

UPPSATS FÖR LICENTIATEXAMEN

Risker och rum

Riskmiljöer och riskfaktorer för barn och ungas skadehändelser
i hem- och boendemiljön

CHARLOTTA THODELIUS

Institutionen för Arkitektur
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, 2016

Risker och rum

Riskmiljöer och riskfaktorer för barn och ungas skadehändelser i hem- och boendemiljön

CHARLOTTA THODELIUS

© CHARLOTTA THODELIUS, 2016.

Institutionen för Arkitektur
Chalmers Tekniska Högskola
412 96 Göteborg
Sverige
Telefon 031-772 1000

Chalmers Reproservice
Göteborg, 2016

Risks and Room

Risk Environments and Risk Factors for Children's and Adolescents' Injury Events in the Residential Environment

Charlotta Thodelius

Department of Architecture, Chalmers University of Technology

ABSTRACT

This thesis addresses the concept of risk and the understanding of risks in relation to children's and adolescents' injury events in the residential setting. The thesis is based on three main studies, the first study evaluate the register data used in study III, the second study is a literature review and the third study is an empirical study based on register data from the healthcare sector.

Study I discuss the methodological and analytical challenges related to work with data collected for another cause. The main data in the statistical analysis in study I is from hospital registration and it is origin designed for epidemiological research and not for a more complex situational or social analysis. To overcome the challenges the empirical analysis in study III was conducted with a mixed method approach, using both quantitative and qualitative data.

The aim of study III is to map some of the factors that interplay in injury events in the residential environment, the main focus in the analysis is the relation between the individuals' position and the physical environment. The two main results in study III are: that age and household income are the two main protective factors, the dwelling type has an effect on some injury events, even after control for other variables (age, gender, household income and ethnicity), but different rooms has different risk profiles. The study also shows the importance of an understanding of the function of the built environment, the physical room has often one primary intention and function but the room also creates an opportunity structure for alternative social praxis.

In conclusion, the licentiate thesis has had a focus on the term risk and the understanding of risk from different perspectives. The thesis will be the starting point for the further PhD-project regarding prevention, since the understanding of risks are the foundation of prevention.

KEYWORDS: risk factor, risk environment, injury event, opportunity structure, children, adolescent, disability

Licentiate thesis written in Swedish. Title in Swedish: *Risker och rum. Riskmiljöer och riskfaktorer för barn och ungas skadehändelser i hem- och boendemiljön*

Publikationer och presentationer

Licentiatuppsatsen är en del av ett pågående doktorandprojekt. Uppsatsen är primärt baserad på följande presenterade arbeten:

Paper I:

Thodelius, C., Ekbrand, H., Ekman, R., Lundälv, J. (2016). Injury events sustained by people with disabilities in residential environments: an analysis of Swedish register data [*Under bearbetning*]

Presentation I:

Thodelius, C., Lundälv, J. (2016). Exploring and understanding environmental risks and risk management.

[Peer reviewed abstract, poster presentation, The 24:th IAPS Conference, Lund/Alnarp, Juni, 2016]

FÖRORD

Följande uppsats behandlar barn och ungas risker för skadehändelser i hem- och boendemiljön, ett forskningsfält som jag tidigare inte varit särskilt inläst på, vilket har lett till att jag funnit flera intressanta ingångar i problematiken och även insett att barn- och ungas utsatthet för skadehändelser är ett stort, omfattande och ständigt närvarande samhällsproblem.

Licentiatuppsatsen är en del i ett tvärdisciplinärt forskningsprojekt om skadehändelser i hem- och boendemiljöer kallat ArchSafe. Projektet är finansierat av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och pågår under perioden april 2014 till april 2018. ArchSafes forskargrupp består av: Inga Malmqvist, biträdande professor, Institutionen för arkitektur, Chalmers Tekniska Högskola, Robert Ekman, docent vid Karolinska institutet samt gästforskare, Institutionen för arkitektur, Chalmers Tekniska Högskola, Jörgen Lundälv, docent vid Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet och docent vid institutionen för kirurgisk och perioperativ vetenskap, Umeå Universitet. Docent Björn Andersson, Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet och fil. doktor Hans Ekbrand, Institutionen för sociologi och arbetsvetenskap, Göteborgs Universitet.

Licentiatuppsatsen består av tre studier, den första studien är en utvärdering av det registeruttag som ligger till grund, inte bara för uppsatsen, utan för mitt doktorandprojekt. Den andra studien är en litteraturoversikt. Den tredje studien är en empirisk studie, med utgångspunkt av analyser av registerutdragen där skillnaden mellan ”riskgrupp” och ”riskmiljö” diskuteras teoretiskt och empiriskt. Den tidigare forskningen har främst sett till riskfaktorer på en individ- eller en strukturell nivå, vilket inte är felaktigt, men som samtidigt försvårar diskussionen om och utvecklingen av situationell prevention. Även om uppsatsen inte har en preventiv ansats, så anser jag att det är centralt att diskutera riskbegreppet i relation till den fysiska miljön, för att ge en ökad förståelse för barn och ungas skadehändelser.

Uppsatsens resultat visar att den byggda miljön är en riskfaktor för barn och ungas skadehändelser genom att bidra till sannolikheten för en skadehändelse. Risken går att förstå genom att förstå rummets funktion utifrån handlingars intention och olika former av användande. Barn och unga använder inte rummet alltid som det är avsett, under lek kan rummet bli ”något annat” eller att användningen av rummet ger tillfällen för avvikande handlingar, till exempel att vardagsrummet som en samlingsplats även kan vara en berusningsplats.

Slutligen vill jag tillägga att uppsatsen inte bara är ett resultat av mina egna studier, flera personer har på olika sätt bidragit till uppsatsens utformning och genomförande. Jag skulle vilja tacka mina handledare, Inga Malmqvist, Jörgen Lundälv och Hans Ekbrand för deras värdefulla råd under min skrivprocess. Ni har inte bara gett mig stöd och värdefulla synpunkter, utan även för att ni tagit er tid att dela med er av er kunskap och erfarenhet. Jag vill ge ett särskilt tack till Hans Ekbrand för all hjälp med den statistiska analysen i studie III:s första delstudie. Jag vill även tacka Björn Andersson och Robert Ekman för de synpunkter de lämnat på min uppsats. Likväl har referensgruppen varit till hjälp i processen, genom att se på forskningen med nya och kritiska ögon och som har ställt de frågor som behövts för att föra forskningen framåt. Jag vill speciellt tacka Linda Smedberg vid MSB, som alltid haft tid att diskutera mina tankar vid referensgruppsmöten.

Sist, men inte minst, vill jag även tacka alla informanter som bidragit med sina erfarenheter av barn och ungas skadehändelser, ert bidrag har varit värdefullt för mig och utan er hade inte uppsatsen kunnat genomföras.

Göteborg, september, 2016.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Abstract	I
Publikationer och presentationer	II
Förord	III
1. Introduktion	1
1:1 Uppsatsens förutsättningar	2
1:2 Syfte och forskningsfrågor	2
1:3 Avgränsningar	3
1:4 Begreppsdefinitioner	4
1:4:1 Skadehändelse	4
1:4:2 Skada	5
1:4:3 Riskfaktor	5
1:4:4 Hem- och boendemiljö	6
1:4:5 Sjukdomstillstånd och funktionsvariationer	6
1:5 Position och förståelse	7
1:6 Uppsatsens disposition	8
2. Ramverk	9
2:1 Teoretiska utgångspunkter	9
2:1:1 Handling som social praktik, situationer och tillfällesstrukturer	9
2:1:2 Risk	10
2:1:3 Interaktion och meningsskapande i rummet	12
2:1:4 Space/Place distinktionen	13
2:1:5 Teoriapplicering i studien	14
2:2 Forskningsöversikt	14
2:3 Skadehändelser i svensk kontext	15
2:3:1 Oavsiktliga skadehändelser i hem- och boendemiljö	15
2:3:2 Avsiktliga skadehändelser	16
2:3:3 Skadehändelser med dödlig utgång	18
2:3:4 Sammanfattning av barn och ungas skadehändelser i Sverige	19
2:4 Lagar, regler och policys relaterade till barnsäkerhet och den byggda miljön	19
3. Forskningsdesign, metodologi och material	23
3:1 Studie I	23
3:2 Studie II	24
3:3 Studie III	25
3:4 Material	28
3:4:1 Injury Database	28
3:4:2 Patientregistret: slutenvård	29
3:4:3 Dödsorsaksregistret	29
3:4:4 Övrigt registermaterial	30
3:4:5 Workshop	30
3:4:6 Forskningscirkel	30
3:4:7 Utvärdering av registermaterialets tillämpbarhet	31

3:5 Etiska reflektioner	31
3:5:1 Etik och de interna relationerna	32
3:5:2 Etik och hållbarhet.....	33
3:5:3 Etiska överblickande i relation till genomförda studier	33
4. Studiernas genomförande och resultat.....	35
4:1 Studie I: Utvärdering av registermaterialet	35
4:1:1 IDB.....	35
4:1:2 PAR och DOR	37
4:1:3 Slutsatser om materialet	38
4:2 Studie II: Litteraturöversikt	40
4:2:1 Individrelaterade faktorer.....	40
4:2:1:1 Barns utveckling och graden av tillsyn.....	40
4:2:1:2 Förekomsten av funktionsvariationer	41
4:2:1:3 Självskador och våldsskador i hemmiljö	42
4:2:2 Närmiljö.....	42
4:2:3 Strukturella faktorer	43
4:2:4 Sammanfattning av litteraturöversikten.....	44
4:3 Studie III: Analys av det empiriska materialet	45
4:3:1 Delstudie 1: Skademönster, riskfaktorer och riskmiljö.....	45
4:3:2 Delstudie 2: Situationerad aktivitet vid avsiktliga skadehändelser	49
4:3:3 Delstudie 3: Riskmiljöer, riskgrupper, risksituationer och riskhantering	58
4:4 Resultat av den konvergenta analysen.....	63
4:4:1 Att förstå barn och ungas risker	63
4:4:2 Riskmiljöer för barn och unga	65
4:4:3 Slutsatser om rummets socialt konstruerade och reella risker	67
5. Slutdiskussion	69
5:1 Risk och riskens betydelse för prevention.....	69
5:2 Slutsatser och vidare forskning	70
Referenser	71
Appendix I: Litteraturöversikt.....	83
Appendix II: Material utvärdering.....	87
Appendix III: Grafer till studie III, delstudie 1	91
Appendix IV: Paper I	97
Appendix V: Presentation I	113

1. INTRODUKTION

Min ambition i uppsatsen är att kartlägga barn- och ungas skadehändelser i hem- och boendemiljöer i Sverige ur ett multifaktoriellt perspektiv. Jag vill även belysa begreppet ”risk” ur både ett teoretiskt och empiriskt perspektiv för att utröna om barn och unga är en riskgrupp och i så fall vilka riskfaktorer och riskmiljöer som går att definiera för de unga.

Resultateten från uppsatsen kommer att ligga till grund för min kommande avhandling om skadeprevention. Förhoppningen är att resultaten kan bidra med kunskap för att kunna säkerställa en trygg och säker hemmiljö för målgruppen (jfr FN:s Barnkonventionen, artikel 24; FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, artikel 28).

I en världsrapport av World health organization rörande barns skadehändelser (WHO, 2008) framkommer att 38,8 dödsfall per 100 000 är orsakade av en oavsiktlig skadehändelse. Nittiofem procent av barns skadehändelser sker i låg- eller medelinkomstländer, men barns skadehändelser är även ett problem i höginkomstländerna, där fyrtio procent av barndödligheten orsakas av skadehändelser (WHO, 2008). I Sverige är skadehändelser den vanligaste dödsorsaken för barn i åldern 1-17 år (Socialstyrelsen, 2015a). Mortaliteten till följd av skadehändelser i Sverige har haft en nedgång sedan 1960-talet till mitten av 1990-talet och därefter varit relativt stabil. Totalt rör det sig om cirka fem fall årligen per 100 000¹ i åldersgruppen 1-17 år under tidsperioden 2010-2013.

År 2012, vårdades 15 179 barn och unga inom slutenvården för skador, förgiftningar och vissa andra följder orsakade av yttre orsaker², vilket motsvarar 17,4 procent av det totala antalet slutenvårdade inom åldersgruppen (Socialstyrelsen, 2015a). Likväl leder inte alla skadehändelser till slutenvård. Enbart var tionde som söker akutvård skrivs in för fortsatt vård. För de yngre barnen, i åldern 1-3 år, sker skadehändelserna som leder till akut vård främst i hem- och boendemiljön (59 procent). Andelen avtar med stigande ålder, men i genomsnitt har var tredje skadehändelse som leder till vård på sjukhusens akutmottagning skett i hem- och boendemiljön, varav två tredjedelar inne i bostaden (Socialstyrelsen, 2015a).

Skadehändelser, är precis som fysisk och psykisk ohälsa, ojämnt fördelade i samhället och samvarierar med socioekonomiska och sociokulturella faktorer. Detta leder till att fenomenet inte bara hör samman med riskfaktorer på en individnivå, utan även på en strukturell nivå (se bl.a. Hjern et al., 2001; Reimers & Laflamme, 2005; Russell et al., 2015).

Att genomföra studier om skadehändelser är således betydelsefullt, främst för att reducera individers, grupper och samhällsekonomiska förluster. Emellertid behöver studier inom fältet fokusera mer på riskfaktorer på andra nivåer än individnivån, för att se hur dessa har betydelse i relationen individ/miljö, individ/struktur och individens handlingar. Denna uppsats är ett bidrag till forskning som fokuserar mer än enbart på individrelaterade faktorer, genom att anlägga ett holistiskt perspektiv på riskbegreppet i förhållande till barn och ungas skadehändelser i hem- och boendemiljön.

¹ Med undantag för år 1998 (på grund av Discoteksbranden i Göteborg) samt år 2004 (på grund av tsunamin som drabbade Sri Lanka, Thailand och Indien)

² Skadehändelser klassade inom ICD-kod: S00-T98, och där kategorin yttre orsaker, kan ses som motsatsen till sjukdomsrelaterade händelser.

1:1 Uppsatsens förutsättningar

Doktorandprojektet, som pågår från september 2014 till augusti 2018, är en del i ett tvärvetenskapligt forskningsprojekt, ArchSafe, som är finansierat av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). I projektet ingår deltagare från institutionen för arkitektur, Chalmers Tekniska Högskola, institutionen för sociologi och arbetsvetenskap och institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet.

Den övergripande frågeställningen inom ArchSafe behandlar: *”vilka grupper riskeras att skadas i hem- och boendemiljön?”*. Det är även av intresse i projektet att undersöka i vilka situationer risken för fall-, skär- eller förgiftningsrelaterade skadehändelser är extra hög, samt hur utformningen av den fysiska miljön kan reducera risken för denna typ av skadehändelser.

Ett av de material som framtagits för ArchSafe är en sammanslagning av flertalet register som inkluderar variabler relaterade till skadehändelser, såsom: Statistiska Centralbyråns (SCB) Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA), Socialstyrelsens sjukvårdsregister: Injury Data Base (IDB), Patientregistret (PAR) samt Dödsorsaksregistret (DOR), vilket kommer att användas som primärmaterial i uppsatsen.

1:2 Syfte och forskningsfrågor

Den tidigare forskningen (se avsnitt 2:2) har primärt fokuserat på individuella karaktäristika (mikronivå) och/eller individens position i strukturen (makronivå). Detta leder till att resultaten implicit eller explicit antyder att det finns ”riskpersoner” eller ”riskgrupper” snarare än att det förekommer ”riskmiljöer”. Det finns ett begränsat antal studier som framhåller skadehändelsers relation till vardagslivets organisation och rutinaktiviteter i kombination med den rumsliga dimensionen, vilket kan bero på att den medicinska förklaringsmodellen har haft ett tolkningsföreträde jämfört med den sociala eller sociologiska modellen inom skadeforskningen.

Skillnaden mellan modellerna grundar sig i distinktionen mellan (objektiv) hälsa och (subjektivt upplevd) hälsorelaterad livskvalité (Bowling, 2014:13). Den medicinska modellen, utgår från ett bio-medicinskt perspektiv på individen, där hälsa definieras som avsaknaden av ohälsa (Bowling, 2014:19). I den sociala eller sociologiska modellen är däremot samvariationen mellan individuella riskfaktorer, kontextuella faktorer och individens uppfattning om hälsan i fokus (Turner, 1987:2). Modellen inkluderar även ett kritiskt perspektiv på medicin som profession samt hur ”friskrollen” och ”sjukrollen” konstrueras i termer av ansvar, skyldigheter och rättigheter (jfr. Parsons, 1951 citerad i Varul, 2010).

I uppsatsen har jag applicerat den sociala förklaringsmodellen i en vidare mening, genom att argumentera för vikten av samvariationen mellan individuella och kontextuella riskfaktorer. I den övergripande sammanställningen av uppsatsen inkluderas både avsiktliga och oavsiktliga skadehändelser som resulterar i någon av de tre skadetyperna: fall-, skär- och klämskador samt förgiftningstillbud. Valet att inkludera både oavsiktliga och avsiktliga skador i studien grundar sig i att möjliggöra en kontrastering mellan dessa två typer av skadehändelser.

Syftet i licentiatuppsatsen är att genom att utgå från skadehändelsernas multifaktoriella karaktär och sociala aspekter, *kartlägga några av de faktorer som samspelar i skadehändelsen med fokus på den fysiska miljön*. Detta för att utforska om förhållningssättet att se till *”riskgrupper”* är

rättvisande eller om det är bättre att tala om ”riskmiljöer” när det handlar om barn och ungas skadehändelser i hem- och bostadsmiljö (jfr. Agnew, 2011).

Genom att synliggöra distinktionen mellan riskgrupp och riskmiljö, går det att i ett senare skede studera och generera preventionsstrategier, som är effektiva i den meningen att de direkt relaterar till specifika och reella problembilder. För att uppfylla syftet har tre studier designats:

Studie I; är designad som en utvärdering för frågan: *hur väl fungerar registermaterialet som en grund för systematiska studier av skadehändelser i hem- och boendemiljöer?* Registermaterialet, som är mitt primärmaterial i licentiatuppsatsen och det vidare doktorandprojektet, är insamlat och konstruerat för en annan form av forskning och inte för situations- eller orsaksanalyser, vilket gör att användbarheten, kvalitén och metodologiska begränsningar måste belysas vidare.

Studie II; är en systematisk litteraturöversikt över den tidigare forskningen i fältet. Litteraturöversikten är inte bara en introduktion till forskningsfältet, utan även en analys av hur tidigare forskning har relaterat till ”riskfaktorer”, ”riskgrupper” och ”riskmiljöer”. Presentationen av översikten kommer att ställas i relation till den efterföljande studien (studie III).

Studie III; är konstruerad för att besvara följande frågeställning: *vilka skademönster förekommer och hur relaterar de till riskfaktorer, risksituationer och riskmiljöer på mikro-, meso- och makronivå?* Studie III vilar på en multistrategisk forskningsstrategi (Layder, 1993) och innefattar tre delstudier.

1:3 Avgränsningar

Studiens tre generella avgränsningar rör definitionen av åldersgruppen barn och ungdomar samt de geografiska och tidsmässiga begränsningarna i primärmaterialiet.

Konstruktionen av en åldersmässig avgränsning för gruppen barn- och unga är problematisk. I tidigare studier har flera olika åldersgrupper använts för att definiera barn och ungdomar, till exempel använder Socialstyrelsen avgränsningen 1-17 år i sina rapporter om barns skador, en del studier utgår från det vårdadministrativa förhållningsättet (0-16 år), Barnkonventionens definition av barn och den juridiska avgränsningen (0-18 år) eller i vissa fall inkluderas även unga vuxna i gruppen (upp till 24 år).

I uppsatsen har jag valt att definiera gruppen som 0-19 år, utifrån två argument:

Det första grundar sig i att hälso- och sjukvård är avgiftsfri fram tills 20-års ålder, vilket bör göra att unga vuxna söker vård mer aktivt och inte avstår på grund av ekonomiska skäl, vilket borde leda till en viss reduktion av mörkertalet.

Det andra är att åldersgruppen inkluderas i de fem första stadierna av identitetsutveckling definierade av Erikson (1950/1995). Dessa utvecklingsfaser kommer före eller i samband med det psykosociala moratoriumet, vilket är den tid mellan barndom och vuxenhet då livsmönster stabiliseras (Mangs & Martell, 1982:215).

Stadiet är, enligt min mening, centralt för förståelsen av samvariationen mellan skadehändelser och riskmedvetenhet. Den åldersmässiga grupperingen varierar i de olika studierna, utifrån de specifika frågeställningar och syften som konstruerats i dem.

Den geografiska och tidsmässiga avgränsningen i sjukvårdsregisterutdragen är följande:

- Injury Data Base omfattar Skaraborg i Västra Götalandsregionen åren 2001-2013, Värmlands län åren 2007/2008-2013, Umeå åren 2001-2013 samt Uppsala år 2013.
- Dödsorsaksregistret och patientregistret för slutenvård omfattar hela landet för åren 1990-2013.

Ytterligare avgränsningar och begränsningar i studien kommer att diskuteras i slutdiskussionen (avsnitt 5).

1:4 Begreppsdefinitioner

I uppsatsen används ett flertal begrepp regelbundet, de mest centrala begreppen är skadehändelse, skada, riskfaktor, funktionsvariation, funktionsnedsättning, funktionshinder och kronisk sjukdom samt hem- och boendemiljö. I följande avsnitt diskuteras hur begreppen definierats i uppsatsen.

1:4:1 Skadehändelse

Begreppet ”olycka” är problematiskt att applicera som koncept. Girasek (1999) visar att begreppet olycka, i den sociala diskursen, tolkas i relation till begreppet ”oförutsägbar” samt konceptet ”oavsiktlig”. Detta förhållande belyses även av Green (1997) i relation till prevention, där hon problematiserar att händelserna konstrueras som fatalistiska och därmed icke-preventionsbara.

Begreppet ”olycka” är transformativt rörande kategoriseringen av inkluderade händelser (Green, 1997), vilket leder till en bred kategorisering av händelser av olika allvarlighetsgrad. Till exempel både att falla (skadehändelse) och spilla mjölk (olycklig omständighet) kategoriseras som ”olycka”. Genomgående används istället begreppet skadehändelse (*injury event*) istället för begreppet ”olycka” (*accident*) eller ”olycksfall” (för en vidare diskussion, se: Lundälv, 2009), med undantag för då källan som citeras använder begreppen.

Appliceringen av begreppet skadehändelser, ger även en förklaringsmodell till fenomenet, utifrån förståelsen av förutsägbara interaktioner mellan individ, miljö och skadeagenter (Garzon, 2005). Jag definierar skadehändelser som händelser som resulterar i en eller multipla skador.

Tabell 1: Haddons matris om relationen mellan händelsens faser och individ, miljö och skadeagent. Modellen är den vetenskapliga utgångspunkten i studien. A, D & G är villkor före händelsen och riskreduktion sker genom primär prevention. B, E & H är villkor under skadehändelsen och riskreduktion sker genom sekundär eller situationell prevention. C, F, I är villkor efter händelsen, för att reducera konsekvenserna används här tertiär prevention.

Fas/faktor	Individ	Miljö	Skadeagent
Pre-händelsen	A	D	G
Händelsen	B	E	H
Post-händelsen	C	F	I

Skadehändelser kan analyseras i tre urskiljningsbara faser, pre-händelsen, händelsen och post-händelsen. I och under dessa faser samspelar även flertalet urskiljningsbara faktorer hos individen, i miljön och hos skadeagenten (konceptet modifierat utifrån Haddon, 1980, se tabell 1).

1:4:2 Skada

Skada (*injury*) definieras ofta som ett dualistiskt begrepp som både kan vara orsak till en händelse eller ett resultat av en skadehändelse. Det saknas däremot en konsensus inom den tidigare forskningen om vad en skada är, något som kritiseras av Langley och Brenner (2004).

De diskuterar den komplexitet som finns runt begreppet och att det finns en svårighet utkristallisera det från skada-sjukdoms dikotomin. Den viktigaste skillnaden mellan skada och sjukdom är att skador definieras i samband med en (plötslig) utlösande/orsakande händelse (skadehändelse) och händelsen har ett direkt samband med det patologiska tillståndet (Langley & Brenner, 2004).

Skador behöver inte enbart vara av fysisk karaktär, utan kan även vara av psykisk- eller social karaktär, men i uppsatsen definieras skada som ett resultat av en skadehändelse, där skadan är av somatisk karaktär i form av fall-, skär eller klämskada som kräver vård eller leder till ett dödsfall.

Ett annat begrepp som används i uppsatsen i relation till skadebegreppet är avsiktliga/oavsiktliga skador där min definition utgår från en teoretisk åtskillnad i intentionen bakom den utlösande händelsen.

Distinktionen mellan avsiktlig och oavsiktlig skada relaterar till individens egna eller annan persons intention i samband med händelsen. Oavsiktliga skadehändelser inkluderar händelser där graden av förutsägelse av skadan är låg och avsiktliga händelser definieras av en hög grad av medvetenhet om att skadan är det troliga utfallet av en handling.

Avsiktliga skador definieras utifrån orsakskaraktäristika, som antingen intra- eller interpersonella (van Soest & Bryant, 1995; Rosenberg et al., 2006), där intrapersonella skador är orsakade av individen själv med ett uppsåt att skada sig själv. Självskador, förstås i uppsatsen som ett resultat av en eller flera akter av självsvåld, från potentiellt dödligt, till handlingar som inte skapar synliga skador (jfr. Skegg, 2005). Interpersonella skador är uppsåtligt orsakade av tredje part, så kallade våldsskador.

1:4:3 Riskfaktor

Kategoriseringen av riskfaktorer är disciplinspecifik, inom medicinsk litteratur kategoriseras riskfaktorer som antingen inneboende (eg. *intrinsic*) eller utanförliggande (eg. *extrinsic*). Inom sociologisk forskning kategoriseras riskfaktorer som proximala, distala, dynamiska eller statiska (jfr. Andershed & Andershed, 2005; jfr. Bueno-Cavanillas et al., 2000).

Riskfaktor definieras här, som en faktor eller ett förhållande som innebär en ökad risk för skadehändelser, där en samvariation mellan flera faktorer förekommer parallellt på en mikro-, meso- och makronivå.

Ett exempel på samspelet, från Orton et al:s studie (2012), är hur förskolebarns förgiftningstillbud relaterar till samspelet mellan följande riskfaktorer: barnets ålder (individuell nivå), vuxnas alkoholmissbruk i hushållet och/eller depression hos modern (familjestruktur) och socioekonomisk deprivation (makronivå).

En riskfaktor går således inte att jämföra med ”risk” i form av sannolikhet, utan en kumulativ riskfaktorsmodell behövs för att kunna beräkna risker.

1:4:4 Hem- och boendemiljö

Begreppet ”hem” problematiseras av Mallet (2004), där det lyfts fram att begreppet används inom forskningen på ett sätt som ger både skilda och paradoxala definitioner. Enligt Mallet, som analyserat element i uttrycken ”att vara hemma”, ”skapa ett hem” och ”idealhem”, är ”hem” både ett transformativt och interaktionistiskt begrepp. Där betydelsen av begreppen förändras över tid i relation till sociala normer och strukturella förändringar.

Hemmet är även en socio-spatial enhet, genom att det skett en förening av en spatial enhet (hem) och en social enhet (hushåll) (Saunders & Williams, 1988:83, citerad i Easthope, 2004). Hemmet som socio-spatial enhet både bidrar till och förhindrar olika former av relationer och aktiviteter (Mallet, 2004). Det är därför omöjligt att särskilja bostadens praxis från mänskliga relationer, aktiviteter och objekt (Lawrence, 1987).

Begreppet hem- och boendemiljö avser i uppsatsen: en plats karaktäriserad av en speciell kombination av materiella och symboliska aspekter, där avskildhet från offentliga miljöer tydliggörs både av fysiska avgränsningar och kulturellt definierade regler rörande tillträde. I definitionen inkluderas inte enbart den egna bostaden, utan även institutionsboende och den direkta närmiljön (jfr. Borell & Johansson, 2005; Lawrence, 1987).

Det är viktigt att poängtera att det finns två skillnader mellan den privata bostaden och institutionen, den första är att det är skilda kulturella regler för inträde i boendet. Den andra är att skillnaden mellan grad av kontroll i bostaden gällande till exempel möblering, umgänge eller användning av ytor.

1:4:5 Sjukdomstillstånd och funktionsvariationer

Begreppet sjukdom är ett disciplinspecifikt begrepp, där begreppet tolkas och appliceras utifrån vissa uppfattningar om vad sjukdom är och hur sjukdom konstrueras. De tre dominerade tolkningarna rör sig från en biomedicinsk objektivt definierad diskurs till en mer socialpsykologisk inter- eller intrasubjektiv upplevelse av sjukdom. Sjukdom kan därför definieras som en organisk process (*disease*), upplevelsen av sjukdom hos individen (*illness*) och uppfattning av individens avvikelse i form av sjukdom (*sickness*) (Brülde & Tengland, 2003:53 ff.; Wikman et al., 2005).

Både sjukdomstillstånd och funktionsvariationer, kan ses som tillstånd som avviker från en tänkt ”normalindivid”, och inkluderar därför alla tre ovanstående begreppsdefinitionerna. Sjukdomsbegreppet relaterar även till uppfattningen om hälsa och ohälsa. Distinktionen hälsa/ohälsa förstås i uppsatsen utifrån WHO:s definition: ”hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom eller svaghet” (WHO, 1948:100). Min förståelse för definitionen av olika sjukdomstillstånd, bygger på en praxisbaserad förståelse som grundar sig i behandlingsmöjlighet, det vill säga att definitionen här bygger på en biomedicinsk modell. Jag har inte hittat någon bra vetenskaplig distinktion mellan de olika kategorierna och har därför definierat utifrån följande:

- Sjukdom, definieras som ett akut uppkommit tillstånd, som är snabbt övergående och är behandlingsbart.
- Långtidssjukdom, avser tillstånd som varar mer än tre månader, men som är behandlingsbart.

- Kroniska sjukdomstillstånd, är varaktiga, ibland livslånga tillstånd och icke-behandlingsbara. De medicinska och rehabiliterande insatserna som finns lindrar symtomen, men botar inte individen.

I uppsatsen används begreppen funktionsvariation eller funktionsnedsättning för att definiera en partiell eller total nedsättning av fysisk, psykisk eller kognitiv förmåga. Nedsättningen kan vara medfödd eller förvärvad samt kan vara av övergående eller bestående karaktär (jfr. Socialstyrelsens definition av funktionsnedsättning³). Anledningen till att båda begreppen refereras är att båda begreppen används och refereras inom den tidigare forskningen och av informanterna.

Begreppet funktionsvariation, är idag inte ett erkänt begrepp eller en godkänd terminologi inom myndigheterna, utan har uppstått i relation till ett normkritiskt perspektiv på tidigare definitioner. Användningen av funktionsvariation är ett motstånd mot de bilder som begreppen funktionshinder och funktionsnedsättningar skapar i samhället och genom att påvisa variationen som finns hos alla människor i samhället. Istället för att värdera funktioner och skapa distinktioner mellan individer, så visar begreppet på de likheter som finns istället och att individens funktioner förändras över tid (jfr. Västra Götalandsregionen, 2016).

För att definiera begreppet funktionshinder utgår jag från Socialstyrelsens definition⁴, där ett funktionshinder är en konsekvens av en funktionsnedsättning och definieras som den begränsning funktionsnedsättningen innebär i relationen individ/omgivning.

1:5 Position och förståelse

Forskningsprocessens normativa ideal berör ontologi, epistemologi, axiologi och metodologi, där de tre första diskuteras i följande avsnitt. Positionen som intas i forskningen, genom både medvetna och omedvetna val som styr ens urval av litteratur, metod och tolkning, måste tydliggöras (Tracy, 2010).

Rollen som forskare är förbunden med makt, genom att de resultat som presenteras ses som en objektiv sanning och har en privilegierad position gentemot andra sanningar. Sanningen är även subjektivt definierad – vilket gör att akademien är full av paradoxala sanningar (jfr. Marshall & Rossman, 2011:59). Personligen tror jag inte att det finns någon ”objektiv” sanning, utan sanningen är subjektivt definierad och de subjektiva definitionerna ger verkliga konsekvenser (jfr. Thomas & Thomas, 1928).

Min egen forskningsprocess drivs inte bara av ett forskningsintresse, utan även av ett intresse och en förståelse baserad utifrån min egen position som förälder. Jag har en egen erfarenhet om hur snabb motorisk utveckling barn har, och hur oväntat nya förmågor förvärvas. Jag har även en förståelse för hur man som förälder ibland, mer eller mindre medvetet negligerar vissa säkerhetsaspekter utifrån inte alltid fullt logiska rationaliseringar eller bortförklaringar för att undvika känslan av kognitiv dissonans (jfr. Festinger, 1957).

³Socialstyrelsen, ”Frågor och svar om funktionsnedsättning och funktionshinder, användning av begreppen”: <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio>
[Läst 2016-08-11]

⁴Socialstyrelsen, ”Frågor och svar om funktionsnedsättning och funktionshinder, användning av begreppen”: <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio>
[Läst 2016-08-11]

Min grundläggande utbildning som undersköterska, har gett mig en bild av att skadehändelser sker i interaktion mellan individ/individ eller individ/fysisk miljö, men där skulden främst riktas indirekt eller direkt på den skadade individen, om denne inte tillhör en ”sårbar” eller ”utsatt” grupp då miljön oftast får skulden. Jag tror att både reaktionen på och bilden av skadehändelser är förknippade med emotionella skript, som används för att skapa ”mening” och ”handling” i händelser, och kan leda till konstruktionen av ”myter” (jfr. Turner & Stets, 2006).

Jag tror även att skadehändelser kan vara en konsekvens av identitetsskapande och genusocialisering, där unga män och kvinnor uppmanas till olika aktiviteter förknippade med olika grader av ”riskbeteenden”. Till exempel uppmanas pojkar i större utsträckning att ”ta för sig”, leka vilda lekar etcetera vilket innefattar ett större riskbeteende jämfört med de aktiviteter som flickor uppmanas göra i form av mer ”parlekar” och stilla aktiviteter.

Inom mina tidigare akademiska studier har jag haft en önskan att förstå, förklara och kartlägga faktorer gällande social avvikelser och normbrytande beteende, både vad som leder till det, utlöser det i specifika kontexter, samt hur det konstrueras och transformeras på både individ och strukturell nivå. Oavsiktliga skadehändelser är per se inte ett normbrytande beteende, men avsiktliga är de, vilket gör att appliceringen av sociologiska och kriminologiska teorier kan ge en djupare förståelse för fenomenet.

Mitt förhållande till arkitektur och arkitektens roll, bygger på föreställningar utifrån mitt icke-arkitektsperspektiv, där jag ser att arkitekturen både speglar och utmanar rådande maktförhållande och värderingar, både manifest och latent. Manifest genom struktur och utformning (eg. ”*representation of space*”), latent genom att skapa fysiska rum (eg. ”*representational space*”) och reglera det sociala samspelet (eg. ”*spatial practice*”) (Lefebvre, 1974/1991). Arkitektur handlar för mig således om att konstruera en inramning och regioner med ett implicit eller explicit önskat regionsbeteende, där även både tidsmässiga och maktförhållanden (re-)produceras (Goffman, 1959/2006; jfr. Foucault, 1975/2006: 172 ff.).

1:6 Uppsatsens disposition

Uppsatsen har en traditionell disposition, där avsnitt 1 och 2, åsyftar till att skapa en bakgrund och ett ramverk till uppsatsen. Där återfinns en introduktion till uppsatsen, syfte, frågeställningar, teoretiska utgångspunkter och en sammanfattning av tidigare forskning och praxisvägledande forskning.

Efter det inledande ramverket presenteras och diskuteras de metodologiska överväganden i form av forskningsdesign, analysmetoder, etiska överväganden och materialet (avsnitt 3).

I uppsatsens avslutande delar presenteras, summeras och diskuteras resultaten från den empiriska studien i relation till forskningsfrågan (avsnitt 4 och 5).

2. RAMVERK

Studiens ramverk är uppbyggt på följande sätt: först presenteras det teoretiska ramverket och teoriapplicering i uppsatsen. Därefter görs en genomgång av tidigare studier inom fältet i form av en forskningsöversikt. Forskningen inom området är både komplex och omfattande, vilket gör att forskningsöversikten syftar till att summera den viktigaste forskningen, inte att vara heltäckande eller integrera alla aspekter av skadeforskningen. Den tidigare forskningen ges i stället ett större utrymme i litteraturöversikten (studie II). Avslutningsvis görs en genomgång av omfattningen av barn- och ungas skadehändelser i Sverige samt vilka lagar och regler som reglerar barnsäkerhetsfrågan i den byggda miljön. Genomgången syftar till att ge uppsatsen en institutionell och historisk kontext.

2:1 Teoretiska utgångspunkter

De teoretiska utgångspunkterna berör tre teman: social praktik, begreppet risk och relationen individ, interaktion och det fysiska rummet. Företrädesvis appliceras sociologiska och kriminologiska teorier som kan förklara skadehändelser i termer av icke-konforma rutinaktiviteter, med eller utan beräknade konsekvenser, relaterade till motivation, situation och tillfälle.

2:1:1 Social praktik, situationer och tillfällesstrukturer

Jag definierar vardagslivets organisation som en rutinaktivitet, grundad i vanor, internaliserad kunskap och praktik. Vardagliga handlingar definieras ofta som oflekterade rationella och mikroorganiserade, men i själva verket är vardagliga handlingar en reflektion av den strukturella sociala ordningen.

Handlandet kan förstås ur två aspekter; dels som en social praxis som delas av flera individer. Dels i termer av individuellt handlande och rättfärdigande av handlingen. Oavsett vilken aspekt som undersöks utgår handlingen från normativa antaganden rörande ”görande och sägaande” (Schatzki, 2005).

Det kollektiva handlandet, social praxis, manifesterar den sociala ordningen genom delade internaliserade normer. Social praxis, enligt Schatzki, är en uppsättning av ”görande” och ”sägande” organiserad utifrån en uppsättning av förståelser, överenskommelser, regler och teleoaffektiva strukturer.

Förståelse, överenskommelser och regler grundar sig i att individen vet hur saker görs på ”rätt” (förväntat) sätt när denne till exempel ställer frågor eller utför basaktiviteter som att gå genom ett rum. De teleoaffektiva strukturerna reglerar däremot hur individen ska sammanlänka mål, medel (”handlandet”) och stämningsuttryck till en särskild praktik. Uppsättningen skapar en gemensam normativ uppfattning om ”vad som är rätt”, vilken är föränderliga över tid (Schatzki, 2005).

Den sociala praxisen ligger till grund för socialiseringsprocessen, där det sker en tradering av förväntningar, normer och uppskattat beteende (jfr Layder, 2006:23; 105). Socialiseringsprocessen traderar inte enbart normer och förväntningar, utan leder även till en internalisering av normerna, jämförbart med habitus.

Bourdieu's koncept habitus (1977:85 ff.) refererar till en kognitiv och motiverande mekanism, som medierar det sammanlagda inflytandet av den objektiva kontexten och den omedelbara situationen. Habitus, inkluderar individens bakgrundsfaktorer i form av: klass, genus, språk, etnicitet samt tidigare sociala erfarenheter, och predisponerar den sociala praktiken.

Handlandet, bygger således även på det för individen oflekterade och omedvetna habituset. I vardagslivets oförutsägbara situationer improviserar individer sitt agerande utifrån habitus, vilket ger utrymme för viss kreativitet.

Goffman diskuterar även situationens struktur och funktionalitet, i termer av grad av deltagande. Där individens och övriga deltagares grad av medverkan i situationen (eg. *allocation*) definierar situationens egenskaper. Situationens egenskaper, skapar gemenskap, i form av fördröjda sammankomster som är en egen social realitet (1963:193 ff.).

Situationer i deras institutionella kontext, är en specifik och distinkt del av det sociala livet, som även skiljer sig från individens övriga sociala liv (Goffman, 1963). Bourdieu (1977) och Vaughan (1999)⁵ lyfter fram vikten av situationen för individens handlande.

Individens beteende är rationellt utifrån situationen, men den sociala kontexten kan frikoppla det rationella övervägandet från utgången av handlingen. Detta innebär att handlingen ibland är situationsbunden och inte konsekvensbunden. Social praxis och habitus, är även transformativa över tid (Bourdieu, 1977:156), vilket gör att det kan vara svårt att retrospektivt tolka handlande som rationellt.

Skadehändelser definieras här som en icke-konform rutinaktivitet (jfr. Vaughan, 1999). Den oavsiktliga skadehändelsen karaktäriseras även av att konsekvensen är oförutsedd och således mer situationellt betingad. Den avsiktliga skadehändelsen karaktäriseras däremot som en handling som är beroende av tillfällesstrukturer och individens intention. Det sker en högre grad av rationaliserad reflektion över möjliggörandet av handlingen och där tillfällesstrukturer på olika sätt villkorar händelser (jfr. Merton, 1959; Cohen & Felson, 1979, Clarke & Lester, 2013).

2:1:2 Risk

Det finns ingen konsensus om definitionen av risk, men alla definitioner inbegriper distinktionen mellan verklighet och möjlighet (Renn, 1998). Därför handlar följande avsnitt främst om hur det teoretiskt går att förklara risktagande och riskbenägenhet hos barn och unga.

Risktagande, innebär att individen handlar på ett specifikt sätt, trots att den är medveten om att sannolikheten för att specifikt oönskat utfall då är högre än vid något av de andra handlingsalternativen. Risktagande uppstår inte isolerat, utan sker i en social kontext och är grundad i en social jämförelse och utifrån sociala preferenser⁶ (Linde & Sonnemans, 2012). Deras studie lyfter fram hur beslutet om riskfylld handling grundar sig i en jämförelse med andra personer relaterad till situationell målluppfyllelse. Emellertid är risktagande inte likställt med riskbenägenhet, eftersom risktagande kan vara positivt för individen (Hansson, 2012:49;152). Även Gibilisco (2014) lyfter till exempel fram hur ett risktagande kan vara positivt för individen och både öka graden av frihet och livskvalité.

Social jämförelse är främst betydelsefull för ungdomar, de är mer benägna än vuxna att ha ett riskbeteende och ungdomars riskbenägenhet ökar när de umgås i grupp med personer de känner, riskbenägenheten samvarierar även med ålder där yngre är mer riskbenägna samt med kön, där pojkar tenderar att fokusera mer på den riskabla handlingens fördelar jämfört med flickor (Gardner & Steinberg, 2005).

⁵ Vaughan (1999) belyser i sin studie misstag, försummelse och olyckor/katastrofer i en organisatorisk kontext, dock kan analysen av handlandet appliceras i en vidare kontext.

⁶ Studien behandlar riskfyllda val (risky choices) och ekonomisk vinning, där studien grundar sig i att se hur lotter i ett lotteri väljs av deltagarna i studien utifrån social jämförelse och sociala preferenser.

Enligt mig finns det även en teoretisk distinktion mellan risktagande och riskbenägenhet, där risktagandet har en positiv intention i form av emancipation eller utveckling, kontrasteras mot riskbenägenhetens vinst som både kan vara positiv och negativ.

Distinktionen går att förstå utifrån Mertons adaptionsteori (1938), enligt teorin är det relationen mellan individens acceptering av de institutionaliserade medlen och kulturella mål som är avgörande för engagemang i skilda sociala aktiviteter. Mertons studier avser främst att förklara avvikande beteende, men det finns som jag ser det inget hinder att applicera förklaringsmodellen i en vidare kontext.

Mertons paradigm bygger på fem olika adaptionmodeller; *konform* adaption som innebär att individen accepterar både de kulturella målen och de institutionaliserade sociala medlen. *Innovation* där de kulturella målen accepteras, men där medlen avvisas. *Ritualism* där målen avvisas, men medlen accepteras. *Retreatism*, där både medlen och målen avvisas. Samt *rebellisk* adaption – där ”nya” mål och medel konstrueras, den här formen av adaption är även kortvarig, vilket de fyra andra stadierna inte är. Innovation och ritualism är två stadier av anomi enligt Merton, eftersom de påvisar en diskontinuitet mellan mål-medel.

Risktagande kan, enligt mig, inkludera alla fem adaptionstadierna, medan riskbenägenheten exkluderar konform adaption. Ett exempel på konformt risktagande kan vara när barn och ungdomar provar nya förmågor, såsom att klättra högt eller cykla utan att hålla i styret.

Genom att integrera handlandets sociokulturella aspekter, kan det ges en tydligare bild av skadehändelsernas samvariation med genus- och åldersfördelning i gruppen barn och unga utifrån access och attityder till institutionaliserade medel och begärliga kulturella mål. Det finns enligt min mening även relationer mellan Mertons teori och det Goffman definierar som den sociala rollens framträdande (1959/2006:20 ff.).

Merton belyser hur handling uppstår i relation till adaption och Goffman visar på de situationsbundna elementen. Den sociala rollen som en individ uppbär uppstår i interaktion med andra. Rollerna är knuten till olika rollförväntningar, och olika strategier för att spela rollen i givna situationer (Goffman, 1959/2006:128).

Risk förekommer inte bara som koncept på individuell nivå, utan även på strukturell. Det sker en social förstärkning (eg. *social amplification*) av riskkonceptet relaterat till samhället och samhällsförändringar. Riskhändelser med en låg grad av konsekvenser resulterar ofta i en stor oro och får en extraordinär genomslagskraft i samhället (Kasperson et al., 1988). Vi oroar oss och försöker förebygga mer för sällan förekommande fenomen (till exempel bostadsbrand) än för frekvent förekommande fenomen (till exempel fall i bostaden).

Vi lever så att säga i en reflexiv riskmodernitet, där riskhantering och säkerhet är centrala mål (Beck, 1992). Risksamhället har uppstått genom att det skett en individualisering, ett minskat förtroende för vetenskapliga och politiska system och att samhällets organisation är riktad mot riskhantering. En samhällsförändring i Sverige som påvisar detta är den ökade privatiseringen av den offentliga sektorn (Blomqvist, 2004). Det har även skett en transformation av välfärdsstaten – i form av att ”government” har ersatts av ”governance”. Där fler aktörer påverkar och är en drivkraft bakom statens rationalitet, vilket påverkar både praktik, implikationer och beslut (Larsson et al., 2012:17 ff.). Det har även skett en förändring av medierapportering i senmoderniteten. Bauman (2006) beskriver det senmoderna samhället som karaktäriserat av en flytande rädsla, där den snabba medierapporteringen bidrar till en ökad rädsla för hot och risker oavsett realiteten i dem.

2:1:3 Interaktion och meningsskapande i rummet

Interaktion uppstår inte bara mellan individer, utan även i rum-tid-dimensionen, som ligger till grund för situationsdefinitionen (Goffman, 1959/2006:97). Goffman skiljer även på individers framträdande i relation till främre och bakre regioner, där framträdandets främre regioner och regionsbeteende påverkas av olika dekorum. Ett dekorum går att jämföra med rådande normer (Goffman, 1959/2006:99). De bakre regionerna, vilka kan jämföras med den privata sfären, präglas av ett mer informellt beteendespråk (Goffman, 1959/2006:114). Särskiljandet mellan dessa regioner kan vara av fysisk eller social karaktär och i det här avsnittet belyses relationen interaktion och det fysiska rummet.

Arkitektur handlar inte bara om design, utan även om beteendepåverkan och beteendeförändring hos individen (Turner, 1987:12). Kunskapen om hur den fysiska miljön kan påverka beteendet, ligger till grund för till exempel Crime Prevention Through Environmental Design (CPTED), Health Promotion Through Environmental Design (HPTED) och konceptet Evidence Based Design (EBD) inom vårdbyggnader (se bl.a. Clarke, 1989; Ulrich et al., 2008; Marquardt et al., 2014; Cozens & Love, 2015, Kent & Wheeler, 2015).

Dock konstaterar Gutman (ur Cuff & Wriedt, 2010), att hemmiljön (eg. *housing*) bara influerar beteendet under två nödvändiga, men inte tillräckliga, villkor. Det första villkoret är att beteendet tar plats inom byggnaden och det andra att det rör sig om "boendespecifik aktivitet". Det vill säga att aktiviteten kräver bostadens (fysiska) egenskaper (2010:218).

Gutman gör följande distinktion mellan materiell och icke-materiell kultur i relation till boendemiljöer; den materiella kulturen innefattar fysiska objekt (med höjd, bredd, vikt, och som är synliga/handgripliga) och den icke-materiella inkluderar den del av miljön som saknar de materiella attributen (ur Cuff & Wriedt, 2010:215 ff.). Den icke-materiella kulturens egenskaper är kombinerbar med den materiella, vilket ger olika influenser och konsekvenser på den sociala aktiviteten.

Relationen mellan hälsa, boende och social kontext, diskuteras av Hartig och Lawrence (2003), hem- och boendemiljön bland annat ses som setting för aktiviteter. Settingen kan förstås utifrån två dimensioner relaterade till hemmet, den byggda miljöns förutsättningar (eg. den fysiska organisationen av bostaden) och objekt i form av möbler/inredningsdetaljer (jfr. Lawrence, 1987:108 ff.;117 ff.). Setting är så att säga en fysisk inramning för (avsedda) aktiviteter och kan även liknas vid en kuliss på en teaterscen, eftersom den ger "ledtrådar" om vilken aktivitet som förväntas ske i rummet.

Hem- och boendemiljö som koncept är en socio-spatial enhet, där enheten har uppstått genom en sammanslagning mellan den fysiska enheten ("huset") och den sociala enheten ("hushåll") (Saunders & Williams, 1988:83, citerad i Easthope, 2004). Hemmet relaterar även till en ontologisk säkerhet i form av fyra villkor: beständighet i social och materiell miljö, spatial kontext relaterad till vardagsrutiner, en plats där individer upplever kontroll av sina liv och är fria från det samtida samhällets kontroll samt en plats för identitetskonstruktion (Easthope, 2004).

Arkitekturens relation till och uppfattning om den fysiska organisationen av bostaden har varierat över tid, från att ha diskuterat arkitektur i termer om distinktionen mellan önskningar och behov samt arkitekturens relation till funktion, (påverkans-)effekt och användning (Granath, 1991:44 ff.), till mer sentida resonemang om boendet som maskin, där teknologi ska integreras i den fysiska miljön (Pinto et al., 2014).

Även i svensk kontext, går det att se att det rationella, funktionsinriktade idealet som dominerade på 1930 och 1940-talet, byts ut mot ett mer generellt ideal, där tre aspekter är centrala i form av rummets generella användbarhet, hållbara material och detaljer samt bostadens rumsliga struktur (Nylander, 2007:85).

Oavsett vilken syn på boendet som präglat arkitekturen, har den utgått från (antagen) vardaglig interaktion mellan individen och miljön, med syfte att underlätta och underhålla individens livsstil och vardagsrutiner. Gutman, relaterar arkitektens roll och influenser på bostadsdesign till två influenser som samordnas. Den första influensen är från klienten och den andra influensen är den kulturella och politiska kontexten. Arkitekten kombinerar således konsumenters preferenser och förväntningar med normer och lagar (ur: Cuff & Wriedt, 2010:228 ff.).

2:1:4 Space/Place distinktionen

Den byggda miljön relaterar även till den teoretiska distinktionen mellan *place* och *space*. Distinktionen är svår att fånga med det svenska begreppet *rum*, men där *place* (spatialt rum) kan ses som en geografisk avgränsad yta, där begreppet territorium är centralt. Territorium är ett sätt att utöva kontroll över (det sociala) rummet (*space*), och har flera signifikanta funktioner genom att skapa "försvarbara utrymmen" (Newman, 1972; Storey, 2012) samt för upprätthålla en ekonomisk och politisk organisation (Storey, 2012).

Lefvebre förbinder även livsstils- och samhällsförändringar med produktionen av nya sociala rum (*representational space*) vilka leder till en ny spatial praktik som definieras av både ett abstrakt rum och konkreta, rumsliga begränsning inom det.

Däremot är ett socialt rum, inte ett socialiserat rum, utan socialisering uppstår i rummets manifesta representation (*representation of space*) (1974/1991:33; 59 ff.;190). Rummets sociala logik (*social logic of space*), definieras även av det som Hillier och Hansen (1984:48 ff.) benämner som morfiskt språk (*morphic language*). Det morfiska språket är av betydelse för att skapa syntaktiska attribut och uppstår mellan det naturliga (semantisk representation) och matematiska språket (syntax). Detta innebär att det både finns en strukturell och en individualiserad betydelse av de byggda enheterna och det språk som omgärdar dem, vilket visualiseras av signifikanta byggda element. Ett exempel är kyrkor, där byggnaden både har en strukturell och kulturell innebörd, som är individualiserad utifrån både tidsmässiga och samhälleliga betydelser och har signifikanta visuella element i form av torn, kyrkklockor och så vidare.

Place, är ett "förrumsligande" av det "upplevda rummet" (*experienced space*). "Förrumsligandet" (*space* → *place*) sker i och med anspråkstagandet av rummet (*space*) och är beroende av mänskligt agentskap (jfr. Sack, 1997:16 citerad i Agnew, 2011). *Place* är även tredimensionellt till sin karaktär, den första dimensionen inkluderar *place* som en lokalisering. I den andra dimensionen är *place* en serie av platser (*locales*) och den tredje dimensionen innefattar *place* som en känsla av platsen (*sense of place*) (Agnew, 2011). Den andra dimensionen är den dimension som inkluderar "vardagslivets aktiviteter", i form av köpcentrum, arbetsplatser och hemmet, vilket även kan ses som den sociala settingen som inramar vardagsaktiviteterna (Agnew, 2011).

I relationen till begreppet "hem" så uppstår hemmet som rum (*place*), i och med inflyttandet och det bevara sin karaktär som *place* i hög grad över tid. En mer flytande gräns av *space/place* framträder i utomhusmiljön, framförallt genom barns användande av den fysiska miljön är mer transformativ. Barn, kan med hjälp av fantasin, även transformera *space* till *place* under mer temporära förhållanden.

2:1:5 Teoriapplicering i studien

Det teoretiska ramverket i studien är avsett för att teckna en bakgrund för de teorier och begrepp som ligger till grund för uppsatsens analys. De teorier som används främst i uppsatsen relaterar till följande perspektiv:

- Social praktik, som förstås utifrån Bourdieus och Goffmans teorier samt habitus och situationsdefinitioner. Dessa teorier kompletteras även med de sociokulturella aspekterna av handlande utifrån Mertons adaptionsteori. Genom att kombinera dessa tre perspektiv av social praktik, går det att belysa att den sociala praktiken inte enbart formeras på en individnivå, utan även i relation till andra personer och strukturella förutsättningar.
- Tillfällesstrukturer i det fysiska rummet (jfr. Cohen & Felson, 1979; jfr. Clarke & Lester, 2013) och hur dessa teorier kan utvecklas genom att inte bara användas i ett kriminologiskt perspektiv, utan i ett vidare paradigm om icke-konforma eller icke-förväntade händelser.
- Space/place är centralt för min förståelse av rummet och rummets funktion, i analysen kommer rummets funktion att förstås i termer ”vilken social praktik rummet är avsett för” och ”hur rummets används”.
- Även begreppet risk är centralt, jag har valt att definiera risk på två sätt i min uppsats för att överbrygga distinktionen mellan ”verklighet” och ”möjlighet”. Risk ses dels som sannolikheten för ett specifikt oönskat utfall, där risktagande och riskbenägenhet är två begrepp som sammanlänkar handlandet med risk. Dels som en socialt konstruerad risk, där risk konstrueras på en individuell nivå utifrån vissa givna föreställningar om ”faror” eller ”rädslor”. Dessa två former av ”risk” är av intresse eftersom den probabilistiska risken, sannolikheten för ett visst utfall, till stor del reglerar det förebyggande arbetet och strukturell implementering av åtgärder. Emellertid, agerar individen utifrån den socialt konstruerade risken, vilket gör att icke-risker i statistisk mening kan upplevas som reella risker och påverka den sociala praktiken negativt (jfr. Thomas & Thomas, 1928).

2:2 Forskningsöversikt

Den tidigare forskningen har främst studerat riskfaktorer på individnivå i form av ålder, kön samt förekomsten av funktionsnedsättningar och på strukturell nivå genom att studera socioekonomiska skillnader och risken för skadehändelser.

Skadehändelser för barn och unga i hemmiljön är främst förknippat med den yngsta åldersgruppen (Ferrante et al., 2014; He et al., 2014). Forskningen visar att ålder är av betydelse för skadehändelser och barns utveckling och beteende, vilket även förklarar barns skidamönster över tid. Barns skidamönster följer barns utveckling genom att barn upp till fem år är mest skadeutsatta i hemmet (tidsexponering) och att fallskador är vanligast för spädbarn och barn som precis börjat gå, när barnet kommer upp i ålder och börjar ”upptäcka hemmet”, blir andra skadetyper som brännskador och förgiftningar mer vanligt (Towner & Mytton, 2009; Sengoelge et al., 2010).

Barn och unga med en (eller flera) funktionsnedsättning (ar) eller med kronisk sjukdom har en ökad risk för skadehändelser (Sherrard et al., 2002; Yung et al., 2014). Främst har fysiska, kognitiva och psykiska funktionsnedsättningar beskrivits som riskfaktorer för skadehändelser (Petridou et al., 2003; Rowe et al., 2004; Balazs et al., 2014; Chou et al., 2014; Yung et al., 2014).

Generellt tenderar pojkar att ha fler och mer allvarliga skador jämfört med flickor (Towner & Mytton, 2009), men skador i hemmiljö drabbar fler flickor än pojkar (He et al., 2014). Det finns

även en samvariation mellan kön, ålder och exponering för utanförliggande riskfaktorer, där olika riskfaktorer påverkar risken genom att pojkar och flickor skiljer sig åt både i sin utveckling och i sina aktiviteter (Towner & Mytton, 2009). I relation till utanförliggande riskfaktorer och barns skadehändelser lyfts även vikten av vårdnadshavarens tillsyn fram i forskningen, där brister i tillsyn förklaras utifrån dels föräldrar/barn relationen (eg. att vårdnadshavaren överskattar barnens förmågor), dels i familjestrukturrella faktorer i form av hushållssammansättning (Sellström, 2000; Hjern et al. 2001; Engström et al. 2004; Morrongiello et al., 2007; 2013).

På strukturell nivå avses främst de socioekonomiska förhållandena som en riskfaktor för skadehändelser, bland annat visar en Australienska studie (Osborne et. al, 2016) att barn i socioekonomiskt svaga familjer har en högre skaderisk än barn i socioekonomiskt starka familjer. Skillnaden kvarstår även i de fall där barnens fysiska miljö innehåller betydande mindre skaderisker i den fysiska miljön för de socioekonomiska svaga familjerna jämfört med de socioekonomiskt starka.

I den tidigare forskningen är den fysiska miljön främst sett som en sekundär riskfaktor, och där riskfaktorer i den fysiska miljön företrädesvis rör inredningsdetaljer och förekomsten av faror som lösa mattor etcetera (se bland annat: Benford et al, 2015). Ett undantag som är värt att nämna är dock Sengoelge et al. (2013), som lyfter fram förhållandet mellan barns dödliga skadehändelser och ekonomiska ojämlikhet i relation till boendemiljöns materiella villkor, där en förbättring av boendemiljön skulle leda till ett minskat antal dödliga skadehändelser.

2:3 Skadehändelser i svensk kontext

Att försöka sammanställa omfattningen av skadehändelser för barn och unga i hem- och boendemiljön är svårt, främst för att flertalet händelser är av mindre allvarlig karaktär, vilket inte leder till någon aktiv åtgärd av individen i form av vårdsökande. I följande sammanfattning används både nationella rapporter och internationella komparativa studier för att ge en bild av omfattningen, vilket till viss del kan reducera mörkertalet rörande fenomenet. Sammanställningens syfte är att skapa en förståelse för forskningsproblemets bakgrund och vikten av forskning inom fältet.

2:3:1 Oavsiktliga skadehändelser i hem- och boendemiljö

Nationella skattningar visar att nio procent av Sveriges barn i åldern 0-17 år någon gång under 2012 sökt akutvård för en skadehändelse, varav hälften av skadehändelserna innefattar barn under 6 år. Fallrelaterade skador är den i särklass vanligaste skadetyper när det rör oavsiktliga skadehändelser i alla åldersgrupper, undantaget åldersgruppen 13-44 år, där skär- och klämskador är mest frekvent förekommande. Av total antalet skadehändelser som involverar barn och unga (0-17 år), skedde i genomsnitt under perioden 2010-2013, 33 procent av alla skadehändelser i bostadsmiljön (MSB, 2011a; Socialstyrelsen, 2011a; 2015a).

De flesta fallrelaterade skadehändelser skedde inomhus i hemmiljön, högst andel återfanns hos barn upp till 6 år, där fall från låg höjd är mest frekvent förekommande och den primära skadebilden för åldersgruppen är främst skador på huvudet. I och med barnets motoriska utveckling sker en förändring av skadepanoramata, där barnet med ökad ålder och mer utvecklad motorik, riskerar att råka ut för skadehändelser karakteriserade av högre fall (≤ 1 meter) och fall i samma plan ("snubbling", "halkning" etcetera), där skador på de övre extremiteterna är den vanligaste skadetyper (MSB, 2012; Socialstyrelsen, 2015a).

Att hem- och boendemiljön är den vanligaste skadeplatsen för den yngsta åldersgruppen är naturligt sammanlänkat med tidsdimensionen och riskexponering, yngre barn spenderar mer tid i hemmet, vilket leder till en ökad risk. Samvariation mellan aktivitet och platsen, förtydligas av att skadepanoramata för barn i skolåldern och uppåt, inkluderar primärt trafikrelaterade- och idrottsrelaterade skadehändelser. I åldersgruppen 7-15 år, är fortfarande flertalet skadehändelser i hemmiljö förknippade med lek och fritidssysselsättningar, det kan handla om fallrelaterade skadehändelser i form av fall från studsmattor, kollisioner med vänner under lek samt kläm- och skärskador (Socialstyrelsen, 2011a). I en studie baserad på barn och ungas egna berättelser om risker och riskmiljöer i hemmet, framkommer en bild av att risk främst förknippas med skär- och klämskador. Vilket även förknippas med ofrivillig exponering, i form av att aktiviteten ofrivilligt ledde fram till skadan. Däremot skadehändelser som sker under lek, omnämns som karaktäriserade av frivillighet och förknippas främst med skolgården (Wall et al., 2012).

Åldersgruppen 15-24 år, är den mest vårdsökande gruppen med skadehändelser som vårdorsak, och cirka två tredjedelar av de vårdsökande är unga män. Tonåringars skadebild domineras i första hand av trafikrelaterade skadehändelser, följt av förgiftningstillstånd, sport- och idrottsrelaterade skador, självskaador samt alkohol- eller drogrelaterade skadehändelser. När det gäller oavsiktliga skadehändelser för äldre barn och ungdomar, samvarierar dessa främst med åldersspecifika riskexponeringar, utvecklings- och mognadsrelaterade processer, såsom cykel- och mopedrelaterade händelser (MSB, 2011a). I tabell 2 summeras slutsatserna från tre nationella rapporter angående oavsiktliga skadehändelser som leder till akutvårdsbesök utifrån skademiljö och skadeorsak för åldersgruppen 0-17 år.

Tabell 2: Skademiljö och skadeorsaker rörande oavsiktliga skadehändelser som leder till akutvårdsbesök.

Åldersgrupp	Miljö	Skadeorsaker
0-3 år	Hemmet	Fall från låg höjd Klämning i dörr Skärskador orsakade av vassa föremål (husgeråd) Stick av insekter/bett av djur Förgiftning av mediciner eller rengöringsmedel
4-6 år	Hemmet Barnomsorg	Fall Klämskador Sammanstötningar under lek
7-12 år	Hemmet Skolan Sport- och idrottsplatser	Fall Sammanstötningar under lek Klämning Skärskador Stick
13-17 år	I bostadsområdet under fritidsaktiviteter samt i hemmet.	Fall Skärskador Sammanstötningar med andra personer och föremål (främst lek eller ”skojbråk”) Cykel- och mopedrelaterade skadehändelser

Källa: MSB (2011a), Socialstyrelsen (2011a; 2015a)

2:3:2 Avsiktliga skadehändelser

Det finns ett stort mörkertal rörande avsiktliga skadehändelser, vilket gör att det är svårt att beskriva omfattningen och/eller trender i utvecklingen. Jag har här valt att sammanfatta uppgifter om interpersonella skador utifrån Brottsförebyggande rådet och intrapersonella skador utifrån Socialstyrelsens och MSB:s rapporter för att redovisa de avsiktliga skadehändelsernas struktur. Utsattheten för våldsbrott centreras generellt till tre arenor; nöjesliv, arbetsplatsen och hemmiljön,

där den tidigare forskningen av våld sett att det finns en skillnad mellan män och kvinnors utsatthet för våld, både i termer av typ av våld samt relationen mellan gärningspersonen och den brottsutsatte (Danielsson et al. 2009; BRÅ, 2015a).

Skador som uppstått genom övergrepp av annan person stod i genomsnitt för 1 procent av alla vårdade personer i åldersgruppen 0-17 år under tidsperioden 2010-2013, 10 procent av dessa skrevs in i slutenvården. Övervägande delen av de individer som utsatts för övergrepp av annan person var unga män i åldern 16-17 år (Socialstyrelsen, 2015a). Socialstyrelsens rapport (2015a) visar att vad det gäller skador av den här typen som leder till slutenvård, har det skett en kraftig nedgång sedan 2007, något som även bekräftas av Brottsförebyggande rådets rapport angående den polisanmälda barnmisshandeln (BRÅ, 2011a) och rapporten om brottsutveckling rörande personbrott (BRÅ, 2015b). År 2014 polisanmälades totalt 19100 misshandelsbrott mot barn i åldersgruppen 0-17 år, det motsvarar 23 procent av det totala antalet polisanmälda misshandelsfall. 3800 av dessa anmälningar rörde barn i åldersgruppen 0-6 år och 9870 åldersgruppen 7-14 år⁷.

Antalet polisanmälda fall beträffande barnmisshandel för åldersgruppen 0-6 år, har sedan 1990-talet ökat, men det rör sig inte om en faktisk ökning – utan mer om en ökad anmälningsbenägenhet och förändrat anmälningsbeteende (BRÅ, 2011a), dock är mörkertalet fortfarande stort gällande misshandelsfall av den här typen. Yngre barns utsatthet för våld sker företrädesvis i hemmiljön i form av omsorgssvikt eller barnmisshandel (BRÅ, 2007; 2011a; Socialstyrelsen, 2010a). I misshandelsfall som berör små barn (0-6 år) verkar hemmet vara en vanlig brottsplats, där förälder eller styvförälder är gärningsperson⁸. I åldersgruppen 7-14 år, sker den anmälda misshandeln företrädesvis i skolormiljön, endast 16 procent av niondeklassarna som hade utsatts för lindrigare våld uppgav i BRÅ:s skolundersökning (2013) att den senaste våldshändelsen skedde i den egna bostaden. Den grupp som i särskilt stor utsträckning drabbas av misshandel är unga män i åldern 16-24 år, i den nationella trygghetsundersökningen (BRÅ, 2015a) uppgav 8,1procent ha utsatts för misshandel under det senaste året, dessa misshandelsfall har i övervägande del skett i offentlig miljö.

Intrapersonella skadehändelser inkluderar här, förutom självskador och suicidskador, även förgiftningstillbud. De intrapersonella skadehändelserna är främst associerade med adolescensen (Socialstyrelsen, 2015a), där skadehändelser i hem- och boendemiljö främst utgörs av kemiska förgiftningstillstånd. Förgiftningstillbuden är företrädesvis tablettförgiftningar i självskade-/suicid syfte eller alkoholförgiftningar (Socialstyrelsen, 2015a; MSB, 2011a).

Sedan 2000-talet har det skett en ökning av antalet vårdade för intrapersonella skadehändelser inom slutenvården, med en topp år 2007. Nedgången från och med år 2008 bröts år 2013, då det skedde en ökning av antalet slutenvårdade. Socialstyrelsens rapport (2015a) visar att kvinnor är överrepresenterade när det gäller intrapersonella skadehändelser som kräver sluten vård, 84 procent av de vårdade i åldersgruppen 13-15 år och 77 procent i åldersgruppen 16-17 år är kvinnor.

Modus i självskador som krävt vård skiljer sig i stor utsträckning från modus vid suicid och suicidförsök. Vanligaste självskadan under tidsperioden 2010-2013 var förgiftning (där 86 procent skett genom läkemedel eller annan substans), följt av användandet av skärande eller stickande

⁷ <http://bra.se/bra/brott-och-statistik/barnmisshandel.html> [Läst 2015-08-12]

⁸ <http://bra.se/bra/brott-och-statistik/barnmisshandel.html> [Läst 2015-08-12]

föremål. Vid fullbordade suicid var de två främsta dödsorsakerna hängning/kvävning/strykning följt av att hoppa/lägga sig framför ett föremål i rörelse (Socialstyrelsen, 2015a).

Förgiftningstillstånd genom läkemedel, går till viss del att förklara genom en ökad tillgänglighet av både receptbelagda och receptfria läkemedel, i kombination med en ökad grad av psykisk ohälsa bland ungdomar (MSB, 2011a). Den eventuella ökning av förgiftningstillstånd som uppkommit som en effekt av förändringar i regleringen av paracetamolförsäljning år 2009 är omdiskuterad och ifrågasatt. 21 procent av förgiftningstillbuden i åldersgruppen 10-19 år som föranledde kontakt med Giftinformationscentralen (GIC), var relaterade till substansen år 2014 (Giftinformationscentralen, 2015). Läkemedelsverket, anger på sin hemsida en ökning av antalet förgiftningsfall⁹, vilket även stöds av internationella studier (Gunnell et al., 2000; Boenisch et al., 2010). Men uppfattningen om eventuell samvariation är ifrågasatt, där andra förklaringar ges. Carlzon & Olausson (2014), anger att en ökad medvetenhet om paracetamolets risker leder till fler samtal till GIC och att andelen slutenvårdade eller döda i paracetamolförgiftning inte har ökat.

2:3:3 Skadehändelser med dödlig utgång

Ytterst få skadehändelser leder till en dödlig utgång i Sverige. För åldersgruppen 1-17 år, har skadehändelser med dödlig utgång haft en stabil nedåtgående trend sedan 1970-talet¹⁰. De två skadepanoraman som leder till flest skadehändelser med dödlig utgång är suicid¹¹ och ”olycksfall”, där transportskador är den största kategorin (Socialstyrelsen, 2015a).

Det är främst unga från den äldre åldersgruppen som avlider, två tredjedelar är över tolv år, och vanligast i gruppen 16-17 år. Pojkar är något överrepresenterade både när det gäller oavsiktliga och avsiktliga skadehändelser som leder till dödsfall (Socialstyrelsen, 2015a).

I Sverige är det ovanligt att barn dör till följd av övergrepp av annan person. BRÅ:s sammanställning rörande det dödliga våldet mot barn under 15 år visar att antalet fall har halverats sedan 1990-talet, främst har de fall som sker i samband med utökat suicid minskat (BRÅ, 2011b; Socialstyrelsen, 2013).

Det finns dock ingen statistik över hur många individer som avlidit till följd av skadehändelser i bostadsmiljön, eftersom uppgifter om skadeplats inte dokumenteras i Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen, 2015a).

En internationell studie visar att skadehändelser med dödlig utgång i hemmiljö för åldersgruppen 0-14 år, främst är: drunkning, exponering för eld/rök, förgiftning, fall och yttre våld (Sengoelge et al., 2010).

Detta platsförhållande kan överensstämja med ett svenskt mönster utifrån Socialstyrelsens sammanställning (2015a) av antalet skadehändelser med dödlig utgång för åldersgruppen 0-17 år (totalt 71 stycken). Transportolycksfall stod för 20 dödsfall, suicid 28 dödsfall, drunkning¹² 7 dödsfall, övergrepp av annan person 7 dödsfall och 9 dödsfall av annan skadehändelse.

⁹ <https://lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2015/Forsaljning-av-paracetamol-i-tablettform-i-detaljhandeln-upphor-1-november/> [Läst 2015-08-12]

¹⁰ Med undantag för år 1998 och 2004 som tidigare nämnts.

¹¹ Här inkluderas även händelser med oklar avsikt i Socialstyrelsens sammanställning.

¹² I en sammanställning av MSB (2010), framgår det att 19,8% av drunkningsolyckorna sker i hemmiljön (badkar, pool eller trädgårdsdamm).

2:3:4 Sammanfattning av barn och ungas skadehändelser i Sverige

Genomgången av tidigare kartläggningar, rapporter och studier av barn och ungas skadehändelser visar att cirka var tredje skadehändelse i åldersgruppen 0-17 år sker i hemmet och för barn upp till 6 år är hemmet den vanligaste skadeplatsen.

Överlag är fallskador den vanligaste skadetyper för barn och unga i hemmiljön när det gäller oavsiktliga skadehändelser. Skadehändelser till följd av våld har haft en kraftig nedgång sedan år 2007 och skadehändelser till följd av övergrepp av annan person verkar främst drabba unga män i åldern 16-17 år. Däremot har antalet självskador som kräver vård har ökat sedan år 2008, främst är det unga kvinnor som blir slutenvårdade för den här skadetyper.

Skadehändelser som leder till en dödlig utgång, har haft en stabil nedgång sedan 1970-talet. De två skadehändelser som främst leder till en dödlig utgång är suicid och olycksfall, dessa händelser är vanligast i åldersgruppen 16-17 år och pojkar är något överrepresenterade.

2:4 Lagar, regler och policys relaterade till barnsäkerhet och den byggda miljön

Det svenska barnsäkerhetsarbetet tog sin början under första halvan av 1950-talet, både i informella och formella sammanhang. 1955 bifölls en riksdagsmotion om statligt stöd för det preventiva arbetet och insatser mot barnolycksfall – motionen bifölls, men den efterföljande utredningen ledde inte till att några anslag beviljades (Barnmiljörådet, 1989:20).

Parallellt med den politiska diskussionen, startades det även en samarbetskommitté mot barnolycksfall bestående av privatpersoner och ideella organisationer med försäkringsbolagen som huvudsakliga finansörer. Samarbetskommittén engagerade sig främst i praktiska frågor, med en önskan om att föra in barnperspektivet i både bostadsplanering och trafikplanering. Kommittén arbetade brett med frågan om barnets risker och arbetade mot både hemmen via barnavårdscentralen och mot myndigheter. Som en följd av kommitténs arbete, utformades 1973 Statens Planverk föreskrifter i Svensk byggnorm för inredning av hem- och boendemiljö som skulle ge skydd mot onödiga barnolyckor (Barnmiljörådet, 1989:36; 47; Gustafsson, 2010).

Den politiska behandlingen av frågan rörande barnsäkerhet, fortsatte i ytterligare två utredningar: SOU 1979:28 om barnolycksfall, genomförd av Barnolycksfallsutredningen (Socialdepartementet, 1979) och SOU 2003:127 av barnsäkerhetsdelegationen kallad ”Från barnolycksfall till barns rätt till säkerhet och utveckling” (Socialdepartementet, 2003).

Den sistnämnda SOU:n är av intresse angående den fysiska miljöns relation till skadehändelser. Uppdraget i SOU:n beskrivs som att se till skadeförebyggande åtgärder, kunskapsuppbyggnad, skadeförebyggande insatser i bostadsbeståndet samt utreda myndighetsansvar för det skadeförebyggande arbetet. Även i SOU 1975:30, lyfts den fysiska miljöns betydelse fram:

”Byggnadsforskningen redovisar i en undersökning, Orsaker till barnolyckor i hemmet och dess närhet, att den utrustning och inredning som oftast är inblandad i tillbud av olika slag i hemmen är spisar, dörrar, möbler, cyklar och trappor. Vissa tillbud där spisen är inblandad är vanligare om spisen är placerad i en ofta utnyttjad passage av köket. En tänd lampa i en varm ugn med fönster på luckan lockar barnen att ägna sig åt ugnen, vilket leder till olika tillbud och brännskador” (Socialdepartementet, 1975:138).

Idag finns det ingen samlad lagstiftning som reglerar barnsäkerheten i den byggda miljön, ansvaret för barnsäkerheten är fördelat på flera aktörer med sin respektive lagstiftning. I en skrift från Boverket redovisas lagrummen på följande sätt (2011:22):

- Plan- och bygglagen (PBL 2010:900) förskriver att en byggnad ska vara lämplig för sitt ändamål, ha en god färg-, form och materialverkan. I PBL anges att det måste säkerställas friytor utomhus för barn och Svensk Byggnorm garanterar att barn och unga ska få en plats i det offentliga rummet, dock finns det ingen lagmässig reglering att dess ytor ska innehålla någon speciell byggnad, i form av till exempel en lekplats (Boverket, 2011:63). I de fall lekplatser finns reglerar PBL att lekplatsers och deras fasta anordningar ska underhållas, samt att tomter och allmänna platser ska utformas så att de är tillgängliga för och kan användas av personer med nedsatt rörelse- och orienteringsförmåga.
- Boverkets Byggregler (BBR) (BFS 2011:6) innehåller tillämpningsföreskrifter och allmänna råd om bland annat säkerhetsaspekter i nya byggnader, tillbyggnader och på tomter. Särskilt höga krav gäller utrymmen där barn kan vistas (det vill säga rumsliga utrymmen där barn från förskoleåldern och uppåt kan vistas utan ständig tillsyn). Detta gäller både i bostäder och offentliga lokaler. I BBR regleras bland annat inomhusmiljön ur ett barnsäkerhetsperspektiv, men det är inte helt oproblematiskt med en hög barnsäkerhetsaspekt som kan komma i konflikt med andra gruppers behov av tillgänglighet och/eller användbarhet. Likväl problematiseras det förhållandet att byggnader uppförda innan 1973 inte berörs av barnsäkerhetsaspekten, vilket leder till att vid underhåll av byggnaden finns det inget krav på att byggnadens säkerhet når upp till dagens. Det kravet gäller endast vid ändring av byggnaden (Boverket, 2011:23; 54). De områden som berörs av BBR är enbart de som direkt relaterar till den byggda miljön, men i barnens inomhusmiljö innehåller även risker relaterade till inredning i form av möbler, där ansvaret ligger på den enskilde individen att följa de råd och rekommendationer som finns för enskilda produkter (se bland annat MSB, 2011b).
- Ordningslagen (OL 1993:1617) reglerar villkoren för förhållanden på allmän plats. Det framgår där bland annat att brunnar, bassänger och liknande anläggningar ska ha de säkerhetsanordningar som krävs för att minimera risken för olycksfall.
- Produktsäkerhetslagen (PSL 2004:451) omfattar bland annat regleringen av lekredskap på offentliga lekplatser.
- Arbetsmiljölagen (AML 1977:1160) och dess tillämpning lyfts fram av Boverket (2011:46) i relation till regler om skydd mot innestängning.
- Elsäkerhetsverkets författningssamling (ELSÄK-FS 2008:1) reglerar installation och utformning av eluttag och värmeinstallationer i bostad. Det finns även rekommendationer från Elsäkerhetsverket om barnsäkerhet, till exempel hur det går att göra spisen barnsäker eller undvikandet av användandet av elektriska apparater som liknar leksaker (Boverket, 2011:49).
- Miljöbalken (MB) (SFS 1998:808) anger bland annat i kapitel 1: 1§ att människors hälsa ska skyddas från föroreningar och liknande. Likadant reglerar den renhållning och nedskräpning i hushåll och på allmän plats (kap 15) samt reglerar skydd mot omgivningsbuller (kapitel 16: 2b§).

I Boverkets skrift (2011:24 ff.) diskuteras inomhusmiljön och barnsäkerhet utifrån termer om helhet och detaljer. Främst förekommer det riktade detaljråd gällande passmått och oplanerade detaljer som uppstår som en konsekvens av byggnadsprocessen. I framställningen av rekommendationerna kombineras gällande lagar och policys med rekommendationer som berör de boende i form av undvikandet av vissa produkter eller preventiva åtgärder som bör implementeras.

Lagstiftningen gällande utomhusmiljön i relation till skadehändelser berör företrädesvis: tomtskötsel, reducering av drunkningstillbud, trafikläggning och lekredskap. Lekredskap och lekplatser behandlas även under europeisk standardisering rörande stötdämpande underlag (SS-EN 1176) och minimikrav för säkerhet (SS-EN 1177). Ansvaret för tillsyn, säkerhet och produktsäkerhet beträffande leksaker är fördelat på kommunen, fastighetsägaren och tillverkaren (Boverket, 2011:71). Frågan om tillgänglighet och tillgänglighetsanpassning i utemiljön utifrån ett funktionsnedsättningsperspektiv berörs även i Boverkets rapport (2011:7), där frågan inte bara omnämns i termer om fysisk tillgänglighet, utan även social tillgänglighet och utifrån en trygghetsaspekt.

3. FORSKNINGSDESIGN, METODOLOGI OCH MATERIAL

För att uppfylla studiens syfte och besvara frågeställningar har tre studier designats. Anledningen till att uppsatsen består av tre studier är att jag vill fördjupa kunskapen om barn och ungas risker för skadehändelser genom att analysera vilka orsakssamband som den tidigare forskningen funnit (Studie II) samt ställa dessa i relation till vad mina empiriska studier visar (Studie III) för att slutligen utvärdera det material som mina empiriska studier bygger på (Studie I).

Genom upplägget är min tanke att studierna tillsammans ska skapa en ”enhet”, där det multifaktoriella perspektivet kan tydliggöras. I resultatavsnittet presenteras studierna i en logisk ordning, istället för den angivna kronologiska för att underlätta för läsaren. Utvärderingen presenteras först för att ge en förståelse för materialets begränsningar, följt av litteraturoversikten som inramar uppsatsen i en forskningskontext och sist redovisas min empiriska studie.

Jag anser även att upplägget ligger i linje med min ontologiska utgångspunkt och min abduktiva ansats. Uppsatsen utgår från en realistisk social ontologi, där både sociala strukturer och sociala händelser är en del av den sociala verkligheten, där samstämmigheten mellan struktur och händelse är beroende av social praxis, det vill säga mer mindre stabila och varaktiga former av social aktivitet (Bourdieu & Wacant, 1992). En realistisk social ontologi innebär att syftet med forskning är att finna förklaringar, som förstås genom kausala mekanismer, och inte enbart genom att påvisa en regularitet i fenomenen, vilket är förenligt med att arbeta abduktivt i forskningsprocessen.

Genom abduktion ”processas” en känd enhet (”resultat”) till två okända (regel och case) genom en särskild logisk systematik. För att arbeta abduktivt behöver forskaren använda sig av både deduktion och induktion för att skapa en förklaring (Reichert, 2010).

Abduktionens första steg är en hypotesgenererande fas (kan x förklaras av y?) och hypotesen provas sedan i ett andra steg genom deduktion. Syftet med deduktion är att hypotespröva genom härledning (eg. *derivation of predictors*; Reichert, 2010), genom att deduktionen följer ett pragmatiskt förhållningssätt i relationen mellan explanans (förklaringen) och explanandum (det som ska förklaras) (jfr. Hempel & Oppenheim, 1948). Induktion som är det tredje steget i processen, grundar sig i ”sökandet efter fakta” som kan förklara relationen.

3:1 Studie I

Övervägande delen av den empiriska studien (studie III) i uppsatsen och även mitt fortsatta doktorandprojekt bygger på det registermaterial som sammanställts i projektet. Jag vill därför utvärdera materialet för att pröva *materialets tillämpbarhet för att skapa systematiska studier om skadehändelser*. Jag har i mitt doktorandprojekt ingen kontroll över vilka principer och/eller rutiner som datainsamlingen baseras på. Samtidigt påverkar datainsamlingen studiernas resultat på det sätt Charmaz skriver: *”How you collect data affects which phenomena you will see, how, when, where you will view them, and what sense you will make of them”* (2014:26).

Jag vill därför förstå och kartlägga hur registreringsprocessen går till, hur tidigare forskning använt materialet, vilka brister finns i materialet och hur påverkar det min egen forskning.

Utvärderingen bygger på en kvalitativ analys, studien är designad som en fallstudie, i form av en holistisk flerfallsdesign med en analysenhet (jfr. Yin, 2007:60). Det är *orsaken till effekten* som ska

undersökas, genom att se i vilka sammanhang och under vilka omständigheter registermaterialet är lämpligt att använda som underlag till studier av skadehändelser. Fallen (analysenheterna) i utvärderingen är empiriska enheter som är konventionellt identifierade i form av *aktörer som producerar eller använder* registren (jfr. Ragin, 1992), det vill säga registrerare, registerhållare och forskare. I utvärderingen har det genomförts en inomfalls- och en mellanfallsanalys för att möjliggöra en komparation mellan enheterna och de analystekniker som har applicerats är programlogisk modell och portfolioanalys (jfr. Yin 1994; Yin, 2007:57;127;150).

En analys av den programlogiska modellen, innebär att finna den logiska förbindelsen mellan hur indata ger ett utfall, det vill säga hur processen går till från A → B (Yin, 1994; Yin, 2013). Portfolioanalys handlar om att använda kvalitativa kriterier för att mäta/särskilja utfallet inom ett projekt/program (Yin, 1994). Dessa analystekniker är grundläggande i en utvärdering, eftersom utvärderingen inte bara ska ge svar på frågan: ”*vad eller till vilken del fungerar x*”, utan även fråga ”*vad fungerar för vem, när, var och varför*” (Yin, 2013).

3:2 Studie II

I följande avsnitt går de metodologiska övervägandena som gjorts i samband med litteraturoversikten igenom för att stärka studiens interna validitet och få en transparent forskningsprocess (jfr Tracy, 2010).

Syftet med litteraturoversikten är att sammanställa den tidigare forskningen inom fältet och se hur forskningen har resonerat om riskers olika orsak och verkan. Insamlingen av material till litteraturoversikten bygger på två olika typer av litteratur: dels på artikelsökningar i databaser, dels myndighetsrapporter och avhandlingsarbeten i en svensk kontext.

Resultatet av litteraturoversikten är beroende av två faktorer, den första är den typ av systematik jag har tillämpat i form av urval av databaser, söktermer samt mina subjektivt formulerade avgränsningskriterier i insamlingen. Den andra faktorn som påverkar resultatet är den analys som gjorts i form av en tematisering.

Artikelsökning i databaser:

Artikelsökningen genomfördes under våren 2015 via sökningar i följande databaser: Scopus, Web of Science och PubMed utifrån följande kombination av nyckelord: *risk group OR risk factor OR risk situation*” AND ”*child OR youth OR adolescent*” AND ”*home OR residential OR environment*” (jfr. Cresswell, 2014:32 ff.). För att avgränsa sökresultatet användes följande kriterier vid genomgång av publikationerna:

- Publicerade artiklar eller konferenspaper skulle vara vetenskapligt granskade samt publiceringar skulle ha skett under tidsperioden 2000-2015.
- Artiklar eller litteratur som refererade till deskriptiva studier utanför Europa exkluderades, för att få ett jämförbart sociokulturellt ramverk mellan studierna, dock har teoretiserande och medicinska artiklar kvarstått (bedömdes efter *abstrakt* läsning).
- Artiklar rörande skadetyper som inte inkluderas i mitt forskningsområde exkluderades, de artiklar med ett vidare skadepanorama som inkluderade flera skadetyper, lästes *fulltexten* igenom innan beslut om inkludering/exkludering togs.

Analysmetod:

Artikelsökningen resulterade i totalt 98 publikationer vilka har tematiserats genom en deduktiv innehållsanalys (Elo & Kyngäs, 2008). Valet att tematisera materialet är för att reducera komplexiteten som finns inom forskningsfältet (resultatet av tematiseringen i tabellform presenteras i appendix 1). Komplexiteten beror på att forskningsfältet är multidisciplinärt vilket leder till olika disciplinspecifika och begreppsmässiga definitioner av fenomenet samt ämnesspecifika frågeställningar. Jag anser även att tematiseringen tydliggör hur skadehändelser uppstår i en komplex relation mellan olika nivåer och faktorer, där ofta en eller flera faktorer samvarierar. Analysprocessen för tematiseringen har skett i tre steg utifrån Elo & Kyngäs rekommendationer (2008):

- 1) Sökorden kan ses vara en deskriptiv, övergripande kategorisering av fenomenet "skadehändelse" (det vill säga kategorierna avsiktliga och oavsiktliga skadehändelser).
- 2) Det första analyssteget var sedan att skapa en generisk kategori i form av övergripande tema i artiklarna utifrån mikro- eller makrorelaterade faktorer.
- 3) I det andra analyssteget konstruerades underkategorier i form av ämnesspecifika teman.

Efter att analysen av artiklarna var färdig kompletterades dessa av de insamlade rapporterna och avhandlingarna, vilka tematiserades utifrån samma principer som ovan. Avhandlingar och myndighetsrapporter samlades in genom att söka på olika hemsidor (till exempel: www.msb.se; www.socialstyrelsen.se, www.bra.se; www.avhandlingar.se) genom följande nyckelord: "barns skador", "ungdomars skador", "skador i hemmet", "våld", "själv mord" samt "självskador". Det skedde även en komplettering av rapporter utifrån förslag från mina handledare.

3:3 Studie III

Forskningsdesignen i studie III är inspirerad av Layders multistrategiska forskningsstrategi (1993) för teorigenerering. Hans modell tydliggör förbindelsen mellan mikro- och makronivåerna och påvisar forskningsmässiga strategier som kan förklara *varför* förbindelsen finns. Jag har valt strategin utifrån studiens frågeställning; *vilka skademönster förekommer och hur relaterar de till riskfaktorer, risksituationer och riskmiljöer på mikro-, meso- och makronivå?*

Frågeställningen berör *relationer* mellan ett specifikt fenomen och orsaker på olika nivåer och utifrån den tidigare forskningen inom fältet framkommer hur skadehändelser är ett multifaktoriellt problem och påverkas av riskfaktorer på mikro-, meso- och makronivå.

Forskningsstrategin och tillika designen avser att undersöka fyra nivåer: kontext, setting, situationerad aktivitet och "självet" (se tabell 3). Min tolkning av Layders design är att det inte går att särskilja de olika forskningselementen i verkligheten utan enbart på en analytisk nivå, eftersom de olika elementet är integrerade i vardagslivets praxis.

Min förståelse av Layders modell är att den utgår från att fenomen på individnivå går att förstå utifrån den sociala kontexten, där den reglerar "vad som anses vara en normativ handling" samt olika maktförhållanden. Kontexten reproduceras sedan i "setting", som är en mellanliggande social organisation av vardagslivet.

Lite förenklat går det att säga att makroförhållanden blir till praktik i settingen, till exempel skillnaden mellan aktiviteter inom och utanför hemmet. Den situationerade aktiviteten belyser hur situationer i form av face-to-face aktiviteter eller handlingar definieras (och förmedlas) av individen när dennes erfarenhet möter kontext och setting. Det vill säga, situationen och handlingen definieras inte bara av individens egna erfarenheter eller identitet – utan även av sociala förhållanden och normerande praktiker. Layder förespråkar vikten av att inkludera den historiska dimensionen i analysen eftersom den inordnar elementen i en specifik tid-plats ram (eg. *time-space of history*; 1993:74; 110 ff.), vilket inte har gjorts explicit i studien. Jag anser att sammanställningen som finns i studiens ramverk om de svenska förhållandena (avsnitt 2:3 och 2:4) får anses vara en del av den historiska dimensionen och där det framkommer hur historia och forskningsresultatet även är beroende av kontextspecifika faktorer som är avhängig av varandra.

Tabell 3: Forskningsdesignen i undersökningen (jfr. Layder, 1993:72; 114).

	Forskningselement	Forskningsfokus	Metod	Motsvaras av studie III:s delstudier
Historisk dimension	Kontext	Makrosocial organisation som implicerad i ”setting” nedan	Traditionell kvantitativ metod samt kvalitativ tolkning av resultat genom företrädesvis en teoretisk konceptualisering.	Delstudie 1
	”Setting”	Förmedlad social organisation		Delstudie 2
	Situationerad aktivitet	Social aktivitet	Kvalitativa analyser av enskilda, specifika fenomen.	Delstudie 3
	”Själv”	Självidentitet och individuell social erfarenhet		

Delstudiernas uppbyggnad:

Studie III består av tre delstudier där de fyra olika forskningselementen skildras på olika sätt och med skilda betydelser för delstudiernas separata frågeställningar.

Delstudie 1 har konstruerats för att analysera kontext och setting. Studien bygger på en logistisk regression där företrädesvis tidigare definierade riskfaktorer prövas; kön, ålder, etnicitet, hushållsinkomst i relation till om bostadstyp har någon effekt på utfallet. Delstudien är en klassisk kvantitativ studie med högt n-tal och studiens operationaliseringar och genomförande diskuteras vidare under avsnitt 4:3:1.

Delstudie 2 har fokus på setting och situationerad aktivitet, där en mixed-method approach har använts och där studien utgår från en flerfasig design (se: Cameron, 2011; Cresswell, 2014:228). Den situationerade aktiviteten undersöks utifrån skadornas ”rumslighet”. Studien bygger på ett kvantitativt material som sedan tolkas genom att samla in ett sekundärt kvalitativt material (se avsnitt 4:3:2).

Delstudie 3 berör främst situationerade aktiviteten och ”själv”, delstudien bygger på ett kvalitativt material och är baserat på en narrativ analys. Studien bygger på en forskningscirkel med representanter för funktionshinderorganisationer, vilket gör att den inte specifikt ser på barn och ungas skadehändelser. Däremot lyfter deltagarna i sina diskussioner fram barn- och ungdomsperspektivet vilket har utkristalliserats i delstudiens presentation (se vidare diskussion i avsnitt 4:3:3).

Analytiska övervägande och applicerade analystekniker i studie III:

I sammanhanget är det viktigt att påpeka att Layders forskningsstrategi ursprungligen är skapad för teorigenerering av *middle range theories* (MRT). Det vill säga teorier som är placerade mellan "*minor working hypothesis of everyday life*" och "*all-inclusive grand theories*" (Glasser & Strauss, 1967/2012:32). Min egen studie utgår främst från en teoriprövande ansats, där jag vill försöka förklara skadehändelser och risk utifrån teorier gällande vardagslivets och handlandets organisation istället för medicinska eller psykologiska individcentrerade teorier.

Även om det finns en stor skillnad mellan att teoripröva och teorigenerera, är Layders modell bra för att "teorimodifiera" vilket görs genom att de teorier jag själv prövar även kommer att behöva modifieras i relation till empirin för att ha förklaringskraft.

Eftersom teorigenereringen är central i designen, utgår Layders forskningsstrategi från en grounded theory metodologi (GT). Grundtanken är i grounded theory är att skapa en teori som förutser och förklarar fenomenet (Glasser & Strauss, 1967/2012:31), vilket gör att jag själv har arbetat utifrån några av de principer som förespråkas inom grounded theory, främst för att kunna använda en kvalitativ begreppsapparat och tolkning på ett företrädesvis kvantitativt material. Jag vill först poängtera att grounded theory, enligt min förståelse, inte "enbart" är en kvalitativ metod. Mitt antagande bygger på att Glasser och Strauss skriver att i en grounded theory studie går det att använda både kvalitativt och kvantitativt data och att detta kan vara nödvändigt för teorigenereringen (1967/2012:17 ff.). Jag kommer nu kort redovisa om min förståelse av grounded theory och hur jag applicerat dessa tankar i min analys.

Explorativ och tolkande ansats

Grounded theory som metodologisk approach innebär inte en approach utan flera. Det finns flera olika traditioner inom traditionen. Vilket gör att det är svårt att tala om en enhetlig metodologi. För mig är grounded theory en metodologisk ansats där analysens målsättning är att, som Huberman och Miles (2002:152) uttrycker det, "*making it all come together*" och för att kunna skapa en enhetlighet behövs både en tolkande och explorativ approach.

Den explorativa ansatsen sker genom att jag i delstudierna utgår från (relativt) öppna frågeställningar och ser vad den statistiska analysen påvisar. Det statistiska resultatet kodas sedan kvalitativt och kompletteras med (mer) kvalitativt sekundärdata, antingen ett egen insamlat material eller ett teoretiskt material. Mina initiala koder (öppen kodning) anger inte teman eller ämnen utan beskriver sociala processer.

Den sociala processen kan förstås och synliggöras genom att resultaten presenteras genom en tjock beskrivning (*thick description*). Detta är nödvändigt för att uppnå en extern validitet i studien, att visa hur och under vilka förutsättningar ett fenomen uppstår och vilken generaliserbarhet resultatet har. Däremot är inte en tjock beskrivning likställt med en detaljerad rapport, utan som Denzin (1989:33) beskriver: en skriftlig framställning som ger en kontext till handlingen, anger intentionen och meningen som organiserar handlandet, möjliggör en förståelse för handlandets orsak samt presenterar handlingen som en tolkningsbar text.

Att tolka den sociala processen var en utmaning, främst i delstudie 1 som bygger på enbart statistiska data. Detta gjorde att kodningen av processerna gjordes genom användandet av teori i delstudie 1. Behovet av formella teorier är omdiskuterat inom grounded theory-traditionen, jag anser dock att teori behövs före, under och efter studiens genomförande eftersom varken empirisk

kodning eller komparation sker *ab ovo* (Kelle, 2007). I min studie har jag använt teorier som ett redskap som hjälper till att skapa och tolka kategorier (jfr. Glasser & Strauss, 1967/2012:3).

Tolkning är inte heller något som sker fritt eller oorganiserat, utan bygger på ett logiskt regelverk och sker som en process (se bl.a. Denzin, 2002:349). I min analys sker tolkningen utifrån en konstant komparation, kod jämförs med kod, kod till kategori och kategori till kärnkategori både inom och mellan de olika delstudierna (eg. *konvergent kvalitativ syntes*, jfr. Layder, 1993:128; jfr. Pluye & Hong, 2014). Den konvergenta analysen utgick från de sex frågorna som finns i den generella paradigmodellen för att förstå handling (Strauss & Corbin, 1990:99):

- 1) Fenomen
- 2) Kausala villkor
- 3) Kontextens attribut
- 4) Mellanliggande förhållanden (*intervening conditions*)
- 5) Handling och interaktionsstrategier
- 6) Konsekvenser

För mig innebär frågorna att en vägledning för att tolka analysen genom att se till: vad är det jag ser? Vad villkorar händelsen? Vad i kontexten spelar roll för händelsen? Vilka förhållanden finns mellan individen, situationen och platsen? Hur förstår jag handling? Vilka konsekvenser för handlandet? Rent praktiskt innebär det att jag har analyserat de tre delstudierna i två steg: först som enskilda studier (där resultatet presenteras först som enskilda, empirinära resultat i avsnitt 4:3:1 - 4:3:3). Efter det har delstudierna analyserats i relation till varandra och till teori samt litteraturoversikten (studie II) för att ge en möjlighet att skildra olika aspekter av samma fenomen (avsnitt 4:4).

3:4 Material

I följande avsnitt diskuteras primärmaterialet som ligger till grund för studie I och III i form av registermaterial och kvalitativt material. Registermaterialet är sekundärdata, och insamlingen har skett genom förfrågan till Socialstyrelsen och Statistiska centralbyrån (SCB). Registerhållarna har sammanställt och anonymiserat önskade registeruttag, vilket leder till att forskaren har en passiv roll i insamlingsprocessen, en låg grad av kontroll och enbart kan styra det önskade urvalet av variabler. Det kvalitativa materialet, primärdatat, är insamlat som komplement till sekundärdatat, för att bidra med situationella aspekter eller bakomliggande administrativa rutiner som registren inte kan fånga, vilket kan öka förklaringskraften av begreppet ”risk” och vara till hjälp för att utvärdera registermaterialets användbarhet i studier om skadehändelser. I studie III används enbart ett urval från Injury Database, Dödsorsaksregistret och SCB samt kvalitativt material. Jag har trots det valt att redovisa Patientregistret Slutenvård under det här avsnittet eftersom det ingår i Studie I:s utvärdering.

3:4:1 Injury Database

Urvalet av material från Injury Database (IDB) inkluderar de enheter som anger: olycksfall, avsiktlig självdestruktiv handling, övergrepp av annan person samt oklart uppsåt som kontaktorsak. Registreringen i IDB genomförs av utbildade kodare som har tillgång till skadejournal (ifylld av den skadade eller anhörig) samt journalblad (med utskrift av läkaranteckningar) och som utifrån detta material sammanställer information till registret.

De variabler som ingår för de inkluderade fallen är följande: löpnummer, skadedatum, skadetid, ålder, kön, hemkommun, sjukhus, besöksdatum, besökstid, utskrivningsdatum, typ av skada,

skadad kroppsdel, ICD-behandling, skadeplats, inomhus-utomhus, skademekanism, situation, aktivitet, hushållsarbete, orsakande produkt, utlösande produkt, annan produkt som bidragit till skadan/skadehändelsen samt klartext.

Den geografiska fördelningen och tidsperioden för IDB-urvalet varierar, eftersom IDB inte används för nationell skaderegistrering. Följande områden och tidsperioder finns i urvalet: Skaraborg och Umeå (2001-2013), Värmland (2007-2008) och Uppsala (2013).

Kvalitén i registret bedöms vara god, det totala bortfallet i IDB är lågt, det generella bortfallet är under 10 procent (Socialstyrelsen, 2015a:18). De deltagande sjukhusen har även valt olika strategier för att komplettera materialet i IDB vid bortfall (Socialstyrelsen, 2011b:25), dock kan det förekomma bortfall grundat på enskilda sjukhus resursbrist (Socialstyrelsen, 2015a:18).

3:4:2 Patientregistret: slutenvård

Patientregistret för slutenvård (PAR), omfattar tidsperioden 1990-2013, och urvalet har inkluderat alla enheter som har en ICD-kod inom följande intervall: fallolyckor (W00-W19), exponering för icke levande mekaniska krafter (W20-W49), exponering för levande mekaniska krafter (W50-W64), förgiftningsolyckor och exponering för skadliga ämnen genom olyckshändelse (X40-X49), exponering genom olyckshändelse för andra och icke specificerade faktorer (X58-X59), avsiktlig självdestruktiv handling (X60-X84), övergrepp av annan person (X85-Y09), skadehändelser med oklar avsikt (Y10-Y34), ogynnsam effekt av droger, läkemedel och biologiska substanser i terapeutiskt bruk (Y40-Y59) samt förgiftning av droger, läkemedel och biologiska substanser (T36-T50).

De variabler som ingår i registeruttaget är: löpnummer, kön, ålder vid besök, besöksår, civilstånd, födelseland, senaste invandring, hemort, medborgarskap, in- och utskrivningsdatum (numerisk och text), inskrivningssätt, diagnos (enligt ICD), diagnosrelaterad gruppering, yttre orsakskod (1-5), angiven huvuddiagnos, datum öppenvårdskontakt (numerisk och i text), inrapporterade åtgärder, sjukhus samt antal vård dagar. PAR inkluderar enbart de individer som blivit inlagda för medicinsk eller psykiatrisk behandling, vilket gör att de inte fångar alla aspekter av sjukvårdskedjan, såsom IDB Skaraborg gör. Fram till 2010 inkluderades även primärvårdsinstanser i IDB Skaraborg, vilket möjliggör studier av de som blir skadade men som inte blir inlagda.

Socialstyrelsen som är registerhållare även för IDB, PAR och DOR, bedömer kvalitén i registret som god, med ett lågt totalbortfall. De underrapporteringar som finns rör främst den somatiska korttidsvården, samt variabeln huvuddiagnos (Socialstyrelsen, 2015b). I Socialstyrelsens rapport om "Skador bland barn i Sverige" (2015a), anges det att huvuddiagnos saknas för knappt en procent av vårdtillfällena under tidsperioden 2010-2013 (2015a:16).

3:4:3 Dödsorsaksregistret

Urvalet från Dödsorsaksregistret (DOR) omfattar tidsperioden 1990-2013. Urvalet berör samtliga enheter som har en ICD-kod inom det intervall som tidigare specificerats i urvalet för PAR. De variabler som inkluderas till samtliga enheter är följande: löpnummer, dödsdatum, kön, ålder i år, i dagar om personen avlidit innan en månads ålder eller i månader om personen avlidit innan ett års ålder, föregående civilstånd, födelseland, bidragande inklusive underliggande dödsorsak, dödsorsakens ICD-kod, alkoholrelaterad diagnos som bidragande eller underliggande dödsorsak, narkotikarelaterad diagnos som bidragande eller underliggande dödsorsak, uppsåt bakom skada, initial sjukdom/skada som ledde fram till döden samt grund för dödsorsaksuppgift. Till och med år 2011 innehåller dödsorsaksregistret bara uppgifter rörande individer som varit folkbokförda i

Sverige vid tiden för dödsfallet, oavsett om dödsfallet skett inom eller utanför landet, efter 2011 inkluderas alla dödsfall i Sverige, oavsett individens folkbokföring.

Totalbortfallet i registret är, internationellt sett, mycket lågt, men det tenderar att öka. Ökningen relaterar till svårigheterna att fastställa dödsorsak hos de individer som avlider hemma eller i kommunalt äldreboende (Socialstyrelsen, 2010b:16). Bortfallet i enskilda variabler varierar, mest anmärkningsvärt är att i sju procent av fallen saknas dödsorsaksangivelse, denna uppgift kompletteras dock i samband med klassificering och kodning, genom att relatera till annan information i intyget (Socialstyrelsen, 2010b:17). Dock har det förhållandet förbättrats över tid, och under perioden 2010-2013, saknades i genomsnitt i en procent av fallen (Socialstyrelsen, 2015a:16). Det är dock viktigt att påpeka att registerkvalitén även varierar med ålder och diagnos, på så sätt att registrens kvalité vad gäller barnadödligheten är av högre kvalité, främst på grund av att barn som avlidit har en högre obduktionsfrekvens, oavsett orsaken bakom dödsfallet (Socialstyrelsen, 2015a:16).

3:4:4 Övrigt registermaterial

Ovanstående register har kompletterats med registerutdrag från Longitudinell integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA), samt möjligheten att integrera registerdata med SAMS (Small Areas for Market Statistics) och bostadsbestandsvariabler från Statistiska centralbyrån (SCB). Från LISA har demografiska bakgrundsvariabler inhämtats: civilstånd, utbildningsnivå, sysselsättning, socioekonomisk status (SES), personens födelseland och föräldrarnas födelseland. Uttaget från LISA ligger även till grund för den kontrollgrupp som skapats, genom att för varje skadad individ har två individer randomiserats att ingå i kontrollgruppen. De olika registren och LISA integreras genom att individer getts löpnummer som kan matchas, vilket gör att det finns möjlighet att jämföra skadade med icke-skadade. Genom att använda SAMS-områden som en variabel, möjliggörs en jämförelse av skadehändelser mellan geografiska områden, vilken kan förfinas genom att addera uppgifterna rörande bostadsbeståndet.

3:4:5 Workshop

Workshopen hölls den 4:e april 2016 med två deltagare, som arbetar direkt eller indirekt med avsiktliga skadehändelser, i form av självsador, suicid och våldssador. En av deltagarna arbetar på Polismyndigheten Storgöteborg och den andra deltagaren har tidigare arbetat inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) på Drottning Silvias Barnsjukhus i Göteborg. Syftet med workshopen var att kartlägga vilka situationsfaktorer som orsakar olika avsiktliga skadehändelser i hemmet. Kartläggningen genomfördes att deltagarna fick ”mappa” de olika elementen i skadehändelserna i bostadens olika rum. Det gällde element som: situationsspecifika faktorer, orsaksförlopp och utlösande faktorer. Även frågan om preventionsmöjligheter berördes, där primär, sekundär och tertiär prevention diskuterades utifrån olika perspektiv.

3:4:6 Forskningscirkel

Forskningscirkeln har genomförts under perioden november 2015 till maj 2016, totalt har sex träffar hållits under perioden (totalt 12 timmars sessioner). I forskningscirkeln ingick fyra kvinnliga representanter för olika funktionshinderorganisationer och patientföreningar. Syftet med forskningscirkeln var att genom representanter (”experter”) studera vilka risker som finns i bostaden och vilka riskstrategier som används i bostaden utifrån en generell nivå. Forskningscirkeln har letts av Jörgen Lundälv och mig tillsammans och har arrangerats på Dalheimers Hus i Göteborg.

3:4:7 Utvärdering av registermaterialets tillämpbarhet

Till utvärderingen (Studie I) har följande textmaterial och fältanteckningar insamlats och sammanställts.

Materialet klassat som *textdokumentation* består av tre olika insamlade material:

- 1) Loggbok förd under genomförandet av studie III, bestående av anteckningar rörande metodologiska problem och bedömning av resultatens kvalitet i relation till validitet.
- 2) Socialstyrelsens metodkapitel i de rapporter som bygger på IDB, PAR och/eller DOR. Inhämtande av information om DOR från Socialstyrelsens hemsida, där även blankett för registrering finns.
- 3) Vetenskapliga studier som använt ett eller flera av dessa register som primärmaterial i svenska studier publicerade under tidsperioden 2005-2015 (materialredovisning återfinns i appendix II).

Kartläggning av registreringsprocessen har skett genom samtal, dokumentation och observation, vilka har skrivits som *fältanteckningar*. Dessa fältanteckningar bygger på följande aktiviteter:

- 1) Studiebesök på Skövde ambulansstation där tre av IDB:s skaderegistrerare berättade om processen och vilka tolkningar som gjordes från journalblad och skadejournal vid registrering [2016-01-22].
- 2) Samtal med en undersköterska om principer för journalföring [2016-02-11].
- 3) Samtal med en läkarsekreterare om hur journalinnehållet sammanfattas i ett mellanliggande system som ligger till grund för inrapporteringen ibland annat PAR [2016-02-22].

3:5 Etiska reflektioner

De etiska överväganden som gjorts i studien berör inte enbart material och materialinsamling, vilket i mitt fall har varit relativt oproblematiskt ur en etisk synpunkt, utan hela forskningsprocessen. Förhållningssättet är främst förknippat med den kvalitativa forskningen (jfr Tracy, 2010), men jag anser att det är nödvändigt att reflektera över etiska övervägande oavsett val av forskningsdesign och metodologiska val, främst för studier som berör individer och individers livssituation.

Det etiska övervägandet som gjorts i relation till forskningsdesignen, åsyftar att uppnå transparens. Genom att påtala de metodologiska övervägande som gjorts och vilka utmaningar/brister som finns i studien i relation till resultaten, går det att påvisa validitet. Men, det är även ett sätt för att undvika en forskning som reproduceras på "antagande" eller "fördomar". Det krävs även en öppenhet samt en självreflexivitet rörande den individuella positioneringen, eftersom den kan leda till bias i forskningen och tradera subjektiva värderingar (jfr. Cresswell & Miller, 2000; jfr. Tracy, 2010). För att undvika detta har jag beskrivit min egen position, både inom och utom akademien under avsnitt 1:5 vilket gör att en eventuell bias är möjlig att upptäcka, men även ger en förklaring till läsaren ur "vems ögon forskningen tolkas".

Min förståelse av etik grundar sig på de så kallade CUDOS-principer som Merton formulerar i "Normative Structure of Science" (1942/1973). CUDOS är fyra etiska principer (eg. *communism*, *universalism*, *disinterestedness* and *organized scepticism*). Ansvar för att uppfylla principerna

varierar mellan grupp- och individnivå, jag har under min forskarutbildning förhållit mig till dessa principer på följande sätt:

Kommunalism (eller vetenskaplig kommunikation) och *universalism*: innebär att samhället som helhet ska få del av forskningsresultaten. Forskaren äger inte så att säga någon ”intellektuell egendom” utan forskaren har en plikt emot samhället att se till att forskningen nyttiggörs utanför akademien. I relation till min egen forskning har detta skett genom dels en öppen föreläsning på Urban safety and societal security research center (URBSEC) tillsammans med Jörgen Lundälv [2015-04-22] samt rapportskrivandet tillsammans med deltagarna i forskningscirkeln. *Värdefrihet*, beskrivs som ett förfarande där forskningen bedöms utifrån vetenskapliga kriterier och inte grundat på personliga egenskaper eller bakgrundsfaktorer hos forskaren. Denna princip är mer relaterad till de bedömningar som görs i samband med examination för min del, men kan även röra hur handledningen fungerar och vilken feedback som ges på det skrivna arbetet eller hur hierarkiska relationer hanteras inom forskningsgruppen. Genom att delta aktivt på de möten som vi haft, både i form av handledning eller projektmöten, har de vetenskapliga kriterierna och förväntningarna getts utrymme att diskuteras.

Originalitet, är en princip om att forskarens motiv ska vara att producera ny kunskap. Detta krav har under senare tid ifrågasätt, i relation till att forskningsmiljöerna har förändrats, men det är fortfarande centralt att diskutera det i relation till transparens och att inte låta egna motiv färga tolkningarna av resultaten, vilket leder till att jag valt att diskutera min egen position i forskningen i uppsatsen. Den fjärde principen, *organiserad skeptism*, handlar om forskarens roll att ifrågasätta, granska och att inte dra förhastade slutsatser rörande resultatet. Detta sker genom att arbeta metodiskt och strukturerat utifrån de givna ramar som finns i till exempel metodlitteraturen, samt att diskutera resultat inomvetenskapligt och utomvetenskapligt. Jag har fått feedback på min uppsats genom att diskutera forskningsfrågan och resultat med kollegor, på seminarier, på projektgruppsmöten och på referensgruppsmöten, vilket har givit mig en möjlighet att förhålla mig kritiskt till mitt eget arbete.

3:5:1 Etik och de interna relationerna

Etik handlar inte bara om externa relationer, det vill säga relationen till informanter eller respondenter, utan även om interna relationer i forskargrupper, i mitt fall det relationella samspelet som sker i och med att arbeta i en tvärdisciplinär forskargrupp med en finansiär. Fördelen med att arbeta i en tvärdisciplinär forskargrupp är att det möjliggörs en ny, explorativ kunskap inom fältet, vilken kan bli implementerad i den ”riktiga världen” utifrån ”riktiga behov” (jfr. Angelstam et al., 2013). Samtidigt är det inte helt oproblematiskt att arbeta i projektgrupper generellt sett, i många fall förekommer det ett outtalat antagande om att gruppens medlemmar delar samma ”värderingar” rörande forskningens etiska aspekter och forskningens mål, vilket kan leda till konflikter rörande disciplinära tolkningsföreträden, dolda agendor eller dubbla positioner, vilket direkt och indirekt kan påverka forskningens utförande.

Forskningssamarbete kan även innebära ansvarsförskjutningar, diffusa tidsplaner och oetiska redovisningar om medarbetarnas insatser (Vetenskapsrådet, 2011:72 ff.). Även relationen till finansiärer kan bli problematisk, både i relation till att experter från finansiärerna kan ha en tidigare relation till forskare inom forskargruppen, samt att förväntningar på projektet inte alltid är klart kommunicerade mellan finansiär och forskare (Vetenskapsrådet, 2011). Som doktorand kan det vara svårt att relatera till de problem som kan uppstå inom en forskningsgrupp och ha beredskap

för den. För att hantera de problem som kan uppstå krävs det en klar kommunikation inom forskningsgruppen och mellan gruppen och finansiären, det krävs även synpunkter utifrån, som kan förhindra disciplinära tolkningsföreträden eller liknande företeelser (Thodelius & Lundälv, 2016). De etiska aspekterna i relation till interna relationer, berör inte enbart min egen forskning utan den som sker i gruppen som helhet, där den interna etiska aspekten har hanterats genom att ha projektgruppsmöten, referensgruppsmöten och avstämningar gentemot finansiären.

3:5:2 Etik och hållbarhet

Forskning ska även leda till en hållbar samhällsutveckling och ge ”något” tillbaka till samhället enligt min mening, vilket även anges i Högskolelagen (1992:1434, kap. 1 5§). I paragrafen anges: *”Högskolorna skall i sin verksamhet främja en hållbar utveckling som innebär att nuvarande och kommande generationer tillförsäkras en hälsosam och god miljö, ekonomisk och social välfärd och rättvisa.”* Genom att ställa frågan: *vad är det för värden* som min forskning vill bevara eller skapa, går det att göra ett etiskt övervägande ur ett hållbarhetsperspektiv. Personligen anser jag att triaden av ekonomisk, miljömässig och social hållbarhet är integrerade med varandra och det är svårt att särskilja den avsiktliga och oavsiktlig verkan på dessa aspekter. För att förstå hållbarhet i relation till min forskning, har jag utgått från Shepherd och Patzel (2011), där de skiljer på frågorna ”vad ska bevaras” och ”vad ska utvecklas”, där jag positionerar min egen studie som en del av det sociala hållbarhetsperspektivet, då den är inriktad på att bevara hälsa genom att reducera skadeorsaker.

3:5:3 Etiska övervägande i relation till genomförda studier

Studiens primärmaterial i form av registermaterial, har godkänts av den Regionala etikprövningsnämnden för att användas inom projektets forskning, och det har även anonymiserats av registerhållande myndigheter (registratorsnummer 464-14). Samtidigt är det ett problem att den registerbaserade forskningen saknar samtycke från de enskilda studiedeltagarna. Det vill säga, de som ingår i registren är sällan medvetna om att det bedrivs forskning på registren. Ludvigsson (2016) belyser detta förhållande, men ser också vinsten med att inte ha ett samtycke eftersom ett krav på samtycke skulle leda till selektionsbias och omöjliggöra storskalig forskning. Däremot, anser han att det är centralt att ha kvar etikprövning och inte kränka den personliga integriteten i samband med registerstudier, en åsikt som jag delar med honom.

I studie III:s första delstudie som är kvantitativ sker olika kategoriseringar genom operationaliseringar av datat. Användandet av kategorier har tidigare kritiserats, främst inom funktionshinderforskningen eftersom det finns en risk att forskningen söker kunskap i olikheterna mellan kategorier istället för att se till orsakerna till olikheterna (Mulinary & de los Reyes, 2005 citerade i Grönvik, 2008). Jag har arbetat utifrån följande principer som ställts mot varandra; *på vilket sätt* ska datat operationaliserats för att möjliggöra en analys, *vem* har rätten att kategorisera individer och *hur* ska dessa jämföras och förstås. Precis som Grönvik (2008) skriver är det här viktigt att skilja på den konkreta analysverksamheten, och de steg som sker före och efter analysen i forskningsprocessen. Genom att arbeta utifrån ”best praxis”-lösning i analysfasen samtidigt som resultatet förstås i relation till teori och problematiseras i diskussionen av resultatet, är min förhoppning av att de negativa konsekvenserna av kategoriseringar reduceras.

I delstudie 2, som består av både kvantitativt material och kvalitativt material, har de etiska övervägandena berört följande risk/nytta bedömning av användandet av registermaterialet (Hagan, 1993) och en bedömning av användningen av det kvalitativa materialet utifrån Vetenskapsrådets riktlinjer gällande informerat samtycke, möjlighet till anonymisering och konfidentialitet (2011). Användandet av registermaterialet för att kartlägga intra- och interpersonella skadehändelser i

bostaden och bostadsområdet, har en stor nytta, som överväger risken – eftersom det dels saknas kunskap inom området, dels är svårt att hitta tillförlitliga källor att använda. Att mäta brottsutsatthet har inom kriminologin alltid varit problematiskt, polisanmällda brott tenderar att vara underrapporterade, självrapporteringar tenderar att ha en överrapportering och sjukhusdata har främst använts till att se om det grövsta våldet ökar eller minskar i samhället. Syftet här är att se till den rumsliga miljöns betydelse och funktion i samband med händelsen, samt om det sker en förflyttning mellan rumslighet, utsatthet och livsvillkor, vilket har en betydelse i det fortsatta preventiva arbetet.

Delstudie 3, bygger på en annan form av metodik rörande datainsamling, analys och datainsamling vilken är inspirerad av patient and public involvement (Gibson et al., 2012) och brukarmedverkan (Barron, 1999). I denna delstudie har gruppen tillsammans formulerat forskningsfrågan, diskuterat analysen och resultatet, vilket har gjort att etiska övervägande som gjorts har skett under hand med arbetet som en naturlig del i forskningscirkeln. Det har dock lämnats ett informerat samtycke från deltagarna i cirkeln att materialet som insamlats och analyserats för användas i uppsatsen.

Studie I, som berör utvärdering av registermaterialet, består av min egen erfarenhet av att arbeta med det och den kvalitetsbedömning som görs i samband med forskning (loggboksanteckningar). Materialet har kompletterats med primärmaterial via studiebesök och samtal med registeringsaktörer (fältanteckningar). Vid resultatspresentationen är namnen anonymiserade vid citering och citering sker i oförvanskad form. Sekundärmaterial består av offentligt publicerade rapporter och vetenskapligt publicerade studier. Rörande dessa rapporter och artiklar har inget speciellt etiskt övervägande gjorts, mer än att hänvisningar till källan skrivits ut i studien, såsom är brukligt vid sekundärdatahantering.

De etiska övervägandena relaterar även på en generell nivå till hur resultaten implementeras och eventuella konsekvenser i implementeringen (jfr. Wolpe, 2006). Genom att explicit förflytta forskningsfrågan från individuella riskfaktorer till riskmiljöer, kan de generella resultaten förstås som en kombination av faktorer och reducera risken för stigmatisering och avvikelsekonstruktion av enskilda individer (jfr. Wang, 1998:s resonemang om porträttering av funktionsnedsatta och hälsopromotion).

4. STUDIERNAS GENOMFÖRANDE OCH RESULTAT

I följande avsnitt presenteras de genomförda studiernas resultat där studie I och studie II ska ge en bakgrund till studie III. Både utvärderingen och litteraturoversikten är centrala för att förstå studie III:s ansats och mitt övergripande syfte; *att kartlägga några av de faktorer som samspelar i skadehändelsen med fokus på den fysiska miljön.*

4:1 Studie I: Utvärdering av registermaterialet

Studie I bygger på, som tidigare sagts, en fallstudiedesign, som syftar till att utvärdera registermaterialets möjligheter och begränsningar i relation till studier av skadehändelser. Studien bygger både på primärdata och sekundärdata för att utvärdera registerprocessen och vad jag och andra forskare ser som styrkor/svagheter i användandet av registren. Studien ska ses som ett metodologiskt bidrag till min studie och som även belyser frågor om validitet och reliabilitet i min uppsats.

4:1:1 IDB

IDB:s primära syfte är att fungera som ett register för det skadeförebyggande arbetet. Genom att registret har en hög detaljeringsgrad, går det att se i vilka miljöer skador uppstår i, vilken typ av skador som uppstår och vem/vilka som drabbas av vissa typer av skador. Registret används, förutom till forskning av andra aktörer som Konsumentverket, Idrottsförbundet och av sjukhusen för att se belastning utifrån geografisk placering. Däremot är IDB inget nationellt register, vilket begränsar användbarheten och försvårar generaliseringar. Det material som finns i registret är övervägande insamlat i en semirural eller semiurban kontext, vilket kan leda till att specifika skadehändelser är under- eller överrepresenterade.

Registreringen i IDB utförs av utbildade kodare, som använder sig av två material – dels en självrapportering av den skadedrabbade (skadejournal) och journalblad med läkardiktatet. Skadejournalen, som patienten¹³ fyller i samband med läkarbesöket, innehåller detaljerad information om skadehändelsen och skadetillfället (se: Gyllencreutz, 2015). Här är det även viktigt att ta hänsyn till ”vems berättelse” som nedtecknas i skadejournalen. Gyllencreutz et al. (2015) beskriver problemet med att vuxna tolkar barnens berättelser, ett problem som jag även tror finns när det gäller andra grupper där anhöriga ges ett tolkningsföreträde, som till exempel äldre eller personer med kognitiva funktionsvariationer. Ifyllandet av skadejournalen är frivilligt, och IDB bygger därmed på ett ”aktivt” deltagande från patienten, vilket de två andra registren inte gör. Det krävs även att patienten signerar blanketten, men skaderegistrerarna själva uppger att ifyllda blanketter utan signatur ses som ett ”medgivande” och kodas in i registret.

I kodningsarbetet har skaderegistreraren en roll präglad av ett tolkningsföreträde. De ansvarar för att parallellt tolka skadejournalen och läkardiktatet och avgör vad som ska vara med i registret. De ansvarar även för att konstruera en ”logisk följd” i skadehändelsen och avgöra relationen mellan skademekanism, orsakande och bidragande produkt. Likadant har skaderegistreraren rätt att förkorta fritexterna, men inte förvanska dem. Registret, bygger således mycket på

¹³ Skadejournalen kan även ifyllas av anhöriga eller personal om patienten inte kan göra detta själv, t.ex. pga. skadans allvarlighetsgrad eller svårigheter att kommunicera.

sekundärtolkningar, där skaderegistreraren avgör vad som är viktigt utifrån en härledning av båda materialen, vilket ger en viss risk för reproducerad bias – där normativa förväntningar av ett beteende kan påverka kodningen.

Ett exempel är avgränsningen om när alkohol kan ses som en orsakande produkt eller när alkoholkonsumtion inte anges i registret, vilket bygger på ett avgörande av skaderegistreraren utifrån ”hur mycket personen druckit” och ”hur det förhållandet påverkat skadehändelsen” (utdrag från fältanteckning, 2016). Bortfallet i den här variabeln kan förstås som ett underliggande kategoriseringsfel, det vill säga ett systematiskt fel vid registreringen). Något som även Dale et al. (2012) lyfter fram som en brist att IDB saknar relevant information angående alkoholkonsumtion i samband med skadehändelsen. Detta försvårar studier av situationsfaktorer relaterade till alkoholkonsumtion och alkohol som bidragande orsak till skadehändelsen.

Insamlingen och kodningen av underlaget för IDB påverkar kvalitén i registret, men också dess användbarhet, processen bygger på en kedja utifrån självrapporterade uppgifter från den skadade. Skaderegistrerarna kontrollerar logiken i den uppgivna händelsekedjan och kompletterar denna med tolkade sekundärdata, innan Socialstyrelsen gör en kvalitetskontroll (jfr. Socialstyrelsen 2011b:24). Totalkvalitén i registret bedöms av Socialstyrelsen vara god. Det totala bortfallet i IDB är lågt, cirka 15 procent årligen, men de deltagande sjukhusen har även valt olika strategier för att komplettera materialet i IDB vid bortfall (Socialstyrelsen, 2011b:25).

Även om totalkvalitén är god med ett lågt bortfall, finns det dock ett högt bortfall i enskilda variabler; främst tidpunkt, skadeområde samt aktivitet. Kvalitén har blivit bättre över tid: i en sammanställning från 2010 låg bortfallet rörande tidpunkt för skadehändelse på 20,2 procent och för skadeområde på 8,2 procent. I sammanställningen 2014 är bortfallet 8 procent rörande skadeplatsen och 7 procent i variabeln för aktivitet (Socialstyrelsen, 2011b:27; 2015a:35).

Min uppfattning är att bortfallsnivån är centrerad till vissa geografiska områden, och kan förstås utifrån det faktum att sjukhusen inte kompletterar saknade uppgifter på samma sätt. Det krävs även en medvetenhet om kvalitetsbrister när det genomförs retrospektiva studier, eftersom förändringar i mönster kan bero på ett minskat bortfall och inte förändringar i det reella utfallet.

Fördelen med IDB är att den höga graden av detaljer i registret möjliggör studier av relationen mellan specifika skadetyper, skadeplatser och situationer. I vissa län finns det även en möjlighet att göra tidsstudier och se till förändringar över tid. Min uppfattning är att IDB lämpar sig för epidemiologiska studier och i vissa fall för studier av situationsfaktorer i form av ”vad, hur och när” när det kommer till de vanligaste skadehändelserna (jfr Socialstyrelsen 2011b:2014; 2015b:17).

Begränsningarna i IDB relaterar till underrapporteringen av avsiktliga skadehändelser (Dale et al., 2012; Socialstyrelsen, 2015a:35). I min egen delstudie rörande avsiktliga skador, märktes detta tydligt, eftersom det krävdes en genomläsning av fallen för att förstå intentionen och/eller skadans art, främst förekom det en underrapportering av suicidförsök i materialet, eftersom antalet som återfanns inte gick att ställa i relation till den tidigare forskningen. Anledningen till att underrapporteringen förekommer, är att patienter som besöker sjukvården för självskador och övergreppsskador ofta inte får skadejournalen av personalen, eftersom personalen känner empati med patienten och inte vill belasta denne ytterligare, enligt en av uppgiftslämnarna.

4:1:2 PAR och DOR

PAR för slutenvårdade patienter har som primärt syfte att följa hälsoutvecklingen samt förbättra möjligheterna för det preventiva folkhälsoarbetet. PAR har utvecklats över tid för att innehålla flera åtgärder. År 1987 blev registret nationellt för all somatisk slutenvård och 1997 inkluderades kirurgiska åtgärder. År 2001 inkluderades även privata vårdgivare och 2009 inkluderades även den psykiatriska tvångsvården i registret. I retrospektiva studier är det därför viktigt att ta hänsyn till den expansionsfas som registret genomgått och ställa det i relation till hur materialet analyseras.

Till skillnad från IDB, som bygger på frivilligt deltagande från patienten är rapportering till PAR lagstadgad, men det råder så kallad ”absolut sekretess”, vilket leder till att inga personuppgifter offentliggörs, samt att det i forskningssammanhang krävs både en etik- och sekretessprövning för att del av registret.

Registreringen i PAR grundar sig i den vårdgivande mottagningens journalföring, denna är dock inte enhetlig utan utförs av flera aktörer. Undersköterskor och sjuksköterskor bidrar med daglig journalföring, läkaren journalför diagnos och medicinsk behandling (ICD-koder) och antal åtgärder (KVÅ) samt paramedicinare som bedömer funktionstillstånd (ICF) och åtgärder (KVÅ). Utifrån journalen sammanställer mottagningens läkarsekreterare uppgifter till ett patientadministrativt system, ur vilket uppgifter till PAR lämnas. Främst bygger PAR på uppgifter om huvuddiagnos, de underliggande diagnoserna är enbart av intresse om de påverkar de kvalificerade åtgärderna (KVÅ). Detta tolkar jag som en risk för viss bias vid användandet av PAR, genom att forskaren inte förstår relationen mellan underliggande diagnos och KVÅ. Till exempel kan ”diabetes” registreras som underliggande diagnos i samband med en fallskada. Individens diabetes har i exemplet inte orsakat skadan, utan istället komplicerar förekomsten av diabetes det kirurgiska ingreppet (KVÅ) genom att försvåra läkningsprocessen.

PAR har tidigare främst använts för epidemiologisk forskning, där antalet ineliggande patienters upp- eller nedgång varit av intresse. Dock finns det en risk med att använda PAR om forskaren inte har förståelse för registreringsprocessen samt hur registret påverkas av yttre faktorer. Att allt fler vårdområden har inkluderats över tid, vilket gör att vissa former av skadehändelser kan ses som ökande, men att den slutsatsen dras genom ett skensamband. En annan faktor, som Ekman et al. (2015) belyser är minskningen av antalet vårdplatser, vilket i sin tur påverkar antalet ineliggande patienter.

Socialstyrelsen, som är registerhållare, bedömer kvalitén i registret som god, med ett lågt totalbortfall. De underrapporteringar som finns rör företrädesvis en brist på inrapporteringar från den somatiska korttidsvården samt bortfall i variabeln huvuddiagnos (Socialstyrelsen, 2015b). Bortfallet i variabeln huvuddiagnos, verkar variera mellan olika grupper av vårdkonsumenter och geografiska områden (jfr. diskussionen i Bamzar & Ceccato, 2015).

I Socialstyrelsens rapport om ”Skador bland barn i Sverige” (2015a), anges det att huvuddiagnos saknas för knappt en procent av vårdtillfällena under tidsperioden 2010-2013 (2015a:16). I samma rapport belyses att det kvalitetsproblem som fanns under 1990-talet i form av bortfall i variabeln yttre orsakskod minskat och är nu mindre än en procent. Bortfallet är däremot koncentrat till vissa regioner, Västerbotten hade omkring 10 procent bortfall i variabeln yttre orsaker och Stockholm

har en högre andel ospecificerade olycksfall, jämfört med övriga landsting (Socialstyrelsen, 2015a:17).

Estrada (2005:14), har i sin studie fastställt det årliga interna bortfallet i PAR till fem procent baserat på perioden 1974-2002. Han belyser även i sin studie de problem som finns med kodningen rörande självskador och övergrepp vilket kan innebära att PAR har en underrapportering gällande dessa skadehändelser.

DOR, Dödsorsaksregistret, bygger på uppgifter från dödsorsaksintyget. Dödsorsaksintyget, är en blankett där läkaren som vårdat den avlidne och/eller konstaterar dödsfallet fyller i och sedan lämnar in till Socialstyrelsen. Läkaren ansvarar även för att dödsbeviset ifylls och inskickas till Skatteverket. Dödsorsaksintyget ska inkomma till Socialstyrelsen inom tre veckor efter att dödsbeviset utfärdats. Om dödsorsaksintyget saknas, skickar Socialstyrelsen ut en påminnelse, om det trots allt inte kommer in så registreras dödsfallet i DOR utan uppgift om dödsorsak. Bortfallet och den övergripande kvalitén i DOR är på så viss nära förknippad med hur läkaren sköter sina åtaganden och vilken information som sänds in till registret.

Totalbortfallet är, internationellt sett, väldigt lågt, men det tenderar att öka. Ökningen relaterar till svårigheterna att fastställa dödsorsak hos de individer som avlider hemma eller i kommunalt äldreboende (Socialstyrelsen, 2010:16). Bortfallet i enskilda variabler varierar, men dödsorsaksangivelse saknas i genomsnitt i en procent av fallen (Socialstyrelsen, 2015a:16). Registerkvalitén varierar även med ålder och diagnos, där registrens kvalité rörande barns dödsorsaker är av högre jämfört med äldres. Främst utifrån att barn som avlidit har en högre obduktionsfrekvens, oavsett dödsorsak (Socialstyrelsen, 2015a:16).

Precis som PAR, har DOR utvecklats över tid, vilket är viktigt att ta hänsyn till i studier som vill belysa trender eller förändringar över tid. Registret blev ett nationellt totalregister 1961. Sedan 1991 innehåller registret samtliga avlidna som är folkbokförda i Sverige¹⁴ och från 2012 inkluderas alla dödsfall i Sverige oavsett individens folkbokföringsadress. Den största begränsningen i användandet av DOR ligger i att plats för dödsfall inte registreras. I blanketten finns det ett fält för platsangivelse, men detta fält inrapporteras inte i registret. Det går därför inte att se hur många som dött som följd av till exempel en skadehändelse i hemmet (Socialstyrelsen, 2015b).

Både PAR och DOR har en låg detaljeringsgrad, jämfört med IDB, vilket gör att inget av registren är särskilt lämpligt om studierna är intresserade av lokalitet i form av platsspecifika variabler eller situationella faktorer.

4:1:3 Slutsatser om materialet

De brister som finns i registren hör främst samman med inrapporteringsrutinerna, där DOR och IDB i högre grad är beroende av enskilda aktörers uppgifter och avvägningar. PAR är på så sätt mer stabilt gällande inrapporteringsrutinerna, och där bortfallet är mer centrerat till vissa geografiska områden. Däremot innehåller inte PAR och DOR den höga detaljeringsgrad som IDB gör, vilket gör att registrens tillämpbarhet är avhängd forskningsstudiers specifika frågeställningar.

¹⁴ Vilket har att göra med att dödsorsaksintyget och dödsbeviset särskildes i samband med att folkbokföringen flyttade från pastoraten till Skatteverket. Innan dess sändes dödsbevisen till SCB, som var registerhållare.

Det krävs en förståelse för *hur* och *varför* registreringsprocessen påverkar forskningsstudiers genomförbarhet, validitet och reliabilitet. Registren är främst utformade för att kunna användas för epidemiologiska studier, vilket gör att de innehåller variabler som är centrala för den typen av studier (kön, ålder och huvuddiagnos), andra studier kräver annat material eller kombinationer av material precis som Bamzar och Ceccato (2015) lyfter fram. Registren är även mer lämpliga att studera de vanligaste, oavsiktliga skadorna än avsiktliga skador (jfr. Estrada, 2007:14; Socialstyrelsen, 2015a:35).

I de forskningsartiklar som jag analyserats förekommer det en materialdiskussion i fem av åtta fall, men denna diskussion är i de flesta fall begränsad och berör bortfall och kvalitet i generella termer och inte den eventuella bias som finns i registren utifrån ett retrospektivt- eller kodningsperspektiv. I mitt fall har främst IDB använts, eftersom det har en hög detaljeringsgrad och en platsspecifik variabel, de fördelarna återfinns inte i PAR eller DOR som är mer begränsade till "rena" epidemiologiska studier. Nackdelen med IDB är att det inte är nationellt, vilket gör att generaliserbarheten av resultaten påverkas. Jag finner även att det finns vissa etiska och processuella tvivelaktigheter med IDB relaterade till insamling och kodning.

Förhållandet, som Yin beskriver som in-utdata (1994; 2013), är i arbetet med registerdata mer komplext, eftersom cykeln är följande: indata (registrering) → utdata (register) → indata (registeruttag för studie) → utdata (forskningsresultat) → indata (interventioner/implementering av forskningsresultat) → utdata (utvärderingar av interventioner via nytt indata från register).

Registerdatats lämplighet villkoras därför av *syftet med forskningsstudien*. Registret är utformat för att stödja en forskning grundat i en epidemiologisk syn på risk och preventionsarbete. Det epidemiologiska riskkonceptet kan förenklat beskrivas som endimensionellt och ser till medeltal över tid, rum och kontext (jfr. Renn, 1998). Jag tror även att registerdata kan vara tillämpligt för probabilistiska riskanalyser, som studerar sannolikheten för reella utfall utifrån individvariabler i form av ålder och kön (jfr. Renn, 1998).

Om syftet är att finna platsspecifika, situationella eller sociala orsaksförklaringar, behöver registermaterialet kombineras med andra material och/eller studeras med en mixed method approach, det multidimensionella perspektivet går inte att "fånga" med enbart registerdata.

Ytterligare en begränsning som finns i mina studier och som inte har med registermaterialet att göra, men som är väl värd att reflektera över är användandet av SAMS-områden som en variabel tillsammans med bostadsbeståndet. I en studie av Amcoff (2012) problematiseras användandet av SAMS-områden i studier om grannskapseffekter. Hans förbehåll utgår ifrån att de bygger på ett antagande om homogenitet och uppmanar till en försiktig tolkning av resultaten rörande storstäder.

Emellertid kan grannskapseffekter mätas i relation till SAMS-områdena rörande urbana ytterområden och mindre tätorter (Amcoff, 2012). I delstudien används IDB från övervägande mindre tätorter (Värmland och Skaraborg) och enbart en större stad (Umeå), vilket gör att begränsningar finns, men de borde inte påverka studien i någon större utsträckning.

4:2 Studie II: Litteraturöversikt

Den systematiska litteraturöversikten av den tidigare forskningen inom fältet rörande avsiktliga och oavsiktliga skadehändelser bygger på att totalt 98 publikationer gått igenom och tematiserats. Publikationerna har sedan kompletterats med myndighetsrapporter och forskningsöversikter om skadehändelser i svensk kontext som sekundärlitteratur. Tre teman identifierades i den tidigare forskningen: fysisk och psykisk utveckling hos individen (mikronivå), faktorer i familjen och/eller hemmiljön (mesonivå) samt strukturella faktorer (makronivå).

4:2:1 Individrelaterade faktorer

De medicinska, psykologiska och socialvetenskapliga studierna inom fältet har främst fokuserat på individ- och familjefaktorer och de har visat hur barn och ungas skadepanorama förändras under uppväxttiden i samband med individernas motoriska- och utvecklingspsykologiska framsteg. Skadeforskningen rörande barn och unga skadehändelser är komplex och flertalet faktorer samverkar, vilket gör att den tidigare forskningen ofta har haft fokus på disciplinspecifika orsakssamband. När det gäller den yngsta åldersgruppen har forskningen om barn och ungas skadehändelser i hem- och boendemiljön främst fokuserat på oavsiktliga skador, men studier på individer i nedre tonåren och uppåt avser företrädesvis avsiktliga skadehändelser.

4:2:1:1 Barns utveckling och graden av tillsyn

Forskningen om yngre barn (0-6 år) visar att skadepanoramat sammanfaller med barns utvecklingsmönster. Skadehändelser för barn under ett år domineras främst av fallskador, som uppstår i en kombination av snabb motorisk utveckling och låg grad/temporärt bristande övervakning (jfr. Sellström et al., 2000).

Under 1-2 års ålder växer barnets nyfikenhet och önskan att upptäcka världen, barnet är då även mer mobilt och har utvecklat en högre grad av finmotorik. Detta leder till att vissa typer av skadehändelser, till exempel förgiftningstillbud, brännskador och kvävningsskador är mer frekventa i den åldersgruppen (Hjern et al., 2001; Sengoelge et al., 2010). I åldern 2-5 år ses barnets individuella grad av sensationssökande och temperament som en riskfaktor för skadehändelser (Atkins & Matsuba, 2008; Morrongiello et al., 2010), eftersom sensationssökande och temperament avgör hur barnet agerar i olika situationer, något som även kvarstår som riskfaktor i högre ålder (Schwebel, 2004).

Barnets riskexponering är även beroende av en kombination av inneboende och utanförliggande riskfaktorer, där graden av tillsyn är en av de mer centrala utanförliggande. Graden av tillsyn som används, kan förstås utifrån vårdnadshavares antaganden om barnets färdigheter, (förväntat) riskbeteende och tidigare erfarenheter av barnens skadehändelser (Sellström, 2000; Wells et al., 2012). Där bland annat Sellström et al.s studie (2000) visar att det förekommer överskattning av barnens förmåga att genomföra uppgifter, vilket kan resultera i skadehändelser. Studien visar även att det inte bara är vårdnadshavaren som överskattar barnens förmåga, även barnet själv gör överskattningar av sina egna kunskaper och förmågor.

Graden av tillsyn påverkas även av familjestrukturella faktorer (Hjern et al. 2001; Engström et al. 2004; Morrongiello et al., 2007; 2013). Barn till unga mödrar eller ensamstående vårdnadshavare

löper en högre risk för skadehändelser (Hjern et al. 2001; Engström et al. 2004), men även att ha syskon är en riskfaktor. Inte enbart för att vårdnadshavaren behöver dela sin uppmärksamhet mellan barnen, utan även för att det sker en ansvarsförskjutning när äldre syskon används som barnvakt. Studier visar att de äldre barnens perception av risker och kontroll inte går att jämföra med vårdnadshavarnas (Morrongiello et al., 2007; 2013).

4:2:1:2 Förekomsten av funktionsvariationer

Funktionsnedsättningar, flerfunktionsnedsättningar, funktionsvariationer och kroniska sjukdomstillstånd hos barn och unga ses som en riskfaktor för företrädesvis oavsiktliga skadehändelser (Sherrard et al., 2002; Yung et al., 2014). Studier om barn och unga med fysiska funktionsnedsättningar visar att det förekommer en ökad risk, jämfört med individer utan fysiska funktionsnedsättningar, för företrädesvis fallrelaterade skadehändelser (Petridou et al., 2003; Yung et al., 2014). Förhållandet förklaras utifrån en korrelation mellan fysisk (när-) miljö och (grad av möjliggjord) mobilitet, där den fysiska miljöns utformning ses som en potentiell riskfaktor (Petridou et al., 2003). Studien visar även att skademönstret för barn och unga med funktionsnedsättning har en avsaknad av säsongsvariation, vilket förklaras utifrån ett annorlunda aktivitetsmönster, jämfört med icke-funktionsnedsatta barn och ungdomar.

Psykiska funktionsnedsättningar, främst externaliserade och neuropsykiatriska, ses som riskfaktorer, utifrån samvariationen mellan tillståndet och ett ökat risktagande hos individen. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) omnämns som en riskfaktor för både oavsiktliga och avsiktliga skadehändelser (Rowe et al., 2004; Balazs et al., 2014; Chou et al., 2014). Forskningen visar att de karaktäristiska symtomen som impulsivitet, hyperaktivitet eller uppmärksamhetsstörningar till viss del förklarar den ökade utsattheten (Keyes et al., 2014), men ADHD är även förknippat med vissa motoriska problem, vilket förklarar att utsattheten, främst för frakturskador, inte minskar vid medicinering (van den Ban et al., 2013; Lange et al., 2014). Den begränsade skadeforskningen gällande individer inom autismspektrumet (ASD), påvisar även den en ökad grad av risktagande hos individen (Cavalari & Romanczyk, 2012). Individer med ”trotssyndrom” (Oppositional Defiant Disorder) har enligt tidigare studier en ökad förekomst av brännskador och förgiftningar (Rowe et al., 2004), vilket kan förklaras utifrån att individer med ODD, kan uppvisa symtom som inkluderar svårigheter att följa regler och tvångsymtom som inbegriper röra föremål (Schwebel et al., 2006). Intellectuella funktionsnedsättningar (ID), är inte per se en riskfaktor under kontroll för andra riskfaktorer såsom ålder, kön och individens IQ, utan är en riskfaktor i form av komorbiditet med andra riskfaktorer, till exempel förekomsten av epilepsi, beteende- och emotionell problematik och kommunikationsproblem (Sherrard et al., 2002).

Det är dock inte bara individens förhöjda risk som ökar utsattheten, Schwebel et al.:s studie (2006) visar att även föräldrakontrollen är försvårad. Föräldrar till barn med externaliserade psykiska funktionsnedsättningar upplever oftare stress och uppvisar depressionssymtom, vilka till viss del orsakas av att uppfostra ett barn med svårigheter. Våldsskadeforskningen visar även att det förekommer en förhöjd risk för utsatthet för våld för barn med funktionsnedsättningar, jämfört med barn utan funktionsnedsättningar (BRÅ, 2007; Socialstyrelsen, 2010a; Barnombudsmannen, 2012;

Rädda Barnen, 2012), vilket kan förklaras med att föräldrar upplever en ökad stress som blir en utlösande faktor för misshandel (Petersilia, 2001).

4:2:1:3 Självskador och våldsskador i hemmiljön

Forskning visar att intrapersonella skadehändelser i hemmiljön vanligen är relaterade till självskärning (eg. self-cutting) eller förgiftning via överdos, med eller utan suicidalt uppsåt. Självskärning är det vanligaste modus bland både män och kvinnor – men händelsen vilar på olika motivbildningar (Madge et al., 2008). En av svårigheterna med studier av självskadebeteende är att en självskada inte behöver ha ett suicidalt uppsåt, medan suicidförsöken klassas som en självskada. Riskfaktorer som belyses i samband med självskadebeteende inkluderar främst ålder, kön, internaliserande psykiatriska tillstånd, impulsivitet samt svåra livshändelser (Skegg, 2005). Inom självskadeforskningen förekommer även kritik mot de modeller som företrädesvis ser till riskfaktorer på individnivå. I det perspektivet framhålls att även aspekter av identitetskonstruktion och strukturella faktorer bör inkluderas för att ge en förståelse av fenomenet (Hodgson, 2004; Adler & Adler, 2007), vilket återfinns i forskning om fullbordade suicid (se bl.a.: Agerbo et al., 2007; Bernburg et al., 2009).

Även alkoholkonsumtion har även identifierats som en riskfaktor både vid oavsiktliga och avsiktliga skadehändelser (Boenisch et al., 2010; Stenbacka et al., 2011), vilket ofta ses som en riskfaktor i den kriminologiska forskningen om våldsutsatthet. I forskning gällande brottsutsatthet dominerar det kriminologiska perspektivet där förklaringsmodeller rörande fenomenets frekvens och skillnader mellan grupper utsatthet dominerar: skillnader i livsstil/rutinaktiviteter och strukturella teorier såsom social desorganisationsteori.

I en svensk kontext visar forskningen att det finns en skillnad i unga personers generella våldsutsatthet. Unga kvinnors brottsutsatthet är företrädesvis av emotionell eller sexuell karaktär, och män har en högre grad av utsatthet för fysiskt våld. Kvinnor utsätts även av en större överlappning av alla tre former av våld (emotionellt, fysiskt och sexuellt), jämfört med män (Danielsson et al., 2009). Utsattheten för våldsbrott centreras främst till tre arenor; nöjesliv, arbetsplatsen och hemmiljön, där utsattheten i hemmiljön går att definiera som omsorgssvikt, barnmisshandel samt våld i nära relationer (BRÅ, 2007; 2011a; Socialstyrelsen, 2010a) eller som ”skojbråk” eller syskonbråk (Uhnö, 2011). Barnmisshandel eller omsorgssvikt förklaras utifrån två psykologiska perspektiv anknytning eller uppkomsten av en tillfällig kris. Anknytningsteorin förklarar att vårdnadshavaren saknar anknytning till barnet, vilket leder till en dysfunktionell familjesituation. Det andra är att våld eller omsorgssvikt kan uppstå på grund av en tillfällig kris, till exempel att barnet uppfattas som ”oregerligt” i en redan pressad situation. Våld i nära relationer förklaras från en liknande modell, genom att våldsutsattheten associeras med en pressad social situation (se bland annat: Dufort et al., 2014).

4:2:2 Närmiljö

Att enbart se till individuella eller familjerelaterade riskfaktorer leder att det sker en identifikation av ”riskpersoner” där den fysiska miljöns inverkan negligeras. Att ”vara riskbenägen” är inte bara en individfaktor, utan är även beroende av interaktionen med den omkringliggande miljön. Barn och unga skiljer sig från vuxna, men den fysiska miljön runt barnen är företrädesvis utformad med

vuxna som referens, vilket gör att sådant som inte är riskfyllt för vuxna kan vara riskfyllt för barn, eftersom barn och vuxnas kroppsliga och/eller kognitiva förutsättningar, handlingsmönster och aktiviteter skiljer sig åt (Cordovil et al., 2015). Vilket stöds av en av slutsatserna i Russell et al. (2015) studie om kluster av riskfaktorer i olika sociala och miljömässiga kontexter är att ungdomar behöver grannskapsmiljöer som ger möjlighet för utveckling och aktivitet, men samtidigt är säkra.

Fysisk miljö som en riskfaktor omnämns främst i relation till studier rörande funktionsnedsättningar (Petridou et al., 2003) eller i preventionsstudier, där förändringar i den fysiska miljön ses som en preventionsstrategi. I preventionsstudierna förekommer i huvudsak ett fokus på risker i utomhusmiljön och/eller på den äldre delen av befolkningen. Ett undantag är dock Sengoelge et al. (2013), vilka genomför en europeisk tvärsnittsstudie som lyfter fram förhållandet mellan barns dödliga skadehändelser och ekonomiska ojämlikhet i relation till boendemiljöns materiella villkor, där en förbättring av boendemiljön skulle leda till ett minskat antal dödliga skadehändelser.

Preventionsstrategier i hem- och boendemiljön består annars företrädesvis dels av strukturella och sociala insatser, dels riktade insatser i form av produktdesigns modifieringar och säkerhetsutrustning (Towner et al., 2001; Towner & Mytton, 2009; Cordovil et al., 2015). Inventioner i den fysiska miljön, måste även vara väl avvägda, för att inte hindra barnets utveckling, en viss riskexponering är positiv (Victorian Equal Opportunity and Human Rights Commission, 2014:25; Cordovil et al., 2015). Att förändra den fysiska miljön och göra den mer användarvänlig, är en viktig preventionsstrategi, inte bara ur ett barn- och ungdomsperspektiv utan för hela befolkningen, dock krävs det mer forskningsbaserad kunskap rörande effekterna av att modifiera den fysiska hemmiljön (Towner & Mytton, 2009).

4:2:3 Strukturella faktorer

Skillnaden mellan unga kvinnors och ungas män skadefrekvens och skademönster kan förstås utifrån socialiseringsprocessen, genom att olika aktiviteter uppmuntras samt att olika grad av social kontroll praktiseras (Rowe et al., 2004; Balazs et al., 2014). Pojkar/män uppmuntras till ett mer risktagande och en högre acceptans för att mindre avvikande beteende ses som något ”naturligt”. Hos flickor ses den formen av beteende som patologiskt i någon mening och uppmuntras inte i samma utsträckning. Ett exempel på detta är hur unga kvinnors alkoholkonsumtion problematiseras på ett annat sätt än unga mäns, trots att forskningen visat att alkoholpåverkade män har en högre utsatthet för interpersonella skadehändelser (BRÅ, 2015c). Skillnaden påverkar även konstruktionen av vår uppfattning om intrapersonella skadehändelser, som ses som ett ”feminint” problem, där flickor och unga kvinnor ses som överrepresenterade – men där skillnaden främst ligger i att pojkars självskadebeteende är av en annan form, till exempel slag eller sparkar mot väggar (jfr. Adler & Adler, 2007).

Skadehändelsers frekvens och skadetyper varierar även med geografiska, spatiala och tidsmässiga faktorer (Ekman et al., 2005; Cordovil et al., 2015). Detta kan förstås utifrån ”naturliga faktorer” som påverkar vardagslivets rutinaktiviteter, såsom skillnader i den fysiska miljöns förutsättningar och skilda socioekonomiska förhållande (bl.a. Hjern et al., 2001; Reimers & Laflamme, 2005).

Skillnader i den fysiska miljön kan förstås genom att vissa miljöer inte möjliggör vissa aktiviteter eller händelseförlopp, till exempel borde enplanshus inte ha fall i trappor som en skaderisk.

Reimers och Laflamms studie (2005) framhåller att socioekonomiska faktorer påverkar både oavsiktliga och avsiktliga skador. Områden karaktäriserade med en hög grad av deprivation har en ökad andel oavsiktliga händelser, medan områden med en hög koncentration av individer med låg socioekonomisk status har en ökad andel brännskador, förgiftningsfall och till en viss del ökad grad av intrapersonella skador. Emellertid framstår graden av social integration i området mer central för frekvensen av självskador än de socioekonomiska faktorerna. Det föreligger även en skillnad mellan könen i samvariation med socioekonomiska faktorer, pojkar i socioekonomiskt svaga områden har en ökad risk för interpersonella skadehändelser och flickor intrapersonella (Engström et al., 2004).

4:2:4 Sammanfattning av litteraturöversikten

Den tidigare forskningen har primärt studerat faktorer på mikro- eller makronivå för att förklara variation i risk. Två teoribildningar dominerar; en relaterad till individens individuella förutsättningar och en relaterad till individens position i strukturen.

Faktorer som kön, ålder, fysisk och psykisk utveckling samt personliga karaktärsdrag har främst studerats inom det medicinska, psykologiska och sociala fältet, men även graden av tillsyn och familjestruktur har belysts. På makronivå, har skillnader i utsatthet försökts förklaras utifrån företrädesvis skillnader i socioekonomiska faktorer och i graden av integration.

Vid genomgången av tidigare studier framkom en bild av att avsiktliga skador dels var definierat som ett "samhällsproblem", dels förekom det även en mer holistisk syn på självskador. Riskfaktorer som sattes i samband med självskador var mer studerade i en sammanlänkning av faktorer på mikro-, meso- och makronivå, jämfört med oavsiktliga skador. Forskningen om avsiktliga skador är intressant att ställa i relation till forskningen om de oavsiktliga skadehändelserna där fokus främst har rört individuella riskfaktorer. Den fysiska miljön ses i tidigare forskningsstudier som sekundär riskfaktor, då det finns en övervägande implicit förståelse för att den påverkar händelseförloppet, som explicit tar sig uttryck i preventionsarbetet.

Det verkar även förekomma en skillnad mellan uppfattningen om ansvaret för skadehändelser överlag och där oavsiktliga skadehändelser främst ses som ett individrelaterat fenomen, där individen har ansvar för att förebygga och reducera riskexponering. Avsiktliga skadehändelser, främst interpersonella, ses mer som ett samhällsansvar, där det förebyggande arbetet och riskexponeringen ska reduceras genom sociala, övergripande insatser. Ytterligare ett problem inom skadeforskningen är definitionsproblematiken, där begrepp saknar en klar definition i studierna, vilket gör det svårt att jämföra studier.

4:3 Studie III: Analys av det empiriska materialet

Studie III består av tre delstudier, i delstudie 1 (4:3:1) har jag haft stor hjälp av Hans Ekbrand för att bearbeta det statistiska materialet, genomföra de statistiska analyserna och vara behjälplig med tolkningarna. I delstudie 3 (4:3:3) har materialinsamlingen och analysen skett tillsammans med Jörgen Lundälv. Delstudie 2 ska fungera som ett komplement till ovanstående delstudier, där rummets funktion får en mer framträdande roll. Den empiriska analysen går från det generella till det lilla, genom att de tre delstudierna belyser risk ur olika perspektiv när det gäller barn och ungas skadehändelser. I följande avsnitt kommer det ske en närmare genomgång av delstudiernas särskilda syfte, materialanvändning, operationalisering, analytiska övervägande och resultat. I avsnitt 4:4 återfinns sedan resultatet av den kvalitativa konvergenta syntes analysen som genomförts på delstudiernas specifika resultat - vilket ger en enhetlig presentation av studiens övergripande resultat i relation till forskningsfrågorna.

4:3:1 Delstudie 1: Skademönster, riskfaktorer och riskmiljö

Delstudien består av en statistisk analys, linjär regression (OLS), på ett urval av IDB-materialet (Värmland, Skaraborg och Umeå, under perioden 2009-2011). IDB-materialet har slagits samman med de registeruppgifter som kommit från SCB i form av konstruktionen av en kontrollgrupp (icke-skadade) samt att definiera de demografiska bakgrundsvariablerna och bostadsbeståndet i SAMS-området där den skadade bor. Min utgångspunkt i delstudien är att reell risk som fenomen är en kombination av kända skademönster och skademekanismer (jfr. Renn, 1998).

Problemet, som jag ser med den tidigare forskningen, är att det är svårt att se om resultaten bygger på korrelationer mellan faktorer eller orsakssamband. Bivariata regressioner (korrelationer) finner ofta indicier på samband, medan en multipel regressionsanalys kontrollerar effekten av den oberoende variabeln under kontroll för de andra variablerna vilket ger en mer säker analys av kausala effekter.

Syftet med delstudien är att pröva de tidigare ”kända” riskfaktorerna som omnämns i forskningen för att se: 1) Om de har någon kausal effekt på utfallet (skadehändelser hos barn och unga) samt 2) om effekten varierar med bostadstyp och/eller rumslig dimension. Analysen möjliggör en tolkning på flera nivåer utifrån individens position i både kontext och setting.

Metod: Den *linjära regressionen* används för att estimerar effekten av de oberoende variablerna på utfallet (den beroende variabeln), vilken är operationaliserad som *antalet skadehändelser hos personen*.

För att beräkna regressionsekvationen i modellen har följande formel använts: $y = \beta_0 + \beta_n x_n + \varepsilon$.

Material och operationaliseringar: Materialet består av ett sammanslaget material för IDB Värmland, Skaraborg och Umeå för tidsperioden 2009-2011. IDB innehåller bara skadade individer vilket sammanfogats med SCB:s uppgifter om icke-skadade för att få en randomiserad kontrollgrupp. IDB har fördelen att registret innehåller en rumslig variabel med åtta olika värden: badrum, bostadsrum (inkluderar sovrum, matrum, hall och förstuga), kök, trappa (inomhus), andra rum i bostaden (inkluderar korridor, källare, vind och hiss), altan, trädgård, privat infart (inkluderar gårdsplan och gångvägar i bostadsområdet), samt altan (inkluderar balkong och trappa utomhus).

Dessa platsvariabler har tillsammans med den oberoende variabeln ”om personen varit skadad minst en gång” operationaliserats till *utfallsvariabel* (*y*).

De oberoende variablerna i analysen är grundade i den tidigare forskningen, de två första oberoende variablerna (kön och ålder) definieras som riskfaktorer på individnivå. Att ha en förälder född utanför Sverige samt hushållsinkomst definieras som en riskfaktor på mesonivå. Variabeln bostadstyp är en variabel som ser till den byggda miljöns effekt på utfallet, samt om det är någon skillnad i effekten om individen bor i ett flerbostadshus eller ett småhus. Operationaliseringen av de oberoende variablerna har skett på följande sätt:

Ålder; data hämtad från IDB och SCB och operationaliserad som åldersgrupper (0-4 år, 5-9 år, 10-14 år, 15-19 år). Åldersgrupperna är konstruerade utifrån ett antagande om en homogen inomgruppslig aktivitet och tidsexponering inne i bostaden.

Kön; data från IDB och SCB, operationaliserad som dikotom variabel (man=1).

Minst en förälder född utanför Sverige, är operationaliserad utifrån SCB:s data, där modern och faderns födelseland anges. Variabeln är dikotom och om individen har minst en förälder född utom Sverige ges denna värde 1 i variabeln.

Hushållets inkomst är baserad på SCB-data och anges i reell inkomst och inte i inkomstklasser.

Andelen flerbostadshus i SAMS-området där individen bor är beräknad utifrån data från SCB om bostadsbeståndet. Här antar jag att en hög andel flerbostadshus i SAMS-området höjer sannolikheten att individen bor i ett.

I modellen ingår även flertalet interaktionstermer mellan ovanstående variabler, eftersom utfallet även kan bero på en kombination av faktorer. Interaktioner i statistiska analyser innebär att analysen tillåter en variation i de oberoende variablerna, till exempel ålder och kön, för att se signifikanta skillnader i utfallet. De variabler som ingår i interaktionsvariablerna är: kön, åldersgrupp och om minst en förälder är född utanför Sverige. Alla grafer som analysen baseras på återfinns i appendix III.

Resultat: Generellt visar analysen att de två starkaste skyddsfaktorerna är: hushållets inkomst och ålder. Gruppen 0-4 år är den mest skadeutsatta gruppen i analysen, dock finns det vissa undantag från mönstret som kommer att diskuteras längre fram i avsnittet. Likadant förekommer det en åldersvariation i relation till skadetyper, där enbart förgiftningar bryter åldersmönstret (det vill säga antalet skadehändelser minskar med ökad ålder). Detta förhållande kan bero på att förgiftningar som kategori innehåller flera olika typer av förgiftningar, till exempel förgiftningstillbud orsakade av läkemedel, rengöringsmedel eller alkohol.

Den första övergripande analysen ser om bostadstyp har någon effekt på utfallet när alla andra variabler är satta till deras observerade medelvärde. Enbart för skadehändelser i bostadsrummet förekommer en statistisk säkerställd skillnad mellan flerfamiljshus och småhus. Risker för skadehändelser är högre i bostadsrummet om personen bor i ett flerfamiljshus. Det förekommer i analysen ingen signifikant skillnad mellan bostadstyper vad avser risken att skadas i de andra rummen¹⁵ (badrum, kök, andra rum, trappa inomhus eller privat infart).

¹⁵ I analysen exkluderades resultaten för trädgård och altan eftersom dessa inte återfinns i flerfamiljshusen.

Utfallet kan förklaras på två sätt: 1) variabelns operationalisering, eftersom variabeln andelen flerfamiljshus är byggd på ett antagande om sannolikhet och att det skulle bli ett annat utfall om variabeln operationaliserats annorlunda eller inkluderat fler faktorer till exempel byggår eller att den beroendeveriablen varit operationaliserad som en specifik skadetyper, samt 2) utfallet kan vara ett tecken på att de lagkrav etcetera som reglerar bostads säkerheten är effektiva och att det därför inte förekommer någon signifikant skillnad mellan flerfamiljshus och småhus.

Den andra analysen ser i sin tur till skadelokalisation ("vem som skadar sig i vilket rum"), vilket gör att resultatet presenteras utifrån följande rumstyper: bostadsrum, badrum, kök, trappa inomhus samt utomhusmiljön i närområdet (trädgård och den privata infarten). I analysen hålls de andra variablerna på ett medianvärde för att inte påverka utfallet. I analysen inkluderas även alla typer av skadehändelser.

I **bostadsrummet**, som tidigare sagts så förekommer det fler skadehändelser i bostadsrummet i flerfamiljshus jämfört med småhus och åldersgruppen 0-4 år är, oavsett bostadstyp och kön, den största riskgruppen för skadehändelse i bostadsrummet. I analysen framkommer dock ytterligare en riskgrupp till i bostadsrummet, flickor över 10 år med båda föräldrarna födda i Sverige har en viss överpresentation jämfört med flickor med minst en förälder född utanför Sverige samt båda grupperna av pojkar.

För skadehändelser i **badrummet** finns det ingen signifikant skillnad mellan flickor och pojkar med båda föräldrarna födda i Sverige, utan enbart ålder påverkar utfallet av skadehändelser för gruppen. Den yngsta åldersgruppen är mest utsatt för skadehändelser, vilket minskar med åldern. Däremot, för de barn som har minst en förälder född utanför Sverige finns en signifikant skillnad mellan pojkar och flickor i den yngsta åldersgruppen, då flickor i åldersgruppen 0-4 år har en högre risk för skadehändelser jämfört med pojkar i samma åldersgrupp.

Köket har däremot ett motsatt förhållande jämfört med badrummet, den högsta risken för skadehändelser har pojkar i åldersgruppen 0-4 år med minst en förälder född utanför Sverige. När det kommer till barn med båda föräldrarna födda i Sverige finns det inte heller här någon skillnad mellan flickor och pojkar utan åldern är den viktigaste skyddsfaktorn.

Variabeln **trappa** (inomhus) inkluderar inte bara trappor i småhus utan även entrétrappor i flerfamiljshus. För barn med båda föräldrarna födda i Sverige är ålder en signifikant skyddsfaktor mot skadehändelser i trappan och där flickor i den yngsta åldersgruppen (0-4 år) har en större risk för skadehändelser jämfört med pojkar i samma åldersgrupp. Barn med minst en förälder född utanför Sverige har däremot ett annat skademönster, eftersom de har färre skadehändelser i den yngsta åldersgruppen jämfört med barn med två svenska föräldrar. I gruppen förekommer inte heller någon signifikant skillnad mellan flickor och pojkar i den yngsta åldersgruppen.

Utomhusmiljön i närområdet består i analysen av platsvariablerna trädgård och privat infart, den senare inkluderar även gårdsplan och gångbanor i bostadsområdet. I utomhusmiljön visar analysen på flera olikheter för skademönstret, utifrån alla tre interaktionsvariabler. Den första skillnaden är skadeplatsernas distans från bostaden, flickor tenderar att skadas i nära anslutning till bostaden (i trädgården) och pojkar längre bort (privat infart). I trädgården förekommer det en skillnad på pojkar och flickor med båda föräldrar födda i Sverige i den yngsta åldersgruppen, där flickor 0-4 år har en högre risk för skadehändelser. Risken att skadas är även lägre för den yngsta åldersgruppen där

minst en förälder är född utanför Sverige jämfört med de yngsta barnen som har båda föräldrarna födda i Sverige. På den privata infarten är det företrädesvis en riskfaktor att vara pojke, främst pojke i den yngsta åldersgruppen med båda föräldrarna födda i Sverige.

I relation till studiens resultat framkommer att barn i den yngsta åldersgruppen är den största riskgruppen för skadehändelser i hem- och boendemiljön, vilket går i linje med den tidigare skadeforskningen. Intressant nog framträder det ytterligare ett mönster, bestående av signifikanta skillnader mellan pojkar/flickor, ålder eller etnicitet. Det förekommer så att säga sekundära faktorer som spelar in i skadehändelserna och där förhållandet mellan riskmiljö och riskgrupp blir mer komplext att förstå.

För skadehändelser i bostadsrummet, spelar både bostadstyp, kön, ålder och etnicitet in på utfallet, vilket gör att det rummet är mest intressant att studera vidare. Det är dock viktigt att komma ihåg att variabeln bostadsrum i IDB består av flera rum och en möjlighet att särskilja dessa skulle ge en bra utgång i en kommande analys. Däremot går det ur analysen att utläsa att skadehändelser villkoras utifrån individens position och hur individen (tillåts) använda rummet. I den medicinska kontexten talas det om barnets motoriska och psykologiska utveckling, vilket till viss del bekräftas här – men den typen av forskning kan inte förklara skillnaden mellan barn med eller utan båda föräldrarna födda i Sverige och hur den skillnaden förändras utifrån de specifika rumsliga förhållandena.

4:3:2 Delstudie 2: Situationerad aktivitet vid avsiktliga skadehändelser

Medan delstudie ett fokuserar på både oavsiktliga och avsiktliga skadehändelser, fokuserar delstudie två på avsiktliga skadehändelser för ungdomar i åldersgruppen 13-19 år. Den tidigare forskningen visar att unga i åldersgruppen 13-24 år är mest utsatta för våld av olika former (Danielsson et al., 2010). På samma gång är forskningen om denna grupp begränsad, både internationellt och nationellt¹⁶.

Delstudien riktar även in sig på en något yngre åldersgrupp jämfört med de tidigare nationella studierna om ungdomars utsatthet. Dessa studier bygger företrädesvis på självrapporteringar och vänder sig till ungdomar har en målgrupp med högre ålder; UM (15-23 år), NTU (från 16 år), ULF (från 16 år), FHI (från 16 år) och Skolundersökningen om brott (15 år).

Problemet med att studera ungdomars utsatthet för våldsskador är att det är svårt att finna bra empiri, självrapporteringsstudier tenderar att ha en underrapporterad våldsutsatthet, främst för att respondenten inte vet om händelsen är ett brott (okunskap om juridiska definitioner). Det är även svårt att utgå från antalet anmälda händelser, eftersom ungdomar har en låg anmälningsbenägenhet (BRÅ, 2009). Fördelen med att använda sjukhusdata i det här fallet är att det går att fånga flera aspekter av det intra- och interpersonella våldet – inte bara övergrepp. Faktorn att individen söker vård är mer central i min studie, än att händelsen rapporteras till polisen eller att individen retrospektivt kan återge den. Sjukhusdata ger även en möjlighet att följa utvecklingen över tid, samt applicera en ”vidare” definition av våldsskador.

Definitionen av våldsskador i studien bygger på tre övergripande typer av våldshändelser; intrapersonella (olika former av självskador eller suicidförsök), sanktionerade interpersonella (syskonbråk och skojbråk, jfr. Uhnö, 2011) samt icke-sanktionerade (övergrepp). Alla tre typerna av våld kategoriseras här som expressivt våld, en impulsiv reaktion på händelse, även om det finns en skillnad på handlingarna i legala termer. Däremot går de att förstå som avvikande och icke-avvikande handlingar utifrån samhällets reaktion (jfr. Becker, 1963/2005).

Min utgångspunkt är att både inter- och intrapersonellt våld är ett resultat av en reaktion på upplevd strain. Agnew (1985) definierar reaktioner på strain som ett ”beteende att undvika smärta”, vilket leder till avvikande beteende under vissa förutsättningar (Agnew, 2009). Strain går att förstå som en stressfaktor, vilken kan inkludera oförmåga att uppnå sociala eller kulturella mål, förlust av positiv stimuli eller en pålaga av negativ stimuli. Individens reaktion på strain är en funktion mellan personliga egenskaper och karaktären av strain, där strain kan uppstå som objektiv strain (händelser eller villkor som flertalet i gruppen upplever som negativa) eller subjektiv strain (villkor som påverkar individen negativt på en individuell nivå) (Agnew, 2009).

Likställigheten mellan det socialt sanktionerade och icke-sanktionerade interpersonella våldet, är att båda formerna av våld är en situationerad transaktion (*situated transaction*), där det sker ett växelspel mellan gärningspersonen och den brottsutsatte vilket leder till en konflikteskalering (Henson et al., 2010). Det vill säga att det finns en interaktion (verbal eller icke-verbal) innan själva

¹⁶ <http://www.valdinararelationer.se/sv/Vald-i-nara-relationer1/Toppmeny/Halso--och-sjukvard/Sarskilt-om-ungdomar-och-unga-vuxna/> [Läst 2016-08-27]

händelsen, där det går att finna en utlösande faktor till händelsen. Till exempel kan en oavsiktlig knuff i en kö leda till en misshandel eftersom gärningspersonen känt sig provocerad av den brottsutsatte och vill återupprätta sin heder genom våldsanvändning.

Den centrala utgångspunkten i följande studie ligger på händelsens dynamik, och baserat på följande princip hämtad från miljökriminologin (*environmental criminology*): miljön är inte bara en passiv kuliss för den avvikande handlingen, utan har en aktiv roll i initieringen av handlingen. Avvikande handlingar är orsakade av inte bara kriminogena individer, utan även av kriminogena element i miljön (jfr. Wortley & Mazerolle, 2008:2). Brott, eller andra avvikande händelser, uppstår inte randomiserat, utan som ett resultat av vardagens sociala dynamik, det som formar det konforma beteendet skapar det icke-konforma, där miljön är en viktig faktor att analysera.

Delstudiens syfte är att se förskjutningar mellan förekomsten av våldstyp och arenor samt analysera samvariationen mellan våldstyp och arena. I delstudien är förändringen mellan perioderna av intresse och inte att avgöra om omfattningen av fenomenet är stort eller litet (jfr. Essiason et al., 2008:165 ff.). En analys av det här slaget har en stor potential eftersom flera platsspecifika arenor kan analyseras och jämföras, men inom ramen för min uppsats kommer jag enbart fokusera på den analys och tolkning som är gjord på platserna, bostadsrum, bostadsområde och institutionsboende. Dessa platser är även intressanta eftersom de är förknippade med ett högt mörkertal, det råder en låg anmälningsbenägenhet när det gäller övergreppsvåld i bostaden, företrädesvis för att det finns en relation mellan gärningspersonen och den brottsutsatte.

Valet att inkludera institutioner som boendemiljö, grundar sig i att de är ”bundna lokaliteter” (*capsuel environments*), där personer samlas av en specifik anledning, vardagslivets organisation är där annorlunda jämfört med bostadens – eftersom den är av en repetitiv karaktär (jfr. Wortley, 2008:62). Genom att komparera bostadens funktioner med institutionens, kan det framkomma likheter i skademönstret/skademiljön, vilka kan vara viktiga i ett kommande preventivt arbete. Inklusionen av platsspecifika faktorer i analysen kan genom studien även ge en viss förståelse av den paradox som finns, ungdomsbrottligheten minskar samtidigt som det sker en ökning av kriminogena faktorer relaterade till ungdomars livsvillkor (jfr. Bäckman et al., 2014). En presumtiv förklaring till paradoxen skulle kunna vara att den förklaras av en förändring rörande modus och/eller setting. Med setting avser jag här den fysiska (när) miljön eller rummet vars inramning villkorar interaktioner och händelser.

Material och metod: Den första tidsserien rör olika våldsskador registrerade i IDB Skaraborg under tidsperioden 2001-2013, där enbart akutbesök vid sjukhus inkluderas för att få jämförbara värden.

I analysens nästa steg summeras andelen händelser till en rumslig dimension utifrån IDB Skaraborg som en helhet, för att kunna fördjupa analysen kring rummets funktion. Den andra tidsserien bygger på DOR, och ser till personer som avlidit till följd av inter- eller intrapersonellt våld, för att se om någon form av dödsfall ökat eller minskat. Från IDB Skaraborg har följande typer av intra- och interpersonella skador operationaliserats utifrån fritexten och variabeln kontaktorsak.

Intrapersonella skadehändelser: självskador har definierats som tre olika typer av handlingar (jfr. Skegg, 2005) och distinktionen mellan suicidförsök och självskador förstås genom Favazzas (1998) distinktion mellan att ”sluta känna helt” och att ”känna sig bättre”.

Självskada typ I – slag, spark etc. mot objekt, där fritexten indikerar att det gjorts i affekt eller för att reducera emotionell spänning.

Självskada typ II – självskada genom skärning eller annan form av genomträngning av huden.

Självskada typ III – självskada genom förgiftning.

Suicidförsök – alla handlingar där det finns i fritexten anges en intention att ta sitt liv.

Interpersonella skadehändelser: inkluderar både socialt sanktionerade former av våld som syskonbråk och skojbråk och icke-sanktionerat våld i form av övergrepp av person. De variabler som används har konstruerats utifrån variabeln kontaktorsak och fritexten i IDB och klassificerats som:

Skojbråk – där lek eller skojslagsmål eskalerat eller resulterat i en skadehändelse.

Syskonbråk – som eskalerat eller resulterat i en skadehändelse.

Övergrepp - av en eller flera personer, med eller utan relation till den utsatte, som resulterat i en skadehändelse.

Dessa skadehändelser har sedan analyserats i relation till den platsangivelse som återfinns i IDB i form av variabler som anger bostadsrum, bostadsområde eller institutionsboende. Jag har dock exkluderat variabeln ”militärinstitution”, men analysen inkluderar alla andra former av institutionsboende.

För att kunna jämföra tidsperioderna och arenorna med varandra i IDB-materialet, har jag beräknat kvoter (antal händelser/1000 invånare). Kvoten är beräknad utifrån antalet fall dividerat med totalpopulationen i åldersgruppen¹⁷ multiplicerat med 1000.

Det har även skett en kategorisering i två åldersgrupper 13-15 år och 16-19 år. Dessa grupper har kategoriserats utifrån ett antagande om strukturerad och ostrukturerad livsstil (Henson et al., 2010). Ostrukturerad livsstil, innebär ostrukturerad tid som spenderas med vänner, utan någon övervakning, vilken i sin tur ger fler tillfällen för avvikande beteende eller viktigmisering. Min tanke är att unga i åldern 13-15 år har en mer strukturerad livsstil, både baserat på rutiner med skolgång etcetera och en högre grad av övervakning, jämfört med äldre ungdomar – vilket gör att ålderskategoriernas livsstilsmönster bör vara jämförbara över tid. I DOR har dödsfall för åldersgruppen 13-19 år med följande ICD-koder inkluderats; X60-X84 (avsiktlig självdestruktiv handling) och X85-Y09 (övergrepp av annan person). Tidsserien angående dödlighet används som en indikator på våldsskador på en generell nivå.

Allt statistiskt material har analyserats med IBM SPSS 22, där IDB-materialet både analyserats som en tidsserie och som ett enhetligt material över tidsperioden 2001-2013 (n = 1393). Tidsserien analyseras för att kartlägga och förklara förändring över tid, men hela materialet används för att analysera skadeplatser och skadetyper. De statistiska analyserna har kompletterats med ett kvalitativt material som berör de *situationella aspekterna* relaterade till barn och ungas avsiktliga skadehändelser i hem- och boendemiljö analyseras utifrån empirin som insamlats under workshopen (avsnitt 3:4:5). Analysen av det kvalitativa materialet har genomförts utifrån Clarkes

¹⁷ Befolkningsstatistik hämtad på www.scb.se

(2003) rekommendationer beträffande användandet av ”*situational maps*”, där situationen per se är analysenheten. Empiriinsamlingen under workshopen syftade till att fånga alla större kategoriseringar av mänskliga, sociala och icke-mänskliga element som finns i situationen, till exempel tid, plats, berusningsgrad, definitioner av händelser, manligt/kvinnligt modus och/eller utsatthet. I situationsanalysens första steg analyseras de gemensamma nyckelelementen i situationen, men även variationer och skillnader. I nästa steg sker en mesonivås tolkning av de organisatoriska elementens påverkan (eg. *social world map*). I det tredje steget i analysen sker en positionell kartläggning av elementen i situationen (Clarke, 2003; Clarke et al., 2015).

Resultat: Män har en större utsatthet för våldsskador sammantaget, jämfört med kvinnor, där den största ökningen av skadehändelser sker efter 15 års ålder. Under hela åldersspannet ökar antalet händelser för män 3,1 gånger (från 73 händelser vid 13 års ålder till 227 händelser i 19 års ålder, beräknat på IDB Skaraborg 2001-2013 för alla i åldersgruppen, n=1086). Kvinnor, har däremot en mer jämn kurva, med en svagare ökning av händelser, ökningen av antalet händelser är cirka-2,5 gånger (från 24 till 59 händelser, beräknat på IDB Skaraborg 2001-2013, n=307). Andelen vårdsökande i materialet är i snitt 22% kvinnor och 78 % män, andelen kvinnor i befolkningen är under perioden nästan 50% (2001-2005; 48%, 2006-2010, 48,5% och 2011-2013; 49,5%).

Över tid har dock andelen vårdsökande kvinnor ökat från 18% första tidsperioden, till 22% andra tidsperioden till 27% den sista tidsperioden. Förklaringen till mönstret av vårdsökande, ligger troligen i förändringen av övergreppsvåldets utveckling, där mäns utsatthet generellt är högre men minskat över tid. Tidigare studier har påvisat att det minskade gapet mellan män och kvinnors utsatthet och brottsdeltagande orsakas av mäns minskade brottsaktivitet och brottsutsatthet (jfr. Lauritsen et al., 2009; Estrada et al., 2015).

Över tid har utsattheten för övergreppsvåld minskat för åldersgruppen totalt sett. Däremot har det socialt sanktionerade våldet, i form av syskonbråk ökat. Gällande självskador förekommer det en minskning av självskador typ II (skärning) och III (avsiktlig förgiftning), men självskada typ I (slag/spark mot objekt) har ökat (tabell 4).

Tabell 4: Antal skadehändelser/ 1000 personer och skadetyper i åldersgruppen 13-19 år (n=1393).

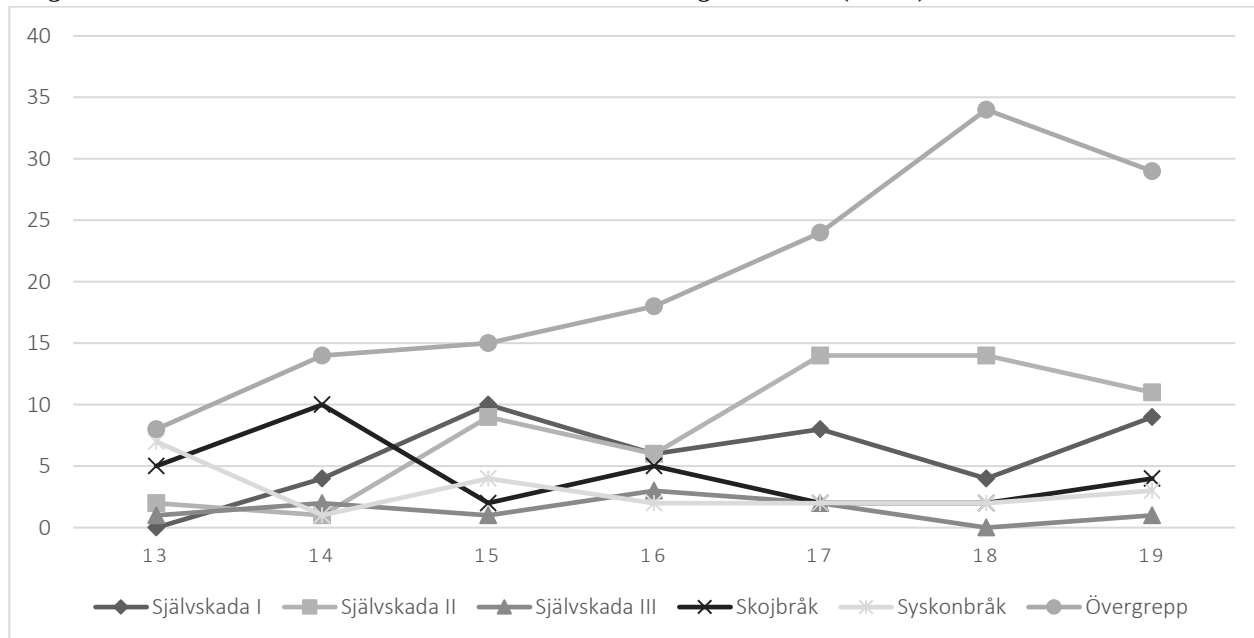
	2001-2005	2006-2010	2011-2013
Självskada I	0,44	0,68	0,96
Självskada II	0,16	0,33	0,09
Självskada III	0,06	0,05	0,04
Suicidförsök	0,04	0,008	0,006
Skojbråk	0,43	0,57	0,55
Syskonbråk	0,16	0,12	0,24
Övergrepp	2,82	2,93	1,79

Källa: IDB Skaraborg 2001-2013

Analysen tydliggör att det förekommer en samvariation mellan kön, ålder och utsatthet, där det går att se ett ”manligt” och ett ”kvinnligt” åldersrelaterat mönster i skadehändelserna av den här typen. Mäns skademönster tenderar även att vara mer stabilt och domineras av interpersonellt våld, jämfört med kvinnors – som fluxerar mellan olika former av inter- och intrapersonellt våld, även om övergrepp är den vanligaste formen i båda grupperna (diagram 1 och 2). Utsattheten för övergrepp ökar med åldern, för både män och kvinnor, däremot visar kvinnors utsatthet en tendens att gå ner efter 18 års ålder, vilket inte männens utsatthet gör. Kvinnor, är generellt sett mer utsatta för skadehändelser som berör intrapersonella skadehändelser, med undantag för självskada typ I

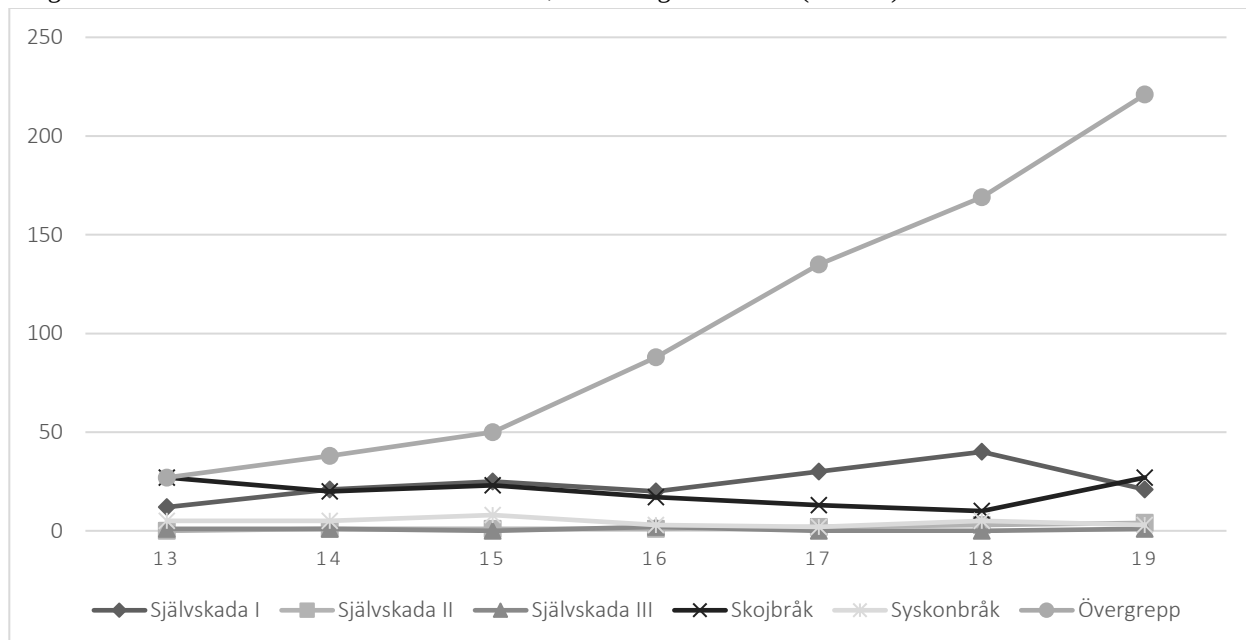
som är mer förekommande hos män. Skadehändelser till följd av syskonbråk, är även det vanligare hos kvinnor jämfört med män, medan män generellt sett har en högre utsatthet för skador till följd av skojbråk och övergreppsskador. Båda formerna av socialt sanktionerat våld, i form av syskonbråk och skojbråk, verkar vara åldersrelaterat hos kvinnor, med ett avtagande runt 14-års ålder.

Diagram 1: Kvinnors skademönster i relation till ålder, Skaraborg 2001-2013 (n=371).



Källa: IDB Skaraborg 2001-2013

Diagram 2: Mäns skademönster i relation till ålder, Skaraborg 2001-2013 (n=1082).



Källa: IDB Skaraborg 2001-2013

För perioden 2001-2013, har nästan en tredjedel av våldsskadorna som lett till ett akutvårdsbesök skett i bostaden, bostadsområdet eller på en institution (32,4%). Analysen visar att det skett en förändring av skadeplatser, där våldsskador minskar på publika och semipublika arenor, men ökar i bostadsmiljön (tabell 5). Resultatet är sannolikt ett resultat av att övergreppsvåldet minskat, en

våldstyp som främst är förknippad med det publika och semipublika rummet (så kallat våld i offentlig miljö), samtidigt som självskador och det socialt sanktionerade våldet, som visar en tendens till ökning, sker på andra arenor, såsom bostaden och bostadsområdet. Analysen av DOR, visar att dödsfall till följd av övergreppsvåld inte förändrats från 1989 och framåt, däremot har suiciden i stort sett fördubblats över tid (en ökning på 47%), vilket stärker ovanstående resonemang (grafer redovisas ej).

Tabell 5: Fördelning skadeplatser, i procent, under tre tidsperioder (n= 1387, i 6 fall saknas uppgift om plats).

	2001-2005	2006-2010	2011-2013
Bostad inomhus	15,4	19,4	34,5
Bostad utomhus	6,9	5,0	8,6
Institution	4,4	5,7	5,9
Publik plats	45,8	51,8	30,6
Semipublik	11,9	7,1	5,5
Skola	15,6	11,0	13,7

Källa: IDB Skaraborg 2001-2013

Mäns utsatthet har ökat inne i bostaden för båda åldersgrupperna och det finns även en ökning av utsatthet i bostadsområdet för den äldre åldersgruppen (tabell 6). Kvinnors utsatthet har över tid ökat inne i bostaden och i skolan för båda åldersgrupperna, där yngsta åldersgruppen, 13-15 år, har en ökning av antalet händelser både i bostadsområdet och på institutionen (tabell 7).

Tabell 6: Fördelning av mäns skadeplatser per 1000 i åldersgruppen, under tidsperioder (n=1083).

		Bostad inomhus	Bostad utomhus	Institution	Publik plats	Semi publik	Skola
2001-2005	13-15	0,67	0,37	0,23	0,73	0,13	1,66
	16-19	1,01	0,42	0,2	5,19	1,3	0,53
2006-2010	13-15	0,86	0,52	0,19	1,12	-	1,19
	16-19	1,37	0,29	0,10	5,87	0,95	0,56
2011-2013	13-15	1,53	0,31	0,23	0,54	-	1,07
	16-19	1,83	0,66	0,19	2,77	0,52	0,33

Källa: IDB Skaraborg 2001-2013

Tabell 7: Fördelning av kvinnors skadeplatser per 1000 i åldersgruppen, under tre tidsperioder (n=307).

		Bostad inomhus	Bostad utomhus	Institution	Publik plats	Semi publik	Skola
2001-2005	13-15	0,36	0,50	0,07	0,25	0,07	0,32
	16-19	0,43	0,18	0,21	0,72	0,27	0,09
2006-2010	13-15	0,39	0,04	0,20	0,31	-	0,35
	16-19	0,81	0,10	0,55	1,01	0,16	0,1
2011-2013	13-15	0,64	0,32	0,40	0,16	0,08	0,80
	16-19	1,04	-	0,15	0,50	0,10	0,2

Källa: IDB Skaraborg 2001-2013

Analysen visar att det skett en minskning av våldsskador generellt sett över tid, där övergreppsvåldet står för den största delen av minskningen. De våldshändelser som sker, har inte bara ändrat karaktär utan även arena, främst eftersom dessa våldshändelser villkoras av andra faktorer och tillfälles strukturer jämfört med övergreppsvåldet. Detta förhållande i kombination med att ungdomars generella levnadsmönster har förändrats till mer aktiviteter i bostaden än

utanför, vilket ger en högre tidsexponering i bostaden/bostadsområdet. Det går att se en skillnad mellan mäns och kvinnors skadeplatser, som kan förstås utifrån skillnaden i ungdomars aktiviteter inom bostadsmiljön. Även skadetyperna skiljer sig åt mellan män och kvinnor på de olika arenorna, men samvarierar med rummens egenskaper, användning och funktion.

Genom att analysera det statistiska resultatet (tabell 8) i relation till det kvalitativa materialet som samlades in under workshopen, går det att förstå samvariationen genom så kallade hot spots för våldsskador. En hot spot går att förstå som en plats där en viss typ av brottslighet eller händelser klustrar i rum/tidsdimensionen. Den typ av våldsskador som förekommer i bostaden, bostadsområdet eller på institutionen är främst en konsekvens av: självskador eller övergreppsskador (beräknat på hela IDB Skaraborg för perioden, tabell 8). Män har en högre utsatthet i bostadsområdet, medan kvinnors utsatthet är högre inomhus i bostaden och på institutionsboenden.

Tabell 8: Skadetyper och spatialdimension, absoluta tal (antal händelser; n=427).

		Bostadsrum	Andra rum i bostaden	Badrum	Trappa (inomhus)	Kök	Utomhus	Privat infart	Lekplats	Trädgård	Institution
Självskada I	Kvinnor	15	-	-	-	2	4	-	-	-	7
	Män	71	2	-	2	3	10	9	-	1	12
Självskada II	Kvinnor	13	-	3	-	1	-	-	-	-	23
	Män	7	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Självskada III	Kvinnor	5	-	-	-	1	-	-	-	-	4
	Män	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suicidförsök	Kvinnor	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Män	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Skojbråk	Kvinnor	9	-	-	-	1	-	-	-	1	-
	Män	29	-	-	-	3	-	6	-	8	3
Syskonbråk	Kvinnor	16	-	-	-	3	-	-	-	-	-
	Män	24	1	-	-	1	-	1	-	3	-
Övergrepp	Kvinnor	21	2	-	-	-	3	1	1	1	3
	Män	41	-	2	3	1	4	20	2	4	6
Totalt antal händelser per rumslig dimension		256	5	5	5	17	22	37	3	18	59

Källa: IDB Skaraborg 2001-2013

Bostadsrummet, vilket är en variabel som inkluderar flera rum (bostadsrum, sovrum, matrum och hall/förstuga), har delats upp i sovrum och vardagsrum i min tolkning av resultatet eftersom dessa två rum ansågs vara hot spots för olika händelser på workshopen. Vardagsrummet, sågs som en hot spots för olika former av interpersonellt våld, eftersom det har en funktion som en samlingsplats och även en plats där det spenderas mycket tid. Att vara samlade på en begränsad yta, kan leda till olika typer av konfrontationer, i form av bagatellartade gräl som eskalerar till övergreppsvåld mellan (ytligt) bekanta, eller lekfulla "småtjafs" som eskalerar till interpersonellt våld mellan familjemedlemmar eller vänner. Kvinnor är mer utsatta för övergreppsvåld jämfört med män i det här rummet, vilket kan ge en bild av våldets struktur, där kvinnor i högre utsträckning är utsatta för våld av någon som de känner.

Självskador typ I däremot, är den skadehändelse som dominerar mäns skadebild i vardagsrummet, där de vid ilska slår sönder något eller slår mot ett objekt. Att övergreppsvåld förekommer i rummet kan förstås utifrån att vardagsrummet inte bara är en samlingsplats, utan även en berusningsplats – där alkoholkonsumtion sker i samband med olika typer av sammankomster. Sovrummet, i sin tur, är en plats för kvinnors självskador, vilket kan kategoriseras som en privat plats – där det även finns en möjlighet att låsa in sig, vilket gör att handlingen kan genomföras privat samt att det privata innebär en minimal upptäcktsrisk.

Köket, som har en låg andel händelser, har ofta karaktären av ett ”genomfartsrum” i den mening att kökets funktion som förvaringsplats för till exempel knivar, mediciner eller liknande, gör att det passeras och saker hämtas även om handlingen sker i något annat rum. Andra rum, med samma funktion är hallen eller badrummet, som används som förvaring av rengöringsmedel, rakblad eller mediciner. Främst verkar möjligheten att låsa in sig och skapa en ”privat zon” ha en viktig funktion för självskador av typ II och III samt suicidförsöken, oavsett om det sker i bostaden eller på institutionen, vilket minimerar upptäcktsrisken.

I bostadsområdet är det främst den privata infarten som är en hot spots för mäns utsatthet för övergreppsvåld, förklaringen till detta är att variabeln inkluderar, inte bara den privata infarten, utan även parkering, garage, carport, promenadväg i bostadsområde samt gårdsplan. En av de stora skillnaderna är att mäns övergreppsvåld karaktäriseras av okända gärningspersoner, till skillnad från kvinnor, och att utomhusvåldet ofta sker av flera gärningsmän i olika former av konfrontationer. Skojbråk och självskador typ I är andra våldsskador som drabbar män i bostadsområdet, samtidigt är kvinnors skadehändelser på platsen låga generellt sett. Bostadsområdet, då främst trädgården och innegårdar, har ytterligare en funktion som är tidsmässigt definierad, under workshopen framkom att dessa två platser under sommaren användes som vardagsrummet, det vill säga som en samlings- och berusningsplats för ungdomar.

Självskador typ II, i form av skärningar, och självskador typ III, avsiktliga förgiftningar är de två främst förekommande skadehändelserna inom institutionsboenden. Dessa två modus är mer frekventa hos kvinnor, vilket kan förstås av att kvinnor och mäns skilda skademönster – där den ”mer manliga” självskadan typ I är socialt sanktionerad och inte leder till vård i samma utsträckning som de andra två typerna av självskador. Eftersom det inte går att särskilja de olika rummen inom institutionen i IDB, utgår analysen här från det kvalitativa materialet, där följande platsspecifika relation förekommer; interpersonellt våld sker i köket eller i dagrummet och intrapersonellt sker i patientrummet eller på toaletten.

Förklaringsmodellen är samma här som inne i bostaden, att dagrummet har en funktion av en samlingsplats, vilket kan leda till konfrontationer av olika slag. Köket, blir en plats där det privata krockar med det publika, eftersom kökets funktion inkluderar vissa privata aspekter (rutiner, val av sittplats och matro) med offentliga aspekter (regler, dela plats med andra, att ha olika vanor etcetera). Patientrummet och badrummet, har däremot funktionen att vara privata och en frizon från det delade, allmänna rummen – vilket gör att de även skapar en tillfällesstruktur för självskador.

Två andra element som lyftes fram under workshopen var förekomsten av alkohol eller droger som utlösande faktorer i relation till skadehändelsen. Dessa element är viktiga att ha med i analysen, men kan tyvärr inte mätas i IDB eftersom alkohol- och/eller drogkonsumtion inte är en egen

variabel, utan ibland omnämns som utlösande produkt eller anges i fritexterna att individen var berusad. I IDB förekommer en inkonsekvent registrering av konsumtionen, som omöjliggör en analys om dess orsakspåverkan. Alkoholkonsumtion, framkommer under workshopen som ett av de viktigaste elementen i övergreppsvåldet, alkoholpåverkan sänker gränsen för provokation och ökar risken för impulsivitet. Även i självskadan verkar alkohol ha en viss påverkan, främst när det rör ”spontana” modus eller självskador som ”går fel” i form av att konsekvensen blir en annan än den förväntade. Det kan till exempel röra sig om en skärning som blir för djup eller att en ångestlindrande handling leder till en allvarlig förgiftning.

4:3:3 Delstudie 3: Riskmiljöer, riskgrupper, risksituationer och riskhantering

Den tredje delstudiens upphov är en samförfattad artikel i projektgruppen (appendix III) om olika riskgrupper för skadehändelser i hem- och boendemiljön. Syftet med artikeln är att utifrån en explorativ ansats identifiera riskfaktorer förknippade med ålder och funktionsnedsättningar i relation till skadehändelser, samt undersöka hur kombinationen påverkar skademönstret. Studien beskriver skadehändelser utifrån: skadeplats, skadetyper och skademekanismer i relation till ålder och förekomsten av funktionsnedsättning genom analys av skaderegistret IDB Skaraborg. Beträffande skadehändelser som skett i bostaden för den yngsta åldersgruppen (0-19 år) framkom i analysen att skadeplatserna skilde sig åt beroende på om det förekom någon form av funktionsnedsättning. Barn och unga utan funktionsnedsättning skadade sig främst i bostadsrum (40%), trädgården (24%) och köket (12%). Barn och unga med en funktionsnedsättning skadade sig främst i inomhus trappor (37%), bostadsrum (29%) och balkonger, altaner, terrasser och trappor utomhus (15%). Yngre personer med funktionsnedsättning råkar oftare ut för kontusioner, jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Skadetyper som öppet sår, däremot var mest förekommande bland yngre personer utan funktionsnedsättning. Förekomsten av frakturer däremot, ses ha ett samband med ålder (risken för fraktur stiger med stigande ålder) och inte med förekomsten av funktionsnedsättning.

Resultatet från artikeln visar att det finns en skillnad mellan personer med och utan funktionsnedsättningar, men från artikelns datamaterial finns det ingen möjlighet att förstå under vilka förutsättningar skador sker eller vilka faktorer som påverkar utfallet. Artikeln visar på utfallet av den probabilistiska risken i hemmiljön, men tar inte hänsyn till "nära på" händelser eller upplevda risker. I den tredje delstudien vill jag belysa den andra formen av risk i termer av *vad som upplevs som en risk och hur denna risk hanteras*. Det vill säga hur kan riskbegreppet förstås som kulturella konventioner och är socialt konstruerade, men med ett objektiva, reella utfall (jfr. Renn, 1998). Det vill säga att sannolikheten för ett negativt utfall, konstrueras på en individuell nivå utifrån sociala och kulturella aspekter, vilket skapar en risk- eller hotbild. Den metodologiska utgångspunkten för delstudie 3 är att använda en kvalitativ metod, där det genomförts en forskningscirkel. Resultatet från forskningscirkeln presenterades som en poster vid *International association people-environment studies* konferens i juni 2016 (handouten till denna poster finns i appendix V).

I forskningscirkeln som genomförts tillsammans med Jörgen Lundälv, under perioden januari till juni 2016 har dessa frågor om risk och riskhantering varit det övergripande temat. Forskningscirkeln har bestått av medlemmar från tre patientföreningar och funktionshinderorganisationer i Göteborg:

- Föreningen Unga Rörelsehindrade, Göteborgsklubben, ungdomsavdelning i Göteborgsavdelningen DHR – Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder).
- HSO Göteborg (Handikappföreningarnas samarbetsorgan), en paraplyorganisation som inkluderar 46 medlemsföreningar i Göteborgsregionen.
- Reumatikerförbundet Göteborg.

Deltagarna i forskningscirkeln, har fått agera språkrör för sina medlemmar och vidarebefordra berättelser på en generell nivå. Deltagarna i cirkeln var alla kvinnor, vilket kan ses som en positiv bias i relation till att funktionsnedsatta kvinnor generellt har en lägre delaktighet jämfört med män, och att denna genusordning reproducerats inom hälsoområdet, där män ses som norm (Myndigheten för delaktighet, 2016).

Syftet med studien är att se på en generell nivå hur vardagslivets risker konstrueras och hanteras i hem- och boendemiljön av personer med olika former av rörelsebegränsningar. Denna grupp har i tidigare forskning framhållits som en riskgrupp för skadehändelser, främst fallrelaterade, eftersom de har en nedsatt förmåga att parera hinder i bostaden (Petridou et al., 2003; Yung et al., 2014).

Material och metod: Materialet har insamlats av deltagarna i forskningscirkeln och består av bilder (fotografiska stillbilder i färg) och narrativ som speglar situationer i vardagen som upplevs som riskfyllda och hur dessa hanteras. Materialinsamlingen och materialbearbetningen i delstudien utgår från photovoice, en metod som bygger på ett medaktörskap och att möjliggöra användandet av vardagskunskap i forskning med en emancipatorisk utgångspunkt (Wang & Burris, 1997; Casteleden & Garvin, 2008). Bilderna och narrativen har varit grund för diskussionerna i cirkeln, som spelats in och transkriberats. Materialet har kodats i det kvalitativa programmet Atlas Ti 7.0, först med en initial kodning med erfarenhetsnära uttryck, följt av en fokuserad kodning (kategorisering) och en axial kodning där det sker en abstraktion av förståelse och förklaringar av mönster (jfr. Charmaz, 2014). Kodningen har skett mellan cirkelträffarna och resultaten av kodningen har diskuterats, omformulerats och kompletterats under nästa träff.

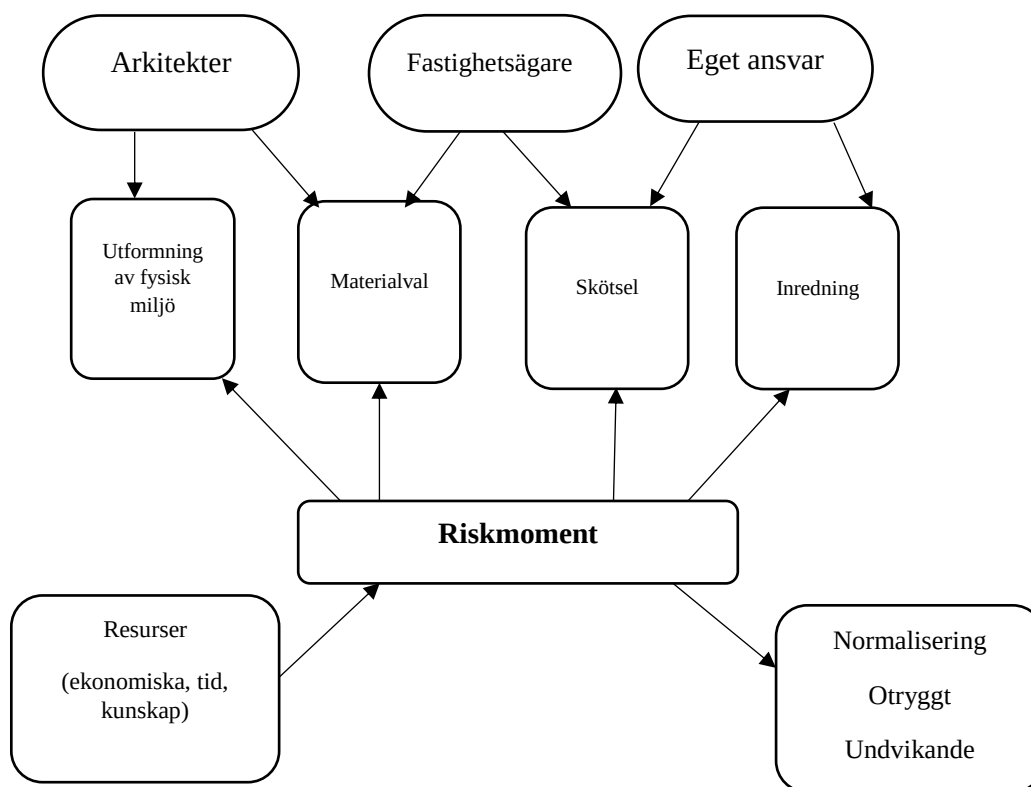
Resultat: Ett av de övergripande resultaten som framkom under analysen var hur relationen mellan riskmiljö, risksituation och riskhantering framställdes (figur 1). Det framkom att det fanns tre aktörer som ansvarade för att öka tryggheten i bostaden och ansvarade för att motverka risker i hemmet: arkitekter, fastighetsägare och den boende själv.

Dessa aktörer tilldelades och associerades med olika former av ansvarsområden i bostaden som uppfattades som en del i ”riskmomenten” i vardagslivet. Arkitekter associerades som ansvariga för utformningen av den fysiska miljön och materialval i bostaden. Fastighetsägaren i sin tur associerades med ansvar för materialval i bostaden samt skötseln av bostadsområdet (främst gällde detta flerfamiljshus, där flera ytor delas av de boende). Den boendes eget ansvar var främst förknippat med skötsel och inredning i den egna bostaden.

Riskmoment i sin tur, var associerade med alla fyra ansvarsområden, där de olika områdena samspelade i olika typer av risker. Till exempel var risker förknippade med otrygghet, till exempel att det var mörkt i trapphuset förknippat med utformningen av trapphuset och skötsel, eftersom belysningsfrågan inte ansågs vara individens egna ansvar.

Riskmomenten reducerades av individens olika resurser, vilket sågs som en av de största skyddsfaktorerna. Genom att individen kan påverka och förändra miljön kunde även skador undvikas. Riskmomenten i sin tur, ledde till olika formers av riskstrategier, vilka kunde leda till olika former av konsekvenser i vardagslivet.

Figur 1: Sambandsanalys mellan ansvar, risk och riskhantering, moment identifierade i forskningscirkeln.



Källa: Insamlat material 2016, bearbetat i Atlas Ti 7.0.

I hem- och boendemiljön framkommer tre riskmiljöer, två i den privata bostaden; kök och badrum, samt en semipublik plats i form av trappuppgången och entréer. Risker uppstår i dessa miljöer på grund av följande faktorer: *utformning, nivåskillnader, materialvalet, belysning, tunga dörrar och låskonstruktioner* samt *inredningsdetaljer*. I detta avsnitt tänker jag enbart belysa de aspekter som direkt berör den fysiska miljön i form av utformningen av bostadsmiljön.

Utformningen beskrivs som en risk i relation till två begrepp; upplevd icke-rymd (ett begrepp som myntades av en av deltagarna) och reell skaderisk. Den upplevda icke-rymden har att göra med att flera ytor uppfattas som trånga och att det finns för små marginaler för att kunna genomföra en förflyttning med eller utan hjälpmedel, till exempel en rullstol eller permobil inomhus.

Ett exempel på detta förhållande är från ett trapphus, som har ett litet utrymme mellan lägenhetsdörrarna, hissen och trappan, eftersom det har formen av en långsmal korridor. Genom att förflytta sig där från dörr A till hissen uppfattas det att:

- 1) trappavsatsen är för nära och det är svårt att bedöma hur nära personen är (*fallrisk*).
- 2) lägenhetsdörrarna mot hissen är nära och riskerar att skada personen om de slås upp för snabbt (*klämrisk*).
- 3) hissen är placerad mittemot en av lägenhetsdörrarna som ger en ytterst liten marginal för att kunna förflytta sig in i hissen (*klämrisk*).

Den reella skaderisken är sammanlänkad till rum med där det förekommer vassa hörn och/eller kanter, och som orsakar skador i relation med icke-rymden. Ett exempel är P1:s beskrivning av badrummen i bostadsområde X:

”I badrummet finns en vass kant med [kakelbelagt hörn som smalnar av badrummet från en större yta till en mindre biyta där tvättmaskinen står, min anteckning] den är jag rädd att skada mig på. Rören som sticker ut [vattenledningar som går ut från hörnet och fortsätter på väggen, min anteckning] är också varma – kan brännas sig på dem. Kanten är skadad. Det är för lite marginal att ordna förflyttningar in i duschen här så jag har slått sönder den.”

Ett annat återkommande problem vid förflyttning var trösklar, trösklar innebär inte bara en risk för fallskador genom att individen snubblar – utan som ett hinder vid förflyttning med rullstol eller kryckor. Nivåskillnader, var även det en återkommande problembeskrivning i både inom- och utomhusmiljön.

Riskmoment var tydligt sammankopplade med två olika faktorer: mobilitet och känslan av otrygghet. Ett exempel på hur ett riskmoment är sammanlänkat med dessa faktorer är hämtat ur diskussionen om att ta sig till ett källarförråd:

”Dörren till källaren är tung, det är säkert en branddörr och funkar för andra. Trångt och dåligt med lyse. För att komma till förrådet måste [assistenten] öppna dörren, jag rulla in, dörren stängas så jag kan svänga innan jag kan komma in i nästa dörr. Nivåskillnaden är svår [pekar på trösklarna på bilden]. Gången till förrådet är svår med, jag får ju backa ut – finns inget utrymme att svänga runt. Golvet är säkert halt och hårt med.”

Vid en av forskningscirkels träffar diskuterade vi runt hur vardagen hanteras när vissa nödvändigheter saknas i den byggda miljön, diskussionen kom att beröra hissar. Hissar, överlag är ett problem – de upplevs som trånga eller icke-funktionella, men ett av de största problemen är när hiss saknas i byggnaden eller är trasig.

Ett riskmoment som framkom under den diskussionen var användandet av ”trappklättrare”, det vill säga ett tekniskt hjälpmedel som används för att ”dra upp personen i rullstol” uppför trappan. Trappklättringstjänster erbjuds bland annat av färdtjänsten. Riskmomenten, i den här diskussionen beskrevs som svårigheten att ”vara självständig på samma villkor som andra”, eftersom olika risker eller rädslan för hur risker påverkade vardagslivet. Osäkerheten och risken var i dessa fall sammanlänkade med tilliten till chauffören och den tekniska utrustningen.

Generellt framkom det att det semipublika rummet ofta beskrivs i termer av otrygghet. Främst eftersom personerna själva inte har någon kontroll över händelser och aktiviteter, då andra personer använder samma yta. I det semipublika rummet diskuterades riskstrategier i termer av ansvar och underhåll, när det gäller att hålla rent, ha fungerande belysning och införandet av skalskydd, det vill säga ett skydd för att öka säkerheten genom att förstärka känsliga punkter i huset såsom dörrar och fönster. I det privata rummet är beskrivningen av riskstrategier mer relaterad till normaliseringen av risker eller undvikande av vissa vardagsaktiviteter.

De tre riskhanteringsstrategier som används utgår från *tillgången till hjälpmedel* (instrumentell riskhantering), *normalisering* (emotionell-instrumentell) och *undvikande* (emotionell).

1) *Instrumentell riskhantering*: Hjälpmedelsanvändning är inte helt oproblematiskt, dels finns det regler om vem som får hjälpmedel och som även reglerar det personliga ansvaret kring dessa. Om ett hjälpmedel går sönder till exempel, får personen i de flesta fall betala reparationen eller ett nyinköp själv. Det finns även begränsningar i den fysiska miljön som påverkar hjälpmedelsanvändningen.

Hjälpmedel är ofta standardiserade, och kan därför inte anpassas till olika förhållanden, vilket leder till att individer ibland väljer att hitta andra lösningar som leder till andra former av risker.

Till exempel kan trånga badrum och kök leda till att personen använder en kontorsstol för att genomföra förflyttningar, istället för rullstolen. Eller att det sker modifieringar av till exempel duschbrädors fasthållningsanordningar, för att de ska passa badkaret i den aktuella bostaden.

2) *Emotionell-instrumentell riskhantering*: Normaliseringen, som innebär att risker och/eller negativa förhållanden, ses som ett normalförhållande, sker över tid. Deltagarna i forskningscirkeln framhåller att försöka förändra den fysiska miljön, genom till exempel dialog med kommunen eller fastighetsägaren, kräver mycket resurser. Flera medlemmar i intresseorganisationerna uttrycker en hopplöshet och acceptans av situationen efter en tid. Normaliseringen eller acceptansen bör däremot inte likställas med en resignation, utan intrycket som ges är att de medlemmar som är aktiva inom olika intresseorganisationer arbetar aktivt med frågan, och att den emotionell-instrumentella riskhanteringen resulterar i en organisatorisk kamp, men även en individuell resignation.

Resurser handlar inte bara om ekonomiska resurser (att ha möjlighet att ändra förhållanden genom personliga investeringar), utan även om att ha tid och kunskap om sina rättigheter. En medlem i forskningscirkeln lyfter fram att åtgärder i den fysiska miljön inte får innebära någon ”lyx” enligt kommunen, frågan är vad som klassas som lyx eller rättighet. Hennes berättelse handlar om möjligheten att använda balkongen, där det krävs viss åtgärder för att kunna använda den för person Z, men där kommunen ser detta som ”lyx” och inte en rättighet.

3) *Emotionell riskhantering*: Undvikande av situationer och aktiviteter, är den mest ovanliga riskhanteringsstrategin, men den har som konsekvens att individen blir socialt isolerad. I forskningscirkeln framkommer att undvikandet sker ofreflekterat i flera fall, och att strategin ligger nära normaliseringen. Det vill säga att normaliseringsprocessen kan inkludera undvikandet, genom att personen förlikar sig med tanken att inte kunna delta i olika sociala sammanhang och se det som en ”naturlig del av vardagen”.

Det finns ingen klar gräns mellan de tre olika riskhanteringsstrategierna, utan de hänger ofta samman i olika orsaks- och förloppskedjor, där till exempel avsaknaden av ett hjälpmedel leder till att personen undviker aktiviteten och att situationen efterhand normaliseras.

Dock finns det inom organisationerna en stor vilja att förändra förhållandet, där mycket av arbetet går ut på att upplysa medlemmarna om deras rättigheter och att vara en resurs som tar upp ”strider” när individerna inte orkar själva, vilket leder till en möjlig förändring i riskhanteringen.

4:4 Resultat av den konvergenta syntesen

I den tidigare forskningen har det primärt studerats faktorer på mikro- eller makronivå för att förklara variation i risk. Två teoribildningar dominerar; en relaterad till individens individuella förutsättningar och en relaterad till individens position i strukturen. Faktorer som kön, ålder, fysisk och psykisk utveckling samt personliga karaktärsdrag har främst studerats inom det medicinska, psykologiska och sociala fältet, men även graden av tillsyn och familjestruktur har belysts. På makronivå, har skillnader i utsatthet försökt förklaras utifrån företrädesvis skillnader i socioekonomiska faktorer och i graden av integration. Den fysiska miljön ses i tidigare forskningsstudier som sekundär riskfaktor, då det finns en övervägande implicit förståelse för att den påverkar händelseförloppet, som explicit tar sig uttryck i preventionsarbetet. Förutom bristen på studier som ser till den fysiska miljön, förekommer det även ett mindre explicit fokus beträffande förhållandet mellan individ/miljö.

I min egna empiriska studie i uppsatsen har jag dels försökt relatera och pröva den tidigare forskningen, dels hämtat inspiration från Agnews resonemang om platsens andra dimension. (2011). I sin studie lyfter Agnew (2011) fram den konflikt som finns mellan förståelsen av space/place och individ/miljörelationen, förståelsen av place som lokalisation (första dimensionen) leder till proximal orsaksförståelse (individuella riskfaktorer) istället för att se till den andra dimensionen och se till konkreta effekter av platsen. Studie III:s syfte var att kartlägga några av de faktorer som samspelar i skadehändelser och hur dessa faktorer relaterar till vardagslivets organisation, rutinaktiviteter och den rumsliga dimensionen. I följande avsnitt diskuteras resultatet av den andra analysen, i form av en konvergent kvalitativ syntes, som gjorts på delstudiernas resultat. Analysen syftar till att abstrahera de empiriska resultaten för att möjliggöra teoriutveckling och teorimodifiering inom skadeforskningsfältet.

4:4:1 Att förstå barn och ungas risker

För det första måste skadehändelser förstås på samma sätt som andra former av ”vardagsnära avvikelser”, till exempel brottsutsatthet, som nära sammanlänkade med våra vardagsaktiviteter. Skadehändelser, liksom andra former av avvikelser, uppstår i en samvariation av rum och tid genom att individens dagliga rutinaktiviteter regleras av rum och tid ¹⁸. Rutinaktiviteter och de avvikande händelserna följer samma mönster som de icke-avvikande händelserna (jfr. Cohen & Felson, 1979), det vill säga att det som villkorar att vardagslivet fungerar även villkorar skadehändelserna. Förhållandet blir främst tydligt i de två kvalitativa delstudierna (delstudie 2 och 3), då analysen visar att skadehändelser är ett resultat av vardagsaktiviteter i den mening att de oavsiktliga skadehändelserna är ett oväntat resultat av en avsedd aktivitet, en avsiktlig skadehändelse inkluderar däremot ett avsett resultat.

Det framkommer även en skillnad i de avsiktliga och oavsiktliga skadehändelsernas intention, vilken förknippas med handling och handlingsstrategier. Skillnaden är att den oavsiktliga skadehändelsen är förknippad med konforma aktiviteter och den avsiktliga med icke-konforma. I min studie har jag bara i en delstudie explicit fokuserat på intention (delstudie 2), där den avsiktliga skadehändelsen går att relatera till Mertons adaptationsteori (1938), eftersom skadehändelser till följd av våld tillskrivs olika handlingsstrategier, både implicit och explicit. Den avsiktliga

¹⁸ Även om min studie inte har fördjupat sig i tidsdimensionen som vid ”klassiska” hot spotsanalyser, framkommer det i resultatet att tidsdimensionen är av betydelse.

skadehändelsen är en konsekvens av tre former av adaption; konformitet (skojbråk och syskonbråk), innovation (övergreppsvåld) och retreatism (självskador). Mål-medeldiskussionen Merton för, måste här förstås i termer om vad ungdomar vill uppnå för mål med handlingen i form av ”maskulinitet”, ”dominans” och ”självständighet” och medel måste förstås utifrån strukturell positionering. I delstudie 3, går intentionen och handlingsstrategin implicit att tolka i uttalande om hur vardagssituationen hanteras och riskhanteringsstrategierna går att förstå som olika former av adaption: konformitet (”normalisering”), retreatism (”isolering”) eller innovation (”alternativ hjälpmedelsanvändning”). Valet av adaptationsstrategi har ett samband med de resurser individen innehar, inte bara i termer av ekonomiskt kapital utan även i termer av kulturellt och socialt kapital. Distinktionen mellan risktagande och riskbenägenhet blir här tydlig, genom att alla handlingar innebär ett risktagande för individen, men att riskbenägenhet på individnivå konstrueras utifrån att adaptera innovation eller retreatism¹⁹.

Vardagliga handlingar, är en reflektion av den strukturella sociala ordningen – vilket framkommer i analysen genom att män och kvinnors skademönster skiljer sig åt i relation till den rumsliga dimensionen. Men även genom att det i flera fall förekommer interaktionseffekter mellan kön och ålder som uppvisar variation i relation till skadeplats. Förhållandet visar att män och kvinnors habituering är skilda åt från redan tidig ålder, vilket tydliggörs i delstudie 1, eftersom klass, genus och etnicitet har en effekt på skadeutsattheten. Bostadsrummet är det enda rum som påvisar en signifikant skillnad gällande bostadstyp, eftersom fler personer skadar sig i bostadsrummet i flerfamiljshus jämfört med småhus. Det är däremot svårt att särskilja vilka/vilket rum som avses och hur vardagslivet är organiserat i dessa rum eftersom variabeln bostadsrum i de statistiska analyserna inkluderar vardagsrum, sovrum, matrum, hall och förstuga. Emellertid går det att dra slutsatsen att dessa rum är de rum i bostaden där individen spenderar mest tid och därmed även exponeras för ”risker”. Skademönstret i de andra arenorna, är däremot lättare att förstå utifrån vardagslivets organisation och habitus. Variationen i skadeplats som går att hänföra till kön och ålder, kan förstås genom att pojkar och flickor har olika typer vardagsaktiviteter i hemmet, och där de i tidig ålder tillåts vara med i olika sammanhang. Till exempel går flickors högre sannolikhet för skadehändelser i köket att förstås genom att de dels spenderar mer tid där tillsammans med föräldrarna, men även ur ett performativt element, där flickor leker mer i köket i form av imitation i de yngsta åldrarna. Pojkar däremot, imiterar andra företeelser, då deras socialisering präglas av andra normativa förväntningar jämfört med flickors.

Precis som den oavsiktliga skadehändelsen är normerad, verkar den avsiktliga skadehändelsen vara det med. Det framkommer en skillnad mellan självskadan, som är kvinnlig och repetitiv och/eller försök till suicid som är manligt och definitivt till sin karaktär. Det förekommer även en skillnad i det interpersonella våldet, som är mer ”manligt” när det kommer till skojbråk i hemmet – men där kvinnor utsätts mer för syskonbråk och övergreppsvåld. Här framträder två typer av sociala roller, grundade i två distinkta rollförväntningar (jfr. Goffman, 1959/2006:25) – mäns våld är mer accepterat och relaterar till lekfullhet och/eller maskulinitetsskapande, kvinnors interpersonella konflikter handlar däremot om social kontroll och/eller viktimisering.

¹⁹ Innovation är det strategi som adapteras när individen vill uppfylla/uppnå de kulturella målen men saknar eller förkastar de legitima medlen för att uppnå dessa. Retreatism är den strategi, som innebär ett förkastande av både mål och medel.

Det går att dra paralleller mellan resultaten och Messerschmidts (1997) resonemang om kriminalitet. Han utgår från att kriminalitet är strukturerad handling (*structured action*), där individens strukturella positionering samvarierar i handlandet, att vara kriminell är inte bara en aktivitet, utan många. Det vill säga individen begår inte bara en brottslig handling, utan den skapar även kön, klass och etnicitet. I mitt fall handlar det om att bli skadad som individ, inte bara handlar om otur eller avvikande aktivitet, utan om att i samma handling som leder till skadehändelsen skapas även kön, klass, ålder etcetera.

Risk är inget konstant eller statiskt fenomen, utan risker är föränderliga, situationella och kontextuella på samma gång och som skapas under samma förhållanden som alla handlingar i relation till individens position. Främst framkommer detta förhållande i studien av intra- och interpersonella skadehändelser, då det går att se en förskjutning över tid av händelser från det publika rummet till det privata rummet i bostaden. Förskjutningen kan förstås genom förändrade normativa förändringar på beteendet i det Goffman kallar den ”främre regionen” (1959/2006). Förändringarna går att förstå utifrån att det har reglerats med en ökad social kontroll, till exempel har flera sociala åtgärder implementerats i form av närpolisering, ändrade öppettider och åldersgränser i utelivet samt en ökad övervakning av det offentliga rummet. Parallellt med detta har även aktiviteterna förändrats över tid, då barn och ungdomars utomhusaktiviteter har blivit ersatta av inomhusaktiviteter.

Skademönster speglar således en kombination av vardagslivets organisation, rumslig dimension definierad utifrån socio-spatial praktik och tidsexponering. De kausala mekanismerna som resulterar i skadehändelsen kan förstås utifrån situationsbundna och strukturellt reflekterade vardagsaktiviteter.

4:4:2 Riskmiljöer för barn och unga

Redovisningen av riskmiljöer för barn och unga utgår i följande avsnitt från hem- och boendemiljö, och hemmiljön ställs inte i relation till andra platser där barn och unga spenderar sin tid. Däremot, är det viktigt att komma ihåg att beteende relaterar till ett implicit eller explicit förväntat regionsbeteende, där hemmet, går att kategorisera som en bakre region och med ett mer informellt beteendespråk, jämfört med de främre regionerna (jfr. Goffman, 1959/2006:25).

Barn och ungas skadehändelser i hem- och boendemiljön domineras av den yngsta åldersgruppens (0-4 år), där ålder verkar som en skyddsfaktor, likaså har hushållets inkomst en effekt på sannolikheten, genom att verka som en skyddsfaktor. Däremot framkommer det en variation i skademönstret, vilket jag tolkar som att det finns en skillnad i tillåtet och möjliggjort användande av bostaden som påverkar händelsen. Det framkommer i analysen ett mönster där riskmiljöernas samvariation med andra faktorer, gör att riskmiljö som begrepp varierar i relation till individens position. Variationen är således beroende av vilket handlingsmönster individen har och vilka platser denne spenderar tid, men även vilka resurser individen har för att hantera risker. Tydligast framkom förhållandet i analysen av materialet från forskningscirkeln, där deltagarnas diskussioner ibland gav motsägelsefulla resultat i form av ”vad som skyddar” och ”vad som är en risk” i bostaden utifrån olika livssituationer. Även i delstudie 2:s workshop framkom det att distinktioner mellan olika skadeklassificeringar och externa bedömningar om intentionen till stor del utgår från

antaganden om individen grundade utifrån individens position och historik. Bland annat under diskussionen mellan självskador, suicidförsök och olycksfall framkom att termerna konstruerades ifrån vissa premisser. Till exempel ”X skar för djupt och behövde sys” sågs som ett olycksfall om det var första gången X skar sig och ett misslyckat suicidförsök kunde ses som ett olycksfall om personen var berusad vid tillfället.

Sammantaget ger detta en bild av att en del av riskmiljö är ett resultat av individens habitus, i form av ett förkroppsligande av individens social, kulturella, symboliska och ekonomiska kapital (jfr. Broady, 1998). Den andra delen av riskmiljön går att förklara utifrån relationen mellan spatial praktik, rummets funktion och rummets tillfällesstrukturer. Social praktik är inte bara normativ, utan bygger även på en måluppfyllelse, genom att handlingen åsyftar någon form meningsskapande i rummet, vilken i rummet regleras från en social praktik till även en spatial praktik (jfr. Lefebvre, 1974/1991). Det fysiska rummet i bostaden, är inte bara en representation av transformationen från space till place, utan har även en reglerande praktik – vissa rum åsyftar en viss praktik, barn, i främst de yngsta åldrarna, kan agera utanför den givna praktiken. Rummet, innebär inte bara en struktur eller fysisk inramning (jfr. Lefebvre, 1974/1991), utan det skapar även tillfällesstrukturer för händelser (jfr. Merton, 1959; Cohen & Felson, 1979, Clarke & Lester, 2013).

Riskmiljöerna uppstår i kombinationen av en alternativ social praktik i rummet, där praktiken inte är normerad utifrån den manifesta eller latent representationen av rummet. Den manifesta och/eller latent representationen skapar däremot tillfällesstrukturer som tillåter en alternativ praktik. Riskmiljön uppstår således under vissa situationella förutsättningar (”något går fel” i samband med konventionell måluppfyllelse, låg social kontroll eller icke-konventionell måluppfyllelse → skadehändelser), där rummets avsedda spatiala praktik även inkluderar tillfällesstrukturer för avvikande praktik.

För att förtydliga det abstrakta resonemanget ytterligare, så ligger förklaringen till att förstå barns riskmiljöer i att förstå och klargöra *för vem är rummet latent och manifest avsett för samt för vilken typ av social och spatial praktik är reglerad genom rummet*. Är bostaden konstruerad för barn eller utifrån vuxnas behov och praktik? Är den gjord för lek? Ger den tillfällen för avvikande handlingar?

Detta kan exemplifieras med att barns lek eller imitation i form av att ”hjälpa till” sker i en miljö som inte är anpassad till barnens förutsättningar, vilket ökar risken för oavsiktliga skadehändelser. Ett exempel på detta är från en av IDB:s fritexter om en treårig pojke som skadade sig i köket; ”Hjälpte till att duka bordet ramlade baklänges ner från köksstolen”. Ett annat från samma källa är hur barnet använder bostadsrummet på ett ”annat sätt” genom att en femårig flicka ”Lekte hinderbana, tappade balansen och slog armen mot väggen”. På workshopen diskuterades det hur konfrontationer kan uppstå i samband med bostadens ”samlingsplatser” nyttjas, en plats som är utformad för ”att ha trevligt tillsammans” men även ger tillfälle till eskalering av situationella konflikter vilket påverkar sannolikheten för interpersonella skadehändelser. Eller nödvändigheten av privat rum, i form av badrum och sovrum, med syfte att ”hålla publiken borta” (jfr. Goffman, 1959/2006:110) även har en tillfällesstruktur som innebär reducerad kontroll, vilket möjliggör intrapersonella skadehändelser.

Bostaden går således att förstå utifrån en förförstådd och implementerad reglerande praktik, där den förväntade spatiala praktiken inte alltid överensstämmer med den reella sociala praktiken. Utifrån analysen framkom det att det finns en funktion sammankopplad med rummets utformning och att rummet blir en riskmiljö när individen inte använder rummet som det är avsett. Bostadsrummet inklusive matrum, är utformat som en samlingsplats, där det bygger på en normativ bild av vem som ska nyttja det och hur. Ett tydligt exempel på detta förhållande är transformationen från funktionsnedsättning till funktionshinder, som sker när en individ med vissa attribut går in i en miljö som inte är utformad för dennes praktik.

Bostadsrummet och de olika passagerummen, i form av hall, korridor och förstuga kan förstås som semipublika rum, där det är avsett för viss aktivitet, men även för att flera personer ska kunna nyttja rummet samtidigt. De två privata rummen (sovrum och badrum), är avsedda för hygien, vila och rekreation och avsedda för en persons aktivitet i taget. Kökets funktion är främst förknippat med hushållssysslor, och är även det semipublikt.

Dessa förgivettagande rumsliga funktioner styr i sin tur utformning, planering och inredning, samtidigt som i barn och ungas perspektiv rummen även ger tillfällen för alternativ praktik i form av: lek (alla rum), berusningsplats (vardagsrum, matrum), samlingsplats (vardagsrum, matrum, kök), privatliv och reducerad kontroll (badrum och sovrummet). Rummen kan även transformeras till ”genomfartsrum”, där rummets ursprungliga funktion används på ”fel sätt”. Tydligast är det med köket som har en funktion av att förvara olika hushållsartiklar såsom knivar, rengöringsprodukter eller mediciner, vilket ger det (precis som badrummet) karaktären av ett genomfartsrum för olika former av avsiktliga skadehändelser.

4:4:3 Slutsatser om rummets socialt konstruerade och reella risker

En av mina ansatser i uppsatsen var att försöka förstå och undersöka ”vad är risk och hur ser relationen mellan riskfaktorer och riskmiljö ut?”. I mitt analysarbete framkommer att risk inte är ett enhetligt fenomen, utan består av två termer som används parallellt. Å ena sidan är risk en process, sannolikheten för ett visst utfall (probabilistisk risk) där risk kan förstås genom att studera kombinationen av skademönster, skadeexponering och skademekanismer. Å andra sidan är risk en diskurs som individer förhåller sig till, diskursen är – när det gäller skadehändelsersituationsbunden och villkoras av kombinationen, ”vem jag är” (individuell position), ”var jag är” (spatial position) och ”när jag är” (tidsdimension).

Då risk är två parallella fenomen, går det inte att förhålla sig till riskfaktorer eller riskmiljö statiskt. I mina studier framkommer att det finns riskfaktorer på mikro, meso- och makronivå som är av betydelse för skadehändelser, samtidigt är dessa inte alltid en riskfaktor utan villkoras av olika förutsättningar. Att vara man är en riskfaktor under vissa villkor, men under andra villkor är det en skyddsfaktor och så vidare. Riskfaktorer förändras således över tid och rum. Riskmiljö, är precis som riskfaktor, inte heller statiskt utan villkorat av individens position, handling och interaktion i rummet. Individens position leder till olika former av tidsexponering inne i bostaden, vilket avspeglas i mönstret av skadeplatserna. Av särskilt intresse i analysen är skadehändelsernas relation till bostadens funktion. Funktionen är sammanlänkad med rummets manifesta och latent struktur,

som skapas i transformationen från space till place, och där det ingår en explicit eller implicit reglering av det sociala samspelet. Det är även viktigt att komma ihåg att de boende i bostaden har möjlighet att förändra rummets funktion genom att bostaden används på andra sätt än de angivna. Till exempel kan vardagsrum och sovrum byta funktion, genom att den boende ”byter plats” på dessa.

Rummet skapar olika tillfällesstrukturer med syftet att underlätta vardagspraktik. Dessa tillfällesstrukturer som villkorar vardagens konforma handlingar, villkorar samtidigt de icke-konforma, vilket gör att skadehändelser utlöses av samma faktorer som får vårt vardagsliv att fungera. Samtidigt är bostadens funktion beroende av vem som nyttjar bostaden, faller dessa individer utanför den normativa ramen för ”den förväntade boende”, blir rummet icke-funktionellt. Skadehändelser i hem och boendemiljöer är således ett resultat av individens position, individens handling och kontextens attribut. Det sker en reglering av händelseförloppet utifrån särskilda mellanliggande förhållanden. De mellanliggande förhållandena är avhängda individens handling och interaktion i rummet och vad rummet ”möjliggör”.

5. SLUTDISKUSSION

I följande avsnitt kommer jag att diskutera mina resultat i relation till uppsatsens syfte och frågeställningar, men även förtydliga varför kunskap om risk är betydelsefullt i preventionsforskning. Först skulle jag dock vilja belysa de begränsningar som finns i uppsatsens empiriska studie (studie III).

I den första delen används SAMS-områden tillsammans med bostadsbeståndet som en kombinerad variabel, som tidigare nämnts problematiserar Amcoff (2012) användandet av SAMS- områden, eftersom de bygger på ett antagande om homogenitet vilket är problematiskt när det kommer till storstäder. Emellertid kan grannskapseffekter mätas i relation till SAMS-områdena rörande urbana ytterområden och mindre tätorter (Amcoff, 2012). I delstudien används IDB från övervägande mindre tätorter (Värmland och Skaraborg) och enbart en större stad (Umeå), vilket gör att begränsningar finns, men de borde inte påverka studien i någon större utsträckning.

I delstudie 2 ligger begränsningen i att kategoriseringen och definitionen av våldsskador är subjektivt gjord. Kategorierna är grundade i olika teoretisk koncept, men där det kan finnas olika traditioner att förhålla sig till, företrädesvis begreppen självskada och socialt sanktionerat våld. Vidare är den statistiska analysen gjord på IDB Skaraborg och det kvalitativa materialet insamlat i Göteborgsregionen, vilket gör att det kommer från två olika regioner, vilket kan vara problematiskt. Jag har i min delstudie utgått ifrån att våldets struktur är statiskt och att det geografiska läget inte påverkar rummets funktion. Dock verkar det finnas flera underrapporteringsproblem i IDB vilket diskuteras i avsnitt 4:1. Jag tror även att institutioner som vänder sig till barn och ungdomar ingår i en ”vårdande kontext”, vilket gör att en del skadehändelser tas hand om på plats av personalen och därför aldrig registreras, vilket gör att jag har ett stort bortfall i delstudie 2 rörande skadeplatsen.

I den tredje delstudien, som bygger på resultaten från forskningscirkeln, är fokus flyttat från stora empiriska undersökningar till en mer erfarenhetsnära forskning, vilket gör det svårt att generalisera resultatet till andra former av funktionsvariationer och/eller geografiska regioner²⁰. Däremot har den erfarenhetsnära forskningen flera andra fördelar som inte den kvantitativa kan fånga, bland annat går det i den här delstudien att fånga konsekvenserna av en otrygghet i bostaden. För, enligt min mening, finns det en sanning i det så kallade Thomasteoremets grundantagande; att det vi definierar som verkligt får verkliga konsekvenser (Thomas och Thomas 1928:527).

Trots dessa begränsningar anser jag att studiens resultat kan bedömas ha hög grad av validitet, och reliabilitet, utifrån både kvalitativa och kvantitativa kvalitetskrav (jfr. Tracy, 2010; Montgomery et al, 2012).

5:1 Risk och riskens betydelse för prevention

I uppsatsen framkommer att risk som vardagsaktivitet uppstår i en komplex relation mellan tid, rum, situation, strukturella och individuella faktorer. Risk är en parallellprocess till vardagslivets organisering och normativa förhållanden, vilket leder till att individens förhållningssätt till både den reella risken och den socialt konstruerade risken är en vardagsaktiviteter, ”risken för risker” är, så att säga, ständigt närvarande.

²⁰ Tidigare studier visar att tolkningen av rätten till bland annat bostadsanpassning varierar mellan olika kommuner, se bl.a. Boverket, (2014).

Detta mer abstrakta resonemang utesluter dock inte möjligheten för ett förebyggande arbete, utan det som krävs är att det förebyggande arbetet grundar sig i en avgränsad målgrupp eller att försöka finna en "samsyn" på ett eller flera rum som bör prioriteras, eftersom det inte finns några generella lösningar.

För mig är det viktigt att diskutera och försöka förstå riskbegreppet i relation till preventionsaspekten, mitt resonemang grundas på maximen "first measure, then act", som indikerar att vi först måste veta omfattningen för att agera. Det är därför viktigt att förstå risk, som både ett konkret och ett abstrakt fenomen för att kunna förebygga skadehändelser med en effektiv anpassad prevention.

Den reella risken, det vill säga utfallet i registerstudierna, är en typ av risk där skador av olika slag är en konsekvens – vilka förebyggs effektivt genom att göra en fördjupad analys av händelsekedjan. Den socialt konstruerade risken, är däremot av en mer emotionell karaktär, där rädsla eller otrygghet är de emotioner ska förebyggas, där det kvalitativa materialet kan ge en bild av hur det trygghetsfrämjande arbetet kan läggas upp.

5:2 Slutsatser och vidare forskning

I studie I, framkommer att registermaterialet går att använda till viss forskning, företrädesvis den rörande reella risker, men att det samtidigt krävs en försiktighet vid tolkning av resultaten. Vid en jämförelse av registren i denna studie och STRADA (Swedish Traffic Accident Data Acquisition), som bygger på två källor (polisrapporter och sjukvården) så bygger alla register på samma tanke om att användas i företrädesvis epidemiologiska forskning.

Däremot har STRADA en mer uttalad preventionsinsats, genom att vara sammanlänkad med GIS-system samt med en obligatorisk fritext beskrivning, vilket gör att det i STRADA går att förstå händelseförloppet. I den kommande forskningen är kunskapen om registerprocessen central att ha med sig, och jag tror inte att "mer register" är svaret på problemet med registren, utan däremot är det eftersträvänsvärt med en högre kvalitet i de redan befintliga registrerna.

I studie III har jag försökt att förstå och kartlägga "risker i rummet" på olika sätt och med olika metodologiska angreppssätt genom att se till vilka skademönster som förekommer och hur relaterar de till riskfaktorer, risksituationer och riskmiljöer på mikro-, meso- och makronivå. Resultatet i studien indikerar att platsens funktion är central samt vem som använder platsen.

I kommande forskning bör fokuset flyttas mer explicit till risksituationer, riskmiljöer och rummets funktion utifrån en preventiv ansats med en mer väldefinierad avgränsning, både geografiskt och åldersmässigt. Detta skulle möjliggöra en mer väldefinierad kvantitativ operationalisering och analys samt ett användande av andra kvalitativa metoder såsom observationsstudier.

Referenser:

- Adler, P.A., Adler, P. (2007), The De-medicalization of Self-Injury. From Psychopathology to Sociological Deviance, *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 36(5): 537-570.
- Agerbo, E., Sterne, J.A.C., Gunnell, D.J. (2007), Combining individual and ecological data to determine compositional and contextual socio-economic risk factors for suicide, *Social Science & Medicine*, vol. 64 (2):451–461.
- Agnew, R. (1985), A Revised Theory of Delinquency. *Social Forces*, vol. 64(1): 151-67.
- Agnew, R. (2009), General Strain Theory: Current Status and Directions for Further Research. in F.T. Cullen, J-P. Wright, K.R., Blevins (eds.) *Taking Stock. The status of Criminological Theory. Advances in Criminological Theory*. Volume 15, New Brunswick, New Jersey: Transaction Publisher.
- Amcoff, J. (2012), Hur bra fungerar SAMS-områden i studier av grannskapseffekter? En studie av SAMS-områdenas homogenitet. *Socialvetenskaplig tidskrift* vol. 19(2):93-115.
- Andershed, H, Andershed A-K. (2005), *Normbrytande beteende i barndomen: vad säger forskningen?*, Stockholm: Gothia Fortbildning, AB.
- Angelstam, P., Andersson, K., Annerstedt, M., Axelsson, R., Elbakzide, M., Garrido, P., Grahn, P., Jönsson, I.K., Pedersen, S., Schylter, P., Skärbäck, E., Smith, E. and Stjernquist, I. (2013), Solving Problems in Social-Ecological Systems: Definitions, Practice and Barriers of Transdisciplinary Research, *AMBIO* vol. 42(2): 254-265.
- Angew, J. (2011), Space and Place, ur Agnew, J. & Livingstone, D. (2011), *Handbook of Geographical Knowledge*. London: SAGE.
- Atkins, R., Matsuba, N.K. (2008), The Association of Personality and the Likelihood of Serious Unintentional Injury During Childhood *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 23(6): 451-459.
- Balazs, J., Miklósi, M., Kersztény, A., Dallos, G., Gádoros, J. (2014), Attention-deficit hyperactivity disorder and suicidality in a treatment naïve sample of children and adolescents, *Journal of Affective Disorders*, vol. 152-154: 282–287.
- Bamzar, R., Ceccato, V. (2015), The nature and the geography of elderly injuries in Sweden, *GeoJournal*, vol.80 (2):279-299.
- Barnmiljörådet (1989), *Barnsäkerhetsarbetet i Sverige 35 år: minnen och erfarenheter för framtiden*. Volym: 221, Folksam skriftserie, Bohuslänningens tryckeri AB.
- Barnombudsmannen (2012), *Signalerna - våld i nära relationer. Barn och ungdomar berättar*. Årsrapport, 2012. Stockholm: Barnombudsmannen.
- Barron, K. (1999), Ethics in qualitative social research on marginalized groups. *Scandinavian Journal of Disability Research*, vol. 1(1):38-49. DOI: 10.1080/15017419909510736
- Bauman, Z. (2006), *Liquid Fear*. Cambridge: Polity Press.
- Beck, U. (1992), *Risk Society. Towards a new modernity*. London: SAGE Publication.
- Becker, H.S. (1963/2005), *Utanför. Avvikandets Sociologi*. Lund: Arkiv Förlag.

- Benford, P., Young, B., Coupland, C., Watson, M., Hindmarch, P., Hayes, M., Goodenough, T., Maysak-Newman, G., Kendrick, D. (2015), Risk and protective factors for falls on one level in young children: multicenter case-control study, *Injury Prevention*, vol. 21(6):381-388.
- Bernburg, J.G., Thorlindsson, T., Sigfusdottir, I., (2009), The spreading of suicidal behavior: The contextual effect of community household poverty on adolescent suicidal behavior and the mediating role of suicide suggestion, *Social Science & Medicine*, vol. 68(2):380-389.
- Blomqvist, P. (2004) The Choice Revolution: Privatization of Swedish Welfare Services in the 1990s, *Social Policy and Administration*, vol:38(2):139-155.
- Boenisch, S., Bramsfeld, A., Mergl, R., Havers, I., Althaus, D., Lehfeld, H., Niklewski, G., Hegerl, U. (2010), The role of alcohol use disorder and alcohol consumption in suicide attempts – A secondary analysis of 1921 suicide attempts, *European Psychiatry* vol. 25(7):414-420.
- Borell K, Johansson R (2005). Det egna hemmet som andras arbetsplats, ur Fjaestad B, Wolvén L-E. (red) *Arbetsliv och samhällsförändringar*. Lund: Studentlitteratur.
- Broady, D. (1998), *Kapitalbegreppet som utbildningssociologiskt verktyg*. Skeptronhäften / Skeptron Occasional Papers, nr: 15, Uppsala: Uppsala Universitet. Forskningsgruppen för utbildnings- och kultursociologi, ILU, Univ., 1998. 2:a upplagan.
- Bourdieu, P. (1977), *Outline of a Theory of Practice*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. & Waquant, L., (1992), *An Invitation to Reflexive Sociology*, Cambridge: Polity Press.
- Boverket (2011), *Bygg barnsäkert - i byggnader, på tomter och i utemiljön*. Karlskrona: Elanders Sverige AB.
- Boverket, (2014), *Översyn av lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m.* Regeringsuppdrag. Rapport 2014:38. Karlskrona: Boverket.
- Bowling, A. (2014), *Research Methods in Health. Investigating health and health service*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 4:e upplagan.
- Brottsförebyggande rådet (2007), *Våld mot personer med funktionshinder*, Rapport 2007:26. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, Information och förlag.
- Brottsförebyggande rådet (2009). *Tonåringars benägenhet att anmäla brott och deras förtroende för rättsväsendet*. Rapport 2009:20. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, Information och förlag.
- Brottsförebyggande rådet (2011a), *Den polisanmälda barnmisshandeln. Utvecklingen fram till 2009*. Rapport: 2011:16. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, Information och förlag.
- Brottsförebyggande rådet (2011b), *Det dödliga våldets utveckling. Fullbordat och försök till dödligt våld i Sverige på 1990- och 00-talet*. Rapport: 2011:5. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, Information och förlag.
- Brottsförebyggande rådet (2013), *Brott bland ungdomar i årskurs nio. Resultat från Skolundersökningen om brott åren 1995-2011*. Rapport: 2013:3. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, Information och förlag.
- Brottsförebyggande rådet (2015a), *Nationella Trygghetsundersökningen 2014. Om utsatthet, otrygghet och förtroende*. Rapport: 2015:1. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, Information och förlag.
- Brottsförebyggande rådet (2015b), *Kortanalys: Brottsutvecklingen för vissa brott mot person fram till 2013*, nedladdningsbar via www.bra.se [2015-08-12].

- Brottsförebyggande rådet (2015c), *Kortanalys: Alkohol och drogpåverkan vid misshandel, hot, personrån och sexualbrott*, nedladdningsbar via www.bra.se [2015-08-13].
- Brottsförebyggande rådet [elektronisk resurs], Barnmisshandel, nedladdningsbar via <http://bra.se/bra/brott-och-statistik/barnmisshandel.html> [2016-08-12]
- Brülde, B., Tengland, P.-A. (2003), *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.
- Bueno-Cavanillas, A., Padilla-Ruiz, F., Jiménez-Moléon, J.J., Peinado-Alonso, C.A., Gálvez-Vargas, R. (2000), Risk factors in falls among elderly according to extrinsic and intrinsic causes. *European Journal of Epidemiology*, volume 16(9):849-859.
- Bäckman, O., Estrada, F., Nilsson, A., Shannon, D. (2014), The Life Course of Young Male and Female Offenders, Stability or Change between Different Birth Cohorts?. *British Journal of Criminology*, vol. 54(3):393-410.
- Cameron, R. (2011), Mixed Method Research: The Five P's Framework, *The Electronic Journal of Business Research Methods* vol. 9(2):96-108.
- Carlzon, D., Olausson, M. (2014), Falskt larm ligger bakom skärpt krav på paracetamol. *Dagens nyheter*, <http://www.dn.se/debatt/falskt-larm-ligger-bakom-skarpt-krav-pa-paracetamol/> [2015-09-24]
- Casteleden, H., & Garvin, T. (2008). Modifying Photovoice for community-based participatory Indigenous research. *Social science & medicine*, vol. 66(6), 1393-1405.
- Cavalari, R.N.S., Romancsyk, R.G. (2012), Caregiver Perspectives on Unintentional Injury Risk in Children With an Autism Spectrum Disorder, *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 27(6): 632-641.
- Charmaz, K. (2014), *Constructing Grounded Theory*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publication. 2:th Edition.
- Chou, I.-C., Lin, C.-C., Sung, F.-C., Kao, C.-H. (2014), Attention-deficit hyperactivity disorder increases the risk of deliberate self-poisoning: A population-based cohort, *European Psychiatry*, vol. 29(8):523-527.
- Clarke, A.E. (2003), Situational Analyses: Grounded Theory Mapping After the Postmodern Turn, *Symbolic Interaction*, vol. 26 (4):553-576.
- Clarke, A.E., Friese, C., Washburn, R. (eds.). (2015), *Situational Analysis in Practice. Mapping Research with Grounded Theory*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Clarke, R.V. (1989), Theoretical Background to Crime Prevention Through Environmental Design (CPTED) and Situational Prevention, *Conference Proceedings at: Designing Out Crime: Crime Prevention Through Environmental Design (CPTED)*, The Hilton Hotel, Sydney, Friday 16 June 1989.
- Clarke, R.V., Lester, D. (2013), *Suicide. Closing the Exit*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Clearly, A. (2012), Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities, *Social Science & Medicine*, vol. 74(4): 498-505.
- Cohen, L.E., Felson, M. (1979), Social Change and Crime Rates Trends: A routine activity approach, *American Sociological Review*, vol. 44(4):588-608.
- Cordovil, R., Araújo, D., Pepping, G.-J., Barrerios, J. (2015), An ecological stance on risk and safe behaviors in children: The role of affordances and emergent behaviors, *New Ideas in Psychology*, vol. 36:50-59.

- Cozens, P., Love, T. (2015), A Review and Current Status of Crime Prevention through Environmental Design (CPTED), *Journal of Planning Literature*, vol. 30(4):393-412.
- Cresswell, J.W., Miller, D.L. (2000), Determining Validity in Qualitative Inquiry, *Theory into Practice*, vol. 39(3):124-130.
- Cresswell, J.W. (2014), *Research design, qualitative, quantitative and mixed methods approaches*, Thousand Oaks, CA: SAGE Publication. 4:th Edition.
- Cuff, D., Wriedt, J. (2010), *Architecture from the outside in. Selected essays by Robert Gutman*. New York: Princeton Architectural Press.
- Dale, R.A., Hasselberg, M., Petzold, M., Hensiong, G. (2012), Alcohol environment, gender and non-fatal injuries in young people. An ecological study of fourteen Swedish municipalities (2000-2005). *Substance Abuse, Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 7(36), DOI: 10.1186/1747-597X-7-36.
- Danielsson, I, Blom, H., Nilses, C., Heimer, G., Högberg, U. (2009), Gendered patterns of high violence exposure among Swedish youth, *Acta Obstetricia et Gynecologica*.vol: 88(5):528-535.
- Danielsson, I, Blom, H., Nilses, C., Högberg, U., Heimer, G. (2010), Tydliga könsskillnader i ungdomars utsatthet för våld. Också stora skillnader mellan olika studier. *Läkartidningen*, vol.107(18):1230-1234
- Denzin, N. K. (1989). *Interpretive interactionism*. Newbury Park, CA: SAGE Publication.
- Denzin, N.K. (2002), The Interpretive Process, ur: Huberman, A.M. & Miles, M.B (eds.) *The qualitative Researcher's Companion*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publication.
- Dufort, M., Stenbacka, M, Hellner Gumpert, C. (2014), Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden, *European Journal of Public Health*, vol. 25(3):413-418.
- Easthope, H. (2004), A Place Called Home. *Housing, Theory and Society* vol. 21 (3):128-138.
- Ekman, R., Svanström, L., Långberg, B. (2005), Temporal trends, gender, and geographic distributions in child and youth injury rates in Sweden, *Injury Prevention*, vol. 11(1):29-32.
- Ekman, R., Stark Ekman, D., Schyllander, J., Schelp, L. (2015), A comparison of unintentional injury patterns occurring in two Swedish communities in 1978 and in 2008, *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, vol. 22(3):254-259.
- Elo, S., Kyngäs, H. (2008), The qualitative content analysis process, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 62 (1):107-115.
- Engström, K., Diderichsen, F., Laflamme, L. (2004), Parental Social Determinants of Risk for Intentional Injury: A Cross-Sectional Study of Swedish Adolescents, *American Journal of Public Health*, vol. 94 (4):640-645.
- Erikson, E.H. (1950/1995). *Childhood and Society*, London: Vintage Books.
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., Wängnerud, L. (2007), *Metodpraktikan, konsten att studera samhälle, individ och marknad*, Stockholm: Nordstedts Juridik, 3:dje upplagan.
- Estrada, F. (2005), *Våldsutvecklingen i Sverige. En presentation och analys av sjukvårdsdata*. Institutet för Framtidsstudier, Arbetsrapport 2005:4.

- Estrada, F., Bäckman, O., Nilsson, A. (2015), The Darker Side of Equality? The Declining Gender Gap in Crime: Historical Trends and an Enhanced Analysis of Staggered Birth Cohorts. *British Journal of Criminology*, [Published online 30 October 2015] doi: 10.1093/bjc/azv114.
- Favazza, A. R. 1998. The Coming of Age of Self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. vol. 186 (5):259–68.
- Ferrante, F., Marinaccio, A., Iavicoli, S. (2014), Epidemiological Risk Analysis of Home Injuries in Italy (1999-2006), *International journal of environmental research and public health*, vol.11(4):4402-4416.
- Festinger, L. (1957), *A Theory of Cognitive Dissonance*, Stanford CA: Stanford University Press.
- Foucault, M. (1975/2006), *Övervakning och straff*. Lund: Arkiv Förlag
- Förenta Nationerna (1989), Barnkonventionen, FN:s konvention om barns rättigheter, <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten> [2015-11-10].
- Förenta Nationerna (2006), Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, <http://www.regeringen.se/contentassets/f6446d9266db46dea0e0e58cd6d53a97/konvention-om-rattigheter-for-personer-med-funktionsnedsattning-och-fakultativt-protokoll-till-konventionen-om-rattigheter-for-personer-med-funktionsnedsattning.pdf> [2016-01-18].
- Gardner, M., Steinberg, L. (2005), Peer Influence on Risk Taking, Risk Preference and Risky Decision Making in Adolescence and Adulthood: An Experimental Study. *Developmental Psychology* vol. 41(4):625-635.
- Garzon, D.L. (2005), Contributing Factors to Preschool Unintentional Injury, *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 20 (6): 441-447.
- Gibilisco, P. (2014). *The Politics of Disability: A Need for a Just Society Inclusive of People with Disabilities*. British Columbia, Canada: CCB Publishing.
- Gibson A, Britten N, Lynch J. (2012). Theoretical Directions for an Emancipatory Concept of Patient and Public Involvement. *Health*, 16(5) 531-547.
- Giftinformationscentralen (2015), *Giftinformationscentralens årsrapport 2014*. Stockholm: Giftinformationscentralen. nedladdningsbar via: <https://giftinformation.se/globalassets/publikationer/arsrapport-2014.pdf>
- Girasek, D.C. (1999), How members of the public interpret the word *accident*. *Injury Prevention* vol. 5(1):19–25.
- Glasser, G.B., Strauss, A.L. (1967/2012), *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick, N.J.; Aldine Transaction Publications. 7:th Edition.
- Goffman, E. (1959/2006), *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Nordstedts Akademiska Förlag.
- Goffman, E. (1963), *Behavior in Public Places. Notes on social organization of gatherings*. London: The Free Press of Glencoe.
- Granath, J.Å. (1991), *Architecture, Technology and Human Factors. Design in a Social-Technical Context*. Doktorsavhandling, Institutionen för Arkitektur, Göteborg: Chalmers Tekniska Högskola.
- Green, J. (1997), *Risk and misfortune: social constructions of accidents*. London: UCL Press.
- Grönvik, L. (2008), Intersektionalitet och statistik, ur Grönvik, L., Söder, M. (red.) (2008), *Bara Funktionshindrad? Funktionshinder och intersektionalitet*. Malmö: Gleerups Förlag.

- Gunnell, D., Murray, V., Hawton, K. (2000), Use of Paracetamol (Acetaminophen) for Suicide and Nonfatal Poisoning: Worldwide Patterns of Use and Misuse, *Suicide and Life-threatening behavior*, vol. 30(4):313-326.
- Gustafsson, L.H. (2010), Så fruktansvärt onödigt! Om Ragnar Berfenstam och kampen mot barn olycksfall, *Socialmedicinsk tidskrift*, vol.87(5-6): 331-336.
- Gyllencreutz, L. (2015), *To prevent without overprotecting - children and senior citizens injured during outdoor activities*, Doctoral thesis, Department of Nursing, Umeå: Umeå University.
- Gyllencreutz, L., Rolfman, E., Saveman, B-I. (2015), Non-minor injuries among children sustained in an outdoor environment – a retrospective register study, *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, vol. 22(1):3-10.
- Haddon, W. Jr. (1980), Advances in the Epidemiology of Injuries as a Basis for Public Policy, *Public Health Reports*, vol. 95(5): 411-421.
- Hagan, F.E. (1993), *Research Methods in Criminal Justice and Criminology*, New York: Macmillan Publishing Company, 3:rd Edition.
- Hansson, S-O. (2012), *Riskfilosofi. En introduktion*, Stockholm: Liber AB.
- Hartig, T., Lawrence, R.J. (2003), Introduction: The residential context of health, *Journal of Social Issues*, vol. 59(3): 455-473.
- He, S., Lunnen, J.C., Puvanachandra, P., Singh, A., Zia, N., Hyder, A.A. (2014), Global childhood unintentional injury study: Multisite Surveillance Data. *American Journal of Public Health*, vol. 104(3):79-84.
- Hempel, C.G., Oppenheim, P. (1948), Studies in the logic of explanation, *Philosophy of Science*, vol. 15(2):135-175.
- Henson, B., Wilcox, P., Reyns, B.W., Cullen, F.T. (2010), Gender, Adolescent Lifestyle and Violent Victimization: Implications for Routine Activity Theory. *Victims & Offenders*, vol. 5(4):303-28.
- Hillier, B., Hansen, J. 1984), *The social logic of place*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Hjern, A., Ringbäck-Weitof G., Andersson R. (2001), Socio-demographic risk factors for home-type injuries in Swedish infants and toddlers, *Acta Paediatrica*, vol. 90(1):61-68.
- Hodgson, S. (2004), Cutting through the silence: A Sociological Construction of Self-injury, *Sociological Inquiry*, vol. 74(2): 162-179.
- Huberman, M., Miles, M.B. (2002), *The Qualitative Researcher's Companion*, Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Högskolelag (1992:1434), Utbildningsdepartementet, Svensk författningssamling 1992:1434.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskolelag-19921434_sfs-1992-1434 [2016-05-25]
- Kasperson, R.E., Renn, O., Slovic, P., Brown, H.S., Emel, J., Goble, R., Kasperson, J.X., Ratick, S. (1988), The Social Amplification of Risk: A conceptual Framework, *Risk Analysis*, vol. 8(2):177-187.
- Kelle, U. (2007), The development of categories: Different Approaches in Grounded Theory, ur Bryant, A., Charmaz, K. (eds.), *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. London: SAGE Publication.
- Kent, J., Wheeler, A. (2015), What can Built Environment and Health Professionals Learn from Crime Prevention in Planning? Introducing 'HPTED', *Urban Policy and Research*, vol. 34(1): 39-54 DOI: 10.1080/08111146.2015.1034852
- Keyes, K.M., Susser, E., Pilowsky, D.J., Hamilton, A., Bitfoi, A., Goelitz, D., Kuijpers, R.C.W.M., Lesinskiene, S., Mihova, Z., Otten, R., Kovess, V. (2014), The health consequences of child mental health problems and parenting styles: Unintentional injuries among European schoolchildren, *Preventive Medicine* vol. 67:182–188.

- Lange, H., Buse, J., Bender, S., Siegert, J. Knopf, H., Roessner, V. (2014), Accident Proneness in Children and Adolescents Affected by ADHD and the Impact of Medication, *Journal of Attention Disorders*, vol. 20(6): 501-509 DOI: 10.1177/1087054713518237
- Langley, J., Brenner, R. (2004), What is an injury?. *Injury Prevention* vol. 10(2):69-71.
- Larsson, B., Letell, M., Thörn, H. (2012), Transformation of the Swedish Welfare State: Social Engineering, Governance and Governmentality. An Introduction. ur Larsson, B., Letell, M., Thörn, H. (eds.), *The Transformation of the Welfare State. From Social Engineering to governance?*, London: Palgrave MacMillan.
- Lauritsen, J.L., Heimer, K., Lynch, J.P., Trends in the gender gap in violent offending: New evidence from the national crime survey. *Criminology*, vol. 47 (2):361-399.
- Lawrence, R. J. (1987), *Housing, Dwellings and Homes*. Chichester: John Wiley & Sons
- Layder, D. (1993), *New Strategies in Social Research: An Introduction and Guide*. Cambridge: Polity Press.
- Lefebvre, H. (1974/1991), *The production of space*. Oxford: Basil Blackwell Publishing.
- Linde, J., Sonnemans, J. (2012), Social comparison and risky choices, *Journal of Risk and Uncertainty* vol. 44(1):45-72.
- Ludvigsson, J. (2016), Registerforskning och samtycke, *Läkartidningen*, vol. 07/2016:113:DWEF.
- Lundälv, J. (2009), Trafikmedicinskt språkbruk i svensk kontext – Från ett trafikskade perspektiv. *Nordisk Forsäkringstidsskrift* vol. 3. www.nft.nu/nb/trafikmedicinskt-sprakbruk-i-svensk-kontext-fran-ett-trafikskadeperspektiv [2016-08-30]
- Läkemedelsverket [elektronisk resurs], Försäljning av paracetamol i tablettform i detaljhandeln upphör 1 november, <https://lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2015/Forsaljning-av-paracetamol-i-tablettform-i-detaljhandeln-upphor-1-november/> [2016-08-30]
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E.J., Corcoran, P., Fekte, S., van Heeringen, K., De Leo, D., Ystgaard, M. (2008), Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* vol. 49(6):667-677.
- Mallet, S. (2004), Understanding home: a critical review of the literature, *Sociological Review* vol. 52 (1):62-89.
- Mangs, K. Martell, B. (1982), *0-20 år I psykoanalytiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur. 3:rd upplagan.
- Marquardt, G., Bueter, K., Motzek, T. (2014), Impact of the Design of the Built Environment on People with Dementia: An Evidence-Based Review, *Health Environments Research & Design Journal*, vol. 8(1):127-157.
- Marshall, C., Rossman, G.B. (2011), *Designing Qualitative Research*, Los Angeles: SAGE, 5:th edition.
- Messerschmidt, J.W. (1997), *Crime as Structured Action. Gender, Race, Class, and Crime in the Making*. London: SAGE.
- Merton, R.K. (1938), Social Structure and Anomie, *American Sociological Review*, vol. 3 (1938):672-682.
- Merton, R.K. (1942/1973), The Normative Structure of Science (1942), ur: Merton, R.K. (1973), *The Sociology of Science: theoretical and empirical investigations*. Chicago: University of Chicago Press.
- Merton, R.K. (1959), Social Conformity, Deviation and Opportunity Structures: A comment on the Contributions of Dubin and Cloward. *American Sociological Review*, vol. 24(2):177-189.
- Montgomery, D.C., Peck, E., Vining, G.G. (2012), *Introduction to Linear Regression Analysis*. Hoboken, NJ: Wiley. 5.th Edition.
- Morrongiello, B., MacIsaac, T.J., Klemencic, N. (2007), Older siblings as supervisors: Does this influence youngchildren's risk of unintentional injury?, *Social Science & Medicine*, vol. 64(4):807-817.

- Morrongiello, B., Sandomierski, M., Valla, J. (2010), Early identification of children at risk of unintentional injury: A sensation seeking scale for children 2–5 years of age, *Accident Analysis and Prevention*, vol. 42 (4):1332-1337.
- Morrongiello, B.A., Schell, S.L., Keleher, B. (2013), Advancing our understanding of sibling supervision and injury risk for young children, *Social Science & Medicine*, vol. 96:208-213.
- Myndigheten för delaktighet, (2016), *En jämställdhetsanalys av levnadsvillkor och delaktighetsmöjligheter – för personer med funktionsnedsättning*. Sundbyberg: Myndigheten för delaktighet serie A 2016:2 (diarienummer 2015/0049).
- Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap (2010), *Varför drunknar barn? En retrospektiv studie över barn som drunknat i Sverige 1998–2007*. Publikationsnummer: MSB 0139-10. Stockholm: MSB.
- Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap (2011a), *Skadebild och säkerhetsarbete bland ungdomar och yngre vuxna*. Publikationsnummer: MSB273-augusti 2011. Stockholm: MSB.
- Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap (2011b), *Barn och ungas säkerhet*. Publikationsnummer: MSB307 - september 2011. Stockholm: MSB.
- Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap (2012), *Fallolyckor*. Publikationsnummer: MSB752 - Oktober 2014. Stockholm: MSB.
- Newman, O. (1972), *Defensible Space*, New York: Mac Millan.
- Nylander, O. (2007), Bostadens typologi, ur Bäckström, H., Carlsson, A., Eriksson, J., Sthle, O. (red.) *Bostaden och kunskapen*, Stockholm: Arkus.
- Orton, E., Kendrick, D., West, J., Tata, L.J. (2012), Independent Risk Factors for Injury in Pre-School Children: Three Population-Based Nested Case-Control Studies Using Routine Primary Care Data. *PLoS ONE* vol. 7(4): e35193. doi:10.1371/journal.pone.0035193
- Osborne, J.M., Davey, T.M., Spinks, A.B., McClure, R.J., Sipe, N. Cameron, C.M. (2016), Child injury: Does home matter? *Social Science and Medicine*, vol. 153(March01):250-257. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.02.017
- Petersilia, J.R. (2001), Crime Victims with Developmental Disabilities. A review essay. *Criminal Justice and Behaviour*, vol. 28(6):655-694.
- Petridou, E., Kedikoglou, S., Andrei, E., Farmakakis, T., Tsiga, A., Angelopoulos, M., Dessypris, S., Trichopoulos, D., (2003), Injuries among disabled children: a study from Greece, *Injury Prevention*, vol. 9(3):226–230.
- Pinto, L.M., Carvalho, P., dos Santos, S.T. (2014), House “Machine á habiter” from the 21:st century, *European Scientific Journal*, vol. 10(9):12:21.
- Pluye, P., Hong, Q.N. (2014), Combining the Power of Stories and the Power of Numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews, *Annual Review of Public Health*, vol. 35:29-45
- Ragin, C.C. (1992), Introduction: Cases of “What is a case”, ur Ragin, C.C., Becker, H.S. (eds.), *What is a case? Exploring the foundations of social inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reichertz, J. (2010), Abduction: The logic of Discovery of Grounded Theory. *Forum Qualitative Research*, vol. 11(1).
- Reimers, A., Laflamme, L. (2005), Neighbourhood social and socio-economic composition and injury risks, *Acta Paediatrica*, vol. 94(10):1488-1494.
- Renn, O. (1998), The role of risk perception for risk management. *Reliability Engineering and System Safety*, vol. 59(1):49-62.
- Rosenberg, M.L., Butchart, A., Mercy, J., Vasant, N. Waters, H. och Marshall, M.S. (2006). Interpersonal Violence, ur Jamison, D.T, Breman, J.G., Measham, A.R., Alleyne, G., Claeson, M., Evans, D.B., Jha, P., Mills, A.

- Musgrove, P. (eds.), *Disease Control Priorities in Developing Countries, Second Edition*.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11728/> [2015-10-03]
- Rowe, R., Maughan, B., Goodman, R. (2004), Childhood Psychiatric Disorder and Unintentional Injury: Findings from a National Cohort Study, *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 29(2):119–130.
- Russell, K., Davison, C., King, N., Pike, E., Pickett, W. (2015), Understanding clusters of risk factors across different environmental and social contexts for the prediction of injuries among Canadian youth. *Injury*, vol. 47(5):1143-1150. <http://dx.doi.org/10.1016/injury.2015.11.030>
- Rädda Barnen (2012), *Våldsutsatta barn inom hälso - och sjukvården. Kritik och förslag från Rädda Barnen*. ISBN: 978-91-7321-436-0. Stockholm: Rädda Barnen. nedladdningsbar via <https://www.raddabarnen.se/Documents/vad-vi-gor/sverige/vald-och-overgrepp/V%C3%A5ldsutsatta%20barn%20inom%20h%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rden%202012.pdf> [2016-08-30]
- Schatzki, T.R. (2005), Practice mind-ed orders, ur Schatzki, T.R., Knorr-Cetina K., von Savigny, E. (eds.), *The practice turn in contemporary theory*. London: Routledge.
- Schwebel, D.C. (2004), Temperamental risk factors for children's unintentional injury: the role of impulsivity and inhibitory control, *Personality and Individual Differences* vol. 37 (3): 567-578.
- Schwebel, D.C., Hodgins, J.B., Sterling, S. (2006), How mothers parent their children with behavior disorders: Implications for unintentional injury risk, *Journal of Safety Research* vol. 37 (2):167 – 173.
- Sellström E., Bremberg S., Garling A., Hornquist J.O. (2000), Risk of childhood injury: Predictors of mothers' perceptions, *Scandinavian Journal of Public Health*, vol: 28 (3):188-193.
- Sengoelge, M., Hasselberg, M. Laflamme, L. (2010), Child home injury mortality in Europe: a 16-country analysis, *European Journal of Public Health*, vol. 21 (2):166-170.
- Sengoelge, M., Hasselberg, M., Ormandy, D., Laflamme, L. (2013), Housing, income inequality and child injury mortality in Europe: a cross-sectional study. *Child: care, health and development*, vol. 40 (2):283-291.
- Shepherd, D.A. and Patzelt, H. (2011), The New Field of Sustainable Entrepreneurship: Studying Entrepreneurial Action Linking “What is to be Sustained” with “What is to be Developed”, *Entrepreneurship Theory and Practice*, vol. 35(1):137-163.
- Sherrard, J., Tonge, B.J., Ozanne-Smith, J. (2002), Injury risk in young people with intellectual disability, *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 46 (1): 6-16.
- Skegg, K. (2005), Self-harm, *Lancet* vol. 366 (9495):1471-1483.
- Socialdepartementet (1975), Statens offentliga utredningar (SOU 1975:30), *Barnens livsmiljö. Betänkande av barnmiljöutredningen*. Stockholm.
- Socialdepartementet (1979), Statens offentliga utredningar (SOU 1979:28), *Barnolycksfall. Betänkande av barnolycksfallsutredningen*. Stockholm.
- Socialdepartementet (2003), Statens offentliga utredningar (SOU 2003:127), *Från barnolycksfall till barns rätt till säkerhet och utveckling. Slutbetänkande av Barnsäkerhetsdelegationen*. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2010a), *Barn som utsätts för fysiska övergrepp*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010b), *Dödsorsaksstatistik. Historik, produktionsmetoder och tillförlitlighet. Komplement till rapporten Dödsorsaker 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011a), *Skador bland barn i Sverige, Olycksfall, övergrepp, och avsiktlig självdestruktiv handling*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2011b), *Skadehändelser som föranlett läkarbesök vid akutmottagning. Statistik från Socialstyrelsens Injury Database (IDB), Sverige 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013), *Unga och Brott i Sverige. Underlagsrapport till Barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015a), *Skador bland barn i Sverige 2013*, Stockholm: Socialstyrelsen, Diarienummer 2445/2015
- Socialstyrelsen (2015b), *Sjukdomar i slutenvård 1998-2014*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen [elektronisk resurs], ”Frågor och svar om funktionsnedsättning och funktionshinder, användning av begreppen”: nedladdningsbar via <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktion> [20160811]
- Stenbacka, M., Leifman, A, Dalal, K., Jansson, B. (2011), Early predictors of injury mortality among Swedish conscripts. A 35-year cohort study, *Accident Analysis and Prevention* vol. 43(1):228-234.
- Storey, D. (2012), *Territories: The Claiming of Space*, London: Routledge, 2:nd Edition.
- Strauss, A.L., Corbin, J. (1990), *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park, CA: SAGE.
- Sykes, G.M., Matza, D. (1957), Techniques of neutralization: A theory of delinquency. *Sociological Review*. vol.22(6):664-670.
- Thodelius, C., Lundälv, J. (2016), *Går det att sammanfoga spetskompetens med tvärdisciplinära ambitioner? Reflektion rörande kunskapskvalitet i förändring och utveckling*. Extended Abstract för Runda Bordssamtal, Konferensen om Undervisning och Lärande (KUL 2016), Chalmers Tekniska Högskola. [20160112] <https://www.chalmers.se/sv/konferens/KUL/KUL2016/Sidor/Program-KUL2016.aspx>
- Thomas, W. I. and Thomas, D.S. (1928): *The child in America, Behaviour Problems and programs*, New York: Knopf.
- Towner, E., Dowswell, T., Jarvis, S. (2001), Updating the evidence. A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: Part 2. *Injury Prevention*, vol. 7(3):161-164.
- Towner, E., Mytton, J. (2009), Prevention of unintentional injuries in children. *Paediatrics and child health*, vol. 19(11): 517-521.
- Tracy, S.J. (2010), Qualitative quality: Eight ‘Big-Tent’ criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry* vol. 16 (10):837–851.
- Turner, B.S. (1987), *Medical Power and Social Knowledge*. London: SAGE Publications.
- Turner, H.S., Stets, J.E. (2006), Sociological Theories of Human Emotions. *Annual Review of Sociology*, vol. 32: 25-52.
- Uhnöo, S. (2011), *Våldets Regler. Ungdomars tal om våld och bråk*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.
- Ulrich, R.S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H-B., Choi, Y-S., Quan, X., Joseph, A. (2008), A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *Health Environments Research & Design Journal*, vol. 1(3):61-125
- van den Ban, E, Souverein, P., Meijer, W., van Engeland, H., Swaab, H., Egberts, T., Heerdink, E. (2014), Association between ADHD drug use and injuries among children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 23(2): 95-10.
- van Soest, D., Bryant, S. (1995), Violence reconceptualized for social work: The urban dilemma. *Social Work* vol. 40(4):549-558.

- Varul, M.Z. (2010), Talcott Parsons, the Sick Role and Chronic Illness, *Body & Society*, vol. 16(2): 72–94; DOI: 10.1177/1357034X10364766
- Vaughan, D. (1999), The Dark Side of Organizations: Mistake, Misconduct, and Disaster. *Annual Review of Sociology*, vol. 25:271-305.
- Vetenskapsrådet (2011), *God forskningssed*, Vetenskapsrådets rapportserie, publikation 1:2011. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Victorian Equal Opportunity and Human Rights Commission (2014), *Rights and Risk. How Human Rights Can Influence and Support Risk Management for Public Authorities in Victoria*. Carlton, Victoria. Victorian Equal Opportunity and Human Rights Commission.
- Västra Götalandsregionens Kompetenscentrum för våld i nära relationer [Elektronisk resurs] (2016), Särskilt om ungdomar och unga vuxna 13 - 24 år, <http://www.valdinararelationer.se/sv/Vald-i-nara-relationer1/Toppmeny/Halso--och-sjukvard/Sarskilt-om-ungdomar-och-unga-vuxna/>
- Västra Götalandsregionen, Kunskapscentrum för Jämlig Vård (2016), Ordlista Jämlig vård, nedladdad via <http://jamlikvard.vgregion.se/upload/NYA%20KJV/Metoder,%20Material/Ordlista/Ordlista%20J%c3%a4mlik%20v%c3%a5rd.pdf> [2016-08-30]
- Wall, E., Larsdotter, K., Nilsson, M., Nyman, L., Årskog, M. (2012), *Riskbilden – hur barn och ungdomar ser på risker i vardagen*, Slutrapport, <http://www.dinsakerhet.se/omrisker> [2015-09-22]
- Wang, C., & Burris, M. A. (1997). Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health education & behavior*, vol. 24(3): 369-387.
- Wang, C.C. 1998. Portraying Stigmatized Conditions: Disabling Images in Public Health. *Journal of Health Communication: International Perspectives* vol. 2(3): 149-159.
- Wells, M., Morrongiello, B.A., Kane, A. (2012), Unintentional injury risk in school-age children: Examining interrelations between parent and child factors. *Journal of Applied Developmental Psychology* vol. 33(4): 188-196.
- Wermeling, E., Nydahl, E. (2011). Från forskningsobjekt till medaktör. Om samarbete mellan forskare och den forskningen berör. Sundbyberg: Handikappförbunden.
- Wikman, A., Marklund, S., Alexandersson, K. (2005), Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *Journal of Epidemiological Community Health*, vol. 59(6):450-454.
- WHO (1948), Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- WHO (2004), *World Report on Road Traffic Injury Prevention*, WHO press, Geneva: World Health Organization.
- WHO (2008), *World Report on Child Injury Prevention*, WHO press, Geneva: World Health Organization.
- Wolpe, P.R. (2006), Reasons Scientists Avoid Thinking about Ethics. *Cell* vol: 125(6):1023-1025.
- Wortley, R., Mazerolle, L. (eds.) (2008), *Environmental Criminology and Crime Analysis*. Cullompton : Willan.
- Wortley, R. (2008), Situational precipitators of crime. ur: Wortley, R., Mazerolle, L. (eds.) (2008), *Environmental Criminology and Crime Analysis*. Cullompton: Willan.
- Yin, R.K. (1994), Discovering the Future of the Case Study Method in Evaluation Research, *Evaluation Practice*, vol. 15(3):283-290.
- Yin, R. K. (2007), *Fallstudier: design och genomförande*. Malmö: Liber.
- Yin, R.K. (2013), Validity and generalization in future case study evaluations, *Evaluation*, vol. 19(3):321-332.

Yung, A., Haagsma, J., Polider, S. (2014), A systematic review on the influence of pre-existing disability on sustaining injury, *Accident Analysis and Prevention*, vol. 62:199– 208.

Appendix I

Schematisk sammanställning av litteraturöversikten

<i>Generisk kategori</i>	Fysisk och psykisk utveckling hos individen	Familje- och hemmiljöns relaterade faktorer	Strukturella faktorer
<i>Underkategori</i>	Motorik och mobilitet Sensationssökande/temperament Sömnmönster Överskattning av förmåga Fysiska funktionsnedsättningar sammankopplat med fallrelaterade skadehändelser och fysisk miljö Psykiska funktionsnedsättningar sammankopplade med alla former av skadehändelser	Grad av social kontroll Familjestruktur Förekomst av syskon Fysisk miljö	Socialisering Socioekonomisk status (SES) Integration Kön Ålder Spatiala och temporala faktorer, i form av geografisk distribution och årstidsbundna händelser
<i>Antal artiklar/ generisk kategori*:</i>	54	11	33

*Ett antal artiklar tangerade flera teman, men då gjordes en bedömning av temat utifrån dels artikelns angivna nyckelord (författarens klassificering) samt vad som lyftes fram i resultatavsnittet som de mest relevanta resultaten.

Appendix II

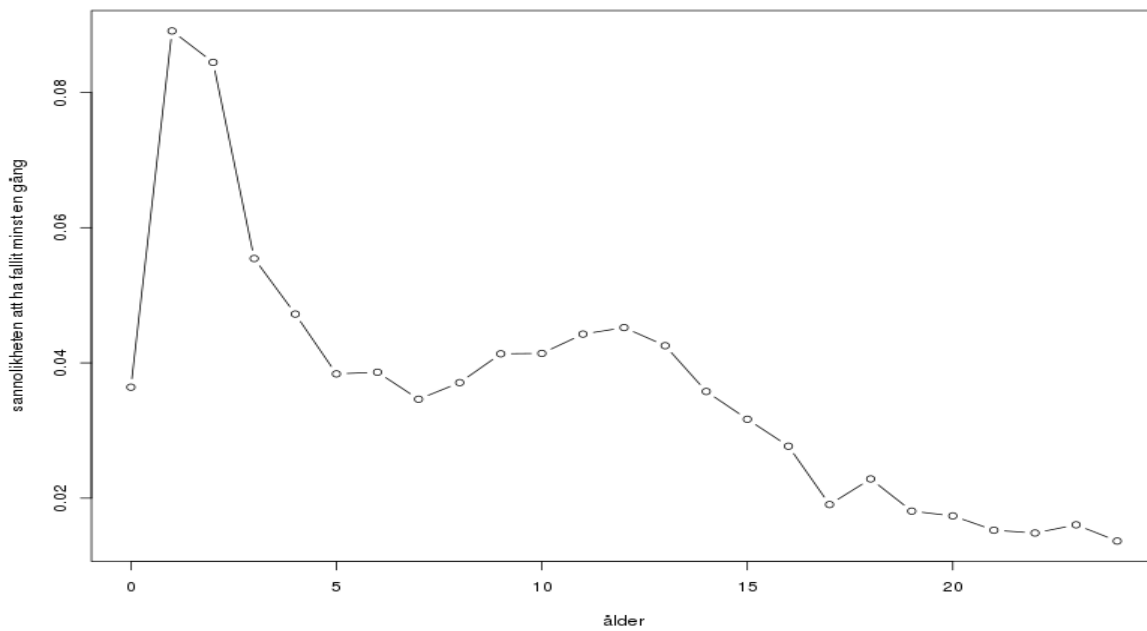
Materialmatris till studie II

Publikation	Register som ingår i publikation	Bedömning/diskussion om registerkvalité förekommer	Metoddiskussion förekommer
Bamzar, R., Ceccato, V. (2015) The nature and the geography of elderly injuries in Sweden, <i>GeoJournal</i> , vol.80:279-299	PAR	Ja	Ja
Gyllencreutz, L. (2015), <i>To prevent without overprotecting - children and senior citizens injured during outdoor activities</i> , Doctoral thesis, Department of Nursing, Umeå University	IDB	Nej	Nej
Socialstyrelsen (2015a), <i>Skador bland barn i Sverige 2013</i> , Socialstyrelsen, Diarienummer 2445/2015	IDB, PAR, DOR	Ja	Ja
Socialstyrelsen (2015b), <i>Sjukdomar i slutenvård 1998-2014</i> , Artikelnummer: 2015-10-01	PAR	Ja	Nej
Gyllencruetz, L., Rolfman, E., Saveman, B-I. (2015), Non-minor injuries among children sustained in an outdoor environment – a retrospective register study, <i>International Journal of Injury Control and Safety Promotion</i> , vol. 22(1):3-10	IDB	Ja	Ja
Ekman, R., Stark Ekman, D., Schyllander, J., Schelp, L. (2015), A comparison of unintentional injury patterns occurring in two Swedish communities in 1978 and in 2008, <i>International Journal of Injury Control and Safety Promotion</i> , vol. 22(3):254-259	IDB, PAR, DOR	Nej	Ja
Dale, R.A., Hasselberg, M., Petzold, M., Hensiong, G. (2012), Alcohol environment, gender and non-fatal injuries in young people.	IDB	Ja	Ja

An ecological study of fourteen Swedish municipalities (2000-2005). <i>Substance Abuse, Treatment, Prevention, and Policy</i> , vol. 7(36):			
Socialstyrelsen (2011b), <i>Skadehändelser som föranlett läkarbesök vid akutmottagning. Statistik från Socialstyrelsens Injury Database (IDB), Sverige 2010. Artikelnummer:2011-11-18</i>	IDB	Ja	Ja
Socialstyrelsen (2010b), <i>Dödsorsaksstatistik. Historik, produktionsmetoder och tillförlitlighet. Komplement till rapporten Dödsorsaker 2008. Artikelnummer: 2010-4-33</i>	DOR	Ja	Nej
Ponce de Leon, A., Svanström, L., Welander, G., Schelp, L., Santesson, P., Ekman, R. (2007), Differences in child injury hospitalizations in Sweden: The use of time-trend analysis to compare various community injury-prevention approaches, <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> vol. 35:623-630	PAR	Ja	Ja
Estrada, F. (2005), <i>Våldsutvecklingen i Sverige. En presentation och analys av sjukvårdsdata</i> . Institutet för Framtidsstudier, Arbetsrapport 2005:4	PAR, DOR	Ja	Ja
Ekman, R., Svanström, L., Långberg, B. (2005), Temporal trends, gender and geographic distributions in child and youth injury rates in Sweden, <i>Injury Prevention</i> , vol. 11:29-32	PAR, DOR	Nej	Ja

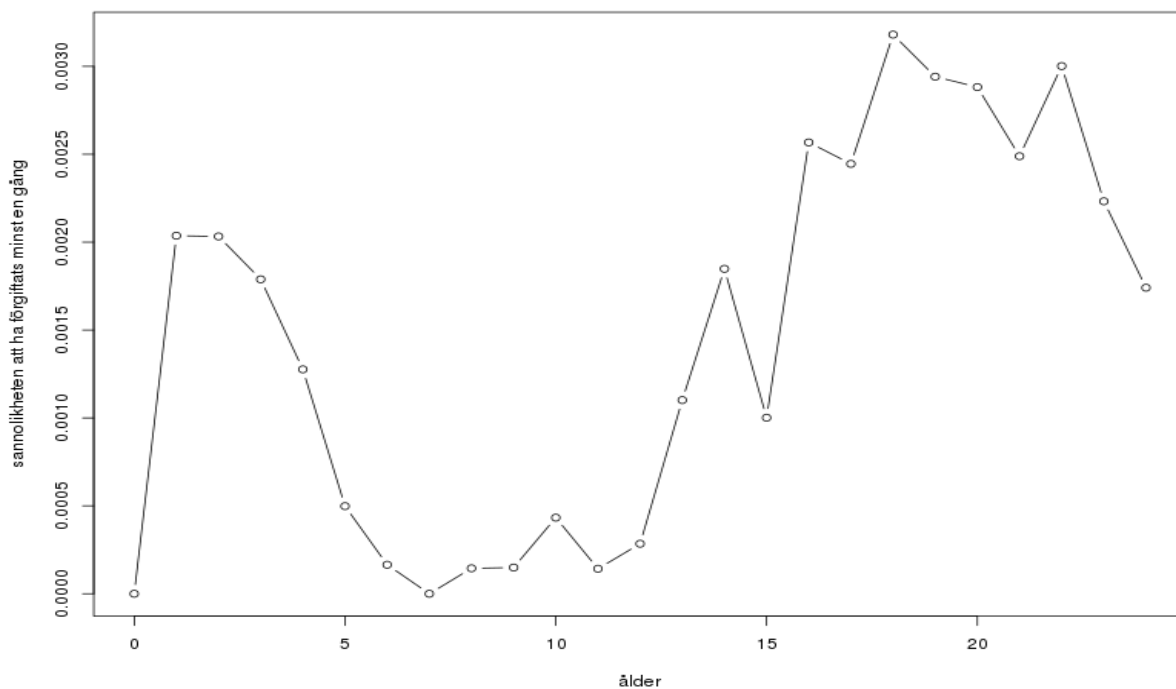
Appendix III

Figur 1: Sannolikhet för att ha fallit minst en gång per personår (n=439587)



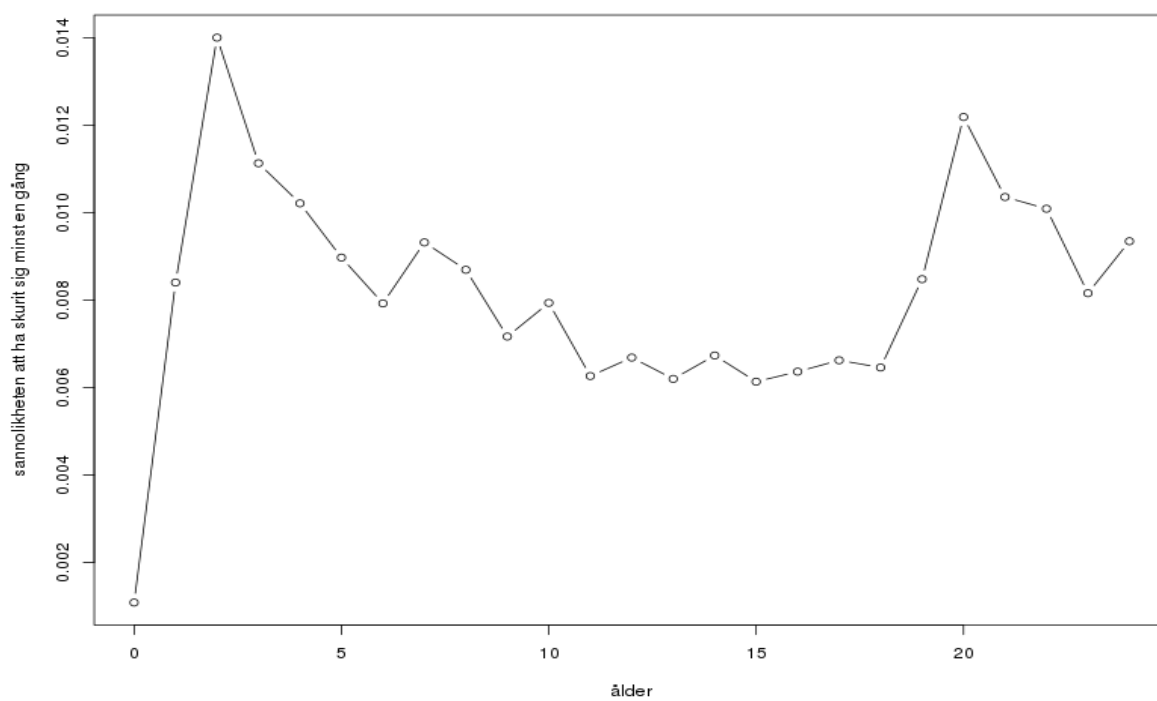
Källa: IDB 2009-2011

Figur 2: Sannolikheten för att ha förgiftats minst en gång per personår (n=439587)



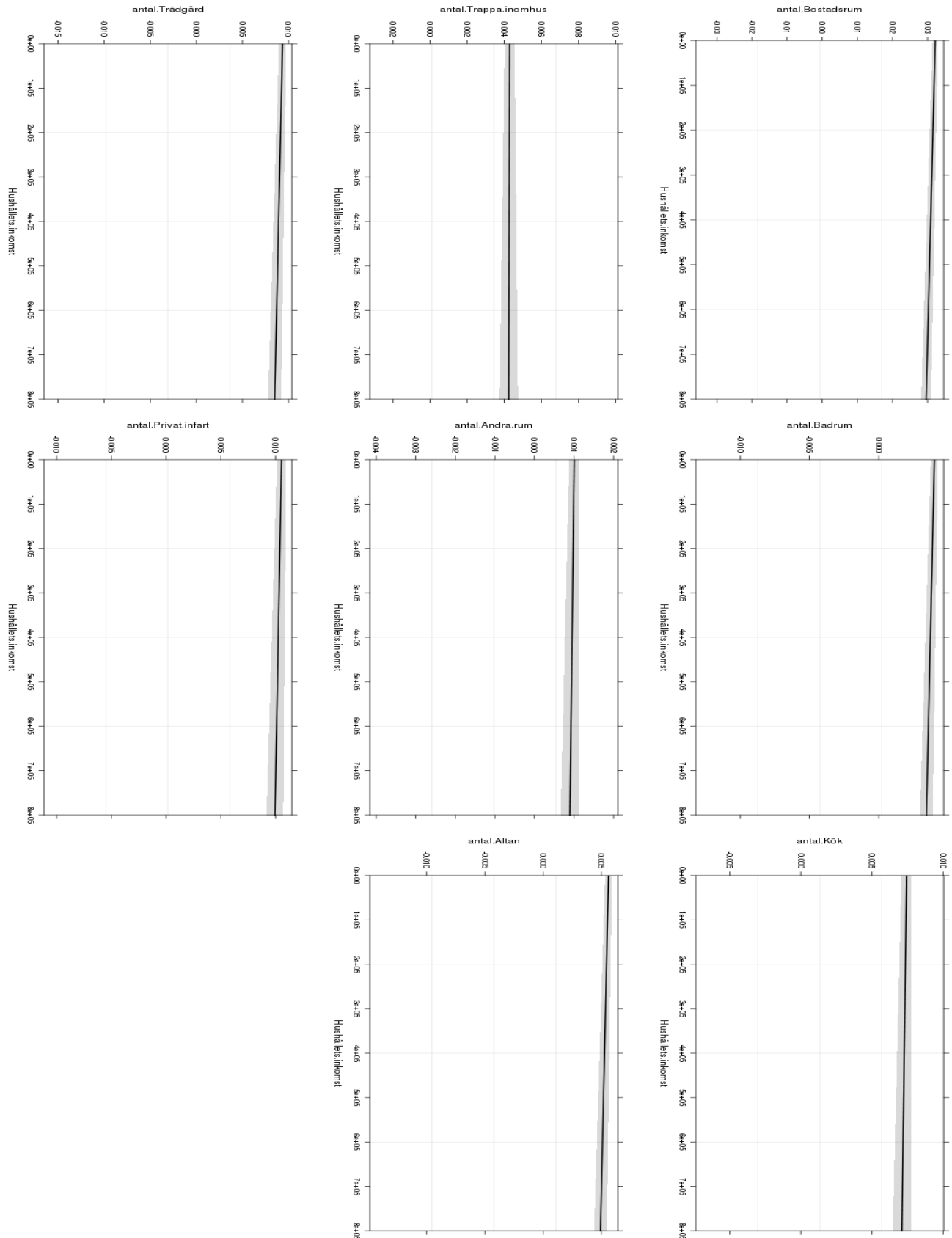
Källa: IDB 2009-2011

Figur 3: Sannolikheten för att ha skurit sig minst en gång per personår (n=439587)



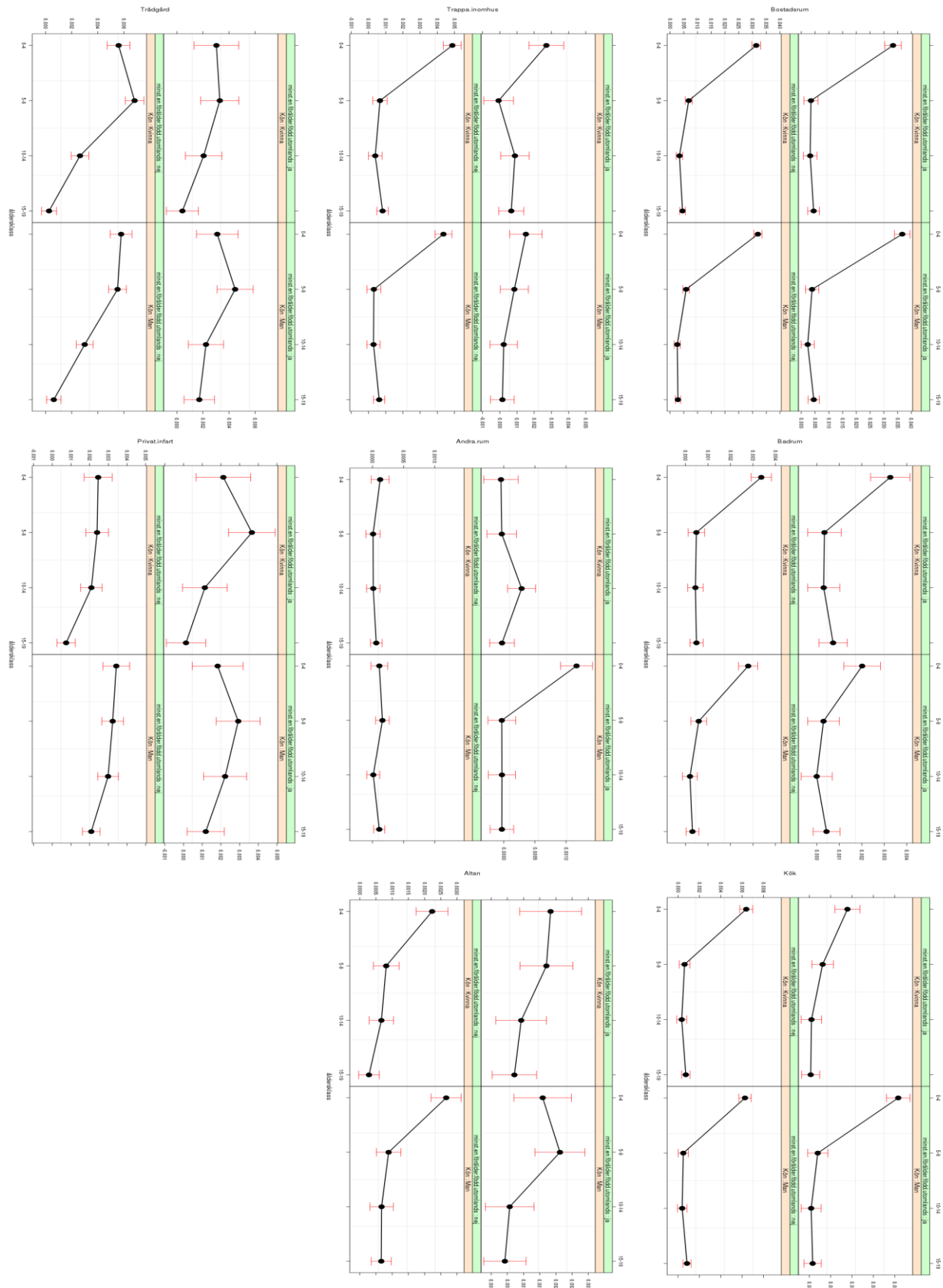
Källa: IDB 2009-2011

Figur 4: Effekten av hushållets inkomst på antal skadehändelser per plats i bostaden (n=439587)



Källa: IDB samt LISA 2009-2011

Figur 5: Interaktionseffekten kön, ålder och etnicitet för skadehändelser i bostadens rum (n=433676)



Källa: IDB samt LISA 2009-2011

Appendix IV

Injury events sustained by people with disabilities in residential environments: an analysis of Swedish register data

Charlotta Thodelius ^a, Hans Ekbrand ^b, Robert Ekman ^a, Jörgen Lundälv ^c

^a School of Architecture, Chalmers University of Technology, Gothenburg, Sweden

^b Department of Sociology and Work Science, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden

^c Department of Social Work, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden

Abstract:

Background: This study identified risk factors associated with age and disability status in relation to injury events (n=218 179) occurring in residential settings in Skaraborg, Sweden, 2001-2008.

Objectives: The previous research has showed an increased risk for injuries in residential settings for disabled individuals, but only a small number of studies have addressed this particular problem, and thus, there is a need to identify specific risk factors associated with injuries involving disabled people in their homes.

Method: This study analyses register data from the Injury Database (IDB) for the Skaraborg district, the data includes records of both intentional and unintentional injury events, which gives a maximal variation of the injury panorama. We have employed logistic regression analysis, and in some cases multinomial regression analysis to compare the proportions of different groups.

Results: Injuries occurred twice as often in homes compared to other environments. Individuals with disabilities were more likely to be injured in their homes compared to non-disabled individuals. The most common injury mechanism was falling. Persons with disabilities had a significantly higher risk of falling in all age groups except the oldest.

Key results: Persons with disabilities, and older people, need preventive efforts aimed at decreasing falls particularly in home settings.

Keywords: injury prevention, disability, residential area, register data, Sweden, injury surveillances.

1. Introduction

Injuries in residential settings are a major problem both on a societal and individual level. In Sweden per cent of the total fatalities are related to injuries (EuroSafe, 2013) and recent data indicates that 88 per cent of those fatal injuries occurred in the home and leisure environments (Jaldell et al., 2015). The vast majority, 75 per cent of the total amount of non-fatal injuries, occurred in these same settings (ibid.).

The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities expresses ‘The right to life, freedom and personal safety’ for people living with disabilities (United Nations, 2006).

Although the increased risk for injuries in residential settings for disabled people would seem clear, only a small number of studies have addressed this particular problem, and thus, there is a need to identify specific risk factors associated with injuries involving disabled people in their homes.

1.1 Background

Previous research regarding injuries in the residential environments has found three at-risk groups: children and adolescents, individuals over the age of 65 years and individuals with disabilities. We will here give a brief summary of this research and the Swedish institutional context.

1.1.1 Children and adolescents

An average of 33 per cent of the total amount of injuries recorded during the period 2010-2013 for the age group 0-17 years, occurred in residential settings (The National Board of Health and Welfare, 2015a).

Swedish injury data shows that adolescents and young adults between the ages of 15 and 24 are those most likely to require health care for injuries. Of this group, about two-thirds are young men. The injuries to this age group are dominated by traffic-related incidents, followed by poisonings, sports-related injuries, self-harm, and alcohol- or drug-related injury events (Swedish Civil Contingencies Agency, 2011).

1.1.2 Older people

On average, four older adults die every day in Sweden as a consequence of fall-related injuries (Schylander, 2014). Swedish studies show that fall-related injuries for people ages 65–79 years are demonstrating a downward trend over time, but for the oldest age group (age 80+) the trend is the opposite (Nilson, 2014; Nilson et al., 2015).

In Sweden every third person age 65 or older who lives in their own home has a fall-related episode at least once per year. In most instances, these events are occurring in private residences. Swedish data shows that 95 per cent of people between the ages of 65 and 80 live in private residences, with or without home assistance. For age group 80+, 86 per cent lived in regular private residences, and 23 per cent of this group had home assistance in the year 2012 (Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2009).

1.1.3 Disability and impairment as a risk factor

International studies have shown a connection between disability and a higher risk of injury. In Sweden approximately one million individuals have some form of disability (Bonander et al., 2014), and a recent survey of Swedish living conditions found that disabilities are more frequently diagnosed in women compared to men, with the only exception to that being hearing loss (Swedish Agency for Participation, 2015).

For children with disabilities or impairment, the most common injuries are falls and brain concussion (Petridou et al., 2003; World Health Organization and The World Bank, 2011). The children at highest overall risk for injuries include those diagnosed with visual impairment, hearing impairment, hyperactivity and asthma (Xiang et al., 2014).

Adults with disabilities have a higher risk of fall-related injuries, because of their more restricted ability to avoid hindrances and hazards (Xiang et al., 2014). A study by Brophy et al. (2008) assessing injuries among US adults with disabilities found that individuals with moderate and severe disabilities had higher injury incidences compared to individuals without disabilities.

Injuries caused by falls during leisure activities was more frequent in the group, a higher proportion of the injuries occurred inside and around the home, and that the injuries also lead to longer hospital stays.

1.1.4 Institutional context

In Sweden the primary prevention strategies related to health and injury prevention are driven by legalization, and are monitored within the healthcare and social services systems

The Swedish Health and Medical Service Act, (HSL) (1982), regulates the right to health care on equal conditions, and also the rights regarding respect, self-determination and integrity of patients within the healthcare system. HSL also regulates the need for prevention by stating that health care providers should give advice to patients regarding health promoting and preventive measures.

Injury surveillance in Sweden is effected through different sources, including death and hospitalization registers. Surveillance systems use both International Classification of Diseases version 10, (ICD-10) and other classification systems, including Nordic Medico-Statistical Committee, (NOMESCO), (The National Board of Health and Welfare, 2011; 2015b).

Sweden has ratified several UN conventions that address the right to safety for at-risk groups, including the Conventions of rights of the child (UNICEF, 2016) and Convention on the Rights of Persons with Disability (2006). Participation and accessibility have also been emphasized in at the regional level in Sweden, through the establishment of governmental initiatives such as the Swedish Agency for Participation and the human rights committee in the Region Västra Götaland.

The Swedish Act on support and services for certain disabled people (LSS)(1993) and Social Service Act (SoL) (2001) legislated the process of residential adaptation, an aim to enabling the individual to maintain an independent life, where the individual feels safe and has improved accessibility.

However, the interpretation of the law on a municipal level is still unequal, and not all those in need of support and/or house adaptation are getting it (The National Board of Housing and Planning, 2014; The National Board of Health and Welfare, 2015c).

1.2 Definitions

The following definitions are applied in the study to define the concepts injury event, injury and home.

1.2.1 Injury and injury event

This study defines an injury event using the description adopted by Sweden's National Board of Health and Welfare (2011), where the event is viewed as the chain of events and errors deviating from normal circumstances that led to the injury. Injury events were analyzed in this study using four main factors: type of injury, mechanism of injury and places where injuries occurred. Injury type refers to the outcome of exposure to injury sources, for example, fractures, bruising, or open wound. Injury mechanisms describe the external events leading to injuries, including falling, getting pinched, or getting cut. In this study, the place of an injury event will refer to a location in, or in the direct vicinity of a home, using the broader definition described in this section.

1.2.2 Personal injuries

In this study, personal injuries are defined as injuries to the body that are caused by exposure to energy (mechanical, thermal, electrical or chemical energy), radiation, or lack of vital elements including water, warmth, or air which lead to injuries (drowning, choking or freezing, for example).

This study focuses on acute injuries, that is, events where the time between exposure to injury risk and resultant injury is short. Personal injuries result from accidents or unplanned exposure to energy, or from harm by self or from others, through physical interaction) (EU Council of Ministers, 2007).

1.2.3 Home and Residential Settings

In this study, the terms residential settings and home are used interchangeably. The separate physical components of a home or residential setting were defined as: 'Bathroom including WC, shower, sauna, laundry', 'living room,' 'bedroom' 'vestibule,' dining room', 'Residential outside areas, including balcony, stairs, roof, terrace', 'Kitchen', 'Nursing home, retirement homes, institutions', 'Stair (indoor) including platform', 'Garden including tool house, swimming pool', 'Private driveway, parking lot, carport, pathways in housing area, courtyard'.

1.3 Objectives

The objectives of this study were to identify risk factors associated with age and disability status in relation to injury events occurring in residential settings in Skaraborg district, Region Västra Götaland, Sweden, between years 2001-2008, and to examine how disabilities in combination with age affect these injury patterns.

This study describes injury events, including place of occurrence, type of injury and injury mechanism, through analyses of injury register data from a demarcated geographical area, in relationship to age and disability status.

2. Material and method

2.1 Material

This study analyses register data from the Injury Database (IDB) for the Skaraborg district, during the study period 2001-2008. Skaraborg district is a semi urban area in the southwest of Sweden with 15 municipalities and an uptake of 260,000 inhabitants. The biggest municipality in the district, Skövde, had 50,600 inhabitants and the smallest, Gullspång 5,400 at the end of the study period. The injury data were registered at four hospitals situated in Falköping, Lidköping, Mariestad and Skövde and at all local medical care centers in the district.

There were all together 218 179 records from Skaraborg district during the study period. The contents of the database are judged to be of high quality in terms of adherence to coding, and the use of trained coders minimized risk for miscategorisation. The total number of missing cases averages about 17 per cent annually (Ekman et al., 2015). IDB includes data from a self-reported questionnaire containing a few open ended questions about injury events which provides the injured with the opportunity to describe the injury (The National Board of Health and Welfare, 2011).

The distribution of the data sources for IDB records included Emergency departments (41% of records) public dental clinics (5% of IDB records) and local medical care centers, including some with around the clock service (54% of IDB records).

The data includes records of both intentional and unintentional injury events, which gives a maximal variation of the injury panorama. While some studies of Swedish injury patterns have used the IDB to examine risk factors associated recreational injuries, few if any studies have used this source to explore the relationship between injuries to disabled people that occur in residential settings. In this article, we will focus on four aspects connected to an injury event: place of occurrence, injury type, injury mechanism.

2.2 Modelling of injury data

The sample only includes people who have been injured. Thus we cannot derive the probability of a random disabled person getting a particular type of injury, or the probability of being injured in a particular place in the home, or the probability of being injured through a certain kind of mechanism in this study.

What we can do, however, is to compare the proportions of different groups with regard to the four aspects of the injury event. We can, for example, compare the likelihood that a disabled person seeks care for a particular kind of injury with the likelihood that a person without disabilities seeks that care. We have employed logistic regression analysis, and in some cases multinomial regression analysis.

If the probability for a person to have sought care for a certain injury type, e.g. fracture, is $P(\text{fracture})$, then the log-odds y for this is:

$$P(\text{fracture}) = \frac{e^y}{1+e^y}$$

The log-odds can be modelled as:

$$y = \beta_0 + \beta_k x_k + \varepsilon$$

where β_0 is the log-odds for the reference category of the grouping variable, x_k is the k -th category of the grouping variable (see section 2.3 below), β_k describes the difference, in log-odds, between the k -th category of the grouping variable and the reference category, and ε is the error (deviance). k varies from 1 to 7 since there are 8 categories in the grouping variable.

We apply this general model to a range of outcome variables, each pertaining to an aspect of the injury event: type, mechanism, and place. In figure 1-6, the dotted lines show the confidence intervals around the point estimates.

2.3 The independent variables

We have grouped the material into eight groups, using two variables, age and disability:

1. 0-19 years non-disabled
2. 0-19 years disabled
3. 20-64 years non-disabled
4. 20-64 years disabled
5. 65-84 years non-disabled
6. 65-84 years disabled
7. 85+ years non-disabled
8. 85+ years disabled

Groupings were made using existing data from IDB. The age of the patient was registered as a field in the database, but disability was not. Instead, we used information recorded in the freeform text field where the injury event was described. If it was clear from the description of the injury event that the patient was disabled, we classified the person as ‘disabled’; if not, the person was classified as ‘not disabled’. For example, if the freeform text mentioned that the patient had a wheelchair, then he or she would be classified as ‘with disability’.

The classifications into non-disabled and disabled were initially done through coding by Jörgen Lundälv who searched a large number of records and extracted information from free-text fields. This first search resulted in the development of a search term, shown below, which allowed for automated classification of all IDB records.

The search term contained the following words and phrases:

Personal assistant|Low vision|wheelchair|walker|electric wheelchair|cataract| spinal cord
injury|crutch|prosthesis|cane|blindness/visual impairment|mental or intellectual disabilities|spinal cord
injuries|spinal stenosis|disability|autism|ADHD|Asperger|LSS|special school|Down’s syndrome| Ehlers|
MS| paralysis|sheltered housing |adult day care.

The cases that this procedure that were flagged as involving people who were ‘disabled’ were then checked by a researcher for false positives (most false positives were situations where employees in municipal programs were injured on the job, while providing care to disabled people in their homes). The check-recheck method employed here cannot find every single case of false positives, so we have an imperfect grouping variable. Fortunately, this will tend to reduce the differences between the groups, so the differences that remain have then stood a stronger test than would have been the case had the grouping variable been perfect. In other words, the cases falsely classified as non-disabled’ tend to reduce the power of the analysis and when the analysis shows significant differences between groups in spite of the reduced power, then the risk of type II errors is smaller than the risk would have been with a non-reduced power.

This study analyzed all injury locations, including those occurring outside the home.

2.4 Ethical aspects

All research involving human subjects requires careful consideration of ethics (Beauchamp & Childress, 2001). This study was approved by the Ethical Review Board of Region Västra Götaland (registration

number 46414). In reporting the results of this study, ethical guidelines must also be followed. In research regarding vulnerable groups in society, it is important to be aware of the responsibility the researcher has concerning the interpretation and implementation of the results in society (cf. Wolpe, 2006).

Other research has discussed the misgivings and skepticism that some people with disabilities express on the types of categorizations and classifications that are used to describe health and functional capacities in registers (Lundälv et al., 2015).

These issues have been under consideration during the research process for this study, and the researchers involved acknowledge that multiple shortcomings exist in terms of the way factors and outcomes are described, both in this study and the other research in this area.

3. Results

A total of 218 179 records were analyzed for this study. Of these records, 75 708 documented injuries occurring in the home, of which 2 439 injuries occurred to people with disabilities. In total, there were slightly more women than men included in this study. In the younger age groups, there were more men among the injured, but in the older age groups, there was a very strong domination of women.

3.1 Injury setting

The IDB records show that the home environment was the most common injury location, with more than a third of the events occurring there. The home setting was twice as common as the second most common injury site, sport and recreation facilities. The third most common place of occurrence was transport areas.

Individuals with disabilities were more likely to be injured in their homes, and in schools and public areas compared with non-disabled individuals (Table 1).

Table 1. Outpatient injury related visits in Skaraborg district, Sweden, 2001-2008.

Place of occurrence and disability. Percentages.

Place of occurrence	Non-disabled (N=215.740)	Disabled (N=2.439)
Home	34.6	47.7
Sports and recreation	16.9	2.1
Transportation	15.7	11.8
Production and manufacturing	12.1	0.5
Schools and public areas	8.5	33.7
Free nature- natural environment	5.3	0.6
Amusement, cultural activities, parks	2.8	1.1
Other, unspecified	2.5	1.6
Shopping, consumer activities	1.1	0.9
Rivers, lakes, oceans	0.4	0

3.2 Which types of injuries do individuals suffer when they are in their homes?

For the elderly, about 50 per cent of the injured persons experienced fractures as result of injuries, while in the younger groups less than 30 per cent of the injured persons experienced fractures, see figure 1.

The presence of disabilities did not appear to affect the probability that the injury event resulted in a fracture, but it did affect the probability for contusions (figure 2) and for open wounds (figure 3).

Figure 1 shows that that risk of fracture was affected by age, but not by disability.

Figure 1. The proportion of care seekers with fracture. (N disabled = 1.889; N non-disabled = 75.295)

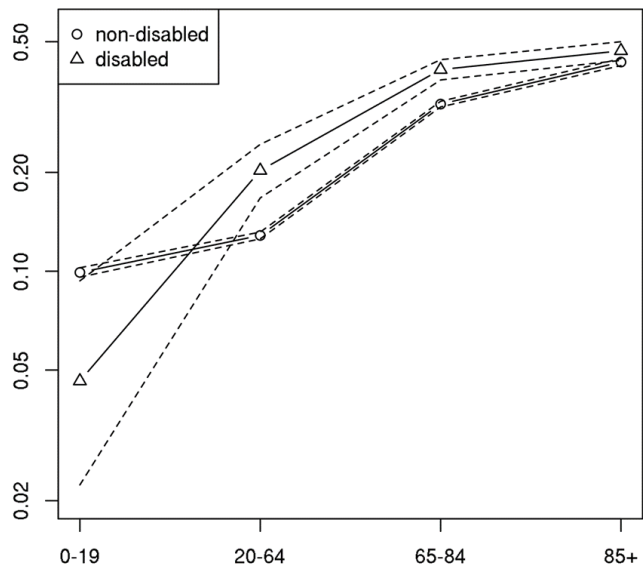
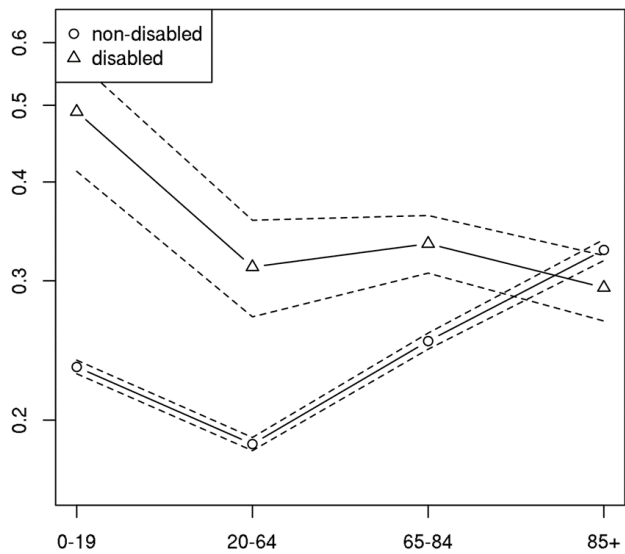


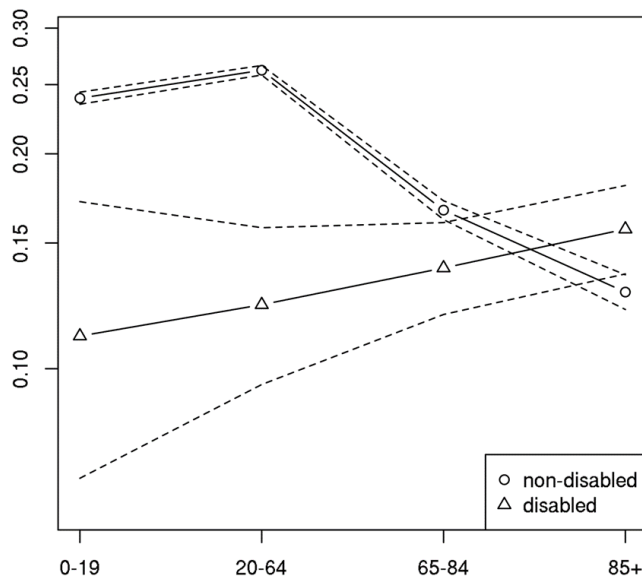
Figure 2 shows that persons with disabilities suffered from contusions more frequently than persons without disabilities.

Figure 2. The proportion of care seekers with contusion. (N disabled = 1.889; N non-disabled = 75.295)



Young and middle-aged non-disabled persons were the ones most likely to have experienced open wound injuries (see figure 3). The differences in risk for this type of injury between disabled and non-disabled persons were significant in all age groups except the oldest one, and the difference is highest in the youngest group. In this study, individuals with disabilities had a lower probability of suffering from open wounds as a result of an injury event, and the difference is significant for all age groups except the oldest one.

Figure 3. The proportion of care seekers with open wounds. (N disabled = 1.889; N non-disabled = 75.295)



3.3 In which locations do the injury events occur?

Table 2 shows the percentage of injury events for specific locations within homes for each of the eight study groups. For disabled persons in age groups 20-64, injuries in residential settings were most likely to occur in living rooms and bedrooms. However, for non-disabled people, this setting was most frequently associated with injuries to people in the very youngest and oldest age groups, but these differences were not significant for people aged 20-64.

For non-disabled persons below 85 years, garden settings, including tool houses and swimming pools, comprised the second most common location where residential injuries took place, while for disabled persons (above 19 years), nursing homes were the second most common locations for injury events.

This study found two areas where observed percentages for injury locations were clearly above expected percentages: indoor stair settings for disabled children, and bathroom settings for disabled persons 20-64 years.

Table 2. Outpatient injury related visits in Skaraborg district, Sweden, 2001-2008.

Location of the injury event by grouping category. Percentages. N = 77.184

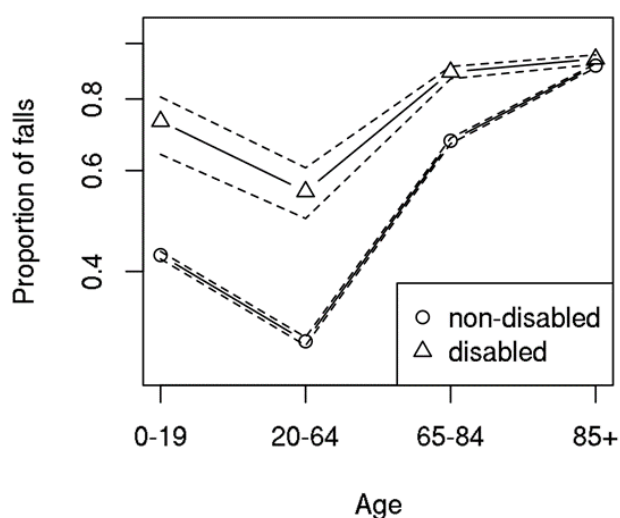
Location	0-19 non	0-19 dis	20-64 Non	20-64 dis	65-84 non	65-84 dis	85+ non	85+ dis	All
Bedroom, vestibule, dining room, living room	40	29	24	40	30	36	39	28	31

Garden including tool house, swimming pool	24	5	21	3	18	3	3	2	20
Private driveway, parking lot, carport, walk in housing area, courtyard	10	2	19	5	12	4	2	3	13
Kitchen	12	11	12	8	10	7	9	9	11
Residential outside areas, including balcony, stairs, roof, terrace	5	15	11	6	10	5	4	2	8
Nursing home, retirement homes, institutions	0	2	2	26	9	37	34	52	6
Stair (indoor) including platform	5	37	7	2	6	1	2	1	6
Bathroom including WC, Shower, sauna, laundry	4	0	4	9	5	6	6	4	4
Sum	100	100	100	100	100	100	100	100	100

3.4 Injury mechanism for home injuries

The most common injury mechanism was falls, 47% of all injury events included this mechanism. Figure 4 shows that children and the elderly were more exposed to falls than the middle-aged groups. Persons with a disability were significantly more likely to experience falls, for all age-groups except the oldest.

Figure 4. Injury mechanism, the proportion of injuries that included a fall.
(N disabled = 1.889; N non-disabled = 75.295)



4. Discussion

The purpose of this study was to identify risk factors associated with age and disability status in relation to injury events occurring in residential settings by analysis injury events, including place of occurrence, type of injury and injury mechanisms and to examine how disabilities in combination with age affect these injury patterns. The study was unique in that it focused on injury reports for outpatient treatment, collected at hospital emergency rooms as well as at local medical and public dental clinics.

The study focused primarily on injury events taking place in residential settings, as this location has been cited by government sources as being the most common setting for injuries (The National Board of Health and Welfare, 2011). This study provides further evidence for this, but also demonstrated that injury risks in residential settings is even higher for individuals with disabilities.

The study showed that people with disabilities were most likely to be injured while indoors, in home and school settings. This result agrees with that described by Petriouds et al. (2003), where children with disabilities not only were shown to spend the vast majority of their time inside homes and schools, but also did not show strong seasonal variations for injury risks. This may be because people without disabilities are more able to go outdoors without assistance, in some cases, which increases their risk for outdoor exposure to injury risks.

This result may also be due, in part, to discrimination of persons with disabilities in physical places, social spaces and situations. This discrimination can be both explicit, by physical inaccessibility, and implicit, by not being able to participate in the social context. A report by the National Board of Health and Welfare (2016) found that care providers for disabled people need more training on disabilities, and the rights of the disabled. This finding has been shown in other studies set- see for example, Lewin (2011). It may be possible that some of the reason why disabled people in this study were far more likely to be hurt indoors, is that their caregivers seldom thought to help them go outdoors.

From this and other studies, the evidence is clear that people with disabilities, and older people without disabilities would benefit from safety interventions in their home, particularly to avoid falls, or to reduce harm from falls after they have occurred. In keeping in with principles to support autonomy, it is recommended that a range of passive measures be implemented to reduce injury risks. Some of these measures can include: installation of impact-absorbing flooring in residential care facilities (Ryen & Svensson, 2015), rehabilitation of residences to reduce uneven floor surfaces (Bueno- Cavanillas et al., 2000) and the use of visual contrasts in homes, to aid in depth perception (Nitz et al., 2012).

4.1 Key results

For injuries occurring in residential settings, these were most likely to occur in living rooms or the bedrooms. These settings were particular risk factors for disabled persons the age group 20-64. This relationship was, again, probably related to the amount of time spent indoors overall and connected to everyday activities and risks connected with mobility.

The higher percentage of injury events occurring in bathrooms to people with disabilities in age group 20-64, compared to individuals without disabilities, may be due in part to local variations in interpretations of laws for residential adaptations (handrails, for example) for disabled people (The National Board of Housing and Planning, 2014; The National Board of Health and Welfare, 2015c).

This study also found a difference in care seeking between groups. People with disabilities were more likely to seek care for less serious injuries (contusions and open wounds) compared to people without disabilities. Two possible explanations for this are related to people living in institutions- it is possible that caregivers of residents of institutions are more likely to seek care for people who are injured under their watch, and or that standards for risk in these residences are higher, when 'safety' is an issue.

The most common injury mechanism in this study was falls. This mechanism was most prominent for very young and old age-groups. Both this study and others (Xiang et al., 2014) found that people with disabilities are at particularly high risk for falls, up to the ages of 85. This association may be due to the individual's limited ability to react by to hindrances and risks in the environment.

4.2 Limitations

One of the main limitations of this study is that the analysis did not treat the different impairments, disabilities and long-term illnesses separately, resulting in a lack of within-group variances. The results thus constitute an average for the disabled groups. No information is available about the drop outs in the injury registration system (which is estimated to be about 17 per cent). We also have limited access to information regarding environmental factors, such as if the individual was alone during the injury event, and about the individual's injury history.

The main weakness in this study is the likely undercounting of injury events involving people with disabilities. IDB records, like all injury surveillance systems in use in Sweden at the time, did not contain coding fields for disabilities. These cases were found through free text analysis. Those records that contained free text descriptors of disabilities represent the minimum number of events involving injuries to disabled individuals, and it is highly probable that there were other events recorded in the IDB that involved disabled people, that were not included in the analysis.

4.3 Acknowledgements

The study was funded by the Swedish Civil Contingencies Agency. Thanks to Pierre Wallqvist and Berit Evertsson, Region Västra Götaland, for access to Injury Database Skaraborg (IDB) and to all members in the 'ArcSafe' research group and the reference group at Chalmers University of Technology. We appreciate the language editing help provided to us by Diana Stark Ekman.

References:

- Beauchamp, T. L., Childress, J.F. 2001. *Principles of Biomedical Ethics*. Fifth edition. New York: Oxford University Press, Inc.
- Bonander, C., Jernbro, C., and Andersson, R., 2014. *Funktionsnedsättningar som riskfaktor för olycksfall och andra skador*. [Functional disabilities as risk factors for accidents and other injuries]. Swedish Civil Contingencies Agency and Karlstad University, Karlstad.
- Bueno-Cavanillas, A., Padilla-Ruiz, F., Jiménez-Moléon, J.J., Peinado-Alonso, C.A., Gálvez-Vargas, R., 2000. Risk factors in falls among elderly according to extrinsic and intrinsic causes. *European Journal of Epidemiology*, 16, 849-859.
- Brophy, M., Zhang, X., Xiang, H., 2008. Injuries Among US Adults With Disabilities. *Epidemiology* 19, 465-471.
- Ekman, R., Stark Ekman, D., Schyllander, J., Schelp. L., 2015. A comparison of unintentional injury patterns occurring in two Swedish communities in 1978 and in 2008. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* 22, 254-259.
- EU Council of Ministers, 2007. Bryssel 23.6.2006, KOM (328), Slutlig. Final version.
- EuroSafe, European Association for Injury Prevention and Safety Promotion, 2013. *Injuries in the European Union, Report on injury statistics 2008-2010*, Amsterdam.
- Jaldell, H., Ryén, L., Sund, B., Andersson, R., 2015. Are national injury prevention and research efforts matching the distribution of injuries across sectors? *Injury Prevention* 21, 113-115.

- Lewin, B., 2011. *För din skull, för min skull eller för skams skull? Om LSS och bemötande*. [For your sake, for my sake, or for the sake of shaming? On the interpretation of the Swedish Law Regulating Support and Service to Persons with Certain Functional Disabilities.] Lund: Studentlitteratur.
- Lundälv, J., Törnbom, M., Larsson, P-O., Sunnerhagen S, K., 2015. Awareness and the Arguments for and against the International Classification of Functioning, Disability and Health among Representatives of Disability Organisations. *Int. J Environ. Res. Public Health* 12, 3293-3300.
- Nilson, F., 2014. *Fall –Related Injuries Amongst Elderly in Sweden. Still an Emerging Risk?* Doctoral dissertation. Faculty of Health, Science and Technology, Risk and Environmental Studies. Karlstad: Karlstad University.
- Nilson, F., Moniruzzaman, S., Andersson, R. 2015. Hospitalized Fall– Related Injury Trends in Sweden between 2001 and 2010. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* doi:10.1080/17457300.2015.1032980.
- Nitz, J., Cyarto, E., Andrews, S., Fearn, M., Fu, S., Haines, T., Haralambous, B., Hill, K., Hunt, S., Lea, E., Moore, K., Renehan, E., and Robinson, A., 2012. Outcome from the Implementation of a Facility –Specific Evidence– Based Falls Prevention Intervention Program in Residential Aged Care. *Geriatric Nursing* 33, 41–50.
- Petridou, E., Kedikoglou, S., Andrie, E., Farmakakis, T., Tsigas, A., Angelopoulos, M., Dessypris, N., and Trichopoulos, D., 2003. Injuries Among Disabled Children: A Study from Greece. *Injury Prevention: Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention* 9, 226–230.
- Ryen, L., Svensson, M. 2015. Modelling the cost-effectiveness of impact-absorbing flooring in Swedish residential care facilities, *European Journal of Public Health* doi:10.1093/eurpub/ckv197.
- Schyllander, J., 2014. *Skador bland äldre*. [Injuries in older people.] Swedish Civil Contingencies Agency (Swedish Civil Contingencies Agency). Karlstad.
- Swedish Agency for Participation, 2015. *Samlad uppföljning av funktionshinderspolicen. Hur är läget?* [Collected evaluation of disability politics. What is the current situation?] Swedish Agency for Participation. Sundbyberg.
- Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2009. *Fallskador bland äldre. En sammanställning och kunskapsöversikt*. [Fall injuries in older people. A summary and review of current knowledge.] Stockholm.
- Swedish Civil Contingencies Agency, 2011. *Skadebild och säkerhetsarbete bland ungdomar och yngre vuxna*. [Injury problems in, and safety work with, adolescents and young adults.] Karlstad.
- The Act on support and services for certain disabled people, 1993. Svensk författningssamling, [Swedish statutes]1993:387. Ministry of Health and Social Affairs.
- The National Board of Health and Welfare, 2011. *Skadehändelser som föranlett läkarbesök vid akutmottagning* [Injury events requiring medical care in emergency room settings]. Statistik från The National Board of Health and Welfare's Injury Database (IDB) Sverige, 2010. The National Board of Health and Welfare. Stockholm.
- The National Board of Health and Welfare, 2015a. *Skador bland barn i Sverige 2014*. Injuries to children in Sweden 2014. <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/statistik-skador-bland-barn-2014.pdf> downloaded 2016-03-03.
- The National Board of Health and Welfare, 2015b, *Skador och förgiftnings behandlingar i slutenvård* [Hospitalizations related to injuries and poisonings] 2014. The National Board of Health and Welfare. Stockholm

- The National Board of Health and Welfare, 2015c. *Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS: delrapportering av regeringsuppdrag*. Assessment and analysis of certain measures required by the Swedish Law Regulating Support and Service to Persons with Certain Functional Disabilities: partial reporting from the The National Board of Health and Welfare. Stockholm.
- The National Board of Health and Welfare, 2016. *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning* Edita Bobergs AB, Falun. [Services and support for people with disabilities.]
- The Swedish National Board of Housing and Planning, Myndigheten för samhällsplanering, byggande och boende, 2014. *Översyn av lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m.* Regeringsuppdrag. Rapport 2014. Karlskrona. [Overview of laws related to economic support for home adaptations for disabled people.]
- The Social Service Act, 2001. Svensk författningssamling,[Swedish statutes] 2001:453. The Social Service Act, Ministry of Health and Social Affairs.
- The Swedish Health and Medical Service Act, 1982. Svensk författningssamling, [Swedish statutes] 1982:763. Ministry of Health and Social Affairs.
- UNICEF, 2016. *United Nations Convention on the Rights of the Child*:
http://www.unicef.org/crc/index_30160.html downloaded 2016-02-12
- United Nation, 2006. *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.
<http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> downloaded 2016-02-12
- Wolpe, P.R., 2006. Reasons Scientists Avoid Thinking about Ethics. *Cell* 125, 1023–1025.
- World Health Organization and The World Bank, 2011. *World Report on Disability*. World Health Organization and The World Bank. Geneva.
- Xiang, H., Wheeler, K. K., and Stallones, L. 2014. Disability Status: A Risk Factor in Injury Epidemiologic Research. *Annals of Epidemiology* 24, 8–16.

Appendix V

Charlotta Thodelius, PhD-candidate, Department of Architecture, Chalmers University of Technology.
chatho@chalmers.se

Jörgen Lundälv, Associate Professor in Social Work, Department of Social Work, Gothenburg University.
jorgen.lundalv@socwork.gu.se

Exploring and understanding environmental risks and risk management

The aim is to understand the everyday risks for physical disabled individuals and the risk management strategies used by them. We will conduct an inclusive multidisciplinary research built on participation, focusing on the “inside perspective” regarding risks and risk management. This research influenced by the report “From research object to co-actor” (Wermeling & Nydahl, 2011), in which the disability organizations in Sweden urges for research to have a more inclusive approach.

To increase the level of participation, the used the methodology of research circle (Nieminen Kristoffersson, 2014). By conducting a research circle, there the participations not only are having the role of being interviewed or as a passive part in the research project, we will have a more active participation, by engaging them in every research step. We had regular meetings during spring 2016.

Keywords: environmental risk, risk management, disability organizations

Data and method:

The **research question** was formulated after discussing the theme regarding environmental risks and risks management with the participants. We constructed the research question together from a joint perspective. The research questions was:

- Where do you experience risks in your residential environment?
- How do you handle risks?
- In which way can preventive efforts be more effective?

The **data collection** was made by the participants, by documenting places connected to risks indoors and outdoors in their residential area during two days. They used a disposable camera and/or their cellphone to document the places/situations connected with “risks”.

The pictures were discussed in the group (eg. connecting a narrative with the picture), to found out used strategies to avoid the risks and if it is an internal or external risk. Since we apply a grounded theory approach this step was considered to be a **joint initial coding**.

After the meeting, we (the researchers) made a **focused and axial coding** on the data using Atlas T. 7.0. After that we summarized the main result and add a theoretical sampling leading to categorizing the result in a larger context but also to find variation in empirical findings and previous theory.

The results of the analysis was discussed with the participants, and the result of the discussion was coded or re-coded again in the material until we reached an empirical saturation.

Ethics: The members of the research circles, are as representants of a disability organization considered to be experts and the topic was handle on a general level as a representation of the member’s experience. We informed them about the main project, this specific project and they signed an informed consent form, we have also anonymized them in the coding process.

Result:

Three rooms in the residential area was mainly connected to risk: kitchen, bathroom and entrance/stairways. These areas symbolizing the dichotomy of private and semi-public or shared spheres in homes. In the private settings, kitchen and bathroom, the risk was connected to mobility and independent living. The right of

being independent was a subject that was mostly connected to the private sphere, like taking care of the hygiene without worrying about slipping, be able to cook dinner without being scald and so on.

In the semi-public setting, the entrance, the risk was connected to feelings of uncertainty. Bad lightning, poor management, no uses of visual contrast and uneven surfaces was parts of “surprise” elements resulting in unsureness about the situations.

Strategies used to manage risks was *avoidance* of place or activity, normalizing of the situations and/or use of equipment. Avoidance as an option often resulting in isolation and/or reduced social time with friends. One of the members talked about the situation there [X] stopped visiting a friend since the house didn’t had an elevator.

Normalizing the situation, was detectable in a lot of cases. “It has always been like this, so I just take another way” was a common narrative. To use equipment seems on the surface as a good risk-management, but they was also connected to risks, since the aids weren’t individual adjusted.

In the discussion of risks and risk strategies three topics regarding measurements was perceived; who has the responsibility for them, whom will take the financial costs and whom will do the management.

The architect’s responsibility was considered to be: form, function and choice of material, especially flooring material. The residential owner was considered to be responsible for installation costs and management. Dwellers for management, in that sense that they would take care of the residential owners property.

In the end session, we talked about the theme unequal living conditions, there the participator talked about the regulation system, the individuals need for resources in terms of money or knowledge to change the conditions. A lot of things, considered to be basic human rights are for this group not considered to be “necessary” (f.e. being able to sit outside of the apartment).

Discussion:

In our opinion, the context of reflection (Bengtsson, 1993) for the study, was the most important part. It was a learning process during five months, there both human rights and the unequal situation were discussed – and emancipatory wishes was formulated.

By not position us as “researcher”/“research object” we manage to reflect together in the group and participate in different context of learning In conclusion, this is the praxis of “nothing about us, without us” (Charlton, 1998).

References:

- Bengtsson, J. (1993), Theory and Practice two fundamental categories in the philosophy of teacher education, *Educational Review*, 45:3:205-211.
- Charlton, J.I., (1998), *Nothing about us without us. Disability Oppression and Empowerment*, University of California Press.
- Nieminen Kristoffersson, T. (2014) Vad är en forskningscirkel? ur Ek, R., Gerell, M., Guldåker, N., Hallin, P-O, Herbert, M., Kristofersson, T.N., Nilsson, A., Tykesson, M. (2014), *Att laga revor i samhällsväven – om social utsatthet och sociala risker i den postindustriella staden*. MAPIUS 18, Malmö Högskola
- Wermeling, E., Nydahl, E. (2011). *Från forskningsobjekt till medaktör. Om samarbete mellan forskare och den forskningen berör*. Sundbyberg: Handikappförbunden.