

Äldres skador i Sverige

Äldreskadeatlas med data och trender
på nationell, läns-, kommungrupps- och kommunnivå
1987–2001



Räddningsverket, Nationellt centrum för erfarenhetsåterföring från olyckor
Värmlandsvägen 25, 691 34 Karlskoga

Telefon 0586-623 00, fax 0586-623 01. www.srv.se

Beställningsnummer: I99-104/03. Telefon 054-13 57 10, fax 054-13 56 05
ISBN: 91-7253-203-3



Äldres skador i Sverige

Äldreskadeatlas med data och trender på
nationell, läns-, kommungrupps- och
kommunnivå 1987-2001

Äldres skador i Sverige

2003 Räddningsverket, Karlstad

Utarbetad av

Nationellt centrum för erfarenhetsöverföring
från olyckor, Karlskoga

Kontaktpersoner

Robert Ekman, 0500-42 43 52
Jan Schyllander, 054-13 51 41
Anders Jonsson, 054- 13 52 55

Tryck

Danagårds Grafiska AB, Ödeshög

Utgivningsår

2003 års utgåva

Beställningsnummer

I99-104/03

ISBN

91-7253-203-3

Inledning

För ett säkrare samhälle

Räddningsverkets uppdrag är att arbeta med olycks- och skadeförebyggande åtgärder för att skydda människors liv, säkerhet och hälsa. Vidare arbetar vi för att förhindra och begränsa skador på egendom och miljö. Målet är att antalet olyckor ska minska och att konsekvenserna ska minimeras genom ett systematiskt säkerhetsarbete och effektiva förebyggande åtgärder.

Ingen enskild aktör råder själv över säkerhetsfrågorna utan det krävs att vi tillsammans utvecklar säkerhetsarbetet. Vår ambition är att åstadkomma ett effektivt säkerhetsarbete genom ett gemensamt lärande från skador och tillbud.

En förutsättning för ett säkerhetsarbete som leder till ständig förbättring är faktaunderlag och analyser av olycks- och skadeutvecklingen. Räddningsverket tillhandahåller därför ett antal statistiska produkter varav denna är en av dem. Längst bak hittar du en förteckning över Räddningsverkets statistiska produkter.

Förord

Vi lever längre och är friskare längre. Många äldre lever ett aktivt liv och ägnar sig åt intressen som de inte har hunnit med tidigare. Det gäller föreningsliv, pensionärsverksamhet, studieverksamhet, museibesök med mera. Många äldre ägnar sig åt motion i olika former och vistas ute i naturen. Det är dock viktigt att notera att personskador utgör ett av de största hälsoproblemen bland äldre människor i Sverige. Äldre (65+) svarar för större delen av skadefallen i dödsorsaks- och patientstatistiken. Mer än hälften av alla dödsolyckor och slutenvårdstillfällen efter olyckshändelser drabbar personer som är 65 år eller äldre, trots att dessa endast utgör 18 procent av befolkningen. Speciellt dominerar äldre bland dödsfall på grund av fallolyckor. Nio personer av tio som avlider efter fallolyckor är 65 år eller äldre.

I regleringsbrevet för 2001 fick Räddningsverket i uppdrag att redovisa en samlad bild och bedömning över olycksutvecklingen i Sverige. Uppdraget redovisades i rapporten "Olyckor i Siffror" till regeringen den 14 oktober 2002. I redovisningen pekade Räddningsverket på att äldre är överrepresenterade i nästan samtliga olyckstyper, till exempel bränder, fall, drunkningar, förgiftningar, kvävning och trafik.

Inom barnsäkerhetsområdet har regeringen tillsatt en barnsäkerhetsdelegation, med uppgift att kartlägga vilka skador och olycksfall som drabbar barn och ungdomar, kartlägga vilka som drabbas samt lägga förslag till förbättringar i olika avseenden. Mot bakgrund av olycksutvecklingen för äldre och att denna åldersgrupp blir allt större gjorde Räddningsverket bedömningen att det finns stark anledning för en liknande insats avseende de äldres säkerhet, exempelvis genom inrättande av en äldresäkerhetsdelegation.

Denna atlas omfattar dödsfall och skador orsakade av olycksfall, självtillfogade handlingar eller våldshandlingar och som krävt inläggning på sjukhus. Förhoppningsvis blir atlasen ett värdefullt bidrag till myndigheter och organisationer samt till län och kommuner för att starta eller utveckla skadeförebyggande program, till exempel i ett större och bredare arbete med "En säker och trygg kommun" – A Safe Community. Varje län och kommun kan via äldreskadeatlasen följa utvecklingen i sitt område den senaste 15 årsperioden (1987-2001) och jämföra sig med såväl riket som helhet som med andra län och kommuner.

Atlasen har tagits fram av Robert Ekman (projektledare), Jan Schyllander och Anders Jonsson vid Räddningsverket, Nationellt centrum för erfarenhetsåterföring från olyckor (NCO) i nära samverkan med forskare och praktiker. Uppläggningsen bygger bland annat på en Barnskadeatlas (SOU 2002:99) som Karolinska Institutets institution för folkhälsovetenskap (avdelningen för socialmedicin) tog fram hösten 2002, på uppdrag av Barnsäkerhetsdelegationen.

Grunddata, definitioner och skadeklassificering i bilaga 1 har Anders Karlsson vid Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen svarat för. Kart-, tabell- och statistikbearbetning har skett av Marie Haldorson, Elisabet Gustafsson, Anders Wallgren och Britt Wallgren, Statistiska Centralbyrån. Kapitel 2 har i huvudsak skrivits av Lothar Schelp, Räddningsverket och professor vid Karolinska Institutet. Ragnar Andersson, professor och Syed Moniruzzaman, Karlstad universitet samt Siv Sadigh, Centrum för skadeprevention, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting har skrivit kapitel 3.

Delar av atlasen är framtagen i samråd med Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och Konsumentverket.

Innehåll

Sammanfattning	7
Summary	9
1 Beskrivning av syfte, källmaterial och uppbyggnad	11
1.1 Syfte	11
1.2 Källmaterial	12
1.3 Statistiska metoder	13
1.4 Län och kommuner med lägst respektive högst trendnivå	15
1.5 Vägledning för ytterligare analys	15
2 Introduktion till området äldres säkerhet	18
2.1 Det går åt rätt håll	18
2.2 Problemet	19
2.3 Orsaker	21
2.4 Åtgärder	22
2.5 Kostnader	25
2.6 Prognos	26
3 Äldreskador i ett internationellt perspektiv	27
3.1 Inledning	27
3.2 Höftledsfrakturer	27
3.3 Skador i allmänhet	28
3.4 Oavsiktliga skador (olycksfall)	28
3.5 Avsiktliga skador (våld, självmord med mera)	28
3.6 Diskussion	28
4 Exempel på säkerhetsarbete i samhället	30
4.1 Samhället har satsat – men mer kan göras	30
4.2 Ny lagstiftning	30
4.3 Försöksverksamhet – säkrare kommun	31
4.4 Säker och trygg kommun	31
4.5 Ytterligare exempel	32
5 Ytterligare information om skadeförebyggande arbete	33
6 Redovisning av kartor, tabeller och diagram på nationell, läns-, kommun- grupps- och kommunnivå	34
6.1 Utveckling av dödliga skador på nationell nivå	34
6.2 Utveckling av skador på nationell nivå	36
6.3 Skadeläget i län, inom kommungrupper och kommuner	38
6.4 Skador på länsnivå, kartredovisning	44
6.5 Skador på länsnivå, absoluta tal	54
6.6 Tidsserieanalyser på länsnivå	58
6.7 Skador på kommungruppsnivå, absoluta tal	100
6.8 Tidsserieanalyser på kommungruppsnivå	102
6.9 Kartor, tabeller och diagram på kommunnivå (även CD)	120
Referenser	121

Innehåll

Bilaga 1: Några tekniska förklaringar till indelning och statistik	127
Bilaga 2: Bortfall på nationell, läns-, kommungrupps- och kommunnivå (även CD)	129
Bilaga 3: Åldersrelaterade skadefrekvenser över tid på nationell nivå	133
Bilaga 4: Åldersrelaterade skadefrekvenser över tid på läns-, kommun- grupps- och kommunnivå (även CD)	134
Bilaga 5: Kommungrupper	142
Statistiska publikationer	144

Sammanfattning

Vi lever längre och är friskare längre. Många äldre lever ett aktivt liv och ägnar sig åt intressen som de inte har hunnit med tidigare. Det är dock viktigt att notera att personskador utgör ett av de största hälsoproblemen bland äldre människor i Sverige.

Varför har äldre män (65+) i kommunerna Upplands-Bro (13.4 per 1000 män), Skurup (13.6), Filipstad (14.6), Gnesta (14.7) och Vellinge (15.3) lägst skadenivå i landet medan de i kommunerna Gävle (35.7), Överkalix (35.5), Kiruna (33.4), Vännäs (33.1) och Ale (32.7) har högst skadenivå?

Äldre kvinnor (65+) har i allmänhet högre skadenivå än män, men varför skiljer sig kommunerna åt även här? Lägst skadenivå i landet finns i kommunerna Mark (19.2 per 1000 kvinnor), Ulricehamn (23.5), Tranemo (24.8), Malung (24.9) och Surahammar (25.2). De högsta skadenivåerna däremot uppvisar Arjeplog (49.6), Ale (48.1), Kiruna (47.6), Storuman (47.0) och Härjedalen (46.4).

Även länen skiljer sig åt med olika skadenivåer. De län med lägst skadenivå för äldre män är Blekinge (17.1 per 1000 män), Skåne (18.7), Värmland (18.8), Uppsala (18.9) och Östergötland (19.0) medan de län med högsta skadenivå är Västerbotten (27.2), Gävleborg (26.8), Jämtland (26.5), Norrbotten (26.1) och Västernorrland (25.7).

För äldre kvinnor finns de lägsta skadenivåerna i Blekinge (27.7 per 1000 kvinnor), Östergötland (28.6), Värmland (29.9), Västmanland (30.1) och Skåne (30.7). De högsta nivåerna för äldre kvinnor finns i Västerbotten och Jämtland (39.6), Stockholm (36.7), Norrbotten (36.2) och Västernorrland (35.5).

Äldreskadeatlasen syftar till att överskådligt med kartor, tabeller och diagram visa på olika skadetyper, diagnosen höftledsfraktur samt geografiska skillnader och likheter av fördelningen av äldres skador till följd av olycksfall, självtillfogade handlingar eller våld. Både dödliga skador och skador som krävt inläggning på sjukhus redovisas. Avsikten är också att öka medvetenheten om skaderegistrens existens och vilka möjligheter som finns att använda skadestatistik som planeringsunderlag för förebyggande åtgärder på kommun-, läns- och nationell nivå eller inom vissa samhällssektorer till exempel trafik. Atlasen är också tänkt att stimulera till frågor och diskussioner, som i sin tur leder till handling för att förbättra de äldres situation.

En översiktlig sammanfattning har skett av svenska och internationella fakta och erfarenheter av problemområdet äldres säkerhet samt vilka möjligheter som finns att främja säkerheten och att förebygga skador bland äldre. Det finns ett antal vetenskapliga studier som visar på positiva effekter av skadeförebyggande arbete bland äldre, blanda annat hur antalet fallolyckor har minskat och därmed även antalet höftledsfrakturer.

Ett avsnitt handlar om vägledning för ytterligare analys och här ges tips och idéer till hur man lokalt kan gå vidare och fördjupa kunskapen om skadornas orsaker och utbredning. Varför finns då så stora geografiska skillnader av äldreskadorna? Vilka orsaker finns i samhällsstrukturer? Vi har valt att inte ge oss på en fördjupad analys av de olika geografiska områdenas skademönster och skadeutveckling. Vi vill överlåta detta fortsatta arbete till folkhälsoplanerare, politiker, kommunplanerare, forskare, hälso- och sjukvårdspersonal, pensionärsorganisationer, enskilda personer med flera framför allt på läns- och

Sammanfattning

kommunnivå eftersom orsakerna till skadefallet kan variera högst påtagligt från område till område.

Förhoppningsvis blir denna atlas ett värdefullt bidrag till myndigheter och organisationer samt till län och kommuner för att starta eller utveckla skadeförebyggande program för ökad säkerhet bland äldre.

Summary

We live longer and are healthy longer. Many elderly live an active life and take up interests that they have not had time for previously. It is however important to note that injuries make up one of the greatest health problems among the elderly in Sweden.

Why do elderly men (65+) in the following municipalities: Upplands-Bro (13.4 per 1000 men), Skurup (13.6), Filipstad (14.6), Gnesta (14.7) and Vellinge (15.3) have the lowest injury rates while these municipalities: Gävle (35.7), Överkalix (35.5), Kiruna (33.4), Vännäs (33.1) and Ale (32.7) have the highest levels?

In general, elderly women (65+) have higher injury levels than men, but why do municipalities also differ in this respect? The lowest injury rates are in the municipalities of Mark (19.2 per 1000 women), Ulricehamn (23.5), Tranemo (24.8), Malung (24.9) och Surahammar (25.2). The highest levels are shown in Arjeplog (49.6), Ale (48.1), Kiruna (47.6), Storuman (47.0) and Härjedalen (46.4).

Even at county level we observe different injury levels. The counties with the lowest levels for men are Blekinge (17.1 per 1000 men), Skåne (18.7), Värmland (18.8), Uppsala (18.9) and Östergötland (19.0) while the counties with the highest levels are Västerbotten (27.2), Gävleborg (26.8), Jämtland (26.5), Norrbotten (26.1) and Västernorrland (25.7).

For elderly women the lowest injury levels are in Blekinge (27.7 per 1000 women), Östergötland (28.6), Värmland (29.9), Västmanland (30.1) and Skåne (30.7). The highest levels for elderly women are in Västerbotten and Jämtland (39.6), Stockholm (36.7), Norrbotten (36.2) and Västernorrland (35.5).

The atlas of injuries among the elderly is intended to present various types of injury, the diagnosis hip fracture and geographical similarities and differences in the levels of injury to the elderly as a result of accidents, self-inflicted injury and violence. This information is presented with the help of maps, tables and diagrams. Both fatal injuries and injuries resulting in admittance to hospital are presented. The aim is also to increase awareness of the existence of the injury register and the opportunities for using injury statistics as a basis for planning preventive measures at the municipal, county or national level, or in certain sectors of society, for example traffic. The atlas is also intended to stimulate questions and discussions, which should in turn lead to action to improve the situation for the elderly.

A brief summary is provided of Swedish and international facts and experiences from the area of safety for the elderly and the opportunities to promote safety and prevent injuries. There are a number of scientific studies showing the positive effects of injury prevention among the elderly, among others how the number of falls has been reduced and as a consequence also the number of hip fractures.

One section gives advice for further analysis. Tips and ideas are given for how to progress locally and obtain a deeper understanding of the extent of injuries and their causes. Why are the geographical differences in injuries to the elderly so large? Which causes can be found in social structures? We have chosen not to go into a deeper analysis of the injury profiles of the various geographical areas and how they have changed over time.

Summary

We would like to leave the continuation of this work to health planners, politicians, municipal planners, researchers, health workers, organisations for the elderly, and individuals above all at county and municipal levels, since the causes of the injury level vary so much from one area to another.

Hopefully this atlas will be a valuable contribution to authorities at national, regional and local levels together with other organisations that are starting or developing injury prevention programs for better safety among the elderly.

1 Beskrivning av syfte, källmaterial och uppbyggnad

Vi lever längre och är friskare längre. Medellivslängden är nu 78 år för män och 82 år för kvinnor. Om man har uppnått 65 års ålder har en man i genomsnitt 17 återstående levnadsår och en kvinna 20 år kvar att leva. De äldres självrapporterade hälsa har förbättrats under de senaste 20 åren enligt Folkhälsorapport 2001 (Socialstyrelsen 2001). 92 procent av de pensionärerna bor kvar i den egna bostaden och många klarar sig helt själva långt upp i åldrarna. Endast 7,7 procent av befolkningen 65 år eller äldre bor i särskilt boende och 7,9 procent av befolkningen 65 år eller äldre behöver hjälp av hemtjänsten. För personer 80 år eller äldre är det 20 procent som bor i särskilt boende och 18,3 procent som har hemtjänst.

Många äldre lever ett aktivt liv och ägnar sig åt intressen som de inte har hunnit med tidigare. Det gäller föreningsliv, pensionärsverksamhet, studieverksamhet, museibesök med mera. Många äldre ägnar sig åt motion i olika former och vistas ute i naturen. Utvecklingen innebär att äldre är betydligt mer aktiva allt längre upp i åldrarna. Ökade aktiviteter innebär bättre allmänkondition, bättre balans och starkare skelett.

Eftersom de äldre bor kvar i den egna bostaden som kanske inte är helt anpassad till den äldre människan finns risker för fallolyckor till exempel. Samhället ska genom olika insatser försöka förebygga olyckor i så stor omfattning som möjligt. Men det är viktigt att riskerna inte utmålas som större än vad de verkligen är. Det får inte leda till att äldre blir rädda och inte vågar leva ett aktivt liv. Det är farligare för hälsan att *inte* leva ett aktivt liv.

Personskador utgör ett av de största hälsoproblemen bland äldre människor i Sverige. Äldre (65+) svarar för större delen av skadefallen i dödsorsaks- och patientstatistiken. Mer än hälften av alla dödsolyckor och slutenvårdstillfällen efter olyckshändelser drabbar personer som är 65 år eller äldre, trots att dessa endast utgör 18 procent av befolkningen. Speciellt dominerar äldre bland dödliga fallolyckor. Nio personer av tio som avlider efter fallolyckor är 65 år eller äldre. Andelen äldre i befolkningen kommer dessutom att öka kraftigt de närmaste decennierna.

1.1 Syfte

Denna äldreskadeatlas syftar till

- att överskådligt med kartor, tabeller och diagram visa på olika skadetyper, diagnosen höftledsfraktur samt geografiska skillnader och likheter av fördelningen av äldres skador till följd av olycksfall, självtillfogade handlingar och våld/övergrepp och som krävt inläggning på sjukhus i Sverige
- att öka medvetenheten om skaderegistrens existens och vilka möjligheter som finns att använda skadestatistik som planeringsunderlag för förebyggande åtgärder på kommun-, läns- och nationell nivå eller inom vissa samhällssektorer till exempel trafik
- att stimulera till frågor och diskussioner, som i sin tur leder till handling för att förbättra de äldres situation.

1 Beskrivning av syfte, källmaterial och uppbyggnad

Atlasen omfattar inte skador som endast behandlats på sjukhusens mottagningar, inom privatvård, på vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar eller inom tandvård, så kallad öppen vård.

En översiktlig genomgång har skett av svenska och internationella fakta och erfarenheter av såväl problemområdet äldres säkerhet som vilka möjligheter som finns att främja säkerheten och att förebygga skador bland äldre.

1.2 Källmaterial

Atlasen bygger på Dödsorsaksregistret (DOR) respektive Patientregistret (PAR). Dessa ger möjligheter att följa utvecklingen av dödliga skador och skador som leder till behandling inom slutna offentlig sjukhusvård. Båda registren är rikstäckande och ger till exempel möjligheter att följa skadestatistik över tid.

Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum, EpC, har ansvaret för båda registren. En utförlig genomgång av hur bevakning av dessa register hanteras redovisas i EpC-Rapport 2000:2 "Att följa och analysera självmord" (Socialstyrelsen & Folkhälsoinstitutet, 2000).

Atlasen redovisar dödsorsaker 1987–2000 och slutenvård (utskrivna äldre (65+) som varit inlagda på sjukhus minst ett dygn) 1987–2001 först för hela landet och därefter för antalet slutenvårdade patienter fördelade efter län och kommungrupper (enligt Svenska Kommunförbundets indelning, Bilaga 5).

Materialet omfattar totalt 28 430 dödsfall (år 1987: 2 089, år 2000: 2 028) till följd av skador samt 684 176 personer som skadats (år 1987: 40 515, år 2001: 48 429) och vårdats minst ett dygn på sjukhus. Varje patient har endast räknats en gång under året, vilket innebär att varje patient bara kan bidra med en skada per skadediagnos under ett år även om patienten krävt inläggning på sjukhus fler gånger. Således redovisas ett minimiantal av skador. Denna redovisningsform har valts i nära samråd med Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen.

Antalet döda redovisas per 100 000 äldre (65+) på nationell nivå fördelat på dödsorsaker och kön.

Materialet ur patientregistret beskrivs på nationell nivå, länsnivån samt på kommungruppsnivå för huvudsakliga skadeorsaker som till exempel vägtransportolycka, fallolycka samt övergrepp/våld. En vanligt förekommande diagnos; höftledsfraktur, har tagits med. Incidensen eller risken definieras som antalet utskrivna från sjukhus per 1 000 personer 65+ och år inom respektive geografiskt område.

Materialet på nationell-, läns- och kommungruppsnivå är fördelat efter åldersgrupperna 65-79, 80+ samt kön. Dessutom beskrivs tidstrender (förändringar) under åren 1987 till 2001, det vill säga under en 15 års-period.

På kommunnivå presenteras det statistiska materialet på bilagd CD-skiva. Där ingår åldersgruppen 65+, fördelad på kön och samtliga skadetyper sammanslagna.

Trendnivå år 2001 har jämförts med trendnivån 1997 med utgångspunkt i 97 års värde, för att kunna utläsa eventuella procentuella förändringar.

Kartorna visar kommuner och län indelade i fyra grupper efter skadefrekvens med

fördelning på kön och trendnivå år 2001. De fyra grupperna är kvartiler, det vill säga samtliga kommuner respektive län har rangordnats från högsta trendnivå till lägsta och sedan delats i fyra grupper med lika många kommuner/län i varje grupp.

Redovisningen i atlasen gäller den skadades folkbokföringsort (hemkommun/län) och inte den ort där skadan/olyckan inträffade. Svensk forskning visar att skadeplats i de flesta fall sammanfaller med hemkommun.

Statistiken är åldersstandardiserad (för att eliminera befolkningsförändringar under mätperioden) så att en relevant jämförelse kan ske över tid samt mellan geografiska områden i landet (Socialstyrelsen 2002). Antalet skadade i atlasen i absoluta tal ökar totalt med 7 914 år 2001 jämfört med 1987. Efter standardisering av statistiken visar vissa resultat minskade skadeincidenser (risker) hos de äldre, även om det faktiska antalet ökat. I tabellbilagorna 3 och 4 redovisas statistiken enbart åldersrelaterad, det vill säga antalet skador dividerat med antalet invånare inom respektive åldersgrupp.

1.3 Statistiska metoder

Över 1000 tidsserier med data från en 15-årsperiod (1987-2001) har framställts. Vilken kunskap finns i denna stora mängd av data? Hur tydliggör och förmedlas denna kunskap?

De metoder vi valt att använda för dessa syften är dels metoder för att analysera tidsserier och dels metoder för grafisk presentation.

Datamaterialet har bearbetats i följande steg:

- Åldersstandardiserade skadefrekvenser per 1000 personer beräknas för kvinnor och män var för sig.
- Serierna bortfallskorrigeras. Uppgifter om skadetyper saknas för en viss andel av olyckorna. Bortfallsandelen varierar över tiden och mellan kommuner. För att inte jämförelserna skall störas av detta har alla serier korrigerats för eventuellt bortfall.
- För vissa nybildade kommuner har serierna kedjats bakåt med värden från den gamla kommunen. Dessa kedjade värden är nödvändiga för att kunna beräkna trender, men visas inte i diagrammen.
- Slutligen har trender skattats för serierna.
- Tidsseriediagram med skattade trender har tagits fram.
- Statistiska kartor för varje län och kommun har skapats.
- Tabeller med jämförbara mått har beräknats länsvis och kommungruppsvis.

Tidsserier med antal faktiska skador (åldersstandardiserat antal per 1000 personer) beror på den underliggande skaderisken. Men även om skaderisken i en viss kommun skulle ligga på samma konstanta nivå under alla 15 år, så skulle tidsserien med faktiska skador variera slumpmässigt mellan åren. För små kommuner med få invånare blir den slumpmässiga variationen kraftig, medan i stora kommuner med många invånare blir slumpvariationen mindre störande. I bild 1 och 2 nedan illustreras detta. För att inte data avseende faktiska värden ska övertolkas skattas trender för varje serie, och avsikten är att dessa skattade trender beskriver hur skaderisken förändrats under perioden.

1 Beskrivning av syfte, källmaterial och uppbyggnad

Uppgången 96-97 i bild 1, som visar skadefrekvenser som varierar kraftigt från år till år, ska inte tolkas som att skaderisken har ökat från 1996 till 1997, utan uppgången kan vara en naturlig variation. Den långsiktiga utvecklingen beskrivs av den skattade trendkurvan som visar på en minskande skadefrekvens. Bild 2 är ett exempel på att skadefrekvensen är mer stabil i en region med många invånare.

Skador av ett visst slag, faktiska värden och skattade trender

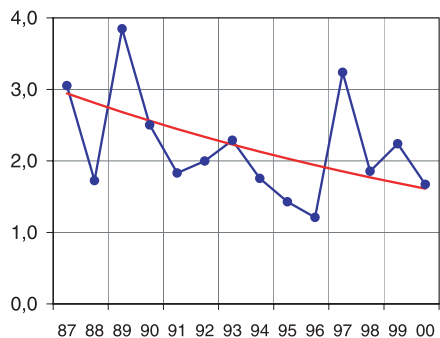


Bild 1. Region med få invånare, Antal skadade per 1000 personer

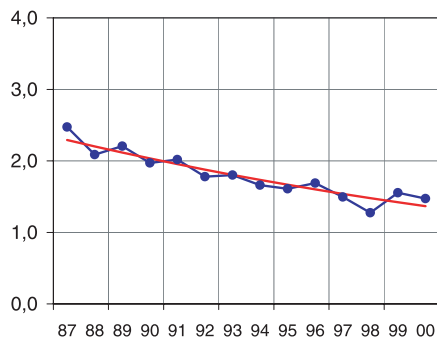


Bild 2. Region med många invånare, Antal skadade per 1000 personer

Hur har vi skattat trenderna? Med endast 15 värden kan inte modeller med många parametrar skattas på ett tillförlitligt sätt. Med tidsserieanalysprogrammet SEATS skattas trenden med hjälp av så kallade ARIMA-modeller. Det här tidsserieprogrammet används allmänt inom den Europeiska unionen, och rekommenderas av unionens statistikmyndighet, EUROSTAT. Programmet med dokumentation finns på <http://www.bde.es/> (klicka på *Service to the general public* och därefter *Software distribution*).

Alla fyra exempel i bilderna ett till fyra har samma typ av ARIMA-modell med endast en använd parameter. Beroende på seriens karaktär kan den skattade trenden få olika utseende:

- I bild 1 och 2 har vi fått trender med konstant minskning under perioden.
- I bild 3 har vi fått en trend med konstant nivå under hela perioden, vilket skall tolkas som att det inte finns belegg för att skaderisken har förändrats. I de fall vi redovisar en skattad trend med konstant nivå är det inte statistiskt säkerställt att skaderisken har förändrats under perioden
- I bild 4 slutligen har ARIMA-modellen gett en trend som böljar upp och ned under perioden.

Skador av ett visst slag, faktiska värden och skattade trender

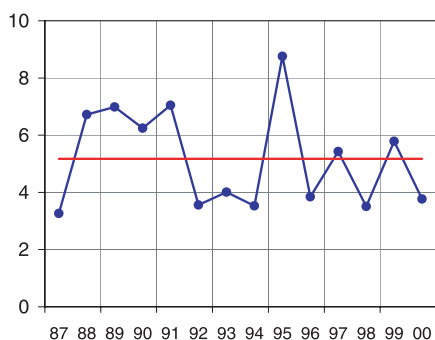


Bild 3. Antal skadade per 1000 personer

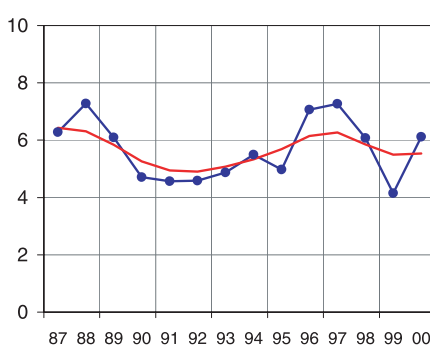


Bild 4. Antal skadade per 1000 personer

Hur ska resultaten av analysen tolkas? Med hjälp av tabellerna och diagrammen kan följande jämförelser göras:

- Jämför trendens nivå. Den mest aktuella nivån avser år 2001. Varför ligger den aktuella regionen över eller under andra jämförbara regioner?
- Är trenden i den aktuella regionen ökande eller avtagande? I tabellerna redovisas den procentuella förändringen mellan 1997 och 2001.
- Hur har trenden i den aktuella regionen utvecklats under hela perioden?

1.4 Län och kommuner med lägst respektive högst trendnivå

För att stimulera till diskussioner på kommun- och länsnivå om skadeläget redovisas de 30 kommuner med lägst trendnivå år 2001 och de 30 med högst. Motsvarande sammanställning har skett för länen samt inom kommungrupper. Uppgifterna baseras på den tillgängliga statistik som de svenska offentligt drivna sjukhusen/landstingen redovisar.

1.5 Vägledning för ytterligare analys

I atlasen presenteras grundläggande data över skadornas utbredning och utveckling. Vi kan följa antalet skador över hela 15 års perioden och även frekvenser av skador per 1000 invånare 65+. Statistiken är standardiserad för ålder så att exempelvis inte stora förändringar i in- och utflyttningar i kommunerna påverkar skadeutvecklingen. Även den verkliga skadenivån per 1000 invånare 65+ redovisas i bilagorna 3 och 4.

För att få vägledning för ytterligare analys av materialet kan kontakt förslagsvis tas med de epidemiologiskt ansvariga inom respektive landsting eller region (Samhällsmedicin eller Folkhälsoenhet) för att få stöd med att ytterligare fördjupa analysen av de äldres skademönster. Inom många landsting finns antingen regionala eller lokala skaderegistreringar av akutvårdade patienter vid sjukhusens akutmottagningar eller primärvårdens vårdcentraler. Dessa skaderegistreringar kan ge mer detaljerad information om skadetyper, ålders och könsfördelning och geografisk fördelning, samt om förekomsten av lättare skador där patienten får gå hem efter läkarbesöket utan att behöva sluten sjukvård.

Dessa skaderegistreringar har ofta en så kallad klartextbeskrivning där patienten med några ord eller meningar beskriver hur händelseförloppet vid olyckan har gått till. Dessa beskrivningar ger ofta en mycket god information om skadeförloppet och är användbara i det praktiska förebyggande arbetet. Vi vill här också poängtera vikten av att allt statistikmaterial gällande patienternas skador givetvis är avidentifierat. Det går inte att läsa ut någon enskild patients skada i detta material. En noggrann genomgång av sekretesskyddet med ansvarig klinikchef eller chefsläkare, har skett vid genomförandet av varje skaderegister.

Även medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, i kommunen kan ha tillgång till exempelvis statistik över fallolyckor bland äldre.

Exempelvis kan en enskild kommunal tjänsteman, en pensionärsorganisation eller en studiecirkel kontakta sitt landstings folkhälsoenhet eller ett universitet med folkhälsoveten-

1 Beskrivning av syfte, källmaterial och uppbyggnad

skaplig/socialmedicinsk kompetens och söka samarbete gällande kartläggning av skador. Även inom kommunernas ekonomi- och planeringsavdelningar finns stor vana att hantera statistik. Förfarandet är en god grund för ett effektivt säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande arbete. Kunskap om hälsa eller ohälsa i befolkningen är ytterst viktig för att genomföra ett förändringsarbete, som till exempel att registrera och förebygga olycksfall. Många goda exempel finns på hur ett framgångsrikt äldre-säkerhetsarbete kan utformas, se kapitel 2 "Introduktion till området äldres säkerhet".

Utvecklingen av skadors utbredning, till exempel höftledsfrakturer, kan beskrivas och beräknas på flera alternativa sätt. Här anges mycket förenklat några olika metoder för att följa skadeutvecklingen över en tidsperiod:

- Enkel linjär regression, se ex. (Svanström et al. 1996).
- Panelkonstruktion med kön, ålder och geografiskt område med tillhörande tidstrender. Såväl linjära som kvadratiska trender övervägs i den statistiska modellen liksom multipla samband, se ex. (Welander et al. 2001).
- Med tidsserieanalysprogrammet SEATS skattas trend med hjälp av så kallade ARIMA-modeller (SOU 2002:99).

Statens folkhälsoinstitut har gjort en sammanställning, avsedd att ge stöd för kommunernas folkhälsoplanering, benämnd: "Kommunala basfakta för folkhälsoplanering". Kommunala basfakta innehåller statistik indelad efter ett antal områden som har betydelse för människors hälsa (bestämningsområden). Statistiken presenteras på två sätt:

- Faktablad för varje kommun med färdiga tabeller.
- Datablad med bearbetningsbara tabeller för varje kommun.

Sammanställningen finns på följande webbadress: <http://www.fhi.se/basfakta/basfakta.asp>

För att ytterligare ge vägledning för analys av skillnader i skadeutfall på lokal nivå kan nedanstående frågeställningar vägas in i tolkningen av resultaten i atlasen.

- **Ekonomiska faktorer** - vi vet att låginkomsttagare är mer utsatta för vissa typer av olyckor än höginkomsttagare (ekonomisk trygghet). Vid internationella jämförelser av olycksutveckling ser vi tydligt att välfärden spelar en avgörande roll
- **Sociala faktorer** - levnadsvanor såsom bruk och missbruk av alkohol, andra droger och läkemedel misstänks i ökande grad utgöra en bestämningfaktor till olyckor. Även utbildningsnivå, sociala relationer har betydelse för olycksutvecklingen
- **Etniska faktorer** - invandrare har ofta ett språkligt handikapp som kan påverka utsattheten. Vissa kulturella skillnader kan påverka beteenden och anpassningen till vårt samhälle
- **Demografiska faktorer** - skademönstret för män respektive kvinnor skiljer sig. Könsfördelningen i olika kommuner har därför betydelse. Även åldersfördelning inom olika studerade klasser har betydelse
- **Geografiska faktorer** - skillnader finns mellan glesbygd och storstad samt mellan nord och syd. En orsak kan vara att närhet och tillgänglighet till sjukvård påverkar vårdkonsumtionen, en annan kan vara skillnader i klimat

1 Beskrivning av syfte, källmaterial och uppbyggnad

- **Kvaliteten i registreringen** - även om vi bortfallskorrigerar återstår betydande skillnader mellan olika vårdenheter och mellan olika landsting, samt problem med totalbortfall
- **Slumpen eller stokastiska faktorer** - vid jämförelser mellan enstaka år och mellan små kommuner spelar ofta slumpen en avgörande roll. En enstaka större händelse kan i sådana fall ge ett stort utslag

Styrkan hos ovan nämnda faktorer varierar. De är dessutom kopplade sinsemellan. Till exempel är utbildning och etnisk bakgrund starkt kopplade till den ekonomiska faktorn. Geografiska och demografiska faktorer är också ofta kopplade.

2 Introduktion till området äldres säkerhet

2.1 Det går åt rätt håll

Personskador, handikapp och död på grund av olyckshändelser har totalt minskat under de senaste åren i Sverige. Den allmänna minskningen av olycksfallsskador kan bland annat vara resultatet av organiserade säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande åtgärder i det svenska samhället på lokal, regional och nationell nivå.

Fallolyckor uppvisar dock en ökning, framförallt bland äldre människor. Ökningen gäller för såväl kvinnor som män (Räddningsverket 2002). Här kan dock en del av förklaringen under de senaste åren vara övergången till en ny klassifikation av skador, från ICD-9 till ICD-10, det vill säga en så kallad klassifikationseffekt. Se bilaga 1, avsnitt 1.3 Skada efter Fallolycka – ändringar i klassifikationen.

Det finns alltså ett behov av systematiska kunskapsöversikter om framgångsrika interventioner bland äldre. Randomiserade (slumpmässiga) kontrollerade försök ger de mest tillförlitliga kunskaperna om effekten av åtgärder.

Inom det säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande arbetet har ett trettiotal utvärderade åtgärder för att förebygga fallolyckor identifierats. Några forskningsresultat med syfte att reducera fallolyckor och deras konsekvenser kan sammanfattas enligt följande (Effective Health Care 1996).

Studier om äldre som deltagit i motionsprogram uppvisar en 10 procentig lägre risk att falla än kontrollgruppen. Äldre människor i balansträning och Tai Chi faller 25 procent respektive 37 procent mindre än kontrollgruppen. Hembesök och bedömning av säkerheten i bostaden samt åtgärder för att minska riskerna som interventionsmetod kan signifikant reducera fallolyckor bland äldre.

Kombinerade säkerhetsfrämjande åtgärder bestående av hembesök, förändrad medicinering, eliminering eller modifiering av riskerna i boendemiljön och motionsprogram kan reducera fallolyckorna med 21 procent (Tinetti et al. 1994).

Kontrollerade förebyggande program för äldre i olika vårdinrättningar riktade mot flera riskfaktorer har visat en 23 procentig riskreduktion för fallolyckor (Gillespie et al 1997).

Tekniska åtgärder såsom användning av mjuka skyddskuddar runt höfterna (hip protectors) kan medföra en 66 procentig reduktion av riskerna för lårbenshalsfraktur i samband med fallolycka bland äldre på vårdhem (Lauritzen 1993). En senare kontrollerade studie från Finland visar en reduktion med mer än 80 procent om höftskyddet (här med hårda skyddsplattor) användes vid tidpunkten för en fallolycka (Kannus et al. 2000).

Kostens betydelse för att förebygga skador bland äldre har främst studerats i kliniska försök (Gillespie et al. 1996). Ett sätt att genomföra dessa åtgärder är att öka exponeringen för solljus och öka konsumtionen av matvaror rika på kalcium och D-vitamin. Resultaten pekar på att det finns möjligheter att förebygga frakturer hos äldre genom kosttillskott (Haglund, Svanström 1999).

Befolkningsorienterade skadeförebyggande program med kvasiexperimentell design (försöks- och kontrollområde) har genomförts i några lokalsamhällen i Sverige. Studierna är vetenskapligt kontrollerade och tidsbegränsade ur interventions- och evaluerings-synpunkt (förebyggande- och utvärderingssynpunkt).

Falköpings skadeförebyggande program har genom ett antal vetenskapliga studier visat en reduktion av skador i befolkningen med närmast trettio procent (Schelp 1987, Schelp 1989, Svanström et al. 1996). Olycksfallsskador i boendemiljön har minskat med 27 procent, arbets- och trafikolycksfall har reducerats med 28 procent vardera. En kraftig minskning har dessutom observerats för olycksfallsskador bland äldre på institutioner. I studien från 1996 visas sammantaget på en fortsatt låg skadenivå, motsvarande den för 1982. I denna atlas syns ingen förändring i Falköping bland inlagda patienter (65+).

Lidköpings skadeförebyggande program redovisar bland äldre en signifikant minskning av fallolyckor med 6,6 procent per år för kvinnor och med 5,4 procent per år för män under en femårsperiod. Sverige som helhet har uppvisat en ökande trend under samma tidsperiod (Svanström et al 1996). Enligt atlasen visar kommuntrenden för samtliga skadetyper sammantaget en viss ökning från strax under 20/1000 till 25/1000 under perioden för äldre män 65+. Ingen förändring förekommer för kvinnor.

Det skadeförebyggande programmet i Falun visar en skadereduktion i hela befolkningen och en reduktion av höftfrakturer bland äldre. Motsvarande skadereduktion har inte observerats i grannkommunerna och riket under studieperioden (Bjerre, Sandberg 1998, Bjerre, Schelp 2000). Ingen förändring i trenden syns för män, enligt atlasen, men nedgången för kvinnor under första delen av studieperioden byts i en uppgång under periodens senare del.

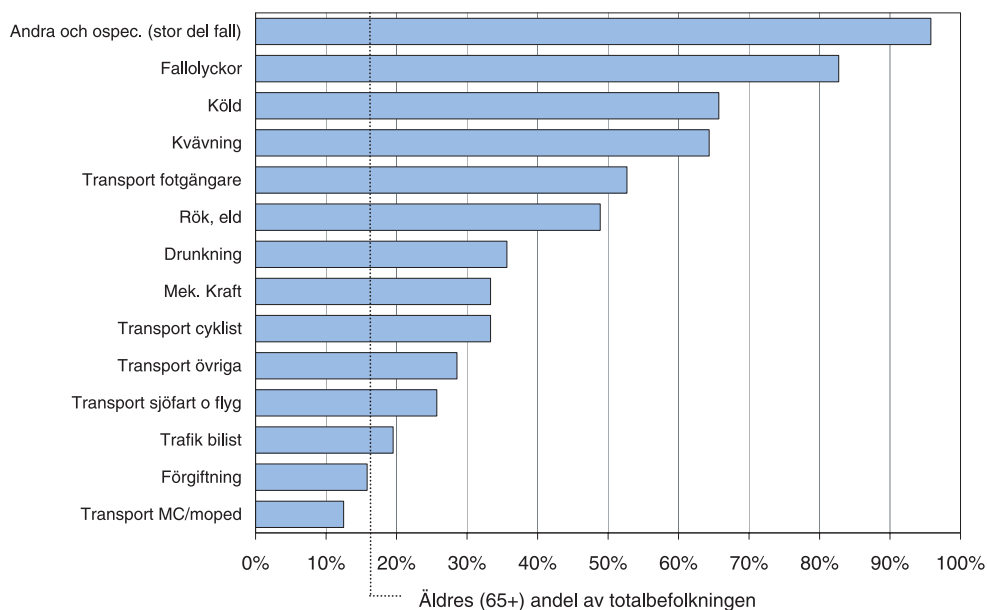
Motalas skadeförebyggande arbete har resulterat i en kraftig minskning av olycksfallsskador i hela befolkningen. Skador bland äldre har minskat i jämförelse med en kontrollkommun. Skadornas kostnader har beräknats för kvinnor och män i olika åldersgrupper (Lindqvist et al. 1996, Lindqvist et al. 1999, Lindqvist et al. 2001, Lindqvist et al. 1999). Äldreskadeatlasen visar ingen skillnad i kommuntrend för män respektive kvinnor 65+.

2.2 Problemet

Personskador utgör (jämte i huvudsak tumörsjukdomar och hjärt/kärlsjukdomar) ett av de största hälsoproblemen bland äldre människor i Sverige. Äldre svarar för större delen av skadefallen i dödsorsaks- och patientstatistiken. Mer än hälften av alla dödsolyckor (57%) och slutenvårdstillfällena (51%) är till följd av att olyckshändelser drabbar personer 65 år eller äldre, trots att dessa bara utgör 18 procent av befolkningen.

2 Introduktion till området äldres säkerhet

Andel (i procent) av samtliga dödade i olyckor i åldersgruppen 65 år eller äldre, uppdelat på olika händelsetyper, Sverige 2000



Källa: Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum, Dödsorsaker 2000.

Speciellt dominerar äldre bland dödliga fallolyckor. Nio personer av tio som avlider på grund av fallolyckor är 65 år eller äldre.

- Fallolyckor utgör 40 procent av det totala antalet olycksfallsskador bland äldre och inträffar framför allt i boendemiljön.
- Varje år inträffar totalt mellan 17 000-18 000 höftledsfrakturer i landet vilka kräver omkring 50 000 vård dagar (Folkhälsoinstitutet 1996).
- Sex procent av långvårdspatienterna har brott på lårbenshalsen som huvuddiagnos.
- Jämfört med åldersgruppen 65-69 år ökar incidensen för fallolyckor drygt 1,5 gång i nästa 5-års grupp. I åldern 75-79 år är risken tre gånger större, i gruppen 80-84 år fem gånger större och i åldersgruppen 85 år och däröver 8,5 gånger större (Socialstyrelsen 1991).
- Var tredje kvinna, som blir över 80 år, drabbas någon gång i sitt liv av en höftfraktur (Socialstyrelsen 1997).
- En SBU-utredning (Statens Beredning för Utvärdering av Medicinsk Metod) visar att efter ett år har endast 50 procent av höftfrakturpatienterna återfått samma funktionella förmåga som före frakturen (SBU 1995). Dessa patienter har även ökad dödlighet jämfört med befolkningen i övrigt.

I trafiken dödas eller skadas äldre oftare som oskyddade trafikanter (cyklister och fotgängare) än någon annan åldersgrupp. Över hälften av de cyklister och hälften av de fotgängare som dödas i trafiken utgörs av äldre (Schelp et al. 1994). Motsvarande gäller också för äldre som omkommer i bränder (Räddningsverket 2001).

2.3 Orsaker

Orsaksbilden är komplex när det gäller personsador bland äldre. Både bostaden, närmiljön och deras fysiska utformning samt den äldres ålder, hälsotillstånd, livsstil, kön och civilstånd påverkar skaderisken.

Biologiskt åldrande yttrar sig generellt i en rad förändringar av organismens sammansättning och mekaniska egenskaper till exempel som: Minskad vattenhalt i vävnaderna, urkalkning av skelettet, minskad elasticitet i hud, brosk och bindväv (Socialstyrelsen 1991). Det naturliga åldrandet medför vissa förändringar av såväl fysiska som psykiska funktioner. Detta tillsammans med en försämring av hörsel och syn samt andra sjukdomstillstånd medför en nedsättning av den fysiska prestationsförmågan och ökar risken för skador. Förändringar i skelettet bidrar i stor utsträckning till att skadorna blir allvarligare med ökad ålder. Sämre energiupptagande förmåga i muskel- och fettvävnad, mindre rörlighet i muskler och leder, sämre reaktionsförmågan för att kunna parera ett fall med mera kan öka risken för en olyckshändelse. Skadans allvarlighetsgrad påverkas främst av ett skört skelett, hårdheten av underlaget samt ålder och kön.

De mest betydelsefulla riskfaktorerna för fall och fallrelaterade skador bland äldre är en sjukhistoria som innefattar tidigare fall, nedsatta kognitiva funktioner (intellektuella funktioner som tänkande, minne med mera.), kronisk sjukdom, balans- och yrselrubbningar, ett lågt body-mass index (bland annat minskade fett- och muskelvävnader som dämpande skydd), kön – kvinna (Tinetti et al. 1995), allmän skörhet (Speechley et al. 1991), användning av psykofarmaka (Thapa et al. 1995) och risker i boendemiljön (Tinetti et al. 1995). Allmänt vet läkarkåren också att laxermedel och blodtrycksmedicin som diuretika leder till yrsel och balansrubbningar.

De faktorer i boendemiljön som bidrar till fallskador är främst bostadsutformning, bostadens utrustning och inredning, belysningsförhållanden och bristande handikappanpassning av den inre och yttre miljön. Många allvarliga skador bland äldre inträffar i trappor såväl inom- som utomhus. Faktorer som bidrar till olyckshändelser är dels trappans utformning, trappstegens ytbeklädnad, trappbelysningens placering och ljusstyrka, typ av ledstång samt en del individuella faktorer såsom den äldres rörelseförmåga, fotbeklädnad med mera.

En studie från Malmö visar att den viktigaste indikatorn för risken att drabbas av en höftledsfraktur är ensamhet. Den faktor som spelar störst roll för en lyckosam rehabilitering efter operation och sjukhusvistelse, är möjligheten att själv kunna gå och handla i affären som före skadan (Sernbo 1988). Det finns flera indikatorer på att ett rikt socialt nätverk betyder mycket för att motverka inaktivitet och därmed brister i till exempel fysisk aktivitet och reaktionsförmåga, vilket ökar frakturnrisken hos äldre.

I den yttre miljön är det framför allt trafiken som utgör risk för olycksfallsskador. Trafikmiljöns utformning är av avgörande betydelse för de äldres möjlighet att ta sig fram. Även här gäller att de äldre ofta ser och hör sämre, har längre reaktionstider och behöver längre tid för att ta sig över en gata (Schelp 1983, SOU 1984:44, Schelp 1987).

2.4 Åtgärder

Säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande arbete kan genomföras på olika nivåer, till exempel individ eller gruppnivå, organisations- och lokalsamhällsnivå samt nationell nivå. Ansvaret för det organiserade säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande arbetet i samhället är fördelat mellan många aktörer.

Det uppdelade ansvar som råder inom området ställer krav på koordinerade insatser på samtliga nivåer. Sociala och fysiska miljöer är tillsammans med levnadsförhållanden och levnadsvanor viktiga områden för åtgärder (Folkhälsoinstitutet 1988).

Personskador till följd av olyckshändelser förebyggs effektivast i de miljöer där de inträffar. I många av miljöerna där skador uppkommer är kommunen ansvarig. Ett effektivt förebyggande arbete förutsätter ett nära samarbete mellan olika kommunala organ på alla nivåer och mellan kommun och landsting. Hälso- och sjukvården kan bidra med sin kunskap och kan bland annat ge kommunerna epidemiologiskt underlag för att lokalisera särskilda riskgrupper och riskmiljöer genom registrering av skador. Det epidemiologiska underlaget kan också användas för att följa upp resultat av genomförda säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande åtgärder.

Genom Ädel-reformen fick kommunerna ansvaret för den samlade äldreomsorgen. I propositionen betonades emellertid att primärvården har ett ansvar för förebyggande insatser för äldre. I socialtjänstlagen sägs att kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för äldre som på grund av fysiska, psykiska eller andra skäl har särskilt behov av service och omvårdnad. Kommunen ska svara för en god hälso- och sjukvård för dessa grupper. Eftersom landstingen alljämt ansvarar för läkarvården krävs en god samverkan mellan huvudmännen.

Erfarenheterna visar att tvärssektoriellt arbete är nödvändigt vid program för att förebygga skador bland äldre. I det tvärssektoriella arbetet kan förutom kommun (äldreomsorg men också gatu- och fastighetskontor, räddningstjänst) och landsting (primärvård) också ingå representanter för de äldres organisationer samt handikappsorganisationer, lokalt även fastighetsägare, apotek med flera.

Säkerhetsfrämjande arbete för att reducera fallolyckor och resulterande skador hos äldre kan genomföras på olika sätt. Man kan reducera fallolyckorna genom:

- att de äldre ökar sin fysiska aktivitet,
- att bedöma skaderisker och åtgärder i olika boendemiljöer för äldre och
- att förändra fotbeklädningen hos de äldre.

För det andra kan man reducera skadorna till följd av fallolyckor genom:

- kostinterventioner (förebyggande arbete som kostutbildning till personal, upplysning till äldre och deras anhöriga),
- riskbaserad förskrivning av läkemedel (t.ex. psykofarmaka, diuretika, laxermedel)
- skydd runt höfterna.

För det tredje kan man se på möjligheter att förbättra vården för dem som redan drabbats (Haglund, Svanström 1999).

På svenskt initiativ lanserades år 1989 konceptet om ”En säker och trygg kommun” som ingår som en viktig strategi i Räddningsverkets nationella och WHO:s globala

skadeförebyggande program. Detta är en modell för skadeförebyggande arbete i lokalsamhället och en viktig metod för att nå ut till breda grupper av aktörer som på olika sätt kan bidra till och påverka det skadeförebyggande arbetet (Havanonda et al. 1989).

Grundidén är att bygga på de befintliga strukturer (sociala, ekonomiska, politiska) och organisationer som finns i ett samhälle, en kommun, en kommunal eller stadsdel (Klang et al. 1992). I detta arbete spelar stödande miljöer, som tar sikte på människors livsvillkor, förutsättningar att välja det goda livet en betydelsefull roll. Stödande miljöer bör finnas där människor bor, arbetar och lever. Genom att arbeta utifrån hela miljön, och inte bara individens riskbeteende, ger insatserna som görs, större genomslag för det totala välbefinnandet (Karolinska institutet 1994).

En säker och trygg kommun åtar sig att bedriva ett långsiktigt program för att förebygga olycksfall och skador. För att bli utnämnd krävs det att sex indikatorer uppfylls, bland annat att kommunen har etablerat grupper med representanter från olika sektorer i samhället som systematiskt arbetar med skadeförebyggande åtgärder, enligt ett handlingsprogram som betonar högriskgrupper som till exempel äldre och särskilt utsatta i samhället (Svanström 1993).

Lidköpings kommun inrättade i början av 1990-talet ett fullskalelaboratorium, för att utveckla ett säkrare boende för äldre, ”från idé till verklighet”. I laboratoriet har kommunen byggt upp: Modellkök, rum, badrum med mera och testar hur dessa fungerar för en äldre boende. Laboratoriet underlättar kunskapsutbytet mellan samhällsinstitutioner, arkitekter och projektörer. Arbetet har genomförts tillsammans med kommunens stadsbyggnadskontor, byggnadsbolag och företag som levererar köksutrustningar. En ökad kunskap hos arkitekter, byggnadsföretag och leverantörer av köksutrustning etcetera kan leda till att säkrare bostäder byggs. Fullskalelaboratorium är magasinerat men kan tas fram vid behov (Albrektsson 2003).

Riskerna för äldre att falla och skada sig kan minskas om de äldre själva blir uppmärksamma på risker i bostaden: lösa och hala mattor, farliga trappor, lösa sladdar som man kan snava på etcetera. Personal inom primärvården och äldreomsorgen har en viktig roll när det gäller att uppmärksamma äldre och deras anhöriga på risker och att rekommendera åtgärder.

En förutsättning för lokal skadeprevention är en noggrann analys av lokalsamhället där ett åtgärdsprogram planeras. Principer för en sådan analys har utvecklats och kallas för samhällsdiagnos (Bjärås 1993). Idén är att en diagnos görs på samhället istället för på individen för att få en bas för intervention.

Innehållet i ett åtgärdsprogram (Schelp 1988) kan bestå av fyra komponenter:

- Förbättringar och förändringar av den fysiska miljön
- Information/upplysning,
- Utbildning
- Olika former av tillsyn,

Åtgärderna kan riktas mot individen, närmiljön och samhällsmiljön. En viktig del är att försöka öka medvetenheten om skaderisker och deras kostnader i vid mening samt att stimulera och mobilisera befolkningen till ett ökat engagemang i det skadeförebyggande arbetet.

2 Introduktion till området äldres säkerhet

Förbättringar och förändringar av den fysiska miljön är många gånger det effektivaste sättet att reducera olycksfall och skador. För att skydda äldre cyklister och fotgängare kan till exempel gång- och cykelvägar byggas, samt att ta hänsyn till äldre vid planeringen och utformningen av trafikmiljön i övrigt.

Information och upplysning kan bland annat bestå av riktad information till vissa åldersgrupper, permanenta och temporära utställningar med säkerhetsutrustning med mera, affischer med lokal säkerhetsinformation, tidningsartiklar, periodiskt återkommande pressmeddelanden, bildband, filmer etcetera.

Olika former av utbildning kan riktas till läkare, distriktssköterskor, vårdpersonal i hemtjänst, personal på servicehus och ålderdomshem, skyddsombud, arbetsledare, poliser, räddningstjänst, trafikplanerare, pensionärer, organisationer och föreningar som arbetar med äldre med flera.

Tillsyn innebär bland annat att identifiera skaderisker via skyddsronder (Bjärås et al. 1990). Skyddsronder kan genomföras i bostadsområden, olika boendeformer för äldre etcetera. Checklistor, som egentligen är en förteckning över skaderisker i punktform, är en annan form av tillsyn. Checklistor kan användas av personal med uppsökande verksamhet inom hemtjänsten, av fastighetsägare med mera.

Det säkerhetsfrämjande arbetet kan också bygga på en analys av skaderisker i miljön innan någon person har kommit till skada. Risklinjen är en ny metod för att fånga upp skaderisker (Björk et al. 2001). Risklinjen är en telefonlinje dit allmänheten kan vända sig för att rapportera risker för personskador i miljön. Det nya med metoden är att ligga steget före innan någon skadas. Telefonlinjen är kopplad till SOS Alarm. Fördelen med SOS Alarm tar emot samtalen på Risklinjen är att de också svarar för 112-tjänsten och larmar ut och dirigerar ambulans och räddningstjänst. De har också åtkomst till övriga tjänster, såsom automatlarm, medicinsk rådgivning med mera. Mottagande av telefonsamtalen sker dygnet runt.

Faktorer som påverkar äldres hälsa bör ses i ett större sammanhang. Det finns ett klart samband mellan vissa levnadsvanor och risker för skador och dess konsekvenser. Motion förbättrar balansen och stärker skelettet. Benskörhet är en riskfaktor som kan påverka skadans allvarlighetsgrad i samband med en olyckshändelse, till exempel fraktur. Balanserad kost med tillskott av D-vitamin minskar benskörhet. Rikligt med vätska ökar balansen. Omvänt ökar benskörhet vid rökning och alkohol ökar risken att falla (Folkhälsoinstitutet 1996).

Studier av avseende livskvalitet bland äldre visar att god belysning har en mycket påtaglig påverkan på: kontakter med andra människor, aptit, kondition, ensamhet, självförtroende, humor samt minskad ångest och ensamhetskänsla. Äldre personer bör stimuleras till att komplettera eller byta ut den belysning de skaffade för många år sedan och som idag inte uppfyller de krav som de äldre bör kunna ställa (Sörensen et al. 1990).

Statens folkhälsoinstitut och Konsumentverket har tillsammans med pensionärsorganisationerna (PRO och SPF) samt före detta landstinget Skaraborg och Motala kommun tagit fram ett stödmaterial för lokala projekt med syfte att förebygga fallskador bland äldre (Folkhälsoinstitutet 1995).

Stödmaterialet består av en broschyr "Håll dig på benen" riktad till äldre och avsedd att lämnas ut vid personliga kontakter mellan äldre och personal från primärvård, äldreomsorg eller genom pensionärsorganisationerna. I informationspaketet ingår också en studiehandledning avsedd för studiecirklar, ett idéhäfte för grupper som vill starta lokala projekt samt en checklista för husesyn i bostaden och dess närhet. En metodhandbok "Säkra seniorer" för att förebygga fallskador bland äldre har tagits fram av Stockholms läns landsting (Hökby & Sadigh 2002).

Som stöd för att utveckla det lokala säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande arbetet och förslag till hur man kan utforma en kommunal handlingsplan kan skriften "Visst kan skador förebyggas" vara av intresse (Folkhälsoinstitutet 2001). Inom ramen för det svenska cykelhjälmsinitiativet (Ekman et al. 1991) bildades hösten 1993 på nationell nivå en tvärssektoriell arbetsgrupp för ökad trafiksäkerhet för äldre. Våren 1994 startade en kampanj som bygger på regionalt och lokalt engagemang från de medverkande pensionärsorganisationerna. Inför kampanjen ordnades minitställningar med cykelhjälm och broschyrer särskilt riktade till äldre cyklister togs fram (Folkhälsoinstitutet 1996).

En kartläggning av hälsofrämjande verksamhet för äldre i Sverige visade att 77 kommuner arbetade med äldresäkerhet (Folkhälsoinstitutet 1998). Ett systematiskt äldresäkerhetsarbete skedde bland annat i Sundbyberg, Katrineholm, Ludvika, Borås och Norberg som också deltog EU-projektet SPE (Services and Prevention for the Elderly).

2.5 Kostnader

Kostnaderna för en höftledsfraktur är relativt väl dokumenterade (Johnell 1997). Det finns två svenska studier, en som anger kostnaden till 150 000 SEK. En annan studie som omfattar drygt 1700 patienter i Stockholms stad under år 1992. Patienterna var i denna studie i genomsnitt 80 år gamla och kostnaden för en lårbenshalsfraktur inklusive vård och rehabilitering har uppskattats till 250 000 SEK (Zethraeus et al. 1997).

I en kostnadseffektivitetsberäkning beskrivs en modell som är framtagen med svenska data. Kostnader per vunnet levnadsår har för höftfrakturpatienter beräknats till 220 000 SEK (Jönsson et al. 1995).

I en olycksfallsstudie som har genomförts vid universitetssjukhuset i Umeå har personer över 60 år jämförts med personer under 60 år (Sjögren, Björnstig 1989). De äldre utgjorde endast 15 procent av samtliga skadade men svarade för drygt 40 procent av vårdkostnaderna. Den totala sjukvårdskostnaden hade hos kvinnor en topp i åldersgruppen 70-79 år. Medicinsk vård för skador hos äldre kostade dubbelt så mycket som alla fordonsrelaterade skadefall i alla åldrar och kostade 2,8 gånger så mycket som alla skadefall hos barn 10 år eller yngre.

I Motalastudien svarade de äldre för knappt 30 procent av samtliga skadade och för 80 procent av vårdkostnaderna (Lindqvist et al. 1996). Kvinnor i åldersgruppen 70 år eller äldre svarade för 50 procent av kostnaderna.

Som en effekt av det skadepreventiva arbetet i Falun skulle den totala reduktionen av vårdkrävande olycksfall grovt kunna uppskattas till 5-10 procent per år. En sådan minskning skulle överfört till nationell nivå motsvara en total samhällslig kostnadsminskning på 7-10 miljarder kronor (Bjerre 2002). Från mera strikt sjukvårdssynpunkt kan exempelvis

2 Introduktion till området äldres säkerhet

besparingen till följd av det reducerade antalet höftfrakturer beräknas. Under åren 1990-1996 inträffade i Falun cirka sex färre höftfrakturer per år i förhållande till vad som kunde förväntas utifrån utvecklingen av incidenstalen för övriga Dalarna.

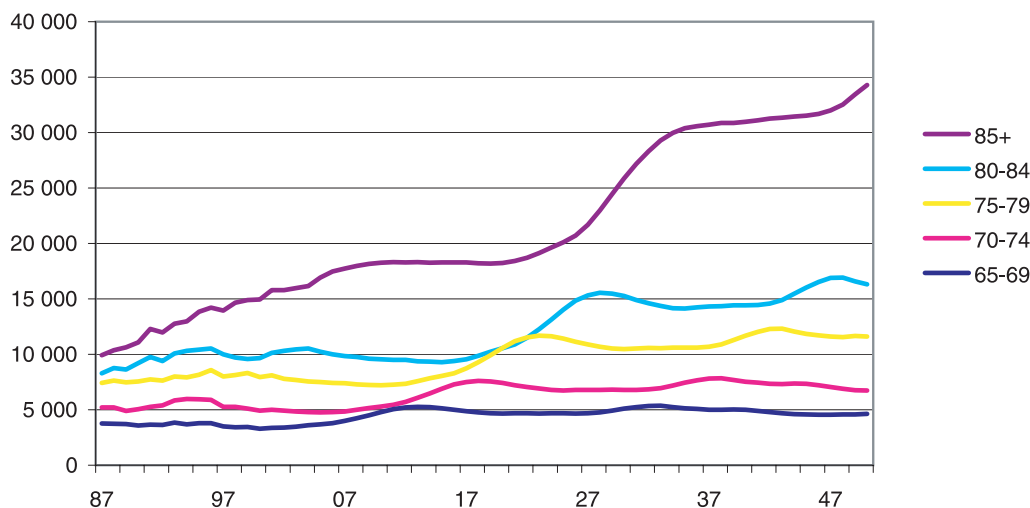
En årlig besparing i Falun skulle således kunna beräknas till 0,9 miljoner kronor. Som en jämförelse kan en alternativ medicinsk behandling kostnad för primär osteoporosprofilax (mot benskörhet) med östrogener eller sekundärprofilax med bifosfonater beräknas. Kostnaden för att genomföra en behandling med ett bifosfonatpreparat enbart förhindra sex sådana höftfrakturer uppgår till 5,5 miljoner kronor (Läkemedelsverket 1997).

Dessa förhållanden bör rimligen relateras till de mycket begränsade ekonomiska insatser som krävs för lokala skadeförebyggande program enligt modellen för, En säker och trygg kommun, (Safe Community). För landstinget Dalarna, Falu hälso- och sjukvårdsområde och Falu kommuns del har ett sådant program genomförts utan direkt destinerade medel, men väl med betydande och målinriktade insatser inom givna ekonomiska ramar.

2.6 Prognos

En prognos över utvecklingen av fallolyckor för personer som är 80 år eller äldre har gjorts. Prognosen bygger Statistiska Centralbyråns befolkningsutveckling och 2001 års fallskadeincidens. I denna prognos konstateras att antalet människor som skadar sig så allvarligt på grund av fallolyckor att de behöver vårdas på sjukhus ökar från dagens nästan 26 000 till drygt 45 000 på drygt 20 år.

Utvecklingen av antalet fallolyckor 1987-2001 samt prognos över antalet fallolyckor för äldre 2001-2050



3 Äldreskador i ett internationellt perspektiv

3.1 Inledning

Skadeutvecklingen i Sverige bland äldre har uppmärksamats i flera arbeten (Andersson, 2002; Räddningsverket, 2002). Framförallt har resultatet pekat på en stadig ökning av antalet fallolyckor och frakturer, den vanligaste typen av äldreskada, och att detta är ett stort och ökande folkhälsoproblem (Socialstyrelsen, 1998). Det finns därför anledning att göra en internationell utblick för att se om denna utveckling är unik för Sverige, eller har sin motsvarighet också i andra länder.

3.2 Höftledsfrakturer

En av de allvarligaste konsekvenserna av ett fall hos äldre är en höftledsfraktur. Globalt sett bedömdes att 1,7 miljoner drabbades av höftledsfraktur år 1990 (Cooper et al. 1992, WHO Study Group 1994). Motsvarande siffra i Sverige låg under 1990-talet på cirka 18 000 höftledsfrakturer (Socialstyrelsen, 1998). Förutom mänskligt lidande orsakar höftledsfrakturer stora kostnader för samhället. Samhällskostnaden per patient under det första året efter en fraktur beräknades vid mitten av 1990-talet i en svensk studie till cirka 250 000 kr (Zethraeus och Jönsson, 1997).

En dramatisk ökning i antalet höftledsfrakturer har observerats i såväl Sverige som utomlands. Stora skillnader har observerat mellan länder och en nord/syd-dimension har identifierats högt i Norden och lågt i Sydeuropa, Asien och Sydamerika, vilken gett näring åt såväl klimatmässiga som genetiska och etniska förklaringsmodeller (högt bland vita och lågt bland färgade, etcetera). Även skillnader mellan grupper inom ett och samma land har delvis diskuterats i liknande termer (Socialstyrelsen 1998).

Den allmänna hälsoutvecklingen i världens länder har emellertid också visat sig ha stor betydelse. Risken för höftledsfraktur är högst bland äldre kvinnor. Det är också den grupp som ökar snabbast i befolkningen. Ökningen i frakturfrekvens tros dessutom bero på en reell riskökning bland äldre, även efter hänsyn tagen till förändrad åldersstruktur i befolkningen. Denna, liksom skillnaden mellan män och kvinnor, antas förklaras bland annat av förändringar i den samtidiga totala sjukligheten hos äldre, där särskilt benskörhet brukar ses som en viktig bidragande faktor (Socialstyrelsen, 1998). Den ökade överlevnaden i olika sjukdomar ökar inte bara livslängden och därmed den exponerade populationens storlek. Den påverkar också den samlade sjukdomsbilden bland de allra äldsta vilket i sin tur ytterligare påverkar både fall- och frakturrisken.

En aktuell forskningsöversikt (Lau, 2001) visar emellertid, med hänvisning till flera studier i Sverige, Schweiz, Italien, England och USA, att en utplaning och i vissa fall minskning i frakturrisken nu kan märkas i såväl Nordamerika som Europa, särskilt bland kvinnor. Orsakerna till detta trendbrott är inte kända, men om befolkningsutvecklingen fortsätter som nu bedöms ändå antalet frakturer fortsätta att öka. Senare studier som inte ingått som underlag i Laus sammanställning stärker ytterligare bilden av ett pågående trendbrott i framför allt de nordiska länderna men också i England (Rogmark et al 1999, Löfman et al 2002, Lofthus et al 2001, Huusko et al 1999, Balasegaram et al 2001).

3.3 Skador i allmänhet

Icke-dödliga skador är generellt sett svåra att jämföra internationellt och över tid på grund av bristen på jämförbara data. Däremot kan vi med bättre säkerhet följa dödlighetsutvecklingen i olika länder utifrån dödsorsaksdata som är baserade på den internationella sjukdomsklassifikationen ICD (International Classification of Diseases), som årligen sammanställs av Världshälsoorganisationen, WHO. En forskargrupp med tidigare hemvist vid Karolinska Institutet, numera i samarbete med Karlstads universitet, har successivt arbetat sig igenom dessa data med avsikt att utveckla kunskap om de globala utvecklingsmönstren för olika skadetyper och för olika köns- och åldersgrupper.

3.4 Oavsiktliga skador (olycksfall)

Generellt finns det en tydlig omvänd korrelation mellan olycksdöd och ekonomisk utveckling, mätt i BNP/capita. Ett urval av länder har jämförts, när det gäller skadedödlighet och ekonomisk utvecklingsnivå, resultatet visar att risken för att omkomma i olyckor är ökar något från de allra fattigaste länderna till det lägre skiktet bland dagens medelinkomstländer. Risken sjunker sedan i takt med fortsatt ekonomisk utveckling. Studierna genomfördes bland barn, ungdom och yngre vuxna. (Plitponkarpim et al., 1999a; Plitponkarpim et al., 1999b; Ahmed och Andersson, 2000; Ahmed och Andersson, 2002). De rikaste länderna är alltså överlag också de säkraste.

Aktuell och ännu inte publicerad forskning visar att detta samband inte gäller för de äldre (Moniruzzaman och Andersson, 2003a). Där ser man istället en fortsatt uppgång i takt med ekonomisk utveckling bland de allra äldsta (75+), med viss tendens till utplaning för de rikaste länderna. När det gäller dödsolyckor bland äldre är det de fattigare länderna som är säkrare.

3.5 Avsiktliga skador (våld, självmord med mera)

Sambandet mellan ekonomisk utveckling och våld (mord, dråp, etcetera) liknar allmänt det som gäller för olycksfall bland barn, ungdom och yngre medelålders. Med en kulmen bland lägre medelinkomstländer och därefter stadigt avtagande trend med ökat välstånd mätt i BNP/capita (Muniruzzaman och Andersson, 2003b). Detta gäller även de äldre, dock med en viss utplaning bland rikare länder.

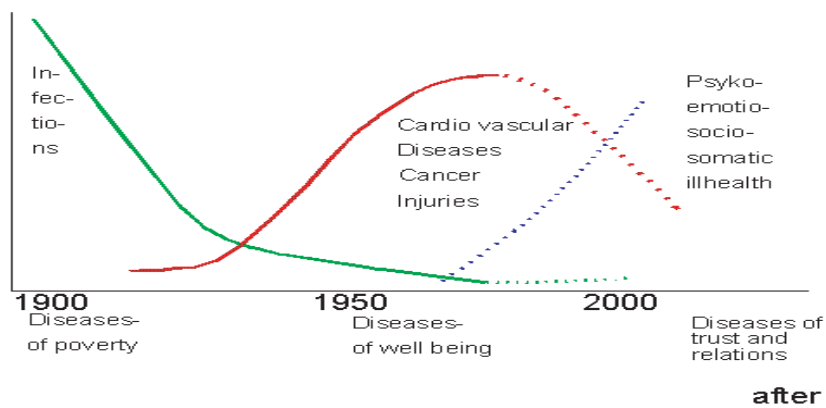
När det gäller självmord bland äldre återfinns också en generell minskning av dödligheten med stigande ekonomisk situation (Moniruzzaman och Andersson, 2003c). Sambandet är emellertid mycket svagare än för våld/mord och det finns dessutom en tendens till ökning bland de allra rikaste länderna.

3.6 Diskussion

Iakttagna skillnader i skadeförekomst mellan nord - syd, stad - land, färgade - vita, etcetera, ger näring till tolkningar om skillnader ifråga om levnadsvanor, klimat, biologiska faktorer med mera. Sådana faktorer har säkert sin betydelse, men sannolikt är skillnaderna i skadeförekomst också till stor del återspeglings av en generell hälsoutveckling

där olika länder och befolkningsgrupper befinner sig i olika stadier längs i princip samma utvecklingskurva. Enligt teorin om *hälsotransition* (övergång från en hälsosituation till en annan) genomgår världens länder vissa historisk givna faser och förändringar i hälsomönster i sin utveckling från fattiga förindustriella till rika postindustriella samhällen (Omran, 1983; Olshansky & Ault, 1986). I takt med ökad industrialisering och ekonomisk tillväxt förbättras människors levnadsvillkor vilket medför minskad dödlighet i framför allt infektionssjukdomar och därmed ökad medellivslängd. Istället uppträder olika vällevnads-sjukdomar såsom hjärtkärlsjukdomar, cancer och olycksfall/skador som dominerande orsaker till sjukdom och död. Utvecklingen följer sedan mönstren mot ett mer psykosocialt och relationsorienterat sjukdomstillstånd. Den norske folkhälsovetaren Peter Hjort (1994) har beskrivit transitionen grafiskt som vågrörelser.

Peter Hjorts illustration "De tre bölgerne" – sjukdomspanoramats utveckling över tid i västliga industrialiserade länder. Efter: Hjort (1994)



Generellt sett passar skador empiriskt mycket väl in i Hjorts modell. Arbetsolycksfall, trafikolycksfall etcetera, beskriver numera i vårt land mycket tydliga nedåtgående trender efter att tidigare ha ökat och kulminerat under 1950- och 1960-talen. Men samtidigt ser vi att olika skadetyper skiljer sig åt i tiden för dessa vågrörelser. När det gäller fallolyckor bland äldre tycks flertalet av världens länder ännu befinna sig i den uppåtgående fasen, medan några av de rikaste länderna tycks närma sig toppen på kurvan och börjar vika av nedåt.

Mekanismerna bakom processen kan innefatta faktorerna ovan i form av absoluta åldersförändringar i befolkningen som förändrat sjukdomspanorama under livets slutskede på grund av ökad överlevnad i andra sjukdomar. Det sistnämnda leder bland annat till förändrat totalt sjukdomsmönster bland de äldre, vilket kan ha betydelse för såväl fallbenägenhet, reaktionsmönster vid fall, benskörhet, skyddande naturlig vaddering, samt överlevnadschansen efter en allvarlig fraktur. Dessa processer är komplexa och skiljer sig åt inte bara mellan länder, utan också mellan landsdelar, kön och befolkningsgrupper i ett och samma land. Men den viktiga slutsatsen är att alla dessa processer sannolikt utgör delar av den övergripande dynamik som återspeglas i Hjorts modell och som gör de internationella skillnaderna liksom skillnader mellan befolkningsgrupper mer begripliga.

4 Exempel på säkerhetsarbete i samhället

4.1 Samhället har satsat – men mer kan göras

Samhället satsar mycket på att främja säkerhet och förebygga skador. I stort sett alla samhällssektorer bedriver någon typ av skadeförebyggande arbete, på internationell, nationell, regional och lokal nivå. Många frivilligorganisationer har säkerhetsfrämjande arbete som en av sina främsta arbetsuppgifter.

Ändå tycker vi inte att det räcker till. Riksdagen har beslutat att vägtrafikskadorna skall få större uppmärksamhet. Därför har Riksdagen fattat beslut (1997) om ”Nollvisionen” och ålagt Vägverket att genomföra den. Samtidigt inser många sektorer att de inte kommer att lyckas om de inte samarbetar med andra.

4.2 Ny lagstiftning

En ny lag om skydd mot olyckor ska ersätta den nu gällande räddningstjänstlagen. Den nya lagen är kapitelindelad och språkligt moderniserad. Lagen innehåller bestämmelser om de åtgärder som stat och kommun ska vidta till skydd mot olyckor. Bland annat betonas kommunernas förebyggande verksamhet tydligare. Lagen innehåller också bestämmelser om de förebyggande åtgärder som enskilda skall vidta.

Den föreslagna lagen innehåller ett antal nyheter. En sådan är att det i lagen anges övergripande nationella mål. De nationella målen skall kompletteras med verksamhetsmål och handlingsprogram. Systemet medför bland annat att kommunerna får en ökad möjlighet till lokal anpassning av organisation och dimensionering av verksamheten. Även om den nya lagen primärt är inriktad mot sådana händelser som kan föranleda räddningstjänstinsatser finns det inget som hindrar en kommun att även inkludera andra typer av händelser i det handlingsprogram för skydd mot olyckor som ska upprättas.

Sedan några år tillbaka gör Kommunförbundet en tydlig kraftsamling kring området styrning och ledning i kommunerna. Målet är att stödja kommunerna i arbetet med att utveckla ledningskompetens och styrsystem som gör att man kan skapa så mycket värde för medborgarna som möjligt för de resurser som tillförts verksamheten. Det handlar om att etablera system som fokuserar såväl verksamhetens kvalitativa som dess finansiella resultat. Under de senaste åren har en tyngdpunktsförskjutning skett i riktning mot resultatorientering. Det är en utveckling som kommer att accentueras framöver. Flertalet kommuner har utvecklat sina rutiner för att hantera finansiella resultat men ännu inte funnit formerna för hur resultatstyrning ska utformas.

Målmedveten styrning förutsätter tillgång till information. Det sker också en mycket omfattande insamling av data om den kommunala verksamheten på riksnivå. Målet är att skapa bättre förutsättningar för kommunerna att göra fördjupade analyser av kostnader och i viss mån prestationer i den egna kommunen samt att jämföra sig med andra kommuner.

4.3 Försöksverksamhet – säkrare kommun

Räddningsverket startade 1997 ett projekt med namnet FOTH (Från Ord Till Handling). Projektet syftade till att konkretisera behovet av förnyelse av räddningstjänstens verksamhet inte minst inom det förebyggande området. Samtidigt pågick ett arbete mellan Räddningsverket och Kommunförbundet avseende ökad mål och resultatstyrning. De båda projekten blev utgångspunkter för projektet MÅSTE.

Syftet med MÅSTE projektet är att stödja kommunernas – framförallt räddningstjänstens – egen förmåga till verksamhetsutveckling och förändring för ökad säkerhet och skydd mot olyckor. Erfarenheter från projektet visar att den kommunala räddningstjänsten kan utvecklas från en traditionell operativ verksamhet till en mer utåtriktad organisation med ökat fokus på skydd mot olyckor. Förändringsarbetet kräver tålamod, målmedvetenhet och ledarskap för förändringar för att bli långsiktigt hållbart. Resultaten bedöms vara en bra plattform att bygga vidare på för de kommunala handlingsplaner som ska göras enligt lagen om skydd mot olyckor som planeras träda i kraft i januari 2004 (Rosenberg 2003).

4.4 Säker och trygg kommun

Socialstyrelsen inledde under mitten av 1980- talet ett nationellt skadeförebyggande program i samarbete med flera andra statliga verk, kommun- och landstingsförbund samt frivilliga organisationer (Svanström et al. 1989, Schelp & Svanström 1996). Det ansvaret togs därefter över av Folkhälsoinstitutet och sedan 2002 av Räddningsverket.

Redan på 1970 talet utvecklades tvärsektoriella program i ett antal svenska kommuner med början i Falköping – en modell som därefter fått stort nationellt och internationellt intresse (Schelp & Svanström 1987, Svanström et al. 1996). Numera går det konceptet under namnet ”En säker och trygg kommun” - A Safe Community”. Vetenskapliga utvärderingar som utförts under de senaste decennierna har visat 25–30 procentuella nedgångar av skador. Program som syftar till att förebygga skador bland cyklister har utvärderats och kunnat visa på upp till 60 procents nedgång av huvudskador efter hjälmprogram (Attewell 2001, Ekman et al. 1997). Även skador på barn i bil har minskat kraftigt i Sverige. Förebyggande program har resulterat i minskningar med 75 procent av dödsfall och 50 procent av skador de senaste decennierna (Ekman et al. 2001). Se vidare kapitel 2 avsnitt 2.1 Det går åt rätt håll.

I Sverige arbetar över 100 kommuner med att förebygga skador, ett sjuttioal av dem efter modellen ”En säker och trygg kommun”. Samma arbetssätt sprids nu världen över av Världshälsoorganisationen under namnet ”A WHO Safe Community”.

Av de nu drygt 70-talet erkända och utnämnda ”Safe Communities” globalt finns 14 i Sverige – de uppfyller de sex indikatorer som uppställts av WHO och som har granskats av experter.

4 Exempel på säkerhetsarbete i samhället

För att uppfylla WHO:s indikatorer för En säker och trygg kommun skall kommunen ha:

1. En infrastruktur baserad på medverkan och samarbete, ledd av en tvärasektoriell grupp som ansvarar för främjande av säkerhet i kommunen.
2. Långsiktiga, varaktiga program för män och kvinnor i alla åldrar, miljöer och situationer.
3. Program som riktas mot högriskgrupper och -miljöer samt program som främjar säkerheten för utsatta grupper.
4. Program som dokumenterar skadors frekvenser och orsaker.
5. Utvärdering för att bedöma programmets processer och effekten av förändringar.
6. Fortlöpande deltagande i nationella och internationella "Safe Community" nätverk.

4.5 Ytterligare exempel

Det finns många andra initiativ inom det säkerhetsfrämjande området till exempel inom trafiksektorn, skolsektorn, barnhälsovården, sjösäkerhetssektorn samt räddningstjänsten. Många gånger arbetar dessa inom sin egen sektor och "Safe Community" modellen är i stort den enda modell där alla sektorer kan samlas i gemensamma insatser för att öka äldres säkerhet. Den modellen ger också kommunen det primära ansvaret att leda ett säkerhetsarbete. Det är viktigt att komma ihåg att denna modell inte bara innefattar erfarenheter när det gäller att förebygga skador på grund av olycksfall utan arbetet kan också omfatta skador som är självtillfogade eller orsakade av våld. Konsumentverket arbetar också över sektorsgränserna för att tillverkarna ska göra så bra och säkra varor som möjligt. Verket kontrollerar att produkter som säljs på marknaden, uppfyller fastställda säkerhetskrav. Detta kan gälla halkskydd, cykelhjälm, stegar, brandvarnare, säkrare dörrar utan trösklar med mera.

Ett av de problem som finns är att utvecklingstakten varit långsam och ännu återstår att fördjupa många program för att förebygga skador bland äldre eller att innefatta alla Sveriges kommuner i arbetet. Men hur ska kommuner och landsting stimuleras till att i samarbete organisera sådant arbete? Det vi vet är att statistik, bearbetad för det egna geografiska området väcker stort intresse och engagemang, och detta faktum ligger bakom intresset för att framställa denna äldreskadeatlas.

Vi har valt att inte ge oss på en fördjupad analys av de olika geografiska områdenas skademönster och skadeutveckling. Vi vill överlåta detta fortsatta arbete till folkhälsoplanerare, politiker, kommunplanerare, forskare, hälso- och sjukvårdspersonal, pensionärsorganisationer, enskilda personer med flera framför allt på läns- och kommunnivå eftersom orsakerna till skadeutfallet kan variera högst påtagligt från område till område.

Hösten 2002 etablerades i Karlskoga ett Nationellt Centrum för erfarenhetsåterföring från Olyckor (NCO) inom Räddningsverket. NCO har bland annat till uppgift att ge en samlad bild över olycksutvecklingen och säkerhetsarbetet i Sverige och kommer att utgöra en resurs för fördjupad analys av orsakssamband (Räddningsverket 2002).

5 Ytterligare information om skadeförebyggande arbete

I allmänhet bör du kontakta ditt kommunkontor för att få reda på vilka som ansvarar för skadeförebyggande arbete. I den mån du vill ha en djupare kunskap om möjligheter till att driva skadeförebyggande arbete kan några av nedanstående organisationer/personer hjälpa till:

Räddningsverket, Nationella skadeförebyggande programmet, 651 80 Karlstad
Tfn 054-13 50 00, fax: 054-13 56 00, <http://www.srv.se>
Tommy Rosenberg, tommy.rosenberg@srv.se
Mona Pütsep, mona.putsep@srv.se

Räddningsverket, Nationellt Centrum för erfarenhetsåterföring från Olyckor (NCO)
Värmlandsvägen 29, 691 34 Karlskoga Tfn 0586-623 00, fax 0586-623 01
Robert Ekman, robert.ekman@srv.se
Jan Schyllander, jan.schyllander@srv.se
Anders Jonsson, anders.jonsson@srv.se

Svenska Kommunförbundet, www.svekom.se

Landstingsförbundet, Hornsgatan 20, 118 82 Stockholm Tfn 08-452 72 00
Stig Wintzer, stig.wintzer@lf.se

Konsumentverket, Rosenlundsgatan 9, 118 87 Stockholm Tfn: 08-429 05 00,
fax: 08-429 89 00 <http://www.konsumentverket.se>
Kerstin Csiffary, kerstin.csiffary@konsumentverket.se

Ordförande i Aktionsgruppen för Säkra och Trygga Kommuner i Sverige är docent Kent Lindqvist, Linköpings Universitet, kenli@ihm.liu.se

De fjorton utnämnda "Säkra och Trygga Kommunerna" i Sverige är (juni 2003):

<http://www.phs.ki.se/csp/safecom/lidkoping.htm>
<http://www.phs.ki.se/csp/safecom/motala.htm>
<http://www.phs.ki.se/csp/safecom/falkoping.htm>
<http://www.phs.ki.se/csp/safecom/falun.htm>
<http://www.phs.ki.se/csp/safecom/krokom.htm>
<http://www.phs.ki.se/csp/safecom/skovde.htm>
<http://www.phs.ki.se/csp/safecom/arjeplog.htm>
<http://www.phs.ki.se/csp/safecom/tidaholm.htm>
<http://www.phs.ki.se/csp/safecom/uddevalla.htm>
<http://www.phs.ki.se/csp/safecom/boras.htm>
<http://www.phs.ki.se/csp/safecom/mariestad.htm>
<http://www.phs.ki.se/csp/safecom/katrineholm.htm>
<http://www.phs.ki.se/csp/safecom/ludvika.htm>
<http://www.phs.ki.se/csp/safecom/nacka.htm>

6 Redovisning av kartor, tabeller och diagram på nationell, läns-, kommungrupps- och kommunnivå

6.1 Utveckling av dödliga skador på nationell nivå

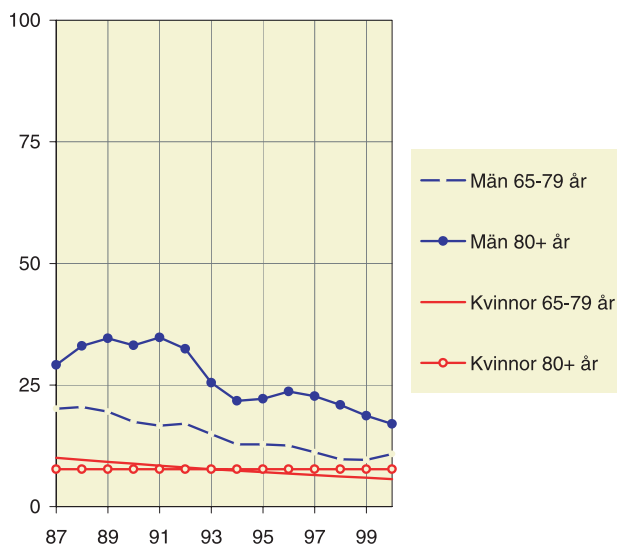
Trend för antal döda per 100 000 personer 65+ i riket fördelat på dödsorsak, kön och åldersgrupp, trendnivå 2000 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2000

Dödsorsak	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2000	Förändring (%), 97-00	Trendnivå 2000	Förändring (%), 97-00
Vägtransportolycka	10,8	-13,7	17,0	-28,1
Fallolycka	18,3	16,5	70,6	16,4
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	37,2	0,0	202,8	2,7
Självmod, inklusive oklar avsikt	37,5	0,4	48,1	-6,3
Övergrep/våld	1,1	0,0	1,9	0,0

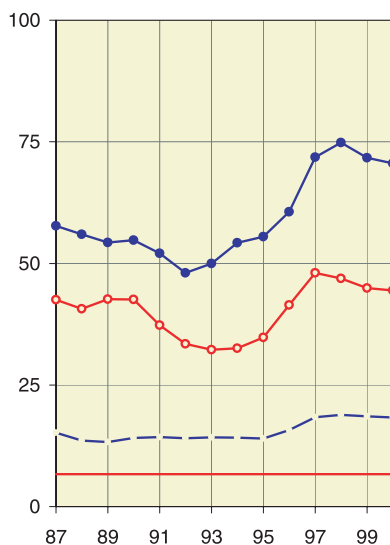
Dödsorsak	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2000	Förändring (%), 97-00	Trendnivå 2000	Förändring (%), 97-00
Vägtransportolycka	5,7	-16,4	7,7	0,0
Fallolycka	6,7	0,0	44,4	7,2
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	16,1	-11,1	160,3	5,6
Självmod, inklusive oklar avsikt	13,8	-7,0	15,8	0,0
Övergrep/våld	0,6	0,0	0,7	0,0

Trend för antal döda per 100 000 personer 65+, 1987-2000, till följd av...

...vägtransportolycka

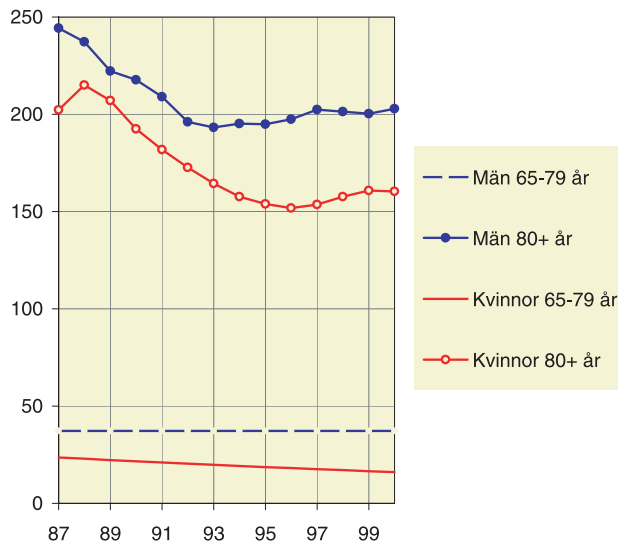


...fallolycka

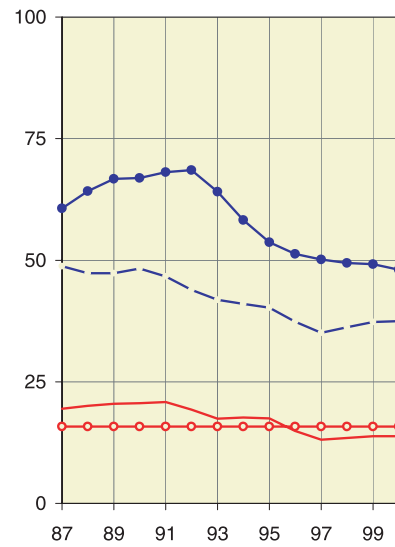


Trend för antal döda per 100 000 personer 65+, 1987-2000, till följd av...

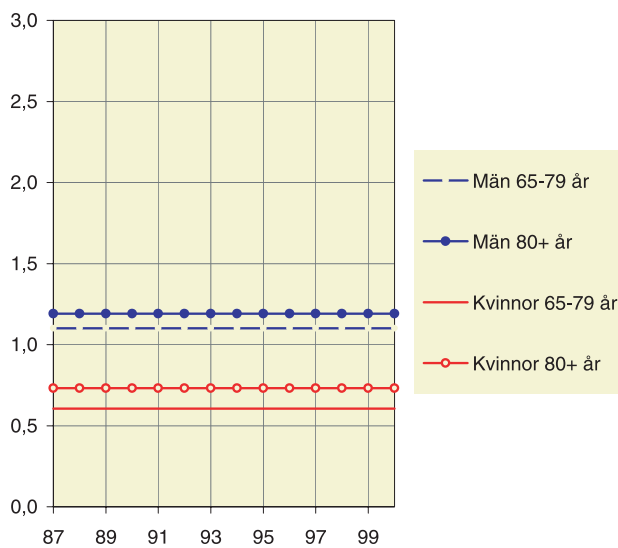
...annat olycksfall



...självord



...övergrepp/våld



Observera att diagrammen har olika skalor!

6.2 Utveckling av skador på nationell nivå

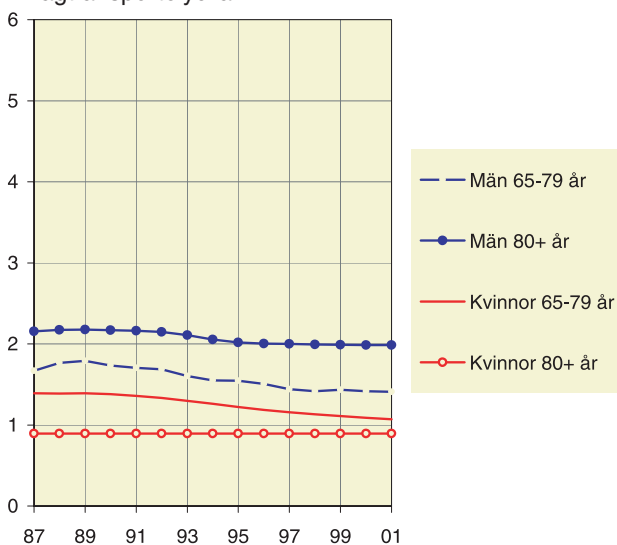
Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i riket fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,4	-2,3	2,0	-0,8
Fallolycka	12,2	-3,2	40,3	-6,1
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,6	-11,0	3,4	-0,1
Avsiktlig självdestruktiv handling	0,4	0,0	0,5	-0,9
Övergrepp/våld	0,1	-8,2	0,1	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,5	-8,8	16,8	-9,0

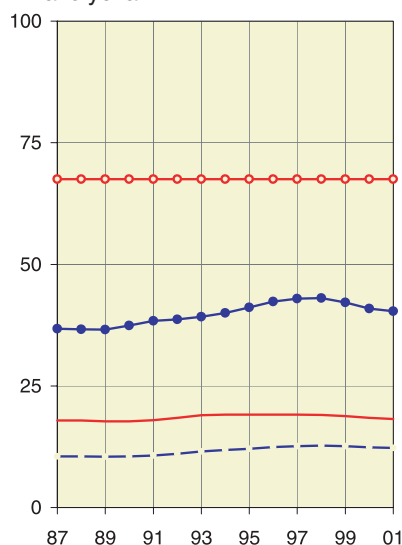
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,1	-7,7	0,9	0,0
Fallolycka	18,2	-4,6	67,5	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,6	-10,6	2,8	-9,3
Avsiktlig självdestruktiv handling	0,4	-11,8	0,4	0,0
Övergrepp/våld	0,0	0,0	0,0	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	6,0	-7,6	28,0	-9,1

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

...vägtransportolycka

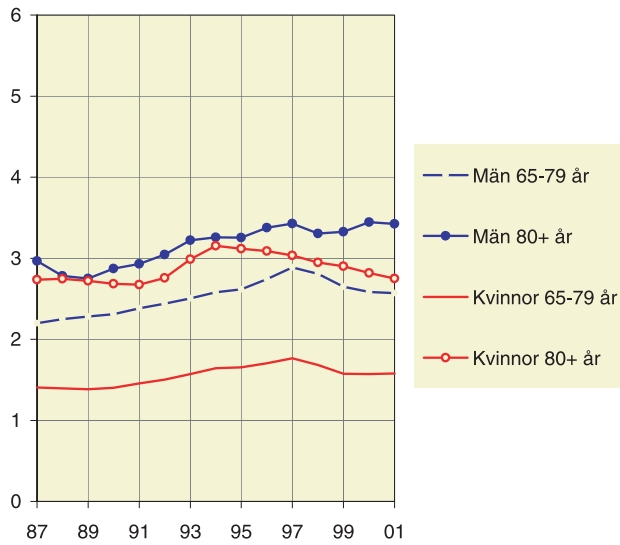


...fallolycka

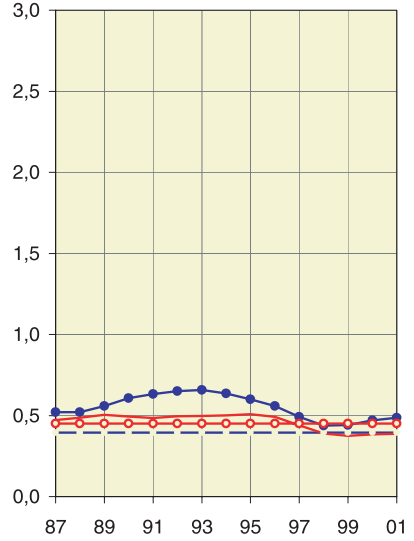


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

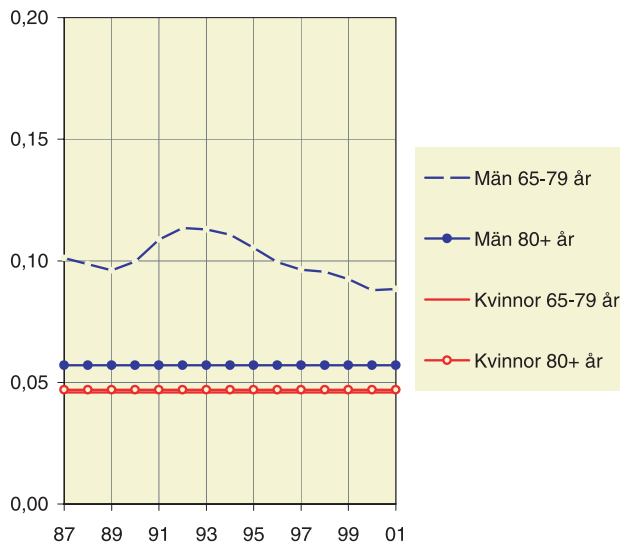
...annat olycksfall



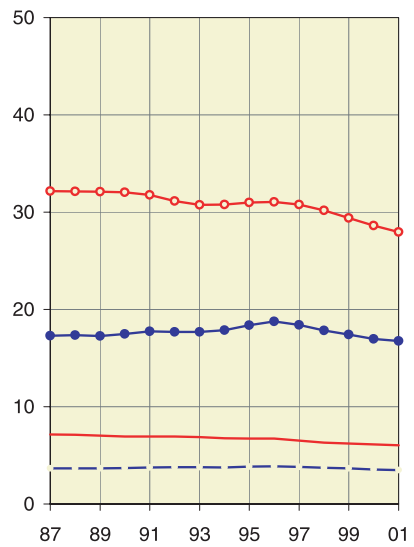
...avsiktlig självdestruktiv handling



...övergrepp/våld



...höftledsfraktur



Observera att diagrammen har olika skalor!

6.3 Skadeläget i län, inom kommungrupper och kommuner

Länen ordnade från lägsta till högsta trendnivå år 2001 för män och kvinnor

Län		Trendnivå Män	Län		Trendnivå Kvinnor
1	Blekinge	17,1	1	Blekinge	27,7
2	Skåne	18,7	2	Östergötland	28,6
3	Värmland	18,8	3	Värmland	29,9
4	Uppsala	18,9	4	Västmanland	30,1
5	Östergötland	19,0	5	Skåne	30,7
6	Örebro	19,2	6	Gotland	30,8
7	Västmanland	19,2	7	Södermanland	31,3
8	Gotland	19,8	8	Uppsala	31,5
9	Södermanland	19,8	9	Örebro	31,5
10	Kronoberg	20,7	10	Kronoberg	31,9
11	Jönköping	21,7	11	Dalarna	32,9
12	Dalarna	21,9	12	Jönköping	32,9
13	Halland	22,1	13	Västra Götaland	33,3
14	Västra Götaland	22,4	14	Halland	33,4
15	Kalmar	22,8	15	Kalmar	33,5
16	Stockholm	23,7	16	Gävleborg	35,3
17	Västernorrland	25,7	17	Västernorrland	35,5
18	Norrboten	26,1	18	Norrboten	36,2
19	Jämtland	26,5	19	Stockholm	36,7
20	Gävleborg	26,8	20	Jämtland	39,6
21	Västerbotten	27,2	21	Västerbotten	39,6

Kommunerna i kommungruppen "Storstäder" ordnade från lägsta till högsta trendnivå år 2001 för män och kvinnor

Kommun		Trendnivå Män	Kommun		Trendnivå Kvinnor
1	Malmö	20,3	1	Malmö	31,7
2	Göteborg	25,0	2	Göteborg	37,1
3	Stockholm	26,4	3	Stockholm	39,8

Kommunerna i kommungruppen "Förorter" ordnade med de fem kommuner som hade lägst och de fem kommuner som hade högst trendnivå år 2001 för män och kvinnor

Kommun		Trendnivå Män	Kommun		Trendnivå Kvinnor
1	Upplands-Bro	13,4	1	Skurup	25,5
2	Skurup	13,6	2	Bollebygd	28,0
3	Vellinge	15,3	3	Öckerö	28,7
4	Lomma	17,1	4	Svedala	28,8
5	Öckerö	17,4	5	Lomma	29,0
32	Huddinge	23,8	32	Täby	38,2
33	Nacka	23,8	33	Huddinge	38,6
34	Vaxholm	23,8	34	Nacka	39,1
35	Sundbyberg	25,5	35	Salem	42,3
36	Ale	32,7	36	Ale	48,1

Kommunerna i olika kommungrupper ordnande med de fem kommuner som hade lägst och de fem kommuner som hade högst trendnivå år 2001 för män och kvinnor

Större städer

	Kommun	Trendnivå Män		Kommun	Trendnivå Kvinnor
1	Lund	16,2	1	Karlskrona	29,7
2	Karlskrona	18,3	2	Jönköping	31,2
3	Uppsala	19,0	3	Lund	31,4
4	Västerås	19,0	4	Karlstad	31,6
5	Karlstad	19,2	5	Örebro	31,8
22	Kalmar	27,2	22	Sundsvall	41,2
23	Södertälje	27,5	23	Södertälje	41,6
24	Luleå	29,7	24	Skellefteå	41,9
25	Umeå	30,5	25	Östersund	42,2
26	Gävle	35,7	26	Umeå	44,3

Medelstora städer

	Kommun	Trendnivå Män		Kommun	Trendnivå Kvinnor
1	Ronneby	15,6	1	Ronneby	26,6
2	Hässleholm	16,5	2	Höganäs	27,1
3	Strängnäs	16,8	3	Strängnäs	27,1
4	Karlshamn	16,9	4	Hässleholm	28,7
5	Eslöv	17,3	5	Ludvika	29,3
36	Motala	25,9	36	Hudiksvall	40,9
37	Hudiksvall	27,1	37	Piteå	41,7
38	Gällivare	28,3	38	Mjölby	42,6
39	Boden	28,7	39	Motala	42,8
40	Kiruna	33,4	40	Kiruna	47,6

Glesbygdskommuner

	Kommun	Trendnivå Män		Kommun	Trendnivå Kvinnor
1	Malung	16,5	1	Malung	24,9
2	Vansbro	18,7	2	Torsby	29,2
3	Torsby	19,9	3	Älvdalen	30,0
4	Bräcke	22,0	4	Berg	30,7
5	Vilhelmina	22,2	5	Vansbro	32,0
25	Arvidsjaur	30,4	25	Överkalix	45,0
26	Lycksele	30,7	26	Jokkmokk	45,7
27	Övertorneå	31,7	27	Härjedalen	46,4
28	Malå	32,4	28	Storuman	47,0
29	Överkalix	35,5	29	Arjeplog	49,6

6 Kartor, tabeller och diagram av skadeläget

Kommunerna i olika kommungrupper ordnade med de fem kommuner som hade lägst och de fem kommuner som hade högst trendnivå år 2001 för män och kvinnor

Industrikommuner

Kommun		Trendnivå Män	Kommun		Trendnivå Kvinnor
1	Filipstad	14,6	1	Tranemo	24,8
2	Smedjebacken	15,4	2	Surahammar	25,2
3	Åstorp	15,7	3	Bjuv	25,8
4	Arboga	15,9	4	Markaryd	26,6
5	Laxå	16,1	5	Munkfors	27,3
49	Vetlanda	23,6	49	Värnamo	34,9
50	Trollhättan	23,9	50	Tibro	35,2
51	Boxholm	24,4	51	Vaggeryd	35,2
52	Sandviken	24,5	52	Sandviken	35,3
53	Tidaholm	25,5	53	Finspång	36,8

Landsbygdskommuner

Kommun		Trendnivå Män	Kommun		Trendnivå Kvinnor
1	Tomelilla	15,9	1	Valdemarsvik	25,3
2	Lekeberg	16,3	2	Essunga	25,5
3	Sjöbo	16,3	3	Laholm	26,0
4	Båstad	16,5	4	Vara	26,5
5	Laholm	16,5	5	Ydre	27,2
26	Ljusdal	23,2	26	Töreboda	35,3
27	Mörbylånga	23,5	27	Aneby	35,4
28	Färgelanda	26,6	28	Ljusdal	36,3
29	Torsås	27,4	29	Grästorp	36,8
30	Robertsfors	31,1	30	Robertsfors	39,6

Övriga större kommuner

Kommun		Trendnivå Män	Kommun		Trendnivå Kvinnor
1	Sölvesborg	15,9	1	Mark	19,2
2	Simrishamn	16,1	2	Ulricehamn	23,5
3	Lysekil	17,3	3	Vimmerby	27,0
4	Östhammar	17,3	4	Älmhult	27,0
5	Ulricehamn	17,4	5	Tranås	27,5
27	Bollnäs	24,5	27	Kramfors	37,2
28	Kramfors	25,3	28	Kalix	38,1
29	Sollefteå	27,5	29	Timrå	38,2
30	Timrå	28,7	30	Bollnäs	38,7
31	Kalix	30,2	31	Sollefteå	39,6

Kommunerna i olika kommungrupper ordnande med de fem kommuner som hade lägst och de fem kommuner som hade högst trendnivå år 2001 för män och kvinnor

Övriga mindre kommuner

	Kommun	Trendnivå Män		Kommun	Trendnivå Kvinnor
1	Gnesta	14,7	1	Kil	26,7
2	Höör	15,5	2	Mullsjö	27,2
3	Habo	16,2	3	Vingåker	27,9
4	Vadstena	16,6	4	Gnesta	28,0
5	Vingåker	17,2	5	Söderköping	28,3
37	Älvsbyn	28,0	37	Vännäs	36,8
38	Älvkarleby	28,7	38	Älvsbyn	37,2
39	Haparanda	28,8	39	Nordanstig	38,9
40	Nordmaling	31,0	40	Vadstena	40,0
41	Vännäs	33,1	41	Haparanda	40,5

Kommuner ordnande med de trettio kommuner som hade lägst trendnivå år 2001 för män och kvinnor

	Kommun	Trendnivå Män		Kommun	Trendnivå Kvinnor
1	Upplands-Bro	13,4	1	Mark	19,2
2	Skurup	13,6	2	Ulricehamn	23,5
3	Filipstad	14,6	3	Tranemo	24,8
4	Gnesta	14,7	4	Malung	24,9
5	Vellinge	15,3	5	Surahammar	25,2
6	Smedjebacken	15,4	6	Valdemarsvik	25,3
7	Höör	15,5	7	Essunga	25,5
8	Ronneby	15,6	8	Skurup	25,5
9	Åstorp	15,7	9	Bjuv	25,8
10	Arboga	15,9	10	Laholm	26,0
11	Sölvesborg	15,9	11	Vara	26,5
12	Tomelilla	15,9	12	Ronneby	26,6
13	Laxå	16,1	13	Markaryd	26,6
14	Simrishamn	16,1	14	Kil	26,7
15	Habo	16,2	15	Vimmerby	27,0
16	Lund	16,2	16	Älmhult	27,0
17	Degerfors	16,3	17	Höganäs	27,1
18	Lekeberg	16,3	18	Strängnäs	27,1
19	Sjöbo	16,3	19	Mullsjö	27,2
20	Malung	16,5	20	Ydre	27,2
21	Laholm	16,5	21	Munkfors	27,3
22	Båstad	16,5	22	Sjöbo	27,3
23	Hässleholm	16,5	23	Hylte	27,4
24	Tranemo	16,5	24	Olofström	27,5
25	Vadstena	16,6	25	Tranås	27,5
26	Kumla	16,8	26	Herrljunga	27,6
27	Strängnäs	16,8	27	Karlskoga	27,6
28	Karlshamn	16,9	28	Hörby	27,7
29	Lessebo	17,0	29	Tierp	27,7
30	Lomma	17,1	30	Båstad	27,9

6 Kartor, tabeller och diagram av skadeläget

Kommuner ordnade med de trettio kommuner som hade högst trendnivå år 2001 för män och kvinnor

	Kommun	Trendnivå Män		Kommun	Trendnivå Kvinnor
1	Gävle	35,7	1	Arjeplog	49,6
2	Överkalix	35,5	2	Ale	48,1
3	Kiruna	33,4	3	Kiruna	47,6
4	Vännäs	33,1	4	Storuman	47,0
5	Ale	32,7	5	Härjedalen	46,4
6	Malå	32,4	6	Jokkmokk	45,7
7	Övertorneå	31,7	7	Överkalix	45,0
8	Robertsfors	31,1	8	Umeå	44,3
9	Nordmaling	31,0	9	Sorsele	43,3
10	Lycksele	30,7	10	Motala	42,8
11	Umeå	30,5	11	Mjölby	42,6
12	Arvidsjaur	30,4	12	Lycksele	42,4
13	Kalix	30,2	13	Salem	42,3
14	Luleå	29,7	14	Östersund	42,2
15	Arjeplog	29,7	15	Skellefteå	41,9
16	Vindeln	29,3	16	Piteå	41,7
17	Jokkmokk	28,9	17	Södertälje	41,6
18	Haparanda	28,8	18	Norsjö	41,2
19	Boden	28,7	19	Sundsvall	41,2
20	Älvkarleby	28,7	20	Hudiksvall	40,9
21	Timrå	28,7	21	Malå	40,7
22	Krokom	28,6	22	Haparanda	40,5
23	Gällivare	28,3	23	Vadstena	40,0
24	Älvdalen	28,1	24	Söderhamn	39,9
25	Älvsbyn	28,0	25	Stockholm	39,8
26	Norsjö	28,0	26	Sollefteå	39,6
27	Sollefteå	27,5	27	Robertsfors	39,6
28	Södertälje	27,5	28	Nacka	39,1
29	Nordanstig	27,5	29	Nynäshamn	39,1
30	Torsås	27,4	30	Nordanstig	38,9

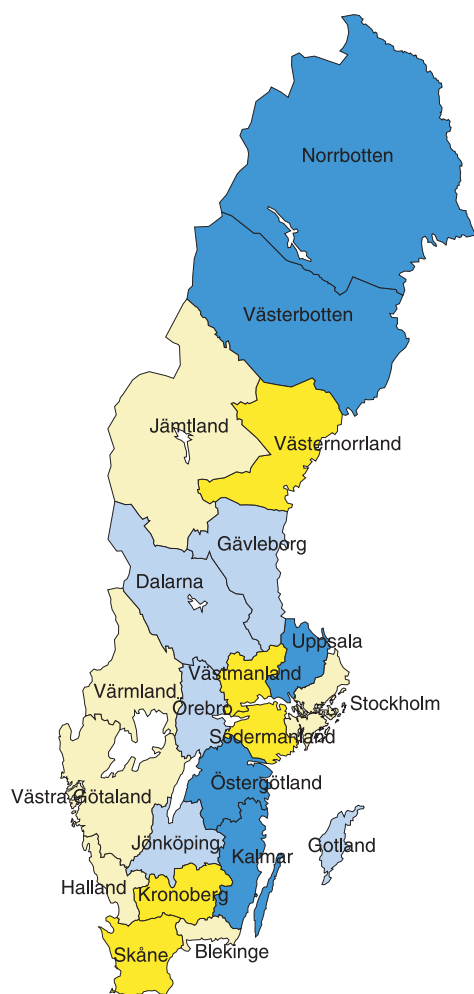
Kartor, tabeller och diagram på länsnivå

6.4	Skador på länsnivå, kartredovisning	
6.4.1	Antal skadade per 1000 personer till följd av vägtransportolycka, trendnivå 2001	
6.4.2	Antal skadade per 1000 personer till följd av fallolycka, trendnivå 2001	
6.4.3	Antal skadade per 1000 personer till följd av annat olycksfall, trendnivå 2001	
6.4.4	Antal skadade per 1000 personer till följd av avsiktlig skada, trendnivå 2001	
6.4.5	Antal med diagnosen höfledsfraktur per 1000 personer, trendnivå 2001	
6.5	Skador på länsnivå, absoluta tal	
6.6	Tidsserieanalyser på länsnivå	
	Stockholms län	58
	Uppsala län	60
	Södermanlands län	62
	Östergötlands län	64
	Jönköpings län	66
	Kronobergs län	68
	Kalmar län	70
	Gotlands län	72
	Blekinge län	74
	Skåne län	76
	Hallands län	78
	Västra Götalands län	80
	Värmlands län	82
	Örebro län	84
	Västmanlands län	86
	Dalarnas län	88
	Gävleborgs län	90
	Västernorrlands län	92
	Jämtlands län	94
	Västerbottens län	96
	Norrbottens län	98

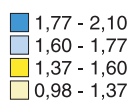
6.4 Skador på länsnivå, kartredovisning

6.4.1 Antal skadade per 1000 personer till följd av vägtransportolycka, trendnivå 2001

Män 65-79 år



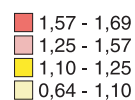
Skadade män 65-79 år/1000
Vägtransportolycka



Kvinnor 65-79 år

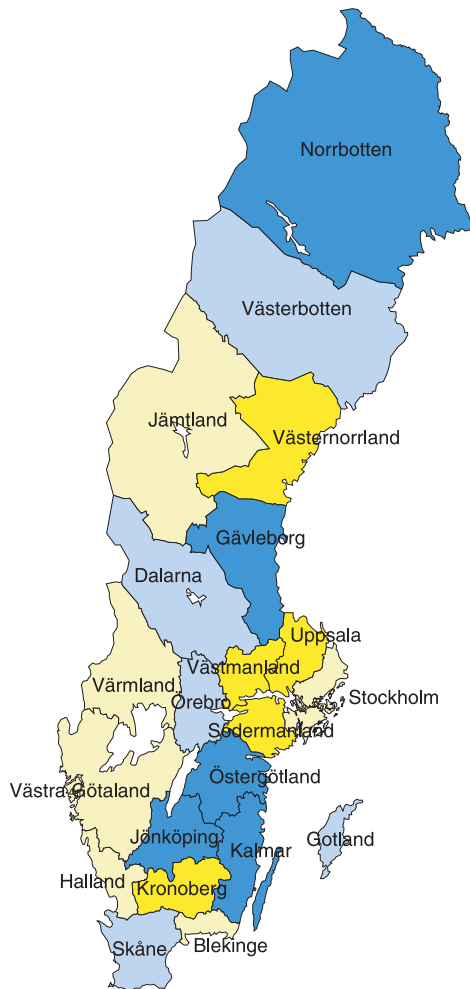


Skadade kvinnor 65-79 år/1000
Vägtransportolycka

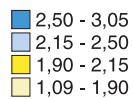


6.4.1 Antal skadade per 1000 personer till följd av vägtransportolycka, trendnivå 2001 (forts)

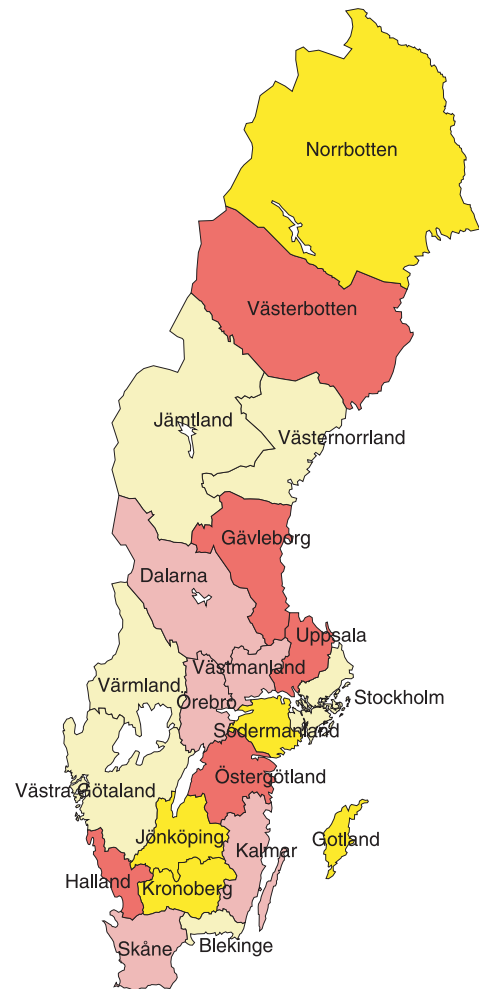
Män 80+ år



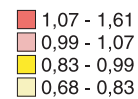
Skadade män 80+ år/1000
Vägtransportolycka



Kvinnor 80+ år

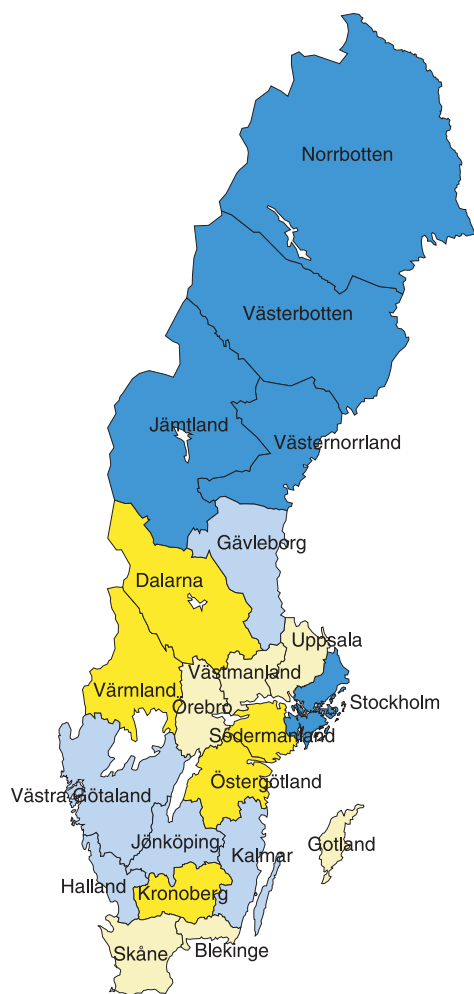


Skadade kvinnor 80+ år/1000
Vägtransportolycka

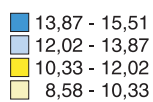


6.4.2 Antal skadade per 1000 personer till följd av fallolycka, trendnivå 2001

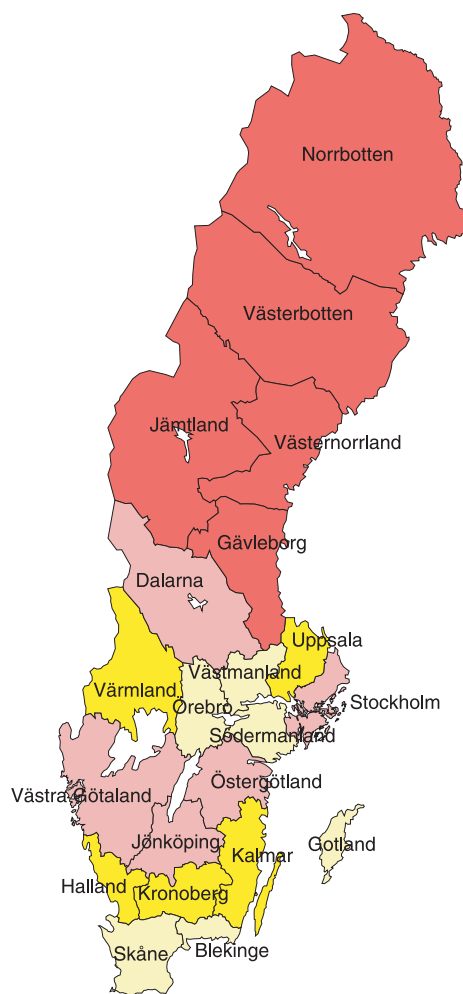
Män 65-79 år



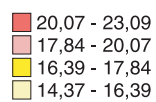
Skadade män 65-79 år/1000
Fallolycka



Kvinnor 65-79 år

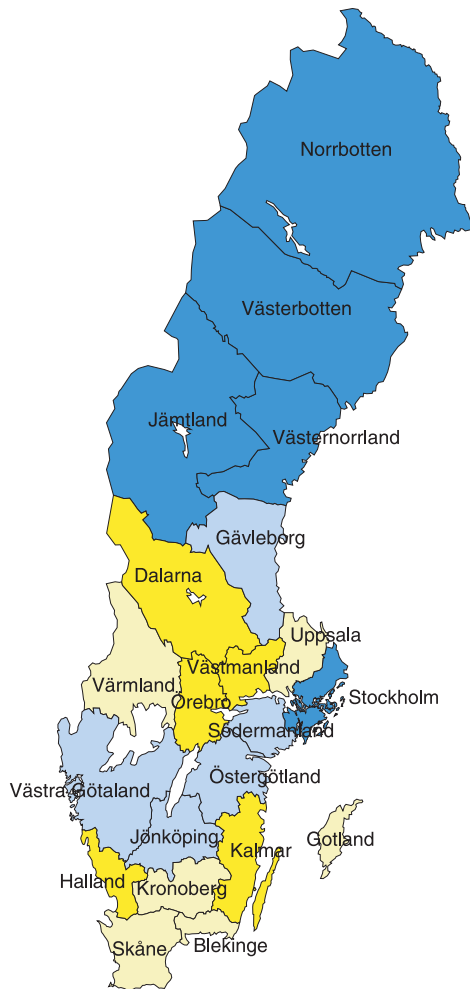


Skadade kvinnor 65-79 år/1000
Fallolycka

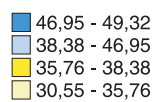


6.4.2 Antal skadade per 1000 personer till följd av fallolycka, trendnivå 2001 (forts)

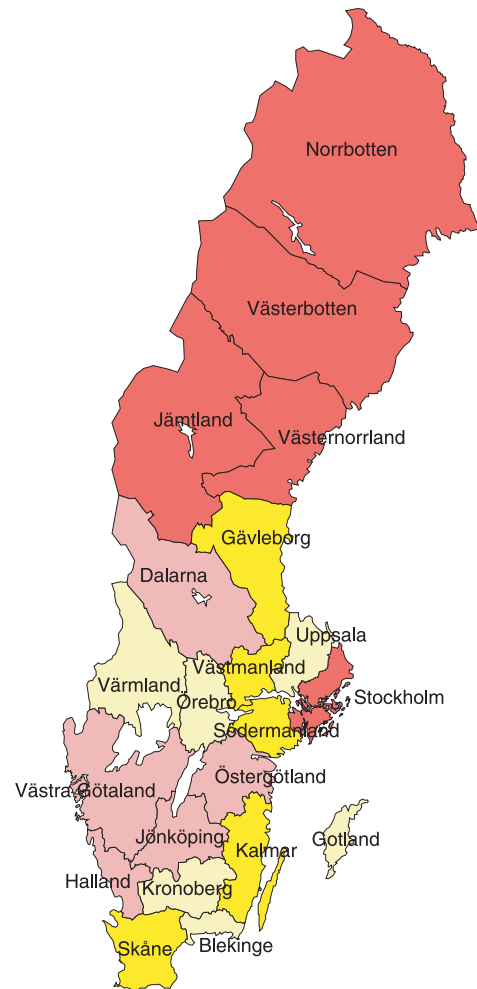
Män 80+ år



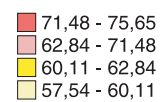
Skadade män 80+ år/1000
Fallolycka



Kvinnor 80+ år



Skadade kvinnor 80+ år/1000
Fallolycka

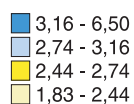


6.4.3 Antal skadade per 1000 personer till följd av annat olycksfall, trendnivå 2001

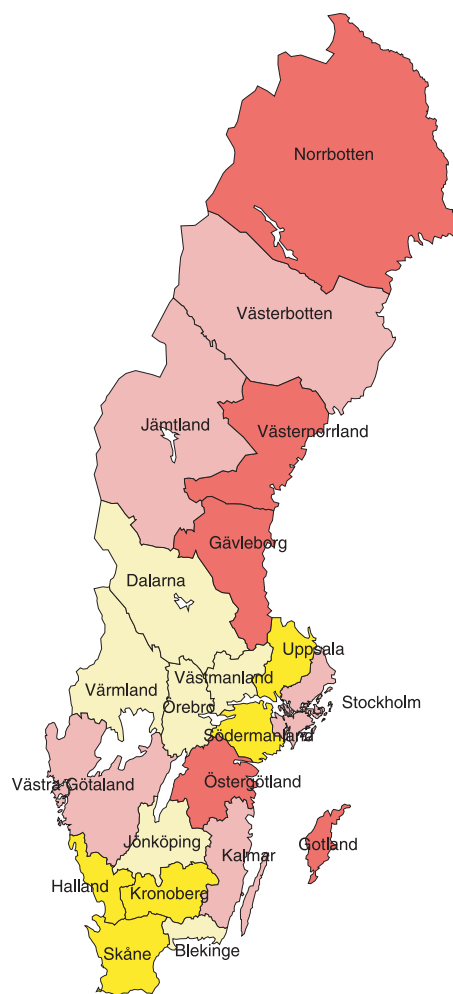
Män 65-79 år



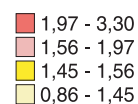
Skadade män 65-79 år/1000
Annat olycksfall



Kvinnor 65-79 år

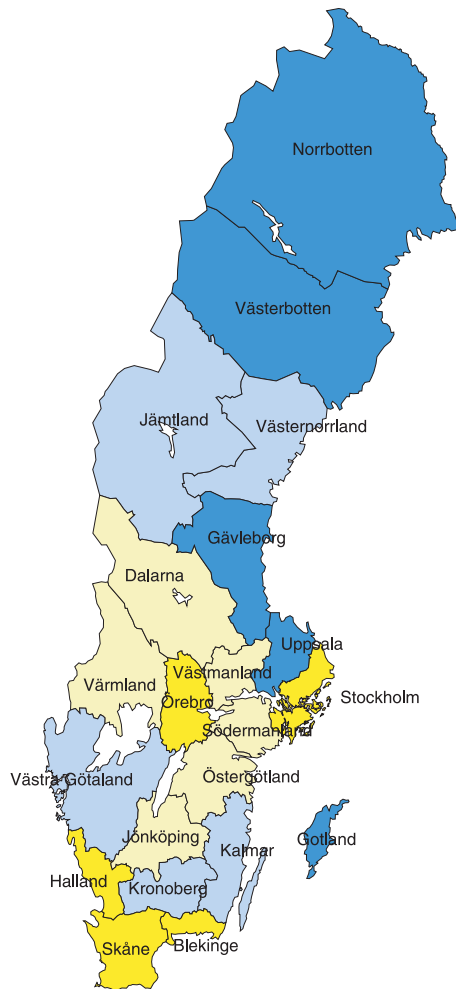


Skadade kvinnor 65-79 år/1000
Annat olycksfall

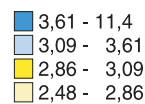


6.4.3 Antal skadade per 1000 personer till följd av annat olycksfall, trendnivå 2001 (forts)

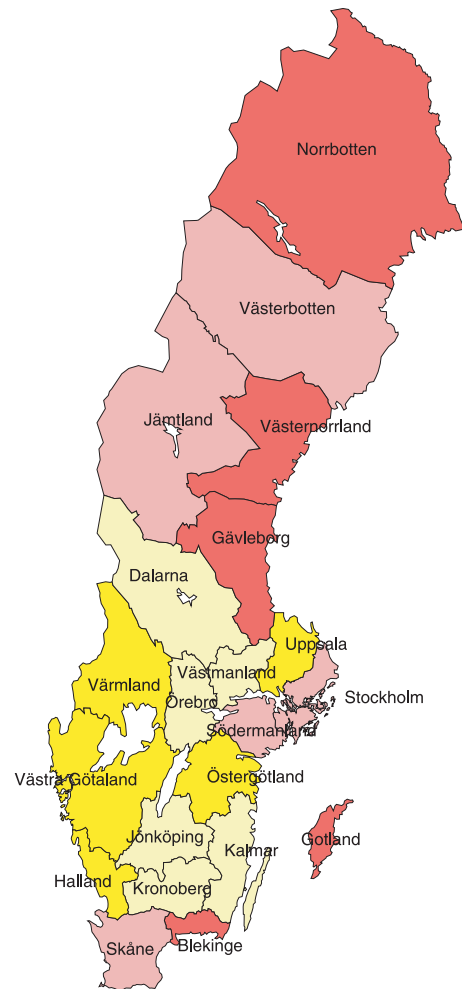
Män 80+ år



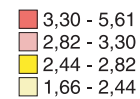
Skadade män 80+ år/1000
Annat olycksfall



Kvinnor 80+ år

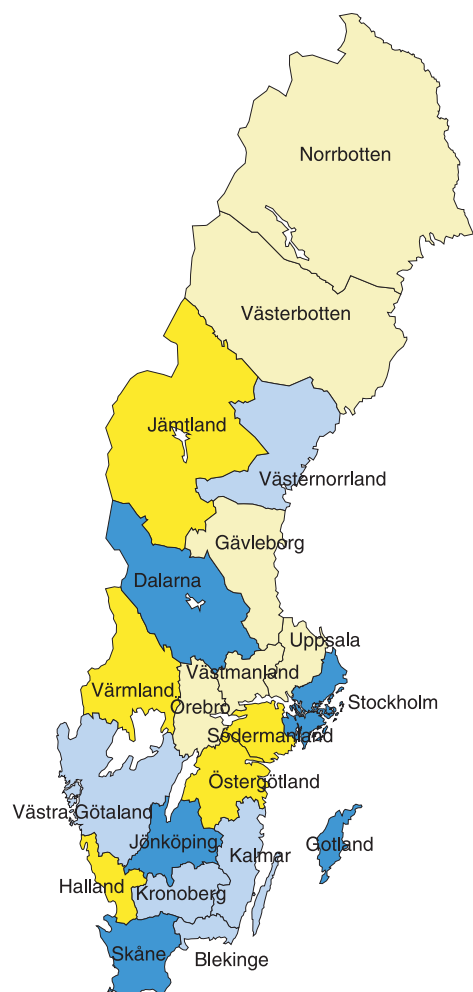


Skadade kvinnor 80+ år/1000
Annat olycksfall

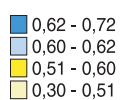


6.4.4 Antal skadade per 1000 personer till följd av avsiktlig skada, trendnivå 2001

Män 65-79 år



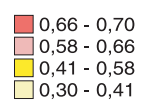
Skadade män 65-79 år/1000
Avsiktlig skada



Kvinnor 65-79 år

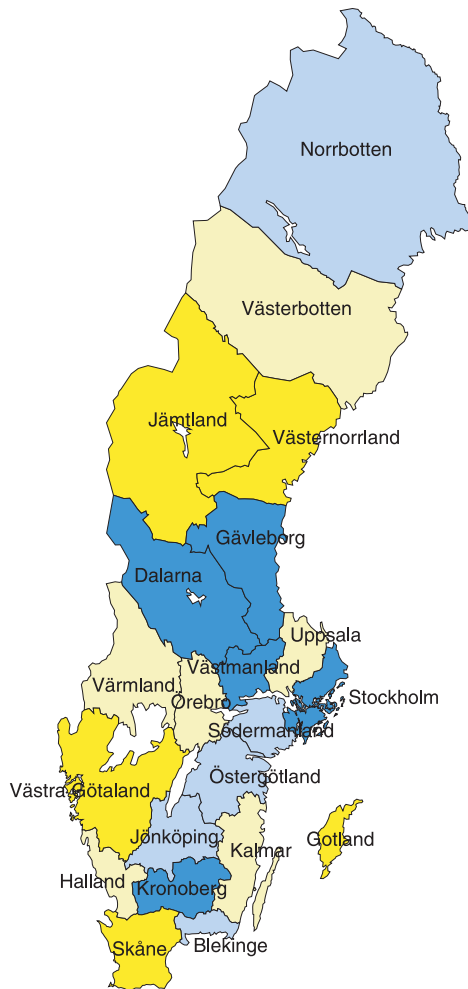


Skadade kvinnor 65-79 år/1000
Avsiktlig skada

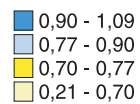


6.4.4 Antal skadade per 1000 personer till följd av avsiktlig skada, trendnivå 2001 (forts)

Män 80+ år



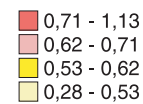
Skadade män 80+ år/1000
Avsiktlig skada



Kvinnor 80+ år

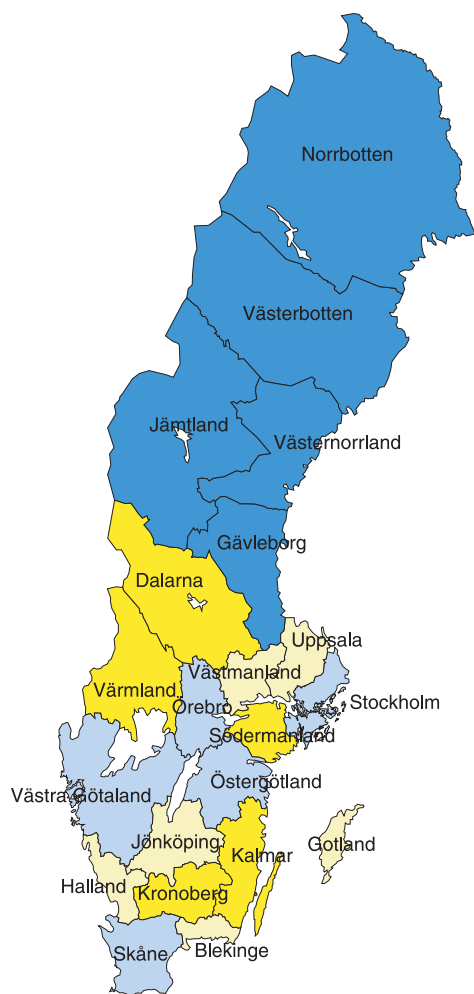


Skadade kvinnor 80+ år/1000
Avsiktlig skada

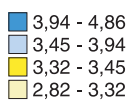


6.4.5 Antal med diagnosen höftledsfraktur per 1000 personer, trendnivå 2001

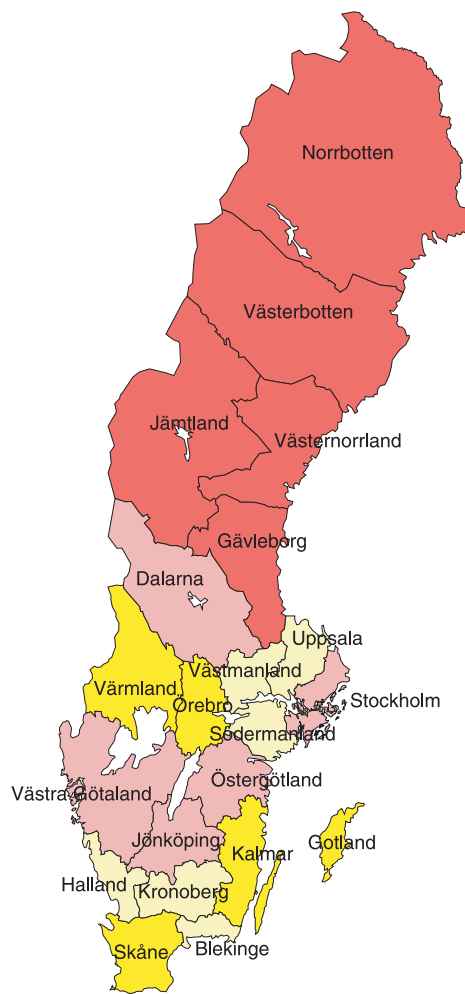
Män 65-79 år



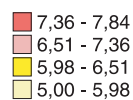
Höftledsfrakturer män 65-79 år/1000



Kvinnor 65-79 år

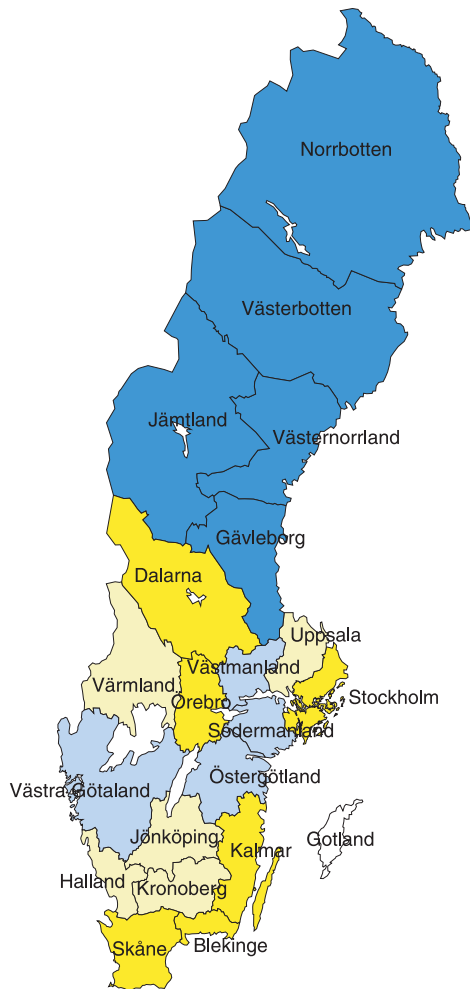


Höftledsfrakturer kvinnor 65-79 år/1000

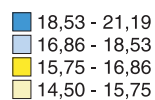


6.4.5 Antal med diagnosen höftledsfraktur per 1000 personer, trendnivå 2001 (forts)

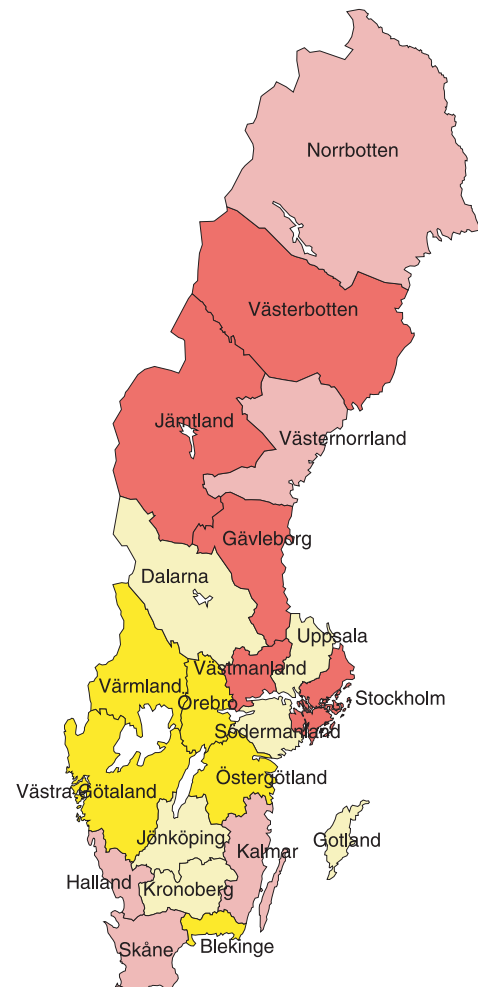
Män 80+ år



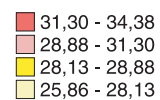
Höftledsfrakturer män 80+ år/1000



Kvinnor 80+ år



Höftledsfrakturer kvinnor 80+ år/1000



6.5 Skador på länsnivå, absoluta tal

Antal skador i länen fördelade efter skadetyper, kön och ålder. Antal per år under perioden 1987-2001, absoluta tal.

Län	Skadetyper	Skadade män per år			Skadade män 65+ 1987-2001	Skadade kvinnor per år			Skadade kvinnor 65+ 1987-2001
		65-79	80+	65+		65-79	80+	65+	
Stockholms län									
	Vägtrafik	90	25	115	1 725	89	36	125	1 874
	Fallolycka	1 099	949	2 048	30 719	2 230	3 656	5 886	88 288
	Annan olycka	157	61	218	3 273	170	145	314	4 717
	Avsiktlig skada	64	24	88	1 320	89	51	141	2 113
	Totalt	1 410	1 059	2 469	37 037	2 578	3 888	6 466	96 992
Uppsala län									
	Vägtrafik	25	7	33	491	22	7	29	432
	Fallolycka	127	131	259	3 880	269	428	697	10 450
	Annan olycka	34	14	48	713	24	23	48	715
	Avsiktlig skada	..	..	11	167	10	5	15	227
	Totalt	194	157	350	5 251	325	463	788	11 824
Södermanlands län									
	Vägtrafik	24	9	33	490	23	6	28	427
	Fallolycka	151	163	313	4 698	300	486	786	11 783
	Annan olycka	30	12	42	629	27	21	48	724
	Avsiktlig skada	..	..	13	188	13	5	18	271
	Totalt	213	187	400	6 005	362	518	880	13 205
Östergötlands län									
	Vägtrafik	32	13	44	666	29	7	36	539
	Fallolycka	193	188	381	5 716	385	598	983	14 747
	Annan olycka	40	11	51	771	25	21	46	686
	Avsiktlig skada	..	..	13	190	..	..	18	263
	Totalt	274	215	490	7 343	452	631	1 082	16 235
Jönköpings län									
	Vägtrafik	32	14	47	699	33	10	43	649
	Fallolycka	216	211	427	6 404	425	625	1 050	15 757
	Annan olycka	48	18	66	993	34	23	57	848
	Avsiktlig skada	..	..	17	260	12	5	17	251
	Totalt	309	248	557	8 356	504	663	1 167	17 505
Kronobergs län									
	Vägtrafik	17	7	24	353	..	..	20	302
	Fallolycka	114	115	229	3 441	208	340	548	8 222
	Annan olycka	29	12	41	620	19	13	31	471
	Avsiktlig skada	..	..	9	130	..	..	10	157
	Totalt	167	136	303	4 544	250	360	610	9 152
Kalmar län									
	Vägtrafik	29	13	42	633	31	8	39	587
	Fallolycka	169	175	343	5 150	316	522	837	12 559
	Annan olycka	48	16	64	961	32	27	59	880
	Avsiktlig skada	..	..	13	191	9	5	14	205
	Totalt	255	207	462	6 935	388	561	949	14 231
Gotlands län									
	Vägtrafik	..	..	8	126	..	..	8	126
	Fallolycka	34	35	68	1 027	65	103	168	2 516
	Annan olycka	..	..	16	238	8	5	13	197
	Avsiktlig skada	..	..	..	42	..	..	..	50
	Totalt	53	42	96	1 433	81	111	193	2 889

Antal skador i länen fördelade efter skadetyp, kön och ålder. Antal per år under perioden 1987-2001, absoluta tal.

Län	Skadetyp	Skadade män per år			Skadade män 65+ 1987-2001	Skadade kvinnor per år			Skadade kvinnor 65+ 1987-2001
		65-79	80+	65+		65-79	80+	65+	
Blekinge län									
	Vägtrafik	..	..	13	200	..	..	13	194
	Fallolycka	85	95	180	2 694	173	295	468	7 024
	Annan olycka	23	8	31	467	19	17	35	531
	Avsiktlig skada	..	..	8	115	..	..	8	122
	Totalt	123	109	232	3 476	207	318	525	7 871
Skåne län									
	Vägtrafik	107	39	146	2 186	108	33	141	2 116
	Fallolycka	614	590	1 204	18 054	1 293	2 142	3 434	51 517
	Annan olycka	143	49	192	2 876	115	103	217	3 258
	Avsiktlig skada	41	14	55	821	57	29	87	1 303
	Totalt	904	692	1 596	23 937	1 573	2 307	3 880	58 194
Hallands län									
	Vägtrafik	26	11	36	543	27	8	35	520
	Fallolycka	156	158	314	4 716	294	492	786	11 791
	Annan olycka	43	16	59	891	29	24	54	806
	Avsiktlig skada	..	..	11	170	..	..	13	189
	Totalt	234	188	421	6 320	358	529	887	13 306
Västra Götalands län									
	Vägtrafik	118	42	160	2 407	110	32	142	2 135
	Fallolycka	947	928	1 875	28 125	1 839	2 865	4 704	70 557
	Annan olycka	203	74	277	4 160	147	112	259	3 889
	Avsiktlig skada	53	18	71	1 070	60	27	86	1 292
	Totalt	1 321	1 063	2 384	35 762	2 156	3 036	5 192	77 873
Värmlands län									
	Vägtrafik	27	9	36	547	23	7	30	446
	Fallolycka	180	170	350	5 253	345	507	852	12 773
	Annan olycka	44	12	56	846	30	21	51	762
	Avsiktlig skada	..	..	12	185	..	..	14	213
	Totalt	261	195	455	6 831	408	538	946	14 194
Örebro län									
	Vägtrafik	28	12	40	601	33	8	40	607
	Fallolycka	172	180	352	5 275	349	537	885	13 276
	Annan olycka	36	14	50	751	26	22	48	719
	Avsiktlig skada	..	..	12	181	12	6	18	263
	Totalt	245	209	454	6 808	419	572	991	14 865
Västmanlands län									
	Vägtrafik	26	8	34	510	25	6	31	462
	Fallolycka	162	152	313	4 702	313	455	768	11 513
	Annan olycka	28	10	39	579	22	15	37	551
	Avsiktlig skada	..	..	14	205	12	5	17	251
	Totalt	225	175	400	5 996	372	480	852	12 777
Dalarnas län									
	Vägtrafik	30	12	41	618	26	9	35	527
	Fallolycka	204	202	406	6 089	411	588	998	14 976
	Annan olycka	46	15	61	919	28	20	48	722
	Avsiktlig skada	12	5	17	250	15	6	21	317
	Totalt	292	233	525	7 876	480	623	1 103	16 542

6 Kartor, tabeller och diagram på länsnivå

Antal skador i länen fördelade efter skadetyper, kön och ålder. Antal per år under perioden 1987-2001, absoluta tal.

Län	Skadetyper	Skadade män per år			Skadade män 65+ 1987-2001	Skadade kvinnor per år			Skadade kvinnor 65+ 1987-2001
		65-79	80+	65+		65-79	80+	65+	
Gävleborgs län									
	Vägtrafik	35	12	48	716	34	10	43	652
	Fallolycka	246	236	482	7 229	457	659	1 116	16 746
	Annan olycka	56	24	81	1 208	40	32	72	1 082
	Avsiktlig skada	..	..	17	260	13	5	18	273
	Totalt	351	276	628	9 413	544	706	1 250	18 753
Västernorrlands län									
	Vägtrafik	28	9	37	554	24	7	31	458
	Fallolycka	238	224	462	6 930	436	606	1 043	15 642
	Annan olycka	50	16	65	977	38	29	67	1 010
	Avsiktlig skada	..	..	14	208	9	5	14	217
	Totalt	326	252	578	8 669	507	648	1 155	17 327
Jämtlands län									
	Vägtrafik	..	..	20	299	..	..	17	261
	Fallolycka	130	124	255	3 818	228	315	544	8 157
	Annan olycka	29	9	38	572	19	14	33	492
	Avsiktlig skada	..	..	6	97	..	..	6	94
	Totalt	180	139	319	4 786	265	335	600	9 004
Västerbottens län									
	Vägtrafik	36	11	47	703	35	7	42	634
	Fallolycka	241	190	431	6 460	419	484	903	13 548
	Annan olycka	50	14	64	963	31	19	50	744
	Avsiktlig skada	..	..	10	152	..	..	13	193
	Totalt	335	217	552	8 278	494	513	1 008	15 119
Norrbottnens län									
	Vägtrafik	29	10	38	577	27	5	32	485
	Fallolycka	215	166	381	5 710	370	437	807	12 105
	Annan olycka	64	14	78	1 171	41	19	60	898
	Avsiktlig skada	..	..	11	172	..	..	10	144
	Totalt	317	192	509	7 630	445	464	909	13 632
Riket									
	Vägtrafik	773	274	1 047	15 705	746	218	965	14 470
	Fallolycka	5 706	5 393	11 098	166 477	11 150	17 179	28 329	424 928
	Annan olycka	1 217	425	1 643	24 639	925	725	1 650	24 757
	Avsiktlig själv- destr. handling	191	74	266	3 984	274	112	386	5 790
	Övergrepp/våld	48	8	56	836	27	12	39	583
	Totalt	7 936	6 174	14 109	211 641	13 123	18 246	31 369	470 528

Värden mindre än 5 redovisas ej, har ersatts med ”..” i tabellen.

Antal skador i länen till följd av höftledsfrakturer efter kön och ålder. Antal per år under perioden 1987-2001, absoluta tal.

Län	Antal män per år			Antal män totalt 1987- 2001	Antal kvinnor per år			Antal kvinnor totalt 1987- 2001
	65-79	80+	Totalt		65-79	80+	Totalt	
Stockholms län	350	406	756	11 347	812	1 628	2 440	36 605
Uppsala län	44	62	105	1 581	96	202	298	4 464
Södermanlands län	55	75	130	1 945	113	231	344	5 157
Östergötlands län	97	125	222	3 324	198	391	590	8 844
Jönköpings län	66	94	160	2 404	162	287	449	6 735
Kronobergs län	38	54	92	1 383	71	158	229	3 428
Kalmar län	56	82	137	2 059	116	245	361	5 416
Gotlands län	11	15	26	394	26	47	73	1 097
Blekinge län	29	49	78	1 176	69	147	216	3 247
Skåne län	236	299	535	8 032	524	1 072	1 596	23 935
Hallands län	46	71	117	1 761	103	222	324	4 867
Västra Götalands län	325	438	763	11 444	700	1 397	2 097	31 457
Värmlands län	67	85	151	2 272	148	264	413	6 189
Örebro län	62	85	147	2 209	136	258	393	5 899
Västmanlands län	60	72	132	1 979	127	228	354	5 317
Dalarnas län	67	92	160	2 396	153	283	436	6 543
Gävleborgs län	77	105	182	2 733	178	318	496	7 433
Västernorrlands län	72	98	170	2 553	159	266	425	6 372
Jämtlands län	47	60	108	1 614	83	151	234	3 507
Västerbottens län	69	81	149	2 241	141	198	339	5 090
Norrbottnens län	66	69	135	2 029	131	189	321	4 812
Hela riket	1 945	2 523	4 467	67012	4 253	8 202	12 456	186 835

6.6 Tidsserieanalyser på länsnivå

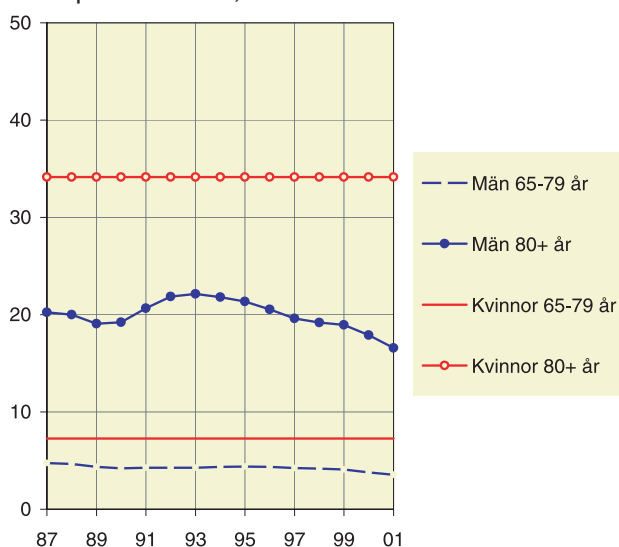
Stockholms län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,0	-2,2	1,3	0,0
Fallolycka	13,9	-4,0	47,2	-1,3
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,0	1,2	3,1	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,7	-8,5	1,0	-15,7
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,5	-16,5	16,6	-15,4

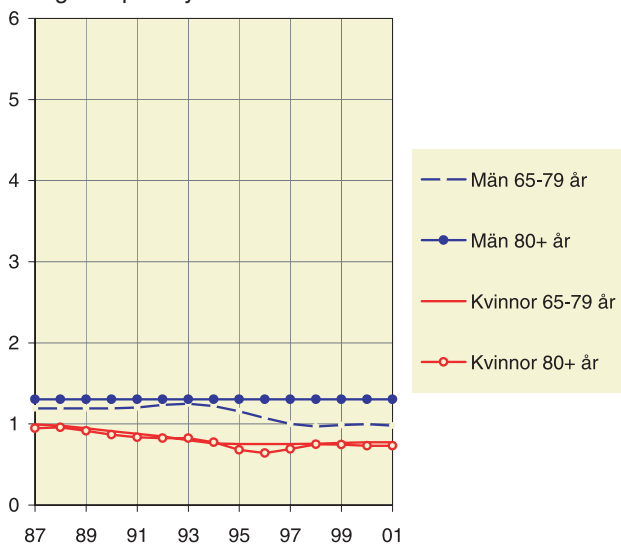
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	0,8	2,9	0,7	5,6
Fallolycka	19,9	-4,1	75,7	-4,7
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,7	7,9	3,0	-1,3
Avsiktligt tillfogad skada	0,7	5,4	1,1	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	7,3	0,0	34,1	0,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

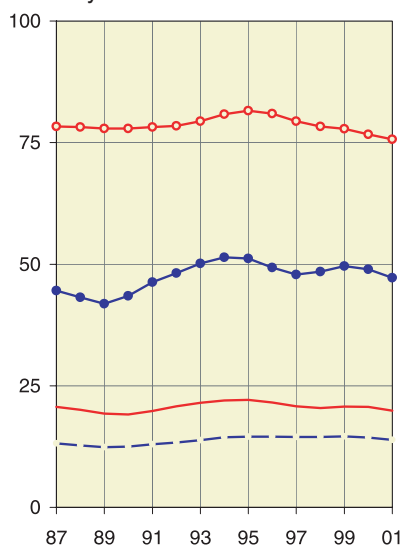


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

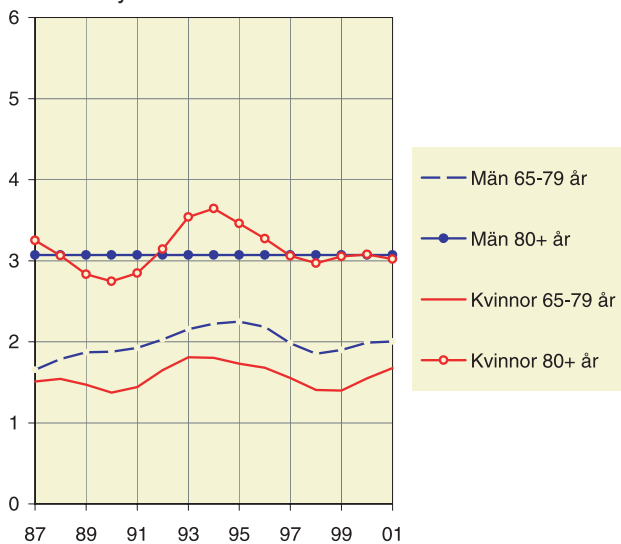
...vägtransportolycka



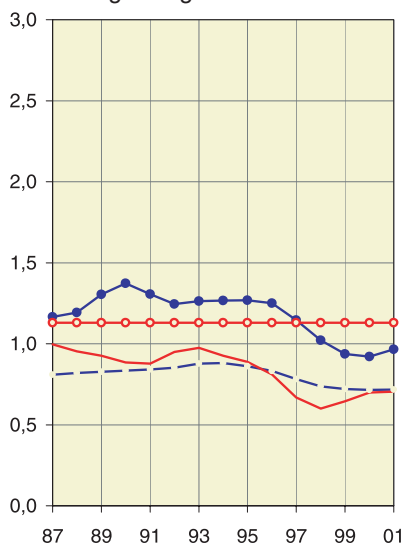
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

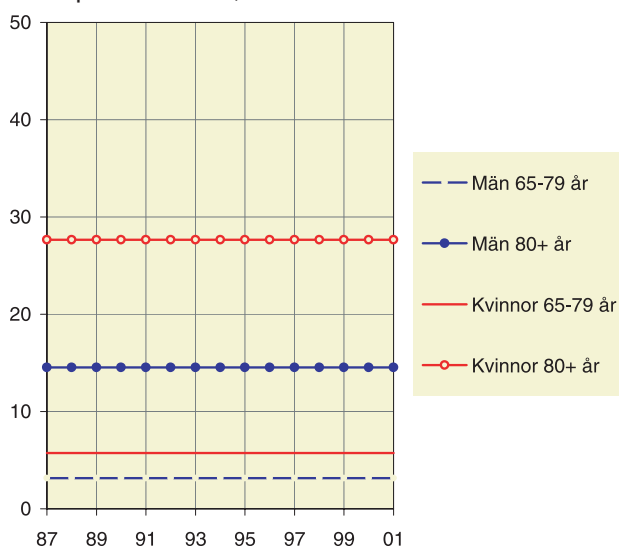
Uppsala län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,9	0,0	1,9	0,0
Fallolycka	9,6	0,0	32,3	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,6	0,0	3,7	53,2
Avsiktligt tillfogad skada	0,3	-51,0	0,3	-43,8
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,1	0,0	14,5	0,0

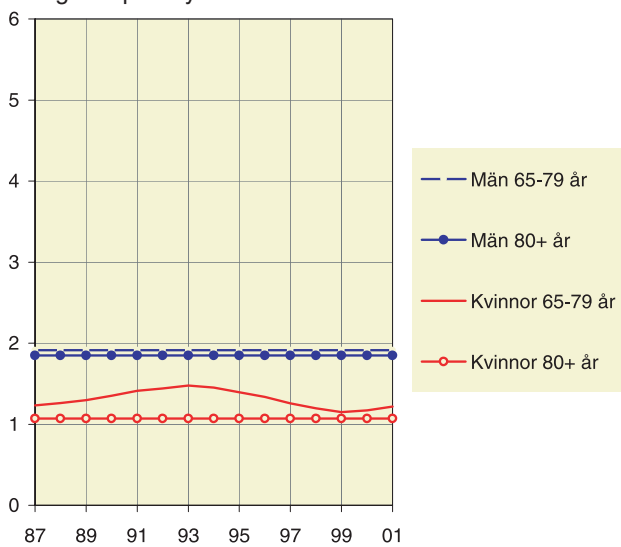
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,2	-3,3	1,1	0,0
Fallolycka	16,6	0,0	59,9	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,5	0,0	2,8	-9,2
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	0,0	0,7	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	5,7	0,0	27,6	0,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

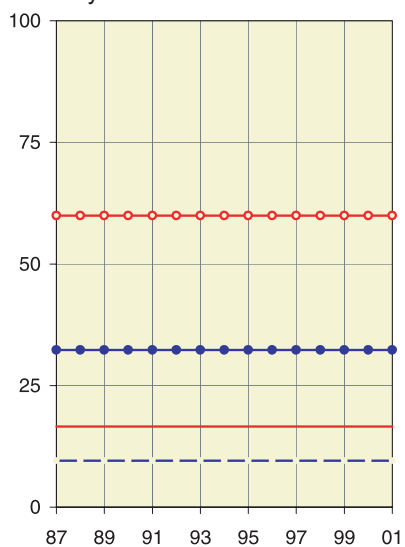


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

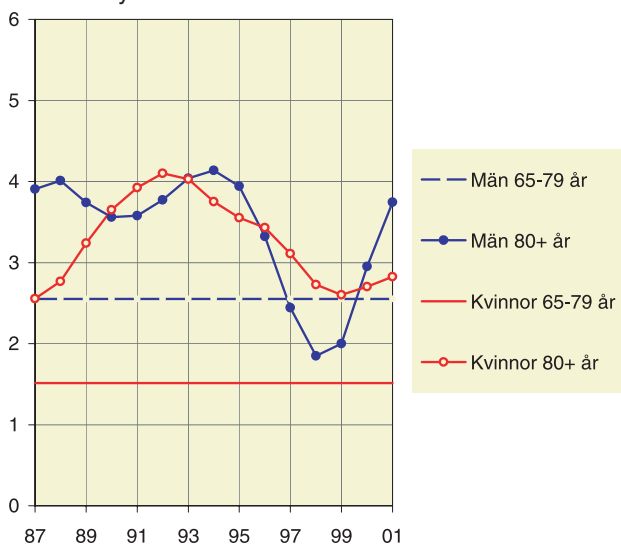
...vägtransportolycka



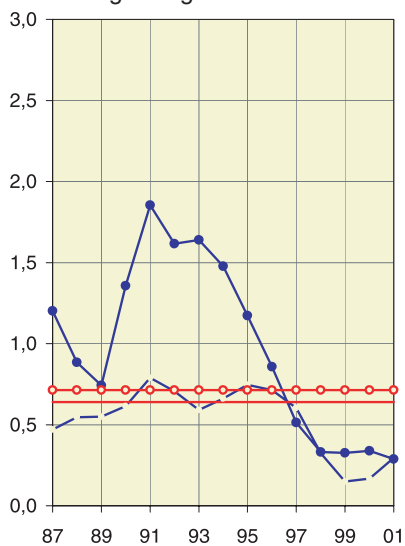
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

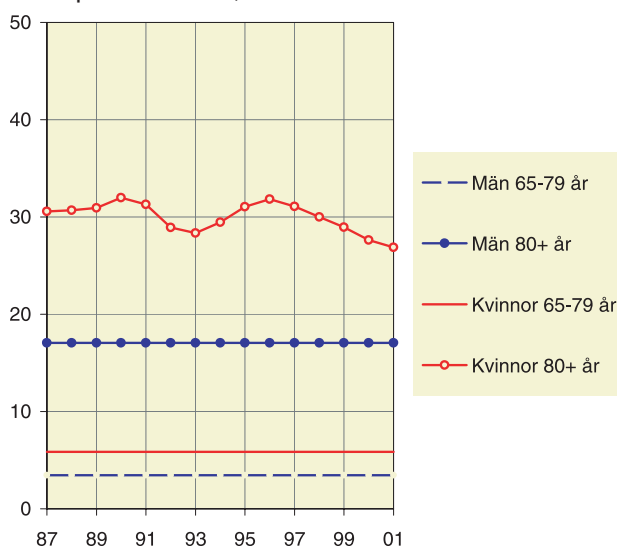
Södermanlands län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,5	0,0	2,1	0,0
Fallolycka	10,3	-2,7	38,4	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,0	-14,2	2,8	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	0,0	0,8	4,5
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,4	0,0	17,1	0,0

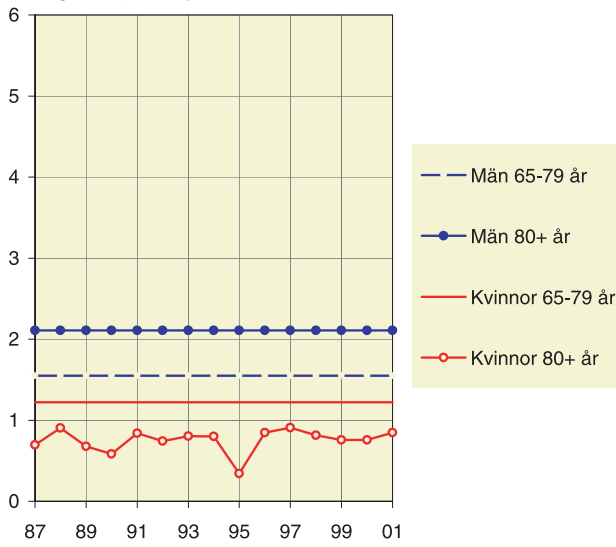
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,2	0,0	0,8	-6,6
Fallolycka	16,2	-6,4	61,2	-10,7
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,4	-3,3	2,8	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,7	7,1	0,7	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	5,9	0,0	26,9	-13,5

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

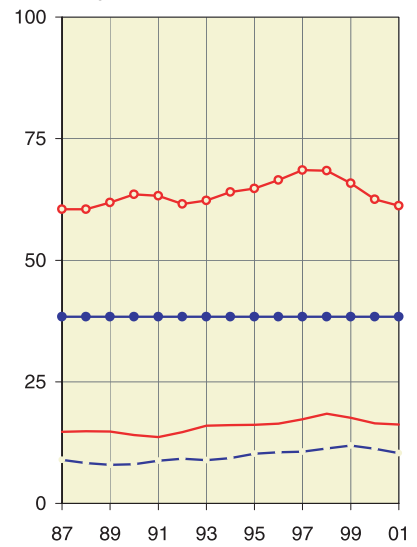


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

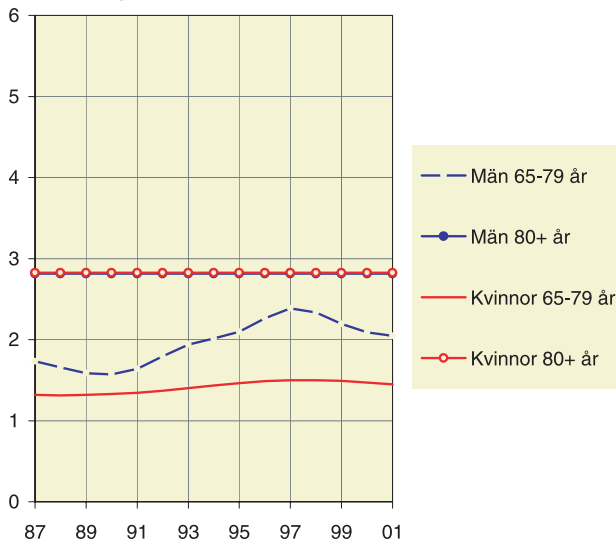
...vägtransportolycka



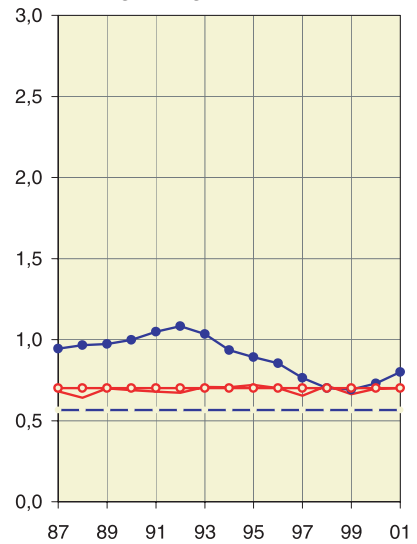
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

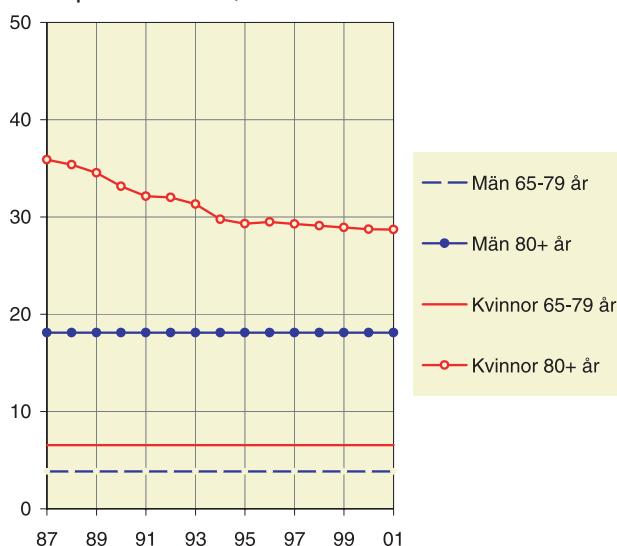
Östergötlands län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	2,1	0,0	3,0	0,0
Fallolycka	11,7	-16,4	40,5	-14,1
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	3,2	4,3	2,7	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	0,0	0,9	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,8	0,0	18,1	0,0

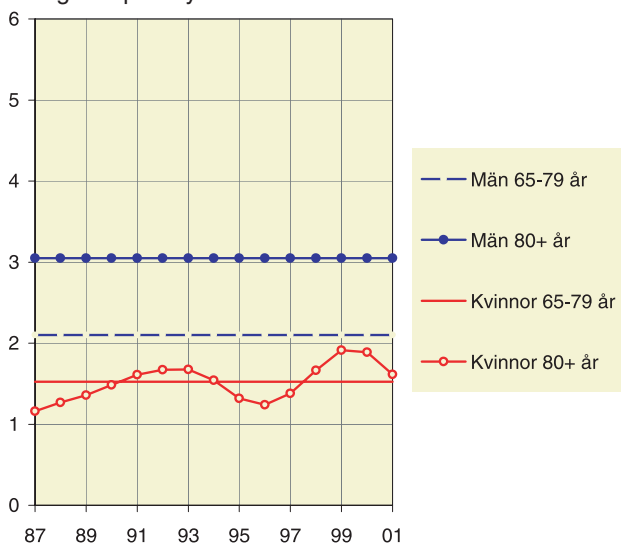
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,5	0,0	1,6	16,9
Fallolycka	19,5	0,0	69,2	-6,9
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,2	93,5	2,7	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,7	0,0	0,5	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	6,5	0,0	28,7	-1,9

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

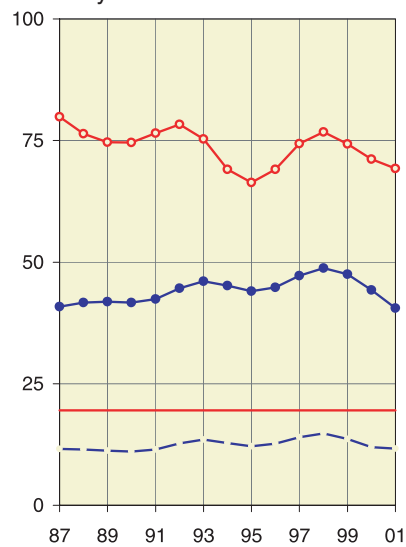


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

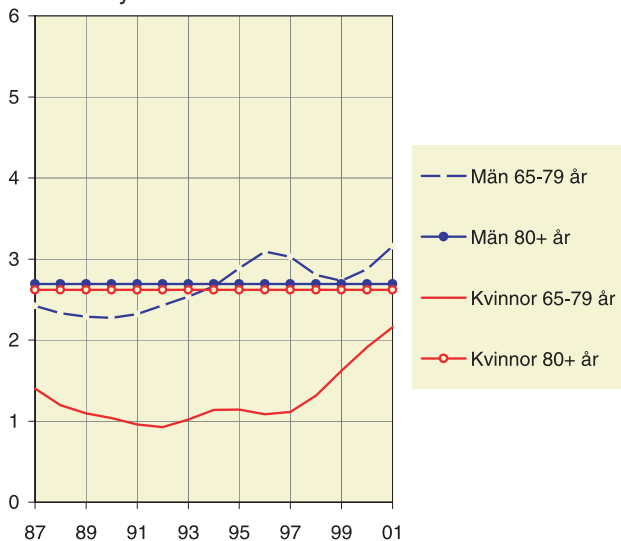
...vägtransportolycka



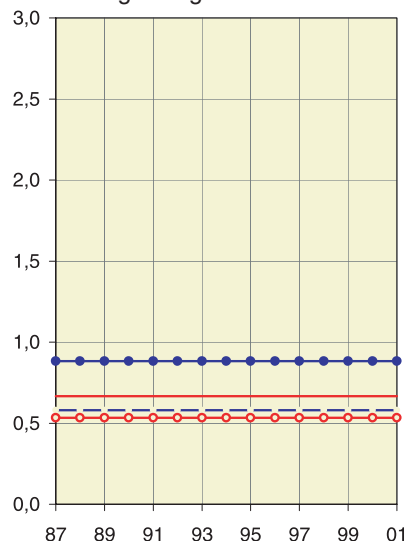
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

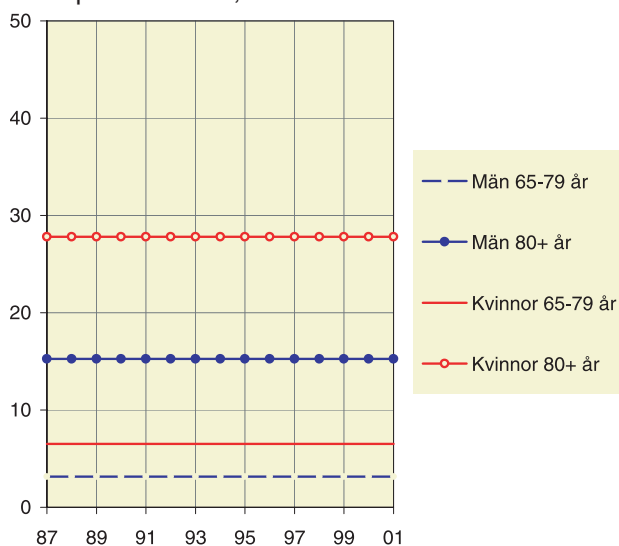
Jönköpings län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,7	0,0	2,6	0,0
Fallolycka	12,0	-4,5	39,1	-10,5
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,4	5,1	2,8	-8,1
Avsiktligt tillfogad skada	0,7	0,0	0,8	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,1	0,0	15,2	0,0

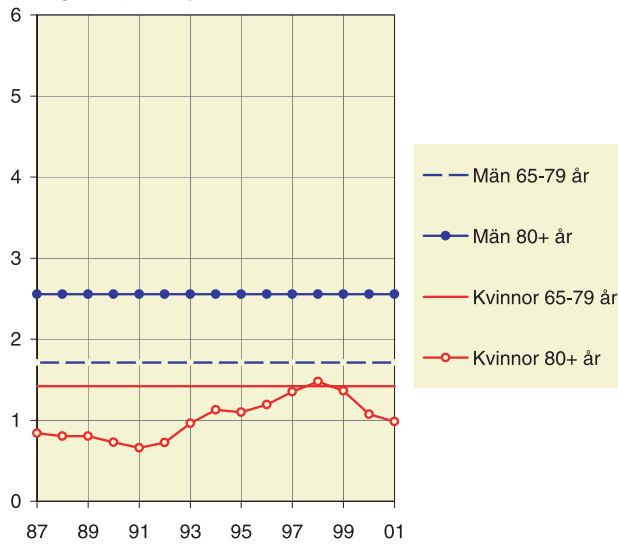
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,4	0,0	1,0	-27,1
Fallolycka	18,0	-4,2	62,8	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,3	4,7	2,3	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,4	7,9	0,3	8,5
Diagnos				
Höftledsfraktur	6,5	0,0	27,8	0,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

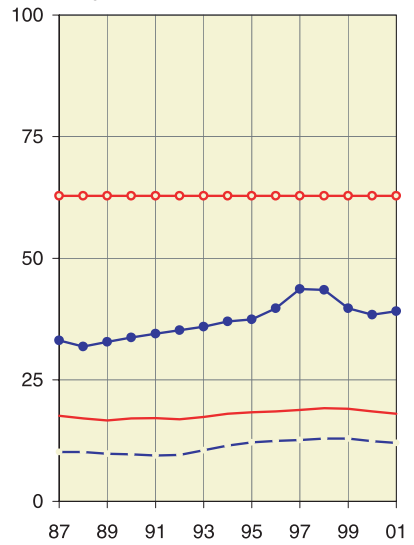


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

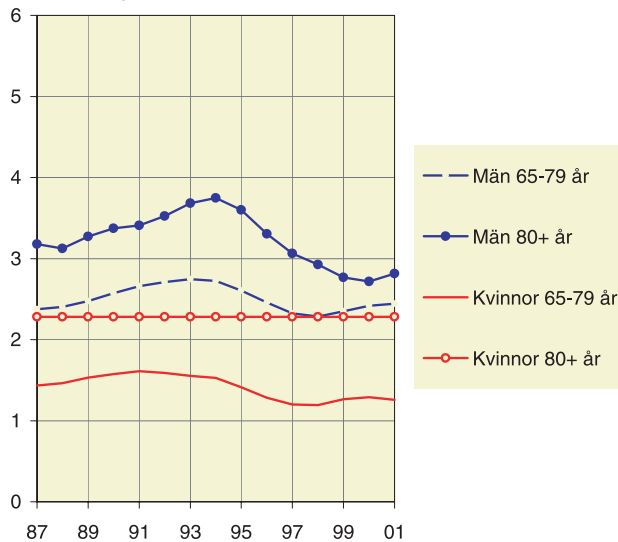
...vägtransportolycka



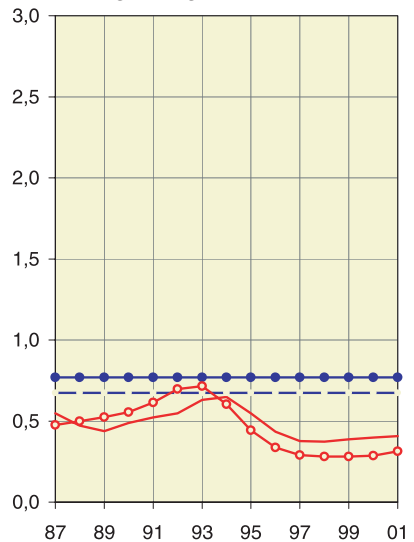
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

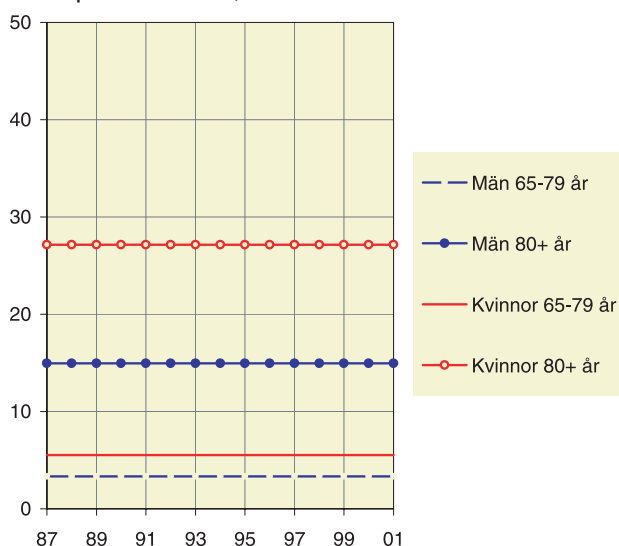
Kronobergs län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,4	6,8	2,0	0,0
Fallolycka	11,9	-3,0	30,6	-26,3
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,6	0,0	3,5	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	0,0	0,9	27,4
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,3	0,0	14,9	0,0

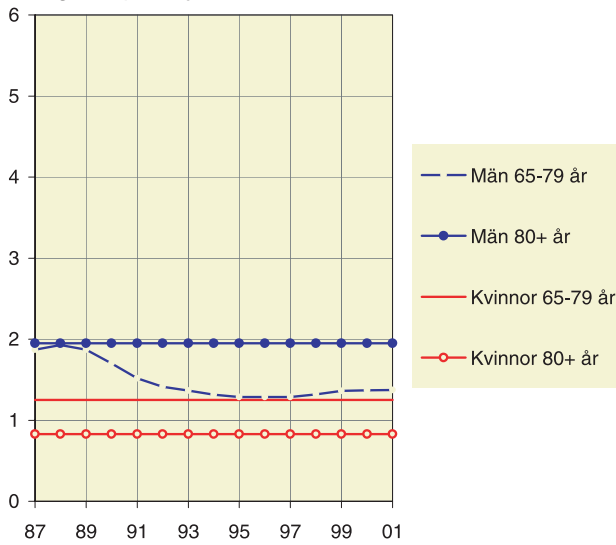
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,3	0,0	0,8	0,0
Fallolycka	17,2	-5,0	59,0	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,5	0,0	2,3	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	0,0	0,6	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	5,5	0,0	27,1	0,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

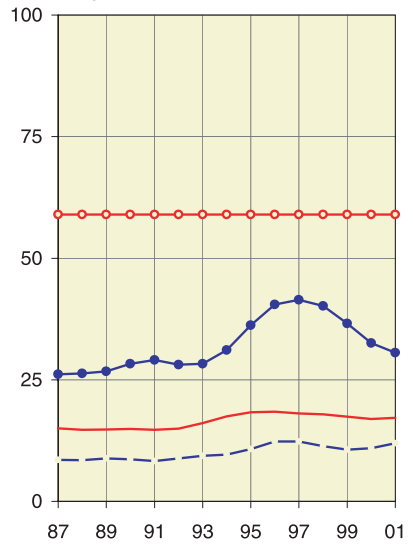


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

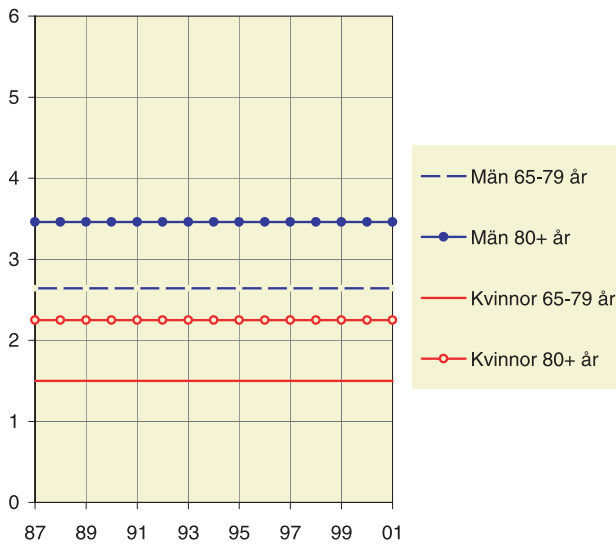
...vägtransportolycka



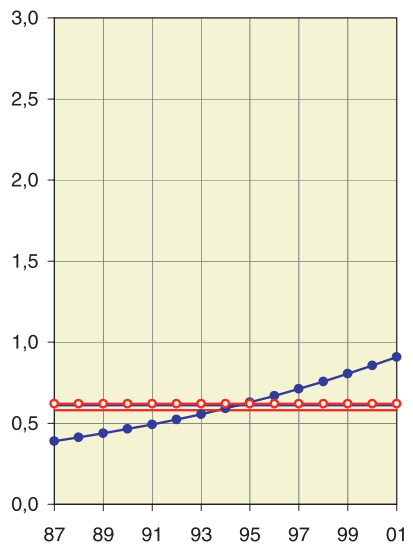
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

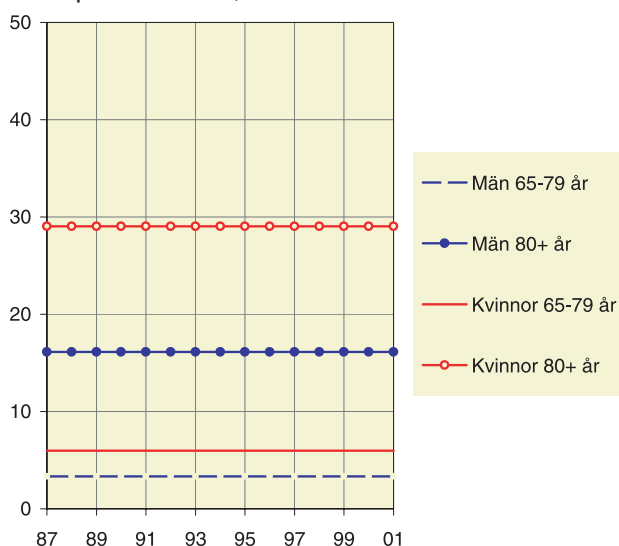
Kalmar län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,8	12,5	2,8	0,0
Fallolycka	13,1	14,9	37,5	-2,7
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	3,0	-15,9	3,3	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	0,0	0,7	-19,6
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,3	0,0	16,1	0,0

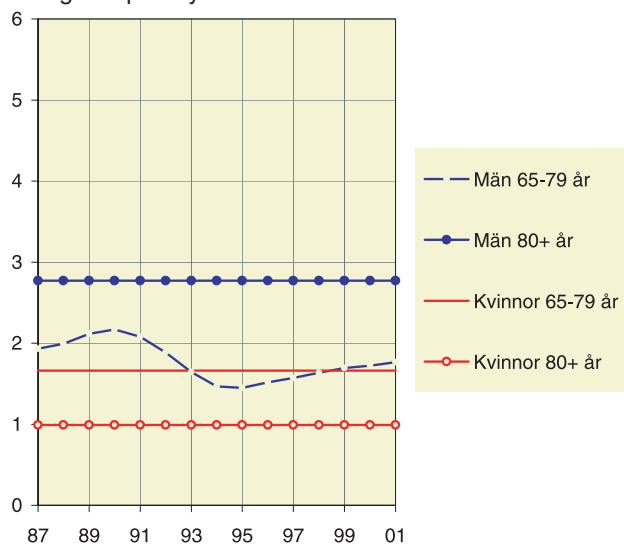
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,7	0,0	1,0	0,0
Fallolycka	16,9	-1,6	62,2	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,7	0,0	2,3	-36,4
Avsiktligt tillfogad skada	0,3	-20,6	0,6	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	6,0	0,0	29,0	0,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

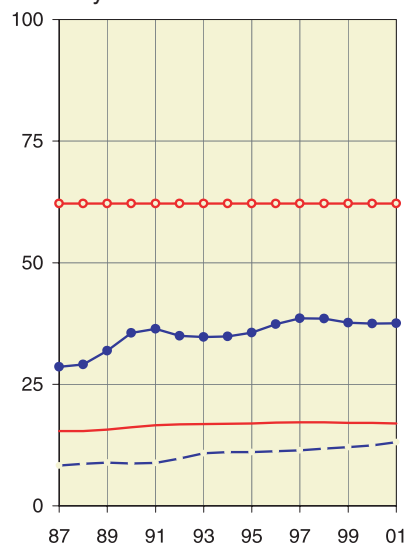


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

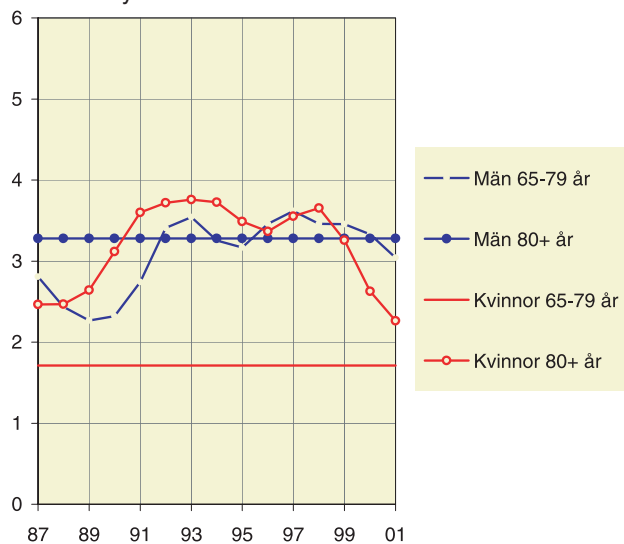
...vägtransportolycka



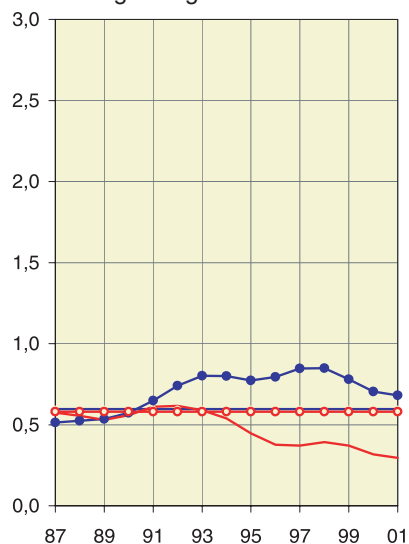
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

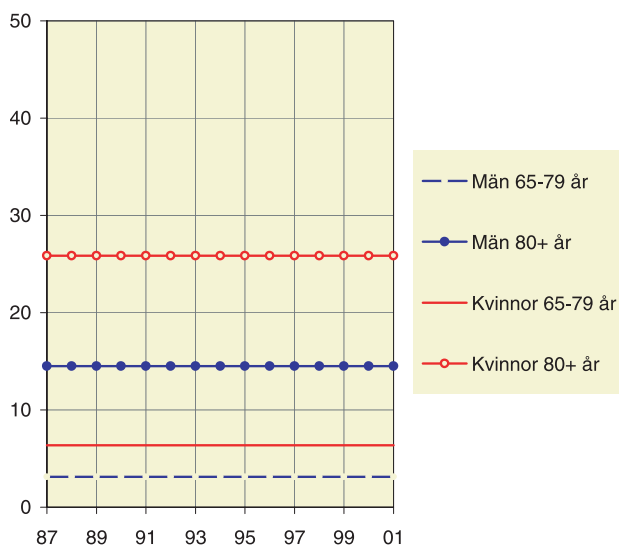
Gotlands län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,7	0,0	2,4	0,0
Fallolycka	9,3	-19,3	33,2	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	3,5	0,0	4,6	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,7	0,0	0,8	-39,5
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,1	0,0	14,5	0,0

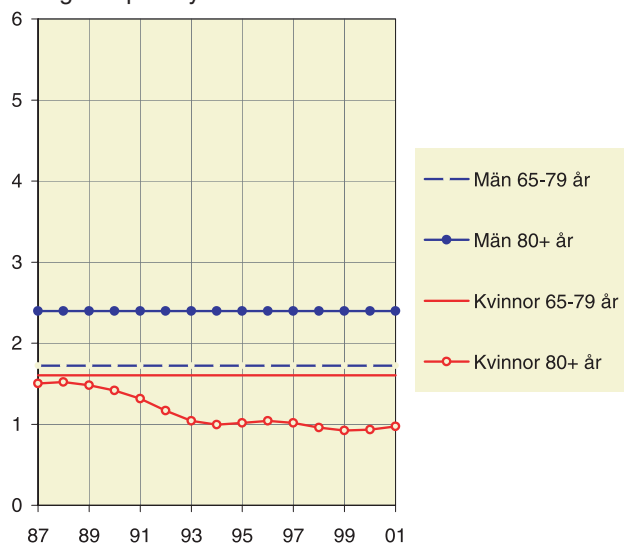
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,6	0,0	1,0	-4,2
Fallolycka	15,8	0,0	57,5	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,0	0,0	3,5	13,3
Avsiktligt tillfogad skada	0,7	0,0	1,0	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	6,4	0,0	25,9	0,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

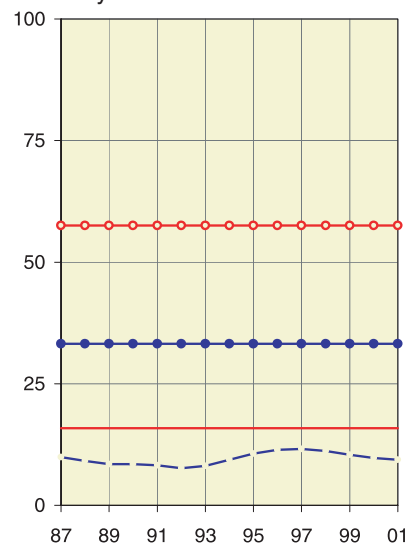


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

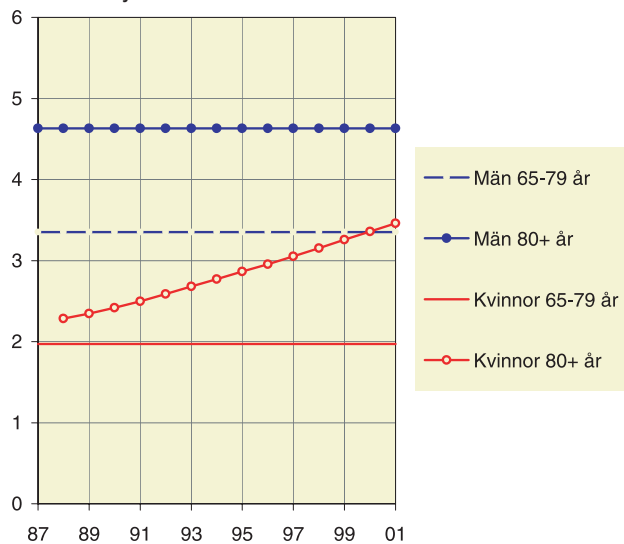
...vägtransportolycka



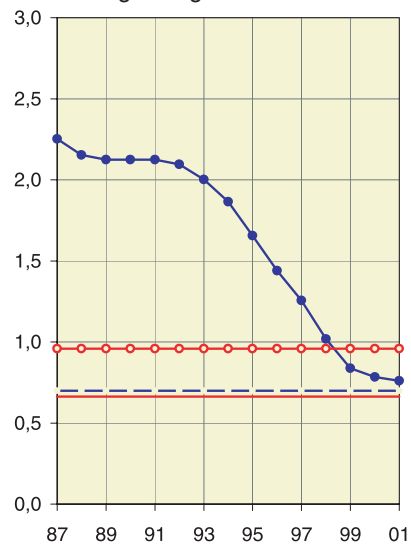
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

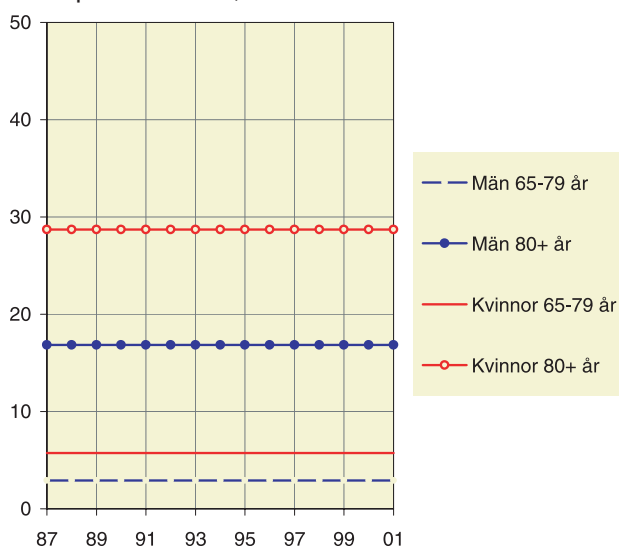
Blekinge län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,1	75,2	1,1	-26,3
Fallolycka	8,6	-4,2	34,8	1,5
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,0	-8,4	2,9	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	0,0	0,8	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	2,9	0,0	16,9	0,0

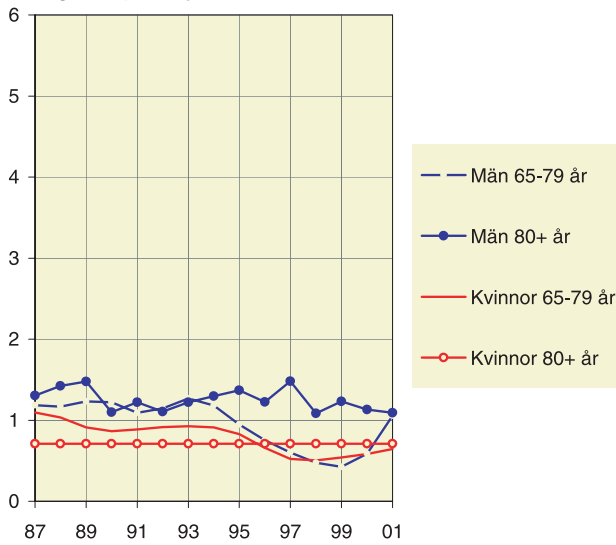
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	0,6	23,2	0,7	0,0
Fallolycka	14,4	2,0	57,8	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,2	-25,6	3,3	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,3	-32,5	0,3	-34,1
Diagnos				
Höftledsfraktur	5,7	0,0	28,7	0,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

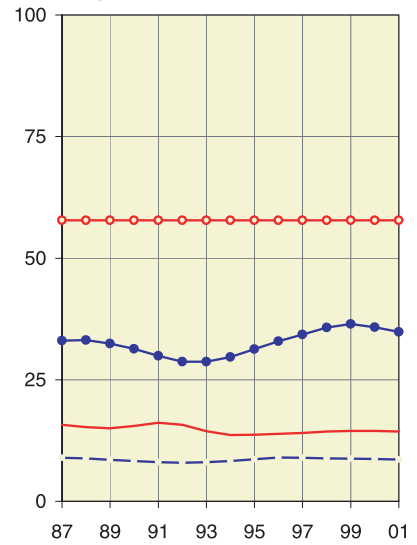


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

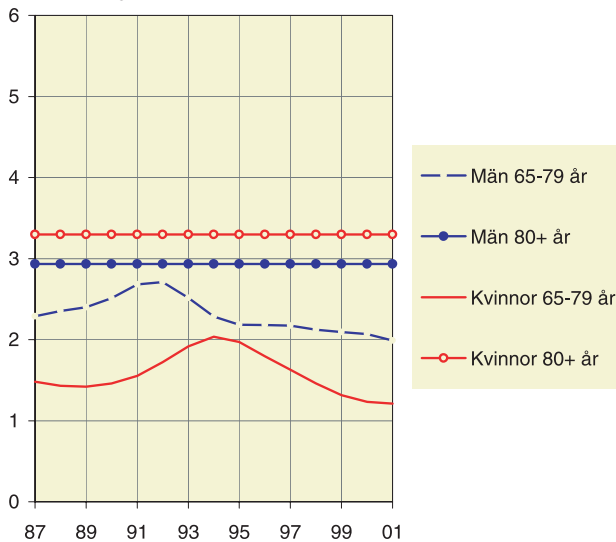
...vägtransportolycka



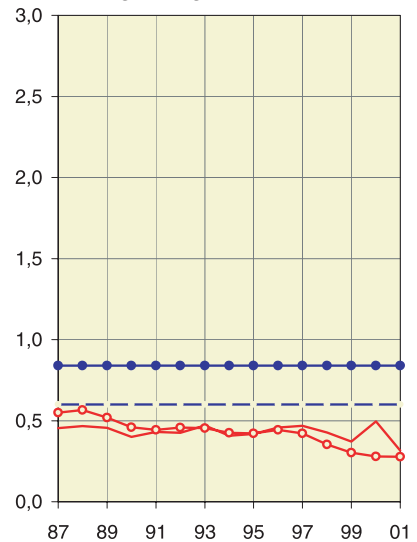
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

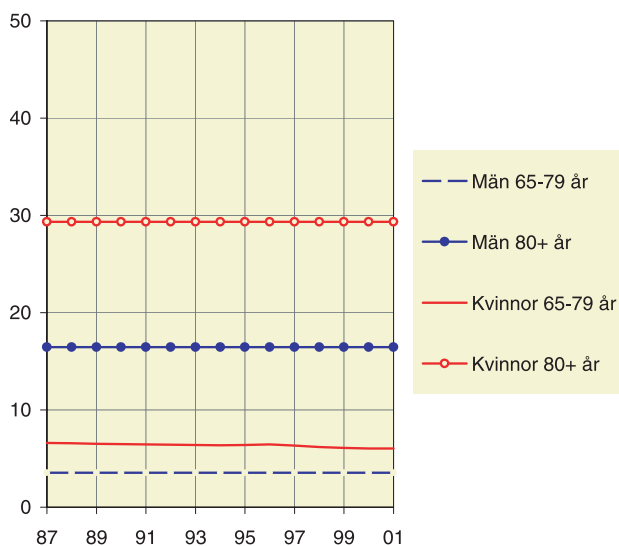
Skåne län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,5	-7,9	2,3	0,0
Fallolycka	9,9	-4,9	34,4	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,3	0,0	2,9	-3,6
Avsiktligt tillfogad skada	0,7	0,0	0,7	-13,1
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,5	0,0	16,4	0,0

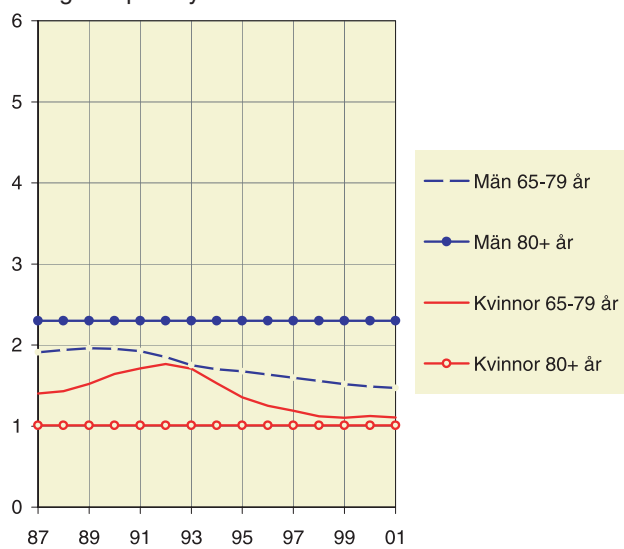
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,1	-6,9	1,0	0,0
Fallolycka	16,2	-4,3	60,1	-2,2
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,5	0,0	3,0	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	-6,4	0,7	0,9	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	6,0	-5,1	29,4	0,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

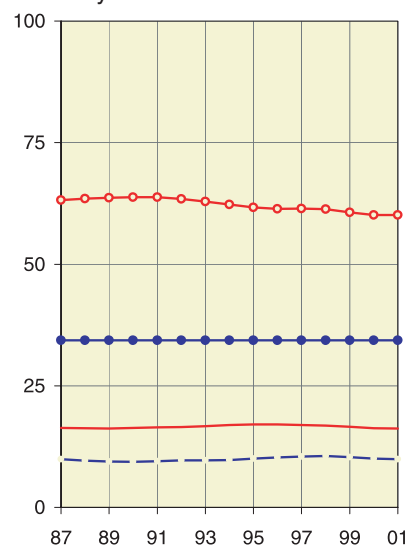


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

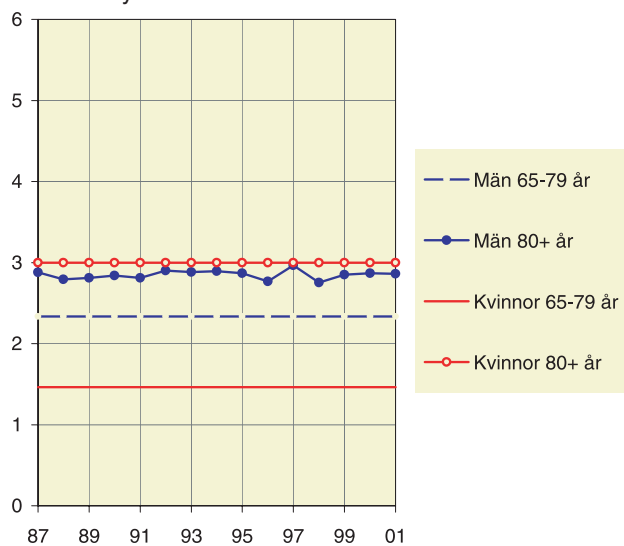
...vägtransportolycka



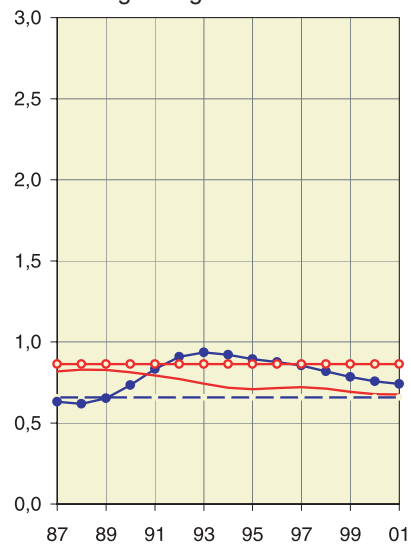
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

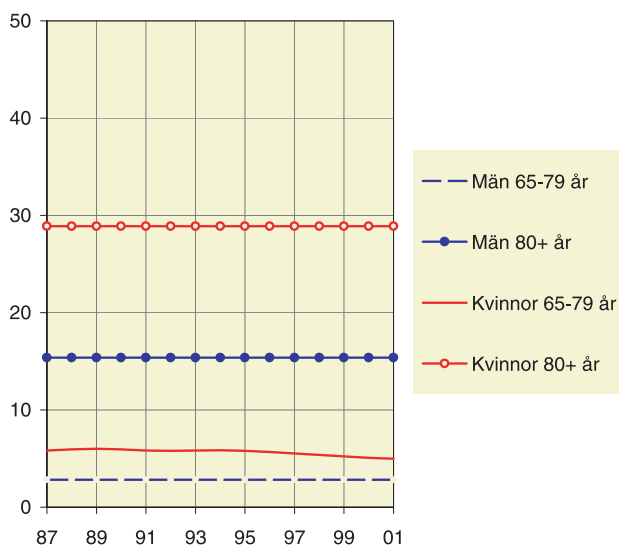
Hallands län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,4	-10,0	1,4	-39,8
Fallolycka	13,0	8,8	36,0	0,1
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,6	-4,2	2,9	-5,9
Avsiktligt tillfogad skada	0,5	2,2	0,7	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	2,8	0,0	15,4	0,0

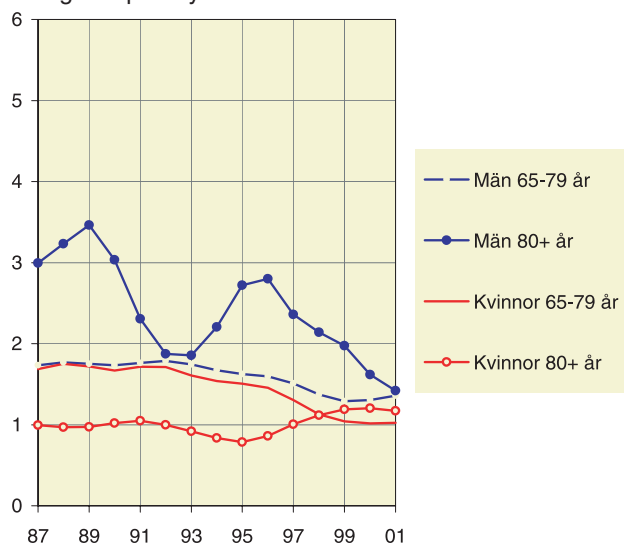
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,0	-21,8	1,2	16,7
Fallolycka	17,3	-4,3	66,0	-0,6
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,5	-12,9	2,6	-27,5
Avsiktligt tillfogad skada	0,4	-14,9	0,6	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	5,0	-9,4	28,9	0,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

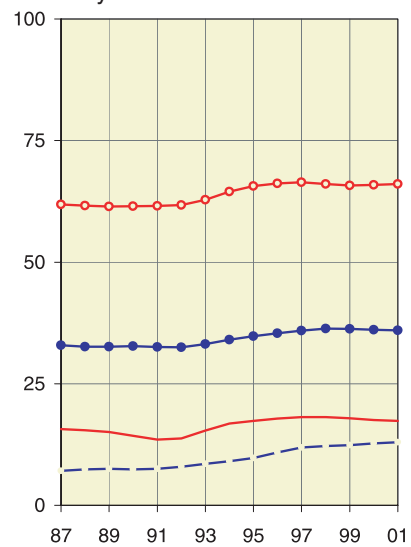


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

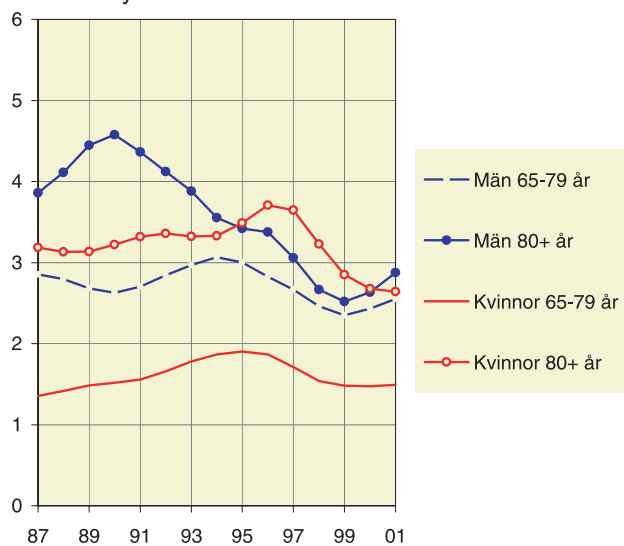
...vägtransportolycka



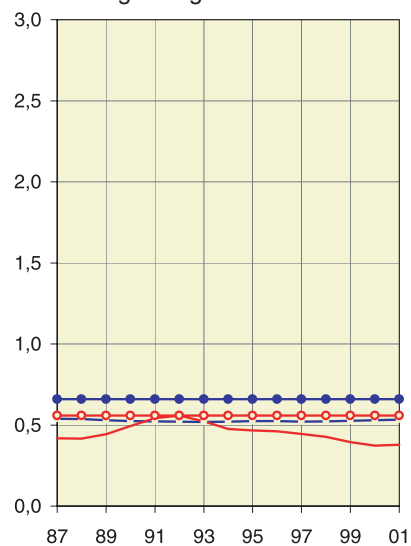
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

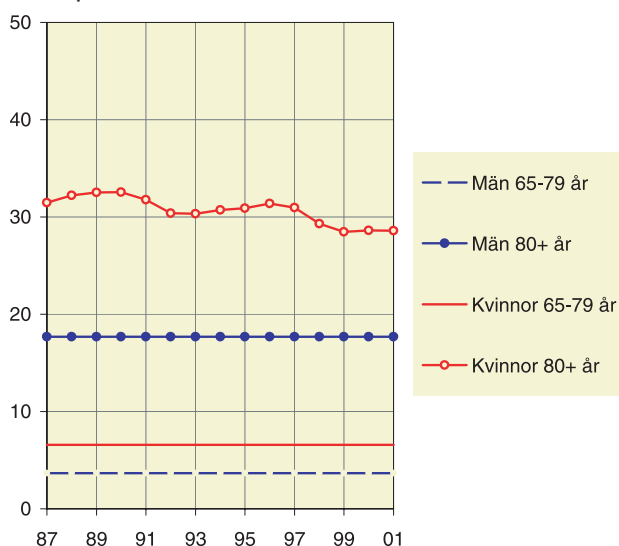
Västra Götalands län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,2	-12,0	1,8	0,0
Fallolycka	12,5	-0,1	40,7	-6,7
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,7	-1,0	3,1	-15,2
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	-2,1	0,7	-1,4
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,7	0,0	17,7	0,0

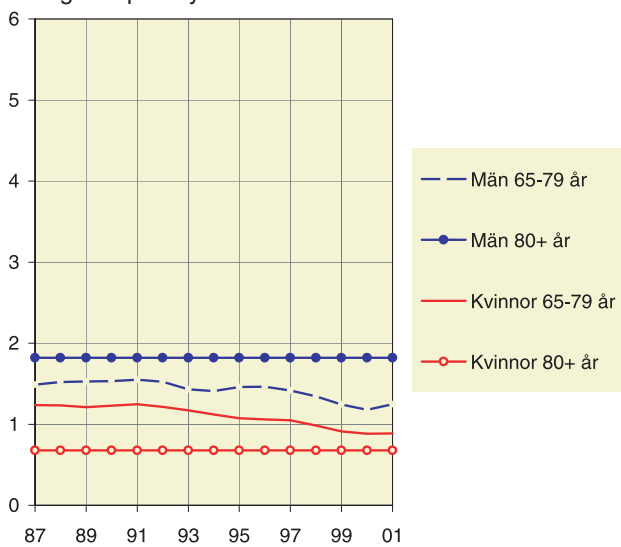
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	0,9	-15,6	0,7	0,0
Fallolycka	18,0	-4,5	65,3	-4,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,6	-9,5	2,5	-8,8
Avsiktligt tillfogad skada	0,5	-29,9	0,7	0,5
Diagnos				
Höftledsfraktur	6,6	0,0	28,6	-7,7

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

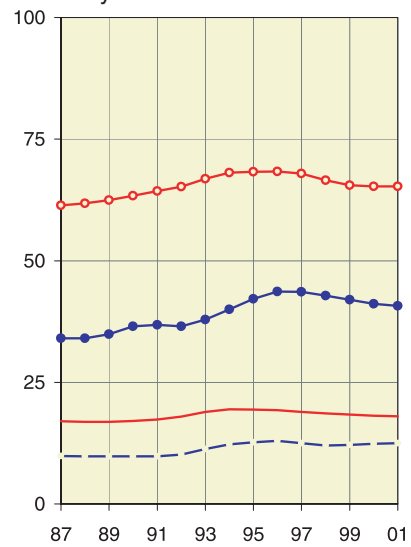


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

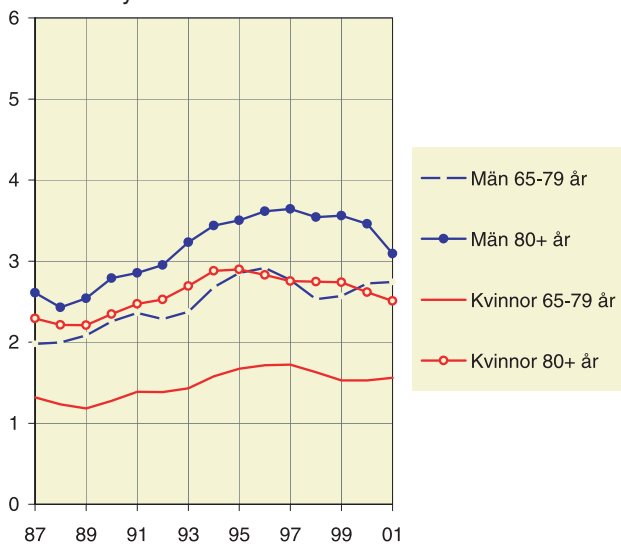
...vägtransportolycka



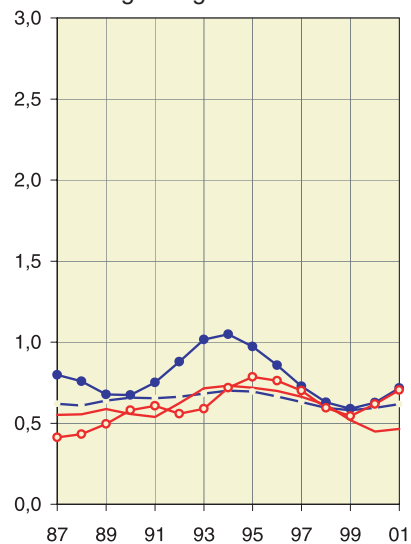
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

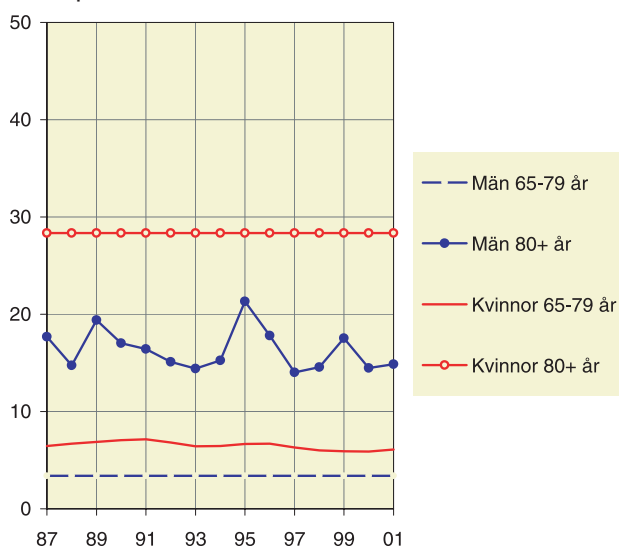
Värmlands län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,2	-18,0	1,4	-15,9
Fallolycka	10,7	-7,9	35,1	-7,3
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,5	-0,9	2,6	-5,3
Avsiktligt tillfogad skada	0,5	0,0	0,6	-12,6
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,4	0,0	14,9	6,0

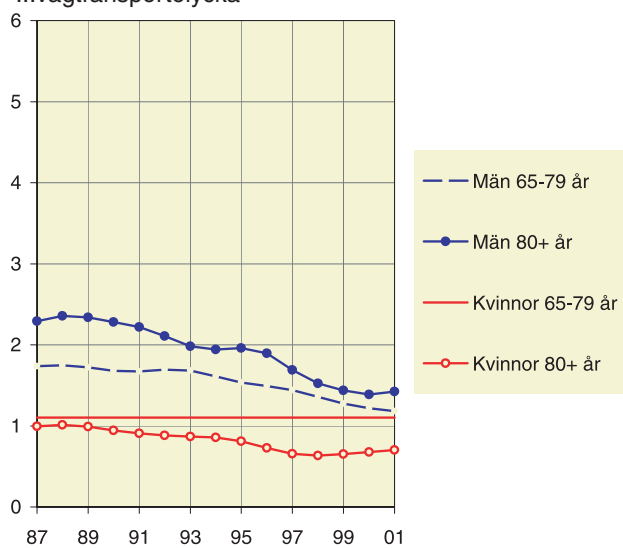
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,1	0,0	0,7	6,8
Fallolycka	16,4	0,0	58,2	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	0,3	-10,6	2,4	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,4	-9,7	0,5	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	6,1	-3,5	28,3	0,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

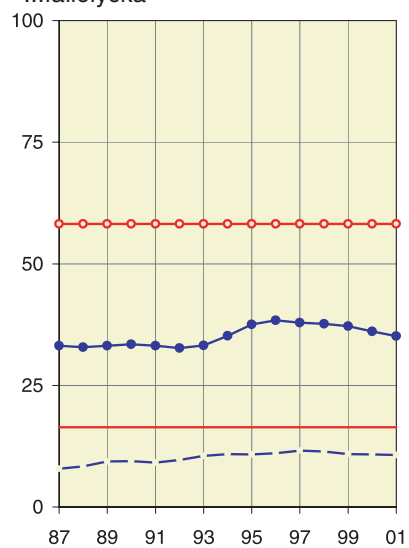


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

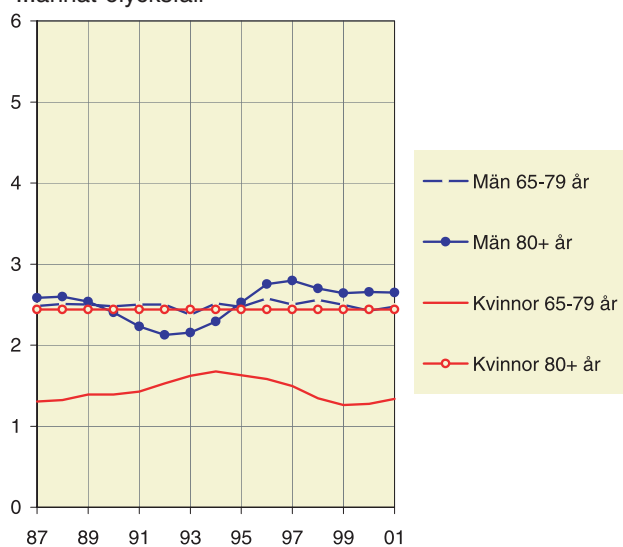
...vägtransportolycka



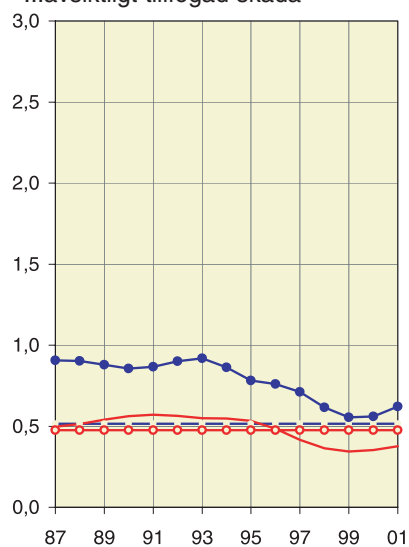
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

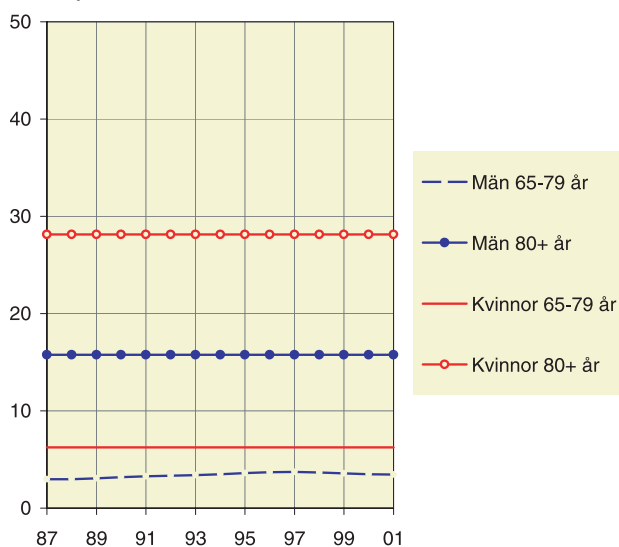
Örebro län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,6	0,0	2,3	0,0
Fallolycka	10,1	-0,9	35,8	-1,6
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,1	0,0	2,9	-0,8
Avsiktligt tillfogad skada	0,5	0,0	0,6	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,5	-7,0	15,8	0,0

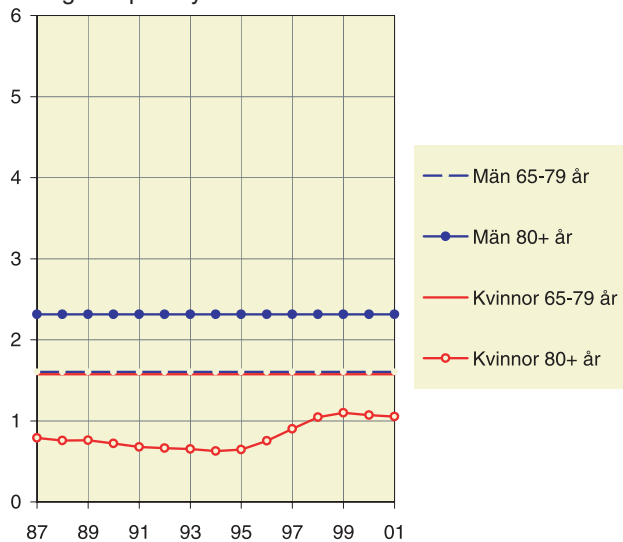
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,6	0,0	1,1	16,8
Fallolycka	16,4	0,0	58,6	-3,1
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,2	0,0	2,0	-32,1
Avsiktligt tillfogad skada	0,5	0,0	0,7	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	6,2	0,0	28,1	0,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

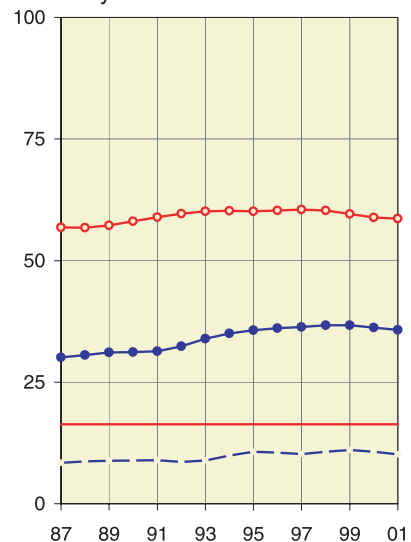


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

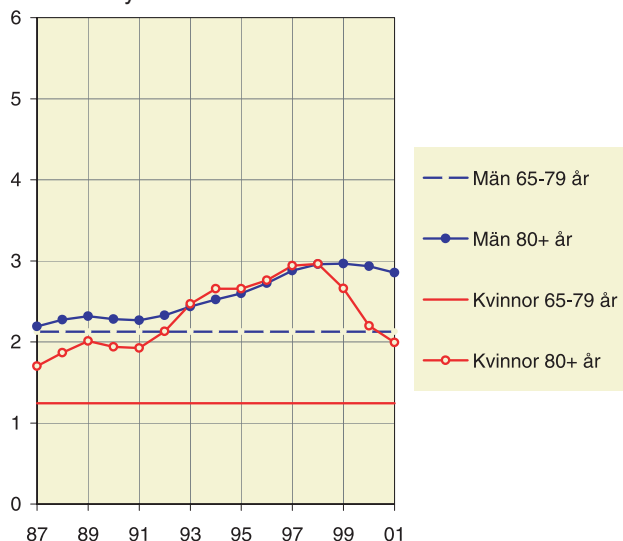
...vägtransportolycka



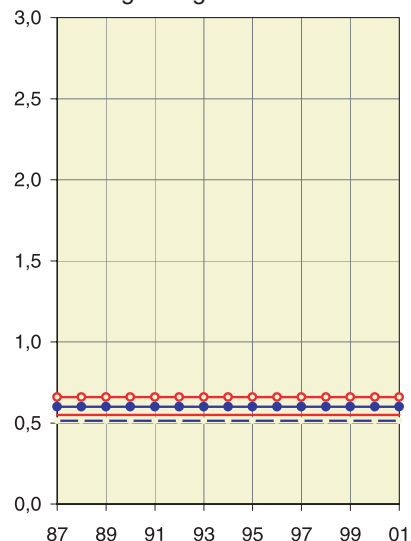
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

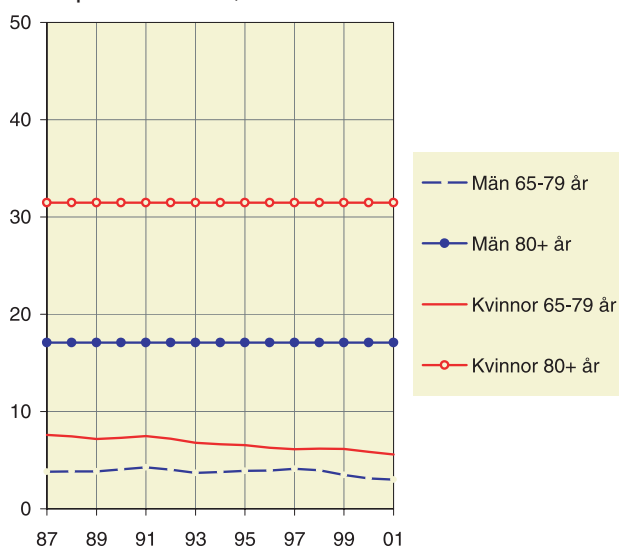
Västmanlands län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,4	-1,4	2,0	0,0
Fallolycka	9,5	-13,6	36,7	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,8	0,0	2,5	3,1
Avsiktligt tillfogad skada	0,4	-24,3	1,1	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,0	-27,2	17,1	0,0

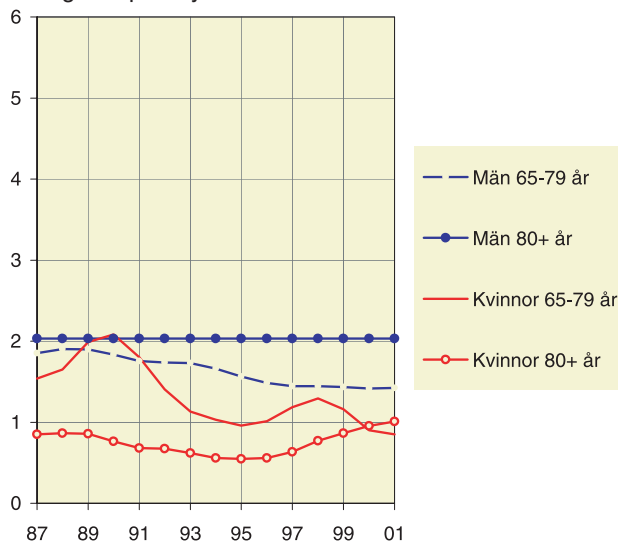
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	0,9	-28,3	1,0	58,9
Fallolycka	16,2	3,8	60,5	-0,2
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	0,9	-17,4	1,7	3,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	0,0	0,7	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	5,6	-8,8	31,5	0,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

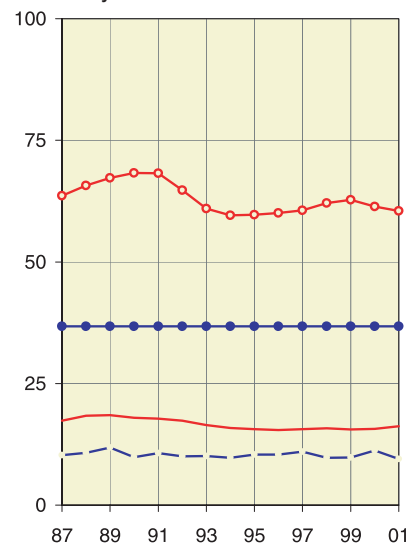


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

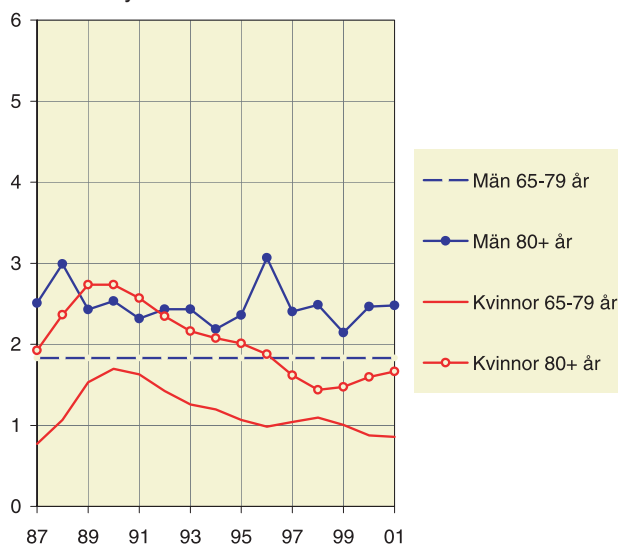
...vägtransportolycka



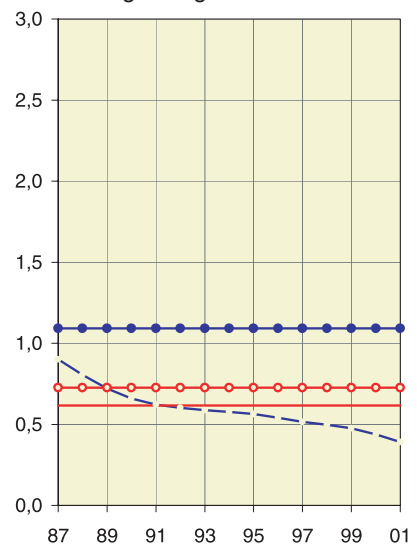
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

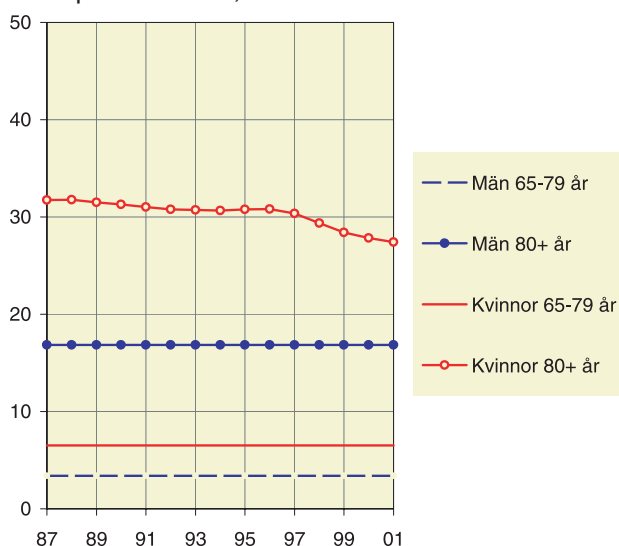
Dalarnas län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,7	17,8	2,1	0,0
Fallolycka	11,6	1,9	38,0	-5,9
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,8	-0,2	2,8	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	0,0	0,9	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,4	0,0	16,9	0,0

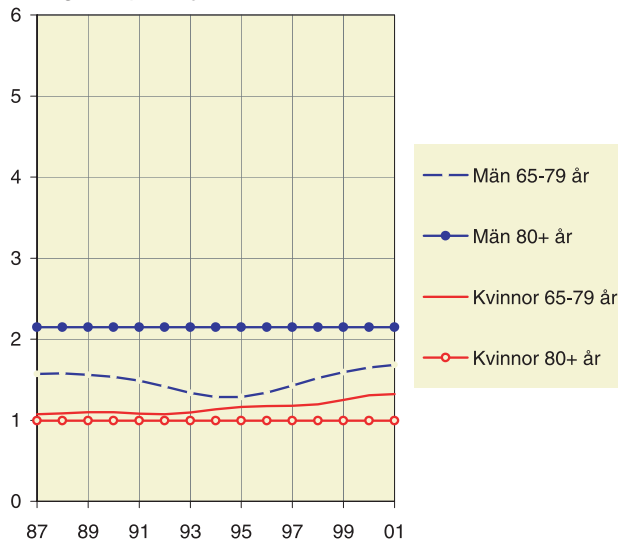
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,3	12,5	1,0	0,0
Fallolycka	17,8	0,0	63,3	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,3	-16,1	2,3	-7,4
Avsiktligt tillfogad skada	0,7	0,0	0,7	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	6,5	0,0	27,4	-9,7

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

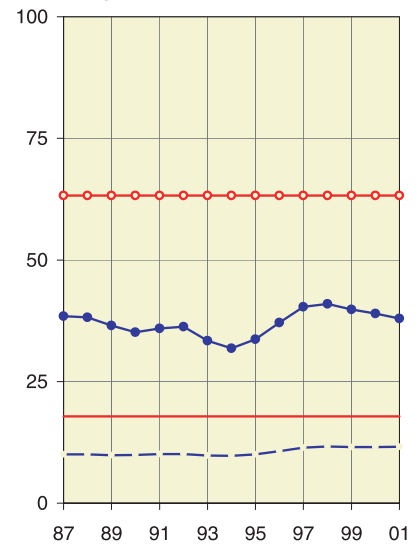


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

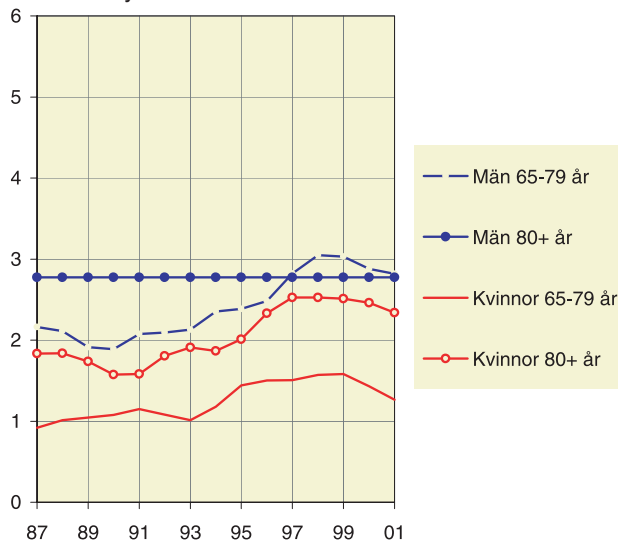
...vägtransportolycka



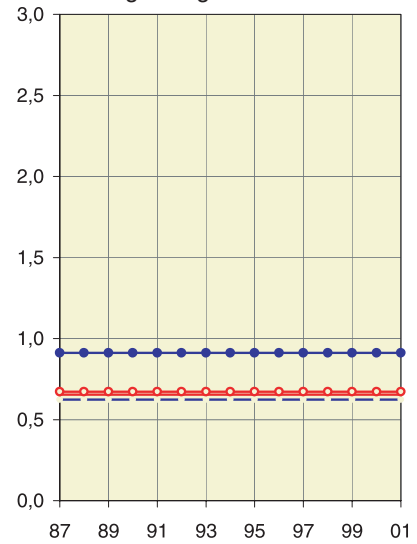
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

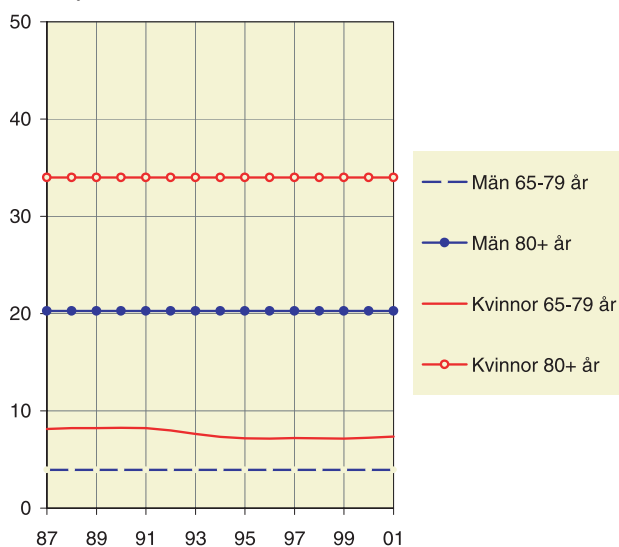
Gävleborgs län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,6	-3,4	2,5	0,0
Fallolycka	13,1	-0,5	46,7	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	6,5	103,0	11,4	162,1
Avsiktligt tillfogad skada	0,4	-11,9	0,9	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,9	0,0	20,3	0,0

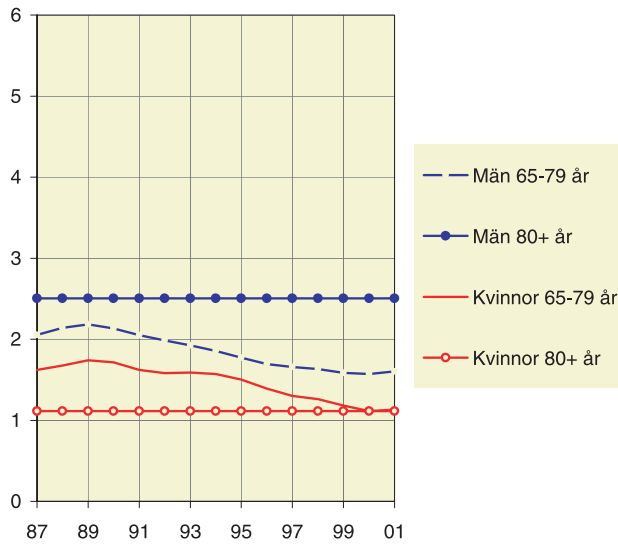
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,1	-13,0	1,1	0,0
Fallolycka	20,2	0,0	62,1	-14,2
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	3,3	76,3	3,4	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	0,0	0,5	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	7,4	2,4	34,0	0,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

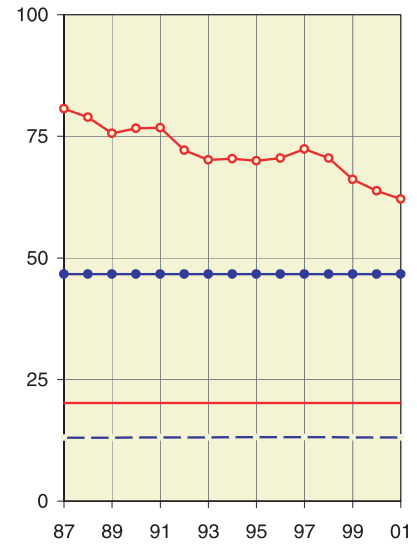


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

...vägtransportolycka



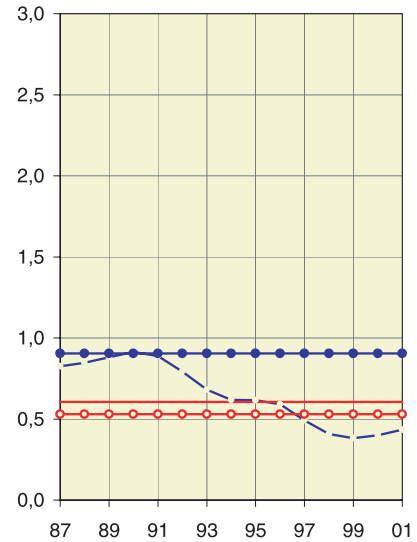
...fallolycka



...annat olycksfall

Redovisas ej

...avsiktligt tillfogad skada



OBS! Efter samråd med samhällsmedicin i Gävleborg konstateras att orsaken till den kraftiga ökningen av skador till följd av Annat olycksfall är oklar.

Observera att diagrammen har olika skalor!

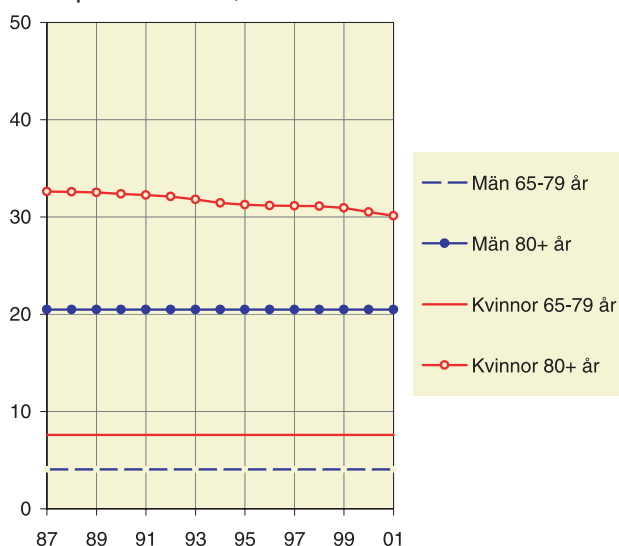
Västernorrlands län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,6	0,0	2,0	0,0
Fallolycka	14,6	3,3	47,0	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,9	0,0	3,3	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	0,0	0,8	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	4,0	0,0	20,5	0,0

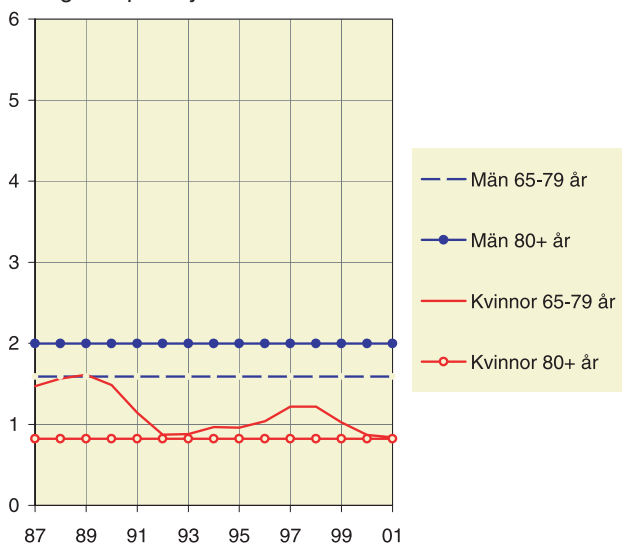
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	0,8	-31,1	0,8	0,0
Fallolycka	20,1	-4,0	71,5	-1,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,0	-21,1	3,5	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,5	0,0	0,6	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	7,6	0,0	30,1	-3,3

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

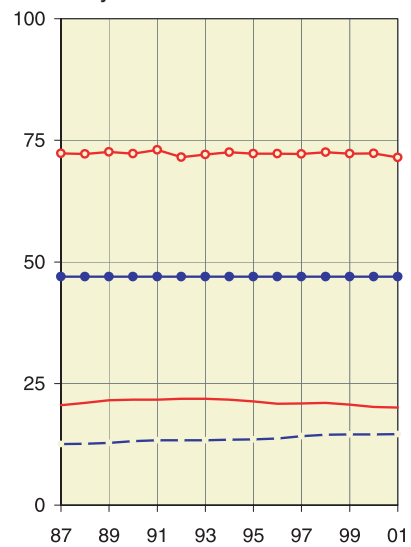


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

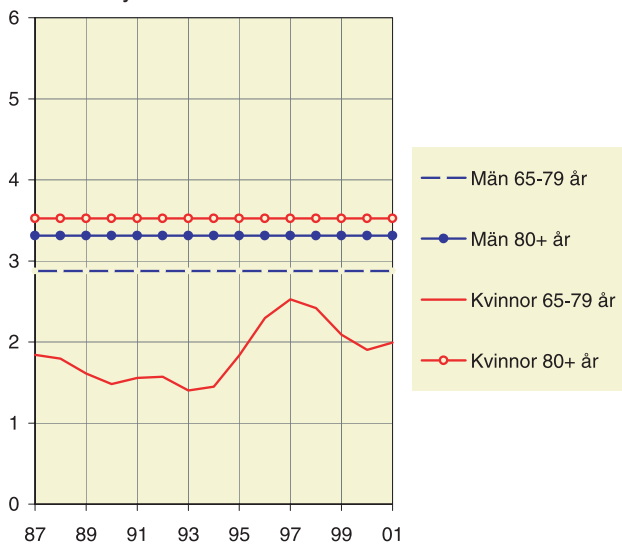
...vägtransportolycka



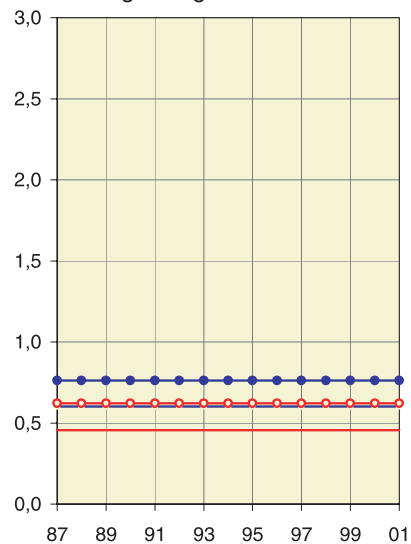
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

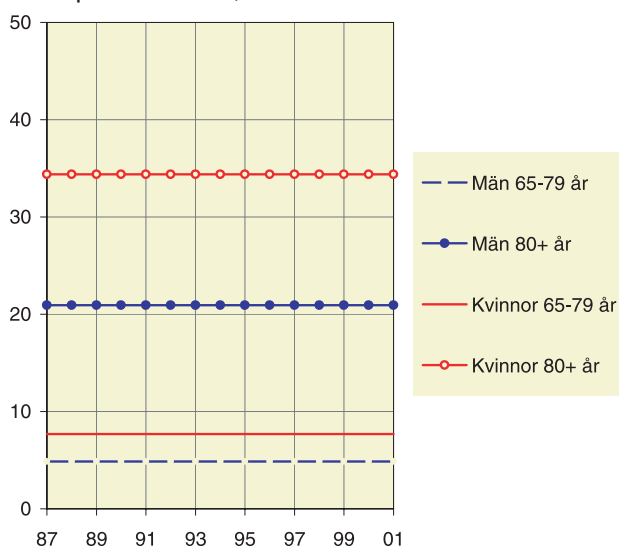
Jämtlands län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,2	-22,4	1,6	0,0
Fallolycka	14,5	1,6	48,7	4,1
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	3,1	0,0	3,2	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	0,0	0,7	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	4,9	0,0	20,9	0,0

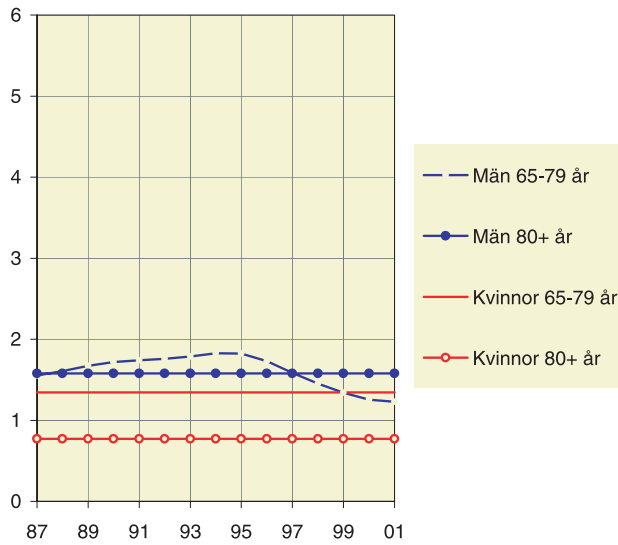
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,3	0,0	0,8	0,0
Fallolycka	22,0	-2,8	75,2	3,7
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,8	-9,1	3,3	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,4	0,0	0,5	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	7,7	0,0	34,4	0,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

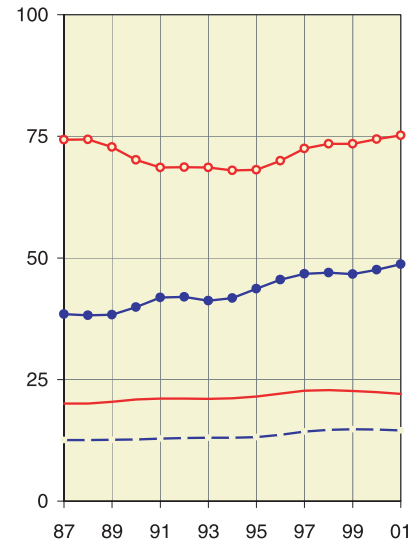


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

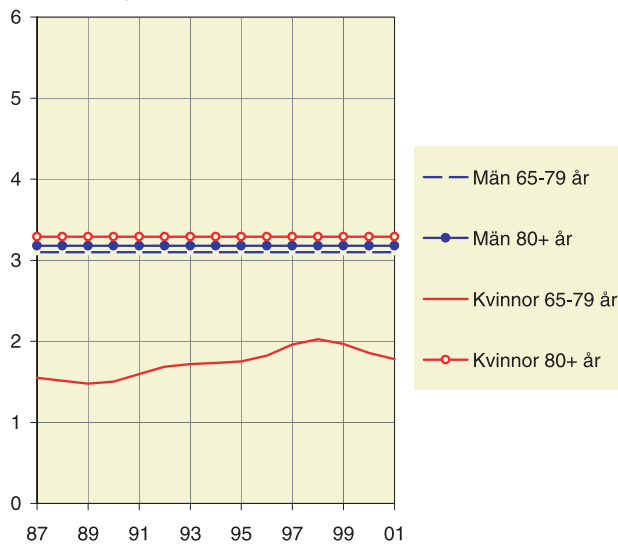
...vägtransportolycka



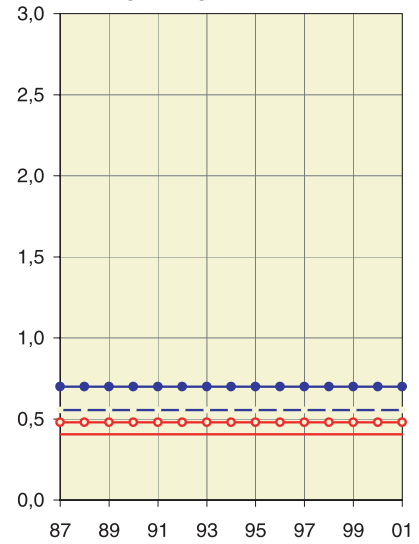
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

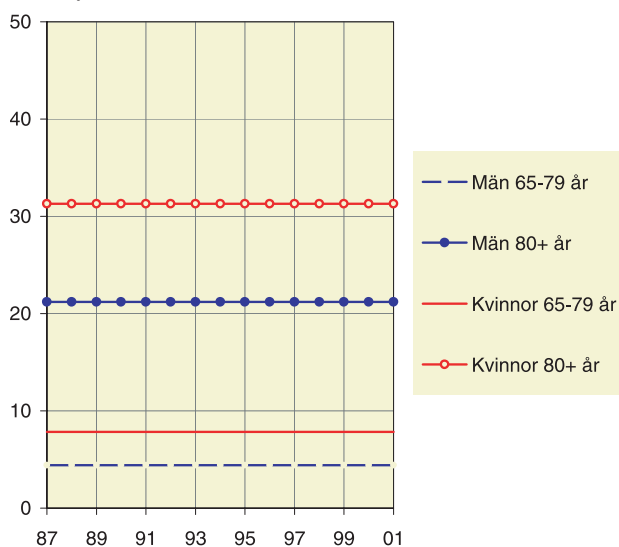
Västerbottens län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,9	2,6	2,4	4,9
Fallolycka	15,5	-2,6	47,3	-8,7
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	3,3	0,0	3,6	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,4	-12,8	0,2	-44,9
Diagnos				
Höftledsfraktur	4,4	0,0	21,2	0,0

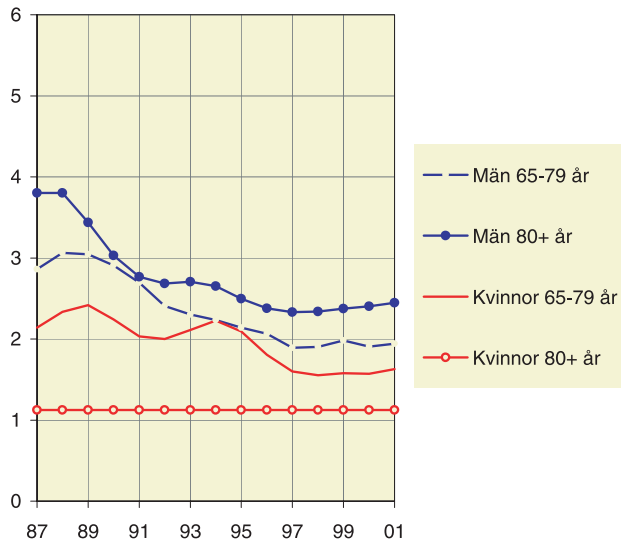
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,6	1,9	1,1	0,0
Fallolycka	22,6	-9,9	73,8	-6,8
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,7	0,0	3,3	3,4
Avsiktligt tillfogad skada	0,5	-7,9	0,5	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	7,8	0,0	31,3	0,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

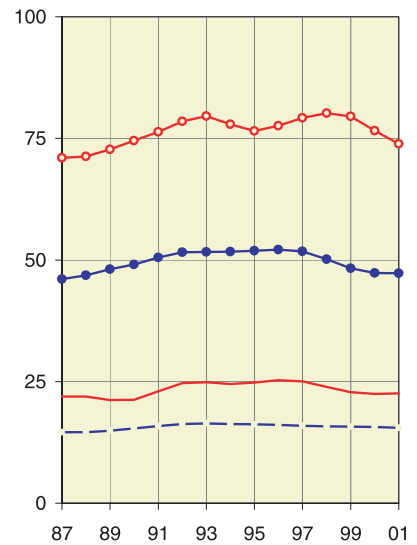


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

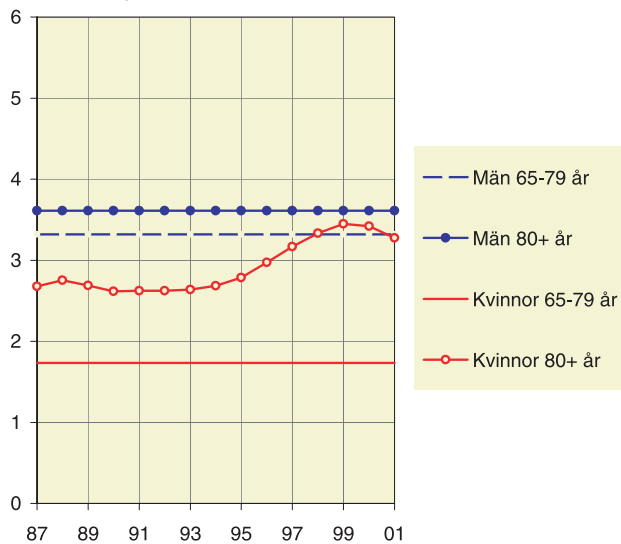
...vägtransportolycka



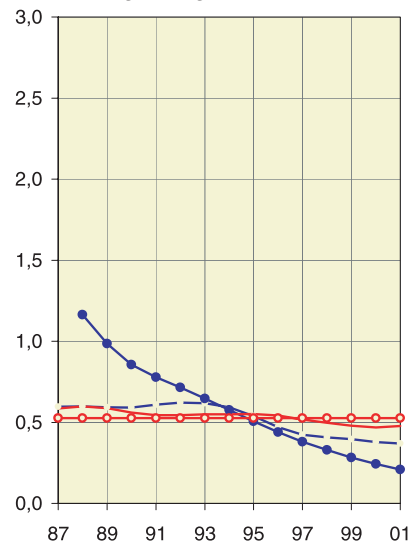
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

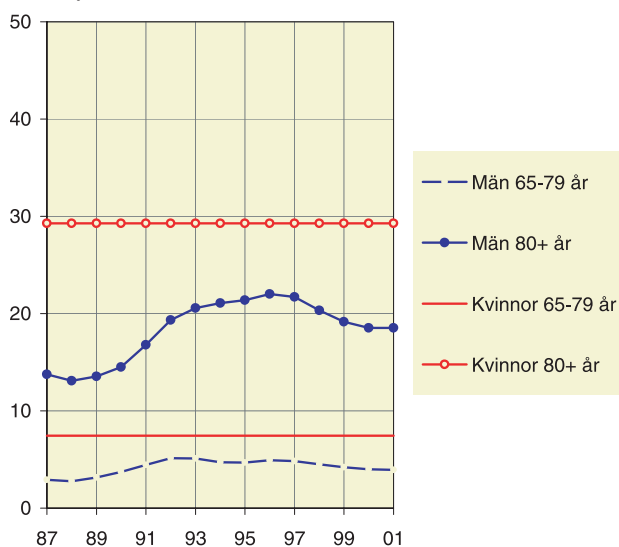
Norrbottens län

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ i länet fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	2,0	0,0	3,0	0,0
Fallolycka	15,2	0,0	49,3	-13,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	4,1	0,0	4,1	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,4	-32,0	0,8	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,9	-18,6	18,5	-14,7

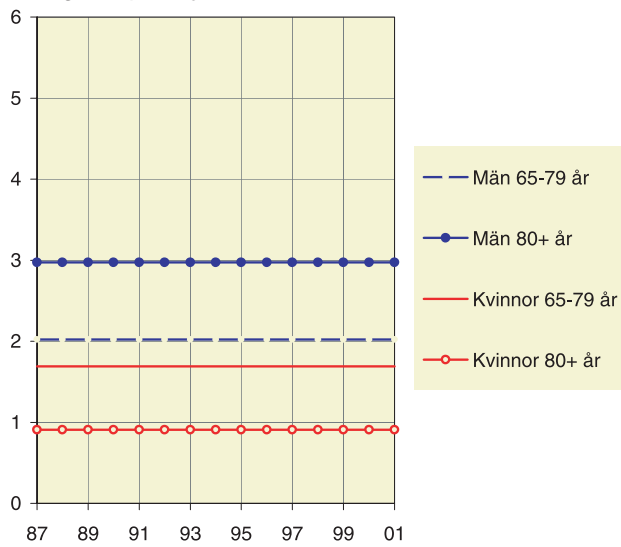
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,7	0,0	0,9	0,0
Fallolycka	23,1	0,0	75,3	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,3	0,0	3,3	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,4	0,0	0,5	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	7,4	0,0	29,3	0,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

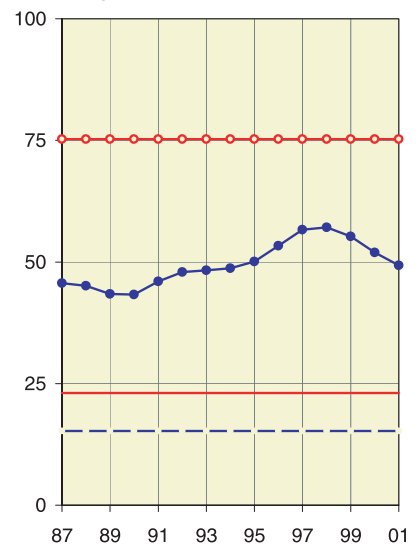


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

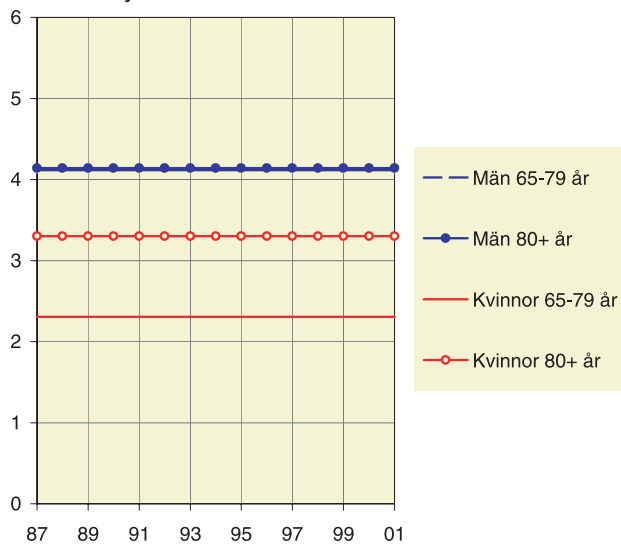
...vägtransportolycka



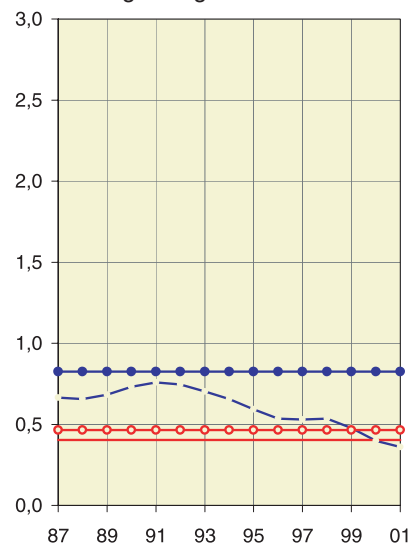
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

6.7 Skador på kommungruppsnivå, absoluta tal

Antal skador i kommungrupperna fördelade efter skadetyper, kön och ålder.

Antal per år under perioden 1987-2001, absoluta tal.

Kommungrupp Skadetyper	Skadade män per år			Skadade män 65+ 1987-2001	Skadade kvinnor per år			Skadade kvinnor 65+ 1987-2001
	65-79	80+	65+		65-79	80+	65+	
Storstäder								
Vägtrafik	88	28	115	1 731	94	44	138	2 066
Fallolycka	1 069	993	2 062	30 927	2 319	4 095	6 413	96 202
Annan olycka	151	63	214	3 214	165	150	316	4 738
Avsiktlig skada	66	27	92	1 382	92	61	153	2 291
Totalt	1 373	1 110	2 484	37 254	2 670	4 350	7 020	105 297
Förortskommuner								
Vägtrafik	60	17	77	1 152	57	15	72	1 075
Fallolycka	575	475	1 050	15 757	1 087	1 484	2 571	38 565
Annan olycka	101	35	136	2 047	92	69	160	2 407
Avsiktlig skada	36	10	46	686	42	17	59	879
Totalt	772	538	1 309	19 642	1 277	1 584	2 862	42 926
Större städer								
Vägtrafik	201	75	276	4 142	218	58	276	4 142
Fallolycka	1 410	1 303	2 713	40 690	2 822	4 266	7 088	106 319
Annan olycka	290	108	398	5 963	236	189	426	6 383
Avsiktlig skada	76	29	105	1 577	100	43	143	2 145
Totalt	1 977	1 515	3 491	52 372	3 376	4 557	7 933	118 989
Medelstora städer								
Vägtrafik	142	53	195	2 925	135	37	172	2 576
Fallolycka	870	864	1 734	26 003	1 708	2 601	4 309	64 634
Annan olycka	207	65	272	4 084	153	117	270	4 053
Avsiktlig skada	49	16	65	976	53	22	75	1 128
Totalt	1 268	997	2 266	33 988	2 049	2 777	4 826	72 391
Industrikommuner								
Vägtrafik	86	31	117	1 760	76	22	97	1 461
Fallolycka	507	505	1 013	15 192	948	1 412	2 360	35 404
Annan olycka	124	47	170	2 555	81	60	141	2 115
Avsiktlig skada	28	10	38	564	29	13	42	624
Totalt	745	593	1 338	20 071	1 133	1 507	2 640	39 604
Landsbygdskommuner								
Vägtrafik	42	18	60	899	39	10	49	741
Fallolycka	257	265	522	7 830	467	716	1 183	17 750
Annan olycka	81	26	107	1 599	39	31	70	1 056
Avsiktlig skada	..	..	16	245	14	6	20	294
Totalt	392	313	705	10 573	560	763	1 323	19 841
Glesbygdskommuner								
Vägtrafik	34	9	43	651	27	6	33	496
Fallolycka	254	228	482	7 231	409	524	933	14 001
Annan olycka	69	19	88	1 322	38	23	61	911
Avsiktlig skada	..	..	12	182	..	..	12	175
Totalt	366	259	626	9 386	482	557	1 039	15 583

Antal skador i kommungrupperna fördelade efter skadetyper, kön och ålder.
Antal per år under perioden 1987-2001, absoluta tal.

Kommungrupp Skadetyper	Skadade män per år			Skadade män 65+ 1987-2001	Skadade kvinnor per år			Skadade kvinnor 65+ 1987-2001
	65-79	80+	65+		65-79	80+	65+	
Övriga större kommuner								
Vägtrafik	74	25	99	1 480	59	17	76	1 140
Fallolycka	452	462	915	13 721	843	1 284	2 126	31 891
Annan olycka	112	37	149	2 237	72	52	124	1 867
Avsiktlig skada	22	9	31	465	26	12	39	578
Totalt	661	533	1 194	17 903	1 000	1 365	2 365	35 476
Övriga mindre kommuner								
Vägtrafik	43	17	60	904	39	10	49	736
Fallolycka	299	284	583	8 739	521	757	1 279	19 181
Annan olycka	79	25	104	1 557	47	31	78	1 172
Avsiktlig skada	14	6	20	297	15	5	20	294
Totalt	434	332	766	11 497	622	803	1 426	21 383
Riket								
Vägtrafik	773	274	1 047	15 705	746	218	965	14 470
Fallolycka	5 706	5 393	11 098	166 477	11 150	17 179	28 329	424 928
Annan olycka	1 217	425	1 643	24 639	925	725	1 650	24 757
Avsiktlig själv- destr. handling	191	74	266	3 984	274	112	386	5 790
Övergrepp/våld	48	8	56	836	27	12	39	583
Totalt	7 936	6 174	14 109	211 641	13 123	18 246	31 369	470 528

Värden mindre än 5 redovisas ej, har ersatts med ”..” i tabellen.

Antal skador i kommungrupperna till följd av höftledsfrakturer efter kön och ålder. Antal per år under perioden 1987-2001, absoluta tal.

Kommungrupp	Antal män per år			Antal män totalt 1987- 2001	Antal kvinnor per år			Antal kvinnor totalt 1987- 2001
	65-79	80+	Totalt		65-79	80+	Totalt	
Storstäder	366	435	800	12 007	853	1 827	2 680	40 203
Förortskommuner	184	212	396	5 938	405	703	1 108	16 618
Större städer	500	630	1 130	16 950	1 086	2 055	3 141	47 115
Medelstora städer	297	402	700	10 497	654	1 235	1 889	28 333
Industri kommuner	171	233	404	6 062	361	698	1 059	15 892
Landsbygds kommuner	91	137	228	3 420	197	378	575	8 623
Glesbygds kommuner	78	105	183	2 744	154	250	404	6 058
Övriga större kommuner	148	223	371	5 563	323	635	958	14 370
Övriga mindre kommuner	105	142	246	3 695	213	401	613	9 202
Hela riket	1 945	2 523	4 467	67 012	4 253	8 202	12 456	186 835

6.8 Tidsserieanalyser på kommungruppsnivå

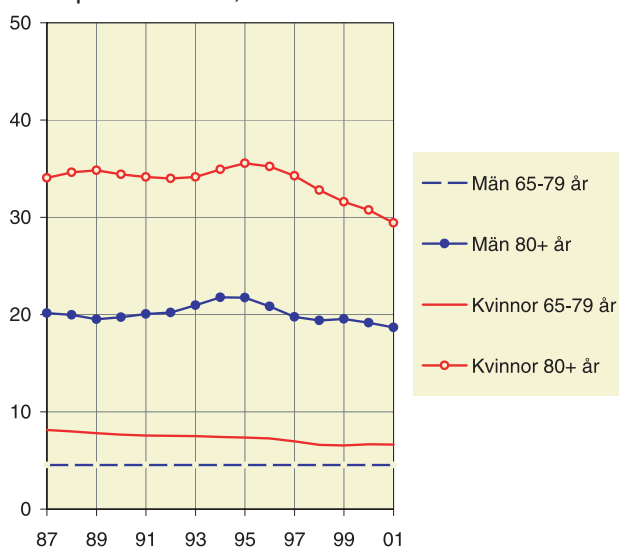
Storstäder

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	0,8	-28,8	1,3	0,0
Fallolycka	14,7	-1,8	46,8	-4,4
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,1	0,0	3,0	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,9	0,0	1,3	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	4,5	0,0	18,7	-5,4

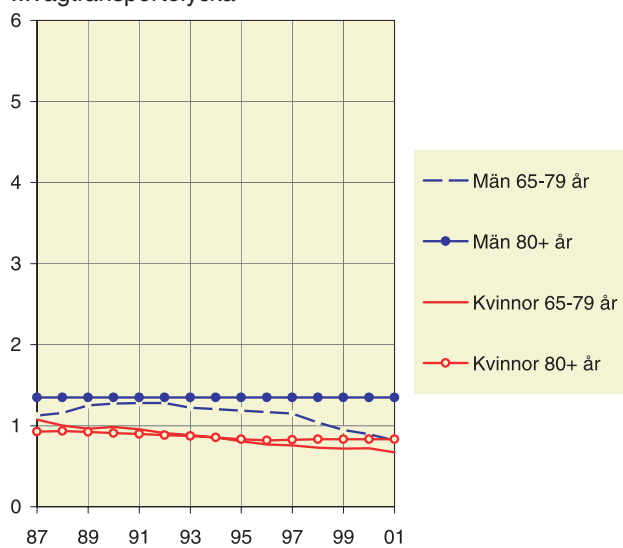
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	0,7	-11,4	0,8	1,0
Fallolycka	20,7	-3,3	73,0	-8,5
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,5	0,0	2,8	-3,4
Avsiktligt tillfogad skada	0,8	0,0	1,2	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	6,6	-4,8	29,4	-14,1

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

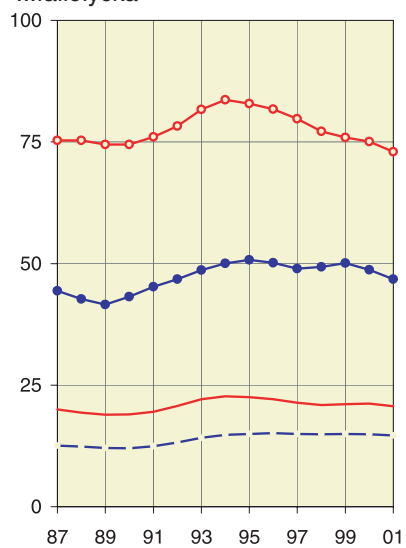


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

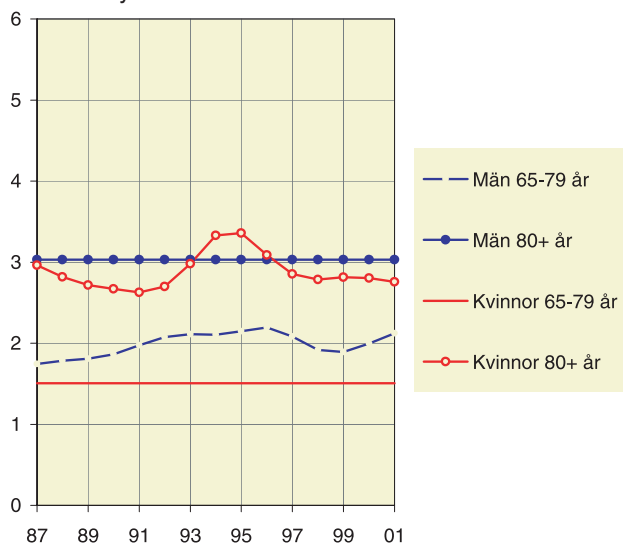
...vägtransportolycka



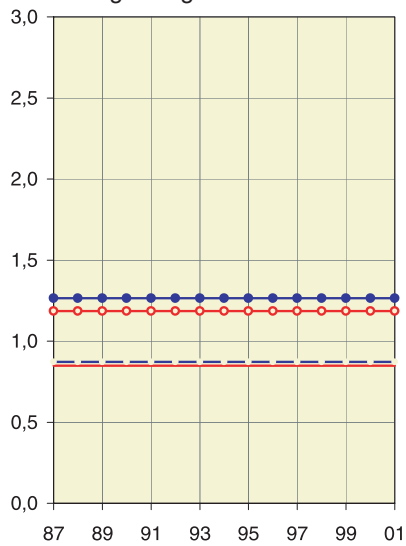
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

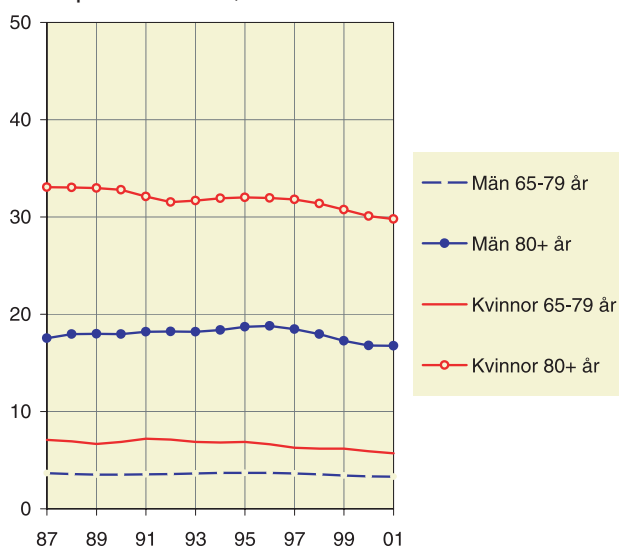
Förortskommuner

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,2	20,9	1,6	2,8
Fallolycka	11,7	-4,6	42,5	-1,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,0	-0,4	3,0	-13,3
Avsiktligt tillfogad skada	0,5	-22,7	0,6	-28,5
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,3	-9,2	16,8	-9,3

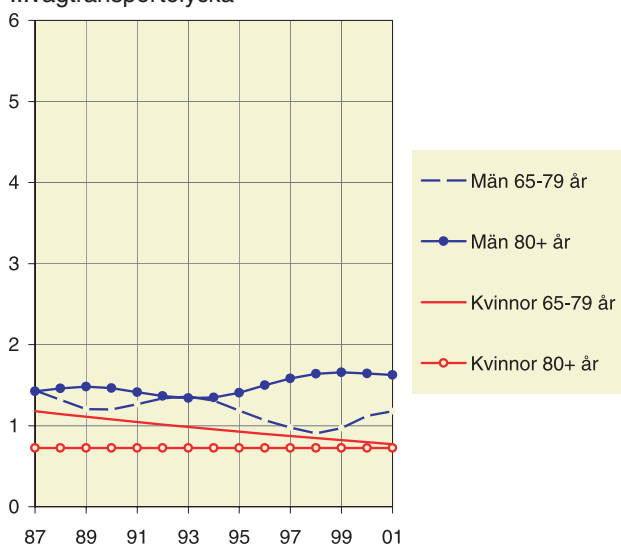
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	0,8	-11,3	0,7	0,0
Fallolycka	18,2	-2,3	69,6	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,5	0,0	3,0	-11,9
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	-4,0	0,7	-6,9
Diagnos				
Höftledsfraktur	5,7	-9,4	29,8	-6,3

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

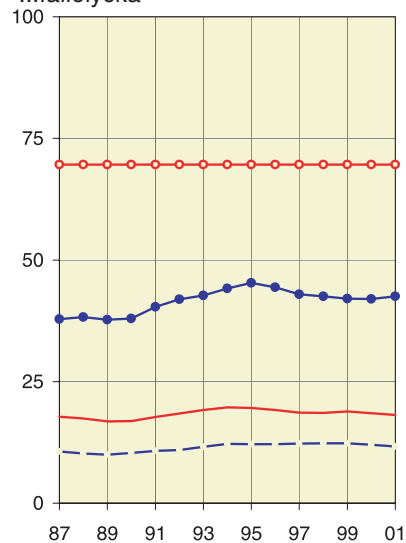


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

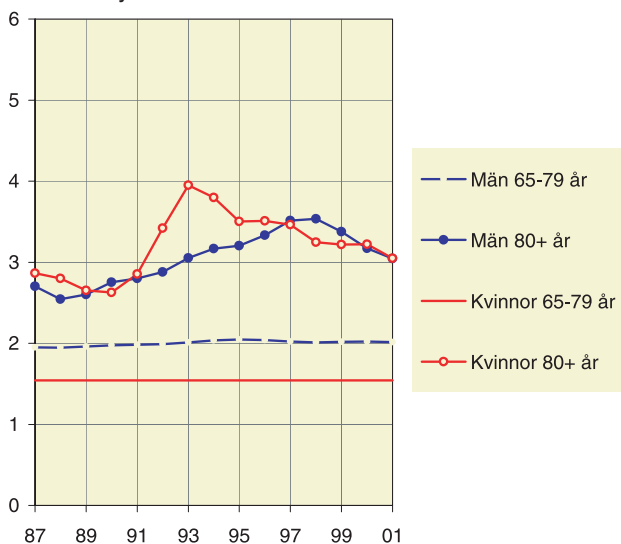
...vägtransportolycka



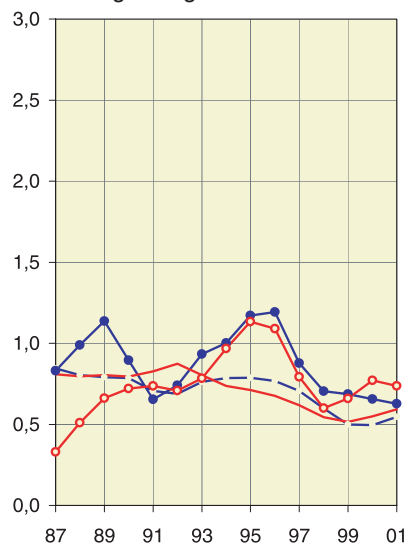
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

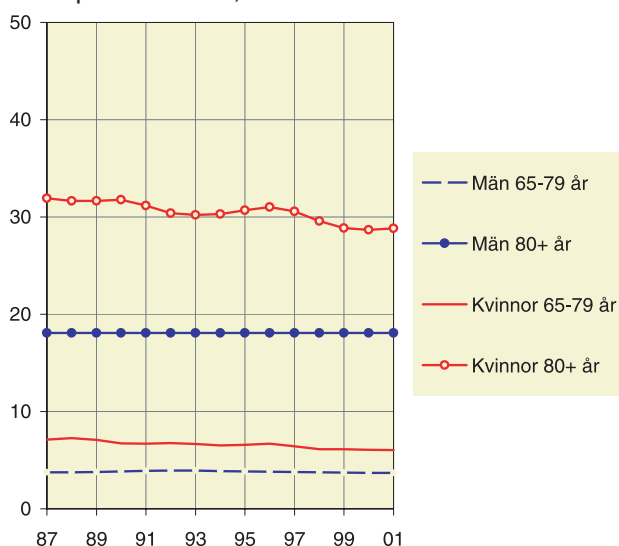
Större städer

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,6	1,0	2,4	0,0
Fallolycka	12,7	1,2	40,2	-7,6
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,9	9,7	3,3	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	-0,7	0,8	-10,4
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,7	-2,5	18,1	0,0

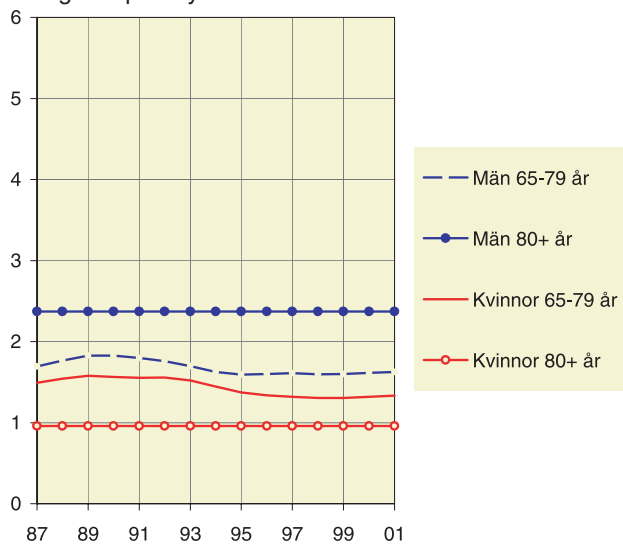
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,3	1,1	1,0	0,0
Fallolycka	18,5	0,0	67,9	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,6	-7,1	3,0	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,5	-10,4	0,6	-12,6
Diagnos				
Höftledsfraktur	6,0	-5,8	28,8	-5,7

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

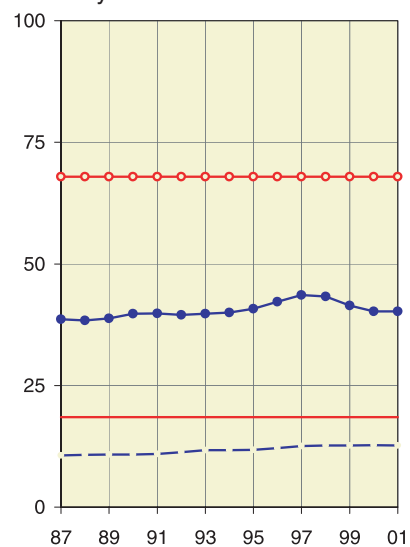


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

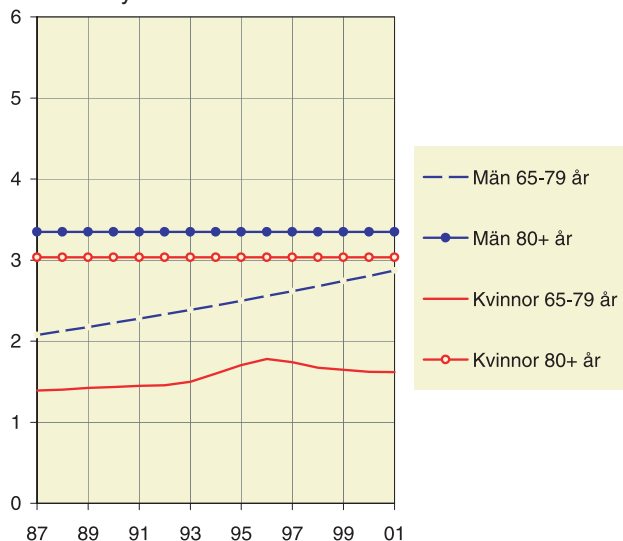
...vägtransportolycka



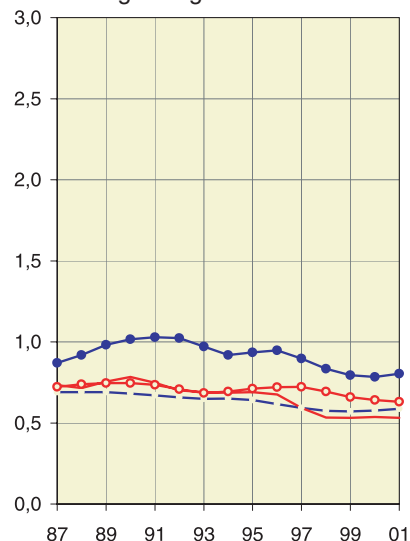
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

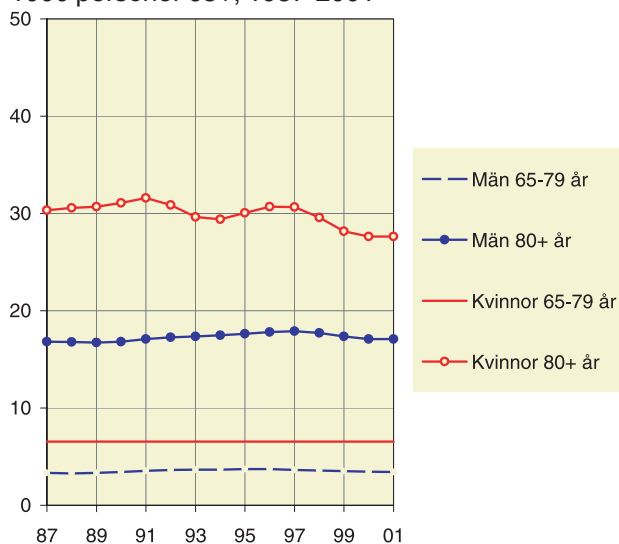
Medelstora städer

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,5	-9,8	2,3	1,9
Fallolycka	11,1	-8,4	38,7	-8,8
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,7	0,0	3,0	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	-12,1	0,6	7,3
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,4	-6,0	17,1	-4,5

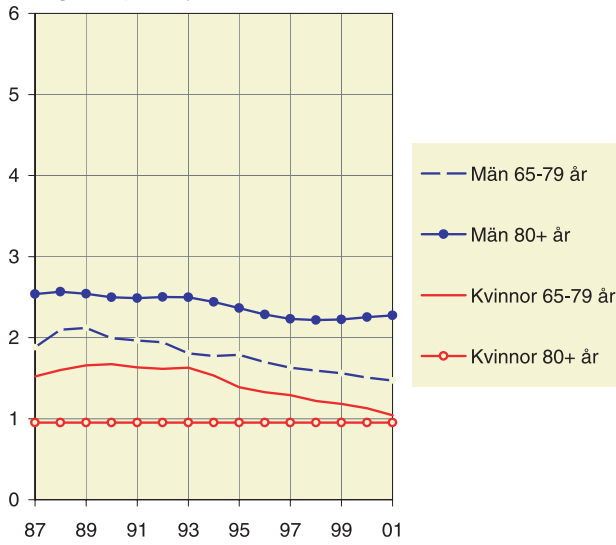
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,0	-19,3	1,0	0,0
Fallolycka	18,0	0,0	65,6	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,6	-13,7	3,0	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	0,0	0,4	-28,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	6,6	0,0	27,6	-10,0

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

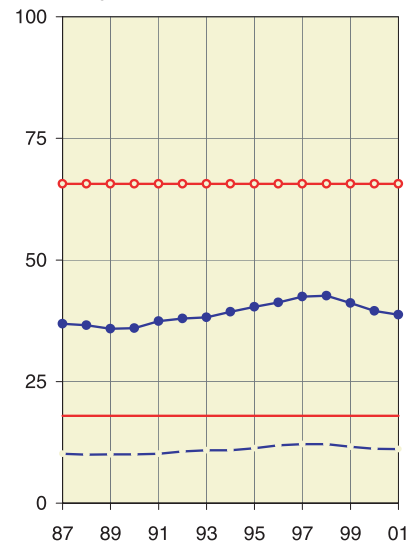


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

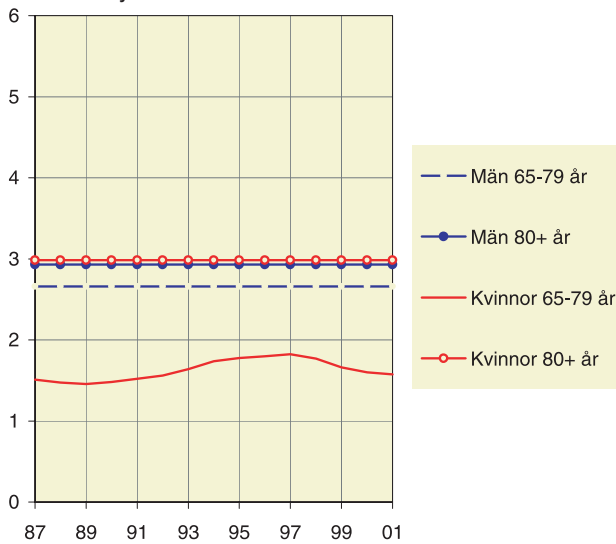
...vägtransportolycka



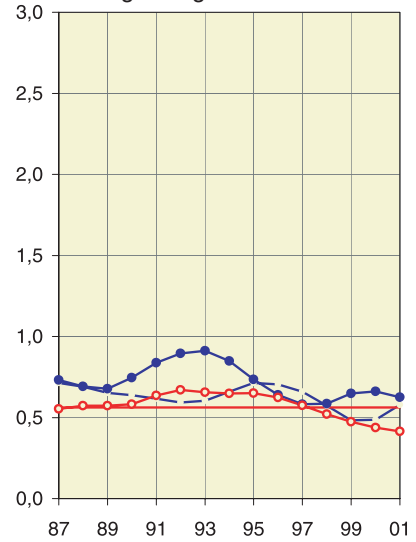
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

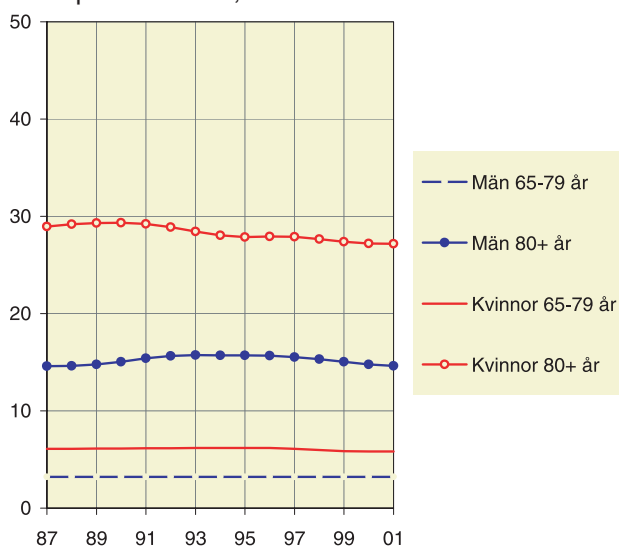
Industrikommuner

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,7	0,0	2,2	0,0
Fallolycka	10,9	-6,2	35,3	-2,3
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,6	0,2	3,8	16,9
Avsiktligt tillfogad skada	0,6	0,0	0,7	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,2	0,0	14,6	-5,9

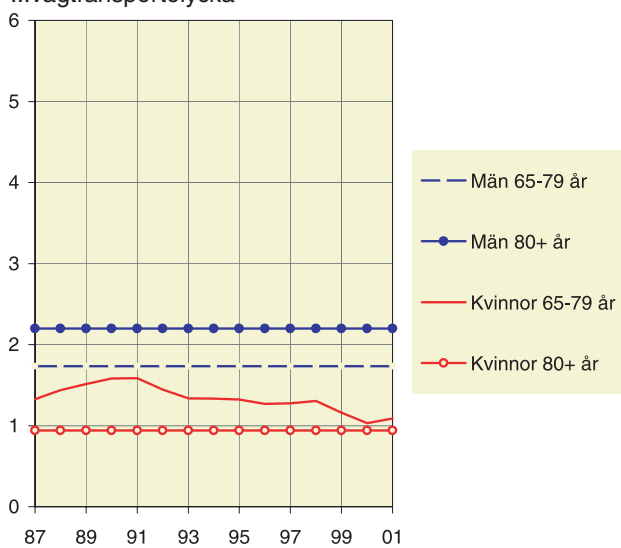
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,1	-14,8	0,9	0,0
Fallolycka	16,5	-1,2	59,0	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,4	0,0	2,5	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,5	0,0	0,5	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	5,8	-4,6	27,2	-2,6

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

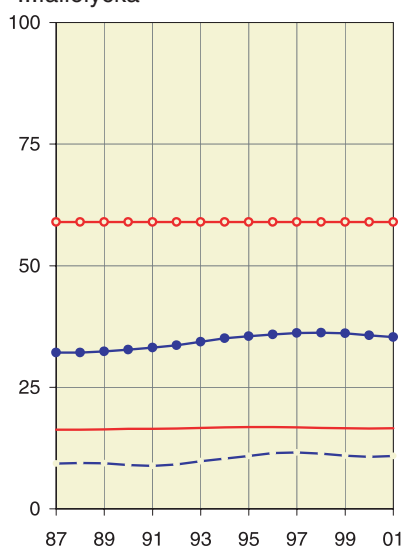


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

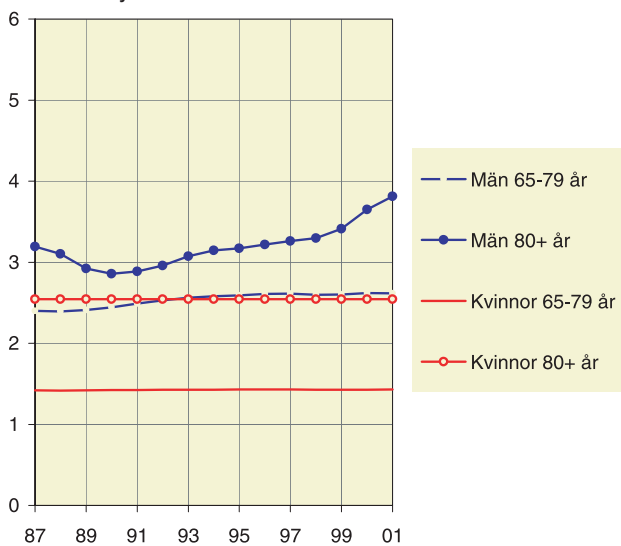
...vägtransportolycka



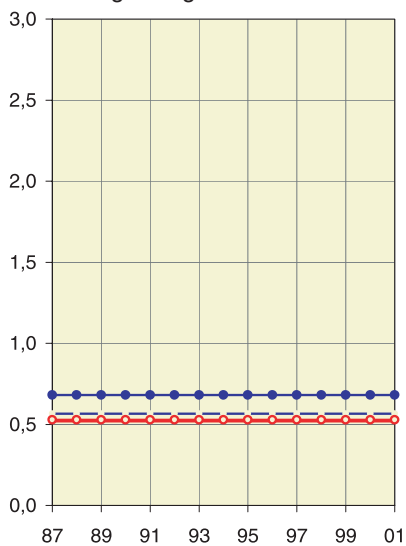
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

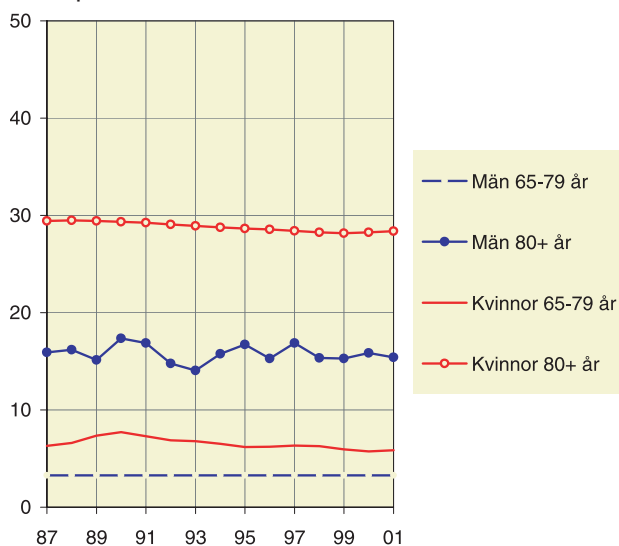
Landsbygdskommuner

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,5	1,9	2,3	0,0
Fallolycka	11,0	4,7	32,8	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	3,2	0,0	3,2	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,5	0,0	0,5	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,3	0,0	15,4	-8,7

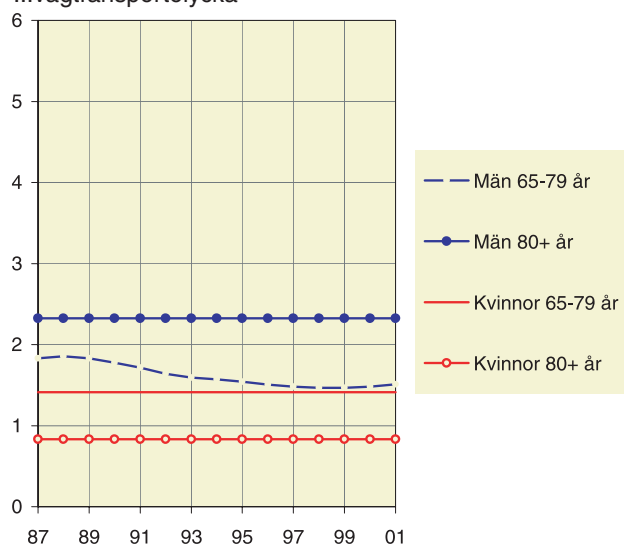
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,2	-10,9	0,8	0,0
Fallolycka	16,5	0,0	57,7	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,5	-4,7	2,5	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,4	-22,3	0,5	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	5,8	-7,9	28,4	-0,1

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

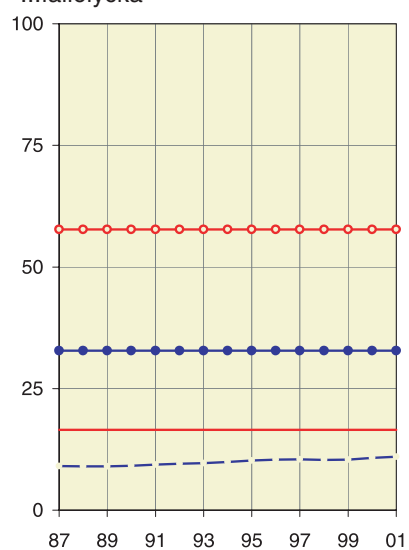


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

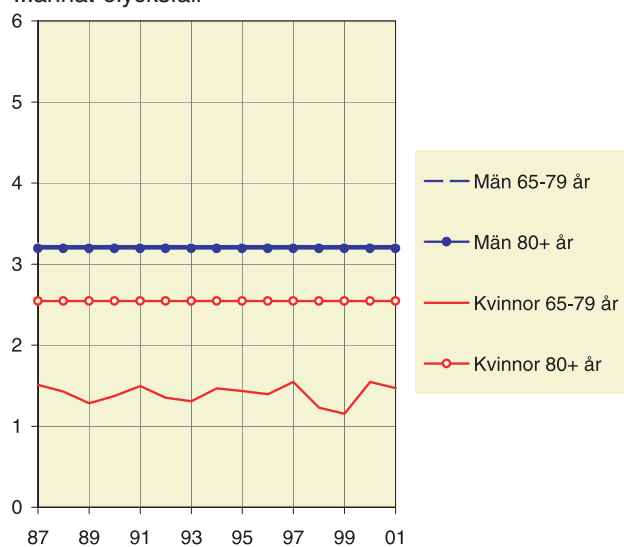
...vägtransportolycka



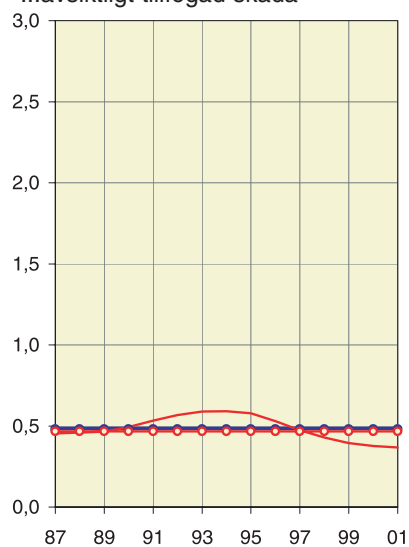
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

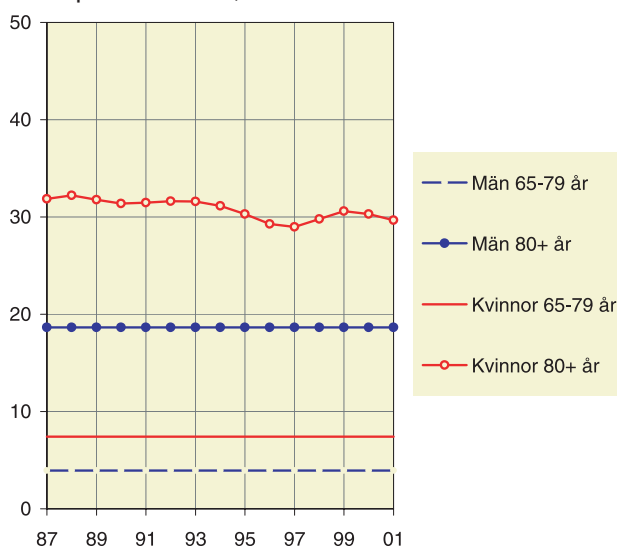
Glesbygdskommuner

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,8	0,0	1,8	0,0
Fallolycka	13,3	-12,5	47,1	2,6
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	3,7	0,0	4,0	-9,5
Avsiktligt tillfogad skada	0,5	0,0	0,5	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,9	0,0	18,7	0,0

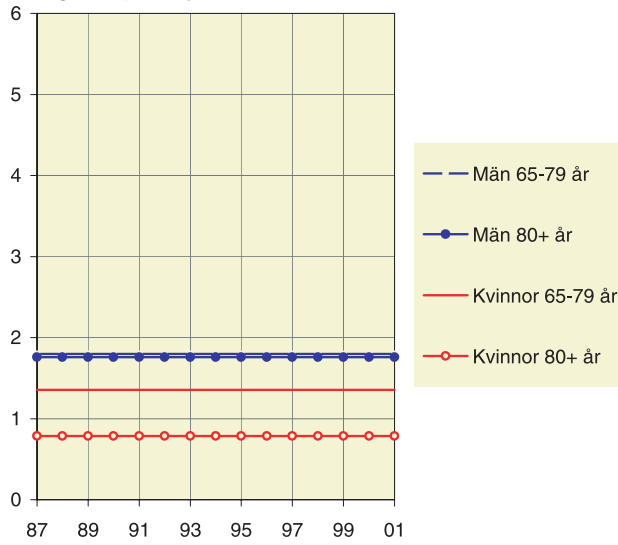
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,4	0,0	0,8	0,0
Fallolycka	21,5	1,9	68,8	2,9
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,9	0,0	3,1	5,8
Avsiktligt tillfogad skada	0,4	0,0	0,4	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	7,4	0,0	29,7	2,4

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

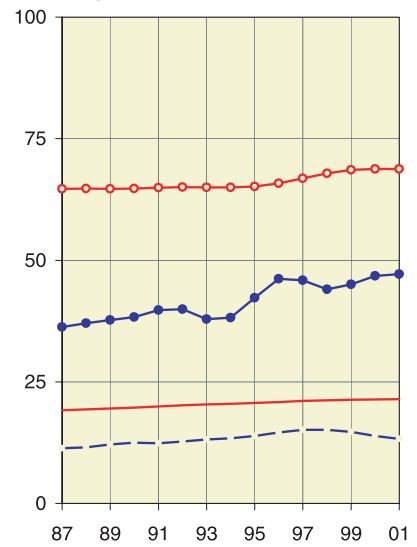


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

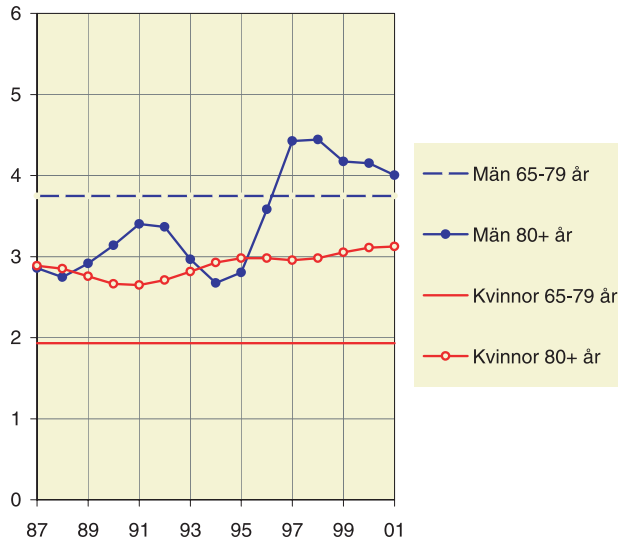
...vägtransportolycka



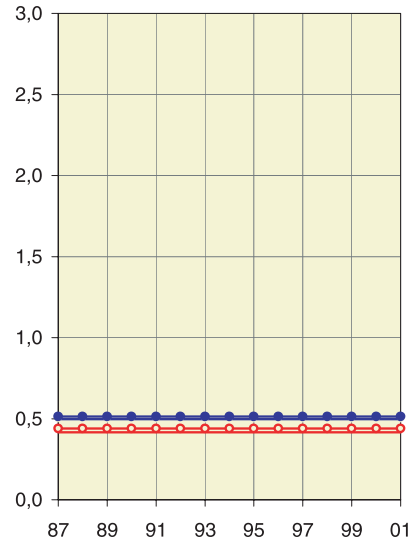
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

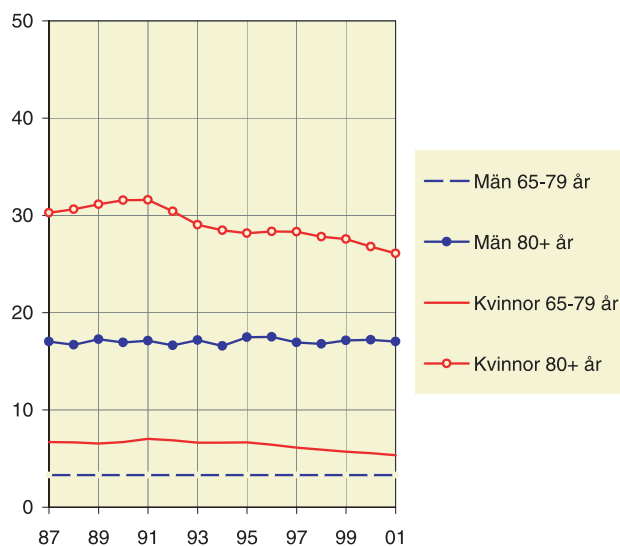
Övriga större kommuner

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,4	-13,8	2,1	0,0
Fallolycka	11,2	-1,2	37,4	-5,9
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	2,7	0,0	2,9	-16,8
Avsiktligt tillfogad skada	0,5	-3,4	0,7	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,3	0,0	17,0	0,0

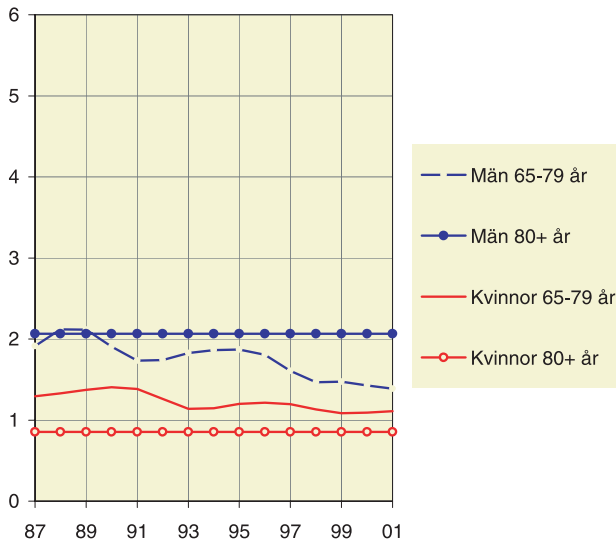
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,1	-7,4	0,9	0,0
Fallolycka	16,5	-6,8	61,1	0,0
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,5	-16,9	1,5	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,4	-13,7	0,6	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	5,3	-12,8	26,1	-7,8

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

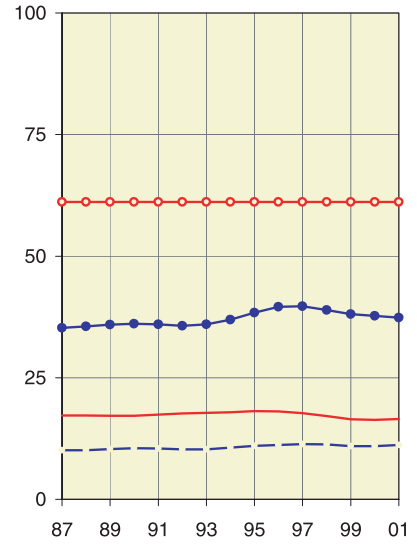


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

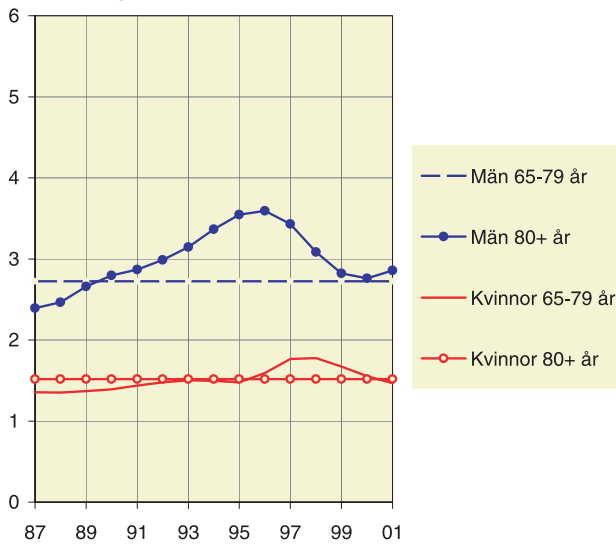
...vägtransportolycka



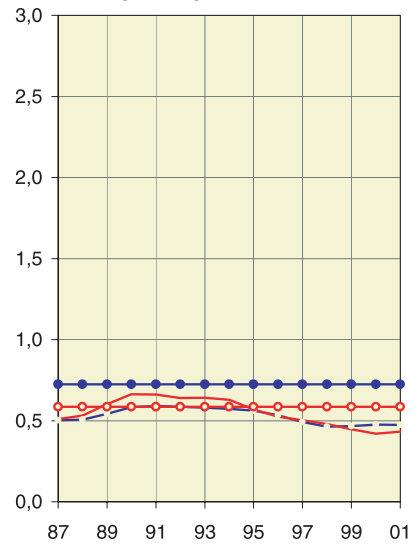
...fallolycka



...annat olycksfall



...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

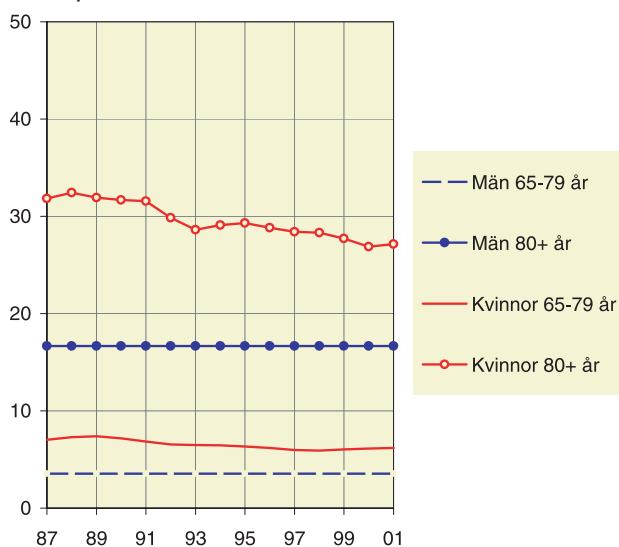
Övriga mindre kommuner

Trend för antal skadade per 1000 personer 65+ fördelat på skadetyper, diagnosen höftledsfraktur, kön och åldersgrupp, trendnivå 2001 samt procentuell förändring mellan 1997 och 2001

Skadetyper	Män			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,6	0,3	2,2	0,0
Fallolycka	12,4	2,0	36,6	-6,1
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	3,0	-1,7	3,3	-0,4
Avsiktligt tillfogad skada	0,5	0,0	0,7	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	3,7	0,0	18,1	0,0

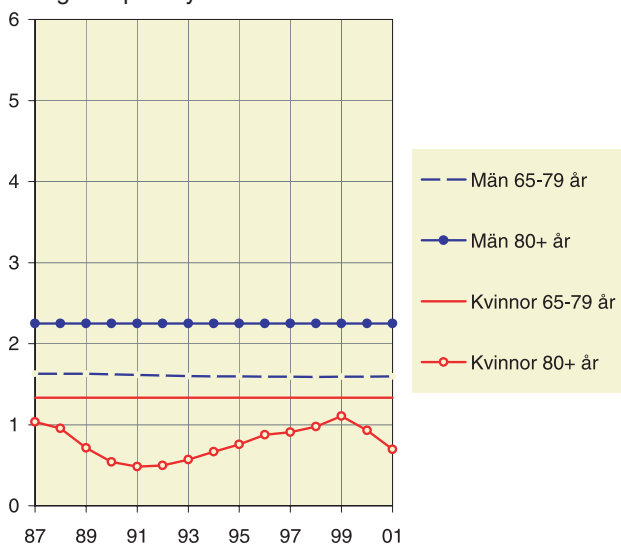
Skadetyper	Kvinnor			
	65-79 år		80+ år	
	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01	Trendnivå 2001	Förändring (%), 97-01
Vägtransportolycka	1,3	0,0	0,7	-23,4
Fallolycka	17,6	-1,0	61,2	-0,2
Annat olycksfall; drunkning, brand, övrigt	1,5	-16,8	2,5	0,0
Avsiktligt tillfogad skada	0,5	0,0	0,4	0,0
Diagnos				
Höftledsfraktur	6,0	3,2	28,8	-4,5

Trend för antal höftledsfrakturer per 1000 personer 65+, 1987-2001

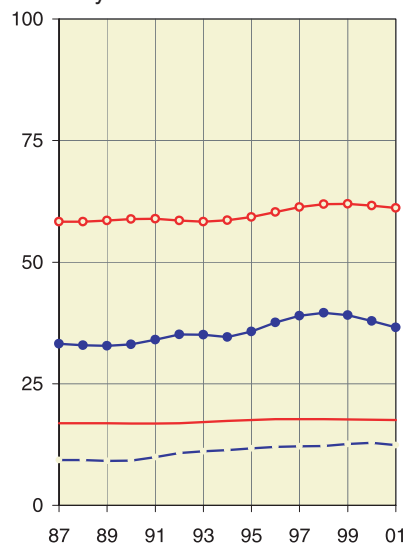


Trend för antal skadade per 1000 personer 65+, 1987-2001, till följd av...

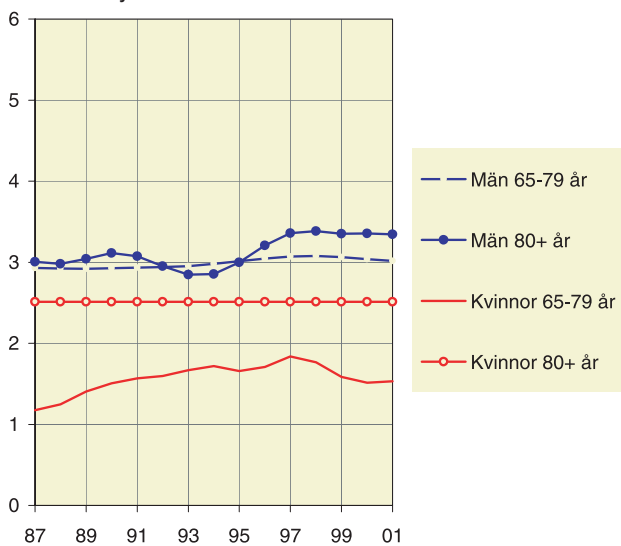
...vägtransportolycka



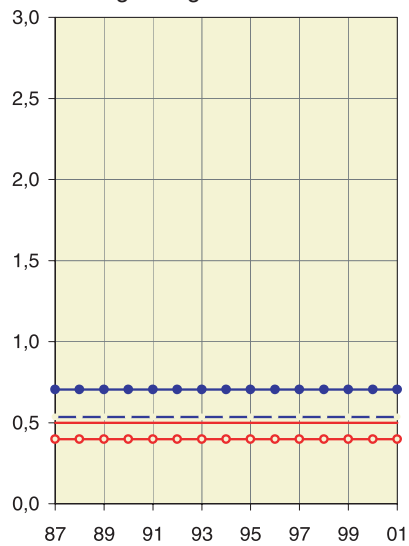
...fallolycka



...annat olycksfall



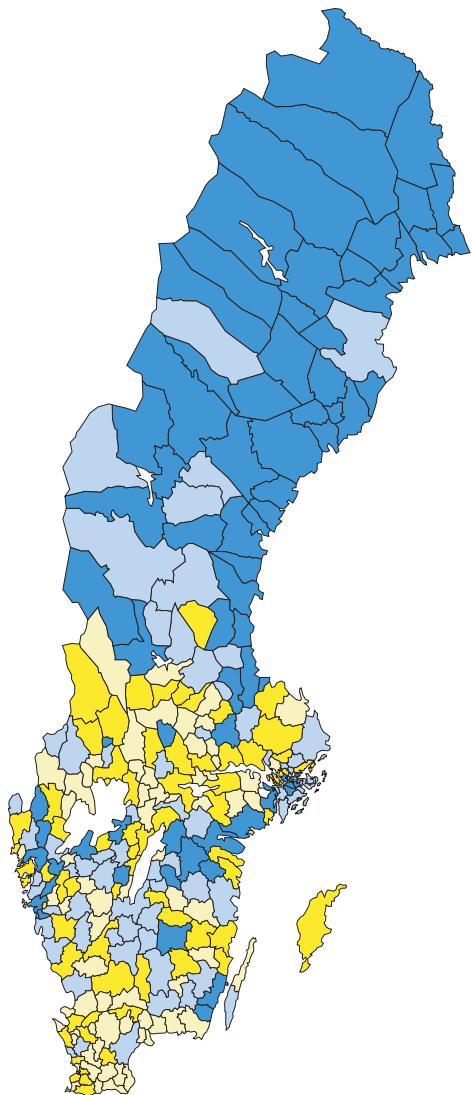
...avsiktligt tillfogad skada



Observera att diagrammen har olika skalor!

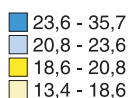
6.9 Kartor, tabeller och diagram på kommunnivå

Skadade män 65+ per 1000,
trendnivå 2001

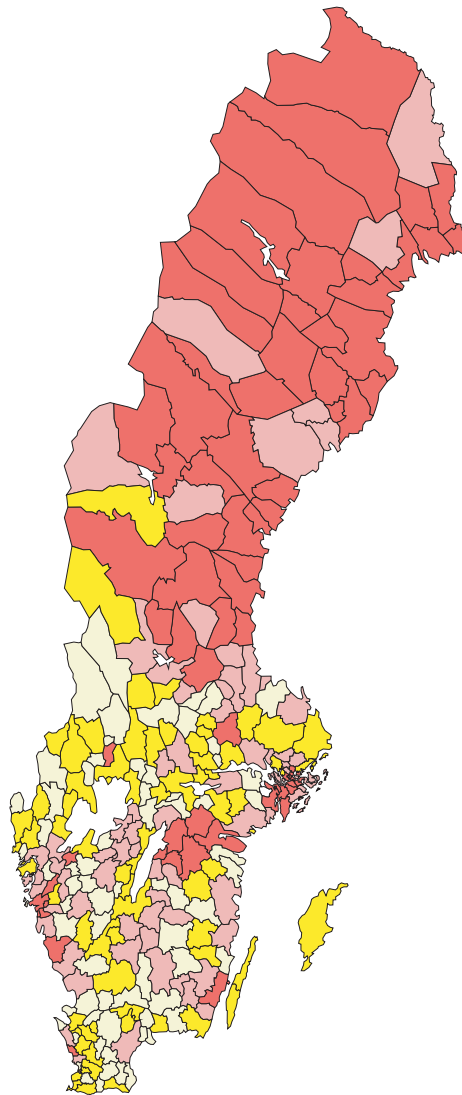


Skadade män 65+/1000

Trendnivå 2001

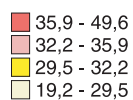


Skadade kvinnor 65+ per 1000,
trendnivå 2001



Skadade kvinnor 65+ /1000

Trendnivå 2001



En mer detaljerad redovisning av kommunerna i tabeller, diagram och kartor finns på CD:n som medföljer atlasen.

Referenser

- Ahmed N, Andersson R. Unintentional injury mortality and socio-economic development among the 15-44 year-olds: in a health transition perspective. *Public Health* 2000;114:416-22.
- Ahmed N, Andersson R. Differences in cause-specific patterns of unintentional injury mortality among 15–44-year-olds in income-based country groups. *Accident Analysis and Prevention* 2002;34:541-51.
- Albrektsson B. Personligt meddelande. Lidköpings kommun, 2003.
- Andersson R. Riskhantering ur ett folkhälsoperspektiv. Föreläsningssdokumentation. Karlstads universitet, Arbetsrapport Nr 8, September 2002.
- Attewell RG, Glase K & McFadden M. Bicycle helmet efficacy: a meta-analysis. *Accident Analysis and Prevention* 2001;33:345-52.
- Balasegaram S, Majeed A, Fitz-Clarence H, Trends in hospital admissions for fractures of the hip and femur in England, 1989-1990 to 1997-1998. *J Pub Health Med* 2001;23:11-17.
- Bjerre B, Sandberg BM. The effects of a community-based injury prevention study in Falun, Sweden – Outpatient and hospital-based injury prevention. *Int Journal for Consumer and Product Safety* 1998;5:129-38.
- Bjerre B, Schelp L. The community Safety Approach in Falun, Sweden – Is it possible to characterise the most effective prevention efforts and how persistent are the results. *Accident Analysis and Prevention* 2000;32:461-70.
- Bjerre B. Personligt meddelande 2002.
- Bjärås G., Danielsson K., Schelp L., Sjöberg D., Skjönberg G. The Safety Rounds in Public Environments. Experiences from introducing a completely new tool for prevention of accidental injuries. *Accident Analysis and Prevention* 1990;22:223-8.
- Bjärås G. The potential of community diagnosis as a tool in planning intervention programmes aimed at preventing injuries. *Accident Analysis and Prevention* 1993;25:3-10.
- Björk M-L., Eriksson G., Schelp L. 2000. Risklinjen. En särskild telefonlinje för att öka allmänhetens intresse och möjligheter att anmäla skaderisker. *Socialmedicinsk tidskrift* 2001;3:259-66.
- Cooper C, Campion G, Melton J III. Hip fractures in the elderly: a world-wide projection. *Osteoporosis Int* 1992;2:285-9.
- Effective Health Care. Nuffield Institute for Health, University of Leeds. NHS Centre for Review and Dissemination, University of York. Preventing falls and subsequent Injury in older people. April 1996 Vol. 2 No. 4.
- Ekman R, Schelp L, Svanström L, Welander G. Swedish bicycle helmet initiative.

Referenser

Projektplan 271. Karolinska Institutet, Department of Social Medicine, Sundbyberg, 1991.

Ekman R, Schelp L, Welander G & Svanström L. Can a combination of local, regional and national information substantially increase bicycle-helmet wearing and reduce injuries? Experiences from Sweden. *Accident. Analysis. and Prevention.* 1997;29:321-8.

Ekman R, Welander G, Svanström L, Schelp L. Long-term effects of legislation and local promotion of child-restraint use in motor vehicles in Sweden. *Accident Analysis and Prevention* 2001;33:793-7.

Folkhälsoinstitutet m fl. Håll dig på benen. Några tips om hur du kan undvika att falla och skadas, Stockholm, 1995.

Folkhälsoinstitutet 1996:117. På väg mot ett skadefritt Sverige, Stockholm, 1996.

Folkhälsoinstitutet. Positiva hälsoeffekter genom samverkan. Konferensrapport 1996:93.

Folkhälsoinstitutet. Hälsöfrämjande verksamhet för äldre – en kartläggning. Rapport 1998:15.

Folkhälsoinstitutet. Samhällets olycksbarn, 1998.

Folkhälsoinstitutet. Visst kan skador förebyggas – att utforma en kommunal handlingsplan, Stockholm, 2001.

Gillespie WJ, Henry DA, O'Connell DL, Robertson J. Vitamin D, Vitamin D analogues and calcium in prevention of fractures involuntarily and post-menopausal osteoporosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1996; Issue 3.

Gillespie LD, Gillespie WJ, Cuming R, Lamb SE, Rowe BH. Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly. NHS Centre for Review and Dissemination. The University of York, 1997.

Haglund BJA, Svanström LO. Evidensbaserad skadeprevention. Om effekter och effektivitet i skadeförebyggande och säkerhetsfrämjande arbete. Folkhälsoinstitutet 1999:22, Stockholm, 1999.

Havanonda S, Romer C, Svanström L, Moller J. Formulating Guidelines for Safe Communities. WHO Travelling Seminar. Karolinska Institute, Dept of Social Medicine, Sundbyberg, Sweden, 1989.

Hjort P. Helse for alle. Föredrag og artikler 1974-93. Oslo: Department of community health, Report No U1, 1994:70-96.

Huusko TM, Karppi P, Avikainen V, Kautiainen H, Sulkava R. The changing picture of hip fractures: Dramatic change in age distribution and no change in age-adjusted incidence within 10 years in central Finland. *Bone* 1999;24:257-9.

Hökby A, Sadigh S. Säkra seniorer. En metodbok för att förebygga fallskador hos äldre. Centrum för skadeprevention, Stockholms läns landsting, 2002.

Johnell O. The socioeconomic burden of fractures: Today and in the 21st century. *Am J Med* 1997;103:205-55.

- Jönsson B, Christansen C, Johnell O, Hedbrand J. Cost effectiveness of fracture prevention in established osteoporosis. *Osteoporosis Int* 1995;5:136-42.
- Kannus P, Parkkari J, Niemi S, Pasanen M, Palvanen M, Jarvinen M, et al. Prevention of hip fracture in elderly people with use of hip protector. *N Engl J Med* 2000; 343:1506-13.
- Karolinska Institute, Department of Social Medicine. How to create supportive environments for safety with special emphasis on socially exposed groups. Red report 302, Sundbyberg, 1994.
- Klang M, Andersson R, Lindquist K (Eds). *Safe Communities. The Application to Industrialized Countries. LCC Occasional Papers 5. Special Issue.* Linköping, 1992.
- Lau EMC, Epidemiology of osteoporosis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2001;15:335-44.
- Lauritzen. Effect of external hip protectors on hip fracture. *Lancet* 1993;341:11-13.
- Lindquist K, Timpka T, Schelp L. Ten years of experiences from a participatory community-based injury prevention program in Motala, Sweden. *Public Health* 1996;110:339-46.
- Lindquist K, Timpka T, Schelp L, Åhlgren M. Evaluation of a home injury prevention programme in a Swedish WHO Safe Community. *Int J for Consumer Safety* 1999;.6:25-32.
- Lindquist K, Schelp L, Timpka T. Home injuries in a Swedish municipality – consequences and costs. *Safety Science* 1999;31:19-29.
- Lindquist K, Brodin H. One-year economic consequences of accidents in a Swedish municipality. *Accident Analysis and Prevention* 1996;28:209-19.
- Lindqvist K., Timpka T., Schelp L. 2001. Evaluation of an inter-organizational prevention program against injuries among the elderly in a WHO Safe Community. *Public Health* 2001;115:308-16.
- Lofthus CM, Osnes EK, Falch JA, Kaastad TS, Kristiansen IS, Nordsletten L, Stensvold I, Meyer HE. Epidemiology of hip fractures in Oslo, Norway. *Bone* 2001;29:413-18.
- Läkemedelsverket. *Behandling av osteoporos - Rekommendationer*, 1:97.
- Löfman O, Berglund K, Larsson L, Toss G. Changes in hip fracture epidemiology: Redistribution between ages, genders and fracture types. *Osteoporosis Int* 2002;13:18-25.
- Moniruzzaman S, Andersson R. Relationship between economic development and risk of injuries in older adults and the elderly - A global analysis of unintentional injury mortality in a health transition perspective. Paper in progress. Stockholm: Karolinska Institutet, 2003a.
- Moniruzzaman S, Andersson R. Health transition and homicide – A global analysis of homicide mortality as function of economic development. Paper in progress. Stockholm: Karolinska Institutet, 2003b.

Referenser

- Moniruzzaman S, Andersson R. Health transition and suicide – A global analysis of suicide mortality as a function of socio-economic development. Submitted. Stockholm: Karolinska Institutet, 2003c.
- Olshansky SJ, Ault AB. The fourth stage of epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1986;64:355-91.
- Omran AR. The epidemiologic transition theory: a preliminary update. *J Trop Pediatr* 1983;29:305-16.
- Plitponkarnpim A, Andersson R, Jansson B, Svanström L. Unintentional injury mortality in children: a priority for middle income countries in the advanced stage of epidemiological transition. *Injury Prevention* 1999;5:98-103, a.
- Plitponkarnpim A, Andersson R, Hörte L-G, Svanström L. Trend and current status of child injury fatalities in Thailand compared with Sweden and Japan. *Journal of Safety Research* 1999;30:163-71, b.
- Rogmark C, Sernbo I, Johnell O, Nilsson JA. Incidence of hip fractures in Malmö, Sweden, 1992-1995. A trend break. *Acta Orthop Scand* 1999;70:19-22.
- Rosenberg T. Säkrare kommun - genom målstyrd tjänsteutveckling, Rapport från ett samarbetsprojekt mellan Räddningsverket och Svenska kommunförbundet, Räddningsverket 2003.
- Riksdagsbeslut hösten 1997. Proposition 1996/97:137 Nollvisionen och det trafiksäkra samhället, Betänkande 1997/98:TU4 Nollvisionen och det trafiksäkra samhället.
- Räddningsverket. Dödsbränder 2001 (Best nr I99-096/02).
- Räddningsverket. Olyckor i siffror. En rapport om olycksutvecklingen i Sverige. Karlstad, 2002.
- SBU. Om osteoporoscreening. SBU Rapport nr 127, Stockholm, 1995.
- Schelp L. Prevention av olycksfall hos barn och äldre. *Socialmedicinskt tidskrift* 1,1983;31-6.
- Schelp L. Epidemiology as a basis for evaluation of a community intervention programme on accidents. Thesis. Karolinska Institutet 1987.
- Schelp L. The role of organizations in community participation. *Soc Sci Med* 1988;26:1087-93.
- Schelp L. Community intervention and changes in accident pattern in a rural Swedish municipality. *Health Promotion* 1989;2:109-25.
- Schelp L, Eriksson G, Hökby A. Skador bland äldre. *Socialmedicinskt tidskrift* 1, 1994.
- Strategier för ett olycksfritt Sverige. SoS-rapport 1991:18, Socialstyrelsen, 1991.
- Sernbo I. Hip fracture. Malmö General Hospital, Department of Ortopaedics. Malmö, 1988.
- Sjögren H, Björnstig U. Unintentional injuries among elderly people: Incidence, causes, severity, and costs. *Accident Analysis and Prevention* 1989;21:233-42.

- Speechley M, Tinetti ME. Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:46-52.
- Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum. Folkhälsorapport 1997., SOU-rapport 1997:18, Stockholm, 1997.
- Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum. Folkhälsorapport 2001. Stockholm, 2001.
- Socialstyrelsen. State of the art – Höftfraktur. Medicinsk faktadatabas. Socialstyrelsen, Stockholm 1998 (www.sos.se/mars).
- SOU 1984:44. Hälsopolitik i samhällsplaneringen.(HS90). Stockholm, 1984.
- SOU 2002:99. Barnsäkerhetsdelegationen. Barns skador I Sverige. Barnskadeatlas med frekvenser och trender på nationell, läns- och nationell nivå 1987-2000. Edita Nordstedts Tryckeri AB. Stockholm, 2002.
- Svanström L. What is a safe community and how can we plan a community safety programme? Karolinska Institute, Dept of Social Medicine, (White report 298), Sundbyberg, 1993.
- Svanström L, Schelp L, Ekman R, Lindström Å. Falköping, Sweden, ten years after: still a Safe Community? *Int Journal for Consumer Safety*. 1996;3:1-7.
- Svanström L, Ader M, Schelp L, Lindström Å. Preventing femoral fractures among elderly: The community safety approach. *Safety Science* 1996;21:239-46.
- Sörensen S, Brunnström G. Belysning och livskvalitet. Rapport, Bertil och Britt Svenssons Stiftelse för Belysningsteknik, 1990.
- Thapa PB, Gideon P, Fought RL, Ray WA. Psychotropic drugs and risk of recurrent falls in ambulatory nursing home residents. *Am J Epidemiol* 1995;142:202-11.
- Tinetti ME, Baker DI, MacAvay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, Kock ML, Trainor K, Horwitz RI. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *The New England Journal of Medicine* 1994;331:821-27.
- Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli R. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community: *J Am Geriatr Soc* 1995;43:1214-21.
- Welander G, Ekman R, Svanström L, Santesson P. Are there intra-country geographic differences in child bicycle-related injuries in Sweden? *Journal of Traffic Medicine* 2001;29:20-8.
- WHO Study Group. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. WHO Technical Reports Series No 843, 1994.
- Zethraeus N, Strömberg UG, Jönsson B, Svensson O, Öhlén G. The cost of a Hip Fracture, Estimates for 1709 patients in Sweden. *Acta Orthop Scand* 1997;68:13-17.

Bilaga 1

Några tekniska förklaringar till indelning och statistik

Skadorna har delats in efter de svenska versionerna av International Classification of Diseases, Ninth Revision, ICD9 (1987–1996) samt International Classification of Diseases, Tenth Revision, ICD10 (1997–) (Socialstyrelsen 1986, Socialstyrelsen 1997).

1.1 Definitioner/klassificering

Vägtransportolycka:

ICD 9: Motorfordonsolycka 819, Cykelolycka 826, Olycka för annat fordon för vägtrafik 829

ICD10: Transportolyckor med fordon företrädesvis avsedda för vägtrafik samt fotgängarolyckor i transportområdet V01–V8119, V82–V8219, V83–V8339, V84–V8439, V85–V8539, V86–V8639, V87–V8999

Falloolycka:

ICD9: 880–886, 888

ICD10: W00–W1999

Annat olycksfall:

ICD9: Järnvägsolycka 807, Olycka i samband med vattentransport, Förgiftningsolyckor 838–866, Ospecificerad orsak till fraktur 887, Olycka orsakad av öppen eld, Olycka orsakad av natur och miljö, Drunkningsolycka, kvävningsoolycka och olycka orsakad av främmande kropp 890–928

ICD10: Tågolycka V812–V8199, Spårvagnsoolycka V822–V8299, Industrifordon V834–V8399, Jordbruksfordon V844–V8499, Specialfordon V854–V8599, Terrängfordon V864–V8699, Vattenfarkost V90–V9099, Annat W20–X5999

Avsiktlig skada:

ICD9: Självordsförsök 950–958, Slagsmål och våldtäkt 960–968, Polisingripande 976, Tveksamhet om skada uppkommit genom olycksfall eller uppsåt 980–988, Skada orsakad av krigshandling 997–998

ICD10: Avsiktlig självdestruktiv handling, Övergrepp av annan person, Skadehändelse med oklar avsikt, Polisingripande och krigshandling X60–Y3699

Höftledsfrakturer:

ICD9: 820 Fraktur på lårbenets övre del (höftfraktur)

ICD10: S72.0-S72.2 Kollumfraktur, pertrokantär fraktur, subtrokantär fraktur

1.2 Geografisk indelning

Länsindelningen är den som gäller år 2002.

Kommunindelningen har förändrats under perioden, enligt följande:

Bollebygd – ny kommun from 1995 – tidigare del av Borås

Gnesta – ny kommun from 1992 – tidigare del av Nyköping (data i PAR, Patientregistret,

Bilaga 1

fr.o.m. 1993)

Lekeberg – ny kommun från 1995 – tidigare del av Örebro

Nykvarn – ny kommun från 1999 – tidigare del av Södertälje

Trosa – ny kommun från 1992 – tidigare del av Nyköping (data i PAR från 1993)

Kommungrupperna följer Svenska Kommunförbundets indelning av kommuner, bilaga 5.

1.3 Skada efter Fallolycka – ändringar i klassificeringen

I ICD9 (användes i Sverige 1987–1996 samt också i Skåne under 1997) återfanns E-koden ”E887 – Ospecificerad orsak till fraktur” under avsnittet Fallolycka. I den nu aktuella versionen ICD10 har denna kod lyfts ur avsnittet fallolycka och ingår i stället bland andra ospecificerade olycksfall i koden ”X59 – Exponering för icke specificerad faktor”. Med andra ord går det inte att jämföra avsnitten Fallolycka mellan ICD9 och ICD10. Därför har EpC, Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen, i dessa datakörningar lyft bort koden E887 och i stället enbart använt övriga koder för fallolycka för att kunna göra en ”jämförbar” selektion.

Problemen med ICD10 kan vara flera. För det första finns ingen hänvisning till att motsvarande kod för E887 lyfts ur fallolyckorna och i stället placerats i en ”extrakod”, vilket kan ha gjort att en del av de olycksfall som tidigare skulle ha rubricerats som E887 i stället har fått en annan fallolyckskod (och alltså ingår i avsnittet fallolycka) medan andra kan ha placerats under kod X59 (och alltså inte ingår i fallolycksavsnittet). Vidare är fallolyckorna mer specificerade i ICD10 än de var i ICD9, vilket kan ha gjort att en del fallolyckor som tidigare rubricerades som E887 nu kan ha kodats med en specificerad fallolyckskod. Med andra ord, om EpC:s teorier stämmer är det mycket svårt att jämföra frekvenserna direkt över klassifikationsskiftet och de stora skillnader man kan se före och efter införandet av ICD10 kan sannolikt vara orsakade av förändringar i klassificeringen snarare än i skademönstret.

1.4 Bortfall

Bortfallet i statistiken grundar sig på följande:

Till varje diagnoskod för skada och förgiftning (kap. 17 ICD9 (800–999), kap. 19 ICD10 (S00-T999)) ska anges en yttre orsakskod. Det redovisade bortfallet är alltså de diagnoskoder som saknar yttre orsakskod. Ett ytterligare bortfallsproblem kan vara de skadefall som inte rapporterats överhuvudtaget. Detta bortfall vet vi dock ingenting om.

Bortfallet är koncentrerat till några få sjukhus och framförallt kliniker, (exempelvis Östergötland, men där vi ändå i denna atlas valt att redovisa läns- och kommunmaterial). En redovisning av bortfallet på nationell-, läns-, kommungrupps- och kommunnivå finns i tabellbilaga 2.

På Socialstyrelsens hemsida <http://www.sos.se/epc/par/index.htm> under rubriken Bortfall och Kvalitet kan läsas följande: ”Den årliga underrapporteringen för de senaste åren uppskattas till mindre än en procent för somatisk korttidsvård. Personnumret saknas eller är felaktigt för knappt en procent av vårdtillfällena de senaste åren, varav merparten avser barn eller utomlands boende. Huvuddiagnos saknas för cirka en procent av vårdtillfällena. 3,75 procent av vårdtillfällena med skador eller förgiftningar saknar under större delen av 1990-talet uppgift om yttre orsak. Från 1997 har detta bortfall ökat. Variabler som sjukhus, klinik, kön, ålder, in- och utskrivningsdatum är så gott som kompletta.”

Bilaga 2

Bortfall på nationell, läns-, kommungrupps- och kommunnivå

Redovisning av bortfall på nationell nivå

Diagnoskoder som saknar yttre orsakskod (procent) för kvinnor och män 65+ år 1987-2001

År	Kvinnor %	Män %	Total %
1987	2,5	2,6	2,5
1988	2,1	2,3	2,2
1989	3,8	4,4	4,0
1990	2,6	2,8	2,6
1991	2,8	3,5	3,0
1992	3,2	4,0	3,4
1993	3,4	3,8	3,5
1994	2,7	3,5	2,9
1995	2,1	3,0	2,4
1996	3,1	3,5	3,2
1997	9,4	10,2	9,6
1998	10,3	12,1	10,9
1999	7,6	8,1	7,7
2000	8,3	8,1	8,2
2001	3,6	3,8	3,7

Redovisning av bortfall på länsnivå
Diagnoskoder som saknar yttre orsakskod (procent) för kvinnor och män 65+ år 1987-2001

Kvinnor

Län	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
01.Stockholms län	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	2,1	4,6	0,6	12,4	17,9	0,2
03.Uppsala län	6,1	2,9	3,7	4,6	6,0	0,2	0,6	0,5	0,2	0,1	6,2	0,3	0,3	0,8	0,3
04.Södermanlands län	0,0	0,0	0,3	0,0	4,9	0,9	0,1	0,2	0,2	0,3	9,6	3,7	0,3	0,5	0,0
05.Östergötlands län	25,2	23,9	25,9	23,0	24,1	28,0	28,5	35,3	33,3	38,3	47,3	45,3	46,3	55,1	44,8
06.Jönköpings län	1,2	0,8	1,2	0,7	0,3	0,7	0,9	0,7	0,7	1,5	18,5	16,1	3,7	3,1	2,3
07.Kronobergs län	2,7	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0	4,4	0,7	0,3	0,3	0,1
08.Kalmar län	0,1	0,6	0,6	0,5	0,8	0,7	0,8	1,0	0,8	0,7	4,8	0,8	0,9	1,1	0,7
09.Gotlands län	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,5	0,0	2,5	1,0	0,0	0,5	0,4
10.Blekinge län	0,0	0,0	0,4	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	1,1	0,2	0,0	0,0
12.Skåne län	1,4	1,7	2,9	3,4	4,0	2,6	1,1	1,5	1,0	2,0	5,9	40,8	3,5	0,5	0,3
13.Hallands län	0,1	0,0	0,0	0,0	0,6	1,3	4,3	0,5	0,0	0,7	3,6	0,6	0,1	0,0	0,0
14.Västra Götalands län	2,8	3,0	4,2	4,5	3,1	2,9	7,5	2,4	0,7	1,0	8,1	2,3	7,5	5,2	5,5
17.Värmlands län	0,6	0,0	34,8	0,1	0,1	18,3	3,2	8,2	1,3	0,0	16,8	9,9	1,0	9,6	0,9
18.Örebro län	3,7	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	4,7	1,1	0,3	0,3	0,6
19.Västmanlands län	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	3,5	0,2	0,1	0,1	0,3
20.Dalarnas län	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,5	3,0	0,6	0,3	0,5	0,2
21.Gävleborgs län	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	16,7	10,0	0,1	0,1	0,0
22.Västernorrlands län	0,1	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	4,3	0,1	0,0	0,0	0,0
23.Jämtlands län	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0	2,2	0,2	0,2	0,0	0,3
24.Västerbottens län	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0
25.Norrbottnens län	1,4	1,2	1,9	2,0	6,8	6,5	5,7	6,3	6,9	12,4	25,6	23,2	22,7	7,9	2,4

Redovisning av bortfall på länsnivå
Diagnoskoder som saknar yttre orsakskod (procent) för kvinnor och män 65+ år 1987-2001

Män

Län	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
01.Stockholms län	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	2,1	3,0	0,9	11,9	17,0	0,2
03.Uppsala län	8,5	3,3	5,3	4,3	5,8	0,2	0,7	0,3	0,0	0,4	3,9	0,0	0,9	0,8	0,0
04.Södermanlands län	0,3	0,3	0,3	0,3	12,2	1,8	0,7	0,0	0,4	0,2	11,8	6,1	0,0	0,4	0,2
05.Östergötlands län	24,1	24,6	30,3	26,5	30,0	30,8	28,5	40,8	39,7	41,5	49,9	47,9	47,2	55,5	43,7
06.Jönköpings län	1,0	2,4	1,9	1,9	3,1	1,8	3,0	2,3	3,7	2,6	34,0	23,8	6,9	3,3	6,0
07.Kronobergs län	2,8	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	5,0	2,4	0,3	1,3	0,6
08.Kalmar län	0,8	1,1	2,1	1,1	1,3	2,9	1,9	2,5	1,2	2,7	7,6	3,1	3,5	3,8	2,4
09.Gotlands län	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	1,7	1,8	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	1,9
10.Blekinge län	0,0	0,0	0,5	0,9	0,9	0,0	0,0	0,9	0,4	0,0	0,8	2,0	0,0	0,0	0,0
12.Skåne län	2,0	1,2	4,2	3,8	4,4	4,0	1,6	2,6	1,6	1,9	5,4	45,4	3,8	0,5	0,1
13.Hallands län	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,6	2,9	0,7	0,2	0,8	4,2	1,4	0,0	0,2	0,2
14.Västra Götalands län	3,5	3,8	4,6	3,7	3,1	3,9	6,9	3,1	1,1	1,8	8,2	4,2	8,4	6,2	5,6
17.Värmlands län	2,3	0,2	33,1	0,2	0,4	15,5	6,6	8,3	2,7	0,0	19,1	13,4	1,9	11,3	1,2
18.Örebro län	3,2	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	4,1	0,6	0,6	0,8	0,6
19.Västmanlands län	0,3	0,0	0,0	0,3	0,0	0,5	0,4	0,5	0,5	0,8	2,4	0,0	0,2	0,6	0,0
20.Dalarnas län	0,6	0,2	0,0	0,2	0,2	0,5	0,6	0,2	0,5	0,7	3,5	1,3	0,0	0,2	0,5
21.Gävleborgs län	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,5	18,1	15,3	0,2	0,0	0,0
22.Västernorrlands län	0,0	0,0	0,2	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0
23.Jämtlands län	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0
24.Västerbottens län	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	0,2	0,0	0,0	0,0
25.Norrbottnens län	1,3	2,7	1,7	1,5	6,8	8,5	7,2	5,4	9,5	11,0	23,4	23,0	25,0	8,3	2,8

Redovisning av bortfall på kommungruppsnivå
Diagnoskoder som saknar yttre orsakskod (procent) för kvinnor och män 65+ år 1987-2001

Kvinnor

Kommungrupp	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Storstäder	0,3	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2	1,9	0,7	0,3	1,1	6,0	10,9	8,3	11,3	0,5
Förortskommuner	1,0	0,5	2,0	0,5	1,0	1,7	9,2	1,4	0,3	3,3	4,6	4,4	12,2	11,6	3,8
Större städer	5,0	4,0	6,3	4,6	4,9	6,5	5,1	5,4	5,0	5,5	12,8	12,0	8,2	9,1	6,4
Medelstora städer	1,8	1,5	3,1	1,9	2,5	2,7	1,8	1,4	2,0	2,9	10,2	13,7	5,5	4,2	3,6
Industrikommuner	2,1	2,0	4,1	2,9	2,3	2,3	1,4	1,6	1,0	1,5	9,8	6,9	2,5	3,2	2,0
Landsbygdskommuner	4,6	4,3	4,9	4,8	3,9	4,0	3,6	4,0	2,6	5,2	10,1	14,6	5,9	5,0	3,1
Glesbygdskommuner	0,1	0,2	1,6	0,3	1,7	1,5	1,6	2,2	2,0	3,2	8,5	6,3	5,5	1,8	1,3
Övriga större kommuner	2,2	1,8	4,4	3,8	3,8	2,1	1,6	3,0	0,3	0,9	8,0	6,0	7,7	9,7	2,1
Övriga mindre kommuner	4,3	4,6	10,0	3,7	5,5	7,2	3,2	5,6	3,6	3,3	13,4	10,7	8,8	10,6	6,5

Män

Kommungrupp	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Storstäder	0,3	0,7	0,6	0,3	0,3	0,4	2,2	1,2	0,5	1,5	5,0	11,1	7,9	10,0	0,7
Förortskommuner	0,8	0,7	1,8	0,7	1,2	2,1	8,1	1,6	0,6	3,2	4,9	5,1	11,0	11,2	2,8
Större städer	4,5	4,4	7,4	5,0	6,4	7,4	5,7	6,7	6,3	6,1	13,6	14,9	9,7	9,1	6,4
Medelstora städer	2,3	1,3	3,0	2,2	3,4	3,1	2,0	2,6	2,8	3,1	11,1	15,4	6,4	4,7	3,1
Industrikommuner	3,2	1,7	5,2	3,3	3,4	3,1	2,6	2,1	1,8	2,4	12,8	11,9	4,0	4,9	3,4
Landsbygdskommuner	3,8	4,5	5,9	4,1	5,2	5,9	3,8	4,2	4,7	5,4	11,4	13,9	7,3	5,9	5,1
Glesbygdskommuner	0,2	0,5	1,0	0,5	0,8	2,3	2,1	1,8	2,2	2,8	7,3	6,8	6,6	0,7	1,5
Övriga större kommuner	3,1	2,3	5,0	3,3	3,5	3,5	1,2	3,5	1,2	1,2	8,8	7,5	8,5	10,2	3,4
Övriga mindre kommuner	3,9	3,4	9,6	3,5	4,3	6,3	5,2	5,8	4,3	4,7	13,7	13,4	8,5	10,5	5,8

Redovisning av bortfall på kommunnivå finns på CD:n som medföljer atlasen.

Bilaga 3

Åldersrelaterade skadefrekvenser över tid på nationell nivå

Tabell a. Antal skadedöda per 100 000 män respektive kvinnor, samtliga skadetyper, åldersrelaterade tal, fördelat på skadetyper, åldersgrupp och genomsnitt under fyra tidsperioder, Sverige 1987-2000

65-79 år	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2000	1987-2000	1987-1991	1992-1996	1997-2000	1987-2000
Yttre orsak								
Vägtrafik	9,7	7,6	5,7	7,8	18,8	14,5	10,6	15,0
Fallolycka	6,7	5,9	8,1	6,8	14,0	14,4	19,8	15,8
Annan olycka	22,3	19,8	17,5	20,1	39,3	38,2	35,6	37,9
Självord inkl. oklar avsikt	20,5	17,7	13,0	17,5	48,2	41,3	36,1	42,3
Övergrepp, våld	0,5	0,5	0,8	0,6	1,0	1,2	1,0	1,1
Totalt	59,7	51,6	45,1	52,8	121,4	109,6	103,0	112,1

80+ år	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2000	1987-2000	1987-1991	1992-1996	1997-2000	1987-2000
Yttre orsak								
Vägtrafik	10,1	7,3	5,2	7,5	33,8	25,3	19,3	26,1
Fallolycka	41,8	34,6	51,0	42,1	55,2	52,4	78,4	61,5
Annan olycka	202,3	164,3	170,0	178,3	230,0	195,8	212,3	212,0
Självord inkl. oklar avsikt	16,6	16,5	13,4	15,6	65,1	59,5	49,7	58,2
Övergrepp, våld	0,8	0,8	0,7	0,7	1,1	0,8	1,8	1,2
Totalt	271,7	223,4	240,2	244,2	385,2	333,9	361,5	359,0

Tabell b. Antal skadade per 1 000 män respektive kvinnor, samtliga skadetyper, åldersrelaterade tal, fördelat på skadetyper, åldersgrupp och genomsnitt under fyra tidsperioder, Sverige 1987-2001

65-79	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
Yttre orsak								
Vägtrafik	1,35	1,23	1,03	1,20	1,69	1,54	1,30	1,51
Fallolycka	17,37	18,79	17,79	17,98	10,22	11,57	11,80	11,18
Annan olycka	1,36	1,59	1,53	1,49	2,18	2,49	2,49	2,39
Avsiktlig skada	0,66	0,67	0,50	0,61	0,66	0,66	0,52	0,61
Totalt	20,74	22,28	20,85	21,29	14,75	16,26	16,11	15,70

80+	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
Yttre orsak								
Vägtrafik	0,89	0,75	0,86	0,83	2,09	1,99	1,79	1,95
Fallolycka	65,62	66,97	63,92	65,46	36,01	39,29	39,29	38,32
Annan olycka	2,62	2,98	2,68	2,76	2,75	3,13	3,14	3,02
Avsiktlig skada	0,69	0,77	0,62	0,69	0,81	0,92	0,69	0,80
Totalt	69,82	71,47	68,09	69,75	41,66	45,33	44,90	44,09

Tabell c. Antal höftledsfrakturer per 1 000 med män respektive kvinnor, åldersrelaterade tal, fördelat på åldersgrupp och genomsnitt under fyra tidsperioder, Sverige 1987-2001

	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
65-79	7,1	7,0	6,6	6,9	3,7	3,9	3,8	3,8
80+	32,3	31,4	30,5	31,3	17,5	18,4	18,0	18,0
Totalt	13,8	14,3	14,3	14,1	6,3	7,1	7,2	6,9

Bilaga 4

Åldersrelaterade skadefrekvenser över tid på läns-,
kommungrupps och kommunnivå

Tabell d. Antal skadade per 1 000 män respektive kvinnor, samtliga skadetyper, åldersrelaterade tal, fördelat på åldersgrupp, skadetyper, hemlän och genomsnitt under fyra tidsperioder, Sverige 1987-2001

65-79, Vägtrafik Hemlän	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
01.Stockholms län	0,99	0,77	0,69	0,82	1,18	1,22	0,90	1,10
03.Uppsala län	1,22	1,59	1,18	1,33	1,91	2,01	1,72	1,88
04.Södermanlands län	1,16	1,33	1,12	1,20	1,54	1,69	1,38	1,53
05.Östergötlands län	1,06	0,99	0,90	0,98	1,41	1,17	1,34	1,31
06.Jönköpings län	1,44	1,55	1,16	1,38	1,56	1,85	1,39	1,60
07.Kronobergs län	1,36	1,29	1,11	1,25	1,99	1,24	1,29	1,51
08.Kalmar län	1,72	1,77	1,49	1,66	2,16	1,62	1,62	1,81
09.Gotlands län	2,09	1,36	1,38	1,62	2,11	1,69	1,45	1,75
10.Blekinge län	1,07	0,96	0,51	0,85	1,19	1,10	0,68	0,99
12.Skåne län	1,49	1,53	1,02	1,35	1,94	1,68	1,34	1,66
13.Hallands län	1,77	1,55	1,13	1,48	1,81	1,73	1,31	1,61
14.Västra Götalands län	1,21	1,08	0,91	1,07	1,48	1,43	1,22	1,38
17.Värmlands län	1,06	1,10	0,91	1,03	1,59	1,55	1,15	1,43
18.Örebro län	1,47	1,50	1,78	1,57	1,70	1,61	1,55	1,63
19.Västmanlands län	1,88	1,08	1,10	1,35	1,92	1,68	1,38	1,66
20.Dalarnas län	1,07	1,10	1,32	1,16	1,66	1,26	1,77	1,56
21.Gävleborgs län	1,78	1,62	1,01	1,48	2,23	1,88	1,44	1,86
22.Västernorrlands län	1,54	0,89	1,05	1,16	1,97	1,38	1,43	1,60
23.Jämtlands län	1,57	1,23	1,23	1,35	1,66	1,93	1,35	1,66
24.Västerbottens län	2,29	2,14	1,49	1,98	2,97	2,25	1,88	2,37
25.Norrbottnens län	1,84	1,38	1,41	1,54	2,04	1,93	1,55	1,83
Totalt	1,35	1,23	1,03	1,20	1,69	1,54	1,30	1,51

65-79, Fallolycka Hemlän	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
01.Stockholms län	19,65	22,06	19,82	20,51	12,52	14,20	13,83	13,51
03.Uppsala län	16,77	17,70	15,01	16,51	9,28	10,07	9,05	9,47
04.Södermanlands län	14,00	16,19	17,59	15,90	8,12	9,82	10,99	9,63
05.Östergötlands län	14,73	13,80	10,56	13,08	8,14	8,46	7,21	7,95
06.Jönköpings län	16,97	17,98	17,91	17,61	9,73	11,17	11,21	10,68
07.Kronobergs län	14,78	17,36	17,81	16,65	8,52	10,44	11,77	10,21
08.Kalmar län	15,57	17,15	17,90	16,84	8,65	10,88	12,11	10,49
09.Gotlands län	15,69	16,47	16,22	16,12	9,33	9,43	10,88	9,86
10.Blekinge län	15,95	14,47	15,07	15,17	8,75	8,55	8,85	8,72
12.Skåne län	16,03	17,03	15,30	16,13	9,26	9,82	9,39	9,49
13.Hallands län	14,73	16,16	18,24	16,40	7,41	9,22	12,93	9,86
14.Västra Götalands län	16,45	19,09	18,06	17,85	9,47	11,76	11,91	11,02
17.Värmlands län	14,83	16,30	15,30	15,47	7,95	10,13	10,47	9,49
18.Örebro län	16,71	16,47	16,88	16,68	8,79	10,09	11,15	9,95
19.Västmanlands län	17,86	16,32	16,23	16,81	10,97	10,12	10,35	10,49
20.Dalarnas län	17,39	18,63	18,75	18,23	10,05	10,11	12,17	10,73
21.Gävleborgs län	19,83	20,57	20,20	20,20	12,53	13,42	13,03	12,99
22.Västernorrlands län	21,21	21,96	21,02	21,40	12,67	13,37	15,51	13,82
23.Jämtlands län	19,91	21,54	24,51	21,90	12,44	13,42	16,12	13,89
24.Västerbottens län	21,34	25,29	23,76	23,47	14,33	17,27	15,96	15,85
25.Norrbottnens län	21,82	21,57	19,31	20,88	13,28	14,41	13,44	13,71
Totalt	17,37	18,79	17,79	17,98	10,22	11,57	11,80	11,18

Tabell d. Antal skadade per 1 000 män respektive kvinnor, samtliga skadetyper, åldersrelaterade tal, fördelat på åldersgrupp, skadetyper, hemlän och genomsnitt under fyra tidsperioder, Sverige 1987-2001

65-79, Annan olycka Hemlän	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
01.Stockholms län	1,44	1,81	1,44	1,56	1,81	2,18	1,81	1,93
03.Uppsala län	1,59	1,54	1,36	1,49	2,51	2,66	2,36	2,51
04.Södermanlands län	1,08	1,59	1,60	1,42	1,47	2,09	2,24	1,93
05.Östergötlands län	0,91	0,74	0,85	0,83	1,68	1,75	1,49	1,64
06.Jönköpings län	1,57	1,52	1,11	1,41	2,46	2,69	1,94	2,37
07.Kronobergs län	1,41	1,60	1,48	1,50	2,50	2,47	2,95	2,63
08.Kalmar län	1,47	1,89	1,80	1,71	2,41	3,40	3,26	3,01
09.Gotlands län	2,19	2,01	1,74	1,98	2,50	4,31	3,32	3,37
10.Blekinge län	1,48	2,05	1,37	1,63	2,40	2,46	2,12	2,33
12.Skåne län	1,43	1,55	1,31	1,43	2,20	2,38	2,02	2,20
13.Hallands län	1,38	2,02	1,50	1,63	2,70	3,05	2,45	2,73
14.Västra Götalands län	1,23	1,54	1,53	1,43	2,04	2,54	2,52	2,36
17.Värmlands län	1,18	1,65	1,22	1,35	2,23	2,36	2,38	2,32
18.Örebro län	1,17	1,33	1,29	1,26	1,77	2,33	2,26	2,11
19.Västmanlands län	1,35	1,20	1,00	1,19	1,73	1,89	1,88	1,83
20.Dalarnas län	1,03	1,27	1,52	1,26	2,01	2,29	3,02	2,42
21.Gävleborgs län	1,46	1,56	2,35	1,77	2,24	2,61	4,14	2,97
22.Västernorrlands län	1,64	1,71	2,26	1,86	2,83	2,88	2,92	2,87
23.Jämtlands län	1,46	1,72	2,19	1,78	2,82	3,16	3,41	3,11
24.Västerbottens län	1,54	1,69	1,95	1,72	3,22	3,46	3,27	3,32
25.Norrbottnens län	1,72	1,82	3,32	2,30	3,50	2,92	5,79	4,10
Totalt	1,36	1,59	1,53	1,49	2,18	2,49	2,49	2,39

65-79, Avsiktlig skada Hemlän	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
01.Stockholms län	0,92	0,92	0,60	0,82	0,83	0,91	0,64	0,79
03.Uppsala län	0,66	0,78	0,45	0,63	0,61	0,68	0,31	0,54
04.Södermanlands län	0,57	0,80	0,68	0,68	0,48	0,64	0,53	0,55
05.Östergötlands län	0,64	0,42	0,27	0,45	0,43	0,37	0,30	0,37
06.Jönköpings län	0,52	0,58	0,34	0,48	0,69	0,85	0,36	0,64
07.Kronobergs län	0,67	0,49	0,58	0,58	0,66	0,61	0,55	0,61
08.Kalmar län	0,60	0,50	0,33	0,48	0,65	0,49	0,57	0,57
09.Gotlands län	0,63	0,65	0,51	0,60	0,85	0,52	0,54	0,64
10.Blekinge län	0,53	0,46	0,34	0,44	0,79	0,46	0,39	0,55
12.Skåne län	0,80	0,72	0,63	0,72	0,67	0,62	0,59	0,63
13.Hallands län	0,46	0,56	0,37	0,46	0,56	0,53	0,49	0,53
14.Västra Götalands län	0,53	0,70	0,50	0,58	0,61	0,68	0,56	0,62
17.Värmlands län	0,49	0,54	0,35	0,46	0,47	0,58	0,38	0,48
18.Örebro län	0,62	0,53	0,51	0,56	0,55	0,59	0,40	0,52
19.Västmanlands län	0,69	0,56	0,60	0,62	0,71	0,60	0,50	0,60
20.Dalarnas län	0,69	0,74	0,56	0,66	0,61	0,56	0,67	0,62
21.Gävleborgs län	0,61	0,60	0,56	0,59	0,92	0,66	0,49	0,70
22.Västernorrlands län	0,46	0,50	0,41	0,45	0,55	0,69	0,57	0,60
23.Jämtlands län	0,44	0,34	0,43	0,40	0,57	0,47	0,61	0,55
24.Västerbottens län	0,64	0,60	0,38	0,54	0,64	0,62	0,35	0,54
25.Norrbottnens län	0,41	0,61	0,26	0,43	0,71	0,59	0,41	0,57
Totalt	0,66	0,67	0,50	0,61	0,66	0,66	0,52	0,61

Bilaga 4

Tabell d. Antal skadade per 1 000 män respektive kvinnor, samtliga skadetyper, åldersrelaterade tal, fördelat på åldersgrupp, skadetyper, hemlän och genomsnitt under fyra tidsperioder, Sverige 1987-2001

80+, Vägtrafik Hemlän	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
01.Stockholms län	0,95	0,71	0,67	0,77	1,34	1,28	1,17	1,25
03.Uppsala län	1,17	1,03	0,84	1,00	1,73	1,88	1,93	1,86
04.Södermanlands län	0,71	0,65	0,90	0,76	2,21	1,99	1,93	2,03
05.Östergötlands län	0,58	0,46	0,65	0,57	1,85	2,02	1,70	1,85
06.Jönköpings län	0,74	1,03	1,11	0,97	2,60	2,53	2,07	2,38
07.Kronobergs län	0,66	0,92	0,79	0,79	1,86	2,26	1,62	1,91
08.Kalmar län	0,95	0,91	1,03	0,97	2,35	3,24	2,41	2,67
09.Gotlands län	1,40	0,90	1,04	1,10	3,20	2,31	1,63	2,34
10.Blekinge län	0,79	0,39	0,75	0,64	1,70	1,18	1,07	1,30
12.Skåne län	0,87	0,89	1,01	0,93	2,47	2,17	1,88	2,15
13.Hallands län	1,09	0,71	1,39	1,08	3,05	2,37	1,81	2,35
14.Västra Götalands län	0,74	0,71	0,73	0,72	1,60	1,76	1,81	1,73
17.Värmlands län	0,94	0,78	0,55	0,75	2,26	2,01	1,17	1,79
18.Örebro län	0,72	0,62	1,15	0,84	2,06	2,23	2,57	2,30
19.Västmanlands län	0,82	0,58	0,92	0,78	2,13	1,92	2,01	2,02
20.Dalarnas län	1,24	0,62	1,10	0,98	2,29	1,92	2,18	2,13
21.Gävleborgs län	1,39	0,92	0,93	1,07	2,85	2,43	2,03	2,42
22.Västernorrlands län	1,03	0,66	0,79	0,82	2,00	2,10	1,87	1,99
23.Jämtlands län	0,51	0,69	1,06	0,77	1,41	1,77	1,52	1,57
24.Västerbottens län	1,21	0,98	1,13	1,11	3,75	2,50	2,43	2,84
25.Norrbottnens län	0,94	0,61	0,87	0,80	3,42	2,67	2,00	2,64
Totalt	0,89	0,75	0,86	0,83	2,09	1,99	1,79	1,95

80+, Fallolycka Hemlän	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
01.Stockholms län	78,44	81,93	74,09	78,01	43,10	50,26	46,09	46,66
03.Uppsala län	62,53	64,02	54,52	60,08	29,87	33,71	33,88	32,64
04.Södermanlands län	61,59	64,21	65,27	63,83	34,20	39,82	39,81	38,15
05.Östergötlands län	57,32	49,25	40,18	48,34	30,03	29,14	24,24	27,60
06.Jönköpings län	59,52	63,02	62,01	61,62	32,19	36,53	36,54	35,27
07.Kronobergs län	55,91	61,89	62,70	60,36	27,65	33,91	37,01	33,08
08.Kalmar län	59,97	62,80	65,89	63,05	31,96	35,08	39,17	35,57
09.Gotlands län	56,06	59,09	60,27	58,62	29,44	34,62	36,78	33,81
10.Blekinge län	57,13	58,56	60,72	58,90	33,03	30,65	36,83	33,55
12.Skåne län	63,37	62,36	55,94	60,33	32,71	34,53	31,75	32,97
13.Hallands län	61,76	64,00	68,75	65,14	32,49	33,13	38,78	35,07
14.Västra Götalands län	60,78	66,65	64,52	64,13	34,14	39,44	40,51	38,25
17.Värmlands län	53,55	56,96	54,68	55,10	31,33	33,56	34,07	33,05
18.Örebro län	56,66	60,80	60,98	59,64	30,08	35,94	36,85	34,52
19.Västmanlands län	68,22	60,47	61,92	63,23	38,26	35,20	36,91	36,72
20.Dalarnas län	63,25	62,65	64,40	63,47	36,10	34,52	40,52	37,19
21.Gävleborgs län	78,82	70,56	64,34	70,81	48,34	45,21	44,01	45,75
22.Västernorrlands län	74,21	72,22	72,24	72,83	45,95	48,05	48,77	47,65
23.Jämtlands län	72,57	68,30	76,98	72,74	40,06	42,76	49,40	44,33
24.Västerbottens län	71,80	78,70	78,20	76,53	47,46	52,13	49,15	49,65
25.Norrbottnens län	73,16	66,38	66,66	68,45	42,75	45,05	46,56	44,94
Totalt	65,62	66,97	63,92	65,46	36,01	39,29	39,29	38,32

Tabell d. Antal skadade per 1 000 män respektive kvinnor, samtliga skadetyper, åldersrelaterade tal, fördelat på åldersgrupp, skadetyper, hemlän och genomsnitt under fyra tidsperioder, Sverige 1987-2001

80+, Annan olycka Hemlän	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
01.Stockholms län	2,92	3,49	2,86	3,09	2,79	3,28	2,89	3,00
03.Uppsala län	3,09	4,11	2,67	3,28	3,58	4,02	2,78	3,43
04.Södermanlands län	2,53	2,56	3,29	2,82	2,90	2,08	3,30	2,77
05.Östergötlands län	1,68	1,70	1,76	1,71	1,65	1,90	1,49	1,68
06.Jönköpings län	2,44	2,60	1,70	2,22	3,25	3,75	2,28	3,06
07.Kronobergs län	2,14	2,18	2,41	2,25	3,36	3,27	3,62	3,42
08.Kalmar län	2,89	3,61	3,10	3,21	2,79	3,68	3,10	3,20
09.Gotlands län	2,41	2,92	3,43	2,95	2,99	5,00	4,53	4,22
10.Blekinge län	2,42	4,72	2,80	3,34	2,40	3,05	3,42	2,98
12.Skåne län	2,87	3,40	2,43	2,89	2,43	3,04	2,74	2,75
13.Hallands län	3,19	3,49	3,03	3,23	4,35	3,73	2,83	3,57
14.Västra Götalands län	2,22	2,75	2,51	2,51	2,52	3,30	3,28	3,06
17.Värmlands län	2,51	2,20	2,07	2,25	2,39	2,32	2,48	2,40
18.Örebro län	1,85	2,56	2,71	2,40	2,23	2,46	3,13	2,63
19.Västmanlands län	2,74	2,14	1,43	2,04	2,87	2,55	2,18	2,50
20.Dalarnas län	1,60	2,11	2,57	2,12	2,29	2,69	3,32	2,80
21.Gävleborgs län	3,14	2,57	4,49	3,44	2,68	3,21	7,81	4,68
22.Västernorrlands län	3,57	3,32	3,69	3,53	3,23	3,36	3,37	3,32
23.Jämtlands län	3,46	2,79	3,61	3,29	3,20	2,62	3,70	3,19
24.Västerbottens län	2,76	2,73	3,37	2,98	3,51	3,28	4,02	3,62
25.Norrbottnens län	3,03	3,25	2,73	2,99	3,60	4,28	3,36	3,74
Totalt	2,62	2,98	2,68	2,76	2,75	3,13	3,14	3,02

80+, Avsiktig skada Hemlän	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
01.Stockholms län	1,07	1,28	0,96	1,10	1,36	1,32	0,88	1,16
03.Uppsala län	0,69	0,78	0,58	0,68	1,34	1,39	0,31	0,98
04.Södermanlands län	0,68	0,83	0,55	0,68	0,95	1,39	0,47	0,92
05.Östergötlands län	0,49	0,40	0,19	0,35	0,69	0,50	0,48	0,55
06.Jönköpings län	0,49	0,70	0,32	0,50	0,65	0,95	0,60	0,73
07.Kronobergs län	0,74	0,49	0,49	0,57	0,43	0,39	0,76	0,54
08.Kalmar län	0,50	0,79	0,40	0,56	0,58	0,76	0,80	0,72
09.Gotlands län	0,51	0,56	0,52	0,53	0,43	0,77	0,54	0,58
10.Blekinge län	0,83	0,51	0,52	0,61	0,77	1,11	0,60	0,83
12.Skåne län	0,85	0,84	0,81	0,83	0,65	0,92	0,79	0,79
13.Hallands län	0,40	0,69	0,59	0,57	0,67	0,48	0,83	0,67
14.Västra Götalands län	0,49	0,67	0,61	0,60	0,69	0,98	0,61	0,76
17.Värmlands län	0,42	0,47	0,37	0,42	0,84	0,66	0,44	0,64
18.Örebro län	0,55	0,75	0,67	0,66	0,69	0,45	0,67	0,60
19.Västmanlands län	0,72	0,81	0,66	0,72	1,35	1,01	0,86	1,05
20.Dalarnas län	0,77	0,69	0,57	0,67	0,78	0,99	0,94	0,91
21.Gävleborgs län	0,57	0,56	0,43	0,52	0,92	1,00	0,51	0,80
22.Västernorrlands län	0,50	0,75	0,61	0,62	0,59	0,59	1,01	0,74
23.Jämtlands län	0,61	0,41	0,42	0,48	0,31	0,50	0,59	0,48
24.Västerbottens län	0,63	0,57	0,36	0,51	0,59	0,73	0,28	0,52
25.Norrbottnens län	0,65	0,12	0,25	0,32	0,75	0,75	0,63	0,71
Totalt	0,69	0,77	0,62	0,69	0,81	0,92	0,69	0,80

Bilaga 4

Tabell e. Antal höftledsfrakturer per 1 000 med män respektive kvinnor, åldersrelaterade tal, fördelat på åldersgrupp, län och genomsnitt under fyra tidsperioder, Sverige 1987-2001

65-79	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
01.Stockholms län	7,9	7,6	6,9	7,5	4,4	4,4	4,1	4,3
03.Uppsala län	6,4	5,9	5,3	5,9	3,6	3,4	2,7	3,2
04.Södermanlands län	6,0	6,0	5,9	6,0	3,3	3,7	3,6	3,5
05.Östergötlands län	6,8	6,9	6,5	6,7	3,7	4,4	3,9	4,0
06.Jönköpings län	6,7	6,7	6,7	6,7	3,1	3,4	3,4	3,3
07.Kronobergs län	5,4	5,7	5,8	5,7	3,5	3,5	3,3	3,4
08.Kalmar län	6,3	6,1	6,0	6,2	3,1	3,6	3,7	3,5
09.Gotlands län	6,8	6,9	5,9	6,6	3,8	2,7	3,3	3,2
10.Blekinge län	6,0	6,1	6,1	6,1	2,9	3,0	3,1	3,0
12.Skåne län	6,6	6,6	6,4	6,5	3,6	3,6	3,8	3,6
13.Hallands län	5,9	6,0	5,3	5,7	2,6	3,0	3,1	2,9
14.Västra Götalands län	7,0	7,1	6,3	6,8	3,7	3,9	3,8	3,8
17.Värmlands län	6,9	6,7	6,2	6,6	3,1	3,7	3,7	3,5
18.Örebro län	6,9	6,5	6,0	6,5	3,1	3,7	4,0	3,6
19.Västmanlands län	7,3	6,8	6,3	6,8	4,0	4,0	3,7	3,9
20.Dalarnas län	6,7	7,2	6,3	6,8	3,4	3,7	3,6	3,5
21.Gävleborgs län	8,2	7,7	7,6	7,8	4,2	4,1	3,9	4,1
22.Västernorrlands län	8,2	7,7	7,4	7,8	3,9	4,2	4,4	4,2
23.Jämtlands län	7,9	8,2	7,7	7,9	4,8	4,9	5,5	5,0
24.Västerbottens län	7,9	8,4	7,4	7,9	4,5	4,9	4,2	4,5
25.Norrbottnens län	7,1	7,9	7,2	7,4	3,3	5,0	4,4	4,2
Totalt	7,1	7,0	6,5	6,9	3,7	3,9	3,8	3,8

80+	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
01.Stockholms län	36,2	35,4	33,0	34,7	19,5	21,7	18,8	20,0
03.Uppsala län	31,4	30,0	24,4	28,4	15,0	14,8	16,2	15,4
04.Södermanlands län	31,6	30,3	29,4	30,4	17,6	18,1	16,9	17,5
05.Östergötlands län	34,6	30,9	29,9	31,6	18,3	18,6	18,1	18,3
06.Jönköpings län	28,8	27,9	28,1	28,3	14,0	16,6	16,3	15,7
07.Kronobergs län	27,3	29,1	27,6	28,0	14,7	14,7	16,7	15,4
08.Kalmar län	29,6	30,5	28,9	29,7	15,6	16,7	17,5	16,6
09.Gotlands län	25,9	27,5	26,3	26,6	14,3	14,4	15,6	14,8
10.Blekinge län	28,8	29,6	29,6	29,4	16,9	16,8	18,4	17,4
12.Skåne län	30,3	29,9	30,4	30,2	16,2	17,2	16,7	16,7
13.Hallands län	30,4	29,9	28,1	29,4	14,9	15,8	16,6	15,8
14.Västra Götalands län	32,7	31,2	30,1	31,3	17,9	18,1	18,1	18,0
17.Värmlands län	30,8	28,2	27,5	28,8	17,2	17,0	15,5	16,5
18.Örebro län	27,9	29,4	28,6	28,6	13,9	17,4	17,5	16,4
19.Västmanlands län	33,3	31,2	30,9	31,7	17,5	17,6	17,2	17,4
20.Dalarnas län	31,4	31,3	29,4	30,6	16,8	16,5	17,6	17,0
21.Gävleborgs län	38,0	34,1	31,0	34,2	21,2	20,5	19,6	20,4
22.Västernorrlands län	31,7	32,5	31,6	31,9	20,9	20,7	21,3	21,0
23.Jämtlands län	35,7	35,6	33,4	34,8	21,9	21,4	21,3	21,5
24.Västerbottens län	30,9	31,9	31,1	31,3	22,3	22,3	19,0	21,1
25.Norrbottnens län	28,1	29,5	31,0	29,6	14,1	21,2	20,0	18,7
Totalt	32,2	31,4	30,3	31,2	17,5	18,4	17,9	17,9

Tabell f. Antal skadade per 1 000 män respektive kvinnor, samtliga skadetyper, åldersrelaterade tal, fördelat på åldersgrupp, skadetyper, kommungrupp och genomsnitt under fyra tidsperioder, Sverige 1987-2001

65-79, Vägtrafik	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
Kommungrupp								
Storstäder	1,0	0,8	0,7	0,9	1,2	1,2	0,9	1,1
Förortskommuner	1,0	0,9	0,8	0,9	1,3	1,2	1,0	1,1
Större städer	1,5	1,4	1,2	1,4	1,7	1,5	1,5	1,6
Medelstora städer	1,6	1,5	1,1	1,4	2,0	1,8	1,4	1,7
Industrikommuner	1,5	1,3	1,1	1,3	1,8	1,7	1,5	1,7
Landsbygdskom.	1,6	1,4	1,1	1,4	1,9	1,4	1,3	1,6
Glesbygdskom.	1,4	1,5	1,0	1,3	1,9	1,8	1,5	1,8
Övriga större kom.	1,4	1,2	1,0	1,2	1,9	1,8	1,4	1,7
Övriga mindre kom.	1,2	1,2	1,3	1,2	1,8	1,5	1,3	1,5
Totalt	1,3	1,2	1,0	1,2	1,7	1,5	1,3	1,5

65-79, Fallolycka	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
Kommungrupp								
Storstäder	19,6	22,8	20,8	21,0	12,2	14,7	14,5	13,7
Förortskommuner	16,6	18,5	17,3	17,5	10,0	11,3	11,4	10,9
Större städer	17,4	17,7	17,5	17,5	10,2	11,1	11,7	11,0
Medelstora städer	17,1	18,4	17,3	17,6	9,8	11,1	11,0	10,6
Industrikommuner	15,8	17,1	16,4	16,4	9,0	10,3	10,7	10,0
Landsbygdskom.	15,6	16,5	16,0	16,0	8,8	9,7	10,3	9,6
Glesbygdskom.	18,8	20,7	21,5	20,3	12,0	13,6	14,6	13,3
Övriga större kom.	16,8	18,2	16,2	17,1	10,0	10,6	10,7	10,5
Övriga mindre kom.	15,8	17,0	16,7	16,5	9,0	11,0	11,7	10,6
Totalt	17,4	18,8	17,8	18,0	10,2	11,6	11,8	11,2

65-79, Annan olycka	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
Kommungrupp								
Storstäder	1,4	1,7	1,5	1,5	1,8	2,1	1,9	1,9
Förortskommuner	1,4	1,6	1,4	1,5	1,8	2,1	1,9	1,9
Större städer	1,3	1,5	1,5	1,5	2,0	2,3	2,5	2,3
Medelstora städer	1,4	1,7	1,6	1,6	2,3	2,7	2,7	2,5
Industrikommuner	1,3	1,5	1,5	1,4	2,1	2,6	2,6	2,4
Landsbygdskom.	1,4	1,3	1,3	1,3	2,8	3,1	3,2	3,0
Glesbygdskom.	1,5	1,8	2,4	1,9	3,3	3,6	4,0	3,6
Övriga större kom.	1,3	1,5	1,6	1,5	2,5	2,6	2,6	2,6
Övriga mindre kom.	1,3	1,6	1,5	1,5	2,6	2,8	3,0	2,8
Totalt	1,4	1,6	1,5	1,5	2,2	2,5	2,5	2,4

65-79, Avsiktlig skad	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
Kommungrupp								
Storstäder	0,8	0,9	0,7	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8
Förortskommuner	0,8	0,7	0,5	0,7	0,8	0,7	0,5	0,7
Större städer	0,7	0,7	0,5	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6
Medelstora städer	0,6	0,6	0,5	0,5	0,7	0,6	0,5	0,6
Industrikommuner	0,5	0,5	0,4	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5
Landsbygdskom.	0,5	0,6	0,4	0,5	0,6	0,4	0,4	0,5
Glesbygdskom.	0,4	0,4	0,4	0,4	0,6	0,5	0,4	0,5
Övriga större kom.	0,6	0,6	0,4	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5
Övriga mindre kom.	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5
Totalt	0,7	0,7	0,5	0,6	0,7	0,7	0,5	0,6

Bilaga 4

Tabell f. Antal skadade per 1 000 män respektive kvinnor, samtliga skadetyper, åldersrelaterade tal, fördelat på åldersgrupp, skadetyper, kommungrupp och genomsnitt under fyra tidsperioder, Sverige 1987-2001

80+, Vägtrafik Kommungrupp	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
Storstäder	1,0	0,8	0,7	0,8	1,5	1,3	1,1	1,3
Förortskommuner	0,7	0,8	0,6	0,7	1,4	1,4	1,5	1,5
Större städer	0,9	0,8	1,0	0,9	2,3	2,2	2,1	2,2
Medelstora städer	0,9	0,8	1,0	0,9	2,5	2,5	2,0	2,3
Industrikommuner	0,9	0,8	1,0	0,9	2,3	2,1	1,9	2,1
Landsbygdskom.	0,8	0,8	0,8	0,8	2,3	2,2	2,0	2,1
Glesbygdskom.	0,8	0,5	0,9	0,8	2,0	1,6	1,5	1,7
Övriga större kom.	1,0	0,6	0,8	0,8	1,9	2,0	2,0	2,0
Övriga mindre kom.	0,7	0,6	0,8	0,7	2,3	2,1	1,9	2,1
Totalt	0,9	0,8	0,9	0,8	2,1	2,0	1,8	1,9

80+, Fallolycka Kommungrupp	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
Storstäder	75,4	83,6	73,5	77,5	42,6	49,3	46,5	46,3
Förortskommuner	68,3	69,6	65,1	67,4	37,4	43,0	40,1	40,4
Större städer	65,3	64,5	63,4	64,3	36,7	38,0	38,7	37,9
Medelstora städer	64,4	64,3	63,2	63,9	35,6	38,8	38,8	37,8
Industrikommuner	57,7	59,0	57,6	58,1	30,8	34,8	34,7	33,6
Landsbygdskom.	57,2	55,0	55,2	55,7	31,7	30,5	33,2	31,8
Glesbygdskom.	64,5	62,5	67,8	65,0	37,4	40,3	45,4	41,2
Övriga större kom.	62,1	60,3	57,7	59,9	34,7	37,3	37,1	36,4
Övriga mindre kom.	56,4	56,2	57,6	56,8	31,1	34,3	36,2	34,1
Totalt	65,6	67,0	63,9	65,5	36,0	39,3	39,3	38,3

80+, Annan olycka Kommungrupp	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
Storstäder	2,7	3,2	2,6	2,8	2,7	3,3	2,9	3,0
Förortskommuner	2,7	3,6	3,0	3,1	2,7	3,0	3,2	3,0
Större städer	2,8	2,9	2,9	2,9	2,9	3,1	3,3	3,1
Medelstora städer	2,7	3,1	2,8	2,9	2,6	3,2	2,8	2,9
Industrikommuner	2,4	2,8	2,2	2,5	2,8	3,0	3,4	3,1
Landsbygdskom.	2,3	2,4	2,6	2,4	2,6	3,3	3,3	3,1
Glesbygdskom.	2,7	3,0	2,9	2,9	3,0	3,0	4,2	3,4
Övriga större kom.	2,3	2,8	2,3	2,4	2,5	3,4	2,8	2,9
Övriga mindre kom.	2,3	2,4	2,4	2,4	3,0	2,7	3,3	3,0
Totalt	2,6	3,0	2,7	2,8	2,7	3,1	3,1	3,0

80+, Avsiktlig skada Kommungrupp	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
Storstäder	1,1	1,3	1,1	1,2	1,3	1,4	1,1	1,2
Förortskommuner	0,7	0,9	0,7	0,8	0,9	1,1	0,6	0,9
Större städer	0,7	0,7	0,6	0,7	0,9	0,9	0,7	0,8
Medelstora städer	0,6	0,6	0,4	0,6	0,7	0,8	0,6	0,7
Industrikommuner	0,5	0,6	0,4	0,5	0,7	0,7	0,6	0,7
Landsbygdskom.	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,5	0,5	0,5
Glesbygdskom.	0,3	0,6	0,3	0,4	0,5	0,6	0,5	0,5
Övriga större kom.	0,5	0,7	0,5	0,6	0,6	0,9	0,6	0,7
Övriga mindre kom.	0,4	0,3	0,4	0,4	0,6	0,8	0,5	0,7
Totalt	0,7	0,8	0,6	0,7	0,8	0,9	0,7	0,8

Tabell g. Antal höftledsfrakturer per 1 000 med män respektive kvinnor, åldersrelaterade tal, fördelat efter åldersgrupp, kommungrupp och genomsnitt under fyra tidsperioder, Sverige 1987-2001

65-79	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
Storstäder	8,0	7,8	7,3	7,7	4,7	4,7	4,7	4,7
Förortskommuner	6,7	6,8	6,1	6,5	3,4	3,6	3,4	3,5
Större städer	7,0	6,8	6,4	6,7	3,8	4,0	3,9	3,9
Medelstora städer	6,7	7,0	6,5	6,7	3,3	4,1	3,6	3,6
Industrikommuner	6,2	6,4	6,2	6,3	3,2	3,3	3,5	3,4
Landsbygdskom.	7,2	6,7	6,3	6,8	3,5	3,4	3,3	3,4
Glesbygdskom.	7,2	8,1	7,5	7,6	4,0	4,3	4,1	4,1
Övriga större kom.	6,8	6,8	6,0	6,5	3,4	3,4	3,5	3,4
Övriga mindre kom.	7,3	6,6	6,4	6,7	3,5	3,9	3,8	3,7
Totalt	7,1	7,0	6,5	6,9	3,7	3,9	3,8	3,8

80+	Kvinnor				Män			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-2001
Storstäder	34,7	35,7	33,4	34,6	19,7	21,4	19,7	20,3
Förortskommuner	33,5	32,0	30,9	31,9	17,8	18,8	17,4	18,0
Större städer	31,9	31,0	30,3	31,0	18,1	18,8	18,1	18,3
Medelstora städer	31,1	30,6	29,6	30,4	16,4	18,0	18,2	17,6
Industrikommuner	29,4	28,6	28,3	28,7	14,7	16,2	15,4	15,5
Landsbygdskom.	31,4	29,1	28,0	29,4	17,3	15,4	16,5	16,4
Glesbygdskom.	32,0	31,1	30,1	31,0	18,8	19,2	18,9	19,0
Övriga större kom.	31,4	29,5	28,2	29,6	16,6	17,7	18,2	17,5
Övriga mindre kom.	33,1	29,4	28,0	30,0	17,3	16,9	16,9	17,0
Totalt	32,2	31,4	30,3	31,2	17,5	18,4	17,9	17,9

Redovisning av åldersrelaterade skadefrekvenser på kommunnivå finns på CD:n som medföljer atlasen.

Bilaga 5

Kommungrupper

Svenska Kommunförbundets kommungruppsindelning delar in Sveriges 290 kommuner i nio grupper efter strukturella egenskaper som till exempel befolkningsstorlek och näringslivsstruktur. Grupperingen är främst tänkt att användas vid analyser, jämförelser och redovisning.

Folkmängdsuppgifterna och befolkningstäthet avser förhållandena den 31 december 1997. Tätortsgrad och pendling avser förhållandena 1995. Näringsstruktur avser förhållandena 1996.

Storstad

Kommun med en folkmängd som överstiger 200 000 invånare.

Förortskommun

Mer än 50 % av nattbefolkningen pendlar till arbetet i någon annan kommun. Det vanligaste utpendlingsmålet skall vara en storstad.

Större stad

Kommuner med 50 000-200 000 invånare samt med mindre än 40 % av nattbefolkningen sysselsatta inom industrisektorn.

Medelstor stad

Kommun med 20 000-50 000 invånare, med tätortsgrad över 70 % samt med mindre än 40 % av nattbefolkningen sysselsatta inom industrisektorn.

Glesbygdskommun

Kommun med mindre än 5 inv/km² och mindre än 20 000 invånare.

Industrikommun

Kommun med mer än 40 % av nattbefolkningen sysselsatta inom industrisektorn och som inte är glesbygdskommun.

Landsbygdskommun

Kommun med mer än 6,4 % av nattbefolkningen sysselsatta inom jord- och skogssektorn, en tätortsgrad under 70 % och som inte är glesbygdskommun.

Övrig större kommun

Övriga kommuner med 15 000-50 000 invånare.

Övrig mindre kommun

Övriga kommuner med mindre än 15 000 invånare.

Svenska Kommunförbundets Kommungrupsindelning

Storstäder	Förorts-kommuner	Större städer	Medelstora städer	Industri-kommuner	Landsbygds-kommuner	Glesbygds-kommuner	Övriga större-kommuner	Övriga mindre kommuner
(3)	(36)	(26)	(40)	(53)	(30)	(29)	(31)	(42)
Göteborg	Ale	Borås	Alingsås	Arboga	Aneby	Arjeplog	Alvesta	Askersund
Malmö	Bollebygd	Eskilstuna	Avesta	Bengtsfors	Borgholm	Arvidsjaur	Arvika	Dals-Ed
Stockholm	Botkyrka	Falun	Boden	Bjuv	Båstad	Berg	Bollnäs	Eda
	Burlöv	Gävle	Borfånge	Boxholm	Essunga	Bjurholm	Eksjö	Forshaga
	Danderyd	Halmstad	Eslöv	Bromölla	Färgelanda	Bräcke	Enköping	Gagnef
	Ekerö	Helsingborg	Falkenberg	Degerfors	Gotland	Dorotea	Flen	Gnesta
	Haninge	Jönköping	Falköping	Emmaboda	Grästorp	Härjedalen	Hallsberg	Habo
	Huddinge	Kalmar	Gällivare	Fagersta	Heby	Jokkmokk	Hallstahammar	Hagfors
	Håbo	Karlskrona	Hudiksvall	Filipstad	Högsby	Krokom	Hedemora	Hammarö
	Härryda	Karlstad	Härnösand	Finspång	Hörby	Lycksele	Kalix	Haparanda
	Järfälla	Kristianstad	Hässleholm	Gislaved	Kinda	Malung	Klippan	Hjo
	Kungsbacka	Linköping	Höganäs	Gnosjö	Laholm	Malå	Kramfors	Höör
	Kungälv	Luleå	Karlshamn	Grums	Lekeberg	Norsjö	Kävlinge	Karlsborg
	Lerum	Lund	Katrineholm	Gullspång	Ljusdal	Orsa	Leksand	Kil
	Lidingö	Norrköping	Kiruna	Götene	Mellerud	Pajala	Lysekil	Knivsta
	Lomma	Skellefteå	Kristinehamn	Herrljunga	Mörbylånga	Ragunda	Mark	Ljusnarsberg
	Mölnådal	Sundsvall	Köping	Hofors	Ockelbo	Sorsele	Norråttälje	Mullsjö
	Nacka	Södertälje	Landskrona	Hultsfred	Ovanåker	Storuman	Orust	Munkedal
	Partille	Umeå	Lidköping	Hylte	Robertsfors	Strömsund	Sala	Nora
	Salem	Uppsala	Lindesberg	Hällefors	Sjöbo	Torsby	Simrishamn	Nordanstig
	Skurup	Varberg	Ludvika	Karlskoga	Svalöv	Vansbro	Skara	Nordmaling
	Sollentuna	Västerås	Mariestad	Kumla	Tanum	Vilhelmina	Sollefteå	Nykvam
	Solna	Växjö	Mjölby	Kungsör	Tierp	Vindeln	Stenungsund	Rättvik
	Staffanstorps	Örebro	Mora	Laxå	Tomelilla	Ånge	Säffle	Sotenäs
	Sundbyberg	Örnsköldsvik	Motala	Lessebo	Torsås	Åre	Sölvesborg	Strömstad
	Svedala	Östersund	Nyköping	Lilla Edet	Töreboda	Åsele	Timrå	Sunne
	Tyresö		Nynäshamn	Ljungby	Valdemarsvik	Älvdalen	Tranås	Svenljunga
	Täby		Nässjö	Markaryd	Vara	Överkalix	Ulricehamn	Säter
	Upplands-Bro		Piteå	Munkfors	Ydre	Övertorneå	Vimmerby	Sävsjö
	Upplands Väsby		Ronneby	Mönsterås	Ödeshög		Älmhult	Söderköping
	Vallentuna		Sigtuna	Norberg			Östhammar	Tingsryd
	Vaxholm		Skövde	Nybro				Tjörn
	Vellinge		Strängnäs	Olofström				Trosa
	Värmdö		Söderhamn	Osby				Vadstena
	Öckerö		Trelleborg	Oskarshamn				Vingåker
	Österåker		Uddevalla	Oxelösund				Vårgårda
			Vänersborg	Perstorp				Vännäs
			Västervik	Sandviken				Åmål
			Ystad	Skinnskatteberg				Årjäng
			Ängelholm	Smedjebacken				Åtvidaberg
				Storfors				Älvkarleby
				Surahammar				Älvsbyn
				Tibro				
				Tidaholm				
				Tranemo				
				Trollhättan				
				Uppvidinge				
				Vaggeryd				
				Vetlanda				
				Värnamo				
				Åstorp				
				Örkelljunga				
				Östra Göinge				

Statistiska publikationer

Dödsbränder 2002

Utkommer i augusti 2003

Tidigare utgivna:

Dödsbränder	2001 PUBI99-096
”	2000 PUBI99-089
”	1999 PUBI99-077

Kommunal räddningstjänst 2002 – en lägesredovisning

Utkommer digitalt i juni 2003

Tidigare utgivna:

Lägesredovisning	2001 I99-099/02
”	2000 I99-092/01
”	1999 I99-081/00
”	1998 I99-071/99
”	1997
”	1996

Olycksfrekvens och samhällstruktur

Utkommer digitalt under hösten 2003

Olyckor i siffror

Utkommer i början av 2004

Tidigare utgivna:

Olyckor i siffror. En rapport om olycksutveckling i Sverige PUBI99-098

Räddningstjänst i siffror

Utkommer hösten 2003. Finns digitalt på www.srv.se.

Tidigare utgivna:

Räddningstjänst i siffror	2001 PUBI99-097
”	2000 PUB99-093
”	1999 PUBI99-082
”	1998 PUBI99-074
”	1997 PUBI99-064
”	1996 PUBI99-058

Skadeatlas

Utkommer januari/februari 2004

Äldreskadeatlas

Utkommer hösten 2003