Myndigheten för
samhällsskydd
och beredskap

Skador bland äldre

Skador bland äldre

Skador bland äldre

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)

Kontaktperson: Jan Schyllander, 010-240 56 66

Layout: Advant Produktionsbyrå AB
Tryckeri: DanagårdLiTHO

Publ.nr: MSB712 - juni 2014
ISBN: 978-91-7383-458-2

Innehållsförteckning

Förord **5**

Sammanfattning **7**

Bakgrund och metod **11**

Metod 13

Inledning **15**

Syfte 15

Vad är olycka och skada? 15

Varför skadar sig äldre i större utsträckning än yngre? 17

Exempel på funktioner som kan försämras på äldre dagar *18*

Fler sjukdomar bidrar också *19*

Sociala faktorer *22*

Statistik om äldre 22

Äldre och läkemedel 25

Äldre och motion 29

Dödsfall till följd av skador **33**

Olycksfall 34

Självdestruktiva handlingar 41

Övergrepp av annan person 44

Skadehändelser med oklar avsikt 45

Skadehändelser som föranlett inläggning på sjukhus **47**

Skadeutvecklingen 47

Skadetyper 52

Frakturer *56*

Höftledsfrakturer *59*

Huvudskador *61*

Vårdtider 63

Skadehändelser som föranlett läkarbesök vid akutmottagning **65**

Skador i ordinarie bostäder eller i bostadsområden 67

Fallskador inomhus i ordinarie boende *70*

Övriga skadehändelser inomhus i ordinarie boende *76*

Fallskador utomhus vid ordinarie boende *79*

Övriga skadehändelser utomhus vid ordinarie boende *83*

Skador i särskilt boende 85

Skador i transportområden 90

Frakturer 97

Bilaga: Datakällor **101**

Referenser **105**

Förord

Förord

Äldre personer (65 år och äldre) är överrepresenterade i olycks- och skadestatistiken. Äldres fallolyckor leder till exempel till fler dödsfall, större antal inläggningar på sjukhus och fler besök på akutmottagningarna än någon annan typ av olyckor.

Denna skrift är en uppdatering och revidering av en rapport som gavs ut 2009. Skriften behandlar äldres skador (olyckor, självtillfogade skador inklusive suicid och våld) i Sverige ur ett statistiskt perspektiv. Den redovisar vilka typer av skador som drabbar äldre personer, utveckling över tid, skadornas omfattning, var de inträffar, skillnader mellan könen och olika åldrar samt något om de produkter som är inblandade i själva skadehändelsen. Konsekvenser i form av vårdtider med mera redovisas också. Antal omkomna, sjukhusvårdade och antal besök på akutsjukhus redovisas huvudsakligen i verkliga eller absoluta tal, alternativt skattade tal. Genom detta redovisningssätt visas den verkliga belastningen på samhället och hur den förändrats över tid. Åldersrelaterade tal används mer sparsamt för att dels visa på risken att skadas och dels för att göra jämförelser.

Redovisningen baseras på olika register från sjukvården. Rapporten har tagits fram av Jan Schyllander vid Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Värdefulla synpunkter har lämnats av Thomas Gell och Inger Mörk vid MSB, Catrin Furster och Tommy Rosenberg vid Karlstads universitet samt Jette Möller vid Karolinska Institutet.

Vi hoppas att rapporten ger en bred nationell bild som kan ligga till grund för det angelägna arbetet att förebygga skador bland äldre personer. Rapporten kan t ex användas som kunskapsunderlag av politiker och andra beslutsfattare samt av praktiker för att främja och stimulera ett förebyggande arbete. Helhetsbilden kan även användas i den allmänna debatten om skaderisker och om samhället verkligen satsar sina åtgärder på rätt saker.

Sammanfattning

Sammanfattning

Denna rapport innehåller fakta om äldres skador (olyckor, självtillfogade skador och våld) i Sverige ur ett statistiskt perspektiv.

Rapporten redovisar vilka typer av skador som drabbar äldre personer, utveckling över tid, skadornas omfattning, typ av skador, var de inträffar, skillnader mellan könen och mellan olika åldrar samt också något om de produkter och föremål som är inblandade i själva skadehändelsen. Konsekvenser i form av vårdtider med mera redovisas också. Rapporten ger en nationell bild av skadeproblematiken. Den är avsedd att användas av politiker och andra beslutsfattare samt av yrkesgrupper i kommuner och landsting som på olika sätt kan bidra till äldres säkerhet. Det övergripande syftet är att den ska användas för att inrikta och främja ett mer systematiskt och målinriktat förebyggande arbete för att minska skador bland äldre.

En vanlig föreställning har i Sverige varit att nya generationer pensionärer är friskare än tidigare generationer. Ja vi lever längre, men inte som friska utan som skröpliga.

Hos äldre personer dominerar olycksfallen med nästan 80 procent av samtliga dödsfall till följd av skadehändelser. Suicid (självmord) svarar för drygt 11 procent och skadehändelser med oklar avsikt för drygt tre procent. Övergrepp av annan person (mord, dråp eller misshandel) svarar för 0,3 procent och annan yttre orsak för tre procent.

Äldre personer (65 +) står för 70 procent av alla dödsolyckor i Sverige och utgör drygt hälften av alla som behöver sjukhusvård till följd av olycksfall. Denna åldersgrupp utgör dock enbart 19 procent av befolkningen! Äldre är också överrepresenterade i självmordsstatistiken. Däremot är äldre – tvärt emot vad de ofta själva tror – underrepresenterade när det gäller mord och dråp. År 2012 omkom 2 059 personer (1 029 män och 1 030 kvinnor) 65 år och äldre i olyckor.

Efter 65 år minskar antalet suicid med ökande ålder för både män och kvinnor. Med ökande ålder minskar också männens överrepresentation i suicid. Under år 2012 omkom 292 personer (214 män och 78 kvinnor) 65 år eller äldre i suicid. Hängning är det vanligaste tillvägagångssättet för män och förgiftning för kvinnor.

Under år 2012 vårdades 77 000 personer 65 år och äldre till följd av skador och förgiftningar. En ökning med 21 procent på sex år. Fallolyckor var den vanligaste yttre orsaken och låg bakom 59 procent av alla som behövde vård till följd av skador. Den vanligaste fallolyckan var fall i samma plan genom halkning, snubbling eller snavning. Den näst vanligaste skadetypen var annan yttre orsak där till exempel medicinska komplikationer ingår. Vägtrafikolyckor svarade för två procent. Övriga olyckstyper (bränder, drunkning, kvävning, förgiftning, maskinolyckor osv.) svarade sammanlagt för åtta procent av alla skador medan avsiktliga händelser som våld och själdestruktiva handlingar inklusive handlingar med oklart uppsåt stod för drygt en procent av skadorna.

Totalt genererade skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker nästan en halv miljon vårddagar år 2012 i åldersgruppen 65 år och äldre. Antalet vårdagar per skadad ökar med ökande ålder. Den diagnosgrupp som leder till flest vårddagar är lårbensfraktur. Denna diagnos står ensamt för nästan 40 procent av samtliga vårddagar. Räknat i vårdtid är lårbensfraktur den tredje största diagnosgruppen överhuvudtaget efter schizofreni och cerebral infarkt (stroke). Lårbensfrakturer genererar fler vårddagar än hjärtinsufficienser och hjärtinfarkter.

Totalt uppskattas nästan 115 000 personer 65 år och äldre varje år uppsöka en akutmottagning efter att ha skadats. Av dessa skadas 65 000 i bostaden (25 000 män och 40 000 kvinnor) och 15 000 på sjukhus, sjukhem eller i särskilda boenden (5 000 män och 10 000 kvinnor).

På trottoarer, gångbanor, vägar, gator, cykelvägar etc., skadas årligen knappt 15 000 personer (6 000 män och 9 000 kvinnor) så allvarligt att de behöver uppsöka ett akutsjukhus. Den vanligaste mekanismen bakom skadan är för både män och kvinnor fall och den näst vanligaste är att man slår sig genom kontakt med föremål i rörelse eller vila. Fall står bakom 73 procent av kvinnornas

skador och 59 procent av männens. Den vanligaste fallolyckan i trafiken sker i samma plan genom halkning, snubbling eller snavning.

I och kring bostaden är fall den helt dominerande mekanismen eller orsaken till skador. I åldersgruppen 65–74 år är fall orsaken bakom drygt 70 procent av skadorna och i åldersgruppen 85 år och däröver ligger fall bakom 93 procent av skadorna. I särskilt boende, servicehus, sjukhem och liknande (ej sjukhus och vårdcentraler) skadas drygt 10 000 personer om året till följd av fallolyckor. Fall står bakom 95 procent av alla skador i dessa boendeformer.

I så gott som alla skadehändelser finns människor, djur eller olika föremål på ett eller annat sätt inblandade. Människor, djur eller föremål kan dels orsaka själva skadan och kallas då orsakande faktorer. De kan också sätta igång eller medverka i själva händelseförloppet och kallas då för utlösande faktorer. Om en person snubblar på en sladd och slår huvudet i ett bord, så är bordet en orsakande produkt och sladden en utlösande.

Vilka föremål eller produkter är det då som ger upphov till eller orsakar skadorna? Eftersom fall dominerar är golv och annat underlag som snö och is de produkter eller föremål som ger upphov till flest skador. Efter golv följer trappor och annan fast utrustning som dörrar, trösklar och dörrkarmar de enskilt största posterna. Möbler som bord, stolar, soffor och sängar orsakar också ett stort antal skador, liksom utrustning i badrum och toaletter. Möbler, i första hand mattor, sängar och stolar, är föremål som oftast anges som utlösande faktorer eller orsak till olyckshändelsen.

Golv och trappor ligger högt även bland de utlösande produkterna. Vattenpölar på golven anges ofta som en enskild orsak. Bland den personliga utrustningen toppar rollatorerna före bland annat rullstolar.

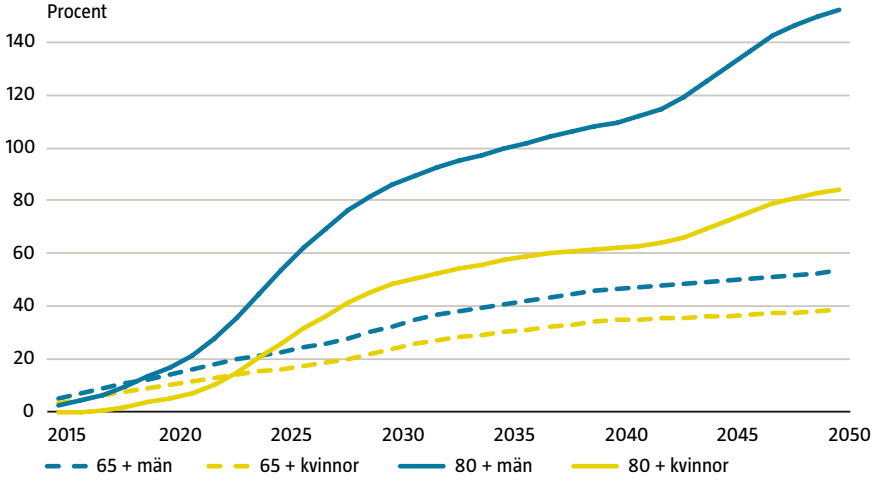
En stor del av skadorna sker även utomhus varför det är viktigt att i det skadeförebyggande arbetet även fokusera på denna miljö. Utomhus är underlaget, ofta i form av is och snö, orsak till många olyckshändelser.

Bakgrund och metod

Bakgrund och metod

Äldre personer (65 +) står för två tredjedelar av alla dödsolyckor i Sverige och för hälften av alla som behöver sjukhusvård till följd av olycksfall. Denna åldersgrupp utgör dock enbart 19 procent av befolkningen! Äldre är också överrepresenterade i självmordsstatistiken. Däremot är äldre – tvärt emot vad de ofta själva tror – underrepresenterade när det gäller mord och dråp.

Under tiden 2013 till 2050 kommer antalet äldre (65 +) öka med nästan 50 procent eller med nästan niohundra tusen personer. Den procentuellt sett största ökningen kommer att ske i den allra äldsta åldersgruppen, 80 +, där antalet män beräknas öka med mer än 140 procent och kvinnorna med ca 90 procent. En intressant iakttagelse är att männens medellivslängd beräknas öka snabbare än kvinnornas. År 2047 beräknas antalet personer som är 80 år eller äldre överstiga en miljon. Samtidigt beräknas antalet personer som är 65 år eller äldre närma sig 2,7 miljoner. När den stora 40-talist generationens vårdbehov blir stora omkring 2020 – 2030 sammanfaller det med att 60-talisterna börjar uppnå pensionsåldern. Detta innebär att pensionskostnaden ökar samtidigt som andelen förvärvsarbetande minskar. Detta innebär också ett ökat tryck på samhället, kommuner och landsting att utveckla sitt skadeförebyggande arbete.



Figur 2.1. Befolkningsutvecklingen för några åldersgrupper 2015–2050. Källa: SCB.

För kommunerna är ökningen av antalet äldre i de äldsta åldersgrupperna mest betydelsefull, eftersom det i första hand är detta som påverkar behovet av vård och omsorg. Från och med 2020 går ökningskurvan brant uppåt för både män och kvinnor. Se figur 2.1.

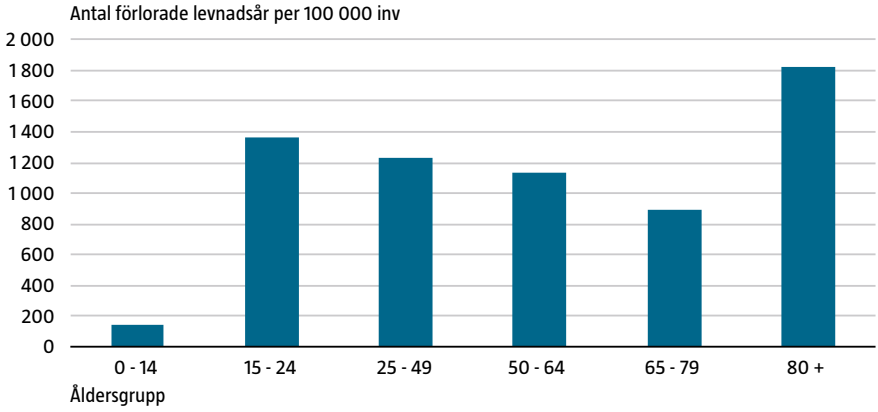
Parallellt med att antalet äldre har ökat och fortsätter att öka kommer – om inget radikalt förbättringsarbete sker – också antalet som skadas att öka. Detta illustreras i Tabell 2.1. Där framgår det att antalet dödsfall till följd av fallolyckor kommer mer än fördubblas under de närmaste decennierna. Antalet sjukhusplatser för att vårda patienter efter fallolyckor med till exempel höftledsfrakturer kommer nästan att behöva fördubblas de närmaste decennierna.

ÅLDER	2000	2010	2020	2030	2040	2050
65–74 år	105	126	139	144	154	146
75–84 år	350	390	549	674	737	815
85–85 + år	683	990	1 152	1 778	2 213	2 569
65–85 + år	1 138	1 506	1 840	2 596	3 104	3 530

Tabell 2.1. Prognos för antal dödsfall till följd av fallolyckor för personer 65 år och äldre under perioden 2000–2050 fördelade på åldersgrupper. Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen samt Befolkningsframskrivningar, SCB.

Med ett ökat antal skadade äldre människor kommer, förutom personliga lidanden, också samhällskostnaderna att öka. Redan idag kostar äldres fallolyckor nästan tio miljarder kronor per år.

I figur 2.2. redovisas antalet förlorade levnadsår till följd av olyckor. Beräkningen baseras på förväntad återstående livslängd, det vill säga för varje åldersklass har antalet dödsfall multiplicerats med förväntad återstående livslängd. Genom att måtten är angivna per 100 000 invånare har hänsyn tagits till åldersgruppernas olika storlek. Som framgår ur figuren 2.2. har gruppen 80 + flest förlorade levnadsår av samtliga åldersgrupper.



Figur 2.2. Antalet förlorade levnadsår till följd av olyckor per 100 000 invånare för olika åldersgrupper år 2012. Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och SCB.

Metod

Uppgifterna i denna registerstudie har fördelats på tre huvudkategorier: dödliga skador, skador som lett till sjukhusinläggning och skador som föranlett läkarbesök på en akutmottagning. Den senare kategorin har också fördelats på olika miljöer eller arenor: bostad och bostadsområden, transportområden och särskilda boendeformer. För att beskriva de skador som lett till dödsfall och sluten sjukhusvård har information hämtats från Dödsorsaksregistret och Patientregistret vid Socialstyrelsen. För att beskriva skadehändelser som föranlett besök på en akutmottagning har underlag hämtats från IDB-registret(1) hos Socialstyrelsen. Uppgifter från primärvården har inte varit tillgängliga. På grund av brister i registrens kvalitet kan varken dödsfallen eller de som slutenvårdats knytas till ovan nämnda miljöer. Registren beskrivs närmare i bilaga 1. I studien redovisas dels verkliga eller absoluta tal och dels skattade tal. Med absoluta tal menas att uppgifterna visar det faktiska antalet omkomna, sjukhusvårdade eller skadade personer. Åldersrelaterade eller åldersstandardiserade uppgifter används endast där risken behöver uttryckas eller där jämförelser behöver göras. IDB-registret är ett urvalsregister vilket innebär att det endast omfattar besök som gjorts vid vissa akutsjukhus. I denna studie förutsätts att detta urval är representativt för hela Sverige (se också bilaga) och siffrorna från urvalet skattas eller extrapoleras till hela Sverige. Eftersom IDB saknar storstadssjukhus i urvalet finns en risk att särskilda storstadsproblem inte har uppmärksammats i studien.

Inledning

Inledning

I detta kapitel ges syfte med rapporten och några definitioner på ofta använda begrepp. Härutöver ges en allmän bakgrundsbild till varför äldre personer ofta är mer utsatta än andra för skador samt lite allmänna statistiska uppgifter om äldre. Bakgrundsbilden har till stor del hämtats från rapporten "Systematiskt arbete för äldres säkerhet".

Syfte

Rapporten syftar till att ge en helhetsbild över äldre personers skador (olyckor, våld och självtillfogade skador), olika typer av skadehändelser och hur dessa utvecklats över tid, var och i vilka sammanhang de inträffar, vilka som drabbas etc. Den här redovisade skadebilden kan användas som kunskapsunderlag av politiker och andra beslutsfattare samt av yrkesverksamma i kommuner och landsting för att främja och stimulera ett mer aktivt förebyggande arbete. Den kan också användas i den allmänna debatten om skaderisker och om samhället har rätt fokus och satsar på rätt saker. Rapporten kan också vara ett underlag för att flytta fokus från reaktion och rehabilitering vid inträffade skador till promotion och prevention för att förhindra dem.

Rapporten är ett komplement till andra rapporter och system som också redovisar skador fast på regional och lokal nivå som Personskador i Sverige – 2012 års utgåva (MSB och Socialstyrelsen), informationssystemet IDA vid MSB (www.msb.se) eller Socialstyrelsens databas över skador och förgiftningar i Sveriges län och kommuner http://192.137.163.49/sdb/ska/val.aspx. För metodik mm i det förebyggande arbetet hänvisas till Systematiskt arbete för äldres säkerhet MSB 2013.

Vad är olycka och skada?

Olycka är ett svåravgränsat begrepp. Flertalet vetenskapliga definitioner brukar fånga tre kriterier: en olycka är en **plötslig** händelse, som ska resultera i något **negativt** och den ska vara **oavsiktlig**.

Dessa kriterier är emellertid ganska flytande:

- Plötsligheten kan vara omedelbar, till exempel ett fall eller en explosion, eller något relativt utsträckt i tiden, till exempel ett giftutsläpp under några timmar eller kanske dagar.
- Frågan om hur pass påtagliga de negativa konsekvenserna ska vara för att en händelse ska betraktas som en olycka har betydelse för vad som i sin tur räknas som enbart tillbud, incidenter eller störningar.
- Det är ofta svårt att avgöra om en händelse är avsiktlig eller inte. En del händelser som i början uppfattas som olyckor visar sig vid närmare granskning vara avsiktliga. Det kan till exempel röra sig om bränder, förgiftningar eller drunkningar i mord- eller suicidsyfte (självmord).

Inom folkhälsovetenskapen har man alltmer kommit att föredra begreppet **skada**. Skador är somatiska (kroppsliga) konsekvenser av bland annat olyckor och är i motsats till själva olyckshändelserna relativt lätta att dokumentera och mäta omfattningen av. Dessutom är det inte nödvändigt att helt ta ställning till frågan om avsiktlighet eller ej. De kroppsliga skadorna är desamma vare sig händelsen varit avsiktlig eller oavsiktlig. Skillnaden i avsiktlighet ligger på händelsenivå och inte på skadenivå. En begränsning med skadebegreppet är emellertid att det bara mäter olyckors omedelbara somatiska hälsokonsekvenser. Många olyckor ger själsligt lidande snarare än kroppsligt, till exempel posttraumatiska stresssyndrom. Andra olyckor orsakar sjukdom snarare än skada, till exempel cancer som följd av utsläpp av gift eller strålning. Folkhälsovetenskapens skadebegrepp säger heller inget om olyckors effekter på miljö, egendom eller viktiga samhällsfunktioner.

Skador svarade år 2012 för drygt fem procent av alla dödsfall i Sverige och är därmed den fjärde största dödsorsaken efter hjärt- och kärlsjukdomar, andningsorganens sjukdomar och tumörer.

Varför skadar sig äldre i större utsträckning än yngre?

Med åldern försämras våra fysiska funktioner successivt, och ju äldre vi blir, desto större blir de individuella skillnaderna. Livsstilen – kost, motion, fritidssysselsättning, stress, rökning och alkoholkonsumtion – spelar stor roll för åldrandeprocessen.

Sådant kan vi dessbättre påverka själva, åtminstone till en stor del. Därför är det mer rättvisande att tala om biologisk ålder än om kronologisk. Kanske är det inte förrän sjukdomarna börjar komma som man ”blir gammal”. En vanlig föreställning har varit att nya generationer av pensionärer är friskare än tidigare generationer. Ja, vi lever längre men inte som friska utan som skröpliga(2). Äldre personer lever idag längre med sina hälsoproblem. Det är färre som dör som friska, vilket bland annat har att göra med utvecklingen av läkemedel och medicinteknik. Detta är en framgång för sjukvården. Det är också det här som är den medicinska paradoxen. Ju duktigare sjukvården blir desto fler blir det att ta hand om. Konsekvensen är att det blir fler och fler som behöver mycket resurser under längre tid från både sjukvård och äldreomsorg.

Exempel på funktioner som kan försämras på äldre dagar

Muskelstyrkan. Att muskelstyrkan minskar beror till största delen på att muskelmassan minskar, vilket brukar märkas mer i benen än armarna(3). Styrkan kan man dock träna upp, oavsett ålder, och då ökar också muskelfibrernas storlek(4, 5). Särskilt viktigt är det att satsa på explosiv träning för att öka muskelstyrkan, något som krävs för att till exempel snabbt kunna resa sig ur en stol(6).

Balansförmågan. Vår balansförmåga är beroende av tre organsystem: balansorganet i örat, känseln och synen. Även muskelstyrka och koordinationsförmåga har betydelse. Både hud- och ledkänseln kan försämras hos äldre personer(7). Synskärpan och djupseendet kan också bli sämre, liksom förmågan att samordna information från de olika systemen(8). Men återigen: de individuella skillnaderna är stora. Flera studier visar att balansförmågan kan förbättras genom träning(9) och att det är viktigt att inte vara överdrivet rädd för att testa sina gränser.

Reaktionsförmågan kan också påverkas av träning. I en studie visades till exempel att unga och äldre som var aktiva i racketsport hade ungefär lika god reaktionshastighet. Inaktiva äldre personer var markant långsammare än de övriga grupperna(10). Hos äldre försvagas till exempel bålreflexen så att ett fall ofta leder till skallskador – man faller som en fura.

Gångförmågan är en sammansatt aktivitet som är beroende av faktorer som ledrörlighet, styrka, koordination, balans och kondition. När äldre personer börjar gå på ett förändrat sätt, till exempel med böjda ben och hasande gång, förknippas det ofta med normalt åldrande, men orsaken kan vara någon sjukdom som ännu inte har diagnostiserats. Med stigande ålder brukar gånghastigheten minska och steglängden förkortas. En gånghastighet på 1,4 meter per sekund krävs för att korsa en gata vid grönt ljus, något som är omöjligt för många 80-åringar(11). Med träning kan emellertid gångförmågan förbättras avsevärt(12).

Syreupptagningsförmågan minskar när man blir äldre, vilket bland annat beror på att hjärtats pumpförmåga försämras, muskelmassan blir mindre och förmågan att omsätta syre i skelettmuskulaturen försämras. Ungefär 50 procent av den nedgång i fysisk prestationsförmåga som följer med åldrandet anses dock bero på en passiv livsstil(13). Konditionen kan tränas upp(14) och effekten av träningen skiljer sig i stort sett inte från de effekter som yngre personer får(15).

Fler sjukdomar bidrar också

Äldre personer drabbas oftare än yngre av kroniska tillstånd och sjukdomar, exempelvis stroke, Parkinson, demens och sjukdomar i muskler och leder. Dessa sjukdomar kan till exempel medföra ökad fallrisk. Även akuta sjukdomar och andra snabba förändringar av det medicinska tillståndet, som till exempel en urinvägsinfektion, kan innebära ökad risk för skada. Akut sjukdom kan var en utlösande faktor och drabbar oftare äldre i särskilt boende än i ordinarie boende(16). Om en person faller kan det vara ett första tecken på akut sjukdom och därför bör personen kroppsundersökas, inte bara för att undersöka konsekvenser av fallet utan också för att upptäcka eventuell sjukdom.

Personer med demens löper dubbelt så stor risk att falla jämfört med äldre personer utan kognitiv nedsättning. Risken är också högre för att drabbas av såväl höftfrakturer som postoperativa komplikationer och ökad dödlighet efter en höftfraktur. En del läkemedel, till exempel psykofarmaka och urindrivande medel, kan ge biverkningar som yrsel, förvirring och blodtrycksfall, som i sin tur innebär en ökad risk för fall(17, 18) och andra

olyckor. Risken att falla anses vara 2,9 gånger högre än normalt i samband med användning av sömnmedel innehållande benzodiazepiner. Vid användning av mildare former av sömn- och lugnande läkemedel uppskattas risken att falla 1,4 gånger högre, och vid användning av neuroleptika (antipsykotiska preparat) 1,9 gånger högre(19). Om en äldre person tar flera läkemedel samtidigt kan det innebära en ökad risk. Det är ofta svårt att fastställa om det är sjukdomen i sig eller läkemedlen som påverkar fallrisken(20). Se vidare i kapitel 3.5 – Äldre och läkemedel.

En betydande riskfaktor för fraktur är osteoporos (benskörhet) som ibland kallas för den ”tysta folksjukdomen” eftersom den ofta inte märks förrän frakturen är ett faktum. Sjukdomen är ett utbrett folkhälsoproblem; 40–50 procent av kvinnorna kan efter fyllda 50 år förväntas få minst en osteoporosrelaterad fraktur innan de dör. Motsvarande siffra för männen är 25 procent. Osteoporos är vanligt bland kvinnor i Skandinavien och blir vanligare med ökande ålder. I Sverige inträffar varje år cirka 70 000 osteoporosrelaterade frakturer. De vanligaste är handledsfraktur, höftfraktur och kotfraktur. I åldrarna 60–69 år uppskattas 22 procent ha osteoporos och vid 70–79 års ålder drygt 30 procent(21).

De främsta riskfaktorerna för osteoporos är ärftlighet, kön (kvinna), ålder samt tidigare fraktur. De påverkbara riskfaktorerna är framförallt livsstilsrelaterade: rökning, låg kroppsvikt, låg fysisk aktivitet, lågt intag av kalcium och D-vitamin(22, 23, 24). De flesta frakturer orsakas av en fallolycka och därför är det viktigt att också vidta fallförebyggande åtgärder vid behandling av osteoporos.

Även sömnapné och dålig tandstatus påverkar de äldres livskvalitet negativt och bidrar också till många olycksfall bland äldre(25). Med ökande sjuklighet och funktionshinder avtar individens tandvårdsbesök. Strategin att satsa på personer med stora omvårdnadsbehov innebär att man, i stället för att arbeta förebyggande, får rikta in sig på att behandla omfattande skador som redan uppkommit(26). Äldre personer med omfattande omvårdnadsbehov har också svårare att ta till sig råd och att orka genomföra omfattande tandvårdsbehandlingar(27).

Sociala faktorer

Det är vetenskapligt väl underbyggt att fysiska, mentala och sociala aktiviteter är viktiga för att bevara hälsa och funktionsförmåga. Familjesituationen har stor betydelse. Gifta personer eller personer i samboförhållanden har t ex bättre hälsa och färre skador än ensamstående. Ett rikt socialt nätverk leder till färre skador. Hjärnan mår bra av fysisk aktivitet(28) och personer med väl fungerande sociala nätverk löper mindre risk att drabbas av demens än de som lever ensamma och isolerade(29). Med stigande ålder sker en successiv nedgång vad gäller fysisk funktion, men ju äldre människor blir, desto större blir de individuella skillnaderna. Livsstilen spelar, som redan nämnts, stor roll för åldrandeprocessen, dvs. faktorer som kost, motion, fritidssysselsättning, stress, rökning och alkoholkonsumtion.

Statistik om äldre

Den sista december 2012 uppgick Sveriges befolkning till 9,5 miljoner(30). Av dessa var 1,84 miljoner (1 miljon kvinnor och 0,84 miljoner män) eller 19,1 procent 65 år eller äldre. Drygt en halv miljon var 80 år eller äldre och av dessa var två tredjedelar kvinnor.

Den 1 april 2012 bodde 87 600 personer i åldern 65 år eller äldre permanent i särskilda boendeformer. Det betyder att den långsiktiga minskningen fortsätter: vid mätningen i oktober 2007 fanns 95 200 äldre i särskilt boende. Däremot blir det långsiktigt fler äldre som har hemtjänst i ordinärt boende. Den 1 april 2012 hade 162 300 personer sådant stöd.

Av alla i åldern 65 år och äldre var det fem procent som bodde i särskilt boende och nio procent som hade hemtjänst i ordinärt boende. Andelarna ökar naturligtvis med stigande ålder, och bland alla som var 80 eller äldre hade 14 procent särskilt boende och 23 procent hemtjänst.

Att allt färre äldre bor i äldreboende samtidigt som allt fler får hemtjänst är en utveckling som pågått i flera års tid.

Detta betyder också att 95 procent eller 1,5 miljoner bodde kvar i sitt ordinarie boende. I gruppen 80 år och däröver bodde 86 procent kvar i sitt ordinarie boende.

Andelen äldre som bodde permanent i särskilda boendeformer som drevs i enskild regi var 14 procent. År 2000 var motsvarande andel 11 procent. Jämfört med år 2003 har andelen boende i särskilda boendeformer som delad bostad (rum eller lägenhet) med annan än maka/make/samboende eller annan nära anhörig minskat från ungefär tre till en procent.

En tredjedel (ca 31 procent) av personerna 65 år och äldre med biståndsbeslut om hemtjänst i ordinärt boende var beviljade mellan 1 och 9 hemtjänsttimmar per månad. En femtedel (ca 20 procent) var beviljade mellan 10 och 25 timmar (oktober 2012).

Omkring 145 000 äldre som bodde i ordinarie boende var beviljade trygghetslarm. I denna uppgift ingår inte de trygghetslarm som ges av kommuner som en serviceinsats utan individuellt biståndsbeslut.

Drygt 11 100 äldre hade ett biståndsbeslut oktober 2012 om korttidsvård eller korttidsboende. Hälften av dessa (ca 48 procent) var i åldern 80–89 år.

Cirka 11 200 personer 65 år eller äldre hade ett biståndsbeslut om dagverksamhet i oktober 2012. Drygt hälften (ca 51 procent) var i åldern 80–89 år.

Andelen utlandsfödda i befolkningen 65 år och äldre uppgick till drygt 218 000 eller knappt 12 procent år 2012. Fram till 2030 beräknas antalet utlandsfödda 65 år och äldre öka till 400 000 och år 2050 till 645 000. Ökningen fram till 2050 är nästan 200 procent. Kultur och språk präglar vårt sätt att tänka och fungera i familj och samhälle vilket är viktigt att ta hänsyn till i det skadeförebyggande arbetet. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap har till exempel låtit översätta skriften ”Säkerhet i vardagen – tips och råd på äldre dar” till flera olika språk.

Årligen insjuknar omkring 33 000 personer i stroke, varav drygt fyra av fem är 65 år och äldre. Bland personer som är 85 år och äldre är det främst kvinnor som drabbas. Strokepatienter har förhöjd risk för att råka ut för en fallolycka.

Äldre och läkemedel

Läkemedel är den vanligaste medicinska behandlingsformen för äldre personer. Många behandlas med flera läkemedel samtidigt, vilket beror på att många i hög ålder lider av flera olika sjukdomar och besvär. I grunden är läkemedelsbehandlingen positiv och bidrar till förbättrad hälsa och ökad livskvalitet långt upp i åldrarna. Samtidigt ökar riskerna för oönskade effekter med stigande ålder, främst eftersom äldre är känsligare för läkemedel och oftare får biverkningar jämfört med yngre personer. Dessutom ökar risken för fall, framför allt med olika typer av psykofarmaka. Vissa olämpliga kombinationer av läkemedel medför direkt hälsofara. Det är därför viktigt att läkare, i samverkan med bland annat sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård och den äldre själv, regelbundet ser över och kvalitetssäkrar individens läkemedelanvändning i så kallade läkemedelsgenomgångar.

Polyfarmaci
Med polyfarmaci menas samtidig behandling av många läkemedel med risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner (olika läkemedel påverkar varandra).

Som redan nämnts drabbas äldre av många sjukdomar. Sjukdomar som kräver medicinsk behandling, oftast med läkemedel. Drygt 40 procent av alla läkemedel förskrivs till patienter som är 65 år eller äldre.

De allra äldsta, från 80 år och uppåt, använder i genomsnitt mellan fem och sex läkemedel per person. Cirka 15 procent i denna åldersgrupp har tio läkemedel eller fler.

Totalt sett har förskrivningen av läkemedel till personer som är 75 år och äldre fördubblats under de senaste tjugo åren. Den genomsnittliga förbrukningen i denna åldersgrupp är idag drygt fem läkemedel per person. Men det är stora individuella skillnader: Enligt läkemedelsregistret kan det variera mellan 1 och 42 läkemedel per person. Det är också skillnad mellan män och kvinnor, och beroende på den ojämna åldersfördelningen i landet, mellan olika regioner, landsting och kommuner.

Den totala läkemedelsförskrivningen till äldre (65 år och äldre) mätt i antal definierade dygnsdoser (DDD) per 1 000 invånare och dag, har fördubblats sedan 1990, och ökat med 30 procent under 2000-talet. Den största läkemedelsgruppen utgörs av läkemedel vid hjärt-kärlsjukdom, som också står för en stor del av ökningen av läkemedelsanvändningen hos äldre under senare år.

En av orsakerna till den genom åren ökande läkemedelsanvändningen hos äldre är introduktionen av nya läkemedel (t ex ACE-hämmare och antidepressiva av SSRI-typ) och nya behandlingsprinciper (t ex behandling med betareceptorblockerare vid hjärtsvikt). Detta innebär större möjligheter att behandla åldrandets sjukdomar och besvär, men medför samtidigt en betydande risk för läkemedelsproblem, såsom biverkningar och att läkemedel ska påverka varandra (interaktioner). Andra tänkbara orsaker till den idag ofta omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre kan ha sin grund i brister av olika slag, vad gäller t ex samordning mellan vårdgivare, och uppföljning/omprövning av läkemedelsbehandling. Störst är förbrukningen bland dem som på grund av ålder och sjukdom också är mest känsliga för läkemedel. Äldre i särskilt boende, liksom multisjuka äldre i ordinärt boende, använder idag i genomsnitt tio preparat per person (kontinuerligt eller vid behov).

En viktig och växande grupp är de multisjuka äldre, som på grund av flera sjukdomar och symtom har en omfattande läkemedelsanvändning. Omkring 4 procent av dem som är 75 år och äldre har beräknats vara multisjuka.

För samtliga läkemedelsgrupper utom kalciumantagonister (en typ av läkemedel som används mot bland annat högt blodtryck) var användningen mer omfattande hos multisjuka äldre. Den största skillnaden observerades för opioider (morfinbesläktade smärtstillande medel, t ex Citodon® och tramadol), medel vid magsår och matstrupskatarr (t ex omeprazol och Lanzo®) samt lätta smärtstillande medel (t ex Alvedon® och Panodil®).

För att studera effekten av ett högt antal läkemedel på risken för fallskada jämfördes grupper med olika antal läkemedel med en referensgrupp. Som framgår av tabell 3.1. har individer med ett medelantal på sju till åtta läkemedelssubstanser nästan en fördubblad risk för fall och fallskada jämfört med individerna i referensgruppen.

För att renodla effekten av antal läkemedel justerades analyserna i ett andra steg med Charlson index. Även efter denna justering fanns förhöjda relativa risker i grupperna med många läkemedel jämfört med referensgruppen, om än på en lägre nivå. Jämfört med estimaten i den icke-justerade analysen var riskerna som korrigerats för sjukdomsbörda lägre i grupperna med mest omfattande läkemedelsbehandling.

MEDICINERING	IRR (95 % KI)	
	Ej justerat för sjukdomsbörda	Justerat för sjukdomsbörda
1–2 substanser	1.1 (1.0–1.2)	1.1 (1.0–1.2)
3–4 substanser	1.4 (1.3–1.5)	1.3 (1.2–1.3)
5–6 substanser	1.6 (1.5–1.7)	1.4 (1.3–1.5)
7–8 substanser	1.9 (1.8–2.1)	1.6 (1.5–1.7)
9 eller flera substanser	2.5 (2.3–2.7)	1.9 (1.8–2.0)

Tabell 3.1. Relativa risker (IRR) med 95 %:igt konfidensintervall för fallskada bland äldre individer, med och utan justering för sjukdomsbörda. Källa: Äldre med regelbunden medicinering – antalet läkemedel som riskmarkör, Socialstyresen 2012.

Känslighet

Känsligheten för läkemedel ökar med åldern och problem relaterade till läkemedelsbehandling förekommer 2–3 gånger oftare hos äldre än hos yngre. Orsaken till detta är åldersförändringar i olika organsystem som leder till förändrad farmakokinetik (upptag, fördelning, nedbrytning och utsöndring av läkemedel) och farmakodynamik (förändrad effekt av läkemedel). De åldersförändringar, som anses viktigast för förändrad farmakokinetik hos äldre är njurarnas förmåga att utsöndra läkemedel. Leverns åldersförändringar förefaller ha mindre betydelse för denna problematik.

Kroppsfettet ökar hos män från 18 till 36 procent och hos kvinnor från 33 till 45 procent av totala kroppsvolymen. Denna förändring resulterar i en ökad distributionsvolym för fettlösliga läkemedel. Även om fettinnehållet är större hos kvinnor än hos män livet igenom så blir den relativa ökningen i distributionsvolymen för fettlösliga läkemedel (som t ex diazepam, verapramil och amitryptilin) större hos äldre män. Om distributionsvolymen för ett läkemedel ökar så ökar också dess halveringstid proportionellt.

Muskelmassan minskar med stigande ålder med upp till cirka 50 procent hos bägge könen. Vissa läkemedel, t ex hjärtmedicinen digoxin, binds till stor del till muskulaturen, vilket innebär att en större andel av läkemedlet är obundet hos äldre, med risk för höga serumkoncentrationer.

Baroreceptorreflexen, som reglerar blodtrycket vid bl a kroppslägesförändringar, blir mindre känslig med stigande ålder. Härigenom kan äldre utveckla ortostatism med risk för blodtrycksfall, vid intag av bl a hjärtkärlläkemedel, medel vid Parkinsons sjukdom, vissa neuroleptika och antidepressiva medel.

Följsamhet
I läkemedelsbehandling används ofta termen följsamhet för att beskriva grad av överensstämmelse mellan ordination och faktisk läkemedelsanvändning. Med bristande följsamhet avses således diskrepansen mellan ordination och hur en patient i praktiken tar sina läkemedel. Äldre bedöms generellt ha en högre risk för att utveckla problem med följsamheten till en läkemedelsbehandling. Äldres läkemedelsregimer är ofta komplexa och långvariga. Utöver detta tillkommer problem som hänger samman med att den åldrande patienten kan ha nedsatt syn, minnesproblem eller andra svårigheter som direkt påverkar förutsättningarna att följa en läkemedelsbehandling.

Preparat
I en meta-analys undersöktes sambandet mellan fallhändelser och olika grupper av läkemedel: blodtryckssänkande, vätskedrivande, betablockerare, sömnmedel, neuroleptika/antipsykotiska, antidepressiva, ångestdämpande (benzodiazepiner), opiater (ex morfin) och antiinflammatoriska (NSAIDs) medel. Denna meta-analys kompletterade tidigare meta-analyser och totalt var 79 081 patienter inkluderade. Nästan samtliga analyserade läkemedel innebar en ökad fallrisk. Resultatet förändrades inte nämnvärt när subgrupper analyserades, det vill säga uppdelat utifrån boendeform, ålder och studietyp. Resultaten beträffande psykofarmaka stöds av tre andra författargrupper som använt andra beräkningsmetoder. Också studier från Sverige ingick i analyserna. I tabellen nedan visas också att intag av laxermedel innebär en ökad fallrisk enligt en annan aktuell meta-analys. Den inkluderade totalt sju studier varav fyra från Sverige.

PREPARAT	OR (95 % CI)
Antidepressiva	1,68 (1,47–1,98)
Neuroleptika/antipsykotiska	1,59 (1,37–1,83)
Ångestdämpande (benzodiazepiner)	1,57 (1,43–1,72)
Sömnmedel	1,47 (1,34–1,62)
Blodtryckssänkande	1,24 (1,01–1,50)
Antiinflammatoriska (NSAIDs	1,21 (1,01–1,44)
Vätskedrivande	1,07 (1,01–1,14)
Betablockerare	Ingen förhöjd risk
Opiater (ex morfin)	Förhöjd risk
Laxativa	2,03 (1,52–2,72)

Tabell 3.2. Risken (oddskvot) för fall vid användning olika typer av läkemedel. Källa: Balansera rätt, MSB och Prescribed Medications and Fall Injuries, KI 2013.

Äldre och motion

I en nyligen publicerad studie (motionsvanor och erfarenheter av motion hos äldre vuxna, KI och MSB, 2014) visas att majoriteten äldre vuxna kvinnor (69 %) och män (65 %) rapporterar regelbunden motion i någon form. Samtidigt är andelen inaktiva förhållandevis låg; endast 12 % av kvinnorna och 14 % av männen uppger att de aldrig motionerar. Trots detta når hälften av personerna mellan 65–75 år inte upp till den rekommenderade dosen om minst 150 minuters fysisk aktivitet i veckan på måttlig intensitet.

Ungefär hälften av de tillfrågade uppger att de promenerar regelbundet, vilket gör promenader till den mest populära motionsformen. Deltagandet i aktiviteter på träningsanläggningar, såsom styrketräning och gruppgymnastik, är betydligt lägre. Knappt 10 % uppger att de ägnar sig åt regelbunden styrketräning. Ur intervjuer bland dem som styrketränar regelbundet framkommer vissa nyckelfaktorer för en positiv träningsupplevelse, såsom att övningarna är roliga, varierade och lätta att utföra, samt att svårighetsgraden stegras gradvis.

AKTIVITET	ANTAL	ANDEL (%)
Promenader	620 000	48,9
Stavgång	170 000	13,4
Motionsgymnastik	164 000	12,9
Styrketräning	123 000	9,7
Cykel, mountainbike	120 000	9,4
Skidor–längd	117 000	9,2
Löpning–joggning	99 000	7,8
Annan träning på gym	97 000	7,6
Golf	92 000	7,2
Dans	81 000	6,4
Simning	60 000	4,7
Spinning	48 000	3,8
Power walk	41 000	3,3
Yoga	39 000	3,1
Skridsko (inkl. långfärd)	29 000	2,3
Skidor–utför	23 000	1,8
Tennis	23 000	1,8
Bowling	23 000	1,8
Aerobics	18 000	1,4
Bordtennis	13 000	1,0
Fotboll	10 000	0,8
Innebandy	9 000	0,7
Badminton	9 000	0,7

Tabell 3.3. De 25 populäraste motionsaktiviteterna 2011 i åldersgruppen 60–70 år. Källa: RF (2011).

Dödsfall till följd av skador

Dödsfall till följd av skador

I detta kapitel redovisas statistik över personer 65 år och äldre som avlidit till följd av skador eller förgiftningar. Uppgifterna har hämtats från dödsorsaksregistret (se vidare i bilagan).

Under den studerade perioden, 1997–2012, har totalt nästan 39 000 personer i åldern 65 år och äldre avlidit till följd av skador och förgiftningar. Det ger ett genomsnitt på drygt 2 400 per år.

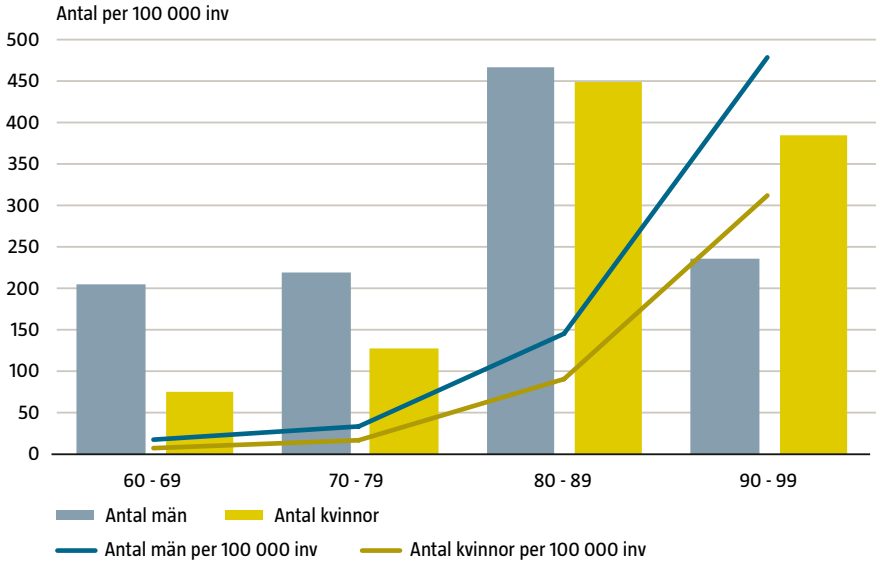
Som framgår av tabell 4.1 dominerar olycksfallen med nästan 80 procent av samtliga skadehändelser. Självdestruktiva handlingar, suicid, svarar för drygt 11 procent och skadehändelser med oklart uppsåt för drygt tre procent. Med oklar avsikt menas att man inte kunnat fastställa huruvida det fanns en avsikt (till exempel en själdestruktiv handling, övergrepp av annan person) bakom händelsen eller om det var en olyckshändelse (oavsiktlig händelse). Övergrepp av annan person (mord, dråp eller misshandel) svarar för mindre än en halv procent och annan yttre orsak för drygt tre procent. Med annan yttre orsak menas bland annat komplikationer vid medicinsk vård.

SKADEHÄNDELSE	MÄN	KVINNOR	TOTALT
Omkomna till följd av olycksfall	39,8	39,8	79,6
Omkomna till följd av självdestruktiva handlingar	8,3	3,0	11,3
Omkomna till följd av övergrepp av annan person	0,1	0,2	0,3
Omkomna till följd av oklart uppsåt	2,2	1,1	3,2
Omkomna till följd av annan yttre orsak	2,9	2,8	3,3
Totalt	**53,1**	**46,9**	**100,0**

Tabell 4.1. Fördelning på olika skadehändelser efter kön. Män och kvinnor 65 +.
Källa: Dödsorsaksregistret 2012, Socialstyrelsen.

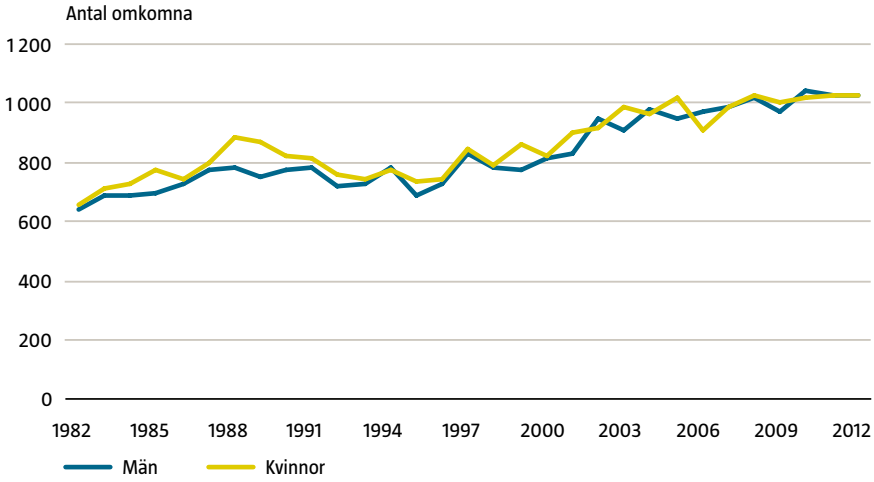
Olycksfall

År 2012 omkom 2 059 personer (1 029 män och 1 030 kvinnor) 65 år och äldre i olyckor. Som framgår av figur 4.1 nedan ökar antalet omkomna till följd av olyckor med ökande ålder fram till 80 års ålder. Männen dominerar bland olycksfallen fram till 80 års ålder. Att andelen dödsfall per åldersklass minskar efter 80 års ålder beror på att antalet män och kvinnor i dessa åldrar minskar drastiskt. Risken (antal omkomna per invånare) fortsätter att öka med ökande ålder (se de heldragna linjerna i figur 4.1).



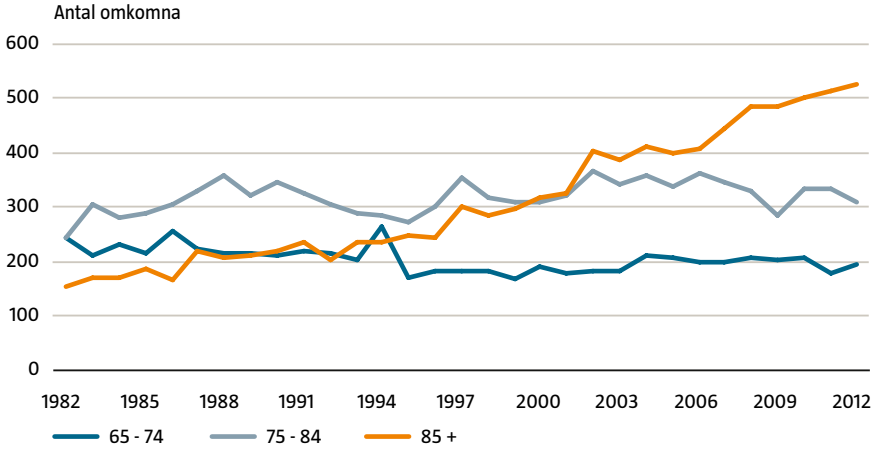
Figur 4.1. Antal omkomna män och kvinnor till följd av olycksfall i absoluta tal och per 100 000 invånare efter åldersgrupp. Medelvärden för 2011 och 2012. Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Som framgår av figur 4.2 har antalet omkomna i olyckor i åldersgruppen 65 + ökat under perioden 1982 till 2012. Ökningen är cirka 60 procent.



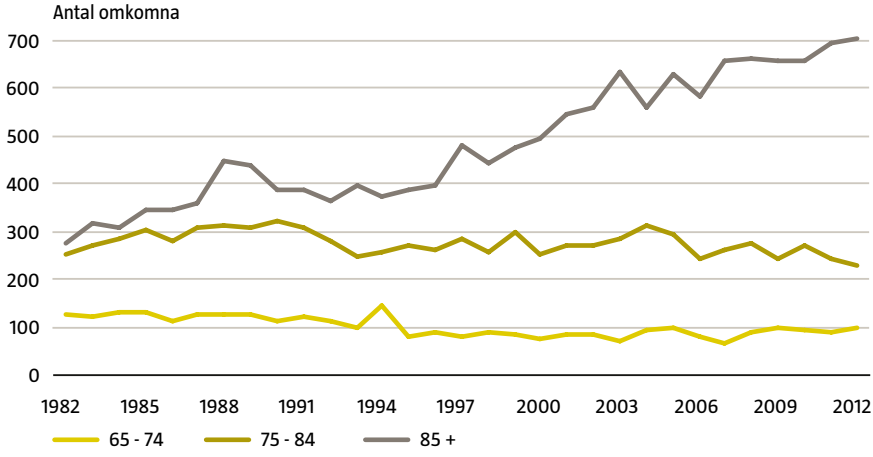
Figur 4.2. Antalet omkomna till följd av olycksfall efter kön och år.
Källa: Dödsorsaksregistret 1982–2012, Socialstyrelsen.

Åldersgruppen 65 + är dock inte homogen och om gruppen delas i tre grupper 65–74, 75–84 och 85 + så syns stora skillnader. Den yngsta gruppen män 65–74 år uppvisar en minskning medan den äldsta 85 + redovisar en ökning på över 200 procent. Mellangruppen, män 75–84 år, visar på en mycket måttlig ökning.



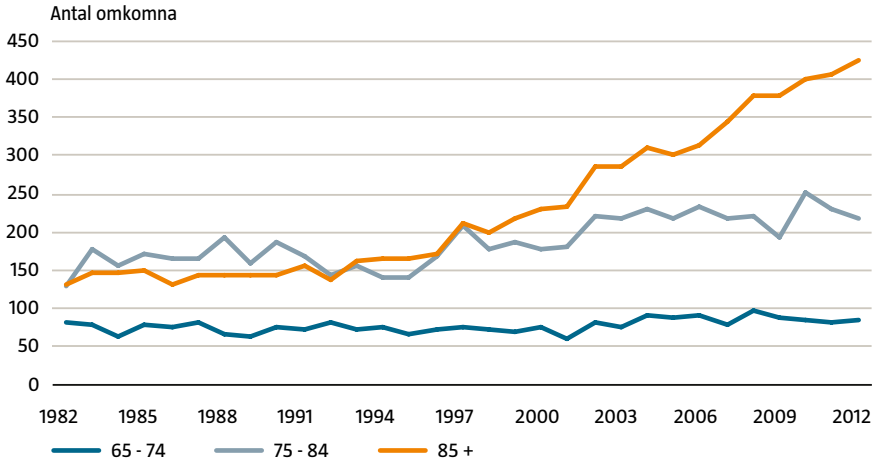
Figur 4.3. Antalet omkomna män till följd av olycksfall efter åldersgrupp och år.
Källa: Dödsorsaksregistret 1982–2012, Socialstyrelsen.

Ungefär samma fördelning mellan åldersgrupperna återfinns bland kvinnorna. Här minskar antalet dödsfall i de bägge yngsta åldersgrupperna marginellt, medan den äldsta grupp uppvisar en ökning på mer än 100 procent.

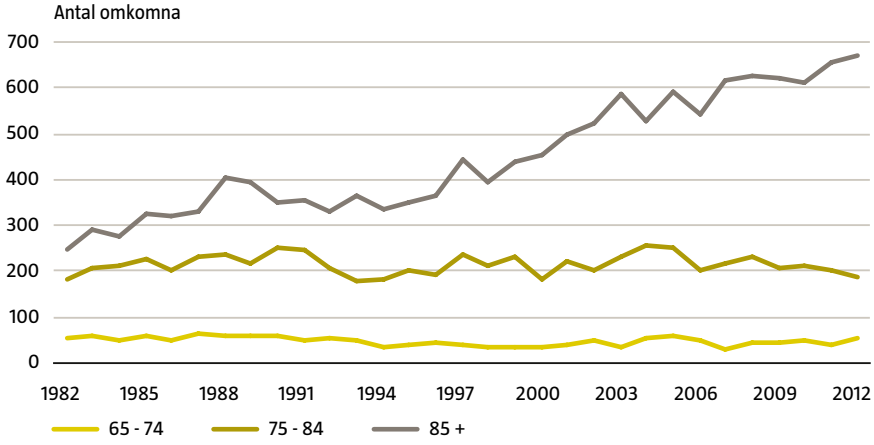


Figur 4.4. Antalet omkomna kvinnor till följd av olycksfall efter åldersgrupp och år. Källa: Dödsorsaksregistret 1982–2012, Socialstyrelsen.

I det internationella klassificeringssystem (ICD(31)) som ligger till grund för indelningen av sjukdomar och hälsoproblem finns en, i detta sammanhang stor grupp av så kallade *yttre orsaker* till skador som benämns *annat olycksfall*. Klassificeringen *annat olycksfall* används då de närmare orsakerna till olycksfallet inte är kända. Studier som genomförts visar dock att ungefär tre fjärdedelar av dödsfallen i denna grupp är orsakade av fall. I figur 4.5 och 4.6 har fallolyckor lagts ihop med annat olycksfall. Vid en jämförelse med föregående figurer 4.2–4.4 ovan framgår att större delen av dödsfallen i olyckor är fall (och annat olycksfall). Ökningen sedan början på 1980-talet är för den äldsta åldersgruppen män omkring 200 procent och för kvinnorna 100 procent.



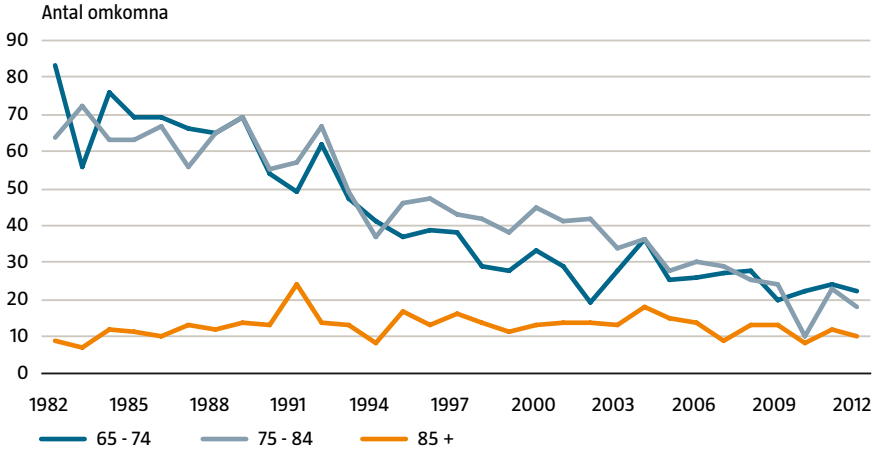
Figur 4.5. Antalet omkomna män till följd av fallolyckor efter åldersgrupp och år.
Källa: Dödsorsaksregistret 1982–2012, Socialstyrelsen.



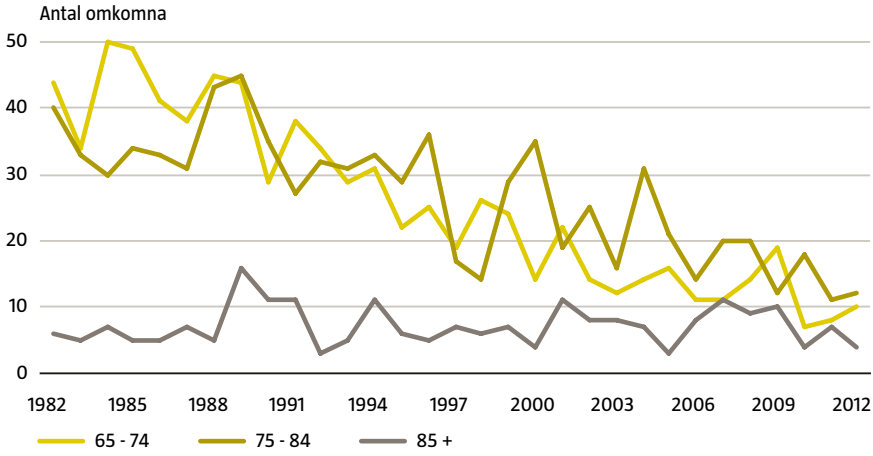
Figur 4.6. Antalet omkomna kvinnor till följd av fallolyckor efter åldersgrupp och år.
Källa: Dödsorsaksregistret 1982–2012, Socialstyrelsen.

De vanligaste dödsorsakerna efter fall är skallskador och höftledsfrakturer. Skallskadorna dominerar bland dem som är yngre än 85 år, medan höftledsfrakturerna dominerar hos de allra äldsta.

Vissa olyckstyper har minskat under den studerade perioden. Hit hör till exempel vägtrafikolyckor. Här har en tydlig minskning skett för åldersgruppen 65–84 år (se figur 4.7 och 4.8 nedan). Antalet dödsfall i vägtrafikolyckor har mer än halverats och minskningen har varit större för män än för kvinnor. För åldersgruppen 85 år och äldre ligger dock antalet dödsfall på ungefär samma nivå under hela perioden. En förklaring till denna utveckling är sannolikt att män i högre utsträckning än kvinnor kör bil, medan kvinnor oftare uppträder i vägtrafiken som cyklist eller fotgängare (oskyddad trafikant). Den stora minskningen inom vägtrafiken har just skett för bilförare och bilpassagerare. I åldersgruppen 85 år och äldre körs mindre bil och transportarbetet sker i stor utsträckning som fotgängare.



Figur 4.7. Antalet omkomna män till följd av vägtrafikolyckor efter åldersgrupp och år.
Källa: Dödsorsaksregistret 1982–2012, Socialstyrelsen.



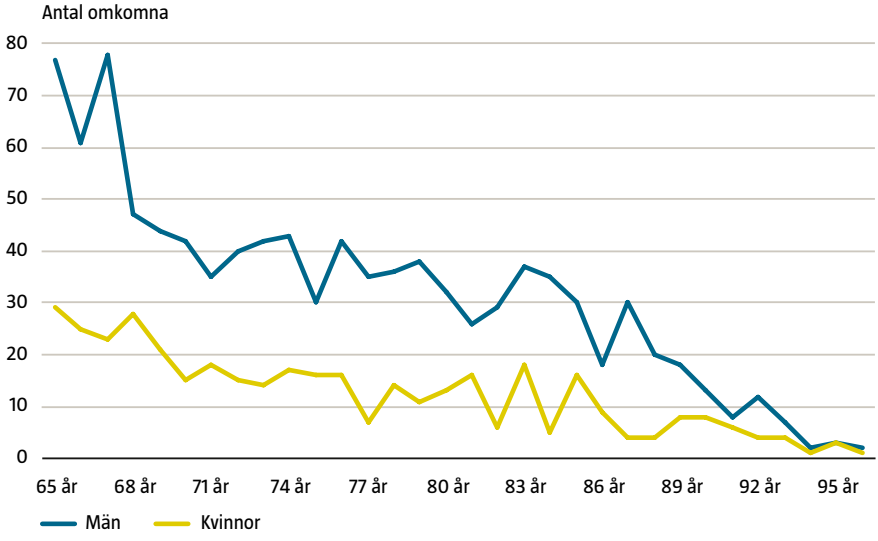
Figur 4.8. Antalet omkomna kvinnor till följd av vägtrafikolyckor efter åldersgrupp och år. Källa: Dödsorsaksregistret 1982–2012, Socialstyrelsen.

De olyckstyper som ledde till flest dödsfall (för åldersgruppen 65–79 år) är i ordning: fallolyckor, vägtrafikolyckor, drunkning, förgiftningsolyckor, kvävning, bränder och stark kyla. För åldersgruppen 80 år och däröver är ordningen: fallolyckor, vägtrafikolyckor, kvävning, bränder, stark kyla, drunkning och förgiftningsolyckor.

De trender som redovisats i figurerna 4.2–4.8 bygger på antalet dödsfall och ger ett mått på hur antalet olyckor ökat eller minskat eller ett mått på belastningen på samhället. Dessa trender säger dock inte allt om risken för att omkomma. För att studera risken behöver också förändringar i befolkningsstruktur med mera vägas in. Under den studerade perioden har antalet äldre i åldersgruppen 80 år och däröver ökat dramatiskt. År 1982 fanns till exempel 35 300 män och 73 000 kvinnor som var 85 år eller äldre. År 2000 var motsvarande siffror 63 000 respektive 142 000 och år 2012 fanns 85 200 män och 167 800 kvinnor. Tar man hänsyn till dessa förändringar har risken att omkomma i fallolyckor inte ökat lika dramatiskt som visas i till exempel figuren 4.2 ovan. Det är å andra sidan fortfarande en ökning. När det gäller vägtrafikolyckor blir minskningen i risk ännu större än vad som framgår av figurerna 4.7 och 4.8.

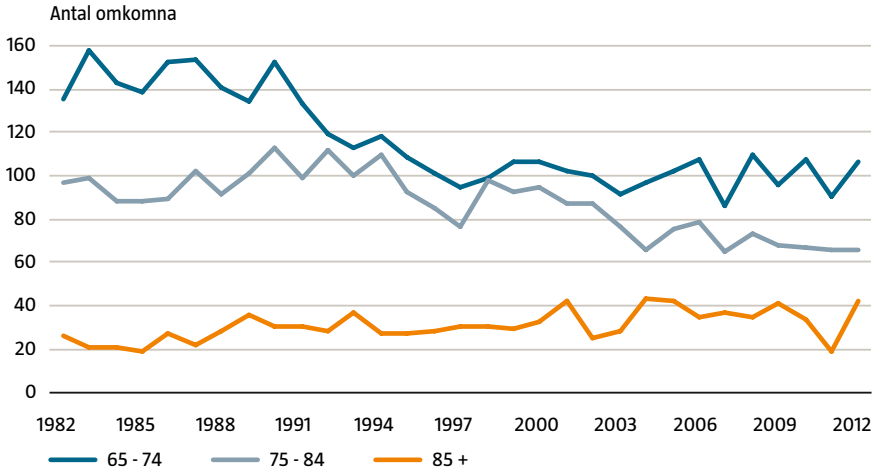
Självdestruktiva handlingar

När det gäller självdestruktiva handlingar med dödlig utgång minskar andelen sådana med ökande ålder för både män och kvinnor. Med ökande ålder minskar också männens överrepresentation i suicid. Se vidare i figur 4.9. Under år 2012 omkom 292 personer (214 män och 78 kvinnor) 65 år eller äldre i suicid.

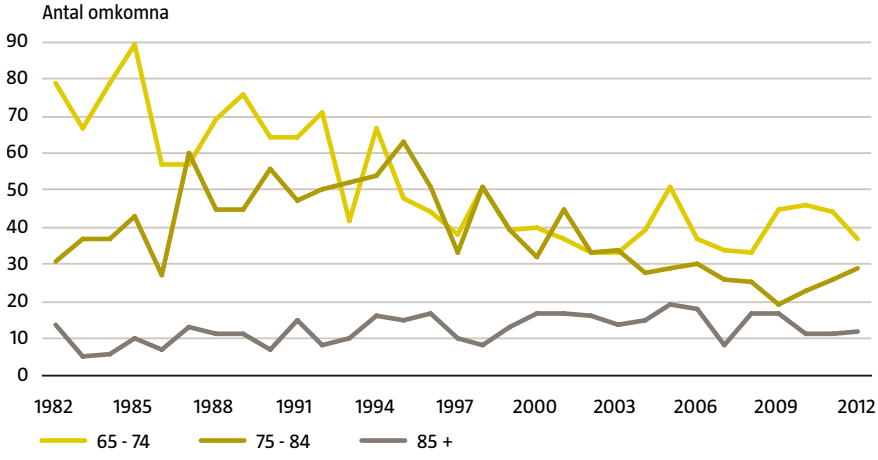


Figur 4.9. Antalet omkomna män och kvinnor till följd av självdestruktiva handlingar efter ålder. Källa: Dödsorsaksregistret 2008–2012, Socialstyrelsen.

Antalet dödsfall i självdestruktiva handlingar (suicid) har minskat för både män och kvinnor i åldersgruppen 65–84 år. För åldersgruppen 85 år och däröver syns dock en svag ökning (se figur 4.10 och 4.11). När hänsyn tas till befolkningsökningen så har risken för suicid minskat i samtliga åldersgrupper.



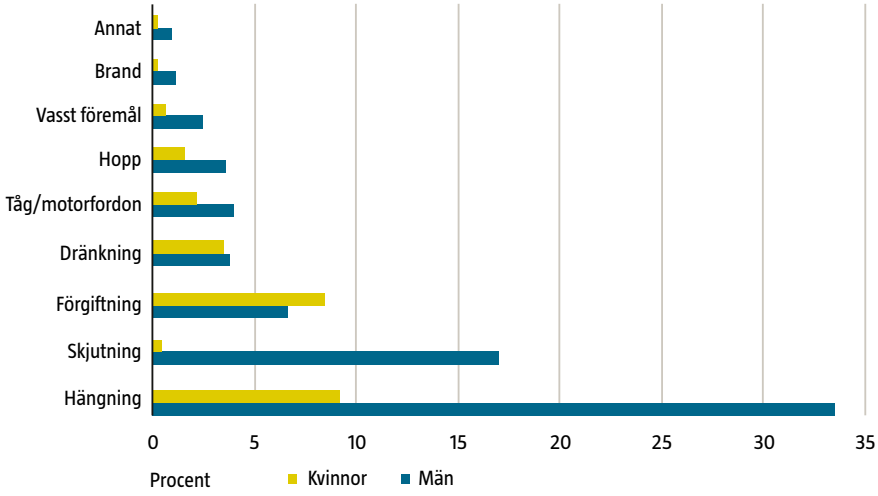
Figur 4.10. Antalet omkomna män till följd av självdestruktiva handlingar efter åldersgrupp och år. Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.



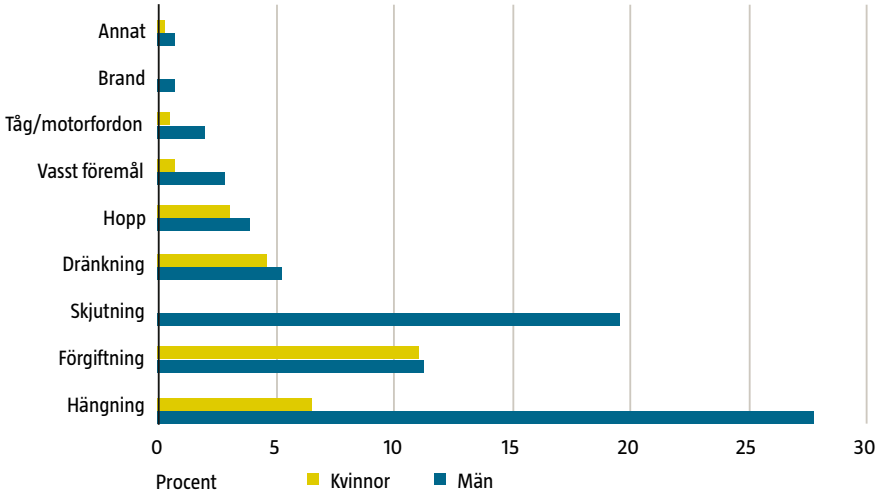
Figur 4.11. Antalet omkomna kvinnor till följd av självdestruktiva handlingar efter åldersgrupp och år. Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

I åldersgruppen 65–74 år är de två vanligaste mekanismerna bakom suicid; hängning och skjutvapen bland männen. För kvinnorna gäller; hängning och förgiftning. I åldersgruppen 75–84 år är det fortfarande hängning och skjutvapen som är vanligast bland männen medan det bland kvinnorna är förgiftningar och hängning som är vanligaste. Denna fördelning återfinns också

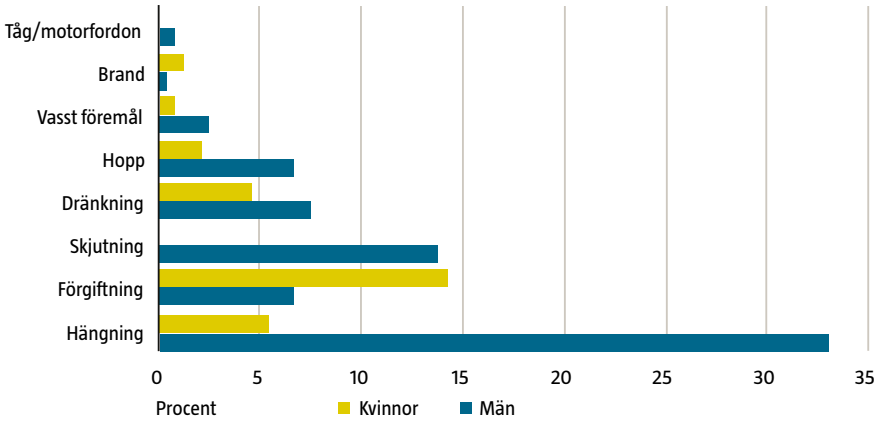
i den allra äldsta åldergruppen. Andelen dränkningar och hopp från höjd ökar med ökande ålder. Hos hela befolkningen är hängning och skjutvapen de vanligaste mekanismerna bland männen medan förgiftning och hängning är vanligast bland kvinnorna. Därpå följer att kasta sig framför tåg eller motorfordon. Se vidare figurerna 4.12–4.14.



Figur 4.12. Andel omkomna män och kvinnor (65–74 år) till följd av självdestruktiva handlingar efter mekanism. Medelvärden för 2008–2011. Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.



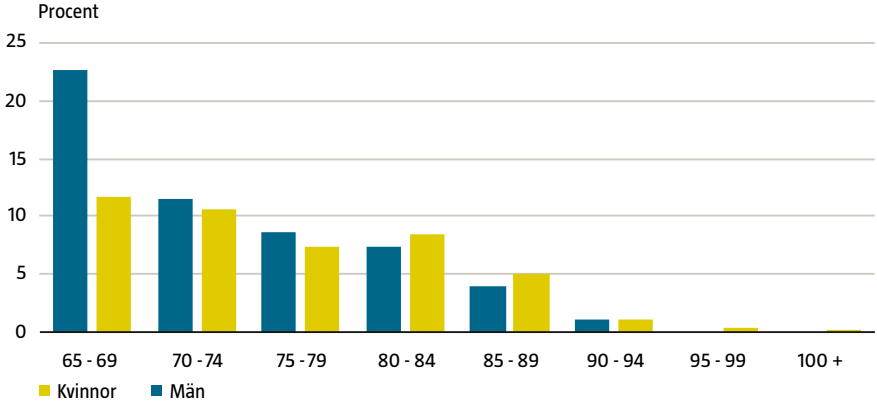
Figur 4.13. Andel omkomna män och kvinnor (75–84 år) till följd av självdestruktiva handlingar efter mekanism. Medelvärden för 2008–2011. Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.



Figur 4.14. Andel omkomna män och kvinnor (85 +) till följd av självdestruktiva handlingar efter mekanism. Medelvärden för 2008–2011. Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Övergrepp av annan person

Antalet omkomna till följd av mord och dråp minskar med ökande ålder. Även skillnaden mellan män och kvinnor minskar med ökande ålder (se figur 4.15). Antalet mördade och dräpta personer (65 år och äldre) har bortsett från slumpmässiga variationer legat ganska konstant under hela perioden 1972 till 2012. I genomsnitt handlar det om knappt 11 personer om året. Under 2012 omkom 7 personer (2 män och 5 kvinnor) 65 år eller äldre genom övergrepp av annan person. Risken (antal omkomna/invånare) är ungefär lika hög för män och kvinnor och är förhållandevis konstant i hela åldersintervallet 65–100 år.



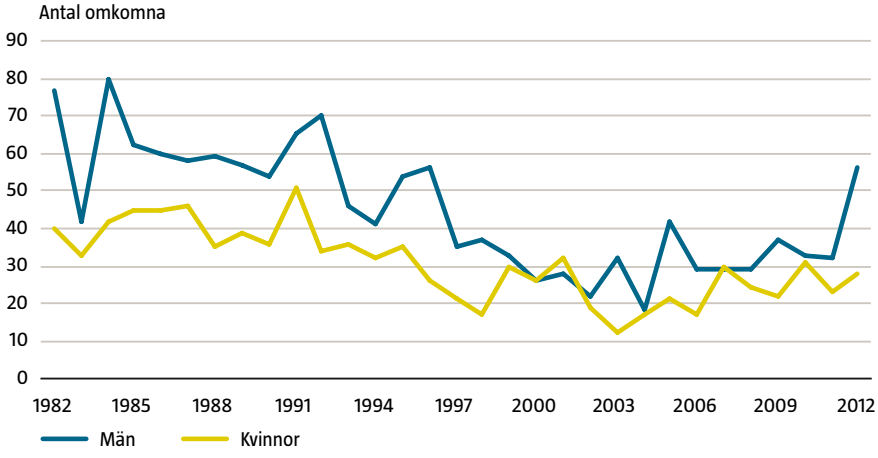
Figur 4.15. Andel omkomna till följd av mord och dråp efter åldersgrupp och kön. Medelvärden för 1972 till 2012. Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

De flesta övergrepp mot äldre människor med dödlig utgång sker med skärande eller stickande föremål (kniv). Därefter följer slag med trubbiga föremål och hängning/strypning/kvävning.

Skadehändelser med oklar avsikt.

Skador kan, som redan nämnts, vara såväl oavsiktliga (olyckor) som avsiktliga (suicid, mord, dråp). Ibland har det inte varit möjligt att fastställa om det funnits ett uppsåt eller ej. I dessa fall sorteras skadan in i gruppen oklar avsikt. I många sammanställningar över suicid talas om säker suicid och osäker suicid. I dessa sammanställningar adderas helt enkelt självtillfogade skador med skadehändelser med oklar avsikt. Närmare studier av dessa bägge grupper visar att de med avseende på ålders- och könsfördelning samt bakomliggande mekanismer är tillräckligt olika för att mana till försiktighet för sådana additioner.

Antalet omkomna män och kvinnor 65 år och äldre i skadehändelser med oklar avsikt har minskat något under de senaste tre decennierna. Se figuren 4.16.



Figur 4.16. Antalet omkomna 65 + till följd av skadehändelser med oklar avsikt efter kön och år. Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Skadehändelser som föranlett inläggning på sjukhus

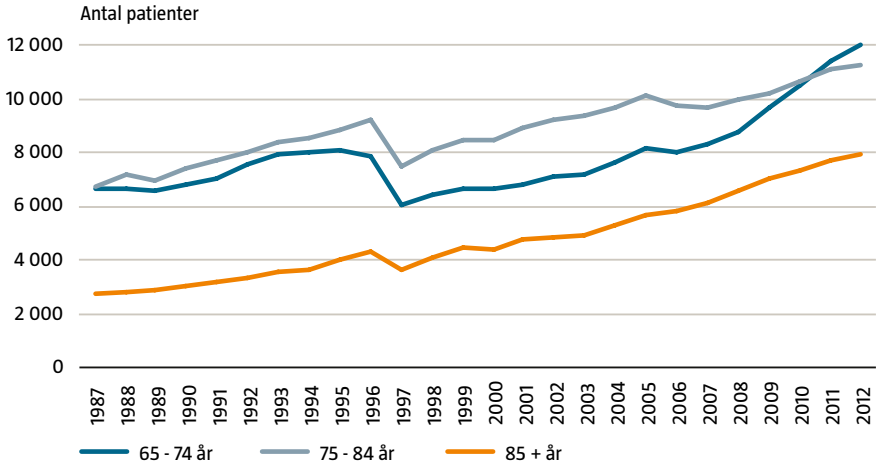
Skadehändelser som föranlett inläggning på sjukhus

I detta kapitel redovisas statistik över personer 65 år och äldre som vårdats på sjukhus till följd av skador eller förgiftningar. Uppgifterna har hämtats från patientregistret (se vidare i bilagan). Eftersom vårdrutiner och vårdpolicys hela tiden utvecklas i takt med tekniska och medicinska framsteg är måttet antal sjukhusvårdade en mindre bra indikator på utvecklingen av antalet skador.

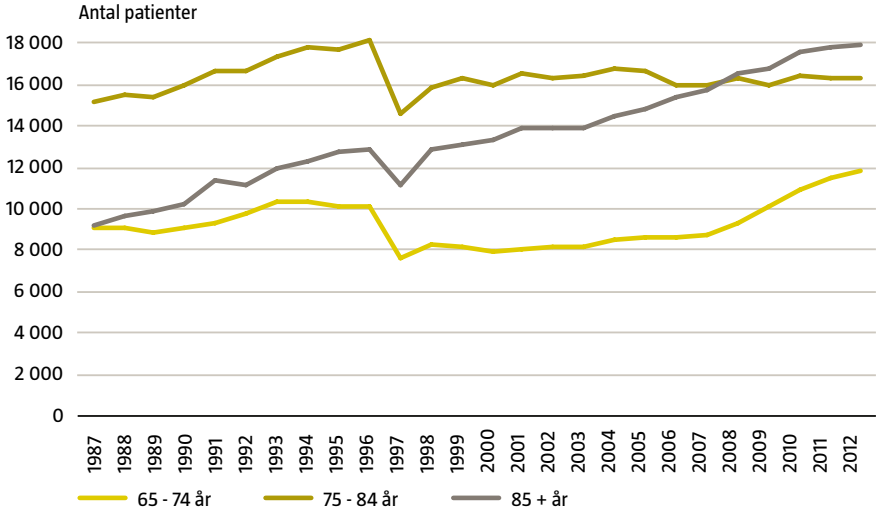
Under år 2012 vårdades drygt 77 000 personer 65 år och äldre med en yttre orsak till skador och förgiftningar. Av dessa hade drygt 62 000 en skadeförgiftningsdiagnos. Fallolyckor var den vanligaste yttre orsaken och låg bakom 59 procent av alla som behövde vård till följd av skador. Den vanligaste fallolyckan var fall i samma plan genom halkning, snubbling eller snavning. Den näst vanligaste skadetypen var annan yttre orsak där till exempel medicinska komplikationer ingår. Vägtrafikolyckor svarade för 2,0 %. Övriga olyckstyper (bränder, drunkning, kvävning, förgiftning, maskinolyckor osv.) svarade sammanlagt för åtta procent av alla skador medan avsiktliga händelser som våld och själdestruktiva handlingar inklusive handlingar med oklart uppsåt stod för 1,4 procent av skadorna.

Skadeutvecklingen

Ur figur 5.1 framgår att antalet slutenvårdade till följd av skador ökat för män i samtliga åldersgrupper och mest i den äldsta åldersgruppen. Antalet slutenvårdade kvinnor till följd av skador och förgiftningar, se figur 5.2, har däremot ökat kraftigt bara i den äldsta åldergruppen och marginellt i den yngsta. I åldersgruppen 75–84 år syns varken ökningar eller minskningar.

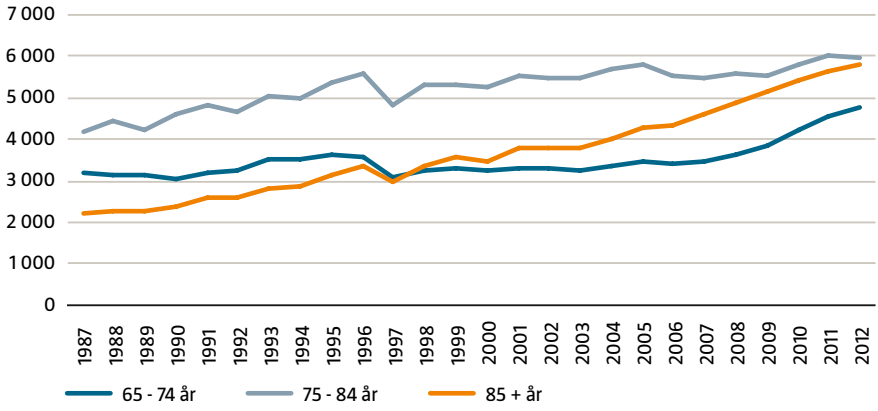


Figur 5.1. Antal slutenvårdade män till följd av skador och förgiftningar efter åldersgrupp. 1987 till 2012. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

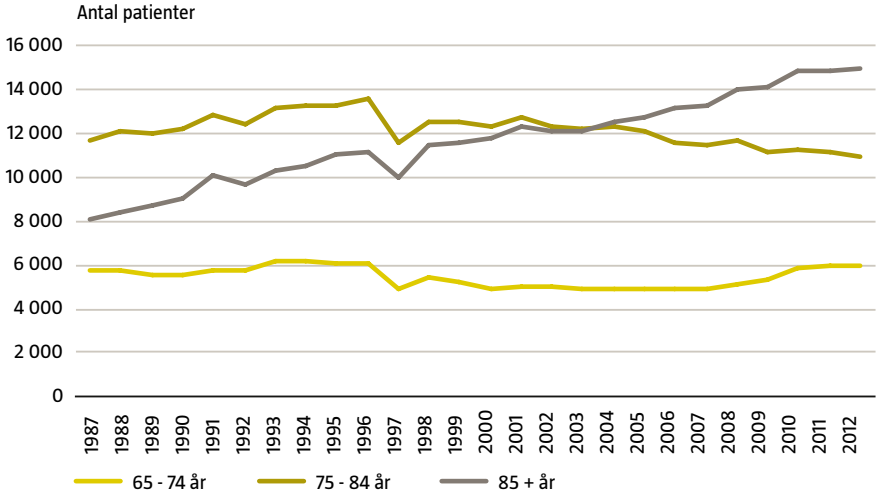


Figur 5.2. Antal slutenvårdade kvinnor till följd av skador och förgiftningar efter åldersgrupp. 1987 till 2012. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I figur 5.3 och 5.4. visas antalet slutenvårdade efter fallolyckor. Som framgår av figuren har antalet vårdade ökat för män i alla åldersgrupper. Ökningen är störst i den äldsta gruppen med nästan 200 procent. Antalet vårdade kvinnor har ökat markant i den äldsta åldersgruppen och minskat marginellt i den näst äldsta åldersgruppen. Åldersgruppen 65–79 år har i stort sett legat konstant.

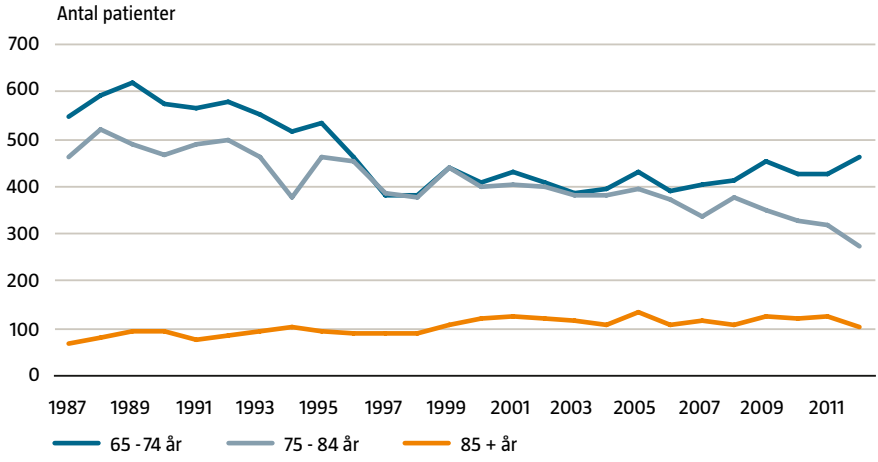


Figur 5.3. Antal slutenvårdade män till följd av fallolyckor efter åldersgrupp. 1987 till 2012. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

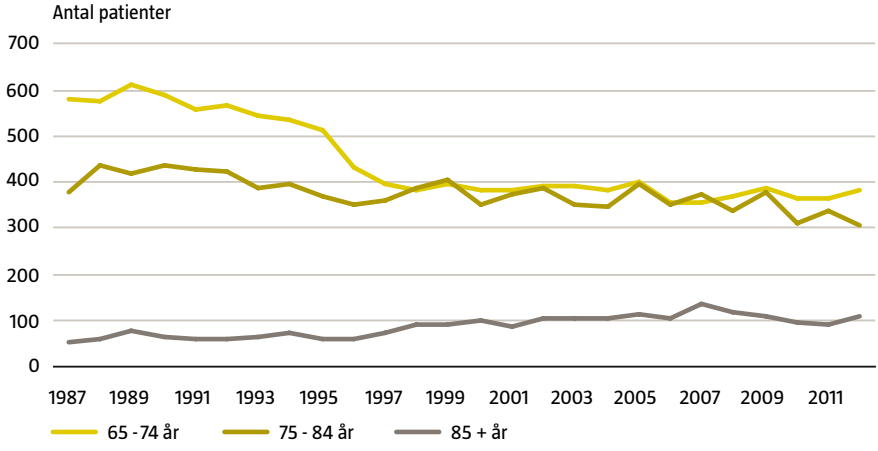


Figur 5.4. Antal slutenvårdade kvinnor till följd av fallolyckor efter åldersgrupp. 1987 till 2012. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I figur 5.5 och 5.6 visas antalet sjukhusvårdade efter vägtrafikolyckor. Som framgår av figurerna har antalet vårdade minskat tydligt för både män och kvinnor i åldersgruppen 65–84 år medan de i stort legat konstant eller till och med ökat något för den äldsta åldersgruppen. Trafiksäkerhetsarbetet har varit mest framgångsrikt för förare och passagerare i motorfordon medan det har varit lika lyckosamt för oskyddade trafikanter. Äldre människor uppträder oftare som oskyddad trafikant.

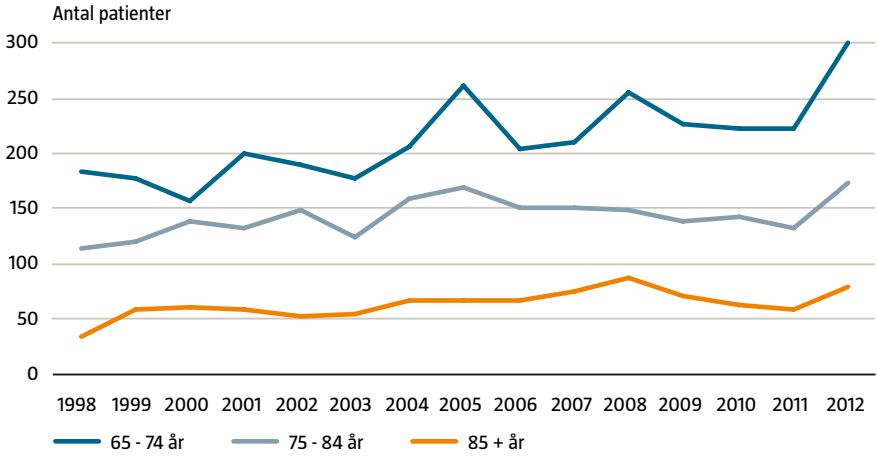


Figur 5.5. Antal slutenvårdade män till följd av vägtrafikolyckor efter åldersgrupp. 1987 till 2012. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

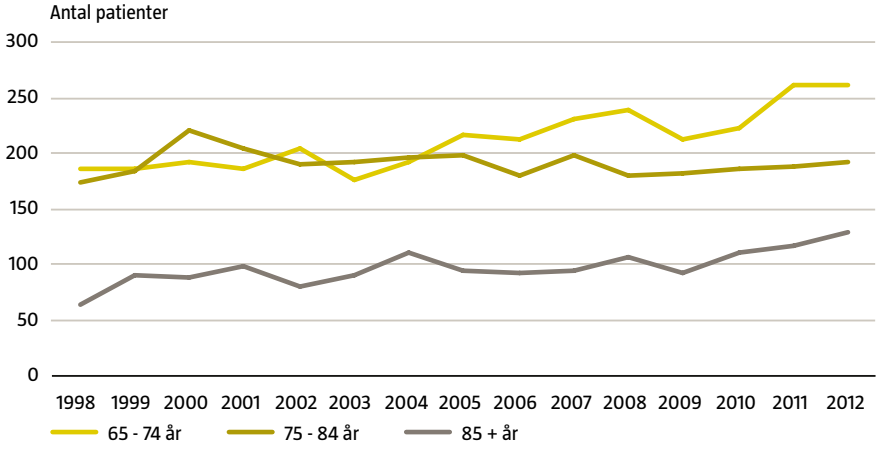


Figur 5.6. Antal slutenvårdade kvinnor till följd av vägtrafikolyckor efter åldersgrupp. 1987 till 2012. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I figur 5.7 och 5.8 visas antalet sjukhusvårdade efter avsiktliga skador. I gruppen ingår personer som utsatts för våld eller som själva tillfogat sig skador (självdestruktiva handlingar) samt sådana skador där uppsåtet inte gått att fastställa. Två tredjedelar av alla som vårdats i den här gruppen gör det efter att själva tillfogat sig skador, tio procent efter att andra tillfogat dem skador. Som framgår av figurerna syns ökningar hos både män och kvinnor i samtliga åldersgrupper utom i gruppen kvinnor 75–84 år.



Figur 5.7. Antal slutenvårdade män till följd av avsiktliga skador efter åldersgrupp. 1987 till 2012. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.



Figur 5.8. Antal slutenvårdade kvinnor till följd av avsiktliga skador efter åldersgrupp. 1987 till 2012. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Våld och övergrepp mot äldre, kan förutom fysiskt våld, även innehålla psykiskt, socialt, ekonomiskt och sexuellt våld samt kränkningar. Även vanvård och försummelse är en form av våld(32). Våldet kan ha alla möjliga grader, från att bli ihjälslagen till att bli försummad och att inte få sina primära behov tillgodosedda. Det är en väldig spännvidd.

Våld och övergrepp inom vården har också visats vara en realitet med olika yttringar. Personal förgriper sig på vårdtagare, vårdtagare på vårdgivare och vårdtagare på varandra. Alla typer av våld förekommer: hot, aggressivt språk, skrik, riv och klös, nyp och spott. Likaså slag och kraftiga grepp som gör ont.

Äldres rapporterade utsatthet för brott är relativt låg. De nationella trygghetsundersökningarna som Brottsförebyggande rådet (Brå) genomför varje år visar att den rapporterade utsattheten bland yngre äldre för misshandel, hot, sexualbrott, personrån, bedrägerier och trakasserier har minskat under den senaste femårsperioden, från 7 procent till 4,4 procent. För den äldsta gruppen som ingår i statistiken, 75–79 år, har utsattheten varierat mellan 3,7 och 4,7 procent. Den vanligaste brottstypen mot äldre är tillgreppsbrott, oftast stöld från bostaden utan inbrott. Resultatet av den nationella folkhälsoenkäten visar också att äldre i påfallande liten utsträckning uppger att de varit utsatta för fysiskt våld eller hot om våld. Däremot uppger var tredje eller fjärde kvinna i samtliga åldersgrupper att hon avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen eller rånad.

Det finns sannolikt ett stort mörkertal vad gäller våld i nära relationer. Då Socialstyrelsen och länsstyrelserna genomförde sin nationella tillsyn över socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor 2008–2009 framkom att våldsutsatta äldre kvinnor sällan uppmärksammades inom socialtjänsten och att det saknades insatser som riktar sig till målgruppen.

Skadetyper

Vad är det då för skador som uppstår genom yttre orsaker hos personer som är 65 år och äldre och som kräver sluten sjukhusvård? Som framgår av tabellerna 5.1–5.3 nedan varierar skadorna efter åldersgrupp. Hos den yngsta gruppen 65–74 år, tabell 5.1 domineras skadepanoramat av skador som uppstått efter kirurgiska ingrepp och medicinsk vård. Dessa skador rör sig ofta om komplikationer utan direkta missöden med patienten samt om ogynnsamma effekter av läkemedel. Därefter följer skador på höft och lår. Nästan 20 procent av kvinnorna och drygt 14 procent av männen har ådragit sig sådana skador. Skador på höft och lår leder också till flest vårddagar. Skador på huvudet och i bröstregionen uppstod i högre utsträckning hos män än kvinnor.

DIAGNOSGRUPP	ANTAL PATIENTER			ANTAL VÅRDDAGAR		
	Män	**Kvinnor**	**Totalt**	**Män**	**Kvinnor**	**Totalt**
Komplikationer till kirurgiska åtgärder och medicinsk vård som ej klassificeras annorstädes	2 399	1 794	4 193	20 827	8 938	29 765
Skador på höft och lår	1 227	1 737	2 964	12 694	5 799	18 493
Skador på huvudet	1 137	652	1 790	7 449	3 297	10 746
Skador på knä och underben	669	1 224	1 893	4 435	2 517	6 952
Skador i buken, nedre delen av ryggen, ländkotpelaren och bäckenet	421	448	869	3 810	1 709	5 519
Skador i bröstregionen	540	281	821	3 472	1 525	4 997
Skador på skuldra och överarm	460	818	1 278	2 347	1 481	3 828
Skador på halsen	151	77	229	2 428	911	3 339
Skador på armbåge och underarm	220	852	1 072	763	896	1 658
Brännskador och frätskador	54	23	76	777	350	1 127
Förgiftning av droger, läkemedel och biologiska substanser	204	267	471	609	449	1 058
Sena besvär av skador, förgiftningar och andra följder av yttre orsaker	107	138	245	574	319	892
Skador på handled och hand	248	107	354	506	322	828
Skador på fotled och fot	83	80	163	456	233	689
Andra och icke specificerade effekter av yttre orsaker	197	155	352	370	292	662
Vissa tidiga komplikationer till skada genom yttre våld	55	36	91	430	185	615
Effekter av främmande kropp som trängt in genom naturlig öppning	148	87	234	275	199	474
Toxisk effekt av substanser med i huvudsak icke-medicinsk användning	86	56	142	148	115	263
Skador på icke specificerad del av bålen, extremitet eller annan kroppsregion	41	37	78	160	92	251
Skador som engagerar flera kroppsregioner	11	15	26	115	52	168
Köldskador	3	1	4	39	15	54
Totalt	**8 459**	**8 886**	**17 345**	**62 682**	**29 696**	**92 378**

Tabell 5.1. Antal patienter och antal vårddagar per diagnosgrupp och kön. Patienter 65–74 år. Medelvärden för 2010–2012. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Av tabell 5.2 framgår att skador på höft och lår dominerar panoramat. Skador på huvudet är lika vanligt hos kvinnor som hos män.

DIAGNOSGRUPP	ANTAL PATIENTER			ANTAL VÅRDDAGAR		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
Skador på höft och lår	2 269	4 675	6 944	4 629	55 951	60 581
Komplikationer till kirurgiska åtgärder och medicinsk vård som ej klassificeras annorstädes	1 853	1 727	3 580	2 387	17 000	19 386
Skador i buken, nedre delen av ryggen, ländkotpelaren och bäckenet	529	1 232	1 760	1 174	12 918	14 091
Skador på skuldra och överarm	371	1 151	1 522	1 015	9 790	10 805
Skador på knä och underben	397	993	1 390	927	9 043	9 969
Skador på huvudet	1 154	1 118	2 272	1 515	6 352	7 867
Skador på armbåge och underarm	129	827	956	637	4 343	4 980
Skador i bröstregionen	551	531	1 082	721	4 062	4 783
Skador på halsen	139	120	259	173	1 492	1 665
Förgiftning av droger, läkemedel och biologiska substanser	165	288	453	302	1 329	1 630
Brännskador och frätskador	33	29	62	565	342	908
Skador på fotled och fot	50	94	144	96	669	765
Sena besvär av skador, förgiftningar och andra följder av yttre orsaker	49	91	141	94	606	700
Skador på handled och hand	124	87	211	141	376	517
Andra och icke specificerade effekter av yttre orsaker	105	127	231	154	342	496
Vissa tidiga komplikationer till skada genom yttre våld	37	41	78	52	415	467
Skador på icke specificerad del av bålen, extremitet eller annan kroppsregion	54	63	117	78	372	451
Effekter av främmande kropp som trängt in genom naturlig öppning	141	113	254	169	232	401
Skador som engagerar flera kroppsregioner	17	31	48	32	225	256
Toxisk effekt av substanser med i huvudsak icke-medicinsk användning	34	32	67	44	94	139
Köldskada	6	2	9	6	42	48
Totalt	**8 208**	**13 371**	**21 579**	**14 910**	**125 995**	**140 905**

Tabell 5.2. Antal patienter och antal vårddagar per diagnosgrupp och kön. Patienter 75–84 år. Medelvärden för 2010–2012. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Av tabell 5.3 framgår att skador på höft och lår står för 44 procent av alla skador. Därefter följer huvudskador följt av skador på bäckenet mm.

DIAGNOSGRUPP	ANTAL PATIENTER			ANTAL VÅRDDAGAR		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
Skador på höft och lår	2 800	7 695	10 495	34 247	92 297	126 544
Skador i buken, nedre delen av ryggen, ländkotpelaren och bäckenet	588	1 903	2 491	5 901	20 485	26 387
Komplikationer till kirurgiska åtgärder och medicinsk vård som ej klassificeras annorstädes	826	971	1 797	7 264	10 450	17 713
Skador på huvudet	958	1 719	2 677	6 095	9 983	16 078
Skador på skuldra och överarm	302	1 215	1 516	2 809	12 145	14 954
Skador på knä och underben	233	945	1 178	2 315	9 295	11 610
Skador i bröstregionen	418	769	1 187	3 390	6 810	10 200
Skador på armbåge och underarm	105	743	848	736	5 373	6 109
Skador på halsen	103	171	275	1 166	1 796	2 962
Förgiftning av droger, läkemedel och biologiska substanser	100	241	340	488	1 318	1 805
Skador på fotled och fot	32	110	142	282	864	1 146
Skador på handled och hand	51	87	138	273	542	815
Skador på icke specificerad del av bålen, extremitet eller annan kroppsregion	32	80	111	214	497	711
Vissa tidiga komplikationer till skada genom yttre våld	26	44	70	212	499	711
Sena besvär av skador, förgiftningar och andra följder av yttre orsaker	18	51	69	143	457	600
Andra och icke specificerade effekter av yttre orsaker	58	73	131	290	310	600
Effekter av främmande kropp som trängt in genom naturlig öppning	77	114	191	195	269	465
Brännskador och frätskador	16	17	33	230	201	431
Skador som engagerar flera kroppsregioner	18	42	61	108	218	326
Toxisk effekt av substanser med i huvudsak icke-medicinsk användning	16	17	33	40	70	110
Köldskada	1	2	4	29	22	51
Totalt	**6 780**	**17 009**	**23 788**	**66 428**	**173 900**	**240 328**

Tabell 5.3. Antal patienter och antal vårddagar per diagnosgrupp och kön. Patienter 85 +. Medelvärden för 2010–2012. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Frakturer

Frakturer är den vanligaste orsaken till slutenvård efter skador. Nästan 65 procent av kvinnorna och 47 procent av männen är inlagda på sjukhus för frakturer. Den i särklass vanligaste frakturen som kräver slutenvård är höftledsfrakturer. I kap 6.4. redovisas också frakturer som kommit in till en akutmottagning.

DIAGNOS	ANTAL PATIENTER		ANTAL PATIENTER PER 100 000 INV		ANTAL VÅRDDAGR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Fraktur på lårben	1 020	1 620	222	339	12 249	17 924
Fraktur på underben inklusive fotled	513	1 077	112	226	3 690	7 778
Fraktur på skuldra eller överarm	282	697	61	146	1 937	4 416
Fraktur på ländkotpelaren eller bäckenet	283	376	62	79	2 915	3 896
Fraktur på underarm	188	828	41	173	634	2 267
Fraktur på revben, bröstbenet eller bröstkotpelaren	349	199	76	42	2 119	1 362
Fraktur på halskotpelaren eller halsens ben	114	58	25	12	1 396	507
Fraktur på fot med undantag för fotled	39	51	8	11	233	325
Skallfraktur eller fraktur på ansiktsben	118	70	26	15	528	273
Fraktur på handled eller hand	63	42	14	9	151	98

Tabell 5.4. Antal patienter, antal patienter per 100 000 invånare och antal vårddagar efter frakturdiagnos och kön. Patienter 65–74 år. Källa: Patientregistret 2010–2011, Socialstyrelsen.

DIAGNOS	ANTAL PATIENTER		ANTAL PATIENTER PER 100 000 INV		ANTAL VÅRDDAGAR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Fraktur på lårben	2 035	4 386	858	1 403	27 436	56 842
Fraktur på ländkotpelaren eller bäckenet	390	1 020	164	326	4 449	11 741
Fraktur på skuldra eller överarm	279	986	118	315	2 555	9 169
Fraktur på underben inklusive fotled	275	769	116	246	2 572	7 688
Fraktur på underarm	109	822	46	263	582	4 479
Fraktur på revben, bröstbenet eller bröstkotpelaren	358	390	151	125	2 878	3 096
Fraktur på halskotpelaren eller halsens ben	111	107	47	34	1 300	1 225
Skallfraktur eller fraktur på ansiktsben	97	110	41	35	593	624
Fraktur på fot med undantag för fotled	20	52	8	17	156	404
Fraktur på handled eller hand	43	44	18	14	126	245

Tabell 5.5. Antal patienter, antal patienter per 100 000 invånare och antal vårddagar efter frakturdiagnos och kön. Patienter 75–84 år. Källa: Patientregistret 2010–2011, Socialstyrelsen.

DIAGNOS	ANTAL PATIENTER		ANTAL PATIENTER PER 100 000 INV		ANTAL VÅRDDAGAR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Fraktur på lårben	2 195	6 236	2 627	3 733	28 769	80 127
Fraktur på ländkotpelaren eller bäckenet	382	1 399	457	837	4 238	15 693
Fraktur på skuldra eller överarm	207	930	247	556	2 085	9 959
Fraktur på underben inklusive fotled	135	584	161	350	1 535	6 337
Fraktur på underarm	71	651	84	390	560	4 802
Fraktur på revben, bröstbenet eller bröstkotpelaren	256	502	306	300	2 093	4 742
Fraktur på halskotpelaren eller halsens ben	78	126	94	75	926	1 526
Skallfraktur eller fraktur på ansiktsben	60	127	72	76	358	698
Fraktur på fot med undantag för fotled	13	44	16	26	98	362
Fraktur på handled eller hand	20	46	24	28	102	340

Tabell 5.6. Antal patienter, antal patienter per 100 000 invånare och antal vårddagar efter frakturdiagnos och kön. Patienter 85 +. Källa: Patientregistret 2010–2011, Socialstyrelsen.

Höftledsfrakturer

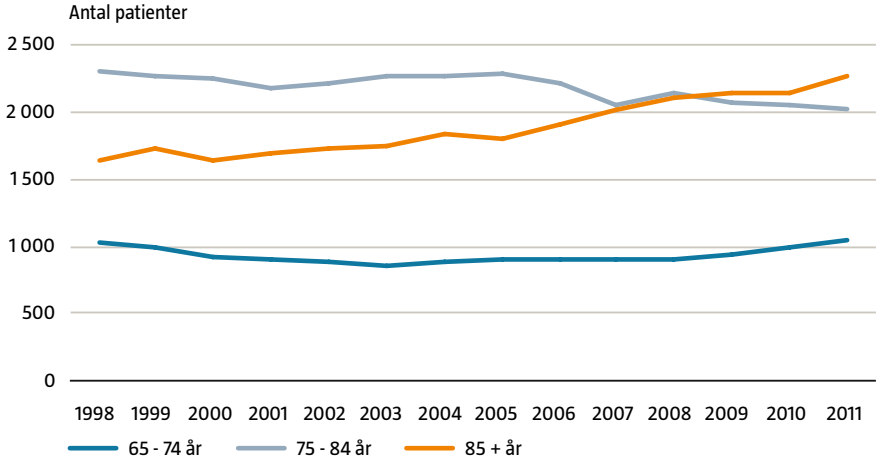
Höftledsfraktur innebär olika typer av brott på översta delen av lårbenet. Cirka hälften av frakturerna drabbar lårbenshalsen, så kallade cervikala frakturer och övriga drabbar lårbenets översta tjocka del, och benämns då trochantära frakturer.

Höftledsfraktur är den diagnosgrupp som förbrukar mest resurser vid de ortopediska klinikerna, 25 % av samtliga ortopediska vårddagar avser dessa patienter. Dessutom behövs mycket resurser i form av rehabilitering. En höftledsfraktur beräknas kosta samhället ca 400 000 kr under första året efter frakturen.

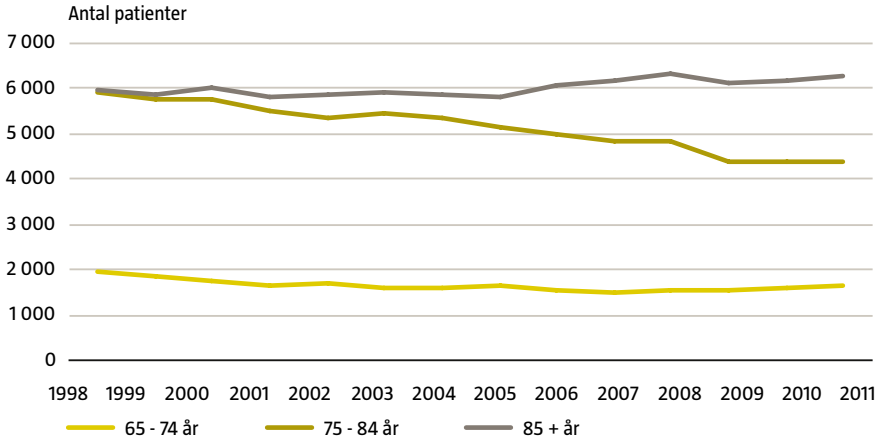
Många får en försämrad livskvalitet efter frakturen och dödligheten är hög vid höftledsfraktur. Inom ett år efter frakturen dör cirka 10–15 % fler än i en grupp av motsvarande ålder och kön utan fraktur.

Som framgår av figurerna 5.9 och 5.10 ökar antalet höftledsfrakturer för både män och kvinnor i den äldsta åldersgruppen. I åldersgruppen 75–84 år minskar antalet höftledsfrakturer medan den yngsta gruppen är i stort sett oförändrad.

Om hänsyn även tas till den demografiska förändringen så minskar antalet höftledsfrakturer i alla åldergrupper hos bägge könen utom för de äldsta männen. Det vill säga risken för att råka ut för en höftledsfraktur minskar.



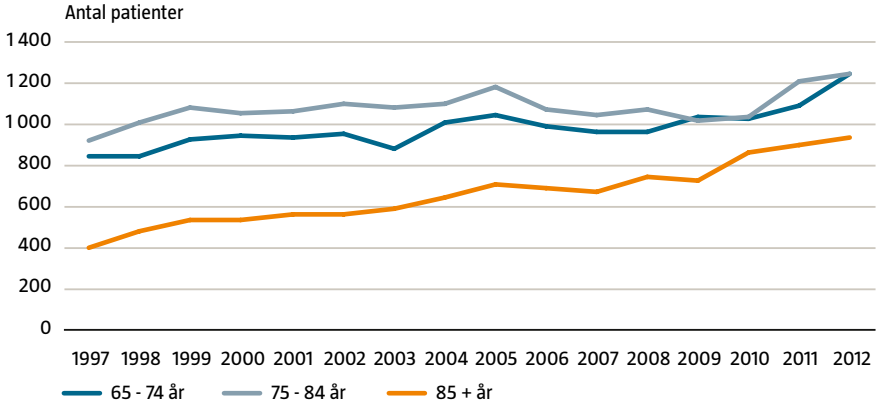
Figur 5.9. Antal slutenvårdade män till följd av höftledsfrakturer efter åldersgrupp. 1998 till 2011. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.



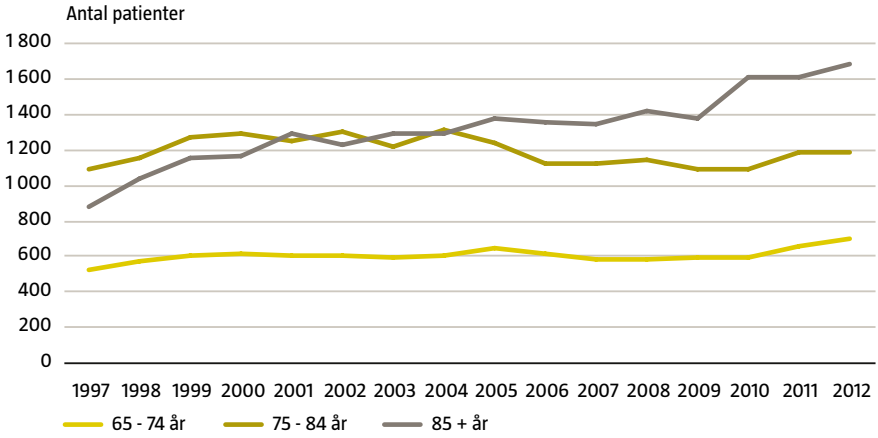
Figur 5.10. Antal slutenvårdade kvinnor till följd av höftledsfrakturer efter åldersgrupp. 1998 till 2011. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Huvudskador

Skador på huvudet är särskilt allvarliga och är den vanligaste orsaken till dödsfall i fallolyckor.



Figur 5.11. Antal slutenvårdade män till följd av huvudskador efter åldersgrupp. 1997 till 2012. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.



Figur 5.12. Antal slutenvårdade kvinnor till följd av huvudskador efter åldersgrupp. 1997 till 2012. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Vårdtider

Totalt genererade skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker drygt 473 000 vårddagar år 2012 i åldersgruppen 65 år och äldre. Antalet vårddagar ökar med ökande ålder hos patienten. Den diagnosgrupp som leder till flest vårddagar är lårbensfraktur. Denna diagnos står ensamt för nästan 40 procent av samtliga vårddagar. Den diagnosgrupp som ledde till näst flest vårddagar var fraktur på ländkotpelaren och bäckenet med drygt nio procent. Några andra diagnosgrupper med många vårddagar är frakturer på skuldra och överarm, fraktur på underben och fotled och intrakraniell skada.

Räknat i vårdtid är lårbensfraktur den tredje största diagnosgruppen överhuvudtaget efter schizofreni och cerebral infarkt (stroke). Lårbensfrakturer genererar fler vårddagar än hjärtinsufficienser och hjärtinfarkter.

Skadehändelser som föranlett läkarbesök vid akutmottagning

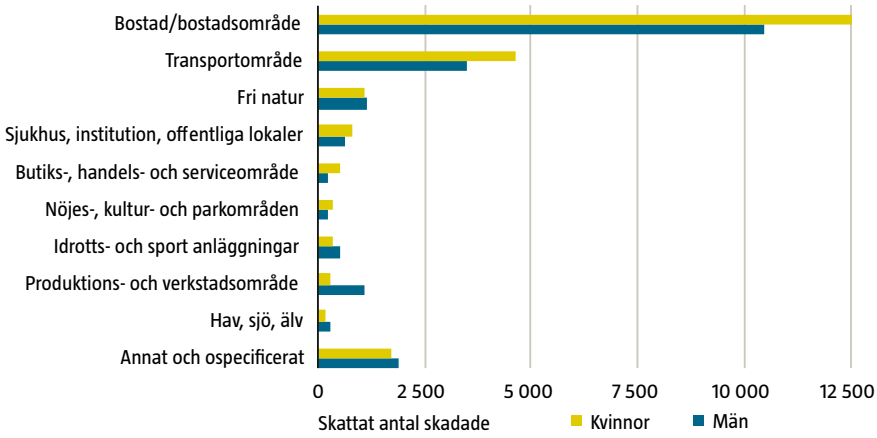
Skadehändelser som föranlett läkarbesök vid akutmottagning

I detta kapitel redovisas fördjupad statistik över personer 65 år och äldre som skadats genom yttre våld och förgiftningar och på grund av detta uppsökt en akutmottagning. Eftersom denna fördjupade registrering endast finns vid vissa akutmottagningar har uppgifterna skattats eller extrapolerats till nationella siffror. Även den här statistiken innehåller såväl dödliga som svåra skador, men i de flesta fall räcker det med undersökning och behandling på akutmottagningen varefter patienten skickas hem. Se vidare i bilagan.

Totalt uppskattas nästan 115 000 personer 65 år och äldre varje år uppsöka en akutmottagning efter att ha skadats. Av dessa skadas 65 000 i eller i närheten av bostaden (25 000 män och 40 000 kvinnor), 15 000 på sjukhus, sjukhem eller i särskilda boenden (5 000 män och 10 000 kvinnor). I transportområden, det vill säga trottoarer, gångbanor, vägar, gator, cykelvägar etc., skadas årligen knappt 15 000 personer (6 000 män och 9 000 kvinnor).

65 till och med 74 år

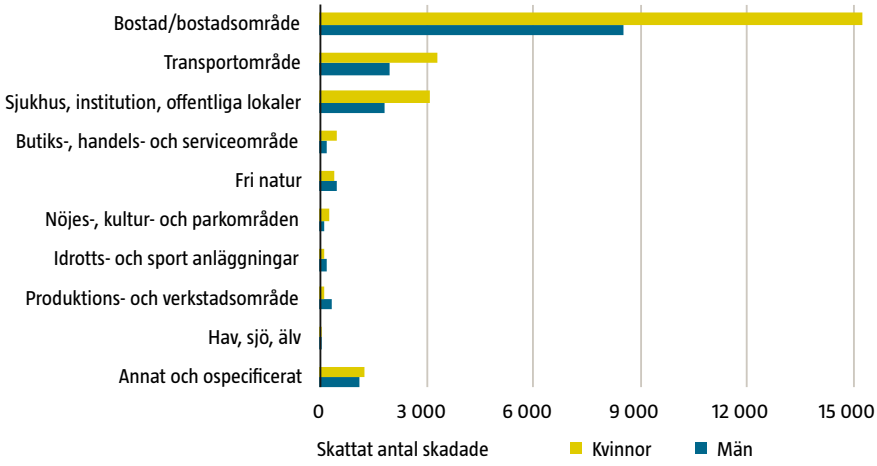
Åldersgruppen 65 till 74 år skadar sig oftast i eller kring bostaden, följt av transportområden. I transportområden skadas 18 procent av männen och 22 procent av kvinnorna. Männen skadar sig oftare i produktions- och verkstadsområden (här ingår även skogs- och lantbruk). Kvinnorna skadas oftare i övriga områden. I den här åldersgruppen sker cirka sju procent av skadorna på sjukhus och i särskilda boenden och servicehus. Se figur 6.1.



Figur 6.1. Skattat antal skadade personer 65–74 år per år efter kön och plats.
Källa: IDB 2011–2012, Socialstyrelsen.

75–84 år

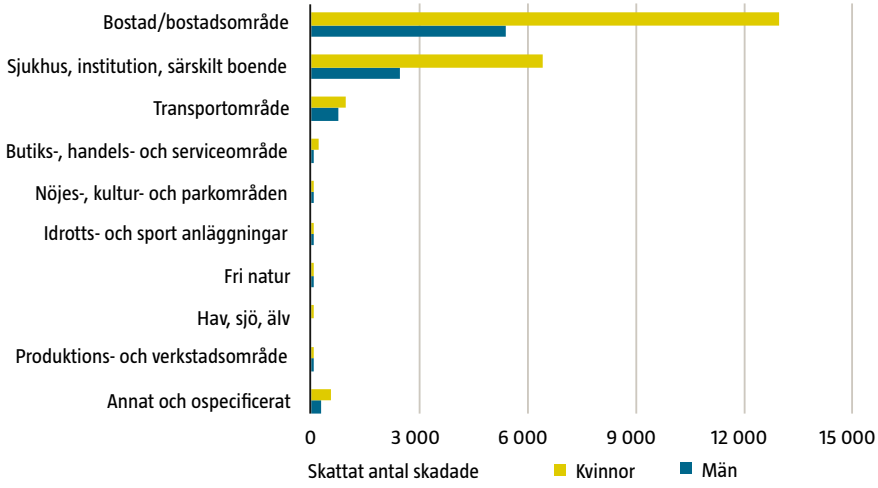
I åldersgruppen 75 till och med 84 år dominerar fortfarande skador i den ordinarie bostaden och i transportområden, men i den här gruppen kommer sjukhus, särskilda boendeformer och servicehus som den plats där nästan lika många skadas som i transportområdena. Se figur 6.2.



Figur 6.2. Skattat antal skadade personer 75–84 år per år efter kön och plats.
Källa: IDB 2011–2012, Socialstyrelsen.

85 år och äldre

I åldersgruppen 85 år och äldre är olyckor i den ordinarie bostaden vanligast följt av sjukhus, särskilda boendeformer och servicehus. Se figur 6.2.



Figur 6.3. Skattat antal skadade personer 85 år och äldre per år efter kön och plats. Källa: IDB 2011–2012, Socialstyrelsen.

Skador i ordinarie bostäder eller i bostadsområden

Uppskattningsvis skadas varje år 65 000 personer 65 år och äldre i eller kring bostaden. Den helt dominerande mekanismen eller orsaken till skadorna är fall. I åldersgruppen 65–74 år ligger fall bakom drygt 70 procent av skadorna och i åldersgruppen 85 år och däröver ligger fall bakom nästan 93 procent av skadorna.

Andra typer av mekanismer bakom skadorna är klämning, skärning eller stick som ligger bakom 12,7 procent av skadorna i åldersgruppen 65–74 år och tre procent av skadorna i åldersgruppen 85 år och däröver. Typiska händelser här är att man klämmer sig i dörrar, skär sig på vassa knivar och andra föremål samt att man blir biten av hundar eller andra djur.

En tredje grupp av mekanismer eller orsaker till skador uppstår genom kontakt (kollision) med föremål, människor eller djur. Dessa orsaker ligger bakom 7,4 procent av skadorna i åldersgruppen 65–74 år och 1,5 procent av skadorna i åldrarna 85 år och däröver.

FALL RISK

Andra typer av orsaker är att man får splitter och liknande i ögon, kvävning genom mat, termisk påverkan genom varma vätskor eller att man får i sig eller på sig giftiga eller frätande ämnen. Skador till följd av elektricitet eller bränder är mycket sällsynta. Däremot uppstår en del skador genom akut överansträngning. Den vanligaste händelsen här är vridvåld av knän och fötter. Akut överansträngning ligger bakom knappt fem procent av skadorna i åldersgruppen 65–74 år och en procent av skadorna i den äldsta gruppen.

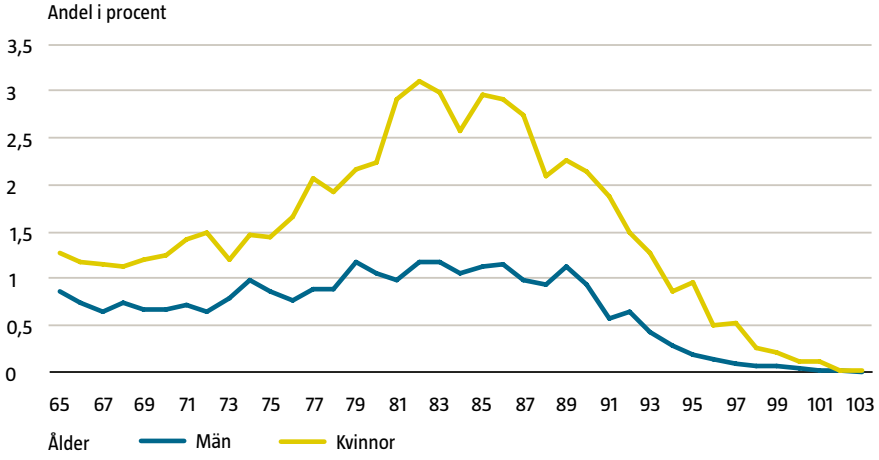
Som framgår av tabell 6.1 sker de flesta skadorna i vanliga bostadsrum som vardagsrum, sovrum etc. Männen skadar sig oftare utanför själva bostaden, till exempel i trädgården eller i garaget, än kvinnorna. Kvinnorna skadar sig oftare i köket än männen. Med ökande ålder så minskar andelen skador utanför själva bostaden och koncentreras till kök, vanliga bostadsrum samt hygienutrymmen.

PLATS	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Kök	5	9	6	9	7	9
Bostadsrum, sovrum, vardagsrum	30	38	44	55	59	66
Badrum, WC	5	8	8	8	9	10
Trappa (inomhus)	6	7	5	6	5	3
Källare, vind, korridor	1	1	1	1	0	1
Utomhus, balkong, trappa, altan	12	8	8	7	6	3
Trädgård, uthus	15	9	10	5	2	2
Infart, parkering, garage, promenadväg	21	17	15	8	8	3
Annat och ospecificerat	4	2	2	1	2	3
Totalt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Tabell 6.1. Procentuell fördelning av skadade mellan olika platser i bostad eller bostadsområde. Källa: IDB 2011–2012, Socialstyrelsen.

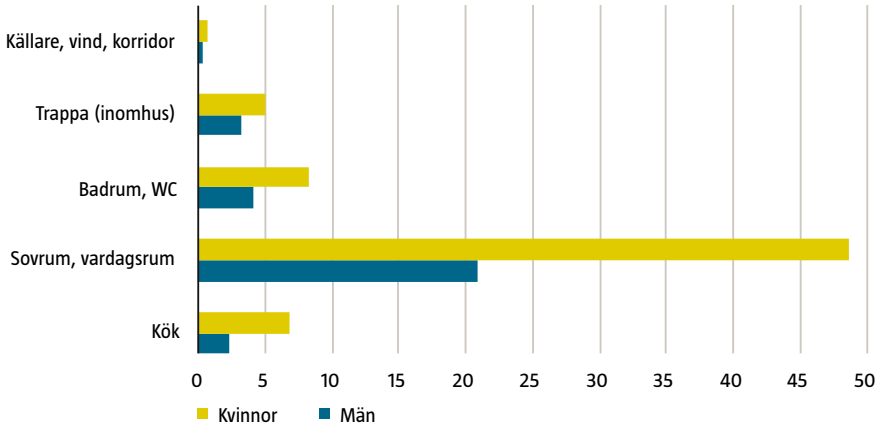
Fallskador inomhus i ordinarie boende

Det är betydligt fler kvinnor än män som skadas i fallolyckor i ordinarie boende inomhus. Detta framgår av figur 6.3. Som också framgår av figuren är de flesta som råkar ut för en fallolycka inne i bostaden i åldern 80–85 år. Detta betyder inte att risken minskar vid ännu högre ålder utan att många flyttar till särskilt boende (institution) och att antalet personer minskar drastiskt efter 85 år.



Figur 6.4. Andel skadade inomhus i ordinarie boende i fallolyckor efter ålder och kön. Källa: IDB 2011–2012, Socialstyrelsen.

Av figur 6.5 framgår att den vanligaste skadeplatsen för både män och kvinnor är vanliga bostadsrum som vardagsrum, sovrum, hall. Därefter följer kök för kvinnor. Toalett och badrum är ytterligare en farlig plats.



Figur 6.5. Procentuell fördelning av fallolyckor inomhus i ordinarie boende efter plats och kön. Källa: IDB 2011–2012, Socialstyrelsen.

Av de män och kvinnor som skadar sig i fallolyckor inomhus gör ungefär 60 procent det genom att halka, snubbla eller snava i samma plan. Drygt en av tio skadar sig genom fall i eller på trappa och ungefär lika många genom fall från höjder lägre än en meter (stol, rullstol, fåtölj, säng etc.). Fall i trappor och fall från höjder över en meter minskar med ökande ålder.

MEKANISM	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Fall i samma plan till följd av halka	8	8	6	6	6	5
Fall i samma plan (snubbling, snavning, knuff)	46	53	56	57	53	59
Fall på eller från trappa	18	14	9	8	7	3
Fall från låg höjd (< 1 m)	9	12	7	10	10	9
Fall från hög höjd (> 1 m)	3	0	0	0	0	0
Annat fall	4	3	3	2	4	3
Ospecificerat fall	12	10	19	17	21	20
Totalt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Tabell 6.2. Fördelning av fallolyckor inomhus i ordinarie boende efter ålder och kön. Källa: IDB 2011–2012, Socialstyrelsen.

Orsakande och utlösande föremål eller produkter
I så gott som alla skadehändelser finns människor, djur eller olika föremål på ett eller annat sätt inblandade. Människor, djur eller föremål kan dels orsaka själva skadan och kallas då orsakande faktorer. De kan också sätta igång eller medverka i själva händelseförloppet och kallas då för utlösande faktorer. Om en person snubblar på en sladd och slår huvudet i ett bord, så är bordet en orsakande faktor och sladden en utlösande.

Orsakande föremål och produkter
Vilka föremål eller produkter är det då som ger upphov till själva fallskadan inomhus i bostaden? Av tabell 6.3 nedan framgår att för både män och kvinnor är golv den produktgrupp som ger upphov till flest skador. Golvens betydelse för skadeuppkomst ökar med ökande ålder. Efter golv följer trappor. Trappors betydelse minskar med ökande ålder. Möbler som bord, stolar, soffor och sängar ger upphov till ett antal skador, liksom utrustning i badrum och toaletter.

ORSAKANDE PRODUKTGRUPP	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Trappor inomhus	16,5	13,0	6,6	6,7	5,9	2,9
Golv inomhus	62,7	68,9	67,9	72,6	72,5	77,6
Dörrar	1,2	1,5	1,7	1,9	1,0	1,8
Fasta inventarier i badrum	3,1	1,9	2,0	1,4	1,2	1,5
Fasta skåp, bänkar	0,2	1,5	0,7	1,2	0,5	0,6
Möbler	5,0	3,2	5,2	4,0	4,6	2,6
Annan	11,3	10,1	15,8	12,2	14,3	12,9
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.3. Procentuell fördelning av de vanligaste orsakande produktgrupperna för fallolyckor inomhus i ordinarie boende efter ålder och kön. Källa: IDB 2011–2012, Socialstyrelsen.

Utlösande föremål eller produkter

Vilka föremål är det då som utlöser själva fallolyckan inne i den ordinarie bostaden? I tabell 6.4 framgår att det bland de utlösande faktorerna också finns samma kategorier som bland dem som orsakade själva skadan. Möbler, i första hand sängar och stolar, är de föremål som oftast anges som utlösande till olyckshändelsen. Mattor är en del av möblemanget som här får utgöra en helt egen kategori. Golv och trappor ligger högt även bland de utlösande faktorerna. Vattenpölar på golven anges ofta som en enskild orsak. Bland den personliga utrustningen toppar rollatorerna före bland annat rullstolar. Alkohol nämns som utlösande främst bland män i de yngre åldersgrupperna. Sjukdom som utlösande orsak är vanligare bland män än bland kvinnor.

UTLÖSANDE PRODUKTGRUPP	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Möbler	10,1	15,7	12,2	15,9	15,4	17,3
Sjukdom	23,5	13,9	32,2	18,9	27,7	24,7
Trappor (inomhus)	10,9	12,0	8,6	8,0	7,7	3,8
Lösa mattor	8,4	8,6	5,1	8,9	7,4	7,9
Golv	6,3	8,1	9,1	10,1	8,0	10,4
Alkohol	10,1	6,2	4,0	0,7	1,6	0,2
Vatten, snö på golv	1,3	3,8	1,5	1,9	1,3	1,5
Dörrar	2,3	3,6	3,6	5,8	1,3	4,2
Fast utrustning i badrum	3,3	3,4	4,4	5,3	7,2	5,7
Personlig hjälputrustning	6,3	2,7	5,5	6,0	6,4	8,3
Stege, trappstege	4,1	2,1	1,1	1,2	0,8	0,7
Annan	13,4	20,0	12,8	17,4	15,2	15,3
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.4. Procentuell fördelning av de vanligaste utlösande produktgrupperna för fallolyckor inomhus i ordinarie boende efter ålder och kön. Källa: IDB 2011–2012, Socialstyrelsen.

Skadetyper

Av tabell 6.5. framgår vilka typer av skador fallolyckor inomhus i ordinarie boende genererar. Frakturer är den vanligaste skadetypen för både män och kvinnor.

Mäns skador innehåller betydligt oftare sårskador än kvinnors. Män råkar också oftare ut för hjärnskakning än kvinnor, medan distorsioner (vrickningar) är vanligare bland kvinnor. Efter frakturer följer för både män och kvinnor kontusioner eller blodutgjutningar som den näst vanligaste skadetypen. Hjärnskakning är något vanligare hos män än hos kvinnor. Sårskador och hjärnskakningar blir mindre vanliga med ökande ålder.

SKADETYP	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Hjärnskakning	5,0	3,9	4,0	2,9	3,5	2,8
Kontusion (blodutgjutning)	26,6	22,1	31,1	27,2	29,6	29,4
Sårskador	16,3	9,6	17,7	8,2	14,8	9,4
Fraktur	36,7	54,7	38,3	53,4	44,2	51,9
Luxation (urledvridning)	4,7	2,5	1,2	1,7	0,3	1,0
Distorsion (vrickning, stukning)	1,4	3,3	0,9	2,1	1,0	1,3
Skadat blodkärl	1,7	0,7	1,9	0,9	1,6	0,7
Sen- och muskelskada	1,6	0,5	1,2	0,5	0,3	0,3
Annat och ospecificerat	6,0	2,8	3,9	3,2	4,6	3,2
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.5. Procentuell fördelning av de vanligaste skadetyperna vid fallolyckor inomhus i ordinarie boende efter ålder och kön. Källa: IDB 2011–2012, Socialstyrelsen.

Skadad kroppsdel

Av tabell 6.6 framgår att de kroppsdelar som oftast skadas hos både män och kvinnor är de nedre extremiteterna (fötter/ben). Kvinnor skadar de nedre extremiteterna oftare än män och andelen sådana skador ökar med ökande ålder för både män och kvinnor. Huvudskador är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor liksom skador på nacke, hals och bröstkorg. Skador på buk och bäcken är vanligare bland kvinnor och ökar med ökande ålder hos bägge könen.

Skador på de nedre extremiteterna domineras stort av skador på höft följt av knän och fotleder. Skuldror och handleder är de mest utsatta delarna på de övre extremiteterna (händer, armar).

SKADAD KROPPSDEL	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Huvud	28,5	17,1	26,9	16,2	26,5	18,0
Nacke och hals	2,7	0,8	2,3	0,9	0,8	0,9
Bröstkorg	9,5	5,3	8,0	5,6	8,4	5,1
Buk, rygg, bäcken	4,9	6,7	9,3	10,3	11,0	11,3
Övre extremiteter	19,8	34,2	16,9	26,3	11,7	20,4
Nedre extremiteter	30,9	34,1	31,9	37,5	37,7	41,9
Annat och ospecificerat	3,7	1,8	4,8	3,2	3,9	2,5
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.6. Procentuell fördelning av skadade kroppsdelar vid fallolyckor inomhus i ordinarie boende efter ålder och kön. Källa: IDB 2011–2012, Socialstyrelsen.

Behandling

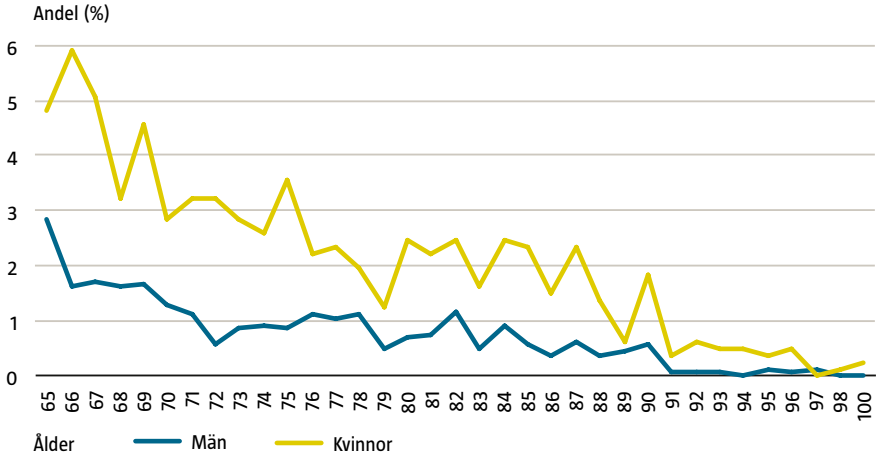
Det finns inga större skillnader i behandlingen av skador mellan män och kvinnor. Av alla äldre som uppsöker en akutmottagning efter att ha fallit inomhus i ordinarie boende blir tre till fyra procent undersökta och hemskickade utan behandling. Drygt hälften i åldersgruppen 65–74 år blir behandlade och hemskickade medan drygt en tredjedel blir inlagda på sjukhus. I den äldsta åldersgruppen är förhållandena motsatta. Här blir en tredjedel behandlade och hemskickade och över hälften inlagda på sjukhus för fortsatt vård.

BEHANDLING	65–74 ÅR		74–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Undersökt och hemskickad	3,5	4,2	2,7	3,4	2,8	3,1
Undersökt, behandlad och hemskickad	50,9	55,2	42,4	43,8	35,5	32,5
Behandlad och remitterad för fortsatt vård	3,1	2,9	2,2	2,2	3,8	1,5
Behandlad och inlagd för fortsatt vård	42,1	37,4	50,4	50,0	55,3	61,7
Avliden	0,2	0,2	2,3	0,6	2,6	1,2
Avvikit utan behandling	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.7. Procentuell fördelning av olika behandlingsformer efter kön och åldersgrupp. Fallskadade inomhus i ordinarie boende. Källa: IDB 2011–2012, Socialstyrelsen.

Övriga skadehändelser inomhus i ordinarie boende

Exempel på skadehändelser som inte är fall är klämning, skärning, stick, slag och stöt genom kontakt (kollision) med föremål (även personer och djur), olycksfall med kemikalier, elektricitet och heta ämnen eller föremål, splitter med mera i ögonen samt akut överansträngning. Totalt inträffar ungefär 6 500 sådana skadehändelser om året. Fördelningen på ålder och kön framgår av figur 6.6. Av figuren framgår att det är fler kvinnor (74 %) än män som skadas och att antalet sådana här skador minskar med ökande ålder.



Figur 6.6. Andel andra skademekanismer än fall i ordinarie boende, inomhus, efter ålder och kön. Källa: IDB 2011–2012, Socialstyrelsen.

Av tabellen 6.8 nedan framgår att för åldersgruppen 65 till och med 74 år är den vanligaste mekanismen eller orsaken till skador inomhus utöver fall att man klämmer sig, skär sig eller att man råkar ut för bett eller stick. Denna grupp av orsaker står för 46 procent av alla skador hos männen och 33 procent hos kvinnorna. Det är framförallt två typer av händelser som leder till dessa skador och det är bett eller stick från djur (framförallt hundar och getingar) samt skador som uppstår genom att man skär sig, hugger sig eller sågar sig. Människor, framförallt män, skär sig på knivar och glasskärvor samt hugger och sågar sig vid så kallade ”gör det själv” arbeten.

För åldersgruppen 85 år och däröver är det istället vanligast med skador som uppkommer från slag och stöt som genom kontakt (kollision) med föremål (även människor och djur) i rörelse eller i vila. Ofta handlar det här att man slår sig mot möbler eller dörrar och att man tappar saker på fötterna. Mat som fastnar i halsen är heller inte ovanligt. Akut överbelastning är också vanligt i de här åldersgrupperna. Den beror ofta på vridvåld av till exempel knän och fotleder, till exempel då man trampar snett eller gör en annan häftig rörelse.

MEKANISM/ORSAKER	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Slag/stöt pga. kontakt med föremål, person eller djur	17,6	22,8	23,4	35,4	52,8	38,6
Klämning, skärning, stick	46,2	33,7	32,3	21,7	13,2	22,9
Främmande föremål	7,1	1,4	8,9	3,1	7,5	4,8
Kvävning	1,4	1,8	4,0	0,0	0,0	1,2
Kemisk påverkan	13,8	12,3	16,1	15,5	7,5	13,3
Termisk påverkan	2,9	2,8	1,6	1,2	1,9	2,4
Elektricitet	0,5	1,1	0,8	0,0	0,0	1,2
Akut överansträngning, vridvåld	10,5	24,2	12,9	23,0	17,0	15,7
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.8. Procentuell fördelning av olika orsaker till skador (ej fall) inomhus i ordinarie boende efter kön och åldersgrupp. Källa: IDB Sverige, 2011–2012, Socialstyrelsen.

De produkter eller föremål som ger upphov till många av dessa skador är möbler (sängar, stolar), läkemedel (sömnmedel), husdjur (hund och katt), verktyg men också mat (i första hand köttprodukter) samt dörrar, fönster och trappor.

Skadetyper

Den dominerande skadetypen är öppna sår följt av frakturer. Mäns skador ger upphov till fler sår än kvinnors utom i den äldsta åldersgruppen. Kvinnor erhåller betydligt oftare frakturer än män. Se vidare i tabell 6.9.

SKADETYP	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Hjärnskakning	0,5	0,7	0,8	1,2	1,9	1,0
Blodutgjutning/kontusion	7,5	10,0	14,9	15,1	21,2	14,1
Sårskada	51,3	32,1	32,2	25,9	30,8	36,4
Fraktur (skelettben med brott eller spricka)	15,1	22,1	14,9	24,7	15,4	21,2
Luxation (urledvridning)	2,0	4,3	2,5	4,2	3,8	2,0
Distorsion (vrickning, stukning)	1,5	7,5	2,5	3,6	3,8	2,0
Sen- och eller muskelskada	2,0	7,1	5,0	4,2	1,9	4,0
Förgiftning	4,0	3,6	5,0	6,6	5,8	3,0
Brännskada	3,0	2,1	2,5	0,6	1,9	0,0
Annat och ospecificerat	13,1	10,4	19,8	13,9	13,5	16,2
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.9. Procentuell fördelning av olika skadetyper till följd av skadehändelser (ej fall) inomhus i ordinarie boende efter kön och åldersgrupp. Källa: IDB 2011–2012, Socialstyrelsen.

Skadad kroppsdel

Män skadar sig i högre omfattning än kvinnor i huvudet. Kvinnor skadar sig oftare i de nedre extremiteterna än män. Se också tabell 6.10.

SKADAD KROPPSDEL	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Huvud	12,1	5,7	12,4	12,7	26,9	11,1
Nacke, hals	4,5	2,1	9,1	1,8	3,8	7,1
Bröstkorg	3,0	2,5	6,6	6,0	5,8	7,1
Buk, bäcken	1,5	1,4	2,5	5,4	7,7	3,0
Övre extremiteter	51,8	44,3	34,7	28,9	28,8	30,3
Nedre extremiteter	20,6	35,7	24,0	34,3	19,2	31,3
Annat, ospecificerat	6,5	8,2	10,7	10,8	7,7	10,1
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.10. Procentuell fördelning av skadade kroppsdelar vid olyckor (ej fallolyckor) inomhus i ordinarie boende efter ålder och kön. Källa: IDB 2011–2012, Socialstyrelsen.

Behandling

Det finns inga större skillnader i behandlingen mellan män och kvinnor. Av alla som uppsöker en akutmottagning efter att ha skadats inomhus i ordinarie boende blir tre till sju procent undersökta och hemskickade utan behandling. Tre fjärdedelar i åldersgruppen 65 till 74 år blir behandlade och hemskickade medan färre än en sjättedel blir inlagda på sjukhus. I den äldsta åldersgruppen blir drygt hälften behandlade och hemskickade och cirka en tredjedel blir inlagda på sjukhus för fortsatt vård. I jämförelse med fallskadorna blir en betydligt lägre andel inlagda på sjukhus för fortsatt vård. Se tabell 6.11.

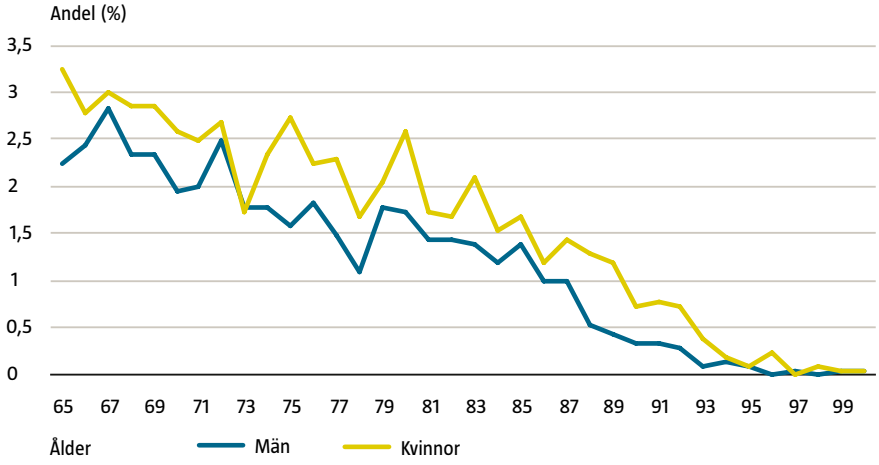
BEHANDLING	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Undersökt och hemsänd utan behandling	5,5	5,4	2,5	4,2	3,8	7,1
Behandlad och hemsänd	76,9	78,2	71,1	70,5	61,5	51,5
Behandlad och remitterad för fortsatt vård	3,0	3,2	2,5	0,6	0,0	2,0
Behandlad och inlagd på sjukhus	14,6	12,9	23,1	23,5	30,8	38,4
Avliden och ospecificerad behandling	0,0	0,4	0,8	1,2	3,8	1,0
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.11. Procentuell fördelning av olika behandlingsformer efter kön och åldersgrupp. Skadade (ej fall) inomhus i ordinarie boende. Källa: IDB 2011–2012, Socialstyrelsen.

Fallskador utomhus vid ordinarie boende

Med utomhus menas här altaner, verandor och balkonger, trädgårdar, gårdsplaner, infarter, parkeringsplatser, garage samt promenadvägar i bostadsområdet.

Av figur 6.22 framgår att det totalt sett är flest kvinnor som råkar ut för fallskador utanför själva bostaden. Efter 80 års ålder minskar antalet sådana skador för både män och kvinnor. Antalet fallskadade personer (65 år och äldre) utomhus uppskattas till drygt 14 000 per år.



Figur 6.7. Andel fallolyckor utomhus i det ordinarie boendet efter ålder och kön. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyrelsen.

Den vanligaste platsen för fallskador utanför själva bostaden är infarter, parkering, garage och promenadvägar inom bostadsområdet. Andelen fallskador i trädgården är lika hög för både män och kvinnor, utom för de äldsta männen. Se tabell 6.12.

PLATS	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Balkong, altan	33,4	22,8	33,4	22,8	36,4	28,4
Lekplats	0,4	0,7	0,4	0,7	0,0	0,0
Trädgård, uthus	20,7	23,6	20,7	23,6	6,6	16,6
Infart, parkering, garage, promenadväg	38,4	46,9	38,4	46,9	43,8	29,4
Annat och ospecificerat	7,1	5,9	7,1	5,9	13,2	25,6
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.12. Procentuell fördelning av skadade mellan olika platser utomhus i bostad eller bostadsområde. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyrelsen.

Skadetyper

Av tabell 6.13 nedan framgår vilka typer av skador fallolyckor utomhus i ordinarie boende genererar. Frakturer är den vanligaste skadetypen för både män och kvinnor.

Mäns skador innehåller betydligt oftare sårskador än kvinnors. Efter frakturer följer för både män och kvinnor kontusioner eller blodutgjutningar som den näst vanligaste skadetypen. Hjärnskakning är vanligare bland män än bland kvinnor utom i den äldsta åldergruppen.

SKADETYP	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Hjärnskakning	5,2	3,2	2,6	1,6	1,7	4,7
Kontusion (blodutgjutning)	23,1	15,1	27,2	20,4	15,7	21,8
Sårskada	10,1	5,9	10,6	7,9	18,2	9,0
Fraktur	43,1	64,9	44,9	61,0	57,0	59,2
Distorsion (vrickning, stukning)	4,5	2,9	4,5	1,6	0,8	0,0
Luxation (urledvridning)	5,4	5,8	2,9	3,5	0,8	0,5
Sen- och muskelskada	3,0	0,5	0,6	0,0	1,7	0,9
Annat och ospecificerat	5,6	1,6	6,7	3,9	4,1	3,8
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.13. Fallolyckor utomhus i ordinarie boende efter skadetyp, kön och åldersgrupp. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyrelsen.

Skadad kroppsdel

Av tabell 6.14 framgår att de kroppsdelar som oftast skadas hos både män och kvinnor är nedre och övre extremiteterna. Kvinnor skadas dock oftare i de övre extremiteterna än män. Män skadar sig oftare i huvud och bröstkorg. Andelen huvudskador ökar hos bägge könen med ökande ålder.

SKADAD KROPPSDEL	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Huvudskada	17,2	9,2	18,0	14,0	24,8	20,9
Nacke, hals	1,3	0,7	0,9	0,2	1,7	0,9
Bröstkorg	11,0	3,6	10,2	5,0	10,7	5,2
Buk, bäcken	9,1	4,3	6,5	5,7	3,3	10,0
Övre extremiteter	31,7	51,8	27,6	40,6	25,6	27,5
Nedre extremiteter	27,6	29,5	30,7	31,7	33,1	34,6
Annat och ospecificerat	2,2	0,9	5,9	2,8	0,8	0,9
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.14. Fallolyckor utomhus i ordinarie boende efter skadad kroppsdel, kön och åldersgrupp. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyrelsen.

Behandling

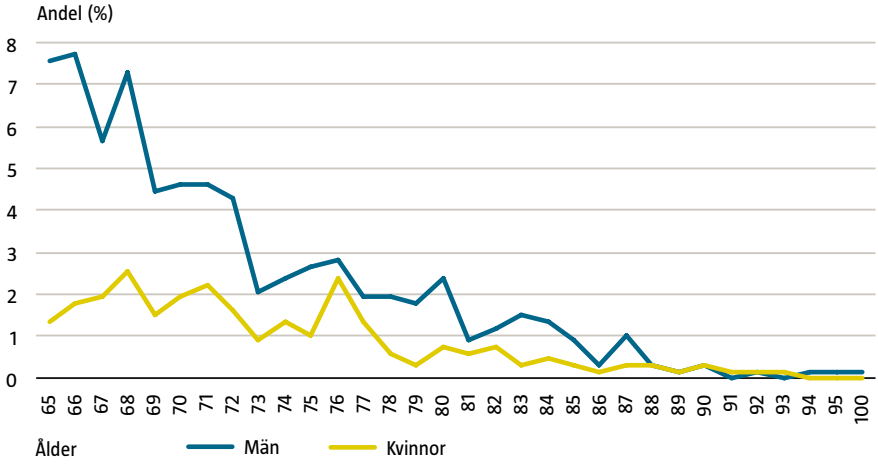
Det finns inga större skillnader i behandlingen mellan män och kvinnor. Av alla som uppsöker en akutmottagning efter att ha fallit utomhus i ordinarie boende blir tre till fem procent undersökta och hemskickade utan behandling. Knappt två tredjedelar i åldersgruppen 65 till 74 år blir behandlade och hemskickade medan en fjärdedel blir inlagda på sjukhus. I den äldre åldersgruppen är förhållandena motsatta. Här blir drygt hälften behandlade och hemskickade och fyra av tio blir inlagda på sjukhus för fortsatt vård.

BEHANDLING	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Undersökt och hemsänd utan behandling	4,7	3,6	3,2	2,3	3,3	2,8
Behandlad och hemsänd	59,9	67,6	57,1	61,5	44,6	39,3
Behandlad och remitterad för fortsatt vård	2,2	5,4	2,6	1,6	1,7	2,8
Behandlad och inlagd på sjukhus	33,0	22,8	36,9	34,6	49,6	52,6
Avliden	0,2	0,5	0,3	0,0	0,8	2,4
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.15. Procentuell fördelning av olika behandlingsformer efter kön och åldersgrupp. Skadade efter fall utomhus i ordinarie boende. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyrelsen.

Övriga skadehändelser utomhus vid ordinarie boende

Som redan nämnts är den helt dominerande mekanismen eller orsaken till skador fall. Andra orsaker är klämning, skärning, stick samt att man kommer i kontakt (kollision) med andra människor, med djur eller föremål. Att man får splitter eller olika partiklar i till exempel ögonen är också relativt vanligt. Härutöver förekommer olyckor med el, heta ämnen och vätskor, kemikalier med mera samt akuta överansträngningar. Totalt handlar det om drygt 4 500 sådana händelser per år som äger rum utomhus vid bostaden eller i bostadsområdet. Av figur 6.8 framgår att det är fler män (72 procent) än kvinnor som råkar ut för den här typen av skador och att antalet sådana händelser minskar med ökande ålder.



Figur 6.8. Andel övriga skadehändelser (ej fall) utomhus i ordinarie boende efter ålder och kön. Källa: IDB Sverige 2010–2011, Socialstyrelsen.

Av tabellen nedan framgår att den vanligaste mekanismen eller orsaken till skador utomhus (utöver fall) är att man klämmer sig, skär sig eller att man råkar ut för bett eller stick. Denna grupp av orsaker står för över hälften av alla skador. Det är framförallt två typer av händelser som leder till dessa skador och det är bett eller stick från djur (framförallt hundar och getingar) samt skador som uppstår i ”gör det själv” arbeten. Man skär sig, hugger eller sågar sig. Många sådana skador uppkommer vid vedhantering.

Nästa stora grupp är slag och stöt som uppkommer genom kontakt med föremål (även människor och djur) i rörelse eller i vila. Man får saker över sig eller på sig, till exempel dörrar, träd och ved eller sticker in en fot eller hand i gräsklipparen. Främmande föremål i till exempel ögonen beror ofta på olika typer verktyg som slipmaskiner, svetsar, sågar eller yxor. Gräsklippare och trimmers sprätter ibland iväg stenar och andra lösa föremål. Akut överbelastning beror ofta på vridvåld av till exempel knän och fotleder då man trampar snett eller gör en annan häftig rörelse.

SKADEMEKANISM	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Kontakt med föremål, person eller djur	24,1	30,0	28,2	28,1	20,8	38,5
Klämning, skärning, stick	61,3	52,0	54,0	45,6	58,3	23,1
Främmande föremål	2,9	2,0	0,8	0,0	0,0	7,7
Kvävning	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kemisk påverkan	0,3	0,0	1,6	1,8	4,2	0,0
Termisk påverkan	1,0	0,0	1,6	1,8	4,2	0,0
El	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Akut överansträngning	8,3	14,0	12,9	21,1	12,5	23,1
Annan och ospecificerad	1,3	2,0	0,8	1,8	0,0	7,7
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.16. Procentuell fördelning av olika mekanismer till skador (ej fall) utomhus i ordinarie boende efter kön och åldersgrupp. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyrelsen.

Skadetyp

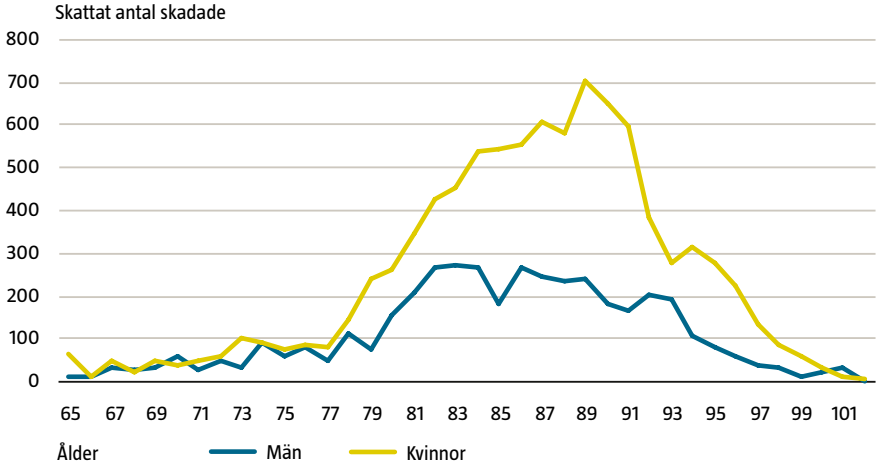
Den här typen av händelser ger upphov till helt annorlunda skador. Frakturer är inte alls lika framträdande. Istället dyker öppna sår upp som en dominerande skadetyp. Män har en större andel sårskador och mindre andel frakturer än kvinnor. Amputationer förekommer och beror framförallt på olyckor vid vedhantering (kapning och klyvning) samt med gräsklippare.

Skadad kroppsdel
De kroppsdelar som oftast skadas vid den här typen av händelser är övre och nedre extremiteter. Män skadar sig oftare i de övre extremiteterna, framför allt i fingrar och händer, än i de nedre. Kvinnor skadar sig ungefär lika ofta i de övre som i de nedre extremiteterna. Förutom händer och fingrar skadas, hos både män och kvinnor, ofta även underben, fötter och tår. Män skadar sig oftare i huvudet än kvinnor. Ofta gäller det här skador på ögonen.

Behandling
En större andel män än kvinnor blir remitterade för fortsatt vård hos läkare på annan klinik. I övrigt förekommer endast marginella skillnader mellan könen. Andelen inlagda på sjukhus för fortsatt vård är betydligt lägre än efter fall.

Skador i särskilt boende

I särskilt boende, servicehus, sjukhem och liknande (ej sjukhus och vårdcentraler) skadas ungefär 13 500 personer. Fall står bakom 95 procent av alla skador i dessa boendeformer. De flesta som skadas är, som framgår av figur 6.9, kvinnor i åldersgruppen 86 till 91 år.



Figur 6.9. Skattat antal skadade i särskilda boenden efter ålder och kön. Källa: IDB Sverige 2010–2012, Socialstyrelsen.

Ur nationella datakällor är det inte möjligt att för dessa boendeformer specificera var (kök, toaletter mm) dessa händelser inträffar. Genom fritexter är det dock möjligt att få en viss uppfattning om platsen för händelsen. De flesta olycksfallen inträffar i den boendes rum, inte sällan på väg till eller från toaletten. Många olycksfall inträffar också på toaletten eller duschen.

Mekanismen bakom fallen är i allt väsentligt lika för män och kvinnor i denna boendeform. Av de män och kvinnor som skadar sig i fallolyckor inomhus gör 51 procent det genom att halka, snubbla, snava i samma plan. Färre än en halv procent skadar sig genom fall i eller på trappa och nio procent genom fall från låg höjd (< 1 m) till exempel från stolar, fåtöljer, rullstolar, soffor eller sängar. Att falla från hög höjd (> 1 m) är mycket ovanligt. I genomsnitt förekommer två, till tre, sådana händelser per 1 000 fall. En mycket stor andel (38 %) är annat eller ospecificerat fall.

Orsakande och utlösande föremål eller produkter
Det föremål eller produkt som är involverat i och orsakar absolut flest skador är golv av olika slag. Inte sällan är golven våta av vatten. Bland övriga föremål eller produkter är sängar inblandade vid 28 procent av skadorna, rollatorer och rullstolar i 20 respektive 18 procent. Stolar, pallar och fåtöljer nämns vid 12 procent av skadorna. Tvättställ, toalettstolar och övrig utrustning i hygienutrymmen är inblandade vid fem procent (golv oräknat) av skadorna. Lösa mattor har inte lika stor betydelse för skadorna i dessa boendeformer. Endast tre procent av skadefallen kan hänföras till lösa mattor. En hel del skador uppstår också vid av- och påklädning och det är inte ovanligt att fotbeklädnaden har betydelse för skadans uppkomst.

I 30 procent av skadefallen nämns sjukdomar och medicinering som en möjlig orsak. Denna siffra är sannolikt en underskattning. Den vanligaste sjukdomen som omnämns i fritexterna är olika former av demens, men även stroke, Parkinson och epilepsi finns med i bilden.

Rollatorer och rullstolar syns vara inblandade i många skadehändelser. Många skador uppstår också då de boende ”glömmer bort” att de behöver dessa hjälpmedel och går iväg utan sin rollator eller rullstol.

Tidpunkt för skador
Flest skadehändelser, oavsett kön, (70 procent) inträffar dagtid mellan kl. 07 och 20.

Skadetyper
Av tabell 6.17 framgår vilka typer av skador olyckor i särskilt boende genererar. Frakturer är den vanligaste skadetypen för både män och kvinnor.

En intressant iakttagelse är att fördelningen av skadetyper inte förändras nämnvärt med ökande ålder. Sannolikt beror detta på att de som bor i särskilt boende, oavsett ålder, har ungefär samma fysiska och medicinska status.

SKADETYP	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Hjärnskakning	5,3	2,5	2,2	0,3	2,3	2,3
Kontusion (blodutgjutning)	26,3	33,8	31,6	27,4	27,6	23,5
Sårskada	7,0	15,0	13,9	9,8	16,6	13,5
Fraktur	49,1	41,3	42,0	53,0	45,3	52,4
Luxation (urledvridning)	1,8	1,3	0,0	0,8	0,9	1,5
Distorsion (vrickning, stukning)	0,0	1,3	1,7	1,3	0,9	1,0
Annat och ospecificerat	10,5	5,0	8,7	7,5	6,4	5,7
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.17. Fördelning på skadetyper efter skadehändelser inomhus i särskilt boende efter ålder och kön. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyrelsen.

Skadad kroppsdel
Av tabell 6.18 framgår att de kroppsdelar som oftast skadas hos både män och kvinnor är nedre och övre extremiteterna tillsammans med huvudet. För de övre extremiteterna är axel- och skulderpartier särskilt utsatta och för de nedre dominerar höftpartiet. Män skadar huvudet i större utsträckning än kvinnor. Skador i buken, ryggen och bäckenet domineras av skador på bäckenet.

SKADAD KROPPSDEL	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Huvud	17,5	21,3	27,7	15,6	26,7	19,8
Nacke, hals	0,0	2,5	1,3	1,5	0,9	1,4
Bröstkorg	1,8	1,3	2,6	3,3	2,0	3,7
Buk, rygg, bäcken	12,3	11,3	5,6	12,3	8,1	9,9
Övre extremiteter	15,8	20,0	11,3	21,6	13,7	18,9
Nedre extremiteter	45,6	41,3	46,8	41,0	46,5	43,4
Annat, ospecificerat	7,0	2,5	4,8	4,8	2,0	2,9
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.18. Fördelning på kroppsdel efter skadehändelser inomhus i särskilt boende efter ålder och kön. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyrelsen.

Behandling

Det finns inga större skillnader i behandlingen mellan män och kvinnor. Av alla som uppsöker en akutmottagning efter att ha fallit i särskilt boende blir 10 till 14 procent undersökta och hemskickade utan behandling. Cirka 40 procent blir behandlade och hemskickade medan nästan hälften blir inlagda på sjukhus. Se tabell 6.19.

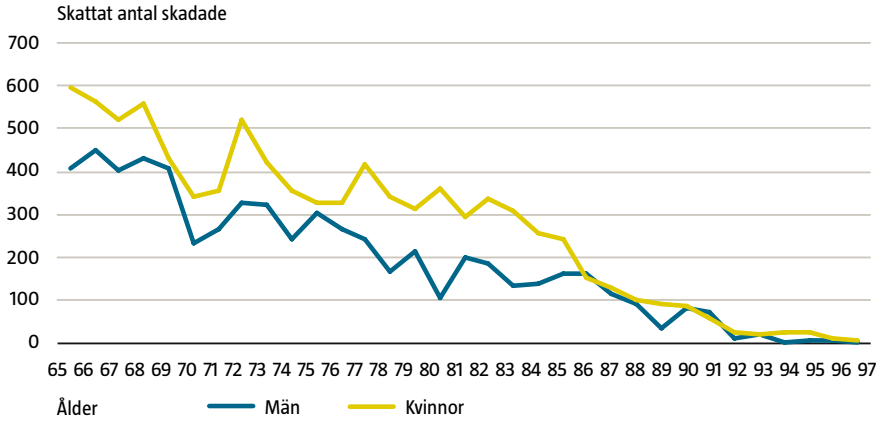
BEHANDLING	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Undersökt och hemsänd	12,5	6,6	6,3	5,1	3,5	3,6
Undersökt, behandlad och hemsänd	32,1	55,3	42,9	48,0	44,0	43,4
Remitterad till annan klinik för fortsatt vård	3,6	0,0	4,5	1,8	1,8	1,0
Behandlad och inlagd på sjukhus för fortsatt vård	51,8	38,2	45,1	44,1	46,9	50,3
Avliden	0,0	0,0	1,3	1,0	3,8	1,8
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.19. Procentuell fördelning av olika behandlingsformer efter kön och åldersgrupp. Skadade i särskilt boende. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyrelsen.

Skador i transportområden

Under 2000-talet har i genomsnitt 125 personer per år som är 65 år eller äldre omkommit i vägtrafiken. Under början på 1970-talet omkom 300 årligen. De flesta omkommer som förare eller passagerare i bil, men det finns också en överrepresentation bland omkomna fotgängare och cyklister. Under 2012 omkom 76 personer 65 år och äldre.

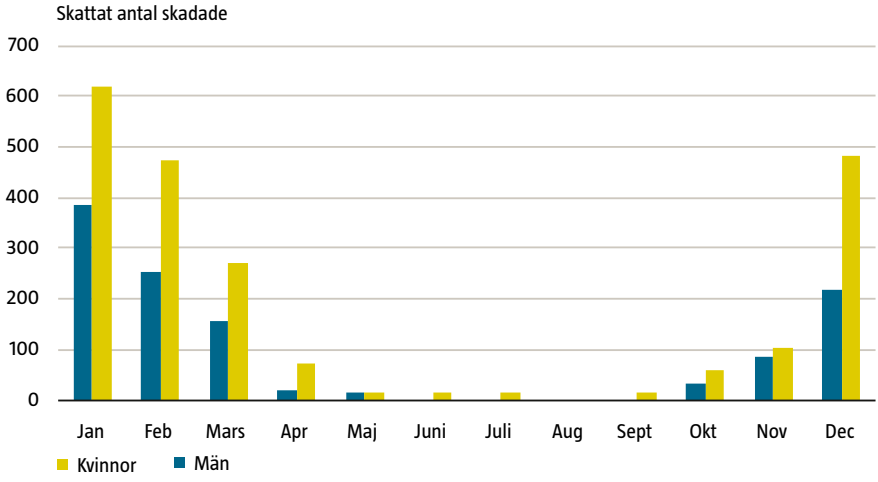
I transportområden skadas nästan 15 000 äldre personer varje år så allvarligt att de uppsöker ett akutsjukhus. Som framgår av figur 6.10 är flertalet skadade kvinnor. Antalet skadade minskar med ökande ålder vilket beror på att man med ökande ålder rör sig mindre och mindre i sådana områden. Transportområden innefattar trottoarer, cykelbanor, vägar och gator, parkeringsplatser, bussterminaler etc.



Figur 6.10. Skattat antal skadade i transportområden efter ålder och kön. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyrelsen.

Den vanligaste mekanismen bakom skadan är för både män och kvinnor fall och den näst vanligaste är att man slår sig genom kontakt med föremål i rörelse eller vila (bilar, cyklar etc.). Fall står bakom drygt 80 procent av kvinnornas skador och nästan 70 procent av männens. Den vanligaste fallolyckan är fall i samma plan genom halkning, snubbling och snavning.

Av de 15 000 som skadar sig i transportområden är det drygt 3 300 som skadar sig i rena halkolyckor. Av figur 6.11 framgår med önskvärd tydlighet att det olycksförebyggande arbetet för den här gruppen i allt väsentligt handlar om snö- och halkbekämpning.



Figur 6.11. Skattat antal skadade, 65 +, i halkolyckor och i transportområden efterkön och månad. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyrelsen.

Skadetyper

De skadetyper som uppstår i transportområden framgår av tabell 6.20 nedan. För både män och kvinnor är frakturer den vanligaste skadetypen. Män drabbas oftare än kvinnor av hjärnskakning, kontusion och öppna sår. Kvinnor drabbas oftare av frakturer. Andelen sårskador ökar med ökande ålder.

SKADETYP	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Hjärnskakning	4,8	3,3	4,8	2,2	3,5	0,7
Kontusion (blodutgjutning)	24,4	19,7	23,9	20,2	27,2	15,6
Sårskada	10,9	5,5	16,7	9,4	21,1	10,9
Fraktur	35,1	57,9	36,5	55,7	30,7	64,6
Luxation (urledvridning)	2,9	1,4	2,4	1,2	1,8	2,7
Distorsion (vrickning)	5,0	5,9	3,8	3,7	1,8	2,0
Sen- och muskelskada	3,3	0,6	1,0	0,8	0,0	0,0
Annat och ospecificerat	13,6	5,7	10,9	6,7	14,0	3,4
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.20. Andel skadade fördelade på skadetyper efter olyckor i transportområden efter åldersgrupp och kön. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyresen.

Skadad kroppsdel

Som framgår av tabell 6.21 skadar sig både män och kvinnor oftast i de övre extremiteterna (skuldror, handleder och underarmar), huvudet och de nedre extremiteterna (höft, knän och underben). Andelen huvudskador ökar för både män och kvinnor med ökande ålder, med andelen skador på de övre extremiteterna minskar för bägge könen med ökande ålder.

SKADAD KROPPSDEL	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Huvud	24,4	11,2	28,0	19,0	31,6	20,4
Nacke, hals	5,2	3,0	2,4	2,2	1,8	0,0
Bröstkorg	7,3	4,9	9,2	4,5	9,6	5,4
Buk, rygg, bäcken	2,9	3,7	3,4	3,9	3,5	3,4
Övre extremiteter	30,3	47,3	27,3	43,5	25,4	42,9
Nedre extremiteter	21,5	25,7	23,2	22,9	18,4	26,5
Annat, ospecificerat	8,4	4,2	6,5	4,1	9,6	1,4
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.21. Andel skadade fördelade på skadad kroppsdel efter olyckor i transportområden efter åldersgrupp och kön. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyresen.

Inblandade produkter och föremål.

Precis som vid olyckor inomhus i bostaden är det oftast underlaget som ger upphov till själva skadan. I trafikmiljöer är det som framgår av tabell 6.22. nedan olika typer underlag som orsakar två av tre skador. Underlag som är täckta av snö och is dominerar, följt av bar asfalt och annat bearbetat underlag (grus, sten, cement och gräs). Bilar och olika delar av bilen, till exempel dörrar, står för 11 procent. Bland andra produkter eller föremål återfinns, djur, reklamskyltar, lyktstolpar, mopeder, rullstolar och rollatorer.

ORSAKANDE PRODUKTER	ANDEL
Bearbetat underlag utomhus	72,7
Motorfordon	9,5
Icke bearbetat underlag utomhus	6,3
Delar av motorfordon	1,6
Fast utrustning på eller vid gata/väg	1,6
Djur	1,2
Cykel och cykeltillbehör	1,0
Träd	0,5
Järnväg, spårväg	0,3
Annat och ospecificerat	5,2
Totalt	**100,0**

Tabell 6.22. Andel skadade fördelade på orsakande produkt efter olyckor i transportområden. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyresen.

Även bland sådana produkter eller föremål som betraktades som utlösande återfinns underlag som den klart dominerande (44 %). Bland underlagen intar även här snö och is en tätposition följt av trottoarkanter. Se vidare i tabell 6.23. Den produktgrupp som därefter utlöste flest olyckshändelser var fordon av olika slag. Här dominerade bilen följt av cykeln. Djur, i första hand hundar, orsakar tre procent av olyckshändelserna och Med hjälpmedel avses i första hand rollatorer och rullstolar.

UTLÖSANDE PRODUKT	ANDEL (%)
Bearbetat underlag utomhus	42,3
Motorfordon och delar av dessa	15,5
Cyklar	10,6
Djur	3,3
Personliga hjälpmedel	1,8
Andra människor	1,4
Icke bearbetat underlag utomhus	1,3
Alkohol	0,9
Annat och ospecificerat	22,8
Totalt	**100,0**

Tabell 6.23. Andel skadade fördelade på utlösande produkt efter olyckor i transportområden. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyresen.

Behandling

Drygt hälften av alla som kommer in till en akutmottagning efter skador som uppstått i transportområden blir behandlade och hemsända. Drygt en fjärdedel blir inlagda på sjukhus för fortsatt vård. Andelen inläggningar ökar med ökande ålder. Se vidare i tabell 6.24.

BEHANDLING	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Undersökt och hemsänd utan behandling	6,0	4,3	5,5	5,7	5,3	2,7
Behandlad och hemsänd	62,6	73,1	58,0	58,2	50,0	45,6
Behandlad och remitterad för fortsatt vård	3,3	3,6	4,4	2,0	0,9	2,0
Behandlad och inlagd på sjukhus	27,8	18,7	31,1	33,7	43,0	49,7
Avliden	0,0	0,1	0,3	0,4	0,9	0,0
Ospecificerad behandling	0,4	0,1	0,7	0,0	0,0	0,0
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tabell 6.24. Procentuell fördelning av olika behandlingsformer efter kön och åldersgrupp. Skadade i transportområden. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyrelsen.

Frakturer

I tabell 6.25 redovisas frakturer till följd av olyckor inomhus för alla skadeplatser. Som framgår av tabellen minskar andelen frakturer på de övre extremiteterna med ökande ålder medan andelen frakturer på de nedre extremiteterna ökar med ökande ålder. Det är framförallt frakturer på höften som ökar. Även bäckenfrakturer ökar med ökande ålder.

SKADAD KROPPSDEL	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Huvud	5	1	2	1	2	2
Nacke, hals	3	1	3	1	1	1
Bröstkorg	10	5	10	5	7	5
Buk, rygg, bäcken	5	7	9	11	14	14
Övre extremiteter varav	32	46	24	35	18	27
varav						
Skuldra, axel	21	18	20	20	26	26
Handled	18	33	17	29	25	24
Nedre extremiteter	46	40	52	46	57	51
varav						
Höft	46	45	73	65	88	79
Fotled	14	17	7	10	2	5

Tabell 6.25. Fördelning av frakturer på olika kroppsdelar till följd av olyckor inomhus efter ålder och kön. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyrelsen.

I tabell 6.26 redovisas frakturer till följd av olyckor utomhus för alla skadeplatser. Som framgår av tabellen minskar andelen frakturer på de övre extremiteterna med ökande ålder medan andelen frakturer på de nedre extremiteterna ökar med ökande ålder. Det är framförallt frakturer på höften som ökar. Även bäckenfrakturer ökar med ökande ålder.

Det innebär att det inte finns någon större skillnad i hur frakturer fördelar sig på kroppen om olyckan skett inomhus eller utomhus.

SKADAD KROPPSDEL	65–74 ÅR		75–84 ÅR		85 + ÅR	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Huvud	3	1	3	3	3	2
Nacke, hals	2	0	1	0	3	1
Bröstkorg	9	2	9	2	10	3
Buk, rygg, bäcken	8	4	6	5	10	10
Övre extremiteter	43	65	39	58	37	46
varav						
Skuldra, axel	14	18	16	19	18	26
Handled	24	38	19	34	23	26
Nedre extremiteter	34	28	42	31	37	38
varav						
Höft	28	21	47	48	82	66
Fotled	37	37	24	25	2	8

Tabell 6.26. Fördelning av frakturer på olika kroppsdelar till följd av olyckor utomhus efter ålder och kön. Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyrelsen.

Varje år drabbas den här gruppen (65 +) av nästan 50 000 frakturer. De flesta drabbar armar och ben. Sextio procent inträffar inomhus och resterande utomhus vilket visar att det är viktigt att även ta hänsyn till utomhusmiljön och transportområdet i det förebyggande arbetet. Drygt 34 000 frakturer leder till inläggning på sjukhus. Se vidare kap 5.2.

SKADAD KROPPSDEL	INOMHUS						UTOMHUS						TOTALT
	65–74 år		75–84 år		85 + år		65–74 år		75–84 år		85 + år		
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
Huvud	100	50	50	100	50	150	150	50	50	150	50	50	1 000
Nacke, hals	100	50	100	100	50	100	50	>0	50	>0	>0	>0	600
Bröstkorg	200	200	300	400	200	500	350	150	200	100	100	50	2 750
Buk, rygg, bäcken	100	300	300	900	450	1 300	300	250	100	200	100	150	4 450
Övre extremiteter	700	2 100	700	2 800	550	2 500	1 600	4 400	800	2 500	300	750	19 700
varav													
Skuldra, axel	150	350	150	550	150	650	200	800	150	500	50	200	3 900
Handled	150	700	100	800	150	600	400	1 700	150	850	50	200	5 850
Nedre extremiteter	1 000	1 800	1 500	3 700	1 800	4 900	1 300	1 900	850	1 350	300	600	21 000
varav													
Höft	450	800	1 100	2 400	1 600	3 800	350	400	400	650	250	400	12 600
Fotled	150	300	100	400	50	200	450	700	200	350	>0	50	2 950
Totalt	**2 200**	**4 500**	**2 950**	**8 000**	**3 100**	**9 450**	**3 750**	**6 750**	**2 050**	**4 300**	**850**	**1 600**	**49 500**

Tabell 6.27. Skattat antal frakturer på olika kroppsdelar till följd av olyckor inom- och utomhus efter ålder och kön.
Källa: IDB Sverige 2011–2012, Socialstyrelsen.

Bilaga: Datakällor

Bilaga: Datakällor

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

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

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

IDB Sverige
IDB är en sameuropeisk databas (benämns internationellt EURO-IDB) som tillkommit för att förbättra statistiken kring skadehändelser dels inom Europa men också inom respektive medlemsland. EURO-IDB är idag den enda datakällan som innehåller jämförbar statistik kring skadehändelser inom hem- och fritidssektorn. I Sverige utgör IDB en delmängd av patientregistret och innehåller detaljerad information om skadehändelser bland patienter som sökt vård vid ett urval av akutmottagningar och jourcentraler vid sjukhus i Sverige. Statistiken i denna rapport

grundar sig på uppgifter från Norrlands Universitetssjukhus i Umeå, Skaraborgs sjukhus med enheterna i Skövde, Lidköping, Falköping och Mariestad samt de tre sjukhusen inom Landstinget i Värmland – Karlstad, Arvika och Torsby. I denna rapport redovisas statistik från IDB Sverige för åren 2009–2012. 2012 är det senaste året med tillgänglig statistik. Anledning till att just denna fyraårsperiod valts är att de sjukhus som deltagit varit desamma under hela perioden, vilket innebär att insamling, kodning och registrering varit homogen, och därför jämförbar för dessa år.

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

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

redovisas i denna rapport härrör både från kapitel 19 och från kapitel 20. Kapitel 20 är uppdelat i olika avsnitt som beskriver typ av skadehändelse och om skadan uppkommit genom olycksfall eller varit avsiktligt tillfogad.

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

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

Referenser

Referenser

1. Tidigare benämndes detta register för EHLASS. IDB står för Injury Data Base.
2. Thorslund, M. Arc.
3. Porter, MM.; Vandervoort, AA.; Lexell, J. Aging of human muscle: structure, function and adaptability. Scand J Med Sci Sports 1995; 5: 129–42.
4. McCartney, N. et al. Long-term resistance training in the elderly: effects on dynamic strength, exercise capacity, muscle, and bone. J Gerontol Biol Sci 1995; 50A: B97–104.
5. Fiatarone, MA. et al. High-intensity strength training in nonagenarians. Effects on skeletal muscle. JAMA 1990; 263; 3029–34.
6. Bean, JF. et al. The relationship between leg power and physical performance in mobility-limited older people. JAGS 2002; 50: 461–7.
7. Woollacott, MH. Age-related changes in posture and movement. J Gerontol 1993; 48: (Special Issue): 56–60.
8. Frändin, K. & Grimby, G. Aktivitetsvanor och möjligheter till fysisk träning. I: Grimby, A. & Grimby, G. (red). Åldrandets villkor. Lund: Studentlitteratur; 2001.
9. Judge, JO. et al. Balance improvements in older women: effects of exercise training. Phys Ther 1993; 73: 254–62.
10. Light, KE. Information processing for motor performance in aging adults. Phys Ther 1990; 70(12): 820–6.
11. Shumway-Cook, A. & Woollacott, MH. Motor control. Theory and practical applications, kap. 13. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001.
12. Helbostad, J.; Sletvold, O.; Moe-Nilssen, R. Effects of home exercises and group training on functional abilities in home-dwelling older persons with mobility- and balance problems. A randomized study. Aging Clin Exp 2004; 85(6): 993–9.

13. Dehlin, O. & Rundgren, Å. Biologiska åldersförändringar i cirkulationsorganen, luftvägarna och huden. I: Dehlin, O. et al. Gerontologi. Falköping: Natur och Kultur; 2000.

14. Mazzeo, R.; Cavanaugh, P.; Evans, W. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc 1998; 30: 992–1008.

15. Frändin, K. & Grimby, G. Aktivitetsvanor och möjligheter till fysisk träning. I: Grimby, A. & Grimby, G. (red). Åldrandets villkor. Lund: Studentlitteratur; 2001.

16. Kallin, K. et al. Why the elderly fall in residential care facilities, and suggested remedies. J Fam Pract 2004; 53: 41–52.

17. Leipzig, RM.; Cumming, RG.; Tinetti, ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I Psychotropic drugs. J Am Ger Soc 1999; 47: 30–39.

18. Leipzig, RM.; Cumming, RG.; Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II Cardiac and analgesic drugs. J Am Ger Soc 1999; 47: 40–50.

19. Fonad E. et al. Falls and fall risk among nursing home residents, Journal of Clinical Nursing, January 2008, 17: 126–134.

20. Agostini, JV. & Tinetti, ME. Drugs and falls: rethinking the approach to medication risk in older adults. J AM Ger Soc 2002; 50: 1744–1745.

21. SBU (2003). Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling. SBU-rapport 2003:165. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Stockholm.

22. Cummings, S. et al (1995). Risk factors for Hip Fracture in White Women. The New England Journal of Medicine, 332, 767–773.

23. Lips, P. (1997). Epidemiology and predictors of fractures associated with osteoporosis. Review. American Journal of Medicine, 103, 3–11.

24. Kannus, P. (2003). Preventing osteoporosis, falls and fractures among elderly people; promoting of a lifelong physical activity is essential. British Medical Journal 318, 205–206.

25. Richard M. et al. APSS-congress 2006; A0311.
26. Peltola et al 2004. Comprehensive Preventive Dentistry.
27. Nordenram och Ljunggren 2002.
28. Rovio, S. et al. Leisure-time physical activity at midlife and the risk of Alzheimer's disease. Lancet Neurol. 2005 Nov; 4(11): 705–11.
29. Fratiglioni, L.; Paillard-Borg, S.; Winblad, B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. Lancet Neurol. 2004 Jun; 3(6): 343–53.
30. Statistiska Centralbyrån.
31. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.
32. Saveman, 1994.

Varje dag, året om, avlider åtta äldre människor till följd av skador och förgiftningar. Åtta om dagen! Tänk om det varit åtta barn om dagen som skadats dödligt eller tänk om det hade varit åtta arbetstagare som varje dag skadades så allvarligt att de avlidit av skadorna. Hade samhället tolererat detta? Naturligtvis inte. Dödsfall till följd av yttre inverkan benämns även som onaturliga och ska enligt lag polisanmälas. När det gäller äldre människor är det sällsynt med polisanmälan och rättsmedicinsk undersökning.

Inte nog med att dödliga skador är onaturliga, de är dessutom onödiga. Det är väl bekant att skador går att förebygga. Titta bara på vägtrafikolyckor, olyckor bland barn, drunkning och arbetsolyckor. Till skillnad mot att förebygga annan ohälsa kommer resultaten snabbt och de förebyggande åtgärderna är billiga. Självklart går det att förebygga skador bland äldre.

Denna skrift behandlar äldres skador (olyckor, självtillfogade skador inklusive suicid och våld) i Sverige ur ett statistiskt perspektiv. Den redovisar vilka typer av skador som drabbar äldre personer, utveckling över tid, skadornas omfattning, var de inträffar, skillnader mellan könen och olika åldrar samt något om de produkter och föremål som är inblandade i själva skadehändelsen.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)
651 81 Karlstad Tel 0771-240 240 www.msb.se
Publ.nr MSB712 - juni 2014 ISBN 978-91-7383-458-2