

Bjarne Laursen
Knud Juel

Statens
Institut
for
Folkesundhed

Vold i Danmark

Belyst ud fra voldsofres kontakt til sygehuse



SYDDANSK UNIVERSITET

FORORD

Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet har på foranledning af det Kriminalpræventive Råd udarbejdet denne rapport, der præsenterer analyser af forekomsten af fysisk vold belyst ved skadestuekontakter. Rapporten er en opfølgning på tidligere rapporter.

Rapporten består af en række tabeller og figurer, der belyser udviklingen af og karakteren af den vold, der fører til skadestuebehandling. Den undersøgte periode er 1995-2012 samt første halvår af 2013. For de detaljerede analyser er den undersøgte periode fra 2006 og frem.

Rapportens tal og analyser er baseret på data fra Landspatientregisteret ved Statens Serum Institut, hvor kontaktårsagen er registreret som vold.

Bjarne Laursen (seniorforsker, cand.scient., ph.d.), Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet har gennemført analyserne og udarbejdet rapporten.

Rapporten er finansieret af det kriminalpræventive Råd.

København, januar 2014

Knud Juel
Forskningsleder
Statens Institut for Folkesundhed,
Syddansk Universitet

Indhold

Sammenfatning.....	3
Indledning	4
Datakilder til beskrivelse af vold i Danmark	4
Vold belyst ud fra skadestuedata	7
Udviklingen i skadestuekontakter for vold	8
Skadestuekontakter pga. voldsudsættelse i perioden 2009 til første halvår af 2013	10
Udviklingen i skadestuekontakter pga. voldsudsættelse i forskellige aldersgrupper	11
Sygehusregistreringen af voldsskader.....	15
Sted for voldsudøvelsen	17
Voldslæsioner	19
Voldsformer.....	23
Voldsudøver	24
Fordeling på kommune	25

Sammenfatning

Denne rapport indeholder data om sygehuskontakter pga. voldsudsættelse i perioden 1995-2012 og 1. halvår 2013. Detaljerede opgørelser er foretaget for perioden fra 2006 og frem.

Der har været et betydeligt fald i antal skadestuekontakter pga. vold siden 2007 for både mænd og kvinder. Faldet i voldsskader omfatter stort set alle aldersgrupper, men er størst blandt de unge under 25 år. Faldet i de seneste år genfindes i faldet i politianmeldelser for vold.

Der kommer forsat mange flere mænd end kvinder på skadestuen som følge af voldsskader, i 2012 omkring dobbelt så mange mænd som kvinder.

Det er i aldersgruppen 15-24 år at raten, dvs. antal skadestuekontakter pr. 100.000, er højst. Den er næsten dobbelt så høj som i aldersgruppen 25-34 år. De resterende aldersgrupper ligger endnu lavere.

Skadesmønsteret har kun ændret sig meget lidt i perioden 2006-2013. Der er intet der tyder på at skaderne er blevet alvorligere, snarere tværtimod. Det ser dog ud til, at antallet af snitskader er stigende, men om det skyldes øget brug af knive kan sygehusdata ikke give svar på. Langt de fleste voldsskader skyldes stump vold, f.eks. slag med hænderne eller med genstande. De fleste voldsskader er hovedskader, især for mændene, hvor hovedskaderne i 2013 udgjorde 66% af skaderne, hvor kropsdel var registreret. Hyppigst var overfladiske læsioner – især for kvinderne, hvor de overfladiske læsioner udgjorde 51% af skaderne. Åbne sår var hyppigere hos mænd (23%) end hos kvinder (11%). Det samme gælder brudskader (8% for mænd, 4% for kvinder). Generelt er mændenes skader altså alvorligere end kvindernes.

Der er kun få ændringer i, hvor volden sker. Vold mod mænd, som fører til skadestuebehandling, sker primært på gaden, i boligen og på forlystelsessteder, mens vold mod kvinder oftere sker i boligen. I 2013 var der dog lige mange mænd og kvinder, der fik voldsskader i boligen. Desværre registreres det ikke i skadestuen, hvem der har udført volden, så andelen af partnervold kan ikke belyses. Fra 2014 indføres en mulighed for registrering af modpart i forbindelse med voldsskader.

En betydelig og stigende andel af voldsskaderne er arbejdsrelaterede. For kvinder udgjorde disse 16% af voldsskaderne i 2013, mens andelen for mændene var 11%. Voldsskaderne er ikke jævnt fordelt over Danmark. Personer, der bor i de store byer samt i kommuner med mange socialt dårligt stillede, bliver oftere behandlet på skadestuen som følge af vold. Modsat bliver personer i landkommuner samt kommuner med mange velstillede sjældent behandlet for voldsskader.

Indledning

Denne afrapportering til det Kriminalpræventive Råd om omfanget og udviklingen i voldsudsættelse blandt mænd og kvinder i Danmark er baseret på data i Landspatientregisteret om kontakter til landets hospitaler pga. voldsudsættelse.

Antallet af anmeldelser af vold er steget betydeligt de seneste mange år og nåede et maksimum på knap 20.000 i 2006, hvorefter antallet er faldet til knap 17.000 i 2012¹. Spørgeskemaundersøgelser har dog vist, at andelen af befolkningen, der har været udsat for vold, har været stort set konstant omkring 100.000 (kun grovere vold)². Den seneste offerundersøgelse viser en faldende forekomst af vold i 2009-12, nemlig ca. 1,5% af de 16-74 årige³ svarende til godt 60.000. Dette viser først og fremmest, at der er et betydeligt mørketal; Balvig, Kyvsgaard og Pedersen har fundet en anmeldelsesprocent på 45% i 2011-12, hvilket er en stigning i forhold til 1995-96, hvor den var 36%.⁴ En del af mørketallet kan belyses ud fra skadestuekontakter, idet man må formode at de fleste alvorligere voldsskader bliver behandlet her. Denne rapport vil derfor have sit hovedfokus på omfanget og karakteren af voldsskader, der behandles på sygehuse.

Datakilder til beskrivelse af vold i Danmark

Voldsforekomsten i Danmark kan beskrives ud fra en række datakilder. De belyser forskellige aspekter af volden, dels den selvrapporterede vold, dels de voldstilfælde, der registreres gennem voldsudsattes kontakt til krisecentre for mænd og kvinder, politianmeldelser, dødsfald og kontakter til hospitaler. Datakilderne kan opdeles i to grupper: Register- og befolkningsundersøgelser, der har hver deres styrker og mangler. De forskellige datakilder beskrives kort i det følgende.

¹ Statistikbanken, Danmarks Statistik, www.statistikbanken.dk Levevilkår > Kriminalitet > Anmeldte forbrydelser > STRAF20

² Grov vold=spark, kastet mod genstande, truet med våben eller kvælningsforsøg. Fra: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen: Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. Statens Institut for Folkesundhed, 2007

³ Balvig, Kyvsgaard og Pedersen: Udsathed for vold og andre former for kriminalitet, oktober 2013

⁴ Den tilsyneladende uoverensstemmelse mellem tallene kan skyldes forskelle i undersøgelsesmetoder og interviewspørgsmål

Registre

1. **Rigspolitiets Offerregister** har siden 2002 omfattet data om politirapporteret, personfarlig kriminalitet. Rigspolitiet varetager den løbende registrering af politianmeldelser og dataoverførelsen til Kriminalregister og Offerregister i Danmarks Statistik, som kvartalsvist publicerer data om de forskellige straffelovsovertrædelser. Denne statistik er tilgængelig for alle på Danmarks Statistisk hjemmeside⁵.
2. **Dødsårsagsregisteret** indeholder oplysninger om alle dødsfald i Danmark blandt personer med fast bopæl i landet. Dødsfald, der skyldes vold, kan identificeres ud fra døds måde og dødsårsag. Statens Seruminstitut publicerer årligt en dødsårsagsstatistik opdelt på hovedgrupper af dødsårsager⁶; der publiceres ikke detaljerede data i denne dødsårsagsstatistik, dvs. der er ikke oplysninger om forskellige kategorier af voldsskade, som fx skud, stump vold, vold med skarp genstand.
3. **Landspatientregisteret** rummer data om alle sygehusindlæggelser i Danmark siden 1977, og inkluderer skadestuekontakter siden 1995. Kontakterne registreres med en overordnet årsag til sygehuskontakten, bl.a. sygdom, ulykke, vold, selvskade, senfølger af skade eller uoplyst. Ud fra registreringer med kontaktårsag 'Vold' kan der udtrækkes oplysninger om alle sygehus/skadestuekontakter pga. voldsudsættelse. Såfremt en skade er årsagen til sygehuskontakten skal der også registreres oplysninger om, hvor skaden er opstået, dvs. skadesstedet, fx bolig, om hvordan skaden er opstået, og om skadesmekanismen (slag, forbrænding, snit etc.). Skader/læsioner registreres med specifikke skadeskoder, der angiver, hvor på kroppen skaden er lokaliseret, og som også beskriver skadens art, fx overfladiske skader, brud eller sår.
4. **Krisecenterstatistik:** Årligt har omtrent 2.000 kvinder ophold på et af landets kvindekrisecentre, og der er ca. 5.000 kvinder, som søger rådgivning i centrene. Statistikken fra LOKK⁷ beskriver i hvilket omfang og i hvor mange år disse kvinder har været udsat for partnervold. Et langt lavere antal mænd er årligt i kontakt med mandekrisecentre pga. voldsudsættelse. Disse udgør godt 20% af mændene på krisecentrene. Socialstyrelsen udgiver en årsstatistik om kontakter og ophold på kvindekrisecentrene og fra 2013 også statistik om krisecentre for mænd⁸. Krisecenterstatistikkerne dækker dog ikke 100%, idet mange ikke ønsker at afgive oplysninger.
5. **Kombination af data i Offerregister og Anmeldelsesregisteret/Kriminalregisteret:** Data i Kriminalregisteret kan ud fra politiets specifikke sagsnummer samkøres med oplysninger om voldsudøver og giver mulighed for yderligere at belyse omstændigheder ved politianmeldt vold⁹.

⁵ www.statistikbanken.dk under Levevilkår>Kriminalitet>Ofre for anmeldte forbrydelser.

⁶ <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Registre/Dodsaarsagsregisteret.aspx>

⁷ Lise Barlach og Kirstina Stenager: LOKK Årsstatistik 2012. Kvinder og børn på krisecentre. Kan downloades fra www.socialstyrelsen.dk.

⁸ Lise Barlach og Kirstina Stenager: Årsstatistik 2012. Mænd på mandecentre og mandekrisecentre. Kan downloades fra www.socialstyrelsen.dk.

⁹ Britta Kyvsgaard: Offerstatistik og statistik om gerningssituation for personfarlig kriminalitet. Justitsministeriet; 2000.

Registrene har den fordel, at de fleste dækker næsten 100%, dvs. også personer, der ikke ønsker at deltage i en spørgeskemaundersøgelse. Ulempen ved registre er, at data er indsamlet af administrative grunde og der derfor ikke findes alle relevante oplysninger. Desuden kan kvaliteten af data være varierende, og strukturelle forhold kan påvirke registreringen, f.eks. lukningen af en skadestue.

Befolkningsundersøgelser

6. **Befolkningsundersøgelser baseret på spørgeskemaer og/eller telefoninterview:** Inden for de seneste 20-30 år er der i en række befolkningsundersøgelser medtaget oplysninger om voldsudsættelse, fx i Statens Institut for Folkesundheds tilbagevendende Sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY-undersøgelserne 2000, 2005 og 2010)¹⁰. SUSY undersøgelserne har belyst forskellige aspekter af volden, herunder bl.a. voldsofres socio-økonomiske baggrund og sammenhænge mellem psykosociale faktorer, helbred og vold. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd har lavet flere levkårsundersøgelser, der også omfatter voldsudsættelse og angst for vold. Den seneste blev gennemført i 2000¹¹
7. **Offerundersøgelser:** Der er regelmæssigt gennemført interviewundersøgelser fokuseret på udsættelse for kriminalitet. Disse undersøgelser omfatter også vold og tvangssamleje, samt angst og bekymring for kriminalitet. Den seneste offentliggjorte rapport "Udsathed for vold og andre former for kriminalitet" af Flemming Balvig, Britta Kyvsgaard og Anne-Julie Boesen Pedersen er fra 2013 og dækker perioden frem til 2012.¹² Der er af SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd desuden gennemført undersøgelser, der især handler om vold mod børn og unge.¹³

Befolkningsundersøgelser har den fordel, at de kan belyse mørketallet, de personer der er udsat for vold, men ikke kommer i kontakt med hverken politi eller sundhedsvæsen. En ulempe er, at selv om der tilstræbes repræsentativitet og korrigeres for bortfald, kan der være grupper af personer, der ikke ønsker at deltage. En anden ulempe er "recall bias": voldsepisoder huskes forskelligt, bl.a. afhængig af deres alvorlighed.

De individbaserede data i Offer-, Kriminal-, Dødsårsags- og Landspatientregister kan kombineres, og data kan kobles til data i andre befolkningsregistre i Danmarks Statistik. Det er derved muligt at belyse

¹⁰ Anne Illemann Christensen, Ola Ekholm, Michael Davidsen: Sundhed og Sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012

¹¹ Bjarne Hjorth Andersen (red): Udviklingen i befolkningens levkår over et kvart århundrede. Socialforskningsinstituttet, 2003

¹² Flemming Balvig, Britta Kyvsgaard og Anne-Julie Boesen Pedersen: Udsathed for vold og andre former for kriminalitet. Offerundersøgelserne 1995-96 og 2005-12. Københavns Universitet og det Kriminalpræventive Råd, 2013

¹³ Bl.a. Helene Oldrup, Sara Korzen m.fl.: Vold mod børn og unge. SFI – det nationale forskningscenter for velfærd, 2011

fx risikofaktorer for voldsudsættelse og samfundsmæssige omkostninger af vold i det danske samfund^{14 15 16}.

Siden starten af 2000-tallet har Statens Institut for Folkesundhed som led i Regeringens indsats mod volden ud fra ovenstående datakilder beskrevet udviklingen i volden samt voldssofres og voldsudøveres profil¹⁷.

I 2012 afrapporterede Statens Institut for Folkesundhed omfanget, karakteren og udviklingen i vold i nære forhold, dvs. vold udøvet af en nuværende eller tidligere partner mod kvinder og mænd¹⁸. Der indgik heri data fra ovenstående datakilder. Rapporten er en opfølgning på de tidligere afrapporteringer til Ligestillingsafdelingen.

En lang række data vedrørende vold mod mænd og kvinder er samlet på hjemmesiden www.voldmodkvinder.dk, som er opdateret med de nyeste tilgængelige oplysninger i 2012¹⁹.

Vold belyst ud fra skadestuedata

En række faktorer har betydning for validiteten/'boniteten' af registerdata, først og fremmest af nøjagtigheden i indberetningen og en præcis kodning af data til de enkelte registre. Det kan for data om politirapporterede hændelser variere fra politikreds til politikreds, og der kan også være forskelle i registreringen af skadestuekontakter de enkelte skadestuer imellem.

Befolkningens adgang til skadestuer og nærheden til politistationer kan også have indflydelse på, hvor stor en andel af voldsudsatte, der kontakter det offentlige system. Inden for de seneste år er der sket store ændringer både i sundhedsvæsenets og politiets struktur. Det er fx muligt, at en større andel af voldsudsatte aktuelt kontakter en lokal lægevagt frem for at opsøge en skadestue (akut modtagelse). I modsætning til skadestuekontakter registreres henvendelser til lægevagten ikke med en specifik kode for henvendelsesårsagen, dvs. det er ikke muligt at identificere omfanget af lægevagthenvendelser pga. udsættelse for vold. Ændringer over tid i skadestuekontakter kan derfor være udtryk for ændringer i tilgængeligheden til akut skadebehandling.

Andre faktorer kan også have betydning for en vurdering af udviklingen i vold. Voldsudsatte mænd og kvinder har muligvis tidligere angivet ulykke som årsagen til voldsbetingede skader pga. skam og skyld

¹⁴ Karin Helweg-Larsen og Marie Louise Frederiksen: Mænds vold mod kvinder. Omfang – karakter og indsats mod vold – 2007. Ministeriet for Ligestilling og Statens Institut for Folkesundhed, 2004

¹⁵ Karin Helweg-Larsen og Marie Louise Frederiksen: Vold mod mænd i Danmark. Omfang og karakter. Ministeriet for ligestilling og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2008

¹⁶ Karin Helweg-Larsen, Marie Kruse, Jan Sørensen og Henrik Brønnum-Hansen. Voldens pris. Samfundsmæssige omkostninger ved vold mod kvinder. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Rockwool fonden, 2010

¹⁷ Bl.a. Karin Helweg-Larsen: Vold og seksuelle overgreb. Statens Institut for Folkesundhed, 2002

¹⁸ Karin Helweg-Larsen. Vold i nære relationer. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012

¹⁹ www.voldmodkvinder.dk, menupunktet "data om vold 2012"

forbundet med denne type vold. Der har i sundhedsvæsenet tidligere været relativt lidt opmærksomhed omkring partnervold, og dermed har der ikke været rutiner i at afklare, om vold i familien kan være årsag til skader²⁰. Sundhedsstyrelsen har i 2012 udsendt information til landets læger om problemstillingen vold i nære relationer og om vigtigheden af at diagnosticere volden og dermed kunne yde den fornødne støtte og rådgivning til volds ofre²¹. Fra 2014 er det muligt (men ikke obligatorisk) at indberette til Landspatientregisteret, om en skade skyldes partnervold. Dette vil forhåbentligvis forøge muligheden for at overvåge forekomsten af partnervold.

Det er sandsynligt, at der stadigvæk er en underregistrering af skadestuekontakter pga. vold, men omfanget af underrapportering af voldstilfældene på skadestuer er ikke kendt. En anden faktor er kvaliteten af registreringen. I 2008 blev der indført en ny metode til registrering af tilskadekomst, som kan have medført en underrapportering af både ulykkes- og voldsforekomst fra 2008 og frem.

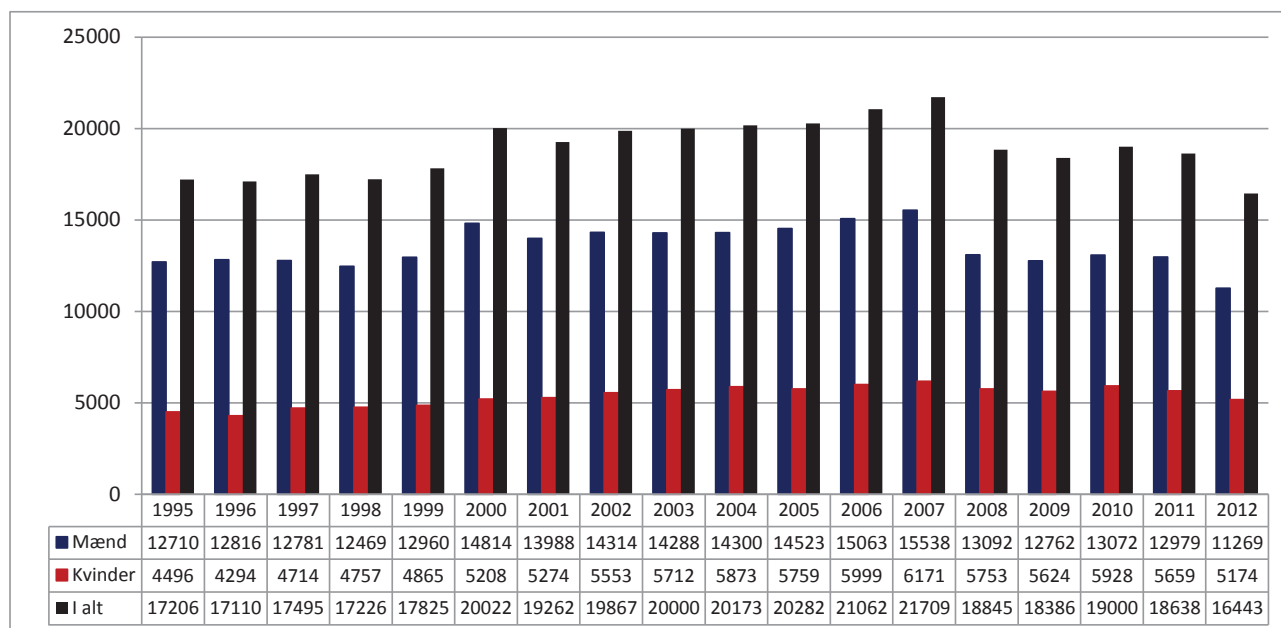
Udviklingen i skadestuekontakter for vold

Som det fremgår af Figur 1a, har der været en stigning i antallet af skadestuekontakter på grund af vold fra 1995 til 2007. Siden 2007 har der været registreret et faldende antal skadestuekontakter. I 2012 har der således samlet været registreret knap 16.500 kontakter, mod knap 22.000 i 2007. Blandt mænd blev der i 2012 registreret knap 11.300 skadestuekontakter pga. vold, mod ca. 15.500 i 2007. Blandt kvinder blev der i 2012 registreret knap 5.200 skadestuekontakter pga. vold, mod knap 6.200 i 2007. Faldet fra 2007 til 2008 skyldes sandsynligvis en ændring i registreringsmetoden, som kan have medført en underregistrering i de følgende år. I figur 1b er tallene korrigeret for dette. Faldet i antallet af sygehusbehandlede voldsskader siden 2007-8 ser derfor ud til at være reelt for både mænd og kvinder.

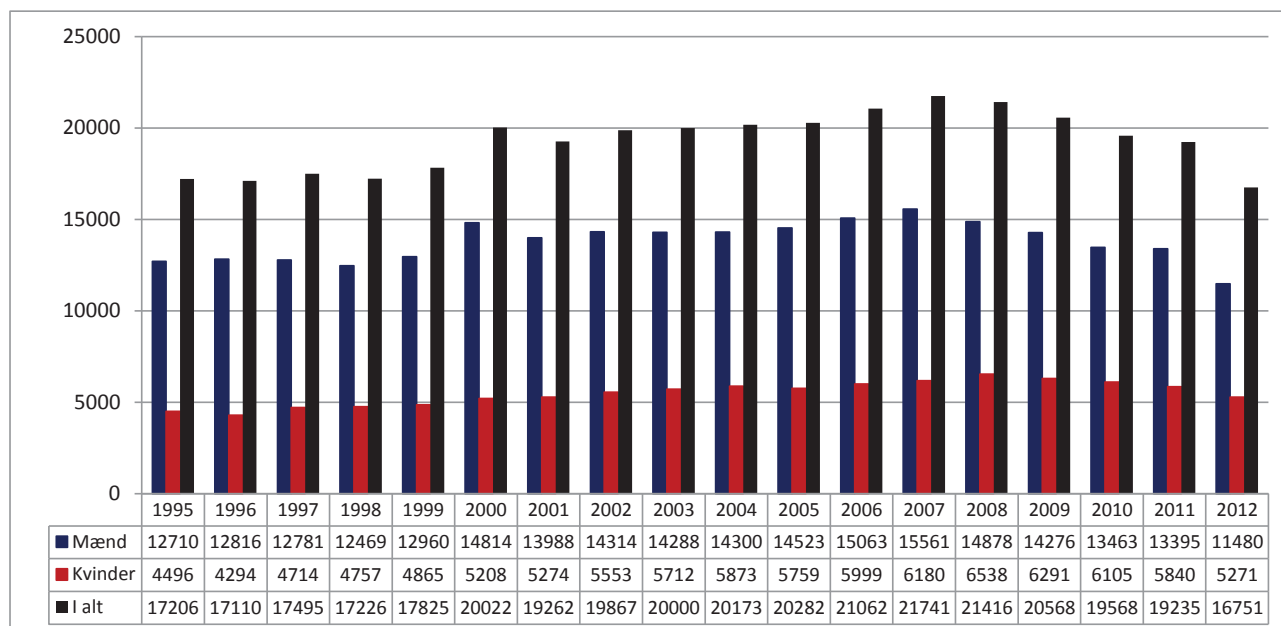
²⁰ Andersen S, Helweg-Larsen K, Madsen KS, Volsing M, Johannesson L. Vold gør sårbar. Skadestuernes møde med voldsudsatte kvinder. Statens Institut for Folkesundhed og LOKK, 2011

²¹ Sundhedsstyrelsen. Vold i nære relationer. Råd og vejledningmuligheder for sundhedspersonale. 2012

Figur 1a. Udviklingen i årlig antal skadestuekontakter pga. voldsudsættelse, 1995-2012 – ikke korrigeret for registreringspraksis.



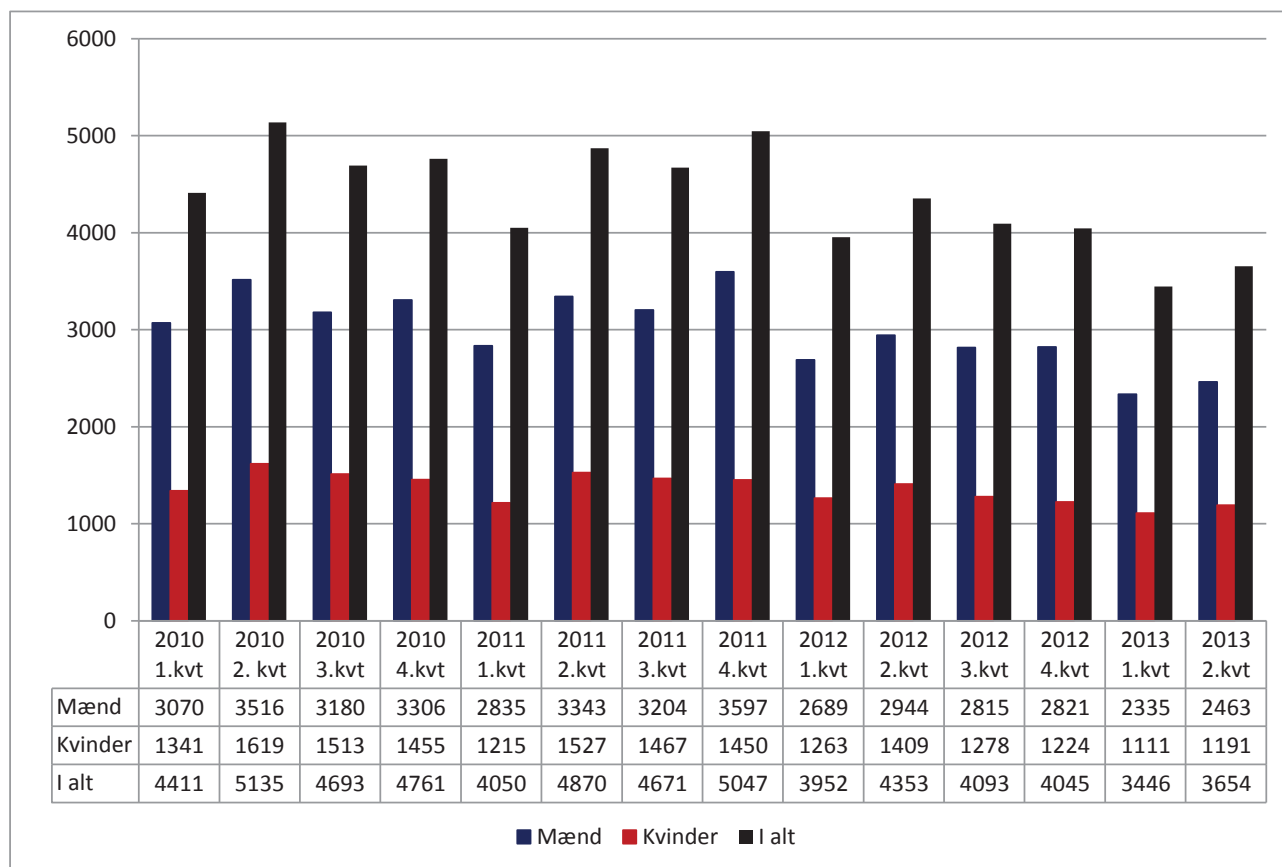
Figur 1b. Udviklingen i årlig antal skadestuekontakter pga. voldsudsættelse, 1995-2012 – Korrigeret for registreringspraksis fra 2007 og frem.



Skadestuekontakter pga. voldsudsættelse i perioden 2009 til første halvår af 2013

Figur 2 viser den kvartalsvise udvikling frem til 2. kvartal i 2013. I 2012 samt især 1. og 2. kvartal i 2013, er antallet af skadestuekontakter lavere end de tidligere år, både for mænd og kvinder. På grund af sæsonvariationen bør 1. kvartal i 2013 sammenlignes med 1. kvartal i 2012 osv. Man kan altså se, at faldet i antallet af skadestuekontakter som følge af vold er fortsat i første halvdel af 2013. Faldet stemmer overens med, at antallet af politianmeldte voldsforbrydelser også er faldet kvartal for kvartal frem til 2. kvartal i 2013²².

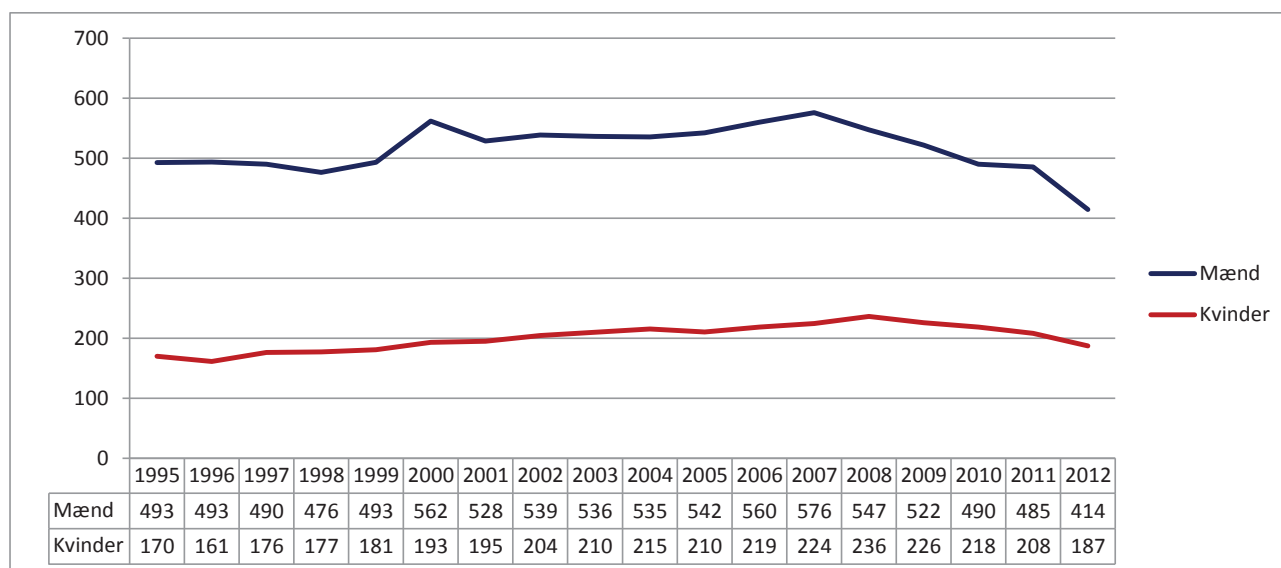
Figur 2. Kvartalsvise antal skadestuekontakter pga. voldsudsættelse i perioden fra 2009 til andet kvartal i 2013. Tallene er ikke korrigeret for ændringer i registreringspraksis.



En anden beskrivelse af udviklingen i sygehuskontakterne er vist i figur 3, der er baseret på beregninger af rater, dvs. antal kontakter pr. 100.000 mænd og kvinder i perioden 1995-2012. Som i figur 1b ser man også her et fald i raten af skadestuekontakter.

²² www.statistikbanken.dk, Levevilkår > Kriminalitet > Anmeldte forbrydelser > STRAF10

Figur 3. Udviklingen i den årlige rate, antal pr. 100.000, for skadestuekontakter pga. vold mod mænd og kvinder, 1995-2012. Tallene er korrigeret for registreringspraksis.



Af figur 3 ses, at raten af voldsskader, behandlet på skadestuen, har været faldende siden 2007 for mændenes og siden 2008 for kvindernes vedkommende. For mændenes vedkommende er raten i 2012 den lavest registrerede siden 1995 hvor skadestueregistreringen begyndte, mens den for kvinderne er tilbage til niveauet omkring år 2000.

Udviklingen i skadestuekontakter pga. voldsudsættelse i forskellige aldersgrupper

For både mænd og kvinder gælder det, at ca. halvdelen af skadestuekontakter pga. voldsudsættelse er blandt unge under 25 år, og at andelen er meget lav blandt 65-årige og ældre (tabel 1-2). Antallet af skadestuekontakter blandt mænd i aldersgruppen 15-24 år var næsten jævnt stigende fra 1995 og frem til 2007, men er derefter faldende. For de 25-34-årige mænd har antallet været faldende siden 2000. Faldet siden 2007 er 23% for mænd og 16% for kvinder. Faldet er størst for drenge og yngre mænd (51% for 0-14 årige og 33% for 15-24 årige) samt for 0-14 årige piger (47%) samt kvinder over 55 år (22%).

Tabel 1. Udviklingen i antal skadestuekontakter pga. vold mod mænd, fordelt på aldersgrupper, 1995-2012. Ukorrigerede tal)

År /alder	0-14 år	15-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65- år	I alt
1995	558	5.653	3.405	1.790	918	254	132	12.710
1996	532	5.610	3.458	1.858	969	276	113	12.816
1997	512	5.446	3.531	1.936	932	310	114	12.781
1998	557	5.193	3.375	1.852	1.042	335	115	12.469
1999	591	5.508	3.371	2.006	994	364	126	12.960
2000	718	6.368	3.833	2.239	1.124	401	131	14.814
2001	723	5.926	3.505	2.167	1.104	422	141	13.988
2002	796	6.046	3.545	2.255	1.096	424	152	14.314
2003	763	6.166	3.445	2.224	1.088	484	118	14.288
2004	917	6.071	3.482	2.167	1.121	426	116	14.300
2005	886	6.385	3.367	2.133	1.126	477	149	14.523
2006	976	6.736	3.463	2.130	1.203	420	135	15.063
2007	936	7.369	3.356	2.062	1.201	468	146	15.538
2008	730	6.148	2.746	1.787	1.060	475	146	13.092
2009	713	6.053	2.707	1.656	1.036	424	173	12.762
2010	694	6.007	2.837	1.843	1.103	431	157	13.072
2011	604	5.993	2.921	1.726	1.128	435	172	12.979
2012	459	4.960	2.592	1.598	1.068	432	160	11.269

Tabel 2. Udviklingen i antal skadestuekontakter pga. vold mod kvinder, 1995-2012. Ukorrigerede tal.

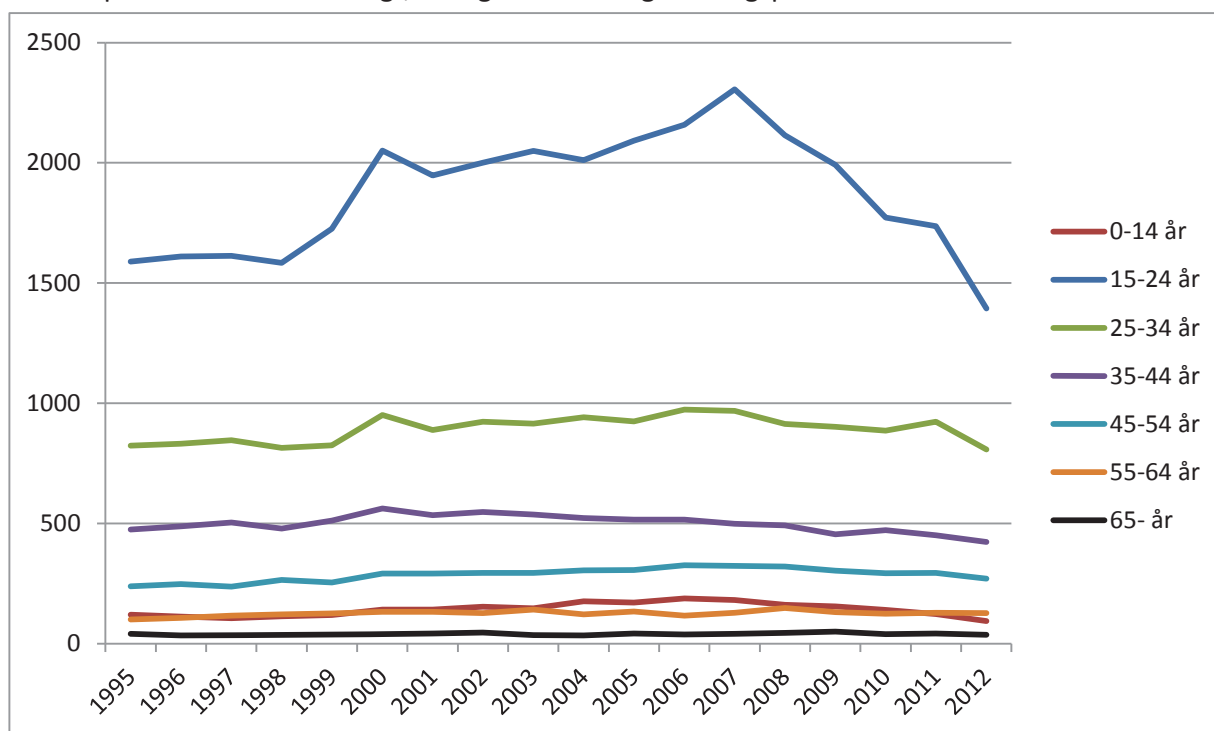
År /alder	0-14 år	15-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65- år	I alt
1995	282	1.183	1.133	1.044	584	141	129	4.496
1996	199	1.159	1.128	989	547	128	144	4.294
1997	251	1.279	1.202	1.079	586	157	160	4.714
1998	260	1.209	1.196	1.152	612	174	154	4.757
1999	257	1.329	1.268	1.080	599	179	153	4.865
2000	318	1.402	1.340	1.159	658	188	143	5.208
2001	293	1.499	1.293	1.216	644	210	119	5.274
2002	333	1.551	1.352	1.265	694	226	132	5.553
2003	372	1.663	1.344	1.236	697	254	146	5.712
2004	388	1.726	1.413	1.238	744	233	131	5.873
2005	435	1.759	1.308	1.222	661	271	103	5.759
2006	407	1.975	1.340	1.247	679	249	102	5.999
2007	436	2.168	1.282	1.198	729	248	110	6.171
2008	387	2.115	1.196	1.062	656	215	122	5.753
2009	350	2.136	1.098	1.021	672	243	104	5.624
2010	361	2.185	1.241	1.063	713	257	108	5.928
2011	318	2.101	1.301	959	677	219	84	5.659
2012	232	1.841	1.165	952	701	197	86	5.174

Hvis man ser på antallet af kontakter pr. 100.000 mænd og kvinder, korrigeret for registreringspraksis, er der også betydelige forskelle i udviklingen fra 1995 til 2012 mellem mænd og kvinder og mellem de enkelte aldersgrupper (figur 4 og 5). For mænd er der et signifikant fald for aldersgruppen 35-44 år, mens der er en signifikant stigning for aldersgrupperne 45-54 år og 55-64 år. For de øvrige aldersgrupper er der ingen signifikante ændringer, når perioden ses som en helhed. Hvis man alene ser på perioden 2007-2012, er der dog tale om signifikante fald for aldersgrupperne under 25 år og 35-54 år. For ingen af aldersgrupperne er der signifikante stigninger i perioden 2007-2012.

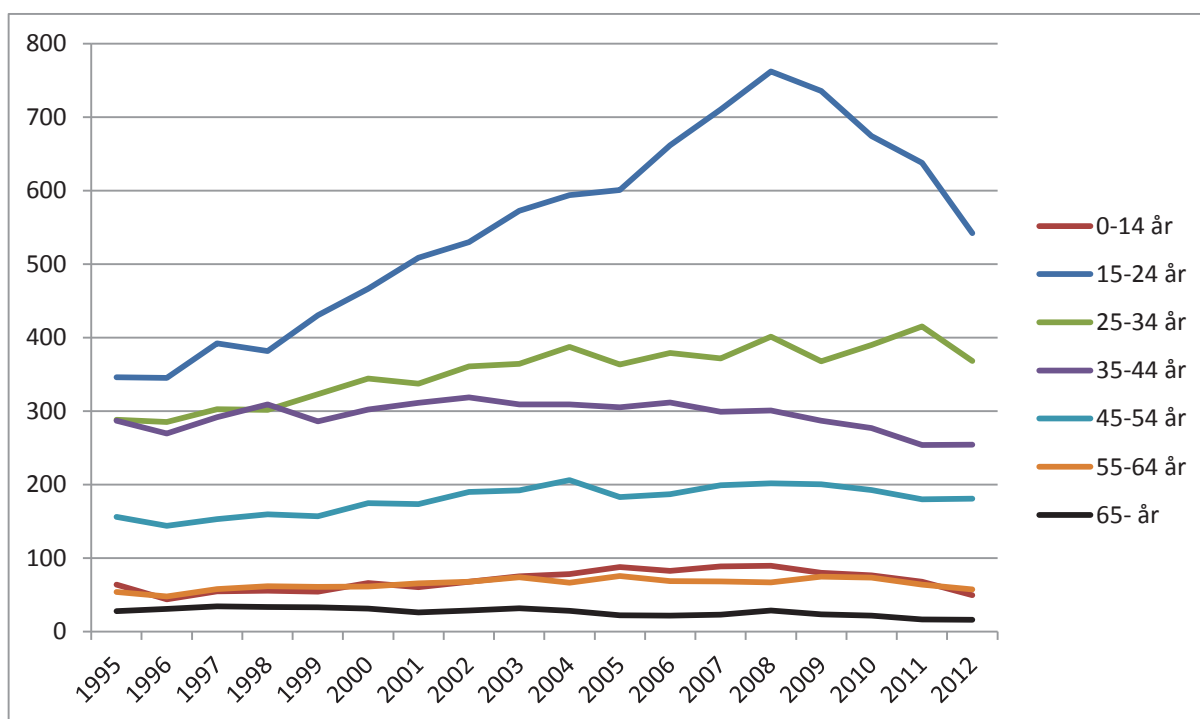
For kvinder var der set over hele perioden 1996-2012 en signifikant stigning for aldersgrupperne under 35 år samt for de 55-64 årige. Kun for kvinder over 65 år var der tale om et signifikant fald. Hvis man kun ser på perioden fra 2007-2012, er billedet markant anderledes. Ingen aldersgrupper udviser en stigning, mens aldersgrupperne under 25 år, 35-54 år og over 65 år har signifikante fald i raten af skadestuekontakter.

Mest markant er udviklingen for 15-24 årige mænd og kvinder, den aldersgruppe, der hyppigst kontakter skadestuen efter vold. For begge køn steg forekomsten betydeligt frem til 2007 – dog mest for kvinder. Fra 2007 til 2012 var der til gengæld et konstant fald for begge køn, 40 % for mænd og 24 % for kvinder. Dette fald ser ud til at fortsætte i 2013. Vi kan desværre ikke umiddelbart give en forklaring på udviklingen.

Figur 4. Rater for sygehuskontakt pga. vold mod mænd, fordelt på aldersgrupper, 1995-2012. Raterne er antal pr. 100.000 mænd årligt, korrigerede for registreringspraksis.



Figur 5. Rater for sygehuskontakt pga. voldsudsættelse blandt kvinder, fordelt på aldersgrupper, 1995-2012. Raterne er antal pr. 100.000 kvinder årligt, korrigerede for registreringspraksis.



Tabel 3. Incidensrater for vold pr. 100.000 mænd, opdelt på år og aldersgruppe. Korrigerede tal.

År/alder	0-14 år	15-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65- år
1995	120	1589	823	474	238	100	40
1996	112	1610	831	488	248	107	34
1997	106	1613	846	504	237	117	35
1998	113	1584	815	479	265	121	35
1999	118	1726	825	511	254	126	38
2000	142	2051	951	562	292	132	40
2001	141	1947	888	535	292	132	42
2002	154	2001	923	547	294	127	45
2003	147	2050	915	536	294	141	35
2004	176	2011	941	522	305	121	34
2005	170	2092	925	516	306	134	42
2006	188	2159	973	516	325	116	38
2007	181	2306	968	499	323	129	40
2008	161	2115	914	492	320	148	44
2009	155	1991	901	454	303	131	49
2010	140	1772	886	471	292	124	40
2011	123	1736	923	451	294	128	42
2012	93	1394	808	422	270	127	37

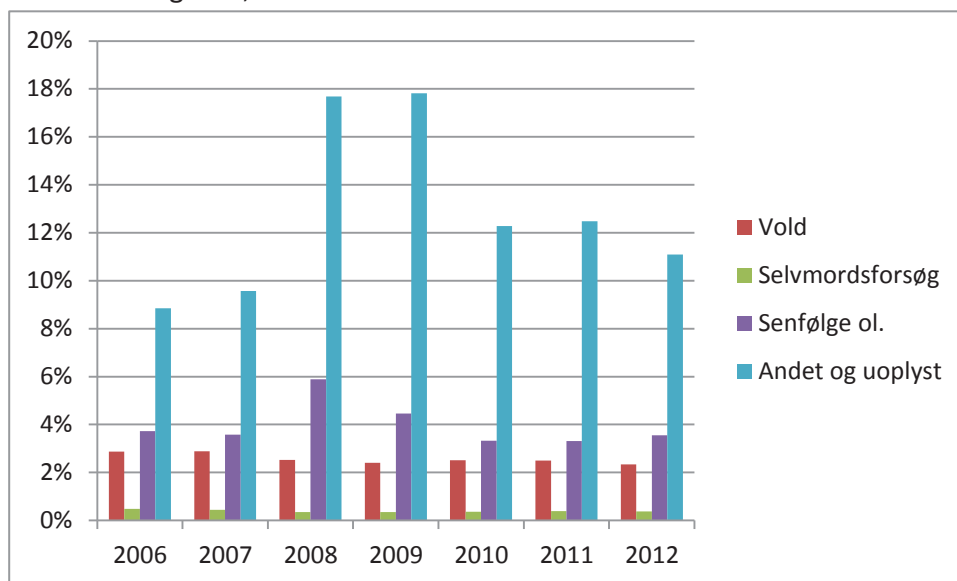
Tabel 4. Incidensrater for vold pr. 100.000 kvinder, opdelt på år og aldersgruppe. Korrigerede tal.

År/alder	0-14 år	15-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65- år
1995	64	346	288	287	156	54	28
1996	44	345	285	270	144	48	31
1997	55	392	303	291	153	58	34
1998	56	382	302	309	159	62	33
1999	54	430	323	286	157	61	33
2000	66	466	344	302	174	61	31
2001	60	509	337	311	174	65	26
2002	68	530	361	318	190	68	29
2003	75	572	364	309	192	74	32
2004	78	594	387	309	206	66	28
2005	88	600	363	305	183	76	22
2006	82	662	379	311	187	69	22
2007	89	710	372	299	199	68	23
2008	89	762	401	301	202	67	29
2009	80	735	368	287	200	75	23
2010	76	674	390	277	193	73	22
2011	68	638	415	254	180	64	16
2012	49	542	368	254	181	57	16

Sygehusregistreringen af voldsskader

Når en patient henvender sig på en skadestue, foretages der en registrering af årsagen til skaden: Skyldes den en ulykke, vold, et selvmordsforsøg, eller er det en senfølge. Der er også mulighed for at registrere 'anden kontaktårsag' eller 'uoplyst kontaktårsag', men dette skal helst undgås. Kontaktårsagen 'senfølge' benyttes, når der behandles eftervirkninger af en skade, der tidligere er behandlet på et sygehus, og man derfor ikke behøver at foretage en ny registrering af skadesomstændighederne. Hvis patienten er livløs eller død, kan det dog være svært at kende kontaktårsagen. Registreringen af den korrekte kontaktårsag er forudsætningen for, at skadestueregistreringen kan benyttes til overvågning af voldsforekomsten. Det er derfor vigtigt af følge udviklingen i kontaktårsagsregistreringen. Normalt bør 'anden kontaktårsag' altså ikke benyttes da de eksisterende kontaktårsager dækker alle muligheder, men ved at angive 'anden kontaktårsag', 'senfølge' eller 'uoplyst kontaktårsag' behøver sygehuse- ne ikke at foretage en tidskrævende registrering af skadeårsagerne.

Figur 6. Udviklingen i årlig registrering af kontaktårsag ved skadestuekontakter blandt personer med en skadesdiagnose, 2006-2012.



Datakilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut

Figur 6 viser udviklingen i andelen af skader, hvor kontaktårsagen er registreret som vold, selvmordsforsøg, senfølge, andet og uoplyst. Kontaktårsagen 'ulykke' er ikke vist, da denne udgør ca. 80 % af alle skader og derfor ville dominere figuren. Som det fremgår af figuren, skete der i 2008 og 2009 en stigning i andelen af 'anden' og 'uoplyst' kontaktårsag, og samtidig et fald i andelen af kontaktårsag vold. Disse ændringer skyldes sandsynligvis en ændring i skaderegistreringen, der blev indført i 2008 og blev på skadestuerne opfattet som forholdsvis tidskrævende. Ved at registrere som 'anden kontaktårsag' kan man undgå denne registrering. I nogle af figureerne og tabellerne i denne rapport er der korrigeret for dette, idet skaderne for 2008-2012 er opjusteret med henholdsvis 14 %, 12 %, 3 %, 3 % og 2 %. Denne korrektion er baseret på den antagelse, at skaderne registreret med 'anden' og 'uoplyst' kontaktårsag fordeler sig mellem ulykker, vold og selvmordsforsøg på samme måde som de andre skader, og at den reelle andel af skader med 'anden' og 'uoplyst' kontaktårsag i 2008-2012 er den samme om i 2007.

Ændringer i brug af skadestuerne

Der er gennem de senere år sket en betydelig ændring af sygehusstrukturen, hvor sygehuse er blevet samlet eller nedlagt. Dette har i flere områder i Danmark ført til længere afstande, og dette kan muligvis medføre, at færre voldsskader behandles på sygehusene. En anden udvikling er, at placering af vagtlæger på sygehusene kan medføre, at disse behandler skader, der ellers ville være behandlet af sygehuset. Da behandlinger af vagtlæger ikke indgår i sygehusregistreringen, kan dette medføre et fald i de registrerede voldsskader. Hvis disse to faktorer betyder noget for voldsskaderne, må man forvente et fald i registreringen af mindre alvorlige skader, mens de alvorlige skader stadig vil blive behandlet på sygehusene. Dette gælder særligt brud, som kræver røntgenundersøgelse, hvilket normalt kun kan ske på et sygehus. Hvis en stigende andel af voldsskaderne behandles andre steder end på sygehuset vil

det betyde, at brud vil udgøre en stigende andel af de sygehusbehandlede voldsskader. Det vil også betyde, at faldet i antallet af sygehusbehandlede voldsskader vil være størst i områder, hvor der var sket strukturelle ændringer, og f.eks. ikke i København, hvor der trods indførsel af natlukning af skadestuer, stadig er kort afstand til en døgnåben skadestue.

Andelen af knoglebrud blandt skader, hvor læsionstypen er kendt, er for mænd faldet fra 11,9% i 2006 til 10,3% i 2012 og for kvinder fra 5,9% i 2006 til 5,2% i 2012. Der er altså intet der tyder på at kun de alvorligste skader behandles på sygehusene i 2012.

For beboere i København var der et fald i antal registrerede voldsskader fra 2006 til 2012 på ca. 20%, mens faldet på landsplan var 27%. Faldet i København er altså lidt mindre end i resten af landet, men der dog stadig tale om et betydeligt fald.

Ud fra ovennævnte overvejelser vurderer vi, at faldet i registreringen af voldsskader fra 2006 til 2012 primært skyldes et reelt fald i antallet af skader og kun i begrænset omfang kan skyldes ændringer i behandlingsstrukturen og registreringspraksis. For årene 2008 og 2009 bør der dog foretages en korrektion for at tage højde for ændringer i skaderegistreringen.

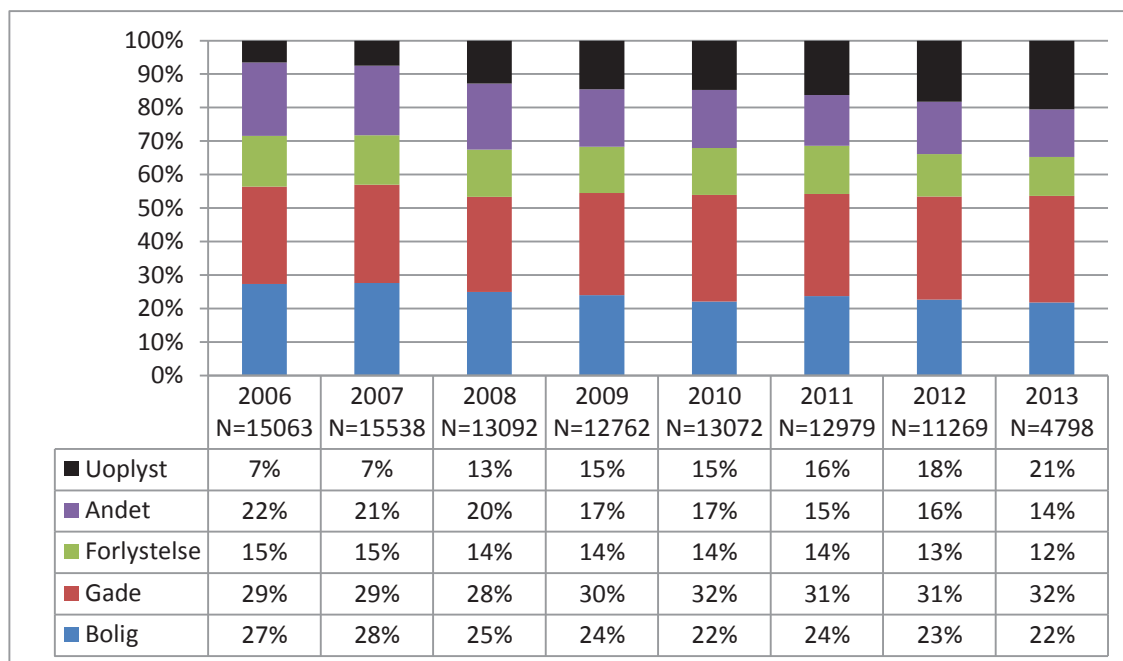
En anden problemstilling er, at nogle voldsskader muligvis bliver registreret som forårsaget af en ulykke, fordi patienten ikke ønsker at fortælle den virkelige årsag til skaden. Dette kunne tænkes særligt at være tilfældet i forbindelse med forældres vold mod børn, partnervold samt banderelateret vold. Dette kan føre til en undervurdering af omfanget af vold, men en analyse af dette ligger udenfor rammerne af denne rapport.

Sted for voldsudøvelsen

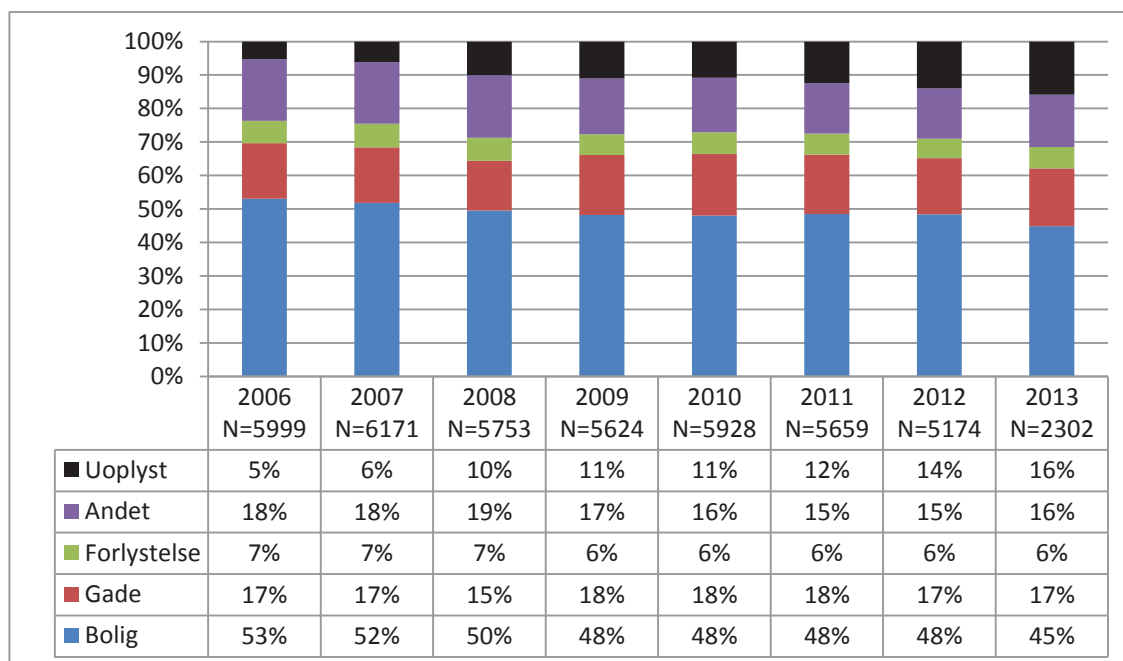
Mænd udsættes relativt oftere end kvinder for vold på offentlige områder. I de seneste par år foregik knap halvdelen af volden mod mænd på gader eller i forlystelsesområder mod knap i hvert fjerde tilfælde i bolig (figur 7). Vold mod kvinder udøves i ca. halvdelen af tilfældene i bolig og knap hver fjerde tilfælde på gader eller i forlystelsesområder (figur 8).

Der er blandt mænd en signifikant stigning i den relative andel af voldsskader på gaden fra 2006 til 2013, når der ses bort fra skadestuekontakter, hvor der ikke er registreret oplysninger om skadested. For vold i boligen og "Andre områder" er der tale om signifikante fald. For de øvrige steder er der ingen ændringer i perioden. For kvinder er andelen af voldsskader i boligen og "andre områder" signifikant faldende, mens der ingen ændringer i forekomsten andre steder. "Andre områder" omfatter blandt andet butikker, skoler, institutioner og sygehuse.

Figur 7. Fordelingen af sted for voldsudsættelse blandt mænd i perioden 2006-2013.



Figur 8. Fordelingen af sted for voldsudsættelse blandt kvinder i perioden 2006-2013.



En betydelig andel af volds-skaderne sker i forbindelse med arbejde. I tabel 5 er vist, hvor stor en andel arbejdsrelaterede volds-skader udgør af de volds-skader, hvor aktiviteten i forbindelse med skaden er oplyst.

Tabel 5. Andelen af voldsskader, der sker i forbindelse med erhvervsarbejde

År	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Mænd	7,8%	7,8%	9,0%	8,5%	9,4%	9,9%	11,2%	10,7%
Kvinder	10,5%	9,8%	12,3%	11,6%	12,0%	11,5%	12,7%	16,4%

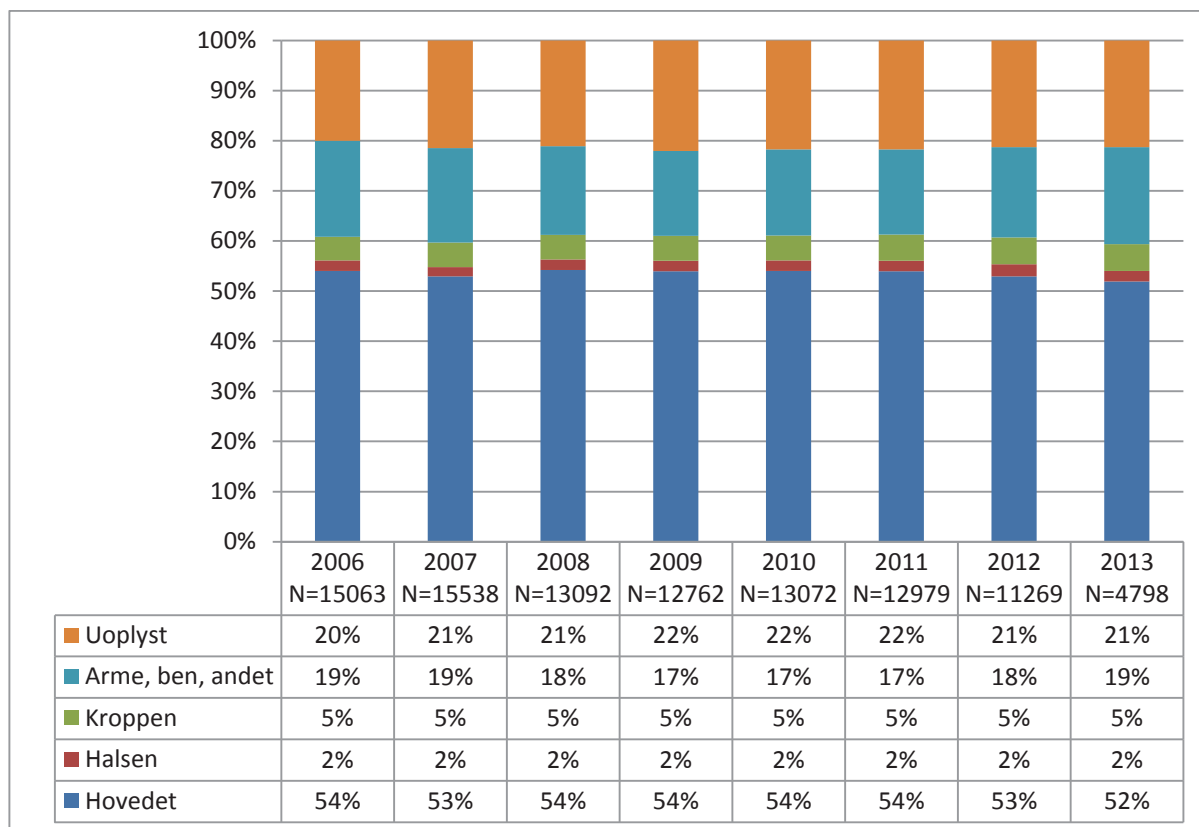
For kvinderne sker de fleste arbejdsrelaterede voldsskader på hospitaler, plejehjem og døgninstitutioner samt i butikker. For mænd sker de især på gaden (f.eks. vold mod taxachauffører), på musiksteder og hospitaler. Stigningen i andelen af erhvervsrelaterede voldsskader er signifikant for både mænd og kvinder.

Voldslæsioner

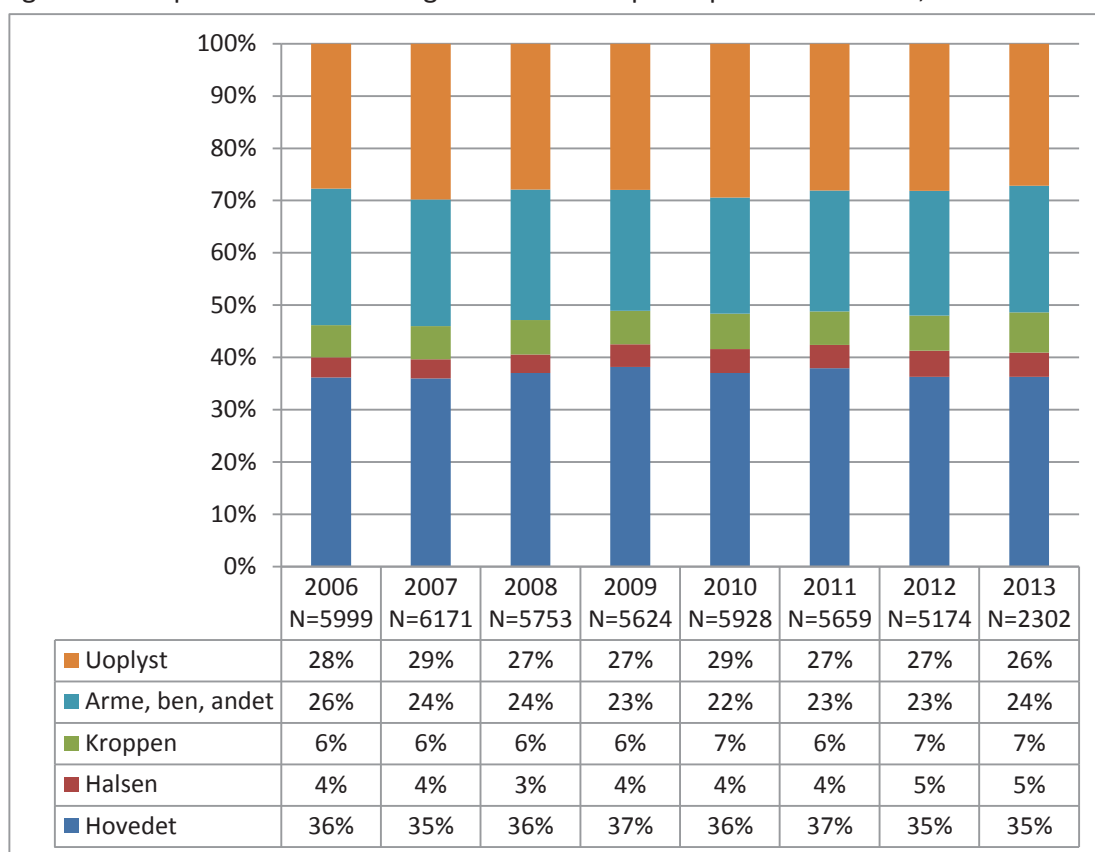
I Landspatientregisteret registreres alle skadestuekontakter med en specifik diagnosekode (ICD10-kode), som beskriver læsions art og lokalisation på kroppen. Hvis der er tale om flere skader, er der i det følgende beskrevet den primære diagnose – oftest den alvorligste. De følgende figurer viser fordelingen af læsioner for henholdsvis mænd og kvinder i perioden 2006-2013.

Blandt mænd er mere end halvdelen af voldsskaderne lokaliseret til hovedet mod hver tredje af skaderne blandt kvinder (Figur 9 og 10).

Figur 9. Den procentvise fordeling af voldsskader på kropsdel for mænd, 2006-2013.



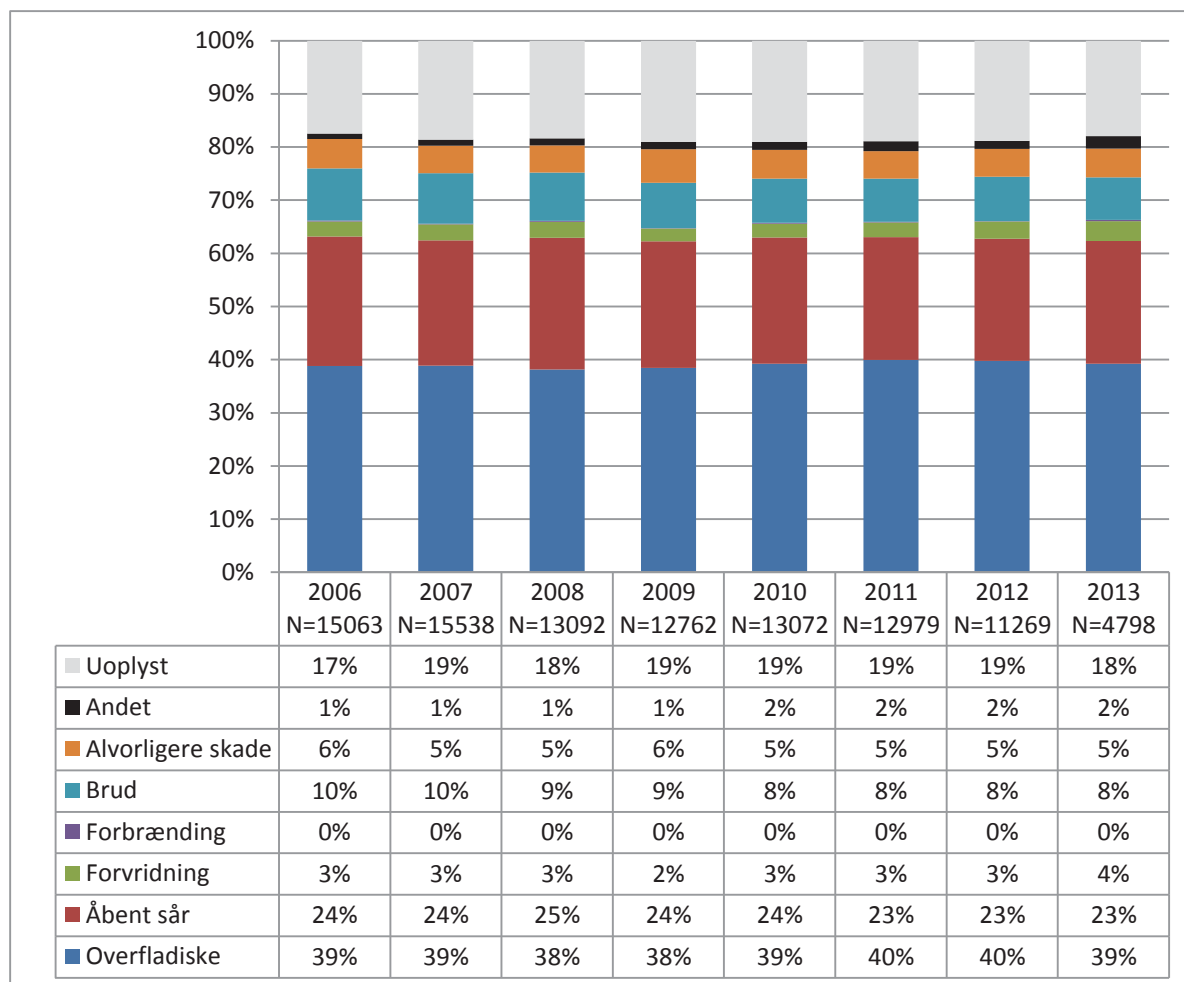
Figur 10. Den procentvise fordeling af voldsskader på kropsdel for kvinder, 2006-2013.



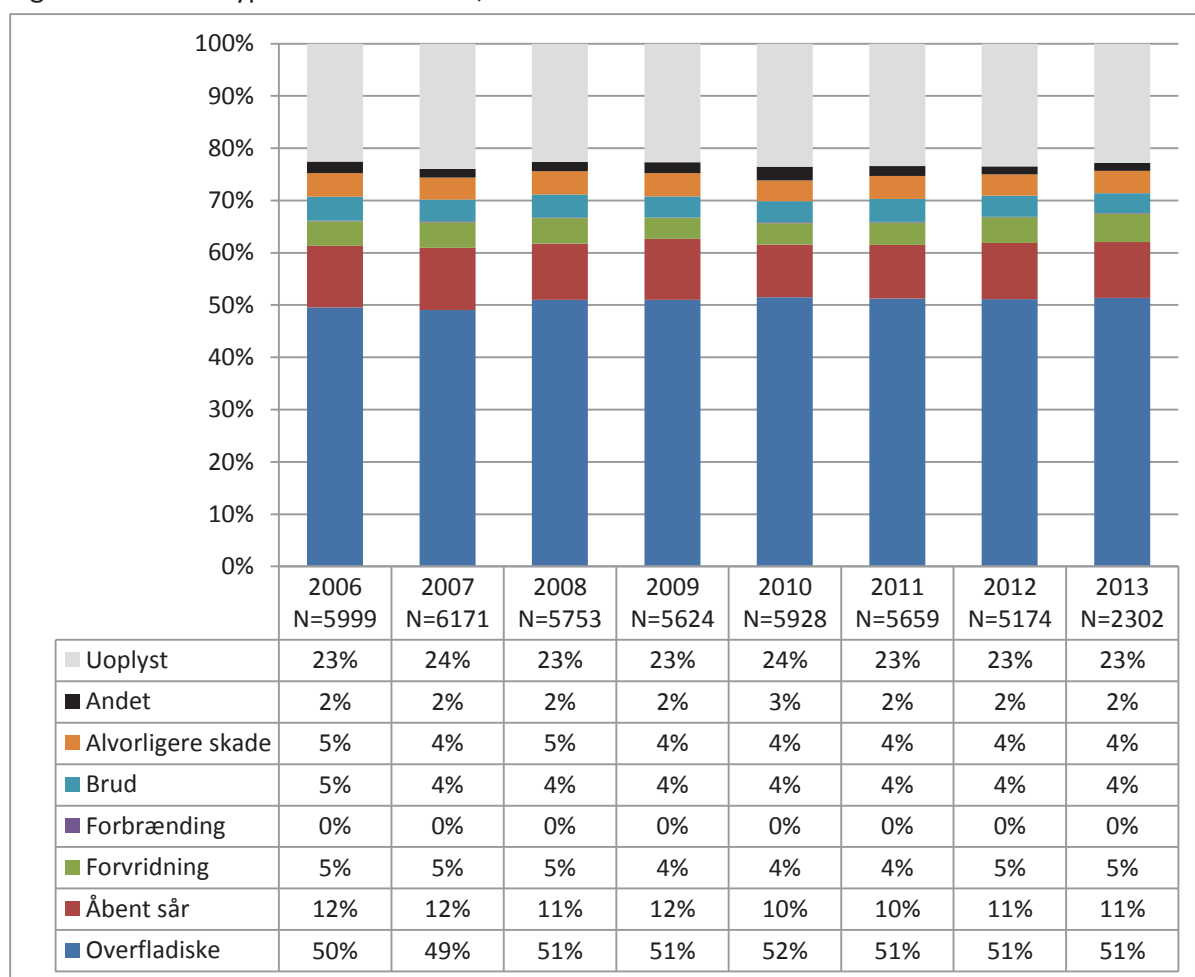
Blandt kvinder er knap hver tredje skadeskontakt ikke givet en diagnose, der oplyser om skadens type. Dette kan skyldes, at den præcise diagnose ikke gives ved skadestuebesøget, men det kan også skyldes, at der i forbindelse med en politianmeldelse er behov for en lægelig vurdering og en dokumentation af eventuelle læsioner som følge af vold, men hvor der ikke diagnosticeres nogen fysiske skader. Blandt mænd er det mindre end hver femte skadestuekontakt pga. voldsudsættelse, der er registreret som sådan.

For mænd var der i perioden 2006-2013 en signifikant stigning i andelen af skader på kroppen samt i andelen af skader, hvor der ikke var stillet en diagnose. Skader på kroppen er oftest blå mærker og lignende på brystkassen. For kvinder var der en signifikant stigning i andelen af skader på halsen. Det skal dog understreges, at selv om der er tale om stigninger i andelen af skader, er der på grund af faldet i det samlede antal skader tale om et nogenlunde konstant antal.

Figur 11. Læsionstype for voldsskader, mænd



Figur 12. Læsionstype for voldsskader, kvinder



Alvorligere skader omfatter især hjernerystelse og øjenskader. "Andet" omfatter primært diagnoser som "fysisk mishandling" og "Flere ikke specificerede skader".

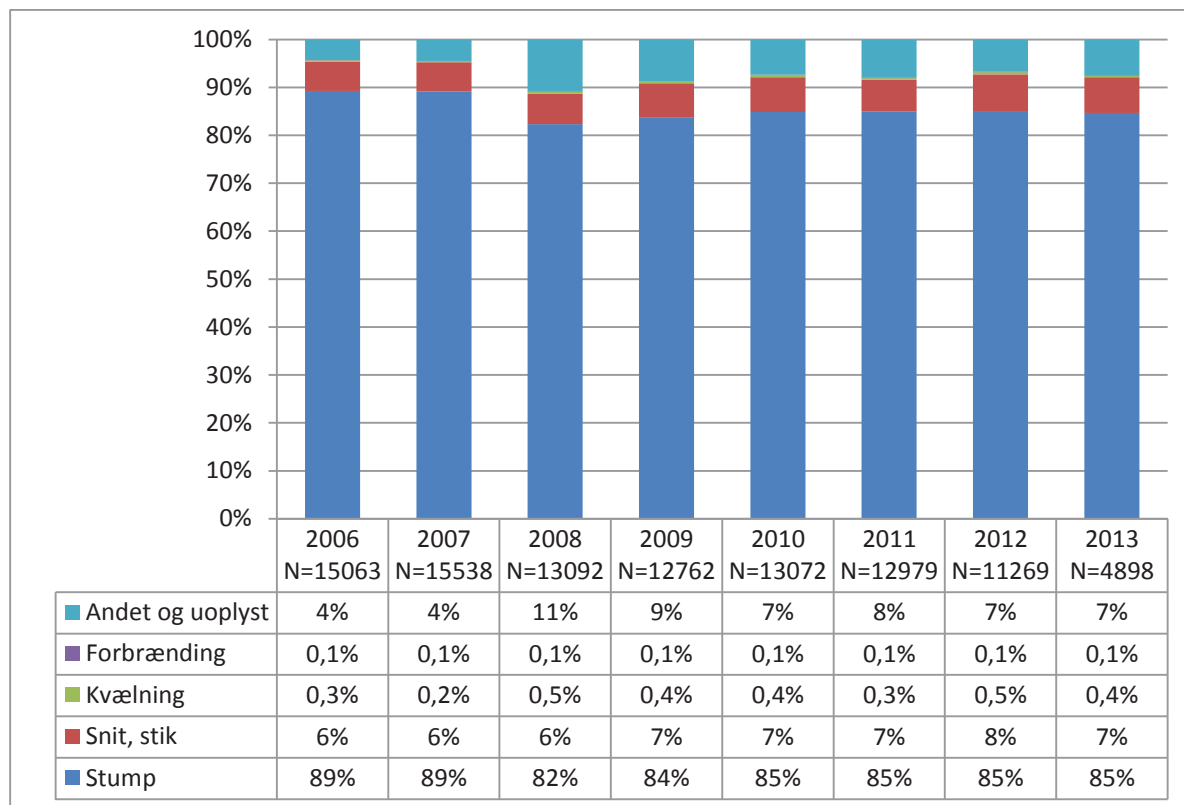
Der er næsten ingen ændringer i fordelingen på skadetyper i perioden 2006-2013. For mænd er der dog et signifikant fald i andelen af brud og en stigning i andelen af "anden skade". Der er dog forholdsvis få af disse skader, så stigningen skyldes sandsynligvis at lidt flere skader registreres uden specifikation.

For kvinder er der en stigning i andelen af overfladiske læsioner. Desuden er der for begge køn en tendens til færre sårskader, men den er dog ikke signifikant.

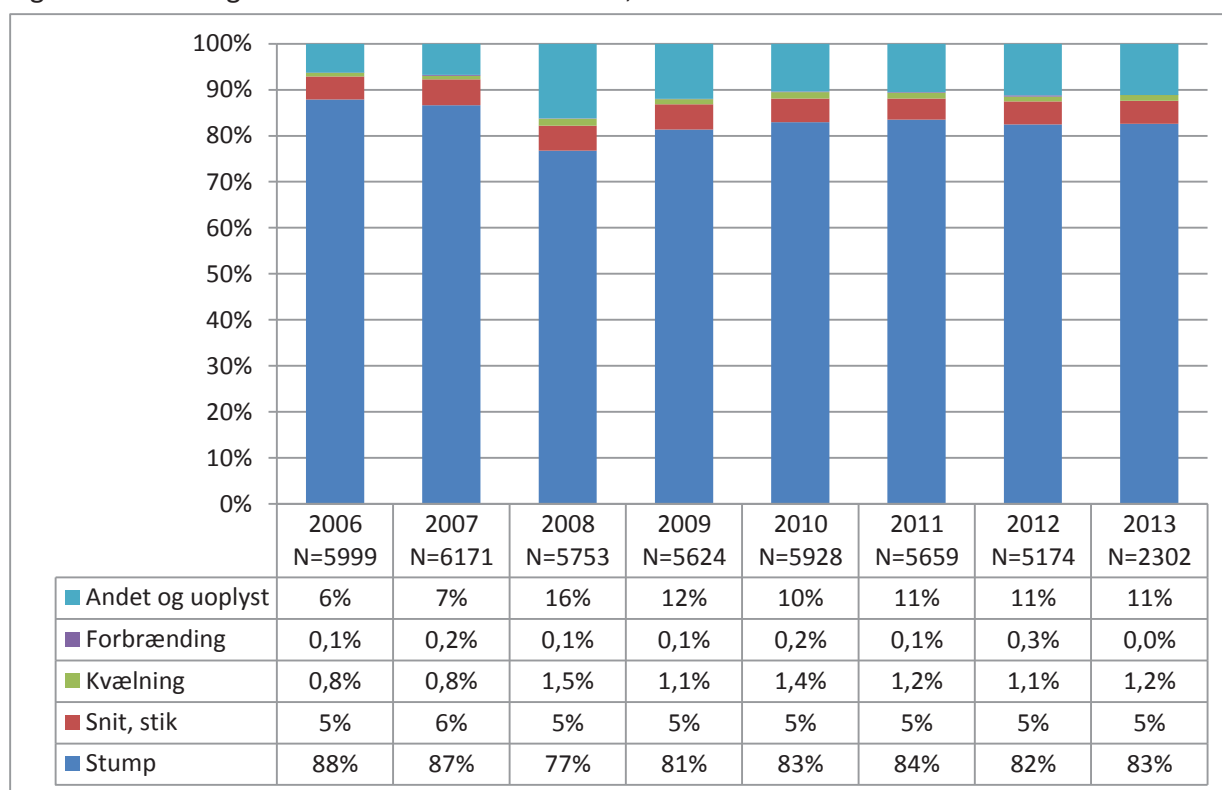
Voldsformer

Ved skadestuekontakter pga. vold registreres der oplysninger om skademekanismen, dvs. hvilken form for vold, der har været anvendt. De følgende figurer viser skadestuekontakter betinget af voldsudsættelse blandt mænd og kvinder i perioden 2006-2013. Volden kan have været udøvet i form af stump vold, fx knytnæveslag eller slag med genstand; ved snit eller stik; ved kvælning, forbrænding eller anden form for fysisk vold. "Andet og uoplyst" omfatter primært skadestuekontakter, hvor der ikke er registreret en specifik voldsform; desuden forgiftning og overbelastningsskader, for eksempel ved at få peberspray i øjet eller få armen vredet om. Andelen af disse steg i 2008, sandsynligvis på grund af ændringen i registreringsmetode.

Figur 13. Fordelingen af voldsformer mod mænd, 2006-2013



Figur 14. Fordelingen af voldsformer mod kvinder, 2006-2013



Både mod mænd og kvinder udøves langt hovedparten af vold i form af såkaldt stump vold (ved slag, spark eller stød med eller mod genstande), mens snit, stik, kvælningsforsøg og brug af ild mm. er relativt sjældne. For kvinder var kun omkring ti skadestuekontakter pga. voldsudsættelse årligt registreret som betinget af ild.

Blandt kvinder udgør kvælningsforsøg 1-2 % af volden. Det er en større andel end blandt mænd; kvælning udgør under en procent af voldsformerne mod mænd.

De eneste signifikante ændringer i perioden 2006-2013 er et stigende andel skader på mænd som følge af stik og snit. Det første er tilsyneladende i modstrid med oplysningerne om læsionstype, hvor andelen af sårskader var faldende. Modstriden er dog kun tilsyneladende, da flertallet af sårskader skyldes stump vold, som ofte giver sårskader på øjenbrynene.

Voldsudøver

Landspatientregisteret rummer indtil nu ikke oplysninger om voldsudøveren, dvs. at relationen mellem den voldsudsatte og voldsudøveren ikke kan beskrives ud fra de landsdækkende skadestuedata. Fra 2014 indføres muligheden for at registrere modpart i forbindelse med voldsskader, altså om der f.eks. er tale om en fremmed eller en samlever. Denne registrering bliver dog ikke obligatorisk.

Vi har i tidligere afrapportering til det Kriminalpræventive Råd inddraget data i Ulykkesregisteret for at belyse relationen mellem voldsudøver og voldsudsat. Ulykkesregisteret var baseret på detaljerede

oplysninger, der blev registreret på fire landsrepræsentative skadestuer. Heri indgik data om voldsudøverne. Desværre er dataindsamlingen til Ulykkesregisteret lukket i 2010, så vurderingerne af voldsudøver er baseret på oplysninger før 2010. Vi mener dog stadig disse data kan benyttes til at belyse sammenhængen mellem det sted, hvor volden sker, og voldsudøver.

Vold udøvet i bolig kan være udøvet af mange andre personer end en tidligere eller nuværende partner. Vi har ud fra data om voldsudøver i Ulykkesregisteret skønnet, at ca. 60 % af voldstilfælde i bolig mod kvinder er udøvet af en partner. For mændenes vedkommende skønnes andelen at være end 10 % af voldstilfældene i bolig.

Fordeling på kommune

Der er betydelige forskelle i hvor ofte man bliver sygehusbehandlet for volds-skader, afhængig af hvor man bor. Disse forskelle er illustreret i Tabel 6, hvor kommuner med over ca. 20.000 indbyggere er medtaget. De to sidste kolonner er korrigeret for aldersfordelingen, registreringspraksis samt for skadestuernes tilgængelighed. Det skal dog understreges, at på grund af de forholdsvis små antal kan tallet variere omkring 20 % på grund af tilfældigheder, særligt for de mindre kommuner. En væsentlig forklaring til forskellen mellem kommunerne er sandsynligvis socio-økonomiske forskelle, idet borgere i kommuner med høj indkomst som f.eks. Gentofte og Rudersdal har færre voldsrelaterede skadestuekontakter end borgere i kommuner med lavere indkomster. Desuden er der forskelle mellem by og land, men disse forskelle er mere usikre da der som nævnt nedenfor har været nødvendigt at foretage betydelige korrektioner for tilgængeligheden af skadestuerne.

Tabel 6. Antal skadestuekontakter pga. vold i 2012 pr 1.000 mænd og kvinder med bopæl i de nævnte kommuner. De korrigerede tal er aldersjusterede og korrigerede for tilgængeligheden af skadestuerne samt for registreringspraksis. De mindste kommuner er udeladt på grund af usikkerheden.

Kommune	Ukorrigeret		Korrigeret	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
København	6,9	3,0	6,0	2,5
Frederiksberg	4,8	1,9	4,5	1,8
Ballerup	3,3	1,9	3,8	2,3
Brøndby	6,9	3,7	6,6	3,7
Gentofte	2,2	0,7	2,6	0,8
Gladsaxe	3,8	1,6	4,2	1,8
Glostrup	5,7	1,9	5,3	1,8
Herlev	4,2	1,9	5,0	2,4
Albertslund	5,5	3,6	4,7	3,2
Hvidovre	5,8	2,9	5,7	2,8
Høje-Taastrup	5,0	2,4	4,8	2,2

Lyngby-Taarbæk	2,9	0,9	3,1	1,0
Rødovre	5,0	2,7	5,1	2,8
Ishøj	5,0	4,1	4,5	3,6
Tårnby	5,7	2,9	6,5	3,3
Furesø	3,2	1,0	4,2	1,4
Allerød	2,4	1,3	2,8	1,5
Fredensborg	2,8	2,0	2,9	2,1
Helsingør	4,4	2,2	4,4	2,1
Hillerød	4,5	1,7	4,4	1,6
Hørsholm	2,8	0,9	3,2	1,1
Rudersdal	1,5	0,9	1,9	1,0
Egedal	3,1	1,1	3,3	1,3
Frederikssund	2,6	1,7	2,6	1,7
Greve	3,0	2,2	3,3	2,6
Køge	4,3	2,3	4,7	2,5
Halsnæs	4,6	2,6	4,7	2,9
Roskilde	3,1	1,5	3,1	1,5
Solrød	3,4	1,7	3,8	1,9
Gribskov	2,9	1,4	3,4	1,5
Odsherred	3,3	2,1	3,7	2,4
Holbæk	4,7	2,3	4,8	2,3
Faxe	2,7	2,2	3,0	2,3
Kalundborg	4,1	1,8	4,2	1,8
Ringsted	2,7	1,9	2,8	1,9
Slagelse	4,5	3,3	4,6	3,5
Stevns	2,6	1,2	3,3	1,5
Sorø	2,5	1,9	3,0	2,1
Lejre	2,7	1,3	3,4	1,4
Lolland	3,0	1,3	3,4	1,5
Næstved	3,4	1,5	3,5	1,5
Guldborgsund	5,2	2,9	5,5	3,2
Vordingborg	3,0	1,5	3,5	1,6
Bornholm	3,1	1,9	3,2	2,0
Middelfart	3,9	1,9	3,9	1,8
Assens	4,0	0,7	3,9	0,7
Faaborg-Midtfyn	3,2	1,2	3,1	1,3
Kerteminde	4,5	2,5	4,4	2,4
Nyborg	3,9	1,3	3,9	1,2
Odense	6,5	2,2	4,9	1,8
Svendborg	3,7	2,2	3,3	2,0
Nordfyns	3,5	1,4	3,4	1,3

Haderslev	3,6	1,9	3,3	1,8
Billund	2,2	1,4	2,0	1,2
Sønderborg	2,9	0,9	2,7	0,8
Tønder	2,5	1,3	2,4	1,4
Esbjerg	6,6	3,2	5,6	2,8
Varde	3,9	1,7	3,7	1,5
Vejen	3,1	1,8	2,9	1,7
Aabenraa	3,2	2,2	3,1	2,2
Fredericia	5,3	3,0	4,7	2,7
Horsens	4,5	2,0	4,0	1,8
Kolding	5,4	2,5	4,7	2,2
Vejle	6,4	2,9	5,9	2,6
Herning	1,2	0,7	2,0	1,1
Holstebro	0,7	0,3	1,2	0,6
Lemvig	0,6	0,3	1,5	0,6
Struer	1,0	0,7	2,2	1,5
Syddjurs	2,2	1,1	2,6	1,3
Norrdjurs	2,6	0,9	2,9	1,0
Favrskov	1,9	0,9	2,1	1,0
Odder	2,9	1,2	3,2	1,5
Randers	3,8	2,0	3,7	1,9
Silkeborg	1,5	0,6	1,5	0,6
Skanderborg	1,9	0,6	2,3	0,6
Aarhus	5,6	2,0	5,1	1,9
Ikast-Brande	0,8	0,5	1,3	0,7
Ringkøbing-Skjern	0,5	0,3	1,1	0,6
Hedensted	3,0	1,6	3,0	1,6
Skive	1,6	0,3	2,1	0,4
Thisted	0,3	0,2	1,2	0,7
Viborg	3,3	1,5	3,7	1,7
Brønderslev	1,3	0,6	3,1	1,2
Frederikshavn	1,2	0,4	3,8	1,2
Vesthimmerlands	1,4	0,8	2,0	1,1
Rebild	1,2	1,1	2,0	1,5
Mariagerfjord	1,5	0,7	2,2	1,0
Jammerbugt	1,4	0,5	2,9	0,9
Aalborg	3,3	1,4	3,8	1,7
Hjørring	1,9	0,7	5,9	2,2

Følgende kommuner har over 4 voldskontakter pr 1.000 borgere i 2012 (korrigeret og aldersjusteret, gennemsnit af mænd og kvinder): København, Brøndby, Ishøj, Tårnby, Odense, Slagelse, Guldborg-

sund, Esbjerg, Vejle og Hjørring. Gentofte, Rudersdal, Billund, Sønderborg, Tønder, Herning, Holstebro, Lemvig, Struer, Syddjurs, Norddjurs, Favrskov, Silkeborg, Skanderborg, Ikast-Brande, Ringkøbing, Skive, Thisted, Vesthimmerland, Rebild, Mariagerfjord og Jammerbugt under 2 voldskontakter pr. 1.000 borgere.

Aldersjusteringen er foretaget på den måde, at incidensraterne i de enkelte aldersgrupper er vægtet i forhold til aldersfordelingen i Danmark som helhed.

Korrektionen for tilgængelighed er foretaget på følgende måde: For kommuner, hvor andelen af personer på skadestuen med knoglebrud ligger mere end 20% over andelen i København, er incidensraten opjusteret i forhold til denne andel. Korrektionsfaktoren er op til 2,3. Korrektionen er baseret på den hypotese, at stort set alle knoglebrud fører til skadestuebesøg; hvis andelen af knoglebrud er høj, er det udtryk for, at få af de øvrige skader fører til skadestuekontakt, og man undervurderer derfor skadesforekomsten hvis man ikke korrigerer for dette.

Korrektion for registreringspraksis er foretaget på følgende måde: For kommuner, hvor andelen af personer med kontaktårsagerne "andet" og "uoplyst" samt "sygdom" blandt personer med skadesdiagnose afviger fra landsgennemsnittet, er der korrigeret i forhold til dette. Denne korrektionsfaktor varierer fra 0,85 – 1,99. Antagelsen bag dette er, at skadestuekontakter med kontaktårsag "andet", "uoplyst" og "sygdom" fordeler sig på ulykker, vold og selvmordsforsøg som de øvrige skadestuekontakter.

Da der er tale om betydelige korrektioner, skal tallene vurderes med forsigtighed.