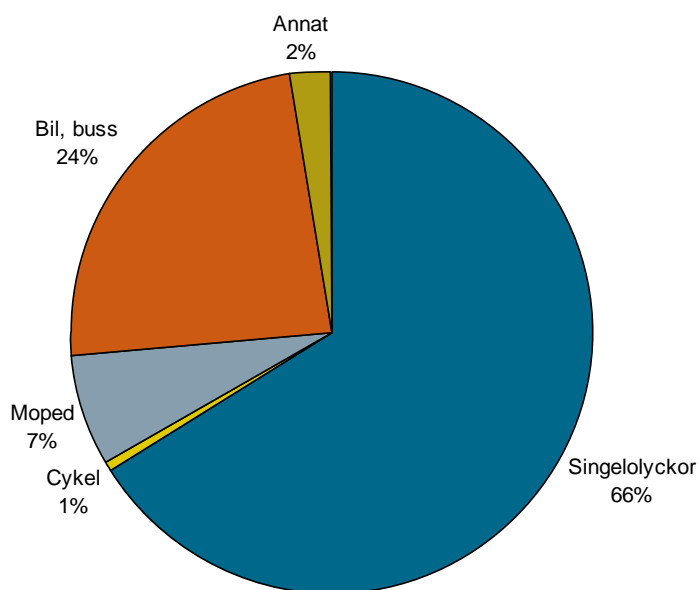
2.8 Moped

Sedan 1970-talet har antalet barn som omkommit i mopedolyckor minskat från mellan 20 till 30 per år till några stycken om året. Av de barn som omkom under perioden 2000 till 2006 hade endast drygt 15 procent använt hjälm på ett korrekt sätt och hälften hade trimmat sin moped. Även alkohol fanns med som en bakgrundsfaktor. Under de senaste åren har ungefär 2 200 barn årligen skadats så allvarligt i mopedolyckor att de behövt uppsöka ett akutsjukhus. Som framgår av nedanstående figur är det 15 åringarna som helt dominerar olycksstatistiken. Två tredjedelar av de skadade barnen är pojkar.



Andel skadade barn och ungdomar i mopedolyckor efter ålder och kön. Källa IDB 2007-2012.

De flesta (nästan 90 procent) mopedolyckorna inträffar under perioden april till oktober med en topp i juni, juli och augusti. Det inträffar något fler mopedolyckor i anslutning till helger än under vardagar. Flest mopedolyckor inträffar på eftermiddagar och kvällar mellan klockan 16 och 23. Totalt leder mopedolyckorna till över 2 000 vårddygn vid landets sjukhus. 17 procent av pojkarna och 12 procent av flickorna som uppsöker akutmottagningen blir inlagda på sjukhus för fortsatt vård. Som framgår av nedanstående figur är två tredjedelar av alla mopedolyckor singelolyckor (utan motpart), en fjärdedel av olyckorna uppstår i kollisioner med bil, lastbil och buss. Därefter följer kollisioner med andra mopeder (7 %).



Andel mopedolyckor efter motpart. Källa IDB 2007-2012.

Hälften av alla mopedolyckor äger rum på en allmän väg eller gata inom tätbebyggt område och 20 procent på allmänna vägar utanför tätbebyggt område. Sex procent av olyckorna sker på cykelvägar och övriga på parkeringsplatser, garageuppfarter, enskilda vägar, trottoarer i fri natur mm.

Kontusioner (blodutgjutningar) är den vanligaste skadan hos flickor följt av sårskador och frakturer. Hos pojkar är frakturer lika vanligt som kontusioner följt av sårskador. Hjärnskakning är dubbelt så vanligt hos flickor som hos pojkar.

Skador på de nedre extremiteterna (framförallt knän) är vanligast hos flickor följt av skador på de övre extremiteterna (armbågar). Pojkar skadar sig i första hand på de övre extremiteterna (handled, hand och armbåge) och i andra hand på nedre (knän). Huvudskador är betydligt vanligare hos flickor än hos pojkar.

Det finns i dag två godkända mopedklasser - klass I och klass II. Båda dessa typer brukar kallas för "EU-mopeder" i dagligt tal, men benämningen används framför allt på klass I-mopeder.

Den 1 oktober 2009 infördes en ny körkortsbehörighet, som kommer att krävas för den som vill börja köra moped klass I, så kallad EU-moped. Samtidigt blev det krav på förarbevis för att få börja köra moped klass II.

Klass I-mopeder får ha en motor på högst 50 kubik och en maxhastighet på 45 kilometer i timmen. Klass I-mopeder skall ha registreringsskylt. Sådana mopeder får inte köras på gång- eller cykelbanor, motorvägar eller motortrafikleder. I första hand ska du köra på väggen, i andra hand på körbanan.

Med en tvåhjulig moped klass II ska du normalt köra på cykelbanan, om inte annat anges. Finns det ingen cykelbana ska du köra på körbanan. En moped klass II är konstruerad för en hastighet av högst 25 kilometer i timmen.

Använd godkänd (CE-märkt) hjälm och den skall vara ordentligt fastspänd! Själklart skall mopeden vara i gott skick. Kontrollera regelbundet däck (mönsterdjup) och bromsar. Mopeden skall inte vara trimmad.

Bilaga: Datakällor

Statistiken som presenteras i denna rapport har framställts från data som samlats in till Socialstyrelsens register som innehåller information om skador och skadehändelser. Dessa register är dödsorsaksregistret, patientregistret och IDB (Injury Database) Sverige.

Dödsorsaksregistret

Registret omfattar alla avlidna personer som vid tidpunkten för dödsfallet var folkbokförda i Sverige, oavsett om själva dödsfallet inträffade inom eller utom landet. I registret ingår därför inte dödfödda, personer som avlidit under tillfällig vistelse i Sverige eller asylsökande som ännu inte fått uppehållstillstånd. I denna rapport redovisas statistik från dödsorsaksregistret för åren 1972–2012. 2012 är det senaste året med tillgänglig statistik.

Patientregistret – slutenvård

Patientregistret innehåller information om samtliga vårdtillfällen där patienten skrivits ut från ett svenskt sjukhus under ett aktuellt år. Till skillnad mot dödsorsaksregistret finns här också information om personer som inte är folkbokförda i Sverige men som vårdats vid svenskt sjukhus. I statistiken i denna rapport redovisas det faktiska antal människor som vårdats vid svenskt sjukhus under olika perioder. I denna rapport redovisas statistik från dödsorsaksregistret för åren 1987–2012. 2012 är det senaste året med tillgänglig statistik.

IDB Sverige

IDB är en sameuropeisk databas (benämns internationellt EURO-IDB) som tillkommit för att förbättra statistiken kring skadehändelser dels inom Europa men också inom respektive medlemsland. EURO-IDB är idag den enda datakällan som innehåller jämförbar statistik kring skadehändelser inom hem- och fritidssektorn. I Sverige utgör IDB en delmängd av patientregistret och innehåller detaljerad information om skadehändelser bland patienter som sökt vård vid ett urval av akutmottagningar och jourcentraler vid sjukhus i Sverige. Statistiken i denna rapport grundar sig på uppgifter från Norrlands Universitetssjukhus i Umeå, Skaraborgs sjukhus med enheterna i Skövde, Lidköping, Falköping och Mariestad samt de tre sjukhusen inom Landstinget i Värmland – Karlstad, Arvika och Torsby. I denna rapport redovisas statistik från IDB Sverige för åren 2009–2012. 2012 är det senaste året med tillgänglig statistik. Anledning till att just denna fyraårsperiod valts är att de sjukhus som deltagit varit desamma under hela perioden, vilket innebär att insamling, kodning och registrering varit homogen, och därför jämförbar för dessa år.

I både dödsorsaksregistret och patientregistret klassificeras skador och skadehändelser enligt WHO:s internationella klassifikation ICD10, på svenska benämnd ICD-10-SE – Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Datainsamling och klassificering skiljer sig mycket åt mellan dessa register. För dödsorsaksregistret gäller att den läkare som konstaterat dödsfallet utfärdar ett dödsorsaksintyg. Detta intyg ska sändas till Socialstyrelsen inom tre veckor efter dödsfallet. Vid Socialstyrelsen skannas och dataregistreras intygen. Diagnosuttrycken på blanketterna genomgår automatisk kodning från klartext till ICD10-kod. Är uppgifterna ofullständiga eller svårtolkade begärs i många fall komplettering från den inrättning där intyget utfärdats. För patientregistret gäller, att den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården senast den 31 mars varje år ska lämna uppgifter om de patienter som under föregående år vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården, eller behandlats inom den del av den öppna vården som inte är primärvård. Klassificering och dataregistrering sker lokalt i sjukvården och uppgifterna rapporteras på datamedia till Socialstyrelsen där de sammanställs till ett register.

ICD-10-SE är uppdelad i ett antal kapitel som indelats efter typ av sjukdom eller skada. Diagnoser över skador återfinns i kapitel 19 ”Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker”. Särskilt intressant för skadehändelser är kapitel 20 ”Yttre orsaker till sjukdom och död” som beskriver yttre omständigheter kring skadan eller sjukdomen och som obligatoriskt ska anges då patientens diagnospanorama innehåller en skadediagnos enligt kapitel 19. Den yttre orsaken kan ses som en beskrivning av den skadehändelse som lett fram till att en person drabbats av skada. Statistiken från dödsorsaksregistret och patientregistret som redovisas i denna rapport härrör från kapitel 20. Kapitel 20 är uppdelat i olika avsnitt som beskriver typ av skadehändelse och om skadan uppkommit genom olycksfall eller varit avsiktligt tillfogad.

Inom IDB Sverige tillämpas en variant av NCECI – Nordic Classification of External Causes of Injuries som är en särskilt framtagen klassifikation att använda för att systematiskt beskriva den rad av händelser och omständigheter som leder fram till att en person skadar sig. Uppgifterna kodas och dataregistreras vid speciella kodningscentra i sjukvården. I IDB Sverige ingår dels medicinska uppgifter som inhämtas från vården, men de flesta uppgifterna lämnas av patienterna själva via en blankett där de får beskriva skadehändelsen. För IDB Sverige redovisas i rapporten nationella uppräkningsdata. Dessa ska ses som skattningar och användas med viss försiktighet, då materialet endast härrör från ett fåtal deltagande sjukvårdsinrättningar som inte utgör ett till fullo representativt urval för Sverige som helhet. Skattningarna ligger sannolikt mycket nära sanningen för de flesta skador och skadehändelser, men det finns givetvis ett flertal typer av skadehändelser som varierar i omfattning i olika delar av Sverige. Detta kan resultera i viss över- eller underrepresentation av det insamlade underlaget som sedan skattas till nationell nivå.

Uppräkningarna till nationell nivå har alltså gjorts för att kunna presentera ett acceptabelt nationellt estimat av ett problems storlek.

IDB Sverige är uppbyggt så att olika kategorier av skador och skadehändelser kan överlappa varandra. Ett exempel på detta kan vara ett barn som fallit från en plint i gymnastiksalen i skolan. Detta barn finns då med i samtliga av följande kategorier – fallolycka, skada i samband med idrott samt skada under skoltid. De olika variablerna i IDB Sverige är alltså inte ömsesidigt uteslutande. Yttre orsak som den används i dödsorsaksregistret och patientregistret kan bara redovisas i en dimension, vilket medför att en och samma person kan bara finnas med i en av de kategorier som redovisas i rapporten, till exempel fallolycka.

