

Förord

I Sverige har vi under många år bedrivit ett systematiskt och kontinuerligt förebyggande barnsäkerhetsarbete som ur såväl nationellt som internationellt perspektiv har varit och fortfarande är framgångsrikt. Jämfört med andra länder skadas eller dör relativt få barn och ungdomar till följd av skador.

I trafiken är det exempelvis ett litet antal små barn som dör varje år, bland annat tack vare bilbarnstolarnas användning. Men det finns fortfarande mycket kvar att göra för att minska riskerna att barn och unga drabbas. I det arbetet är förekomsten av sociala skillnader i skaderisker bland barn och ungdomar mycket angeläget att lyfta fram.

Rapporten är framtagen av en forskargrupp, som leds av docent Lucie Laflamme, vid Karolinska institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för socialmedicin.

Rapporten har gjorts på uppdrag av Barnsäkerhetsdelegationen, som tillsattes av regeringen i oktober 2001 med uppdrag att bl.a. kartlägga vilka skador som drabbar barn och ungdomar samt vilka barn och ungdomar som drabbas. I delegationen ingår myndigheter med ansvar för barn och ungdomars säkerhet och förebyggande av skador.

Rapporten visar på betydande socioekonomiska skillnader i risken att skadas bland barn och ungdomar. Särskilt när det gäller olika trafikantgrupper samt våld och självtillfogade skador.

I rapporten konstateras att det finns en stor förbättringspotential vilket är både positivt och utmanande i det framtida förebyggande arbetet. Såväl nationella som lokala insatser kan bidra till en jämlikare fördelning av skaderisker och en minskning av skador för alla barn och ungdomar.

Jag hoppas därför att denna rapport ska stimulera kommuner, landsting och andra att öka medvetenheten om förekomsten av sociala skillnader i skaderisker bland barn och ungdomar samt att

detta på olika sätt kommer att återspeglas i beslut som rör verksamheter och insatser för denna grupp. Att ge barn mer jämlika uppväxtvillkor är en av våra viktigaste samhällsuppgifter!

Stockholm i augusti 2002

Agneta Karlsson
ordförande i Barnsäkerhetsdelegationen

Innehåll

Sammanfattning	7
Summary	11
Definitioner och förklaring.....	15
1 Socioekonomiska skillnader – ett problem värt att uppmärksamma.....	19
1.1 Varför är det viktigt att studera den socioekonomiska fördelningen av skador?	20
1.2 Kunskapsläget i Sverige.....	23
1.3 Presentation av forskargruppen och dess verksamhet	25
2 Kartläggning av socioekonomiska skillnader i skaderisk bland barn och ungdomar	27
2.1 En kartläggning i sex delar	28
2.2 Fall- och trafikskador i fyra åldersgrupper	31
2.3 Skador bland fotgängare och cyklister i fyra åldersgrupper	37
2.4 Skador bland motorfordonspassagerare och motorfordonsförare i fyra åldersgrupper.....	43
2.5 Olika typer av trafikskador under uppväxtåren	49
2.6 Övriga oavsiktliga skador i fyra åldersgrupper.....	53
2.7 Avsiktliga skador bland 10- till 19-åringar.....	59
2.8 Sammanfattning av resultaten.....	63

3	Möjligheter och utmaningar	65
3.1	Möjligheter och utmaningar	65
3.2	Förhållningssätt, insatser och åtgärder.....	67
3.3	Avslutande kommentar	71
4	Inhämtning, bearbetning och analys av materialet	73
4.1	Beskrivning av två olika ansatser	73
4.2	Sammanfattning av de mått som används	79
4.3	Begränsningar i datamaterialen	80
	Referenser	83
 Bilaga		
	Kommittédirektiv	89

Sammanfattning

Epidemiologisk och folkhälsovetenskaplig forskning visar att skador, förutom att vara den vanligaste dödsorsaken bland barn och ungdomar, också är en av de dödsorsaker som uppvisar störst skillnader mellan socioekonomiska grupper. Tills nyligen har Sverige saknat fördjupad kunskap om fördelningen av skador bland barn och ungdomar från olika socioekonomiska grupper. En ålders- och diagnosspecifik kartläggning av socioekonomiska skillnader kan ge vägledning för prioriteringar och ligga till grund för förebyggande insatser.

Denna rapport sammanställer huvudresultaten från ett antal nationella registerstudier, där skador bland barn i olika åldrar studeras utifrån familjens socioekonomiska status. Studierna omfattar första hälften av 90-talet och inkluderar både dödliga skador och skador som lett till sjukhusvård.

Baserat på kunskap från internationella studier om sociala skillnader i skaderisk har flera specifika skadediagnoser studerats, såsom olika typer av trafikskador, våldsrelaterade samt självtillfogade skador. Två olika ansatser har använts, en som bygger på ett tvärsnitt av befolkningen där barnen delats in och studerats i olika åldersgrupper (0–4, 5–9, 10–14 och 15–19 år) och en kohortstudie som fokuserat på olika typer av trafikskador under uppväxtåren.

Barnens socioekonomiska status har genomgående baserats på hushållets status och har klassificerats enligt Statistiska Centralbyråns socioekonomiska indelning (SEI). Hushållets socioekonomiska status bestämdes genom att föräldrarnas respektive position jämfördes och den högsta positionen användes som indelningsgrund för barnet.

I rapporten utgörs jämförelsegruppen genomgående av barn till tjänstemän på mellan- och högre nivå. Övriga grupper är lägre tjänstemän, facklärda arbetare, ej facklärda arbetare, egna företagare

(inkl. lantbrukare) och övriga (bl.a. studenter, hemmafruar, förtidspensionerade, långtidsarbetslösa). I studien om specifika trafikantgrupper analyseras lantbrukare och övriga egna företagare var för sig.

Sammantaget visar rapporten på betydande socioekonomiska skillnader i risken att skadas i Sverige och tydliga skillnader för både pojkar och flickor. De grupper som framför allt visar stora överrisker är barn till ej facklärda arbetare och barn i den socioekonomiska gruppen "övriga". Även barn till lantbrukare och övriga egna företagare har ökade risker när det gäller skador som motorfordonsförare.

I den yngsta åldersgruppen (0–4 år) är de socioekonomiska skillnaderna i skaderisk små för de flesta skadetyper, med undantag för kategorin övriga oavsiktliga skador. I åldersgrupperna 5–9, 10–14 och 15–19 år är de socioekonomiska skillnaderna i trafikskador tydliga och för de två äldsta åldersgrupperna finns stora skillnader även för våldsrelaterade och självtillfogade skador. Om man tittar på skillnader i absoluta termer återfinns de största skillnaderna i den äldsta åldersgruppen, för trafikskador bland pojkar och för självtillfogade skador bland flickor. I relativa termer återfinns störst skillnader för våldsrelaterade skador i åldersgruppen 10–14 år för pojkar och flickors tillsammans. Vid studier av specifika trafikantgrupper finner man tydliga socioekonomiska skillnader i risken att skadas både som fotgängare, cyklist, mopedist, motorcyklist och bilförare. De socioekonomiska skillnaderna ökar när unga kommer i kontakt med motorfordon.

Den största förbättringspotentialen återfinns bland avsiktliga skador, framför allt för våldsrelaterade skador bland 10–14-åringar (51%). När det gäller oavsiktliga skador har kategorin övriga oavsiktliga skador störst förbättringspotential i den yngsta åldersgruppen (15%), medan trafikskador har den största förbättringspotentialen i de övriga åldersgrupperna (20%, 14% respektive 20%). Det totala antalet skador bland motorcykel- och bilförare skulle kunna reduceras med mer än en tredjedel om samtliga socioekonomiska grupper skulle ha samma skadeincidens som jämförelsegruppen.

Att skaderisken skiljer sig mellan olika grupper i samhället kan bero på att barn och ungdomar i olika socioekonomiska grupper har olika förutsättningar: 1. olika tillgång till säkerhet, som till exempel att vissa exponeras för fler risker i den fysiska och sociala omgivningen (s.k. differentiell exponering); 2. olika förutsättningar

att undvika att de risker man utsätts för leder till en skada, beroende på möjlighet att motverka – eller handskas med – risker och därmed att undvika olyckor (så kallad differential sårbarhet); 3. olika tillgång till hälso- och sjukvård (behandling och rehabilitering).

Rapporten lyfter fram fyra typer av insatser som, utifrån resonemanget ovan, kan bidra till en utjämning av skaderiskernas fördelning. Den första typen av insats syftar till att minska skillnader i exponering för risker mellan människor från olika socioekonomiska grupper genom att minska riskerna i den fysiska och sociala miljön. Denna typ av insats omfattar förebyggande åtgärder, såsom fungerande och tillgänglig kollektivtrafik, reglering av produktsäkerhet och ökad tillgänglighet till allmänna platser för rekreation.

Den andra typen av förebyggande åtgärder syftar till att minska den individuella sårbarheten för skador snarare än de risker för vilka personerna exponeras. Exempel på detta är simundervisning i skolan eller gratis installation av brandvarnare i mindre privilegierade områden.

En tredje typ av insats är att förebygga sociala skillnader i konsekvenserna av skador. Exempel på detta är att ha en väl fungerande vård och rehabilitering. Åtgärder som minskar effekten av olycks-händelser är också ett exempel på detta. Inom trafiken representerar Vägverkets "Nollvision" en sådan ansats, där syftet är att ingen ska dödas eller bli allvarligt skadad som följd av en trafikolycka.

Den fjärde typen av åtgärd, som i hög grad skiljer sig från de andra, är att påverka själva den sociala strukturen, genom ekonomiska, sociala och utbildningsmässiga insatser, i syfte att minska skillnaderna mellan sociala grupper.

För att minska de sociala skillnaderna i skaderisk krävs att ett flertal olika insatser, på olika nivåer, sätts in samtidigt. Det är också viktigt att ta hänsyn till etiska aspekter vid utformningen av åtgärdsprogram.

Vi vill med denna rapport uppmärksamma att det finns socioekonomiska skillnader i skaderisker bland barn och ungdomar. Det är viktigt att denna kunskap integreras vid såväl planering, utförande som utvärdering av det förebyggande arbetet.

Summary

This report presents the current state of knowledge concerning the distribution of injury risks among Swedish children and youth, based on their socioeconomic status.

Over the years, there has been a lot of scientific evidence produced from very many different countries showing that people from lower social classes have mortality rates significantly higher than those from upper social classes, at least as far as each major cause of death is concerned. Large social differences have been observed at younger ages, with decreasing trends as age increases, particularly with regard to accidents and violent deaths.

Until recently, Sweden lacked information concerning the social distribution of injuries of various kinds. Also, as is the case for several other countries, little was known about the socioeconomic patterning of nonfatal injuries and about how socioeconomic distribution varies with age during childhood and adolescence.

An age and diagnostic specific mapping of the socioeconomic distribution of injuries can provide the foundation for the setting of priorities and the choice of preventive strategies.

This report presents an overview of the main results of a number of national studies based on register data linking children and youth to their parents and documenting a number of family and parental social attributes as well as characteristics of injuries found in outpatient and death registers. The period covered is primarily the first half of the nineties.

Based on international evidence, several types of injuries were considered, such as various categories of road users, injuries due to interpersonal violence and self-inflicted injuries. Both cross-sectional and cohort study designs were used. In the cross-sectional studies, various injury diagnoses were compared at different ages (0–4, 5–9, 10–14 and 15–19 years); in the cohort-

study, attention was paid to various categories of road users during childhood and youth, regardless of age.

Children's socioeconomic status (SES) was established using that of the highest member of their household, as attributed by Statistics Sweden in the census of 1990. The Swedish individual SES is a measure of class, based on one's occupation and the average educational level required for that particular occupation. Seven household SESs were used: high/intermediate-level salaried employees, low-level salaried employees, unskilled workers, skilled workers, farmers, self-employed, and others (e.g. students, housewives, persons on early-retirement pension and long-term unemployed). High/intermediate-level salaried employees were used as the reference group in all instances.

In general terms, the report throws light on considerable differences in the distribution of injury risks, based on parental socioeconomic status. Compared to children from high- and middle-level salaried employees, children from several socioeconomic groups show an over-risk of injuries in most diagnosis groups (among others traffic injuries, self-inflicted and violence-related injuries). This applies to both boys and girls. In particular, children from unskilled worker families and the socioeconomic group "others" are at substantially higher risk. Another difference that is worth mentioning is the over-risk of traffic injuries associated with motorised vehicles among the children of farmers and other self-employed families.

In absolute terms, when consideration is paid to the incidence of unintentional injuries, only quite small differences are found between socioeconomic groups for fall and traffic injuries whereas differences are substantial for "other unintentional injuries" (e.g., burns, drowning, poisoning) in the younger age group (0–4 years). In the other age groups (5–9, 10–14 and 15–19 years), differences remain rather small for fall injuries while they become quite important for traffic injuries (all categories of road users aggregated). Differences in traffic injury incidence are largest in the older age group (15–19 years), particularly among boys.

A closer look at injury incidences for different categories of road users reveals clear socioeconomic differences for pedestrians, cyclists, motor vehicle passengers and motor vehicle drivers. Definitely, in both absolute and relative terms, socioeconomic differences increase remarkably when young people come into

contact with motorised vehicles (i.e., mopeds, motorcycles and cars).

Absolute differences in intentional injuries (i.e., due to interpersonal violence or self-inflicted) were studied exclusively among children aged 10–14 and 15–19 years. The group with self-inflicted injuries was the diagnostic group with by far the largest differences between children (particularly girls) from different socioeconomic groups. In relative terms, the largest differences were found in the age group 10–14 years, in violence-related injuries among boys and in self-inflicted injuries among girls.

The size of the gap between the mortality and morbidity rates of the most and the least advantaged groups can be regarded as indicative of the potential for improvement in a nation's injury risk level. Methodologically, the magnitude of the risk difference between social groups can be measured in a large variety of ways. One such measure is the percentage of reduction in injuries expectable for the overall population given that children from all socioeconomic groups would incur the same risk as those with the lower risk (in this report, in most instances, the children of middle and upper level salaried employees); this is called the population attributable risk (PAR).

In the data at hand, in the case of unintentional injuries, the category "other unintentional injuries" has the highest PAR-value among children from the younger age group (15%) and the category of traffic injuries, the highest PAR – by far – in all three older age groups (20%, 14%, and 20% respectively). The greatest potential for improvement is found in intentional injuries, particularly for violence-related injuries among boys 10-14 years (51%).

Social differences in injury risks and injury consequences arise because children and young people are variously disadvantaged according to social group due to: differing opportunities for safety (e.g. some face higher structural risks in the physical and social environment); differing opportunities for avoiding risk (e.g. some are at greater circumstantial risk due to limited chances to compensate for – or cope with – danger and avoid injury); differing access to medical care (for treatment and rehabilitation).

In order to pave the way for sound preventive activities with the potential for promoting safety and reduce inequalities in risks, research is needed to clarify both the mechanisms underlying such differences and the differential impacts of safety measures.

The report puts into perspective various types of intervention susceptible to impact on the socioeconomic patterning of injury risks, classifying them according to their ultimate goal. A first set concerns those interventions aiming at decreasing the extent to which children and young people are differentially exposed to injury risks. This kind of measure usually falls into the category of primary prevention measures that attempt to lower structural risk levels in various living environments. Examples of such measures are housing policies, well-functioning and affordable public transport systems, product safety regulation or the creation and maintenance of inclusive public places.

A second type of measure aims at counterbalancing individual vulnerability to injury risks rather than lowering the risk levels to which individual from various socioeconomic groups are otherwise exposed. This is what happens with e.g., the inclusion of swimming lessons in school curricula, the free distribution and installation of smoke detectors in deprived living areas or that of bicycle helmets to young people living in such areas. Advocacy is also a measure of that type.

A third type of measure is the prevention of the unequal consequences of injuries. It can be achieved by the sound governance of medical services or by other types of measures aiming at reducing the consequences of injurious events. An example of such programmes at national levels can be found in the Swedish "Vision Zero". Vision Zero is an approach to road safety endeavours founded on the premise that no one should have to be killed or seriously injured as a result of an accident within the transport system. Increased car crash safety (e.g., air bags) and traffic calming measures are injury-control means in line with that vision.

Finally, another type of strategy of a very different nature could have as a target to influence the social stratification process per se, through economic, social and educational policies that decrease the divisions between different groups in society and also influence the ease with which social mobility can take place.

As is the case in several other fields of action, a commitment towards the reduction of injury risk differentials between social groups will require concerted and multiple intervention. This will not be achieved without facing major ethical issues (among others the risk of stigmatizing some groups). But, as several have already stressed, this may be, if not above all, a matter of justice.

Definitioner och förklaringar

Socioekonomisk indelning

Barnens socioekonomiska status har baserats på hushållets status och klassificerats enligt Statistiska Centralbyråns (1982:4) socioekonomiska indelning (SEI). Hushållets socioekonomiska status bestämdes genom att föräldrarnas respektive position jämfördes och den högsta positionen användes som indelningsgrund för barnet. Nedan beskrivs kort indelningsgrunderna för SEI.

Mellan- och högre tjänstemän	Yrken där det för mellannivå normalt krävs minst tre års utbildning och för hög nivå minst sex års utbildning. Omfattar yrken både med och utan underställd personal.
Lägre tjänstemän	Yrken där det normalt krävs upp till två års utbildning. Omfattar yrken både med och utan underställs personal.
Facklärda arbetare	Yrken där det normalt krävs minst två års utbildning efter grundskola. Omfattar både varu- och tjänsteproduktion.
Ej facklärda arbetare	Yrken där det normala kravet på utbildning är mindre än två år. Omfattar både varu- och tjänsteproduktion
Lantbrukare	Lantbrukare med upp till 100 hektar åker eller upp till 400 hektar skog.
Övriga företagare	Egna företagare samt medhjälpare i familjemedlems företag. Inklusiva företagare som bildat aktiebolag och formellt är anställda i egna bolag.
Övriga	Studerande, hemarbetande, ålderspensionärer, förtidspensionärer, långvarigt arbetslösa och andra utan arbete, värnpliktstjänstgörande.

Skadediagnoser

Skadorna har grupperats efter den svenska versionen av International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9) (WHO 1997; Socialstyrelsen 1986). Enligt denna skall alla skador dubbelklassificeras, både med avseende på skadans natur och med avseende på dess uppkomst, det vill säga enligt de yttre orsakerna till skadan (s.k. E-kod).

I denna rapport har följande indelning använts: trafikskador (innefattar vägrelaterade transportolyckor), fallskador, övriga oavsiktliga skador, våldsrelaterade skador och självtillfogade skador.

I de olika studierna om trafikskador har även följande undergrupper studerats: fotgängare, cyklister, mopedister, motorcyklister, bilförare, motorfordonsförare (som inkluderar mopedister, motorcyklistförare, bilförare och övriga motorfordonsförare) samt motorfordonspassagerare.

Skadediagnoser	
Trafikskador	E819-E829
Fallskador	E880-E888
Fotgängare	E819H
Cyklister	E819G, E826
Motorfordonspassagerare	E819B, E819D
Motorfordonsförare	E819A, E819C, E819J
Mopedister	E819J
Motorcykelförare	E819C
Bilförare	E819A
Övriga oavsiktliga skador	E807, E838-E879, E890-E949
Våldsrelaterade skador	E960-E969
Självtillfogade skador	E950-E959

I den svenska versionen av ICD-9 definieras vissa skador av att de orsakats avsiktligt, antingen av annan person (här: våldsrelaterade skador) eller av den skadade personen själv (här: självtillfogad skada). I denna rapport kallas dessa två typer av skador gemensamt för avsiktliga skador, medan alla andra skador benämns oavsiktliga.

Olika mått och begrepp som används i rapporten

Absolut jämförelse visar de absoluta skillnaderna i sjukdomsförekomst (här: skador) mellan två grupper.

Relativ jämförelse visar sjukdomsförekomst (här: skador) i en grupp som en proportion av förekomsten i en annan.

Förbättringspotential visar med hur stor andel sjukdomsförekomsten (här: skador) skulle kunna reduceras om alla grupper hade samma sjukdomsförekomst som den gruppen med lägst förekomst (jämförelsegruppen).

Relativ risk (RR) är ett mått på de relativa skillnaderna i sjukdomsförekomst mellan grupper i samhället. Om en grupp har en RR på 2 betyder det att risken att skada sig för den gruppen är dubbelt så stor som för jämförelsegruppen (vars RR alltid är 1.0).

Oddsquot är ett mått på de relativa skillnaderna i sjukdomsförekomst mellan grupper i samhället. Måttet kan användas som en god skattning av den relativa risken i de fall då utfallet är ovanligt, vilket gäller för de diagnoser som studeras här.

Population attributable risk (PAR) är ett mått på hur stor andel av sjukdomsförekomsten som skulle försvinna om alla grupper hade samma sjukdomsförekomst som den grupp med lägst förekomst.

1 Socioekonomiska skillnader – ett problem värt att uppmärksamma

I denna rapport har vi sammanställt resultaten från aktuell forskning om sociala skillnader i risken att skadas bland barn och ungdomar i Sverige. Vårt mål har också varit att med utgångspunkt från dessa resultat föra ett resonemang om den kunskap som finns idag och om framtida utmaningar för det skadeförebyggande arbetet.

Olycksfall, våld och självmord hör till de dödsorsaker som har stor betydelse under barn- och ungdomstiden. Det är också i de diagnoserna som stora sociala skillnader återfinns, något som har fått alltmer uppmärksamhet under de senaste åren, bland annat i den folkhälsopolitiska debatten.

Många skador som sker under uppväxtåren kan kopplas till barns utvecklingsstadium och mognad, men barn är också beroende av vuxnas omsorg och skydd. Under sin uppväxt möter barn och ungdomar en mängd nya situationer och miljöer som kan innebära ökade risker.

Det finns mycket som talar för att både familj, skola, bostadsområde och kamratgrupp är viktiga komponenter för hur ungdomar formar sin livsstil. Barn och ungdomars uppväxtförhållanden har också avgörande betydelse för deras hälsa och framtida liv. Förhållanden under de sista åren i skolan och vid övergången till arbetslivet har visat sig ha stor betydelse för de sociala skillnader i livskvalitet, karriärmöjligheter och hälsa som finns mellan olika grupper i samhället. För att främja jämställda levnadsvillkor och motverka hälsorisker behövs ökad kunskap om mekanismerna bakom sociala skillnader i hälsa.

Trots viktiga förbättringar inom medicin och teknik, demografiska förändringar och försök att skapa såväl mer jämlika hälsovårdssystem som samhällen är sociala skillnader i dödlighet tydliga än i dag. I de flesta industriländer återfinns en ojämlig fördelning av sjuklighet och dödlighet mellan sociala grupper.

1.1 Varför är det viktigt att studera den socioekonomiska fördelningen av skador?

Varför studera skadors socioekonomiska fördelning

- Den sociala strukturen påverkar folkhälsan
- Skillnader i ekonomiska resurser behöver inte avspeglas i fördelningen av skador
- Skillnader i skaderisk visar en förbättringspotential för samhället
- Kunskapen om bakomliggande mekanismer är bristfällig
- Det är oklart om förebyggande insatser ger effekt där de bäst behövs
- Vissa förebyggande insatser kan ge oönskad effekt

Nedan följer ett antal argument om varför det är viktigt att studera socioekonomiska skillnader i skaderisk.

Den sociala strukturen påverkar folkhälsan

Den samlade kunskapen visar att den sociala strukturen i ett samhälle påverkar folkhälsan. Studier har också visat att inkomstskillnader i ett samhälle skulle kunna leda till ökad dödlighet (Kawachi och Kennedy 1997).

Det senaste decenniet har karaktäriserats av en ökande koncentration av inkomster, resurser och välstånd bland människor, organisationer och länder. Detta gäller även för Sverige (UNDP 1999), där barnfamiljernas inkomster minskade under 1990-talet. Under samma period minskade konsumtionsutrymmet för hushåll med barn. Utrymmet minskade mer för barn till ensamstående föräldrar än till sammanboende föräldrar. Inkomstutvecklingen var dock positiv för alla barnfamiljer under slutet av 1990-talet, samtidigt som arbetslösheten gick ned (Barns och ungdomars välfärd SOU 2001:55).

Skillnader i ekonomiska resurser behöver inte avspeglas i fördelningen av skador

Skaderisker kan både förhindras och förebyggas. Med andra ord skulle inte fördelningen av ekonomiska resurser behöva avspeglas i risken att skadas. Såväl inbyggd säkerhet (t.ex. trafikseparering och säkrare produkter) som förbättrad konstruktion och miljö (t.ex. i trafiken, hemmet eller på skolan) kan främja säkerheten för alla. Systemtänkande, som är baserat på en ökad förståelse av hur människan och miljön samverkar (Gunnarsson 1996) anses av många skadeforskare och praktiker förklara mycket av den minskning av barnskador som Sverige erfarit under de senaste 50 åren.

Historiskt har även lagar och regleringar för konsument- och produktsäkerhet, som till exempel säkerhetsbälte, barnskydd i bil och barnsäkra medicinförpackningar, visat sig vara effektiva metoder för skadeprevention.

En förbättringspotential för samhället

Ytterligare en anledning att studera socioekonomiska skillnader i skaderisk är att skillnaden i dödlighet och sjukdom/skada mellan mindre privilegierade grupper i samhället och de med mer resurser ger en vägledning om hur mycket hälsa och säkerhet kan förbättras i hela befolkningen.

Kunskapen om bakomliggande mekanismer är bristfällig

När miljöförändrande åtgärder, vilka innebär skydd för varje invånare genom insatser som riktas mot hela samhället, inte är möjliga kräver alternativa strategier en djupare förståelse om mekanismerna bakom sociala skillnader i skaderisker. I de fall där miljöförändringar är för dyra eller inte möjliga på grund av andra skäl krävs det kunskap som grundas på utvärdering för att avgöra vilka av flera möjliga åtgärder som har störst effekt för att förhindra skador eller dess konsekvenser.

Ökad förståelse för den sociala bakgrunden till skador kan möjliggöra utjämnande strategier (Blane 1995).

Det är oklart om förebyggande insatser har effekt där de bäst behövs

En annan viktig aspekt när det gäller skadors sociala fördelning är att observera vilka grupper i samhället som får fördelar av förebyggande insatser. Även om alltmer forskning visar att förebyggande insatser mot skador har effekt (Haglund och Svanström 1999), i synnerhet bland barn (Mölstedt m.fl. 1999) kan vi idag inte vara säkra på att insatserna har effekt där de bäst behövs (Gottfredson m.fl. 1998). Andra hälsofrämjande program har visat att det, i resurssvaga områden, kan vara svårt att uppnå önskad effekt om programmet bygger på en hög delaktighet från befolkningen (Strawn 1994; Beeker m.fl. 1998; Gottfredson m.fl. 1998).

Det finns idag få exempel på förebyggande arbete som varit speciellt inriktade på att minska socioekonomiska skillnader i hälsa (Gepkens och Gunning-Schepers 1996). Detta medför också att det saknas utvärderad kunskap inom området.

Vissa insatser kan ge önskad effekt

Vissa typer av insatser kan till och med leda till en ökning av de sociala skillnaderna. Information och upplysning om skaderisker som riktas mot allmänheten är ett sådant exempel. Utbildningsnivå kan påverka hur man tillgodogör sig olika typer av budskap. Information som enskild insats är ofta inte tillräcklig utan måste kombineras med andra aktiviteter för att ha någon effekt på hälso- och säkerhetsrelaterat beteende.

Om information som säkerhetsfrämjande åtgärd

Det är tveksamt om information är en lämplig åtgärd för att utjämna den sociala fördelningen av skaderisker. Till att börja med kan information som enskild förebyggande insats tänkas ha större effekt i högre socioekonomiska grupper. För att vara effektiv för samtliga grupper i samhället bör information kombineras med anvisningar och instruktioner (t.ex. för installation av vissa produkter och skyddsutrustningar).

Det är inte heller självklart att sociala skillnader i skaderisker framförallt beror på hur människor tillgodogör sig information, vilken kunskap de har eller hur de använder säkerhetsutrustning. Forskning om föräldrars attityd, kunskap och beteende i hemmet tyder exempelvis inte på att de resurssvaga familjernas problem är brist på kunskap eller att de tillmäter risker mindre betydelse utan snarare praktiska problem i övergången från känslan av oro till handling (Starfield 1982; Onwuachi-Saunders och Hawkins 1993 Gipkins m.fl. 1994).

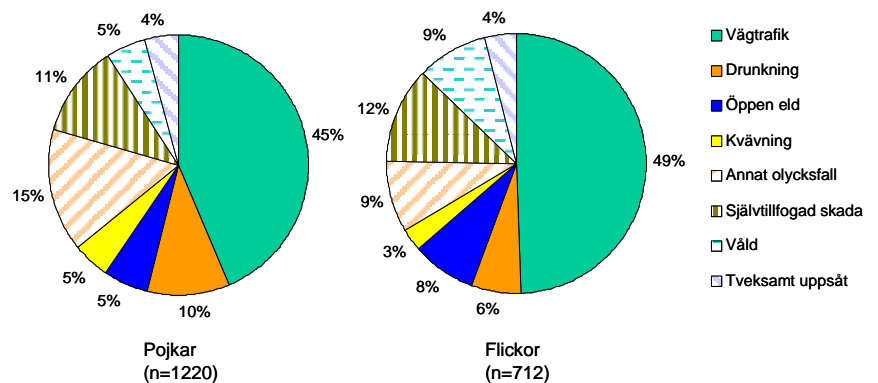
1.2 Kunskapsläget i Sverige

Den samlade kunskapen om sociala skillnader i skador bland barn och ungdomar visar att dödlighet och sjukdom till följd av skador inte är slumpmässigt fördelade över områden och individer (se översikt i Laflamme 1998; Engström 1999; Laflamme och Diderichsen 2000). Med andra ord, barn och ungdomar som lever, förflyttar sig och leker i de mest utsatta miljöerna löper också en större risk att skadas. Detta gäller i olika grad, beroende på kön, ålder och typ av skada.

Tills nyligen har Sverige saknat kunskap om hur den sociala fördelningen av skador ser ut i olika åldrar och för olika typer av skador. De studier som gjorts har behandlat breda diagnos- och åldersgrupper och till övervägande del berört dödliga skador. Dessa studier handlar om ohälsa i stort men visar att socioekonomiska skillnader i skaderisk bland barn och ungdomar är ett hälsoproblem även i Sverige (Elmén och Sundh 1994; Östberg och Vågerö 1991; Östberg 1992; Östberg 1997).

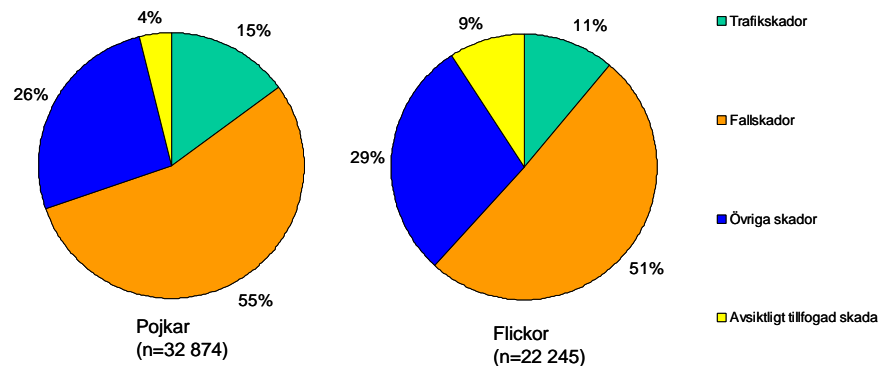
Som figurerna nedan visar skiljer sig skademönstret för dödliga skador och för skador som leder till sjukhusvård. Skademönstret ser också olika ut för pojkar och flickor. Detta, i sin tur, pekar på vikten av att studera den sociala fördelningen för varje specifik skadediagnos.

Döda i skador 1987–1999. Fördelning av yttre orsak till skadan. Barn 0–17 år.



Källa: Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum.

Vårdade i slutenvård till följd av skada 1998–2000. Fördelning av den yttre orsaken till skadan. Barn 0–17 år.



Källa: Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum.

En forskargrupp vid Karolinska Institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, avdelning för socialmedicin, har de senaste åren arbetat med att öka kunskapen om hur de sociala skillnaderna i skaderisk ser ut för pojkar och flickor i olika åldrar och för olika diagnoser. Gruppen har studerat både avsiktliga (våldsrelaterade, självtillfogade) och oavsiktliga skador (olycksfall) och funnit avsevärda skillnader mellan barn och ungdomar från olika socioekonomiska grupper, särskilt när det gäller våldsrelaterade och självtillfogade skador samt de flesta diagnosgrupper inom trafikrelaterade skador.

I denna rapport presenteras resultat från de ovan nämnda studierna (Engström och Laflamme 2002, Engström m.fl. 2002, Hasselberg m. fl. 2001, Laflamme och Engström 2002). Förutom dessa publikationer har ytterligare ett antal analyser genomförts som möjliggör en beskrivning av den sociala fördelningen av oavsiktliga skador klassificerade som "övriga" (bl.a. drunkning, förgiftning och idrottsskador).

De studier som presenteras utgår från följande frågeställningar:

- Hur ser de socioekonomiska skillnaderna ut i olika åldersgrupper för oavsiktliga respektive avsiktliga skador?
- Hur varierar de socioekonomiska skillnaderna för olika typer av trafikskador under uppväxtåren?
- Ser skillnaderna olika ut för pojkar och flickor?

1.3 Presentation av forskargruppen och dess verksamhet

Forskargruppen är tvärvetenskaplig och består av en docent och tre forskarstudenter. Ytterligare fem doktorander är knutna till gruppen.

Flera av de pågående och genomförda studierna bygger på nationella registerdata och kartlägger socioekonomiska skillnader i skaderisker bland barn och ungdomar vid olika åldrar. Både avsiktliga och oavsiktliga skador har studerats och även specifika typer av trafikskador.

Ett annat forskningsprojekt som avslutades i juni 2002 är en intervjustudie på Astrid Lindgrens barnsjukhus, vars upptagningsområde omfattar hela Stockholms län. Barn i åldern 10–15 år som

på grund av skada hade lagts in eller kallats till återbesök intervjuades. Intervjun berörde betydelsen av, för skador, potentiellt utlösande faktorer som kan inträffa i skolan såsom mobbning eller problem med skolprestation. Studien har även utökats med en enkätstudie, där föräldrar till både skadade och föräldrar till barn som inte skadats svarar på frågor angående sociala bakgrundsfaktorer, bostadsmiljö och skolmiljö (fallkontrollstudie).

En regional studie om hur skolbarn rör sig och exponeras för trafik i olika typer av bostadsområden planeras – ett aktuellt problem inte minst i folkhälsosammanhang. På dagordningen står också en studie om hur fysiska och psykosociala egenskaperna i bostadsmiljön kan utgöra riskfaktorer för skador.

2 Kartläggning av socioekonomiska skillnader i skaderisk bland barn och ungdomar

2.1 En kartläggning i sex delar

Fokus på olika typer av skador

Följande kapitel beskriver den socioekonomiska fördelningen av fall- och trafikskador samt våldsrelaterade och självtillfogade skador. Vi har valt att belysa socioekonomiska skillnader utifrån tre olika aspekter, dels beskrivs skillnaderna i absoluta respektive relativa termer, dels presenteras förbättringspotentialen för varje skadegrupp.

Resultaten har delats upp i sex delar, där de första fem delarna omfattar oavsiktliga skador och den sista delen berör våldsrelaterade samt självtillfogade skador. Först beskrivs den socioekonomiska fördelningen för de två stora diagnosgrupperna fall- och trafikskador. I de tre följande delarna behandlas specifika trafikantgrupper såsom oskyddade trafikanter samt passagerare och förare av olika typer av motorfordon. Därefter visas en grupp oavsiktliga skador som kategoriserats som övriga (exempelvis brännskador, och drunkningsolyckor). Kapitlet avslutas med en redovisning av socioekonomiska skillnader i våldsrelaterade och självtillfogade skador.

Kartläggningens sex delar

Avsnitt 2.2	Fall- och trafikskador i fyra åldersgrupper
Avsnitt 2.3	Skador bland fotgängare och cyklister i fyra åldersgrupper
Avsnitt 2.4	Skador bland motorfordonspassagerare och motorfordonsförare i fyra åldersgrupper
Avsnitt 2.5	Olika typer av trafikskador under uppväxtåren
Avsnitt 2.6	Övriga oavsiktliga skador i fyra åldersgrupper
Avsnitt 2.7	Avsiktliga skador bland 10–19-åringar

Resultaten presenteras för olika åldersgrupper. För de oavsiktliga skadorna har följande åldersgrupper studerats 0–4 år, 5–9 år, 10–14 år och 15–19 år och för de avsiktliga skadorna har åldersgrupperna 10–14 år och 15–19 år studerats. Studien om olika typer av trafikskador under uppväxtåren omfattar barn och ungdomar som under uppföljningsperioden var 2–24 år. För mer information se även kapitel 4.

Tre olika sätt att belysa socioekonomiska skillnader

Samtliga resultat presenteras som stapeldiagram för varje åldersgrupp när det är aktuellt samt separat för pojkar och flickor då könsspecifika analyser genomförts.

Absoluta jämförelser visar antalet skador (per 100 000 barn eller 100 000 personår) i en viss socioekonomisk grupp minus antalet skador i jämförelsegruppen (för ytterligare information se kapitel 4). Staplarna i diagrammen visar differensen det vill säga skillnaden mellan grupperna i absoluta termer. När en viss socioekonomisk grupp har lägre antal skador än jämförelsegruppen medför detta ett negativt värde. Därför har skalan på Y-axeln (differensen) i dessa fall utökats för att omfatta även minusvärden.

I vissa fall är de skillnader som presenteras i diagrammen så små att de ej är synliga. Dessa värden är dock inkluderade i diagrammen, både vad gäller positiva och negativa värden.

Relativa jämförelser visar skadeförekomst i en grupp, som en proportion av förekomsten i en annan. Om en socioekonomisk grupp har en relativ risk (RR) eller en oddskvot på 2 betyder det att risken att skada sig för den gruppen är dubbelt så stor som för jämförelsegruppen. I diagrammen redovisas endast de relativa risker och oddskvoter där konfidensintervallen inte innefattar 1,00.

Det bör också påpekas att skalan för de relativa skillnaderna (RR och oddskvot) är olika för oavsiktliga och avsiktliga skador. Skalan på Y-axeln för oavsiktliga skador slutar genomgående på 3,0 medan den har utökats till 5,0 för avsiktliga skador. Anledningen till detta är större skillnader i den senare gruppen. När det gäller oavsiktliga skador bör också noteras att ett värde är högre än 3,0 (det gäller 10–14-åriga motorfordonsförare där den relativa risken för barn till egna företagare är 3,29).

Förbättringspotentialen visar den potentiella reduktion (i procent) som skulle kunna ske om alla socioekonomiska grupper hade samma skadeförekomst som den grupp med lägst förekomst (jämförelsegruppen).

Tre olika sätt att belysa socioekonomiska skillnader

För att få en mer heltäckande bild av den socioekonomiska fördelningen av skador belyser rapporten följande tre aspekter

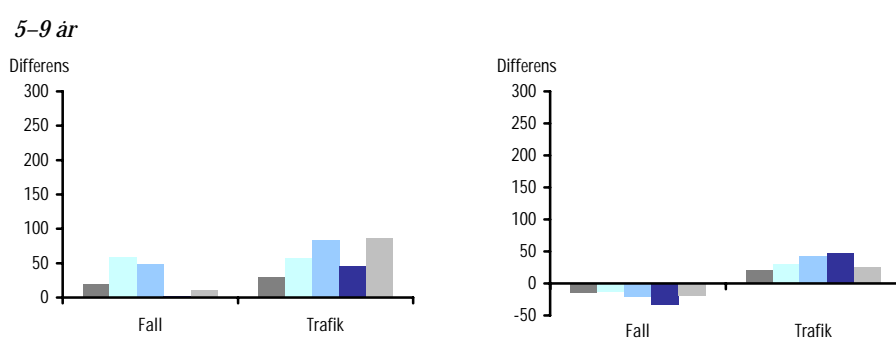
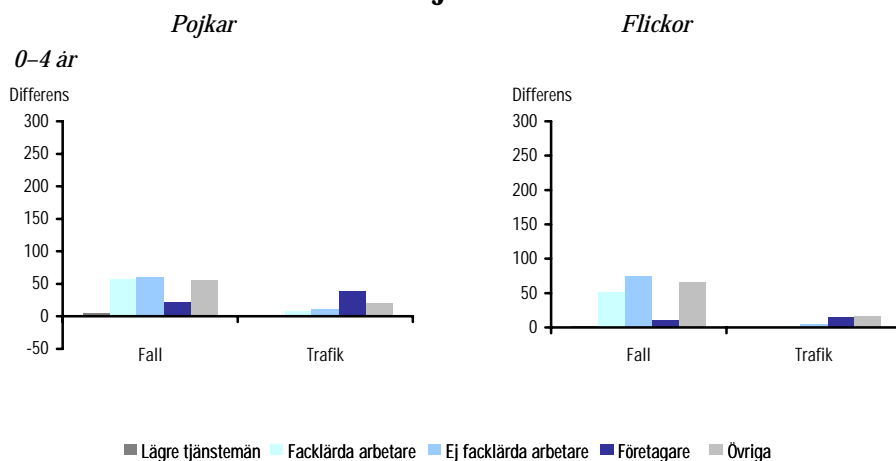
- absoluta jämförelser
- relativa jämförelser
- förbättringspotential

Varje mått bygger på jämförelser som görs i relation till den grupp som har högst socioekonomisk status (dvs. barn till tjänstemän på mellan- och högre nivå). De absoluta jämförelserna redovisas separat för pojkar och flickor, medan de relativa jämförelserna och förbättringspotentialen presenteras för pojkar och flickor tillsammans.

Illustrationen finns endast i den tryckta upplagan.

2.2 Fall- och trafikskador i fyra åldersgrupper

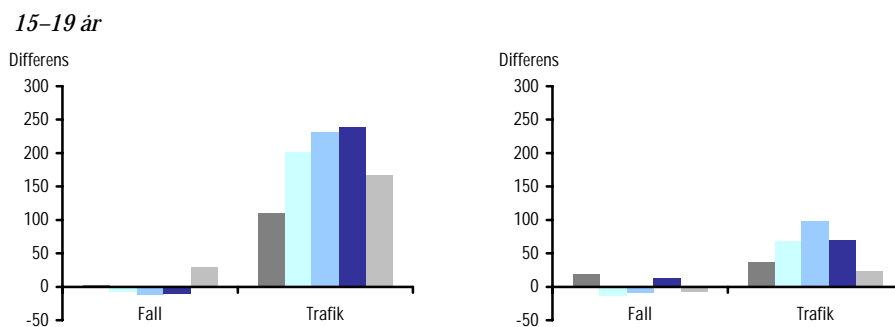
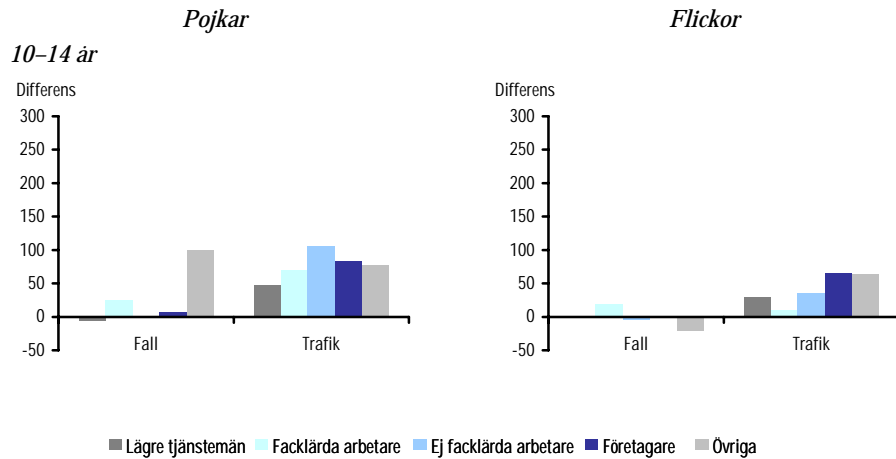
Absoluta jämförelser



Absoluta skillnader beskriver differensen mellan incidensen (här antal skador per 100 000 personår) i en viss socioekonomisk grupp och incidensen i jämförelsegruppen (barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå)

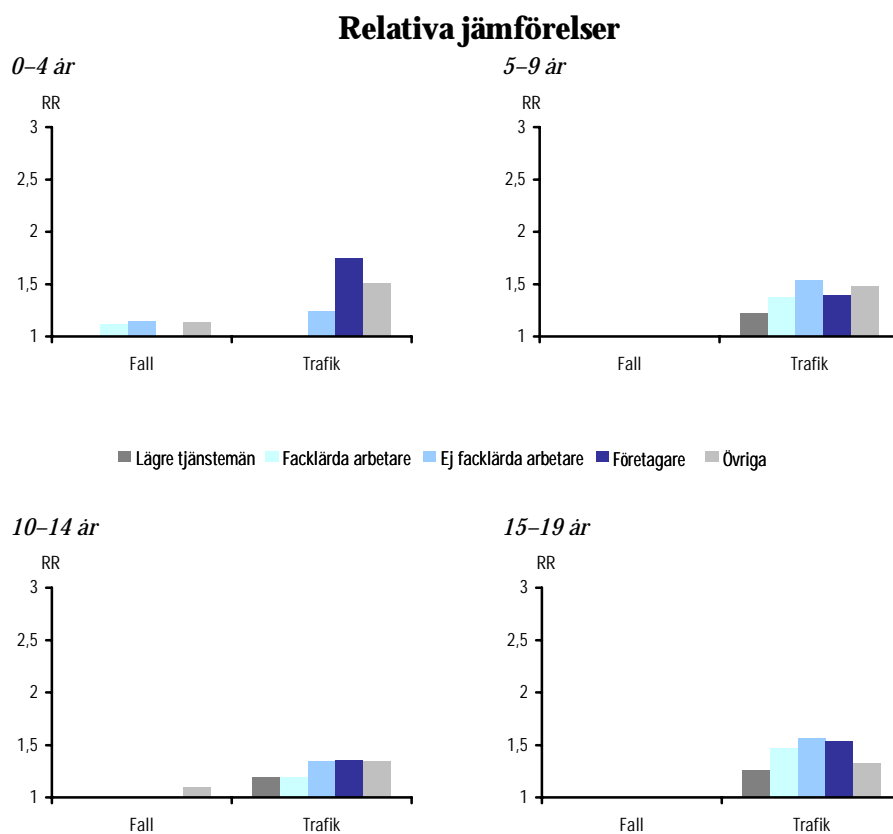
Skillnaderna i trafikskador är relativt små bland 0–4-åringar både för pojkar och för flickor. Detta beror delvis på att skadeincidensen är låg och delvis på små relativa skillnader mellan grupperna. Skillnaderna i fallskador är betydligt större än de i trafikskador med undantag för barn till egna företagare.

I åldersgruppen 5–9 år är skillnaderna i trafikskador mer påtagliga för både pojkar och flickor. För fallskador är skillnaderna tvärtom något mindre i denna åldersgrupp, särskilt för flickorna.



För åldersgrupperna 10-14 och 15-19 år är det endast små variationer i fallskadeincidens mellan olika socioekonomiska grupper. Undantaget är 10-14-åriga pojkar i gruppen "övriga" som har avsevärt högre incidens än jämförelsegruppen.

De absoluta skillnaderna i trafikskador är störst bland 15-19-åriga pojkar där pojkar i alla socioekonomiska grupper har betydligt högre skadeincidens än jämförelsegruppen. Skillnaderna är mindre bland de yngre pojkarna och bland flickor i båda åldersgrupperna.

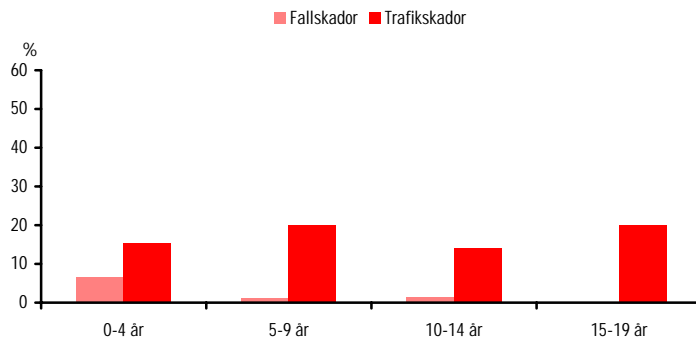


Endast de relativa risker där konfidensintervallet inte innefattar 1,00 redovisas. Jämförelsegrupp: barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå

När det gäller fallskador finns det i stort sett inga socioekonomiska skillnader. Undantaget är 0-4-åringar, där barn i några socioekonomiska grupper har en högre risk än jämförelsegruppen.

Relativa skillnader i trafikskador finns redan vid 0-4 års ålder, särskilt när det gäller barn till egna företagare och barn i den socioekonomiska gruppen "övriga". I de tre äldre åldersgrupperna har barn i samtliga socioekonomiska grupper högre skaderisk än jämförelsegruppen (RR 1,2-1,6).

Förbättringspotential



Jämförelsegrupp: barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå

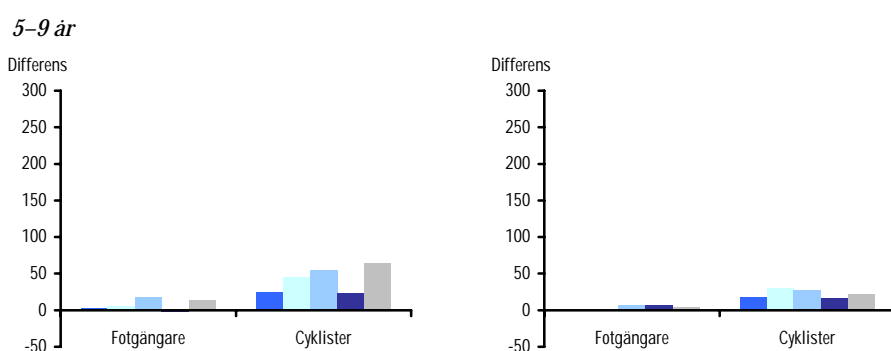
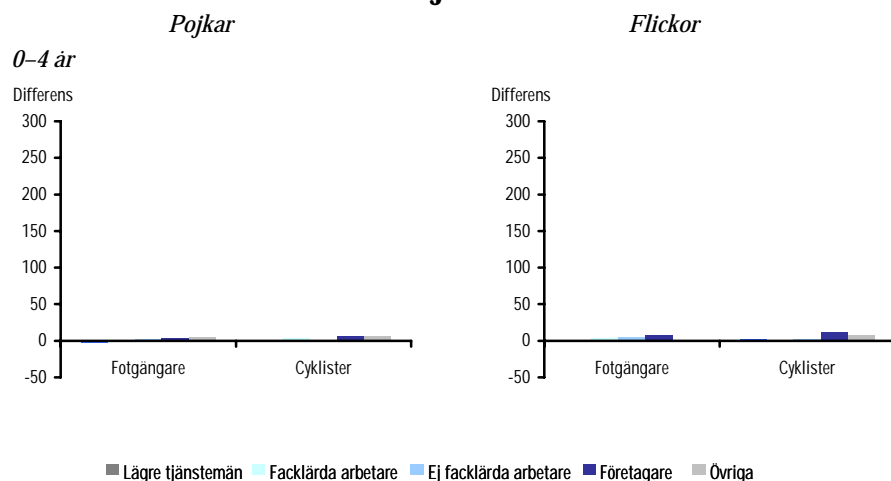
Förbättringspotentialen är liten för fallskador i alla åldersgrupper, men något större för de yngsta barnen än för de övriga.

Vad gäller trafikskador varierar den från 14 till 20 procent och är störst bland 5–9- och 15–19-åringar. Med andra ord skulle trafikskador kunna reduceras med mellan 14–20 procent om samtliga socioekonomiska grupper skulle ha samma skadeincidens som jämförelsegruppen.

Illustrationen finns endast i den tryckta upplagan.

2.3 Skador bland fotgängare och cyklister i fyra åldersgrupper

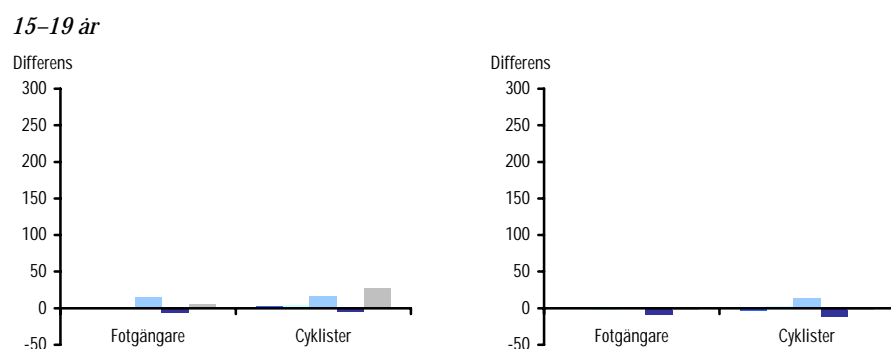
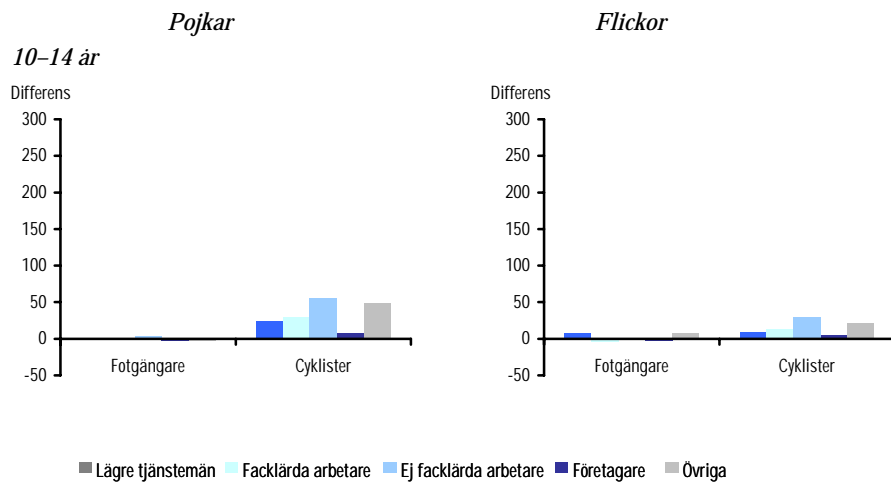
Absoluta jämförelser



Absoluta skillnader beskriver differensen mellan incidensen (här antal skador per 100 000 personår) i en viss socioekonomisk grupp och incidensen i jämförelsegruppen (barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå)

I åldersgruppen 0–4 år är de absoluta skillnaderna i skadeincidens bland både fotgängare och cyklister små.

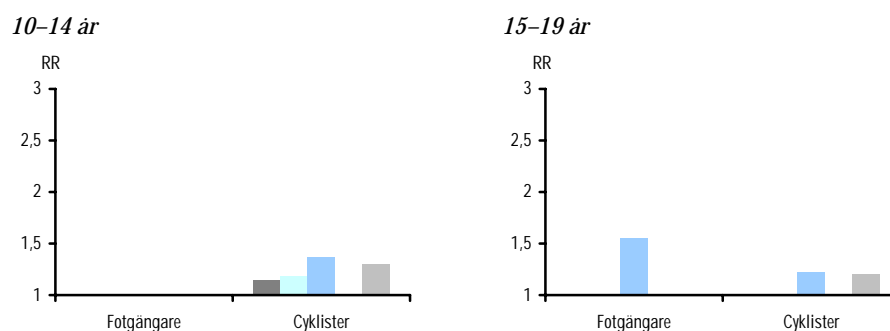
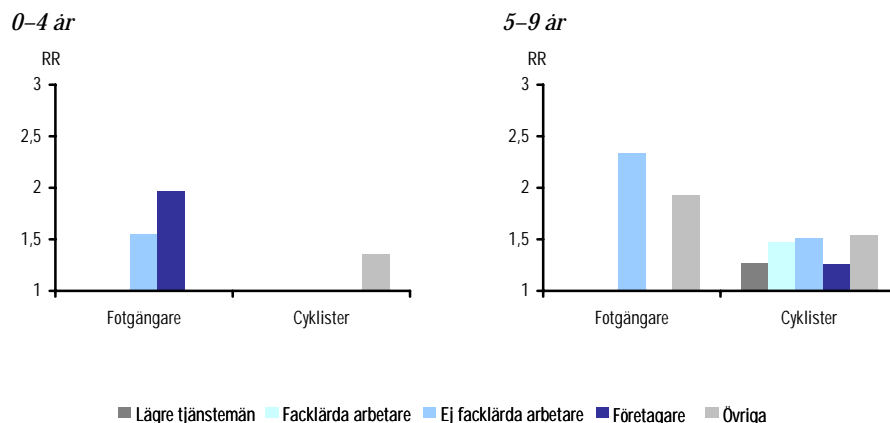
Skillnaderna är större bland 5–9-åringar, för både pojkar och flickor, framför allt vad gäller cykelskador. Pojkar och flickor i alla socioekonomiska grupper har högre skadeincidens som cyklister än jämförelsegruppen, men med genomgående större skillnader bland pojkarna. Barn till egna företagare skiljer sig minst från jämförelsegruppen.



Liksom för de båda yngre åldersgrupperna är de absoluta skillnaderna små bland fotgängare även i åldersgrupperna 10–14 och 15–19 år.

De absoluta skillnaderna i skadeincidens bland cyklister är störst bland pojkar i åldersgruppen 10–14 år, för att sedan bli mindre igen bland 15–19-åringar. Skillnaderna mellan de olika socioekonomiska gruppernas skadeincidens följer likartade mönster för pojkar och flickor, men med genomgående mindre skillnader för flickor.

Relativa jämförelser

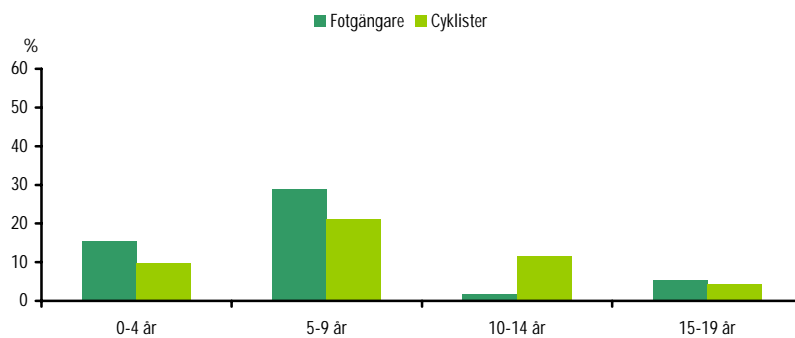


Endast de relativa risker där konfidensintervallet inte innefattar 1,00 redovisas. Jämförelsegrupp: barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå

Den relativa risken att skadas som fotgängare är högre för barn i ej facklärd arbetarfamiljer än för jämförelsegruppen, i alla åldersgrupper utom bland 10-14 åringar. Även barn till egna företagare i åldern 0-4 år och barn i den socioekonomiska gruppen "övriga" i åldern 5-9 år löper högre risk att skada sig än jämförelsegruppen.

Vad gäller cyklister finns det i åldersgrupperna 5-9 och 10-14 år tydliga och likartade relativa skillnader. Den relativa risken blir större ju lägre socioekonomisk grupp barnen tillhör, med högst relativ risk för barn i den socioekonomiska gruppen "övriga", följt av dem i ej facklärd arbetarfamiljer, facklärd arbetarfamiljer och lägre tjänstemannafamiljer. Barn till egna företagare har lägst relativ risk. I alla åldersgrupper har barn i den socioekonomiska gruppen "övriga" en högre risk än jämförelsegruppen.

Förbättringspotential



Jämförelsegrupp: barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå

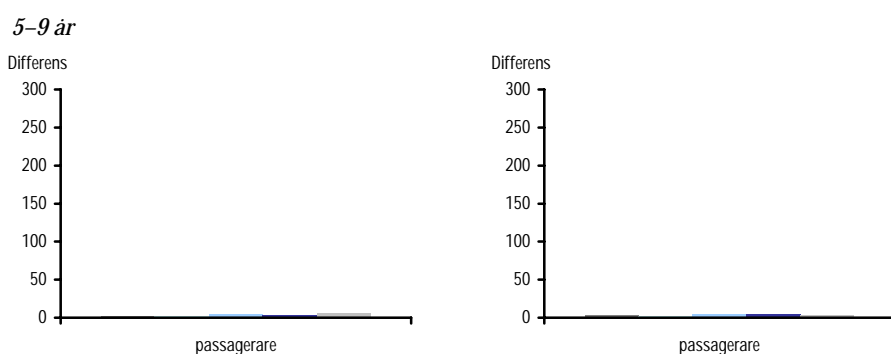
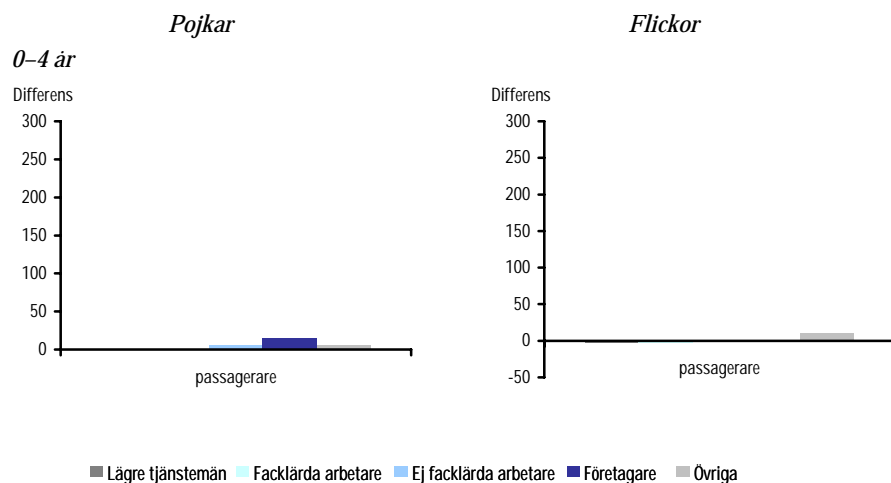
Vad gäller fotgängare är förbättringspotentialen störst i de två yngsta åldersgrupperna, 29 procent för 5–9-åringar och 15 procent för 0–4-åringar. Det betyder att skaderisken bland unga fotgängare skulle kunna reduceras med mellan 15–29 procent om samtliga socioekonomiska grupper skulle ha samma skadeincidens som jämförelsegruppen.

Även för cyklister återfinns den största förbättringspotentialen bland 5–9-åringar (21%) följd av 10–14-åringar och 0–4-åringar (11 respektive 10%).

Illustrationen finns endast i den tryckta upplagan.

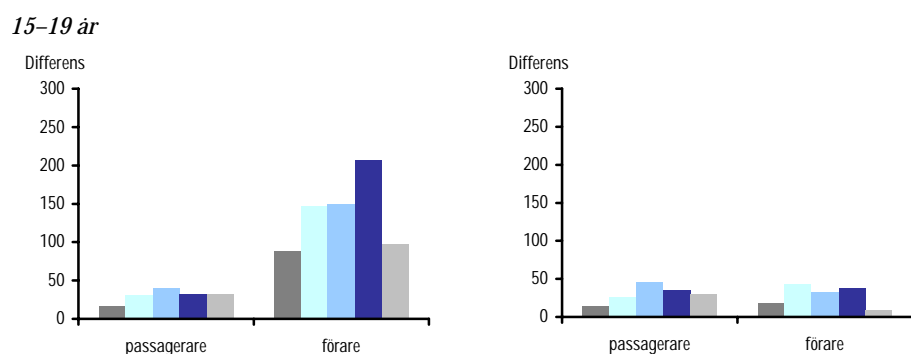
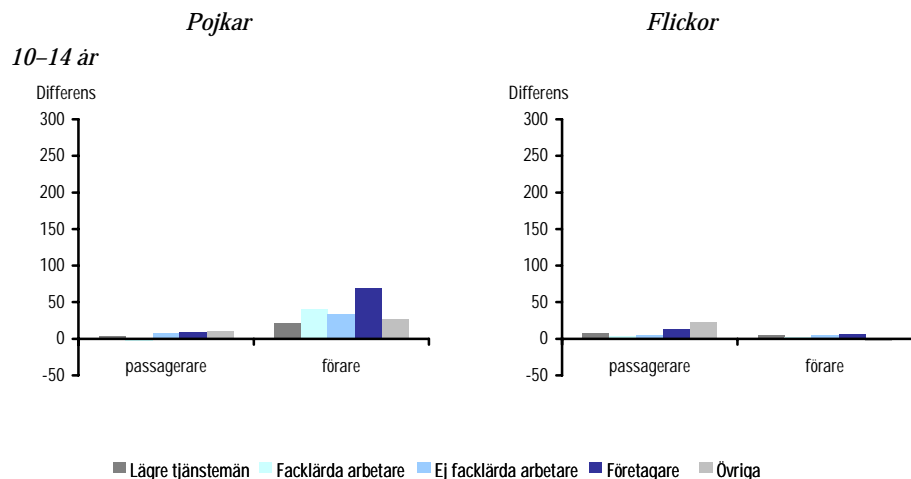
2.4 Skador bland motorfordonspassagerare och motorfordonsförare i fyra åldersgrupper

Absoluta jämförelser



Absoluta skillnader beskriver differensen mellan incidensen (här antal skador per 100 000 personår) i en viss socioekonomisk grupp och incidensen i jämförelsegruppen (barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå)

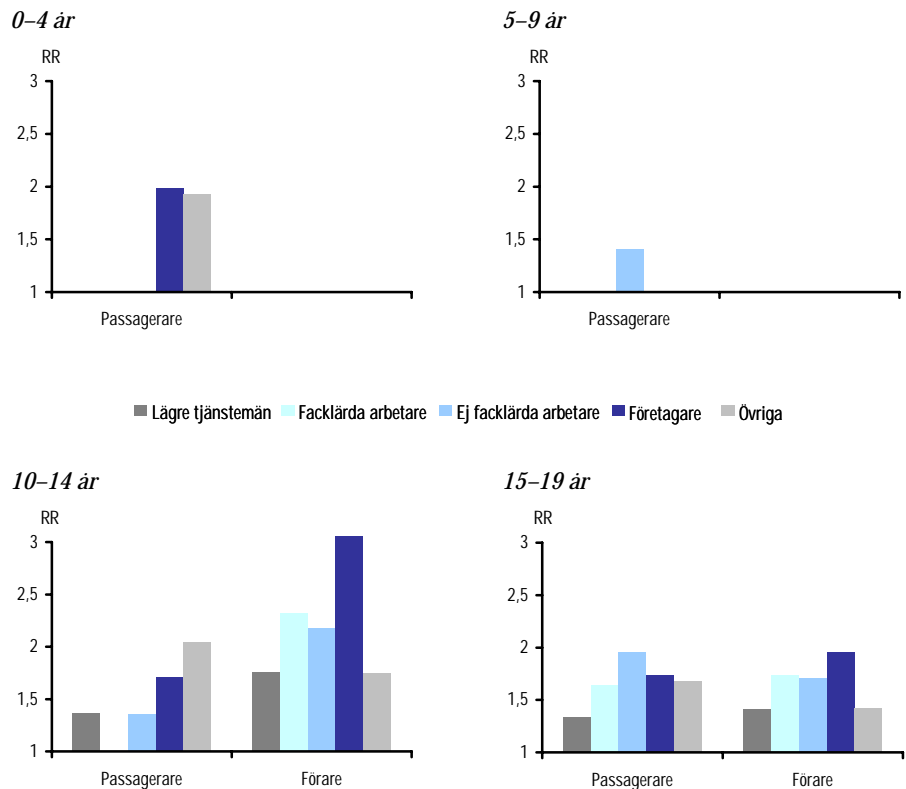
Bland motorfordonspassagerare i åldersgrupperna 0–4 och 5–9 år är det små skillnader i skadeincidens, både för pojkar och för flickor.



De största skillnaderna i skadeincidens bland motorfordonspassagerare återfinns bland pojkar och flickor i åldersgruppen 15–19 år, där ungdomar i alla socioekonomiska grupper har en högre skadeincidens än jämförelsegruppen. Skillnaderna är ungefär lika stora för flickor och pojkar.

För motorfordonsförare är skillnaderna betydligt större bland pojkar i åldersgruppen 15–19 år än bland de 10–14 år gamla (då det framför allt handlar om mopedistskador). Mönstret är detsamma för flickor, men med genomgående mindre skillnader än bland pojkar.

Relativa jämförelser

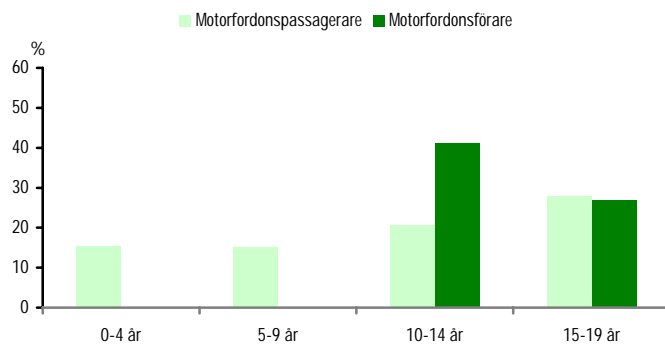


Endast de relativa risker där konfidensintervallet inte innefattar 1,00 redovisas. Jämförelsegrupp: barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå

Den relativa risken att skadas som motorfordonspassagerare varierar med ålder. Få socioekonomiska grupper har en förhöjd risk i åldrarna 0–9 år, medan den relativa risken är över 1,3 bland äldre barn i alla socioekonomiska grupper, utom bland barn i facklärd arbetarfamiljer i åldersgruppen 10–14 år. Barn i ej facklärd arbetarfamiljer har en förhöjd risk i alla åldersgrupper (nära 2,0 i åldersgruppen 15–19) utom bland 0–4-åringar.

I de två äldsta åldersgrupperna återfinns barnen även som förare till motorfordon. Här har 10–14-åriga barn från alla socioekonomiska grupper höga relativa risker, framför allt barn till egna företagare (RR 3,3). Bland 10–15-åringar är de relativa riskerna likartade för förare och passagerare. Det bör nämnas att barn som skadat sig som mopedister registreras som förare oavsett om de är förare eller passagerare.

Förbättringspotential



Jämförelsegrupp: barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå

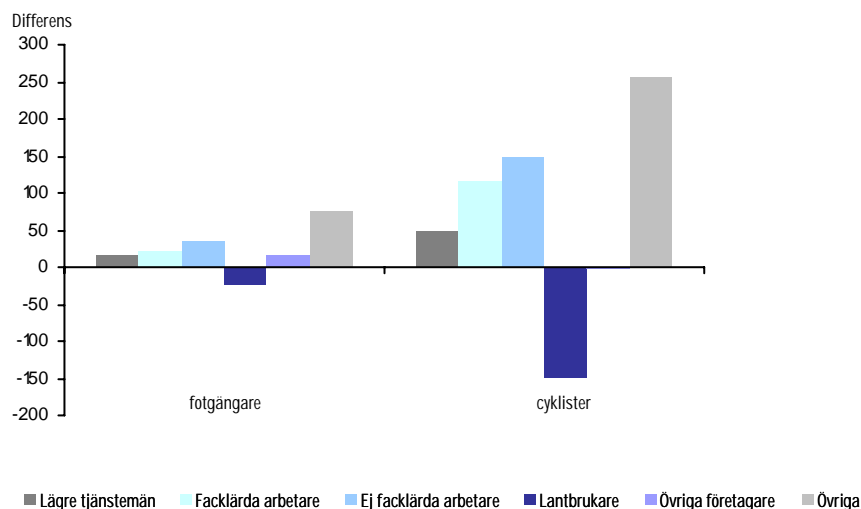
Bland motorfordonspassagerare är förbättringspotentialen ungefär lika stor (cirka 15%) för åldersgrupperna 0–4 och 5–9 år. Den ökar sedan för varje åldersgrupp till 21 procent bland 10–14-åringar och 30 procent bland 15–19-åringar. För motorfordonsförare skulle skadeincidensen kunna reduceras med 40 procent för 10–14-åringar och 27 procent för 15–19-åringar om samtliga socioekonomiska grupper skulle ha samma skadeincidens som jämförelsegruppen.

Illustrationen finns endast i den tryckta upplagan.

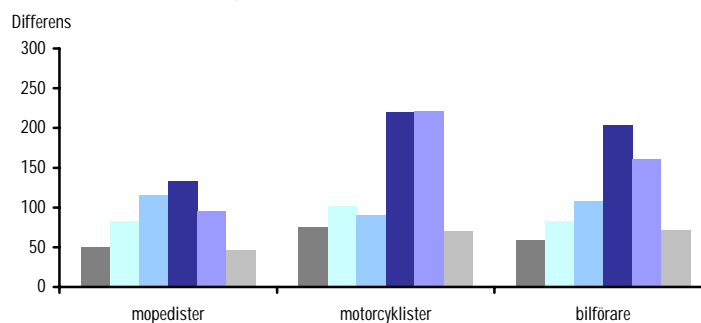
2.5 Olika typer av trafikskador under uppväxtåren

Absoluta jämförelser

Oskyddade trafikanter, dvs. fotgängare och cyklister



Förare av moped, motorcykel och bil

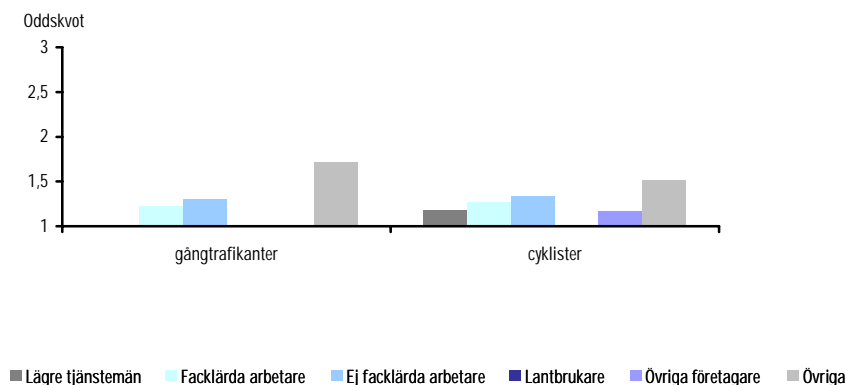


Absoluta skillnader beskriver skillnaden mellan antalet skador (här antal skador per 100 000) i en viss socioekonomisk grupp och antalet skador i jämförelsegruppen (barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå)

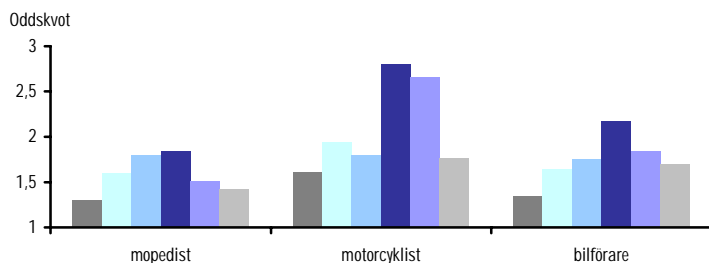
De minsta skillnaderna i antalet skador för olika trafikantgrupper återfinns bland fotgängare. För mopedister, motorcyklister och bilförare är det en skillnad mellan barn till arbetare och jämförelsegruppens barn på cirka 100 skador per 100 000 barn. Barn till lantbrukare och övriga egna företagare har cirka 200 skador fler per 100 000 barn.

Relativa jämförelser

Oskyddade trafikanter, dvs. gångtrafikanter och cyklister



Förare av moped, motorcykel och bil

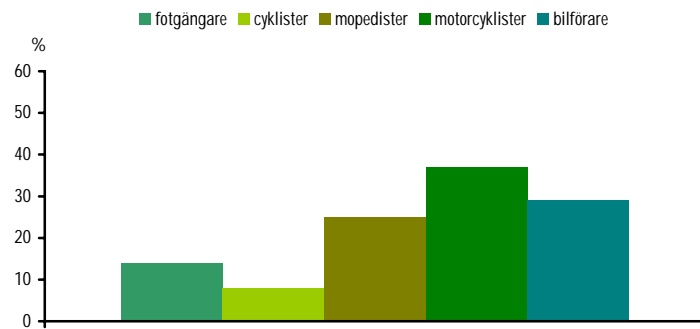


Endast de oddskvoter där konfidensintervallet inte innefattar 1,00 redovisas. Jämförelsegrupp: barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå

Risken att skadas som oskyddad trafikant är 20–30 procent högre för barn till arbetare jämfört med barn i jämförelsegruppen. Skillnaderna ökar när unga kommer i kontakt med motorfordon, då barn till arbetare har en cirka 80 procent högre risk än barn i jämförelsegruppen. Barn till lantbrukare och övriga egna företagare har en signifikant högre risk för skador som moped-, motorcykel- och bilförare (oddsquot 1,5–2,8) än jämförelsegruppen.

Socioekonomiska skillnader i risken att skadas i trafiken är tydliga för både pojkar och flickor.

Förbättringspotential



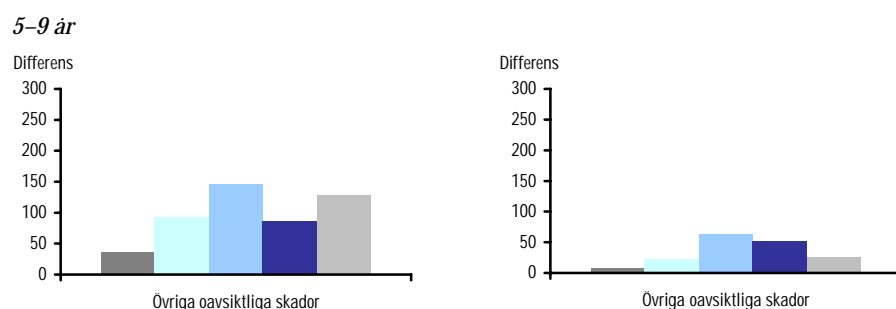
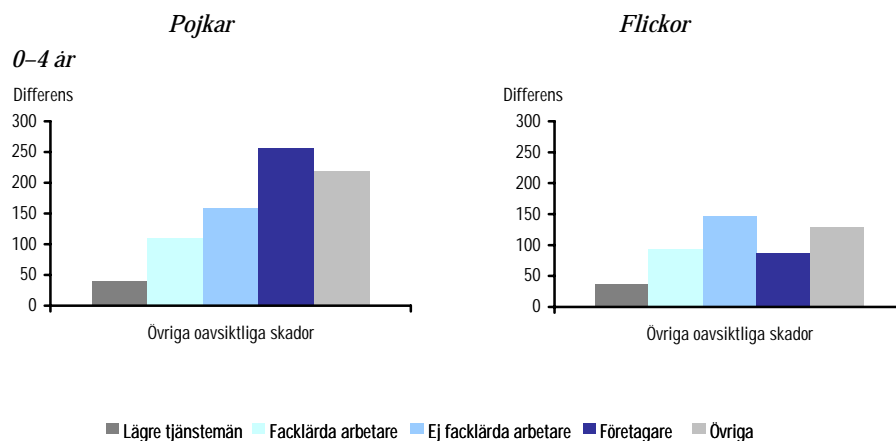
Jämförelsegrupp: barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå

Den totala skadeincidensen skulle kunna reduceras med mer än en tredjedel för motorcykel- och bilförare och en fjärdedel för mopedister om samtliga socioekonomiska grupper skulle ha samma skadeincidens som jämförelsegruppen.

Illustrationen finns endast i den tryckta upplagan.

2.6 Övriga oavsiktliga skador i fyra åldersgrupper

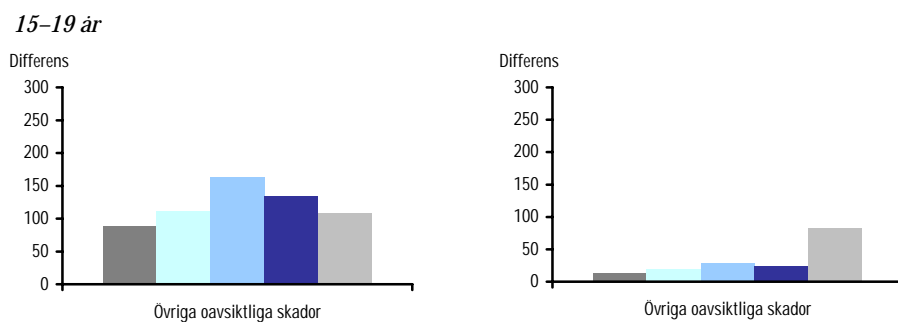
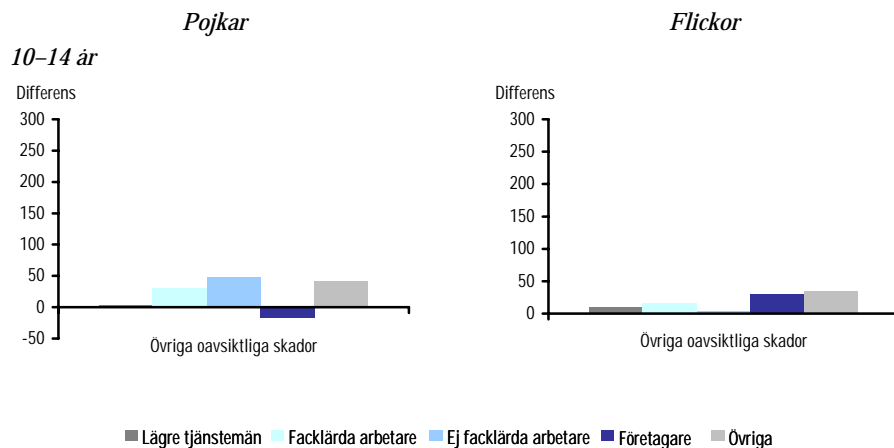
Absoluta jämförelser



Absoluta skillnader beskriver differensen mellan incidensen (här antal skador per 100 000 personår) i en viss socioekonomisk grupp och incidensen i jämförelsegruppen (barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå)

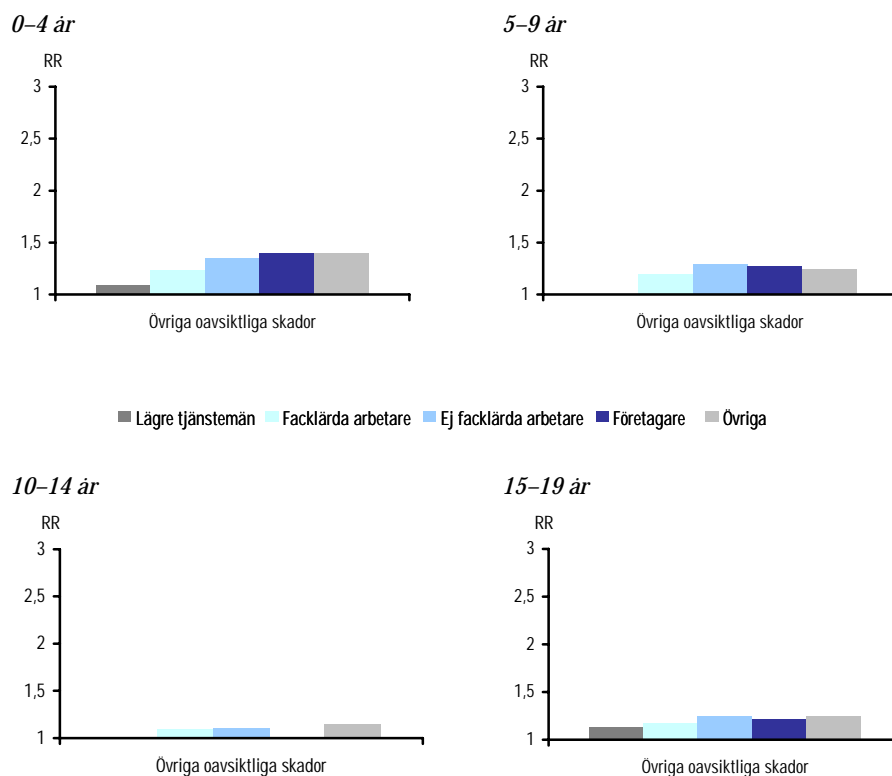
Bland de yngsta barnen har samtliga socioekonomiska grupper högre skadeincidens än jämförelsegruppen. Framför allt skiljer sig söner till egna företagare från jämförelsegruppen, följt av dem från gruppen "övriga". Även barn i arbetarfamiljer och lägre tjänstemannafamiljer har en högre skadeincidens än jämförelsegruppen. Flickor från ej facklärd arbetarfamiljer har en högre incidens än både döttrar till egna företagare och dem från gruppen "övriga".

I åldersgruppen 5-9 år är skillnaderna mindre för alla socioekonomiska grupper än i den yngsta åldersgruppen. Detta är mest påtagligt för barn till egna företagare och för barn i den socioekonomiska gruppen "övriga" och i ej facklärd arbetarfamiljer.



Bland 10–14-åringar är det små skillnader i skadeincidens mellan respektive socioekonomisk grupp och jämförelsegruppen, för både pojkar och flickor. Däremot har pojkarna i 15–19-års ålder från alla socioekonomiska grupper en betydligt högre skadeincidens än jämförelsegruppen. Bland flickor i den äldsta åldersgruppen är det endast de från den socioekonomiska gruppen ”övriga” som har mycket högre skadeincidens än jämförelsegruppen.

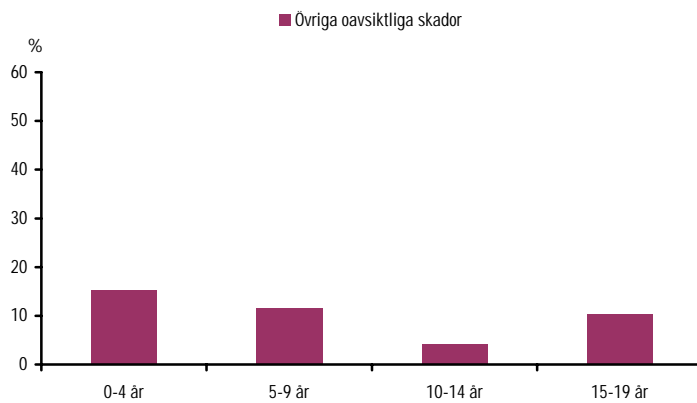
Relativa jämförelser



Endast de relativa risker där konfidensintervallet inte innefattar 1,00 redovisas. Jämförelsegrupp: barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå

De relativa riskerna för övriga oavsiktliga skador är förhållandevis låga. De är emellertid bestående över ålder, åtminstone för barn i facklärd arbetarfamiljer, ej facklärd arbetarfamiljer och i den socioekonomiska gruppen "övriga". I åldersgrupperna 0-4 och 15-19 år har barn från alla socioekonomiska grupper högre relativ risk än jämförelsegruppen. Högst relativ risk återfinns bland de yngsta barnen.

Förbättringspotential



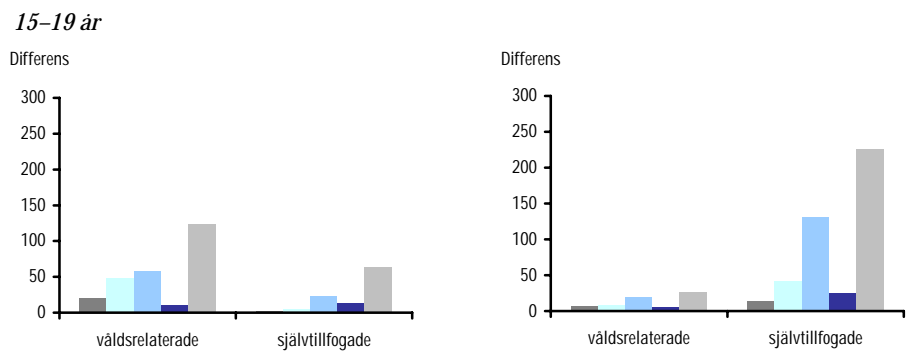
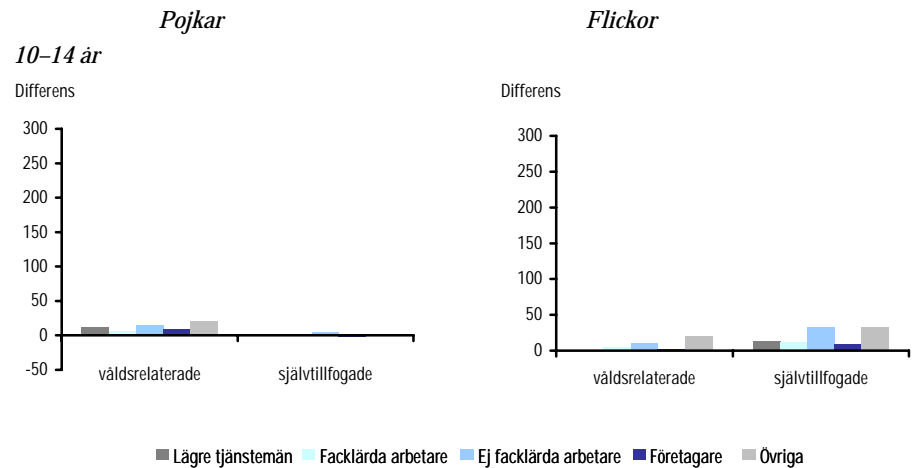
Jämförelsegrupp: barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå

Övriga oavsiktliga skador skulle kunna reduceras med mellan 4–15 procent om samtliga socioekonomiska grupper skulle ha samma skadeincidens som jämförelsegruppen. Störst är förbättringspotentialen för de yngsta barnen.

Illustrationen finns endast i den tryckta upplagan.

2.7 Avsiktliga skador bland 10- till 19-åringar

Absoluta jämförelser



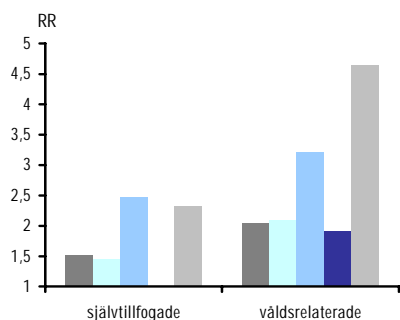
Absoluta skillnader beskriver differensen mellan incidensen (här antal skador per 100 000 personår) i en viss socioekonomisk grupp och incidensen i jämförelsegruppen (barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan eller

De absoluta skillnaderna i våldsrelaterade skador är märkbara för både pojkar och flickor i båda åldersgrupperna (10–14 och 15–19). Mest påtagliga är skillnaderna bland 15–19-åriga pojkar där pojkar i den socioekonomiska gruppen "övriga" skiljer sig mest från jämförelsegruppen (cirka 120 fler skador per 100 000 personår).

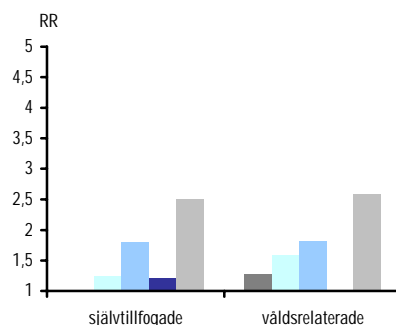
För självtilfogade skador är skillnaderna störst bland 15–19-åriga flickor med betydligt högre skadeincidens hos dem i den socioekonomiska gruppen "övriga" än hos jämförelsegruppen (cirka 220/100 000). Överlag skiljer sig pojkar och flickor i den socioekonomiska gruppen "övriga" mest från jämförelsegruppen, följt av dem i ej facklärd arbetarfamiljer.

Relativa jämförelser

10–14 år



15–19 år



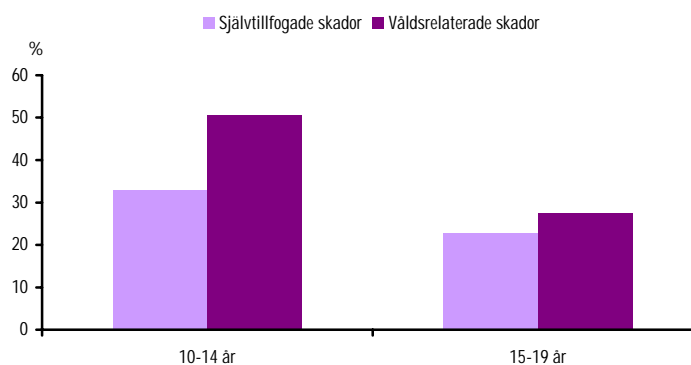
■ Lägre tjänstemän ■ Facklärda arbetare ■ Ej facklärda arbetare ■ Företagare ■ Övriga

Endast de relativa risker där konfidensintervallet inte innefattar 1,00 redovisas. Jämförelsegrupp: barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå

Den relativa risken för våldsrelaterade skador är högst bland 10–14-åringar. Barn i alla socioekonomiska grupper löper högre risk än jämförelsegruppen. Den högsta risken återfinns hos barn i den socioekonomiska gruppen ”övriga”, följt av dem i ej facklärda arbetarfamiljer. Även bland 15–19-åringar är de relativa riskerna förhållandevis höga, undantaget barn till egna företagare.

Vad gäller självtilfögade skador är de relativa riskerna höga för de flesta socioekonomiska grupper undantaget 10–14-åringa barn till egna företagare och barn i lägre tjänstemannafamiljer i den äldsta åldersgruppen.

Förbättringspotential



Jämförelsegrupp: barn i hushåll där minst en av föräldrarna klassificerats som tjänsteman på mellan- eller högre nivå

De våldsrelaterade skadorna skulle kunna reduceras med mer än hälften bland 10–14-åringar och med drygt en fjärdedel bland 15–19-åringar om samtliga socioekonomiska grupper skulle ha samma skadeincidens som jämförelsegruppen.

Också vad gäller självtilfogade skador är förbättringspotentialen störst för 10–14-åringar (33%), men även i den äldsta åldersgruppen är förbättringspotentialen stor (23%).

2.8 Sammanfattning av resultaten

Absoluta jämförelser

- I den yngsta åldersgruppen är de socioekonomiska skillnaderna i skaderisk små för de flesta skadetyper, med undantag för övriga oavsiktliga skador.
- I åldersgrupperna 5–9, 10–14 och 15–19 är socioekonomiska skillnader i trafikskador tydliga.
- Fotgängare är den trafikantgrupp som uppvisar minst skillnader i antalet skador.
- De största absoluta skillnaderna finns i den äldsta åldersgruppen, i trafikskador bland pojkar och i självtillfogade skador bland flickor.
- Socioekonomiska skillnader är tydliga för både pojkar och flickor.

Relativa jämförelser

- Alla åldrar sammantagna finns det avsevärda socioekonomiska skillnader i risken att skadas i trafiken, både som fotgängare, cyklist, mopedist, motorcyklist och bilförare.
- De socioekonomiska skillnaderna ökar när unga kommer i kontakt med motorfordon.
- För fallskador och övriga oavsiktliga skador är de socioekonomiska skillnaderna relativt små, med undantag för den yngsta åldersgruppen.
- Störst relativa skillnader återfinns för våldsrelaterade skador i åldersgruppen 10–14 år för pojkar och flickor tillsammans.

Förbättringspotential

- Störst förbättringspotential finns för avsiktliga skador, framförallt för våldsrelaterade skador bland 10–14-åringar.
- Vad gäller oavsiktliga skador har trafikskador de högsta förbättringspotentialerna, utom bland de yngsta där övriga oavsiktliga skador har störst potential.

3 Möjligheter och utmaningar

3.1 Möjligheter och utmaningar

Denna rapport visar på betydande socioekonomiska skillnader i risken att skadas bland barn och ungdomar i Sverige. Den största förbättringspotentialen för ökad jämlikhet i skaderisker återfinns när det gäller våldsrelaterade och självtillfogade skador och de flesta typer av trafikskador.

Hur denna förbättring ska kunna ske i praktiken är oklart på grund av att det saknas kunskap dels om de mekanismer som bidrar till att det finns skillnader i skaderisker, dels om åtgärder som skulle kunna förebygga skillnaderna (Laflamme 2002). Kunskapen om vilken effekt olika typer av förebyggande insatser har för olika sociala grupper är bristfällig (Laflamme 1998). Dessutom finns det få interventioner som speciellt har syftat till att påverka skadors socioekonomiska fördelning. De exempel som finns har inriktats på barnens miljö (i hemmet, i bilen och på lekplatser) och har framförallt fokuserat på föräldrarnas tillsyn av barnen och vilka säkerhetsåtgärder de vidtagit.

Individuell sårbarhet eller individuell exponering?

Historiskt sett har studier om sociala skillnader utgått från två olika ansatser. Man har antingen jämfört *personer*, oavsett var de bor, som i våra studier, eller *områden*, oavsett vilka personer som bor där (Laflamme 2001).

De olika typerna av förklaringar till socioekonomiska skillnader i skaderisker mellan individer kan relateras till två olika mekanismer som benämns differentiell sårbarhet respektive differentiell exponering (Hallqvist 1998; Diderichsen m.fl. 1999).

Differentiell sårbarhet pekar på skillnaden i arv eller social bakgrund mellan personer i olika socioekonomisk position. Tanken att

sociala skillnader i hälsa framförallt är biologiskt betingade är ett exempel på differentiell sårbarhet. Denna tanke har dock kritiserats för sin tendens att reducera hälsa till ett uttryck för genetiskt ursprung och för att ignorera den roll som den sociala miljön och samhället spelar för hälsan. Även på skadeområdet har en del forskning ägnats åt att försöka belysa individuella karakteristika, genetiska eller beteendebetingade, som skulle kunna medföra en ökad risk för skador hos vissa individer (s.k. "risktagare" eller "olycksfåglar"). Studier av denna typ har lett till motsägelsefulla slutsatser och deras användbarhet för skadeförebyggande arbete har visat sig vara begränsad. De största framgångarna har byggt på ett systemtänkande och framför allt fokuserat på produkt- och miljöförbättringar.

Ett annat exempel på förklaringar relaterade till differentiell sårbarhet är när skillnader i ohälsa tillskrivs social bakgrund i termer av bland annat kunskap, ekonomiska resurser eller makt/inflytande. Att personer från olika socioekonomiska grupper tar till sig och tillgodogör sig information på olika sätt är, inom folkhälsovetenskapen, en ofta återkommande förklaring till socioekonomiska skillnader. Denna förklaring kan också ha bidragit till den övertro som vi kan se när det gäller riktad information till särskilda grupper eller områden som en strategi för att utjämna skillnader i skaderisker. Betydelsen av skillnader i konsumtionsutrymme, det vill säga att ha råd med säkerhet, eller när det gäller makt att påverka sina levnadsförhållanden har däremot uppmärksammats i allt för liten omfattning.

Differentiell exponering avser vad människor utsätts för i sin närmiljö och genom sin livsstil. Självfallet kan den materiella levnadsnivån ha stor betydelse för hälso- och skaderisker.

När det gäller människors livsstil har det framhållits att människor i lägre socioekonomiska grupper har en mindre hälsosam livsstil, i form av till exempel rökning samt sämre mat- och motionsvanor. Huruvida livsstil påverkar den sociala fördelningen av dödlighet och sjuklighet har naturligtvis konsekvenser för folkhälsopolitiken. Men, individuella drag som till exempel personlighet, attityder och beteende kan även ses som produkter – eller som en effekt – av den sociala miljö som personen befinner sig i (t.ex. familj, skola, bostadsområde), inte bara som medvetna individuella val.

Miljön har betydelse för riskfördelningen

Om sociala skillnader i hälsa och skaderisker ska kunna utjämnas måste fler faktorer än enskilda individers beteende och livsstil vara föremål för preventiva insatser. Barn och ungdomar påverkas av sin fysiska och sociala omgivning både direkt genom att närmiljön kan innebära ökade risker och indirekt genom att deras valmöjligheter begränsas, exempelvis genom en minskad rörelsefrihet. Vi vill därför betona vikten av att öka kunskapen om hur den fysiska och sociala karaktären på ett bostadsområde kan påverka risken att skadas (s.k. strukturella mekanismer).

De studier som genomförts inom folkhälsovetenskap (Kaplan 1996), har framför allt inriktats på jämförelser mellan individer från olika socioekonomiska grupper (mätt som social klass, utbildning, inkomst, yrke) eller mellan individer med olika levnadsförhållanden (t.ex. arbetslösa, ensamstående föräldrar eller familjer med många barn). Detta gäller även för studier om socioekonomiska skillnader i skaderisker (se översikter i Laflamme 1998; Engström 1999; Cubbin och Smith 2002). Inom trafikområdet har däremot ett flertal internationella studier utgått från skillnader mellan olika typer av områden (Laflamme och Diderichsen 2000; Hasselberg och Laflamme 2001). Dessa studier har visat på samband mellan såväl den fysiska miljön (exempelvis trafiktäthet och hastighet) som den sociala miljön (exempelvis barntäthet, antal ensamstående föräldrar) och risken att skadas i trafiken (Hasselberg och Laflamme 2001).

Andra faktorer som anses ha betydelse för fördelningen av hälsa och säkerhet är befolkningsstruktur, ekonomisk tillväxt, levnadsstandard samt hälso- och sjukvårdsorganisation (Matteson m. fl. 1998). Studier har också visat att inkomstskillnader inom länder kan leda till ökade sociala skillnader i dödlighet, vilket förklaras av att stora inkomstskillnader skulle kunna samvariera med begränsade välfärdsinsatser i form av till exempel utbildning och vård (Kawachi och Kennedy 1997).

3.2 Förhållningssätt, insatser och åtgärder

Sociala skillnader i skaderisker kan förebyggas på olika sätt och på olika nivåer i samhället. Både nationella och lokala insatser kan bidra till en jämlikare fördelning av skaderisker och en minskning

av skador för alla barn och ungdomar. Med detta vill vi också förespråka vikten av att socioekonomiska skillnader uppmärksammas i både planering, genomförande och utvärdering av skadeförebyggande program.

Ett sätt att verka för en jämlikare fördelning av skaderisker

För att det skadeförebyggande arbetet ska gå hand i hand med en ökad jämlikhet i riskfördelning föreslås följande:

- Att öka medvetenheten om att sociala skillnader i skaderisker finns och att de kan förebyggas
- Att ha jämlikhet som en förutsättning för handling och beslutsfattande
- Att integrera skadors sociala fördelning som en del av utvärderingen
- Att bevaka sociala skillnader både generellt (dvs. alla typer av skador sammantagna) och specifikt (dvs. varje skadetyper för sig)
- Att ständigt ha skadors sociala fördelning på dagordningen och hålla diskussionen vid liv.

Som nämnts ovan ger den kunskap som finns idag dålig vägledning om hur det framtida förebyggande arbetet bör utformas. Däremot går det, som vi valt att göra här, att föra ett resonemang kring olika typer av insatser beroende på vilken mekanism de riktas mot (Diderichsen 2002):

- att minska skillnader i individuell sårbarhet
- att förebygga ojämlika konsekvenser av skador
- att minska skillnader i miljöexponering
- att påverka resursfördelningen i samhället.

Att minska skillnader i individuell sårbarhet

För att utjämna de sociala skillnaderna i skaderisk kan det behövas insatser som direkt inriktas på att förbättra säkerheten för de mest utsatta grupperna (Whitehead och Dahlgren 1991). Denna typ av förebyggande åtgärder syftar till att minska den individuella sårbarheten för skaderisker snarare än att minska de grundläggande

eller strukturella risker för vilka personer exponeras. Exempel på detta är simundervisning i skolan. Ett annat exempel är gratis installation av brandvarnare i mindre privilegierade områden eller utdelning av gratis cykelhjälm till alla barn och ungdomar som bor där. Så kallad "advocacy", att vara de resurssvagas språkrör på olika sätt, är också en sådan åtgärd.

Det bör dock uppmärksammas att strategin att välja ut vissa individer som riskbetingade, på grund av att de tillhör en speciell grupp (som exempelvis ensamma föräldrar, arbetare, arbetslösa eller en etnisk minoritet), kan vara stigmatiserande. Detta kan i sin tur ha negativa konsekvenser för såväl den enskilde individen som för samhället (Plant och Rushworth 1998).

Etiska överväganden vid identifiering av riskgrupper

En uppdelning av befolkningen utifrån vissa kriterier, där vissa grupper pekats ut som riskgrupper, kan stå i konflikt med grundläggande etiska värderingar (Lindbladh m.fl. 1998; Menckel och Laflamme 1999). Exempelvis kan beskrivningen av en grupp som mer utsatt för en viss typ av risk, av de inblandade upplevas som en kränkning av deras rätt att bestämma över sina egna liv (Lindbladh m.fl. 1998). Det kan även skapa en känsla av hjälplöshet eller av att riskfaktorerna inte går att påverka.

Om riskgruppens egenskaper dessutom generaliseras till en större del av samhället kan det leda till att beslutsutrymmet för samhället begränsas. En indelning av individer på felaktiga grunder kan i vissa fall leda till felaktiga insatser.

Att se ojämlikhet som ett individuellt problem kan även minska effekten av strukturella åtgärder (Lindbladh m. fl. 1998). Vi menar att det dessutom kan minska intresset för att vidta strukturella åtgärder.

Att förebygga ojämnliska konsekvenser av skador

Internationella och svenska studier har visat att det finns tydliga skillnader i skadors allvarlighetsgrad mellan olika socioekonomiska grupper. Detta i sin tur pekar på ett behov av att lindra effekterna av skador för hela befolkningen när det gäller vård och rehabilitering.

Vägverkets "Nollvision" ligger i linje med denna vilja. Nollvisionens syfte är att ingen ska behöva bli dödad eller allvarligt skadad som ett resultat av en vägtrafikolycka. Förebyggande åtgärderna inriktar sig i dessa fall på såväl förändringar i miljön (exempelvis mitträcken, rondeller) som förbättrade produkter (exempelvis bilbarnstolar och krockkuddar).

Att minska skillnader i miljöexponering

Insatser som syftar till att reducera skillnader i exponering mellan människor från olika socioekonomiska grupper omfattar förebyggande åtgärder, som modifierar och förbättrar den sociala eller den fysiska miljön (t.ex. väl fungerande och tillgänglig kollektivtrafik, reglering av produktsäkerhet, ökad tillgänglighet och underhåll av allmänna platser för rekreation).

Insatser av det slaget kan antingen inriktas mot speciella grupper vars arbete, boende och närmiljö kan inverka negativt på deras risk att skadas eller mot hela befolkningen.

I ett historiskt perspektiv har lagstiftning om till exempel produktsäkerhet (så som barnsäkra medicinförpackningar och flam-säkert material i sovläder) eller skyddsutrustning i bil (t.ex. säkerhetsbälte) visat sig vara en effektiv metod för minska skador. I motsats till lagstiftning och miljöförändrande åtgärder har information haft liten effekt. I Sverige har till exempel lagar och regleringar om säkerhetsbälte och boendemiljö lett till en 50 procentig minskning av dödligheten på 25 år (Gustafsson 1975). Avsaknaden av socioekonomiska skillnader i fallskador som presenteras i denna rapport kan till en del ha sin förklaring i väl fungerande regleringar för boendemiljön.

Ansvar för denna typ av förbättringar ligger hos såväl nationella, regionala som lokala myndigheter och institutioner.

Vid sidan av lagstiftning kan även en insats som en väl fungerande kollektivtrafik förbättra säkerheten i samhället, genom att minska exponeringen för bilar och därmed minska risken för att skadas. Det finns anledning att tro att detta också kan leda till andra positiva effekter såsom ökad trygghet och säkerhet i närmiljön.

Att påverka resursfördelningen i samhället

Det har också framhållits att vissa sociala förhållanden (exempelvis hög arbetslöshet, låg investering i utbildning och vård) har negativa konsekvenser för befolkningens hälsa i allmänhet och för de resurs-svaga gruppernas i synnerhet. Bostadssegregation är en möjlig social mekanism i detta sammanhang.

Den fjärde typen av åtgärd, som i hög grad skiljer sig från de andra, är att påverka själva den sociala strukturen, genom ekonomiska, sociala och utbildningsmässiga insatser, i syfte att minska skillnaderna mellan sociala grupper och på sikt även underlätta den sociala rörligheten.

3.3 Avslutande kommentar

Skador bidrar i hög grad till de sociala skillnaderna i hälsa bland barn och ungdomar såväl i Sverige som i många andra länder. Skillnader i ekonomiska resurser behöver inte avspeglas i skaderisker och säkerhet, men trots detta visar forskningen att just skador är ett hälsoproblem som visar starkt samband med barns och ungdomars sociala position.

Sociala skillnader i skaderisker och i konsekvenserna av skador kan uppstå genom att barn och ungdomar i olika socioekonomiska grupper har skilda förutsättningar när det gäller exponering för risker, tillgång till säkerhet, möjlighet att handskas med risker, eller tillgång till hälso- och sjukvård.

Kunskapen om mekanismerna bakom den sociala fördelningen av skaderisker är bristfällig. I det avseendet är också relationen mellan människor och deras miljö utforskad.

För att förebyggande arbete ska fungera tillfredsställande när det gäller att minska skillnaderna är det nödvändigt att forskningen klargör mekanismerna bakom sociala skillnader i skaderisk och varför vissa förebyggande insatser är mer effektiva i vissa sociala grupper än andra. Det är också nödvändigt att öka kunskapen om hur barn och ungdomar från olika sociala grupper exponeras för olika typer av risker.

Därutöver krävs, liksom på många andra områden, att ett flertal olika insatser kombineras och används parallellt. De samlade erfarenheterna om miljöinriktade metoder för att förebygga skador

kan även användas för att uppnå och vidmakthålla förhållanden som gynnar hälsa och säkerhet för alla.

En utjämning av skillnaderna i skaderisk kräver en rad etiska överväganden, exempelvis att vissa grupper eller områden inte stigmatiseras. Vårt syfte med denna rapport har varit att uppmärksamma att det finns socioekonomiska skillnader i skaderisker bland barn och ungdomar i Sverige. Vi bedömer att det är viktigt att denna kunskap integreras i planering, genomförande och utvärdering av det skadeförebyggande arbetet och vår förhoppning är att de åtgärder som diskuteras ovan kan vara vägledande för valet av framtida insatser.

4 Inhämtning, bearbetning och analys av materialet

Följande text beskriver kortfattat bakgrunden till de forskningsresultat som presenterats i denna rapport.

4.1 Beskrivning av två olika ansatser

Studierna utgår från följande frågeställningar:

- Hur ser de socioekonomiska skillnaderna ut i olika åldersgrupper för oavsiktliga respektive avsiktliga skador?
- Hur varierar de socioekonomiska skillnaderna för olika typer av trafikskador under uppväxtåren?
- Ser skillnaderna olika ut för pojkar och flickor?

Två olika ansatser har använts för att besvara frågeställningarna ovan och i detta syfte skapades två databaser genom att koppla samman ett antal nationella dataregister som tillhandahölls av Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen.

Barnens socioekonomiska status har genomgående baserats på hushållets status och har klassificerats enligt Statistiska Centralbyråns socioekonomiska indelning (SEI) (Andersson m.fl. 1981; Statistiska centralbyrån 1982:4). Hushållets socioekonomiska status bestämdes genom att föräldrarnas respektive position jämfördes och den högsta positionen användes som indelningsgrund för barnet (enligt den dominansprincip som beskrivs av Eriksson 1984). SEI delar upp yrkesverksamma personer i egna företagare och anställda. Egna företagare delas vidare upp i lantbrukare och övriga, och de anställda i arbetare och tjänstemän, som sedan ytterligare delas upp i grupper beroende på den genomsnittliga utbildningsnivån som krävs för ett särskilt yrke.

I denna rapport utgörs jämförelsegruppen genomgående av barn till tjänstemän på mellan- och högre nivå. Övriga grupper är lägre

tjänstemän, facklärda arbetare, ej facklärda arbetare, egna företagare (inkl. lantbrukare) och övriga (bl.a. studenter, hemmafruar, förtidspensionerade, långtidsarbetslösa). I studien om specifika trafikantgrupper analyseras lantbrukare och övriga egna företagare separat.

Socioekonomiska skillnader i olika åldrar

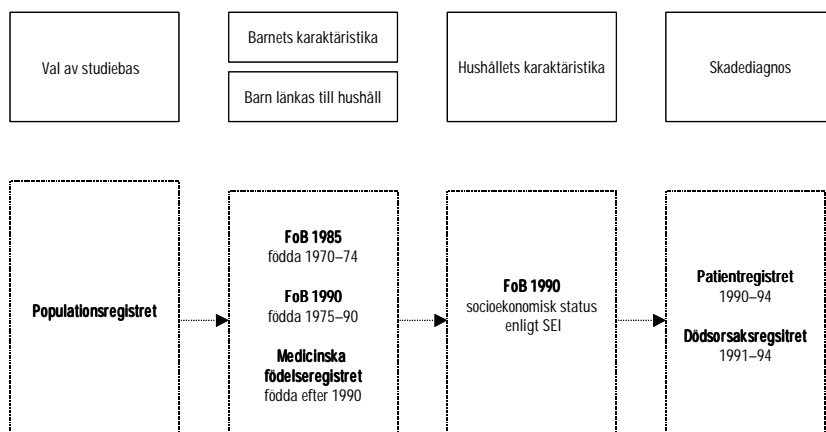
För att studera socioekonomiska skillnader i olika åldersgrupper har en tvärsnittsdesign använts. Studiebasen utgörs av alla barn och ungdomar, 0–19 år och bosatta i Sverige någon gång under perioden 1990–94 (cirka 2,6 miljoner).

För att få information om barnens och ungdomarnas sociala karaktäristika länkades de till den familj de lever med i de fall det varit möjligt och i övriga fall till sin biologiska mor och hennes eventuella levnadspartner (se figur nedan). Information om barnens kön och ålder togs från de två Folk- och bostadsräkningarna 1990 och 1985 (FoB 1990 och FoB 1985) samt från medicinska födelseregistret, beroende på barnets födelseår. Information om familjens socioekonomiska status hämtades från FoB 1990 för alla barn.

Detta material länkades sedan till patientregistret (där registreras personer som vårdats minst en natt på sjukhus) samt dödsorsaksregistret. För att undvika dubbelregistrering har de barn som finns med i båda registerna med samma diagnos inom två månaders tid exkluderats från patientregistret. Fem diagnosgrupper har studerats: trafik-, fall- och övriga oavsiktliga skador, våldsrelaterade samt självtillfogade skador.

Inom trafikskador har även följande diagnoser beaktats: fotgängare, cyklister, motorfordonsförare, motorfordonspassagerare. Det bör noteras att barn som skadat sig som mopedister registrerats som förare oavsett om de är förare eller passagerare.

Beskrivning av de register som använts och hur de länkats ihop för att skapa databasen



De barn som inte kunde länkas till en förälder (4,3 %) har exkluderats liksom de vars föräldrar inte bodde i Sverige 1990 (0,9 %) då FoB 1990 genomfördes samt de som dog år 1990. Studiepopulationen omfattar sedan cirka 2,5 miljoner barn och ungdomar.

Andelen personår i de olika socioekonomiska grupperna (%)

Flickor	0-4 år	5-9 år	10-14 år	15-19 år
Mellan- och högre tjänstemän	37	41	44	45
Lägre tjänstemän	14	13	14	15
Facklärda arbetare	21	19	16	15
Ej facklärda arbetare	19	17	15	15
Egna företagare	5	7	8	8
Övriga	5	4	3	3
Pojkar				
Mellan- och högre tjänstemän	36	41	44	45
Lägre tjänstemän	14	13	14	14
Facklärda arbetare	21	18	16	15
Ej facklärda arbetare	19	17	15	15
Egna företagare	5	7	8	8
Övriga	5	4	3	3

Analys

För analyserna delades barnen in i fyra åldersgrupper: 0–4, 5–9, 10–14, 15–19. Analyserna gjordes i tre steg och baserades genomgående på personår. För att beräkna personår bidrog en person som bott i Sverige under ett helt år med ett personår, medan en person som fötts, dött eller flyttat under ett år bidrog med ett halvt.

I det första steget beräknades de absoluta skillnaderna. Pojkar och flickor studerades var för sig.

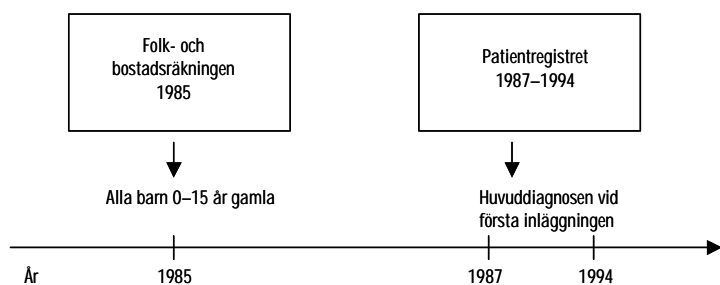
För att mäta de relativa skillnaderna beräknades den relativa risken (RR), med 95 % konfidensintervall, för varje socioekonomisk grupp. Här analyserades pojkar och flickor ihop efter att ha kontrollerat att kön inte modifierar effekten av socioekonomisk status.

Därutöver beräknades förbättringspotentialen genom "population attributable risk" (PAR). Detta mått visar den potentiella reduktion som skulle kunna ske om alla personer hade samma skadeförekomst som den grupp med lägst förekomst har (Machenbach 1997).

Socioekonomiska skillnader för olika typer av trafikskador under uppväxtåren

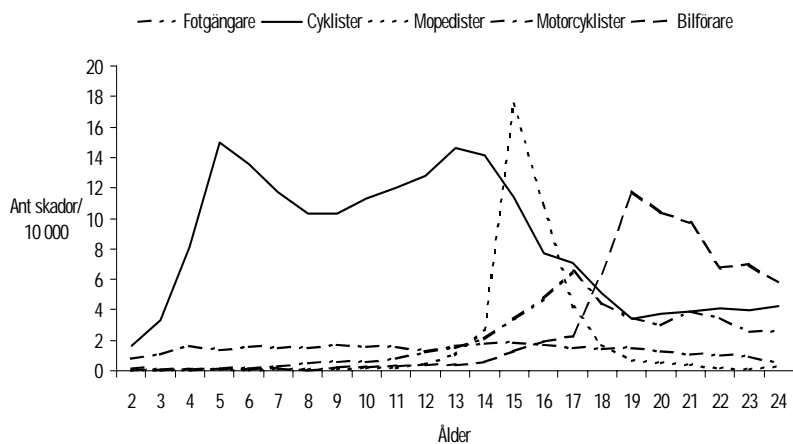
För att studera socioekonomiska skillnader i olika typer av trafikskador har en befolkningsbaserad kohortstudie genomförts. Figuren på omstående sida beskriver hur studien är upplagd. Studien bygger på data från FoB 1985 och omfattar alla barn som då var 0–15 år gamla (cirka 1,5 miljoner barn). I Folk- och bostadsräkningen kan barnen kopplas till sina föräldrar och där finns också uppgifter om föräldrarnas socioekonomiska status. Barnen har sedan följts upp i patientregistret från 1987–1994, med avseende på trafikskador (barnen var under uppföljningsperioden 2–24 år).

En beskrivning av studiedesignen



Fem trafikantkategorier ingår i studien: fotgängare, cyklister, mopedister, motorcykelförare och bilförare. Trafikantgrupperna har valts ut eftersom de speglar hur barn och ungdomar rör sig i trafiken. Endast förare har inkluderats i studien, då dessa representerar ett aktivt deltagande. Bilden nedan visar hur skadorna fördelar sig över ålder. Det högsta antalet skador i varje trafikantkategori sammanfaller med debutåldern för respektive kategori. Exempelvis är det två toppar för cykelskador, den första i 5-års åldern, då barn ofta börjar cykla och den andra i 13-års åldern, då de börjar cykla mer och röra sig i tyngre trafikerade områden.

Åldersfördelning av trafikskador under studieperioden (1987–1994)



De barn som inte kunde kopplas till en förälder (0,6 %) togs bort ur studiepopulationen. Dessutom exkluderades mammor som var yngre än 20 år och äldre än 45 år vid barnets födelse. Anledningen till detta var att minska antalet vårdnadshavare som inte var föräldrar i studiepopulationen. Av samma anledning togs föräldrar/vårdnadshavare som var över 60 år bort. Barn som dött eller lämnat Sverige innan uppföljningsperiodens start (1 januari 1987) exkluderades också. Efter detta omfattade studiepopulationen 1 469 901 barn (95 %).

Andel personer i olika socioekonomiska grupper (%)

Mellan- och högre tjänstemän	39
Lägre tjänstemän	14
Facklärda arbetare	16
Ej facklärda arbetare	16
Lantbrukare	3
Övriga egna företagare	7
Övriga	5

Analys

Både absoluta och relativa jämförelser redovisas för pojkar och flickor tillsammans. Oddskvoter med 95 % konfidensintervall beräknades med barn till mellan- och högre tjänstemän som referensgrupp. Multivariata analyser genomfördes med sjukhusvård till följd av trafikskada som beroende variabel för respektive trafikantkategori. Barnets ålder och moderns ålder vid barnets födelse ingick i alla analyserna som kontinuerliga oberoende variabler. För att kontrollera att kön inte modifierade effekten av socioekonomisk status lades kön in som en interaktionsvariabel. I analyserna har även kontrollerats för etnicitet, mätt som moderns födelseland, utan att detta påverkade de socioekonomiska skillnaderna. För att visa förbättringspotentialen har, liksom i den tidigare ansatsen, PAR beräknats.

4.2 Sammanfattning av de mått som används

Absoluta jämförelser

Absoluta jämförelser visar sjukdomsförekomst (här: skador) i en viss socioekonomisk grupp minus sjukdomsförekomsten i jämförelsegruppen. Antalet skador per 100 000 personer (eller personår) i en viss grupp minskas med antal skador per 100 000 personer (eller personår) i jämförelsegruppen.

Relativa jämförelser

Relativ risk (RR) används här som mått på de relativa skillnaderna i skadeförekomst mellan grupper i samhället. Den relativa risken beräknas som en kvot mellan incidenstalen (antalet skador i en befolkning under en viss tid dividerat med den tid som individerna tillsammans löper risk att skada sig) för en viss socioekonomisk grupp och jämförelsegruppen. Om en grupp har en RR på 2 betyder det att risken att skada sig för den gruppen är dubbelt så stor som för jämförelsegruppen (vars RR alltid är 1.0).

Oddsquot är också ett mått på de relativa skillnaderna i sjukdomsförekomst (här: skador) mellan grupper i samhället. Måttet är en god skattning av den relativa risken i de fall då utfallet är ovanligt, vilket gäller för de diagnoser som studeras här.

Förbättringspotential

För att mäta förbättringspotentialen används "population attributable risk" (PAR). I denna rapport beräknas PAR genom att skadeförekomsten i hela populationen minus skadeförekomsten i den grupp med lägst förekomst divideras med skadeförekomsten i hela populationen. Måttet visar med hur stor andel skadorna skulle kunna reduceras om alla grupper hade samma skadeförekomst som den gruppen med lägst skadeförekomst (jämförelsegruppen).

4.3 Begränsningar i datamaterialen

Datamaterialen kan anses vara representativa för barn och ungdomar i Sverige under den studerade perioden. Bortfallet i Folk- och bostadsräkningarna, från vilken information om socioekonomisk status inhämtades, var 1985 endast 0,8 procent och 1990 2,5 procent (Statistiska centralbyrån 1989 och 1992). När det gäller information om skadorna uppskattas bortfallet i patientregistret till 1–2 procent och för de år som studeras saknas information om skadeorsaken (E-kod) för cirka 3 procent av skadorna (Socialstyrelsen 1999). Det finns dock ingen anledning att tro att dessa bortfall skett systematiskt.

Ett problem som finns i alla studier som bygger på uppgifter om sjukhusvårdade patienter är i vilken grad materialet omfattar de personer som verkligen skadats i en viss befolkning under en given period. En typ av bortfall kan bero på att personer söker vård i olika utsträckning, på grund av olika tillgång till vård eller olika benägenhet att söka vård (Laflamme 1998). Det kan också bero på skillnader i sjukvårdspersonalens bedömning angående inläggning av patienter (Engström 1999). Även om det inte finns något som styrker det senare i Sverige (Whitehead m.fl. 1997) så skulle de ovan beskrivna mekanismerna kunna leda till en överskattning av både de absoluta och relativa riskerna för lägre socioekonomiska grupper om, till exempel, sjukhuspersonalen i högre utsträckning behåller skadade patienter från de grupperna. Tvärtom skulle en tendens att i högre utsträckning behålla patienter från de mer privilegierade grupperna leda till en underskattning av de socioekonomiska skillnaderna.

Ett närliggande problem är risken att, mer eller mindre systematiskt, registrera fel diagnos för patienter, speciellt med avseende på avsiktliga skador som till exempel barnmisshandel. Det finns internationella studier som visat att sjukhuspersonal är mer benägna att dokumentera att barnmisshandel förekommit bland barn och ungdomar från lägre socioekonomiska grupper än bland andra barn (Benson m.fl. 1991; Tygart 1991). Hur stort detta problem är i föreliggande material är svårt att avgöra, men det skulle kunna innebära en överskattning av skaderisken i dessa diagnoser för barn från lägre socioekonomiska grupper i förhållande till jämförelsegruppen.

Även skillnader mellan olika sociala grupper när det gäller skadans allvarlighetsgrad kan utgöra en systematisk felkälla. Vi vet

emellertid inte om skador i Sverige tenderar att vara allvarligare i lägre socioekonomiska grupper än i högre (Laflamme och Eilert-Peterson 2001; Laflamme 1998; Laflamme och Diderichsen 2000).

I samband med att barnen kopplades till ett hushåll kan problem uppstå på två sätt. Det första är att barn födda efter 1990 i tvärsnittsstudien är kopplade till sin biologiska mamma utan att vi säkert vet om barnet levde med henne. Det andra är att barn och ungdomar där föräldrarna har delad vårdnad och där barnen bor lika mycket hos sin mamma och sin pappa, endast är registrerade på en av dessa adresser. Detta skulle kunna innebära att ett fåtal barn blivit tilldelade felaktig socioekonomisk status. Antalet barn som berörs är emellertid så få (Barnombudsmannen 1995) att det inte nämnvärt kan ha påverkat resultaten.

Referenser

- Andersson, L.G., R. Eriksson & B. Wärneryd, 1981 Att beskriva den sociala strukturen. Utvärdering av 1974 års förslag till socioekonomisk indelning. *Statistisk Tidskrift* 19:113-36.
- Barnombudsmannen, Statistiska Centralbyrån. 1995. *Upp till 18 – Fakta om barn och Ungdomar*. Halmstad: Bulls tryckeri AB.
- Barry, P.Z. 1975. Individual versus community orientation in the prevention of injuries. *Preventive Medicine* 4:47-56.
- Becker, C., C. Guenther-Grey & A. Raj, 1998. Community empowerment paradigm drift and the primary prevention of HIV/AIDS. *Social Science and Medicine* 46:831-42.
- Benson, D.E., A. Swann, R. O'Toole & JP Turbert, 1991. Physicians' recognition of and response to child abuse: Northern Ireland and the USA. *Child Abuse and Neglect* 15:57-67.
- Berg Kelly K. 1991. Self-reported health Status and use of medical care by 3 500 adolescents in Western Sweden. II. Could clustering of symptoms and certain background factors help identify troubled young people? *Acta Paediatrica Scandinavica* 80:844-51.
- Blane, D. 1995. Editorial: Social determinants of health. Socioeconomic status, social class, and ethnicity. *American Journal of Public Health* 85:903-5.
- Diderichsen F. 2002. The social basis of disparities in health. In: Evans, T., M. Whitehead, M. Wirth, H. Epstein m. fl., *Challenging Inequalities in Health, From Ethics to Action*. London: The Rockefeller Foundation and Swedish International development Agency.
- Diderichsen, F. & J. Hallqvist. 1998. Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. In: Arve-Parés, B. (ed). *Inequality*

- in Health – a Swedish Perspective*. Stockholm: Swedish Council for Social Research.
- Diderichsen, F., L. Laflamme & J. Hallqvist 1999. Understanding the mechanisms of social differences in injuries. In: Laflamme, L., L. Svanström & L. Schelp (eds) *Safety Promotion Research: A Public Health Approach to Accident and Injury Prevention*. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences 177-201.
- Elmén, H. & V. Sundh, 1994. Mortality in childhood, youth and early adulthood. Social inequality in A Swedish city. *European Journal of Public Health* 4:274-280.
- Engström, K. 1999. *Social Inequality in Violence-Related Injuries. Knowledge Accumulated, Research Needs, and Alternatives for Prevention*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health, 1999:23.
- Engström, K., F. Diderichsen & L. Laflamme, 2002. Socio-economic differences in injury risk in childhood and youth. A national study of intentional and unintentional injuries. *Injury Prevention* 8:137-42.
- Engström, K. & L. Laflamme, 2002. Socio-economic differences in intentional injuries. A national study of Swedish male and female adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 412:26-9..
- Eriksson, R. 1984. Social class of men, women and families. *Sociology* 18:500-14.
- Gepkens, A. & L.J. Gunning-Schepers, 1996. Intervention to reduce socioeconomic health differences. A review of the international literature. *European Journal of Public Health* 6:218-26.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T., A.M. Kolk, W.J.H.M. van Den Bosch, & H.J.M. van Den Hoogen, 1995. Male and female health problems in general practice: The differential impact of social position and social roles. *Social Science and Medicine* 40:597-611.
- Gottfredson, D.C., G.D. Godfredson & S. Skroban, 1998. Can prevention work where it is needed most? *Evaluation Review* 22:315-40.
- Gunnarsson, S.O. 1996. Traffic accident prevention and reduction. Review of strategies. *IATSS Research* 20:6-14.
- Gustafsson, L.H. 1979. Children in traffic. Some methodological aspects. *Paediatrician* 8:181-7.

- Haglund, B., S. Cnattingius & M-L. Nordström, 1993. Social differences in late fetal and infant mortality in Sweden 1985–86. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 7:33-44.
- Haglund, B. & L. Svanström, 1999. *Effects and Effectiveness of Prevention of Accidents, Injuries and Violence*. Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine.
- Hasselberg, M. & L. Laflamme, 2001. *Socio-economic differences in traffic injuries in childhood. What do we know and what do we need to know more about?* 4th Research Conference "Cities of Tomorrow" Göteborg August 23–24.
(Text: <http://www.citiesoftomorrow.org.gu.se/>)
- Hasselberg, M., L. Laflamme & G. Ringbäck Weitoft, 2001. Socio-economic differences in non-fatal road-traffic injuries during childhood and youth – A closer look at different road users. *International Journal of Epidemiology and Community Health* 55:858-62.
- Laflamme, L. 1998. *Social Inequality in Injury Risks. Knowledge Accumulated and Strategies for the Future*. Stockholm: Sweden's National Institute of Public Health 1998:33.
- Laflamme, L. 2001 Explaining socio-economic differences in injury risks. *Injury Control and Safety Promotion* 8(3):149-53.
- Laflamme, L. 2002. Trafikskador hos barn varierar med ålder och socioekonomisk tillhörighet. *Läkartidningen* 99:3021.
- Laflamme, L. & L. Diderichsen, 2000. Social differences in traffic-injury risks in childhood and youth – A literature review and an analytical frame for the unanswered questions. *Injury Prevention* 6:293-8.
- Laflamme, L. & E. Eilert-Petersson, 2001. Injury risks and socio-economic groups in different settings. Differences in morbidity between men and between women at working ages. *Eur J Public Health* 11(3):309-13.
- Laflamme, L. & K. Engström, 2002. *Socio-economic differences in traffic-related injuries among Swedish children and youth. A cross-sectional study*. *British Medical Journal* 324:396-7.
- Lindbladh, E., C.H. Lyttkens, B.S. Hanson & P-O. Östergren, 1998. Equity is out of fashion? An essay on autonomy and health policy in the individualized society. *Social Science and Medicine* 46:1017-25.
- Mackenbach, J. & A. Kunst, 1997. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available

- measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine* 44:757-71.
- Menckel, E. & L. Laflamme. Ethical issues in safety promotion research. In: Laflamme L, Svanström L, Schelp L. (eds) *Safety Promotion Research: A Public Health Approach to Accident and Injury Prevention*. Stockholm, Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences 203-23.
- Onwuachi-Saunders, C. & D.F. Hawkins, 1993. Black-White differences in injury. Race or social class? *Annals of Epidemiology* 3:150-53.
- Plant, A.J. & R.L. Rushworth, 1998. "Death by proxy": Ethics and classification in epidemiology. *Social Science and Medicine* 47:1147-53.
- Sharp, G.B. & M.A. Carter, 1992. Prevalence of smoke detectors and safety tap-water temperatures among welfare recipients in Memphis, Tennessee. *J Community Health* 17:351-65.
- Socialstyrelsen, 1986. *Klassifikation av sjukdomar 1987. Systematisk förteckning. Svensk version av International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD9)*. Stockholm: Liber/Allmänna förlaget.
- Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum, 1999. *Skador och förgiftningar i slutenvård 1987-1996*. Hälsa och sjukdomar 6. Stockholm: Norstedts.
- Starfield, B. 1982. Child health and socioeconomic status. Editorial. *American Journal of Public Health* 72:532-3.
- Statistiska centralbyrån, 1983. *Meddelanden i samordningsfrågor 1982:4. Socioekonomisk indelning (SEI)*. Örebro: Statistiska Centralbyrån.
- Statistiska centralbyrån, 1992. *Folk- och bostadsräkningen 1990. Del 9 Uppläggning och genomförande. Sveriges officiella statistik*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Strawn, C. 1994. Beyond the buzz word: Empowerment in community outreach and education. *Journal of Applied Behavioral Science* 30:159-74.
- Tygart, C.E. 1991. Student interpersonal public school violence: Some explanations derived from adult interpersonal violence theory. *Int J Group Tensions* 21:85-99.
- United Nations Development Report (UNDP). 1999. Human Development Report 1999. New York: Oxford University Press.

- Whitehead, M., M. Evandrou, B. Haglund & F. Diderichsen, 1997. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access care. *British Medical Journal* 325:1006-9.
- Whitehead, M. & G. Dahlgren, 1991. What can be done about inequalities in health? *The Lancet* 338:1059-63.
- World Health Organisation (WHO). 1977. *International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD9)*. Geneva: WHO.
- Östberg, V. 1992. Social class differences in child mortality, Sweden 1982–86. *Journal of Epidemiology and Community Health* 46:480-4.
- Östberg, V. 1997. The social patterning of child mortality: the importance of social class, gender, family structure, immigrant status and population density. *Sociology of Health & Illness* 19(4):415-35.
- Östberg, V. & D. Vägerö, 1991. Socioeconomic differences in mortality among children. Do they persist into adulthood? *Social Science and Medicine* 32:403-10.

Kommittédirektiv

Barnsäkerhetsdelegation



Dir.
2001:79

Beslut vid regeringssammanträde den 11 oktober 2001.

Sammanfattning av uppdraget

En delegation skall se över och arbeta med frågor om säkerhet och förebyggande av skador i barns och ungdomars miljö. Delegationens skall bl.a.

- kartlägga vilka skador och olycksfall som drabbar barn och ungdomar,
- kartlägga vilka barn och ungdomar som drabbas beroende på bl.a. ålder, kön och bostadsform,
- lämna förslag till förbättringar när det gäller statistik och annan kunskapsinhämtning inom området,
- påbörja ett arbete för att höja medvetenheten om metoder för skadeförebyggande åtgärder kring barn och ungdomar och att förbättra samarbetet mellan inblandade myndigheter och mellan myndigheter och frivilliga aktörer både på nationell nivå och på lokal nivå,
- finna former för hur barn och ungdomar kan involveras i det lokala förebyggande arbetet i syfte att ta till vara deras synpunkter på hur detta arbete kan bedrivas,
- överväga om det behövs några förändringar av lagstiftningen för att stärka barns och ungdomars skydd och säkerhet, samt
- utreda vilken myndighet som i framtiden bör ha det övergripande ansvaret för barnsäkerhetsfrågorna och frågorna om barns lek- och utemiljö.

Bakgrund

Barnkonventionen m.m.

I dag finns det mycket kunskap om barn, deras behov och inte minst lekens betydelse för deras utveckling. Kunskaperna behöver dock både breddas och fördjupas. Barn behöver leka och röra på sig, fantisera, bearbeta upplevelser genom leken och göra nya erfarenheter. Äldre barn och tonåringar behöver utrymme för sina intressen, vänner och aktiviteter. Gemensamt för nästan alla barn och ungdomar är att de dagligen befinner sig i förskole- och skolmiljöer.

Barns rätt till lek och rekreation slås fast i artikel 31 i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Det skall finnas utrymme för lek och fritid och den miljö där barn leker skall vara säker. Barns rätt till lek och fritid skall också ses i relation till barnkonventionens artikel 6 om rätten till överlevnad och utveckling. Barnkonventionen ställer således förpliktigande krav på att barns miljö både skall vara säker och utvecklande. Sverige tillträdde konventionen år 1990.

Barnsäkerhet och berörda aktörer

Barnsäkerhetsarbetet fungerar förhållandevis väl i Sverige. Dödsfallen är få liksom de allvarliga skadefallen. Det hindrar inte att mer kan göras och att ambitionen bör höjas ytterligare när det gäller att minska skadorna.

I dag saknas det både en samlad lagstiftning och ett samlat myndighetsansvar för barns rätt till en stimulerande, trygg och säker uppväxtmiljö. Ett flertal myndigheter har ett sektorsansvar eller på annat sätt funktioner när det gäller att förbättra barns och ungdomars säkerhet och motverka olycksfall. Vissa myndigheter har tillsynsansvar och andra arbetar med metodutveckling och kunskapspridning. Det arbetet bör fortsätta och vid behov förbättras och samordnas. I propositionen om Hälsa, lärande och trygghet (2000/01:14) aviserar regeringen en översyn av arbetsmiljölagen ur ett elevperspektiv. I detta sammanhang bör även berörda myndigheters tillsyn ses över i syfte att åstadkomma en ökad samsyn och samordning. Det gäller t.ex. det arbete som bedrivs av Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen, Statens skol-

verk, Statens räddningsverk, Konsumentverket, Vägverket samt Boverket.

Barnombudsmannen har dock ett särskilt samordnande myndighetsansvar för frågor som rör barns säkerhet. Enligt förordningen (1993:710) med instruktion för Barnombudsmannen skall ombudsmannen inom sitt verksamhetsområde ta initiativ till samordning och utveckling av samhällets förebyggande insatser inom området barns och ungas säkerhet (2 § 4 p.). Ett förändringsarbete pågår för närvarande när det gäller Barnombudsmannens verksamhet. Inriktningen på det arbetet är att ombudsmannarollen skall lyftas fram och bli tydligare och att myndighetsfunktionerna skall begränsas så långt som möjligt. Avsikten är således att det övergripande myndighetsansvaret för barns och ungdomars säkerhet inte längre skall ligga på Barnombudsmannen.

På den lokala nivån har olika kommunala verksamheter som t.ex. förskola, skola, gatukontor och räddningstjänst viktiga funktioner. Genom hälso- och sjukvården och sitt folkhälsoarbete kommer också sjukvårdshuvudmännen i beröring med frågorna.

Det är viktigt att nå barn, ungdomar och föräldrar i säkerhetsarbetet. Det är viktigt att ta till vara deras synpunkter på hur det skadeförebyggande arbetet kan bedrivas och utveckla formerna för hur barn och ungdomar kan medverka i det skadeförebyggande arbetet. Barn och ungdomar är också de som bäst känner de miljöer där de själva vistas och därmed också de risker som är förenade med dem. Det är därför viktigt att de fortlöpande på en jämställd bas kan delta i säkerhetsarbetet kring dessa miljöer. Betydelsefullt är det också att nå personalgrupper som arbetar med barn, såsom personal inom förskolan, skolan och fritidsverksamheten. Personal som arbetar med fysisk planering i vid mening och med säkerhetsarbete är andra viktiga målgrupper.

Frågor om barns miljö handlar inte enbart om säkerhetsförebyggande åtgärder utan också om att aktivt medvetandegöra människor och påverka attityder. Barn skall ha samma rätt till goda miljöer för lek, rekreation och studier som vuxna. Det beteende man lär in i unga år finns med under resten av livet. Säkerhetsuppfostran är därför en viktig del av det skadeförebyggande arbetet.

En fråga som särskilt uppmärksammats är säkerhetsreglerna i bostäder. Många olycksfall som drabbar barn sker i deras hemmiljö. Behovet av ytterligare åtgärder i syfte att förbättra barnsäkerheten i byggnader har under de senaste åren framhållits av bl.a. Barnombudsmannen (rapport 1997) och i riksdagsmotioner

(2000/01:So12, 2000/01:Bo511 och 2000/01:BO540). Gemensamt för dessa är att de förordar en översyn och ändring av byggnadslagstiftningen vad gäller barnsäkerhetskraven i äldre bostäder. Förslagen innebär att regler om barnsäkerhet skall finnas även för de byggnader som inte omfattas av gällande regler, dvs. bostäder byggda före år 1973 eller ombyggda före år 1976. Stora delar av det s.k. miljonprogrammets bostäder saknar fortfarande skydd mot barnolycksfall.

Uppdraget

Skadeförebyggande åtgärder

De frågor som i första hand ligger inom området skadeförebyggande verksamhet är olycksfall som drabbar barn och ungdom. Det gäller olycksfall både i offentlig miljö, t.ex. i förskola och skola, på vägar och lekplatser, och i privat miljö, t.ex. i hemmet och bostadsområdet och vid idrottsaktiviteter. Därtill kommer olyckor som kan uppstå i samband med tillställningar av olika slag såsom diskotek och musikfestivaler.

Sådant som kan beskrivas som sjukdomsförebyggande verksamheter skall ligga utanför delegationens arbetsområde. Detsamma gäller skador som uppstår på grund av brott.

Delegationen skall överväga om det behövs och i så fall föreslå författningsändringar eller andra åtgärder för att stärka barns och ungdomars skydd och säkerhet.

Kunskapsuppbyggnad

Arbetet med att motverka olycksfall och skador bland barn och ungdomar måste bygga på en god kunskap om vilka skador barn och ungdomar drabbas av och i vilka miljöer skadorna inträffar. För att få en bild av hur situationen ser ut i dagens Sverige skall delegationen kartlägga vilka skador och olycksfall som drabbar barn och ungdomar. Delegationen skall också föreslå förbättringar när det gäller statistik- och annan kunskapsinhämtning. Det handlar bl.a. om hur statistik och kunskaper kan byggas upp i framtiden och hur olika kunskapskällor kan komplettera varandra. Det är viktigt att denna statistik är könsuppdelad för att bättre kunna planera förebyggande åtgärder.

Metoder för att förebygga skador skall också belysas. Delegationen skall i sitt arbete verka för att barn, ungdomar och föräldrar blir en naturlig del av det vardagliga förebyggande säkerhetsarbetet. Det gäller att ta tillvara både sådant som fungerat bra i olika kommuner i Sverige och goda exempel i andra länder. Delegationen skall sprida goda exempel och beskriva hur kunskaps-spridning till fältet bör byggas upp.

Skadeförebyggande insatser i bostadsbeståndet

Delegationen skall beskriva och analysera hur olycksfallsmönstren i olika delar av bostadsbeståndet ser ut. Om en sådan analys visar att det behövs åtgärder i form av förändrad lagstiftning, förbättrad information eller något annat skall utredningen lämna förslag till sådana åtgärder.

Myndighet med ansvar för det övergripande skadeförebyggande arbetet

En lång rad myndigheter delar ansvaret för att förebygga skador som drabbar barn och ungdomar. Det behövs dock en myndighet med ett sammanhållande ansvar. Det handlar bl.a. om att aktivt samla och sprida kunskap, utveckla metoder, uppmärksamma nya faror, samordna olika myndigheter nationellt och lokalt.

Delegationen skall initialt ha denna uppgift. I dess uppdrag skall också ligga att pröva vilken myndighet som i framtiden skall ha detta övergripande ansvar. Denna myndighet skall besitta kunskap och kompetens och därigenom en förmåga att genom samarbete med andra myndigheter skaffa sig en helhetsbild över frågeställningarna kring säkerhet och stimulans i barns och ungdomars miljö.

Delegationen skall i detta sammanhang också analysera och lämna förslag på vilka författningsändringar och andra åtgärder som behöver vidtas.

Arbetets bedrivande och redovisning av uppdraget

Delegationen skall arbeta utåtriktat och se till att kunskaper som är viktiga för framtiden byggs upp och tas till vara. Delegationen skall i sitt arbete särskilt uppmärksamma och beakta olika förutsättningar och behov med avseende på barns och ungdomars kön,

funktionshinder, etnicitet, socioekonomiska och regionala förhållanden.

Delegationen skall samråda med viktiga aktörer, såsom kommunförbunden, myndigheter och utredningar, frivilligorganisationer, bransch- och intresseorganisationer, forskare, olika yrkesgrupper samt andra berörda inom området.

Ifall det offentliga åtagandet innebär ökade kostnader för kommuner och landsting skall finansieringsprincipen tillämpas.

Delegationen skall slutredovisa sitt uppdrag senast den 31 december 2003. Dock skall förslag om vilken myndighet som i framtiden skall ha det övergripande ansvaret för barnsäkerhetsfrågorna lämnas senast den 31 januari 2003.

(Socialdepartementet)