

Anna Carlsson

# OLYCKSFALLSRISKER I BARNETS HEMMILJÖ

- Fokus på skållskador

Distribueras av:

Hälsa och samhälle  
Malmö högskola  
205 06 Malmö

© 2005 Anna Carlsson

**ISBN**

**ISSN**

Malmö: Holmbergs Tryckeri, 2005

Malmö studies in Nursing Sciences

No. 1, 2005

OLYCKSFALLSRISKER I BARNETS HEMMILJÖ  
- FOKUS PÅ SKÅLLSKADOR

*Anna Carlsson*

Hälsa och samhälle, Malmö högskola



## Förord

Denna licentiatavhandling tillägnas barnhälsovårdens sjuksköterskor som med stor kunskap och ett djupt engagemang arbetar med att förebygga barnolycksfall.

Ett stort tack till Malmö högskola, Hälsa och samhälle och till FoUU Primärvården Skåne som genom ekonomiskt stöd gjorde forskarstudierna möjliga för mig. Speciellt tack till min pedagogiska förebild Charlotte Stölten, som med uppmuntran motiverat till vårdvetenskapliga studier.

Jag vill varmt tacka mina handledare Giggi Udén och Anders Håkansson som varit ett oerhört stöd för mig genom hela arbetet. Jag vill också varmt tacka mina handledare Ewa Pilhammar Andersson och Elisabeth Dejin-Karlsson för värdefulla synpunkter på innehåll och text.

Tack också till alla lektorer och doktorander vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle, avdelningen för omvårdnad för det stora engagemanget Ni visat vid granskningarna av mina artiklar, på doktorandseminarierna. Ett stort tack till Ann-Cathrine Bramhagen, Pernilla Ny, Christel Bahtsevani, Peter Stoltz, Maria Eiman, Karin Persson, Marie Holst, Carin Alm-Roijer och Tobias Schölin, för spännande diskussioner om doktorandlivets glädjämnen och svårigheter.

Ett stort tack också till alla föräldrar som i intervjuer så generöst delade med sig av sina uppfattningar och upplevelser till mig.

Ett speciellt tack till Marie Jönsson på kirurgklinikens akutmottagning UMAS för ett hjälpsamt och positivt bemötande.

Till slut vill jag särskilt tacka min familj, min man Per och våra barn David och Gustav men också min pappa Agne och min syster Britt för att Ni funnits där med uppmuntran och framför allt för att Ni, genom Er kärlek, gjort min resa möjlig.

Malmö, 2005

*Anna Carlsson*



# Innehållsförteckning

FÖRORD	5
<b>Del A.</b>	
<b>ÖVERSIKT AV FORSKNINGSFÄLTET OCH EN SAMMANFATTNING AV ARTIKLARNA</b>	
FÖRKORTNINGAR	9
ORIGINALARTIKLAR	10
INTRODUKTION	11
<b>Barnolycksfall</b>	11
Barnolycksfall och samhälle	11
Risker för barnolycksfall	12
Olyckors händelseförlopp	13
<b>Prevention</b>	14
Folkhälsoarbete	14
Förändringar i samhället	14
Barnhälsovårdens utveckling och mål	16
<b>Följsamhet (Compliance)</b>	18
SYFTE MED LICENTIATAVHANDLINGEN	20
MATERIAL OCH METOD	21
<b>Studiepopulation och genomförande</b>	21
<b>Bortfall</b>	22
<b>Analys</b>	22
<b>Etiska överväganden</b>	23
RESULTAT	24
DISKUSSION	26

SUMMARY IN ENGLISH 33

REFERENSER 35

**Del B.**

**ORIGINALARTIKLARNA 39**

PAPER I

PAPER II

PAPER III

## Förkortningar

BHV	Barnhälsovård
BNP	Bruttonationalprodukt
BVC	Barnvårdscentral
CH	Child Health
CI	Konfidensintervall/Confidence interval
HCC	Health Care Clinics
OR	Odds ratio
UMAS	Universitetssjukhuset MAS
VC	Vårdcentral

## Originalartiklar

Denna licentiatavhandling är baserad på följande artiklar, dessa kommer att refereras till med den romerska beteckningen:

I

Carlsson, A., Dejin-Karlsson, E., Håkansson, A., Udén, G. (2005) Compliance with child accident precautions by the Child Health nurses. *Journal of Child Health Care*.  
(Accepterad för publicering).

II

Carlsson, A., Udén, G., Håkansson, A., Dejin-Karlsson, E. (2005) Burn injuries in small children, a population-based study in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*.  
(I press).

III

Carlsson, A., Udén, G., Håkansson, A., Pilhammar Andersson, E. Parent's perceptions of influencing factors to scald accidents among children.  
(I manus).

## Introduktion

Denna licentiatavhandling syftar till att beskriva barns (0-6 år) utsatthet för olycksfallsrisker i hemmiljön genom att fokusera på omfattningen av bränn- och skållskador, föräldrars uppfattningar om påverkande faktorer till olyckshändelser samt föräldrars uppgifter om egen följsamhet till olycksförebyggande råd och anvisningar. I barnhälsovården (BHV) ges råd och anvisningar kring olika åtgärder lämpliga i förhållande till barns utveckling. Dessa råd ges kontinuerligt och under barnens 6 första år. Innehållet i råden är reglerat i det basprogram som föräldrar till alla barn i Sverige erbjuds fram till skolstart.

Få studier beskriver i vilken utsträckning föräldrar följer dessa råd och vilka faktorer som påverkar dels föräldrarnas följsamhet till råden dels faktorer som påverkar risken för barnolycksfall. I denna licentiatavhandling är exemplet skållskador (II, III) beskrivet som ett av flera möjliga olycksfall i hemmiljö som barn drabbas av.

## Barnolycksfall

### Barnolycksfall och samhälle

I ett internationellt perspektiv visas ett tydligt samband mellan bruttonationalprodukt (BNP)/capita och dödlighet i olycksfall. I takt med att BNP ökar i de fattigare länderna ökar risken för barnolycksfall som en följd av ökad industrialisering och motorisering av trafiken etc. Frekvensen av barnolycksfall kulminerar då de fattigare länderna uppnår samma ekonomiska nivå som medelinkomstländerna i världen, för att sedan i takt med ökat välstånd avta. Till skillnad från andra hälsorisker har olycksfall under de senaste århundraden spelat en konstant betydande roll som orsak till dödsfall (Mölsted m fl, 1999).

Sett i ett internationellt perspektiv har Sverige mycket låga frekvenser när det gäller barnolycksfall och barndödlighet till följd av olycksfall. Olycksfall utgör trots det den främsta orsaken till dödsfall i Sverige bland barn mellan 1 och 14 års ålder (Andersson & Söderqvist, 1995; IRTAD, 2003). Bidragande orsaker till det förhållandevis låga antalet olyckor kan vara den cirka 40 år långa samhällskampanj som bedrivits i Sverige för att minska riskerna för barnolycksfall. Andra påverkande faktorer bedöms vara: homogeniteten i befolkningen, hälsomedvetandet hos befolkningen, lagstiftning och reglering för att säkerställa miljöer och produkter, kampanjer med tvärprofessionella grupper för bredare olycksfallsprofylax samt längden och innehållet i kampanjerna (Galal, 1999).

År 2000 drabbades cirka 15 barn av 1000 (0-4 år) i Malmö, av skador som ledde till

sjukhuskonsultation. De vanligaste orsakerna till konsultationer var hjärnskakningar, frakturer, luxationer, distorsioner och rupturer av senor och muskler som följs av brännskador och förgiftningar (IRTAD, 2003).

Flera studier från olika delar av världen visar att skållskador utgör den största delen av brännskadorna bland barn (Freccero m fl, 2000; Drago, 2005; den Hertog m fl, 2000; Fukunishi m fl, 2000). Freccero m fl (2000) visade i en studie i södra Sverige att av de 214 brännskadade barnen på Universitetssjukhusets brännskadeavdelning var 87 % skållskador. I en studie av den Hertog m fl (2000) framkom att skållskadorna var 75 % av de cirka 14 300 barn som brännskadas per år i Holland. Drago (2005) som undersökt brännskador bland barn i Massachusetts, USA fann att skållskadorna utgjorde 65.3 % av de totalt 17 237 brännskadade barnen. Fukunishi m fl (2000) fann i en studie att 80.8 % av de brännskadade barnen på ett av Universitetssjukhusen i Japan var skållskador. I flera länder är köket den plats, i barnens hem, där skållskador företrädesvis sker. Skållskadorna orsakas oftast av varma vätskor på eller kring spisen, som barnet sträcker sig efter och välter (Carlsson m fl, (i press); Drago, 2005; den Hertog m fl, 2000; Ray, 1995).

### Risker för barnolycksfall

Samspelet mellan barnet, vårdaren, risker i hemmet och de omständigheter som råder inför olyckshändelsen har betydelse för olyckors uppkomst. Vid brist i samspelet mellan dessa faktorer ökar risken för olycksfall (Andersson & Svanström, 1980). Den personliga risken för både barnet och vårdaren varierar dels på grund av olycksfallsrisker i hemmet men också på grund av variationer i personens individuella beredskap att möta riskerna. Frågor som kan ställas angående den personliga risken är om hon/han upptäckte faran, om hon/han vet hur den skall undvikas och om hon/han kan undvika den. Den personliga risken påverkas också av om det fanns någon varningssignal innan olyckstillfället. Varningssignalen måste vädja till något av de mänskliga sinnena syn, hörsel, känsel, smak eller lukt och den måste kunna förnimmas. Varseblivningen av faran kan påverkas av individuella faktorer som trötthet, sjukdom och stress (Andersson, 2002).

Gustavsson (1975) fann i en studie i Uppsala, att ett viktigt skäl till varför barn vid 2-års ålder oftare drabbas av olycksfall kan vara svårigheter för föräldrarna att med tillsyn kompensera barnets oförmåga att förstå farorna i omgivningen. Gustavsson menar också att föräldrarnas kunskaper om barnets utveckling, risker i miljön och olycksbenägenheten hos barnet har en avgörande betydelse för risken att barn drabbas av olycksfall.

Enligt Sand (1991) som undersökt påverkande faktorer till barnolycksfall i Sverige har de psykosociala faktorerna stor inverkan på barns risker för olycksfall. De viktigaste psykosociala faktorerna menar Sand (1991) vara familjens traditioner, levnadsvanor och omgivningens förmåga att hantera hotfulla situationer och lösa konflikter. Sand (1991) menar också att kulturella karakteristika, framför allt avseende synen på barnets förmågor att socialiseras men även synen på barnuppfostran har stor betydelse för barns utsatthet för olycksfall. Ytterligare en faktor som enligt Sand (1991) har betydelse för barns olycksfallsrisker är psykologiska karakteristika hos både barn och förälder som till exempel attityder och personlighet.

### Olyckors händelseförlopp

För att kunna förebygga olyckor bör enligt Andersson (2002) kunskaper om orsaksmönstret vid tidigare olyckor inhämtas. Faktorer som påverkat händelseförloppet och faktorer som medverkat till att bygga upp den riskfyllda situationen, vid tidigare olyckor, är väsentliga att beskriva. Då först kan bakomliggande orsakssamband utredas och genom att studera följdverkningarna kan omfattningen av olyckans utbredning värderas. Här kan också kunskap fås om möjligheten att urskilja särskilda riskgrupper. För dessa grupper bör speciellt hänsyn tas vid de preventiva insatserna. Genom att studera barnets och vårdarens agerande under händelseförloppet kan riskerna tolkas in som lagbundna egenskaper. På det sättet förefaller inte längre olyckors uppkomst som en tillfällighet utan snarare som logiska effekter av situationen (Andersson, 2002).

En olyckas händelseförlopp karakteriseras av att den sker plötsligt men den har alltid en viss utsträckning över tid, som kan studeras. Händelseförloppet kan analyseras med hjälp av frågor som berör vilka faktorer som utlyste faran, om faran kunde förnimmas och om faran gick att undvika. Just på grund av att händelseförloppet ofta är blixtnabbt så är det inte sällan just tiden som är avgörande för om en olyckshändelse skall resultera i ett tillbud (ej personskada) eller ett olycksfall (personskada), (Andersson, 2002).

Termerna ”olycka” och ”skada” i detta arbete är använda (I, II, III) i enlighet med den av WHO (2004) antagna definitionen. ”En olycka är en oavsiktlig händelse som resulterar eller kunde ha resulterat i en skada, medan en skada är en kollektiv term för hälsoåkommor från avsiktliga eller oavsiktliga traumatiska händelser”.

## Prevention

### Folkhälsoarbete

Folkhälsoarbetets huvudfokus är att öka motivationen till att förebygga risker och främja hälsosamma och säkra förhållanden i samhället och ej som tidigare att fokusera på att utveckla motåtgärder mot sjukdomar och skador. Detta innebär att frågorna måste synliggöras och kommuniceras till dem som är utsatta (i risk), makthavare och andra som har möjlighet att påverka förhållanden. Inom folkhälsovetenskapen är det angeläget att generera ny kunskap genom ett ständigt förbättringsarbete i praktisk verksamhet (Bäck-Wiklund & Lundström, 2001).

Begreppet ”New Public Health” myntades av engelsmännen Mc Donald och Bunton (1995) och innebär en utvidgning från strukturers och miljöers betydelse för människans hälsa som t ex miljöfarliga utsläpp, till att också inkludera individuella faktorer som t ex livsstilsfrågor som alkohol och rökvanor. Denna förändrade syn på hälsofrämjande och förebyggande arbete innebär att en helhetssyn eftersträvas, med insatser från olika aktörer, som tillsammans kompletterar varandra.

Skadepanorama för barn delas upp i två huvudområden: hem/fritid och trafik. Huvudprinciperna för det förebyggande arbetet inom området hem/fritid är dels ”produktsäkerhet” och dels ”en trygg och säker kommun”, (”Safe Communities”). ”Produktsäkerhet” innebär att utforma designen på produkter så att de inte är farliga för användaren eller för ett barn som oavsiktligt kommer åt produkten. I den mån de farliga egenskaperna hos en produkt inte kan elimineras medföljer en noggrann konsumentinformation. Den andra modellen inom det skadeförebyggande området för barn benämns ”en trygg och säker kommun” och innebär ett samlat befolkningsinriktat agerande från aktörer i kommuner, landsting, näringsliv, frivilligorganisationer, nätverk samt hälso- och sjukvård. Den bärande principen för denna modell är hjälp till självhjälp och medborgarna kan genom en demokratisk process påverka tryggheten och säkerheten i omgivningen. Människor betraktas i denna modell som demokratiskt handlande och inte som objekt för experters beskyddande omsorger (Klassen m fl, 2000; Forsberg & Starrin, 1997).

### Förändringar i samhället

Barns uppväxtvillkor och synen på barn fungerar som en spegel av det samtida samhällets villkor och värderingar. Några av den svenska välfärdsstatens viktigaste uppgifter är att skydda, vårda och utveckla ”lika villkor” för barn att växa upp i. För att uppnå dessa mål har

dagens föräldraförsäkring, barnomsorg och barnhälsovård skapats. En stor förändring för barns uppväxtvillkor under de senaste decennierna har varit synen på familjerelationerna. Det klassiska sättet att beskriva familjerelationer bygger på att individens egna intressen är underordnade familjekollektivets. I dagens samhälle, som till stor del präglas av mångfald och ambivalens (avseende livsval), har individualiseringen ökat med öppnare relationer i familjekonstellationerna som resultat. De öppna relationerna innebär avsevärda konsekvenser för barn och familjeliv. Många föräldrar går skilda vägar. Fler par får barn utan att vara gifta och skilsmässorna är tre gånger så vanliga i Sverige bland samboende jämfört med gifta föräldrar. Skilsmässor leder ofta till att barnen följer mamman till en ny familj och får styvsyskon. En annan stor förändring för barn i Sverige under de senaste decennierna är det ökade antalet ensamföräldrar. Oavsett familjekonstellationerna kvarstår barns behov av kärlek, omsorg, tillit och stabilitet (Bäck-Wiklund & Lundström, 2001).

I en avhandling undersökte Lassbo (1988) barns utveckling och socialisering relaterat till familjekonstellation och fann inga skillnader i barnens utveckling och socialisering beroende av i vilken familjekonstellation barnet växte upp i. Däremot fann Lassbo (1988) skillnader i barns utveckling och socialisering som hängde samman med familjernas socioekonomiska ställning och i vilken utsträckning familjen hade ett socialt nätverk men inte familjekonstellationen som sådan.

Under 1960-talet kom utbildning, som tidigare varit ett privilegium för ett fåtal, att bli en möjlighet för många. Kvinnorna började också arbeta utanför hemmet i allt större utsträckning och barnens omsorg tillgodosågs till stor del av offentlig barnomsorg. I det komplicerade samhället, där modernt (individrelaterat) och traditionellt (familjerelaterat) levnadssätt blandas i familjen och på arbetsplatsen, försvåras möjligheterna för föräldrar att fatta rationella beslut (Bäck-Wiklund & Bergsten, 1997). Rationella beslut påverkas också av alla de möjliga individuella livsval och den stress många föräldrar upplever, vilket får konsekvenser även för barns säkerhet och trygghet (Bäck-Wiklund & Bergsten, 1997; Trondman, 1999).

Mobiliteten i världen har ökat med stor invandring till Sverige som följd. Invandringen till Sverige har under de senaste decennierna företrädesvis kommit från Libanon, forna Jugoslavien, Afghanistan, Iran, Irak och Somalia (IRTAD, 2003). De kulturella och språkliga skillnaderna är stora mellan dessa olika folkgrupper men också mellan dessa folkgrupper och kulturer i Sverige. Skillnader av betydelse för olycksfallsrisker kan vara föräldrarnas syn på barnets förmågor under olika utvecklingsperioder och synen på barnets socialisering. Traditioner och levnadsvanor som t ex matlagningsrutiner kan också ha betydelse för barns

risker att drabbas av olycksfall. Då matlagningsrutiner omfattar långa tidsperioder med kokande mat på spis utsätts barn för en ökad risk att drabbas av skållningsolycka.

Om en eller båda föräldrarna var födda i Sverige betraktades familjerna som svenskfödda, medan om båda föräldrarna var födda i annat land än Sverige betraktades familjerna som utlandsfödda (I, II, III), (SCB, 2002).

## Barnhälsovårdens utveckling och mål

Under 1800-talet förändrades synen på barn i Sverige från att tidigare ha varit starkt influerad av religionen till att vara påverkad av ett naturvetenskapligt synsätt. Det religiösa synsättet hade fokuserat på barnets själ och moral medan det naturvetenskapliga synsättet fokuserade på barnets kropp och fysiska utveckling. Detta förändrade synsätt har haft en avgörande betydelse för den svenska barnhälsovårdens (BHV) framväxt. För att gynna barnets fysiska utveckling blev det angeläget att förebygga ohälsa och hälsoupplysningen introducerades. Mot bakgrund av den höga barnadödligheten och de låga födelsetalen i Sverige under 1900-talets början växte intresset för att förebygga ohälsa och främja barns hälsa. År 1901 startade den första barnvårdscentralen (BVC) i Stockholm. Denna kallades ”Mjölkdroppen” och hade som huvuduppgift att dela ut modersmjölksersättning åt fattiga mödrar som inte kunde amma. Sjuksköterskor och läkare anställdes och huvuddelen av arbetet innehöll det vi idag kallar socialt arbete. Under 1950-talet övergick dessa till att benämnas barnvårdscentraler. Barnhälsovårdens uppgifter utökades med att också erbjuda vaccinationer, att förebygga barnolycksfall och syn- och hörselundersökningar infördes. Antalet barn som kontrollerades ökade kraftigt från början till mitten av 1900-talet (Socialstyrelsen, 1979). En fortsatt ökning under slutet av 1900-talet har inneburit att över 95 procent av barnen i Sverige (0-6 år) omfattas av BHV:s verksamhet. Denna stora uppslutning är unik i världen (Sundelin, 2000). År 1978 infördes möjlighet för föräldrar till nyfödda barn att delta i föräldrautbildning och samtidigt började barnhälsovården ansvara för hälsovården i förskolan (Socialstyrelsen, 1979). Ett nationellt hälsoövervakningsprogram initierades av Socialstyrelsen år 1991. Detta kallas ”basprogrammet” och reglerar barnhälsovårdens arbete även idag (Socialstyrelsen, 1992). Basprogrammet ger upprepade möjligheter att bygga upp en relation mellan BHV och barnfamiljer (Socialstyrelsen, 1994; Victorin & Mårild, 1992). BHV-sjuksköterskan informerar kontinuerligt, med speciellt fokus då barnen är 8 månader gamla, om lämpliga åtgärder för att minska risken för barnolycksfall i hemmet (Socialstyrelsen, 1994). Enligt Galal (1999) är det via hembesök hos barnfamiljer som den bästa möjligheten ges att få

inblick i riskerna för barnolycksfall. År 2000 fick sextio procent av familjerna i Malmö 8 månadersinformation i sitt hem och 35 procent av familjerna fick informationen på barnavårdscentral eller i föräldragrupper. Samtidigt bodde i Malmö cirka 16,884 barn, 0-5 år gamla (Strategisk utveckling, 2001).

De övergripande målen för barnhälsovården idag är att minska dödlighet, sjuklighet och handikapp samt att stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap. Det förebyggande arbetet utgör den största delen av BHV-arbetet och innebär bland annat att förebygga risker i närmiljö och samhälle samt att minska skadliga påfrestningar för föräldrar och barn och därigenom skapa gynnsamma förutsättningar för en allsidig utveckling av barnen. De övergripande målen för BHV är reglerade i lagar och styrdokument t ex, Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:783), Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och Socialstyrelsens Allmänna Råd (Socialstyrelsen, 1992). De inkluderar bedömningar av barnets utveckling, medicinska undersökningar, vaccinationsprogram och barnolycksfallsprofylax.

Barnhälsovårdsarbetet har två inriktningar, en social/familjepolitisk och en hälsopolitisk. Det innebär att det arbete som skall utföras kräver insatser riktade mot såväl den enskilde individen och familjen, som mot andra närliggande verksamheter och beslutsfattare på olika nivåer. I BHV används de två inriktningarna parallellt och kompletterar varandra. Det sjukdomsförebyggande arbetet (prevention) omfattar allt hälsoarbete som bedrivs i BHV. Arbetsuppgifterna inom BHV kan, utifrån de övergripande målsättningarna indelas, beskrivas och dokumenteras i *promotion* – att främja barnens hälsa, *primärprevention* – att förhindra uppkomst av sjukdom och skada, *sekundärprevention* – att tidigt upptäcka ohälsa/sjukdom samt vidta åtgärder för att förhindra utveckling av dessa och *tertiärprevention* – som kan innebära att möta ett manifest problem med anpassad service, stöd och vård (Socialstyrelsen, 1992).

I en undersökning av Hallberg m fl, (2005) identifierades fyra olika perioder inom svensk BHV. Den första perioden (1930- och 1940-talen) karakteriserades av information och utbildning av mödrar samt kontroll av barnens utveckling. I den andra perioden (1950 och 1960-talen) blev hälsovägledning ett honnørsord och målet blev att identifiera risker samt att upptäcka ogynnsam utveckling hos barnen. Under den tredje perioden (1970- och 1980-talen) fokuserade BHV på att identifiera hälsorelaterade och sociala riskgrupper. I den nuvarande perioden, inom svensk BHV (från 1990-talet) riktas mycket uppmärksamhet på barnets omgivande miljö och på familjen som en helhet och avser att stödja föräldrars självkänsla och kompetens. Ansvar för barns hälsa har under de fyra perioderna förändrats från att tidigare ha varit ett mer samhälleligt ansvar till ett större föräldraansvar. BHV:s fokus har också under

den senaste perioden gått från en generell till att också omfatta en mer selektiv ansats. Samtidigt har arbetet kring barnens fysiska hälsa minskat till förmån för psykosociala problem i familjer.

### **Följsamhet (Compliance)**

Begreppet ”Compliance” används i denna avhandling för att beskriva föräldrarnas följsamhet till de råd och anvisningar som ges i BHV, för att minska risken för barnolycksfall.

Att förebygga barnolycksfall skall ses som en långsiktig process. Ett av de övergripande målen för BHV är att minska risker för skador i barnets hemmiljö genom rådgivning till föräldrar. Detta preventiva arbete innebär bland annat återkommande kontakter med föräldrar för att motivera deras följsamhet av olycksförebyggande råd. För föräldrars följsamhet är det också viktigt med återkommande kontakter och att föräldrarna får feedback på redan vidtagna åtgärder. Upprepade samtal krävs också för problemlösning av åtgärder för att kunna förebygga barnolycksfall, t ex var barnsäkerhetsartiklar kan införskaffas och hur en spis kan förankras i väggen. Syftet med denna långsiktiga process är att medverka till att motivera föräldrar till en förändring i riktning mot att förhindra barnolycksfall (Corrarino, m fl, 2001; McClure & Douglas, 1996; Arborelius, 1993; Lassen, 1993).

Schoetzau m fl (2002) visade i en randomiserad studie i Tyskland, föräldrars följsamhet till kostråd i ett allergiförebyggande program. Resultaten visade att de föräldrar som i mindre utsträckning följde kostrekommendationerna oftare hade utländsk härkomst (båda föräldrarna födda i annat land än Tyskland), var yngre och hade lägre utbildning i jämförelse med de föräldrar som i större utsträckning följde kostrekommendationerna.

I en engelsk undersökning av Kendrick m fl (2001) tillfrågades föräldrar till barn vid tre tillfällen, innan barnen fyllt två år, om barnsäkerhetsåtgärder vidtagna i hemmet. Föräldrar som deltagit i barnhälsovårdens skadeförebyggande program och som fått information om olycksförebyggande åtgärder vidtog barnsäkerhetsåtgärder i hemmet i signifikant större utsträckning än de föräldrar som ej deltagit.

I en randomiserad kontrollerad studie (double-blind) undersökte Hovell m fl (2000) mödrars följsamhet till rådet att minska sina spädbarns exponering för tobaksrök. Mödrarna kom alla från familjer med låga inkomster. Den exponerade gruppen av mödrar fick individuell information och stöd, vid sju tillfällen under tre månader, för att motivera till att deras spädbarn inte skulle utsättas för tobaksrök. Den oexponerade gruppen mödrar fick, vid

ett tillfälle, rådet att inte röka i barnets närhet. Med signifikant skillnad minskade barns utsatthet för tobaksrök för barnen till den exponerade gruppen mödrar.

## Syfte med licentiatavhandlingen

Det övergripande syftet med detta arbete är att beskriva barns (0-6 år) utsatthet för olycksfallsrisker i hemmiljö genom att fokusera på omfattningen av bränn- och skållskador, föräldrars uppfattningar om påverkande faktorer till olyckshändelser samt föräldrars uppgifter om egen följsamhet till olycksförebyggande råd och anvisningar. Det övergripande syftet är baserat på de specifika syftena i de tre delstudierna:

### Artikel I

Syftet med denna studie är att undersöka i vilken utsträckning föräldrar till små barn (8 månader gamla) följde de råd och anvisningar, som gavs i barnhälsovården för att förebygga barnolycksfall och vilka faktorer som hade samband med att föräldrarna vidtog profylaktiska åtgärder.

### Artikel II

Syftet med denna studie är att beskriva brännskadekaraktistika bland barn (0-6 år gamla) som konsulterat primärvård eller sjukhusvård i Malmö.

### Artikel III

Syftet med denna studie är att ta del av föräldrars uppfattning om påverkande faktorer till uppkomsten av skållskador bland barn.

# Material och metod

## Studiepopulation och genomförande

Studierna (I, II, III), genomfördes i Malmö under åren 1998-2004. Malmö som är Sveriges tredje största stad hade 257 574 invånare år 2000. Av dessa var 16 884 barn i åldern 0-5 år (6,6 %). Studie (I) genomfördes i BHV i en av Malmös tio stadsdelar. Stadsdelen valdes på grund av att invånarna speglade Malmös hela population avseende ålder, nationalitet, socioekonomiska förhållanden, utbildning och boendeform. Vid detta tillfälle bodde 31 466 invånare i den valda stadsdelen varav 1 854 (5,9 %) var barn (0-5 år), (Strategisk utveckling, 2001). Andelen föräldrar med utländsk härkomst utgjorde, samma år, 23 % av befolkningen både totalt i Malmö och i nämnd stadsdel (SCB, 2001).

Under en tre månadersperiod inkluderades alla barn konsekutivt (I) som uppnådde tio månaders ålder (n=90), i sex sjuksköterskedistrikt (alla BVC-distrikt i stadsdelen).

Föräldrarna tillfrågades om deltagande i studien i samband med en utvecklingsbedömning som gjordes på BVC-mottagning. Studien och dess syfte beskrevs och ett skriftligt medgivande lämnades av föräldrarna före deltagandet i studien. Enkätundersökningen genomfördes cirka två månader efter det att föräldrarna hade fått information om olika barnolycksfallsförebyggande åtgärder, av sjuksköterska i BHV.

Föräldrarna besvarade fjorton frågor angående åtgärder i hemmet som avsåg att minska risken för barnolycksfall. En pilotstudie för att testa validiteten av frågeformuläret resulterade i att tre frågor ströks. De elva kvarvarande frågorna berörde om spisen var förankrad i väggen, en stabil barnstol användes, knivar/plastpåsar/rengöringsmedel/cigaretter förvarades gömda för barnen, anti-glidmatta användes under mattor och i badkar, elektriska kontakter var barnsäkra och om åtgärder var vidtagna för att minska risken för klämskador (Socialstyrelsen, 1992). Föräldrarna fick också besvara frågor angående om de saknat någon information från BHV angående barnolycksfall och om deras barn drabbats av någon olycka som föranlett sjukvårdskonsultation. (I).

Vid undersökningstillfället för studie II fanns det 21 vårdcentraler (VC) och ett Universitetssjukhus i Malmö (UMAS). Föräldrar till barn med brännskador kunde fritt välja att konsultera VC (inklusive jourläkarcentral) eller Kirurgiska klinikens akutmottagning, UMAS. För år 1998 och år 2002 var cirka 10 000 patienter/år registrerade för vård vid Kirurgiska klinikens akutmottagning, UMAS. Ur dessa cirka 20 000 registrerade patienter skiljdes barn under sju år ut med diagnosen brännskada/skållskada. Studie II är en journalstudie med en retrospektiv design. Barnens journaler granskades avseende diagnos,

ålder, kön och föräldrarnas härkomst. Även för de barn (0-6 år) som konsulterat VC för brännskada registrerades data avseende diagnos, ålder, kön och föräldrarnas härkomst.

Datansamling för studie III skedde genom intervjuer kring föräldrarnas uppfattning om påverkande faktorer till att barn drabbas av skållskada. Inkluderingskriterierna för studie III utarbetades mot bakgrund av den kunskap som erhöles i studie II. Studie II visade att brännskadorna företrädesvis var skållskador och de flesta olyckorna skedde bland små barn i hemmiljö (Carlsson m fl, i press). Föräldrar till 20 barn, av de totalt 23 (0-6 år) som konsekutivt tillfrågats, som konsulterat Kirurgiska klinikens akutmottagning UMAS under året 2003 för skållskada i hemmiljö, deltog i studie III. Kirurgiska klinikens akutmottagning, UMAS besöktes 1gång/vecka i avsikt att samla in data från journaler angående kön, föräldrarnas härkomst, var och hur skadan skett samt för att kunna tillfråga föräldrarna (via telefonsamtal) om deltagande i studien. Avsikten med att besöka akutmottagningen 1 gång/vecka var också för att intervjuerna skulle äga rum inom en vecka efter skadetillfället. Intervjuerna varade mellan 30-70 minuter och de transkriberades alla ordagrant. Intervjufrågorna till föräldrarna behandlade följande områden: händelseförloppet, föräldrarnas syn på barnens förmåga att förstå risker i hemmiljön och vad föräldrarna ansåg vara den främsta orsaken till olyckan.

## **Bortfall**

Det interna bortfallet var stort i studie II, på grund av att information som efterfrågades inte fanns antecknad i journalerna. Det externa bortfallet i studie III bestod av tre familjer i vilka föräldrarna inte kunde intervjuas på grund av att två av familjerna var tillfälligt i Malmö och i den tredje familjen avstod föräldrarna från att delta i studien på grund av att någon direkt positiv effekt inte skulle komma att tillskrivas barnet.

## **Analys**

Den statistiska analysen av data i denna licentiatavhandling avsåg att beskriva (I, II), undersöka samband (I, II), och bedöma risker för olycksfall i hemmiljö (I). Statistisk signifikans har accepterats vid  $p < 0,05$ . Med hjälp av SPSS-statistikprogram för Windows 11.0 (Norusis, 2002) har nominaldata analyserats med chi-två test (I, II) för att få kunskap om likheter i föräldrarnas bakgrund i förhållande till de barnolycksfallsförebyggande åtgärder föräldrarna vidtagit (I). Med univariata odds ratios (OR) och 95% konfidensintervall (95% CI)

undersöktes samband mellan föräldrarnas följsamhet av råden från sjuksköterskan och föräldrarnas olika bakgrund/socioekonomiska karakteristika. Potentiella confounding faktorer, som undersöktes med stöd av logistisk multivariatanalys, var föräldrarnas nationalitet, utbildningsnivå, yrkesverksamhet, boendeform samt plats för information (I). När föräldrar uppgav att de åtgärdat minst hälften av de föreslagna olycksfallsförebyggande åtgärderna betraktades de som ”följsamma” och som ”ej följsamma” om åtgärderna uppgavs till mindre än hälften av förslagen.

Korstabeller användes i studie II för att analysera proportionerna mellan kön, ålder, nationalitet och skador (Norusis, 2002).

Datansamlingen i studie III skedde genom intervjuer, analyserade med kvantitativ och kvalitativ innehållsanalys. Syftet med den valda metoden var att, genom föräldrarnas uppfattningar, få fördjupad förståelse av varför barn drabbas av skållningsolyckor. Inledningsvis lästes intervjuerna i sin helhet. Därefter lästes intervjuerna systematiskt av författarna AC och EP A, med avsikt att finna meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kodades, klipptes ut, kategoriserades, räknades, och placerades i separata kuvert. När författarna var överens om att kategorierna representerade de meningsbärande enheterna och speglade intervjuerna i sin helhet skrevs en summering för varje kategori. Därefter sökte författarna efter ett underliggande mönster i föräldrarnas uppfattningar om varför barn drabbas av skållskador och fann två teman (Morgan, 1993).

## **Etiska överväganden**

Föräldrarna i studie I tillfrågades om deltagande i studien i samband med en 10-månaders utvecklingsbedömning som gjordes på BVC-mottagning. Det finns en risk att föräldrarna upplevde svårigheter att avböja deltagande i studien. Enkätundersökningen genomfördes efter informerat samtycke av föräldrarna.

Studie II och III har godkänts av Lunds Universitets Etiska Kommitté (LU 37-99).

Föräldrarna i studie III har efter informerat samtycke via telefon även givit sitt skriftliga medgivande till en intervju. Trots att skållskada hos ett barn ofta leder till en stor tragedi för både barn och föräldrar, berättade föräldrarna öppet om erfarenheterna (III). Att berätta om sitt barns olyckshändelse kan säkert vara känsligt för många föräldrar och författarna befarade att intervjuerna skulle bli ångestfyllda för de föräldrar som kände skuld. Flera föräldrar uttryckte istället en tillfredsställelse över att få möjlighet att prata om olyckan. Föräldrar

uttryckte också att det upplevdes som en lättnad och en minskning av skuld känslan efter att ha berättat om olyckan (III).

## Resultat

Undersökningsgruppen i studie I bestod av föräldrar till 90 barn som var i stort sätt jämnt fördelade mellan könen; 44 flickor och 46 pojkar. Drygt en tredjedel (37,8%) av de 90 barnens föräldrar i studie I var av utländsk härkomst. Föräldrarna med utländsk härkomst kom företrädesvis från Libanon, forna Jugoslavien, Afghanistan, Iran och Irak. Samtliga barn i studien var födda i Sverige och familjerna betraktades som svenskfödda respektive utlandsfödda beroende av föräldrarnas härkomst (I). Trettiofyra procent (n=29) av föräldrarna uppgav att de till mindre än 50 % följde de barnolycksfallsförebyggande råden som BHV-sjuksköterskan förmedlat. Mer än 50 % av föräldrarna uppgav att de använde en säker barnstol, barnsäkrade elkontakter och förvarade knivar, saxar, rengöringsmedel, plastpåsar, cigaretter och tändstickor utom räckhåll för barnet. Föräldrarnas bakgrund och socioekonomiska situation var av betydelse för i vilken utsträckning de åtgärdade råden. De föräldrar som i mindre utsträckning vidtog åtgärder för att minska risken för barnolycksfall i hemmet var signifikant oftare utlandsfödda och hade mindre än 12 års utbildning. Den logistiska regressionsanalysen visade att utbildning var den mest avgörande variabeln för att vidta åtgärder. Cirka en tredjedel (34%) av föräldrarna fick informationen på BVC-mottagning och cirka två tredjedelar (66%) i samband med hembesök (I). De föräldrar som hade ett barn önskade hembesök av BHV-sjuksköterska i samband med information om barnolycksfall i större utsträckning än de föräldrar som hade flera barn. Av familjerna med svensk härkomst besöktes 67,8 % i hemmet för barnolycksfallsinformation, jämfört med 48,4% av föräldrarna med utländsk härkomst.

Bland de 90 barn (I), vars föräldrar besvarat enkäten hade 21 barnolycksfall inträffat (ej redovisat i artikel I). I tre familjer hade ett barn drabbats av upprepade fallolyckor. Fallolyckorna skedde från säng, skötbord eller barnstol. Dessa ledde till hjärnskakning för tre barn och till armfraktur för tre av barnen. För fyra av barnen medförde olyckan tandskada eller/och sårskada i ansiktet. Tre förgiftningsolyckor skedde på grund av att barnen hade ätit tvål, rengöringsmedel eller cigarettfimpar. Två skallskador skedde med kaffe respektive varm choklad ur kopp då barnet vistades i förälderns famn. Ett barn som svalt ett vasst

metallföremål och ett barn som drabbats av kvävningsoolycka hade båda svårt äldre syskons söndriga leksak.

Föräldrarna till de 90 barnen gav totalt tjugofyra förslag till förbättringar av informationen angående barnolycksfall. De flesta av förslagen handlade om livräddningsåtgärder som då barn t ex fått något i halsen och ej kunde andas (ej redovisat i artikel I).

Den andra studiens (II) resultat visade att 148 barn (0-6 år gamla) drabbades av brännskada som föranledde medicinsk konsultation på akutmottagningen, Universitetssjukhuset i Malmö eller på en av Malmös 21 vårdcentraler (inklusive jourläkarcentral). Barnen som drabbades var signifikant oftare i åldern 1-2 år ( $p=0.001$ ). Pojkar var representerade i 64 % av fallen och flickorna i 36 % ( $p=0.001$ ). De små barnens (0-2 år gamla) händer, armar, fötter och/eller ben drabbades signifikant oftare ( $p=0.04$ ). Barn till utlandsfödda föräldrar drabbades oftare än barn till svenskfödda föräldrar ( $p=0.001$ ). Barn till utlandsfödda föräldrar hade oftare större skador än barn till svenskfödda föräldrar ( $p=0.04$ ). Brännskadorna i studie II var företrädesvis skållskador (81 %), ( $p=0.001$ ). De brännskador som barnen drabbades av, som inte var skållskador, orsakades av att barnen la sin hand på en varm spisplatta, en fot i varmt vax, en hand på en lampa och när ett barn satte sig ner på en utomhusgrill. Skållskadorna (II) orsakades oftast av varma vätskor, som t ex kaffe eller te (71 %), ( $p=0.001$ ). I 29 % av skållskadorna var orsaken varm mat. Dessa olyckor skedde oftast då barnen försökte klättra upp på eller bredvid spisen för att nå t ex en kastrull på spisen eller på diskbänken. Barnen som drabbades av skållskada på grund av varma vätskor fick oftare större skador än de barn som skadats av varm mat ( $p=0.01$ ). De flesta skadorna skedde i barnets hemmiljö när en anhörig var närvarande. Föräldrarna till barnen som brännskadades konsulterade akutmottagningen på Universitetssjukhuset i Malmö (51 %) och vårdcentralerna (49 %) för olika skadepanorama. Barn vars skador orsakades utanför hemmiljön, barn med skador i ansiktet, barn med flera skadade kroppsdelar och barn med större utbredning och djup i skadorna, konsulterade UMAS i större utsträckning. Barn till föräldrar som konsulterade vårdcentraler hade oftare skadats av varm mat ( $p=0.03$ ). Armar och händer var oftare skadade hos barnen som sökte vårdcentral ( $p=0.03$ ).

Resultaten i studie III visade att föräldrarnas uppfattningar om påverkande faktorer till varför barn drabbas av en skållskada kan beskrivas i 7 kategorier och i två teman: ”Avvikelse från det normala” och ”Missbedömning av barnets förmåga”.

Temat ”Avvikelse från det normala” innehöll föräldrarnas uppfattningar om att påverkande faktorer till olyckan kunde vara när något oförutsatt inträffade som t ex oväntat

besök och tiden för att skydda barnet från risker i hemmiljön därför blev begränsad. Det kunde också vara om en familjemedlem var trött eller stressad. Temat ”Avvikelse från det normala” innehöll också föräldrarnas beskrivningar av trötthet på grund av feber, förkylning eller annan sjukdom. Mental eller fysisk stress uppfattade föräldrarna också som en påverkande faktor till varför en skållskada inträffade. ”Avvikelse från det normala” kunde också vara när någonting i t ex köket gått sönder och rutinerna därför förändrats. Föräldrarna klandrade sig ofta för att inte tillräckligt kunna bedöma behovet av att eliminera risker i hemmiljön. Föräldrarna uttryckte också att de upplevde sig som ”tanklösa” och ”ouppmärksamma” i samband med olyckshändelsen. En del föräldrar ansåg att slumpen var den främsta orsaken till olyckshändelsen.

Temat ”Missbedömning av barnets förmåga” innehöll föräldrarnas uppfattningar om förmågan att vidta barnolycksfallsförebyggande åtgärder i förhållande till barnets förmågor och personlighet. Missbedömningen avsåg barnets preventiva förmåga, snabbhet och räckvidd. Föräldrarna uppgav att de hade svårt att följa med i barnets snabba utveckling, speciellt under barnets första två levnadsår. Föräldrarna beskrev att de ofta inte var medvetna om vad barnen kunde förmå att göra förrän barnet hade gjort det. I denna studie (III) uppgav föräldrarna att de ofta överskattade sina barns förmågor att förstå faror. Barn under två år förväntades kunna förstå att undvika olycksfallsrisker i miljön. Små barn (9 månader-2 år) förväntades också undvika att röra varma vätskor, om föräldrarna sagt att barnen skulle undvika att röra det varma. Även barnens snabbhet och räckvidd missbedömdes av många föräldrar.

## Diskussion

I de båda studierna (I, II) betraktades variabeln ”härkomst” utifrån föräldrarnas födelseland och inte utifrån barnens födelseland. Då en eller båda föräldrarna var födda i Sverige betraktades familjerna som svenskfödda och om båda föräldrarna var födda i annat land än Sverige betraktades familjerna som utlandsfödda. Genom att dikotomisera variabeln ”härkomst” enligt denna definition framkom stora variationer inom respektive grupp föräldrar.

Föräldrarna (I) besvarade en enkät om åtgärder de vidtagit i hemmet för att minska risken för barnolycksfall. Enkäten besvarades på BVC och en möjlighet finns att de åtgärder

föräldrarna skrev att de vidtagit inte överensstämde med de vidtagna åtgärderna (Hovell m fl, 2000).

Studie II är en journalstudie med retrospektiv design. En nackdel med journalstudier kan vara en stor variation av mängden information i journalanteckningarna. Detta kan, som i studie II, innebära ett stort internt bortfall.

I studie III var avsikten att intervjuerna skulle ske inom en vecka efter olyckstillfället. Av olika praktiska skäl intervjuades föräldrarna upp till tre veckor efter skadetillfället. Eventuellt hade dessa föräldrar hunnit reflektera och kanske konstruerat en bild av händelseförloppet.

Även om olycksfallsfrekvensen minskat under de senaste decennierna och är förhållandevis låg i Sverige finns det ingen anledning att tro att olyckor kommer att försvinna. Däremot kan vi enligt Andersson (2002) förvänta oss nya risker för olycksfall kopplade till ny teknologi, politiska konflikter, storskaligheten och känsligheten i det komplexa samhället. I det komplexa samhället finns det specifika skaderisker som barn utsätts för (Bäck-Wiklund & Lundström, 2001).

Inom olycksfallsprevention är det praxis att prioritera främst utifrån risken att drabbas av en allvarlig skada. Så även om små barn procentuellt inte drabbas mest frekvent av skållskador valdes skållskador (I, II) på grund av att skadorna ofta är förenade med svårt lidande under en lång tidsperiod och till skillnad från många andra skador minskar inte antalet skållskador bland barn i Sverige (Freccero m fl, 2000). Kostnaderna för samhället är också höga på grund av de olika seanserna av kirurgiska ingrepp som en del av de skållskadade barnen behöver genomgå.

I de statistiska sammanställningarna kan vi få svar på frågorna hur och var (II) men inte på frågan varför (III) olyckan hände. Denna fråga är nödvändig att besvara för att kunna genomföra ett åtgärdsprogram. Genom att ta del av dels i vilken utsträckning föräldrar vidtar profylaktiska åtgärder i hemmet för att minska risken för barnolycksfall (I), dels föräldrarnas uppfattningar om händelseförloppet vid skållningsolyckor (III), för barn (0-6 år) som skett i hemmet, ökar kunskaperna om riskerna för skållningsolyckor i hemmet. De bidragande faktorerna förgrenar sig likt ett träd och en del av faktorerna förekommer oftare än andra.

Ur Andersson och Svanströms (1980) och Anderssons studier (2002) har framkommit att olycksfall alltid har verkliga orsaker och att vi måste lära känna dem och förstå dem för att kunna förändra förhållandena i olycksfallsförebyggande syfte. Vanliga förklaringsmodeller, som Andersson och Svanström (1980) förkastat, är att en olyckshändelses egentliga orsak är ”slarv, ouppmärksamhet eller oförsiktighet”. Olika situationer ställer olika krav på

uppmärksamhet och försiktighet. Det välkända begreppet ”den mänskliga faktorn” förkastas också av författarna som menar att dessa begrepp används ofta när bättre förklaringar saknas och för att dölja andra mera påtagliga orsaker. Om dessa begrepp skall användas bör man också tränga bakom och se vad som kan vara orsaken, t ex stress eller trötthet. Stress och trötthet visade sig också vara föräldrarnas uppfattning till varför barn drabbas av skållningsolyckor (III). Begreppet ”olycksfågel” kommer från psykoanalytikern Freuds synsätt att olyckor i själva verket var frammanade av den olycksdrabbade själv och att detta var ett medel för självbestraffning. Inte heller uttryck som ”en ren olyckshändelse” kan vara fruktbart som en utgångspunkt vid olycksfallsförebyggande åtgärder. Det är istället alltid flera olika faktorer som påverkar uppkomsten av en olyckshändelse (Gustavsson, 1975; Sand, 1991). Föräldrarnas kunskaper om barnets utveckling och riskerna i miljön kring barnet har sannolikt förändrats sedan 1975 då Gustavsson visade dessa faktorer som avgörande för om barn drabbas av olycksfall. Det finns ingen funnen litteratur som motsäger Gustavssons (1975) teorier om risker för barnolycksfall.

Trettio två procent av föräldrarna (I) uppgav att de följde < 50% av de olika barnolycksfallsförebyggande råden. De icke följda råden avsåg åtgärder som kan relateras till köket och till spisen med omnejd. Alltså de åtgärder som kan minska risken för just skållskador bland barn. De interventionsstudier som visat störst följsamhet av råd bland föräldrar har omfattat kontinuerligt upprepade, individuella motivationstillfällen (vid 6-8 tillfällen), (Corrarino m f.l, 2001; Kendrick m fl, 2001; Hovell m fl., 2000).

Resultaten av studie (I) visade ett samband mellan låg utbildning hos föräldrarna ( $\leq 12$  års skolgång) och mindre följsamhet av barnolycksfallsförebyggande råd. I studie II visade resultaten ett samband mellan låg utbildning hos föräldrarna ( $\leq 12$  års skolgång) och högre frekvens barn med skållskador. Samband mellan lägre utbildning hos föräldrar och mindre följsamhet av råd fann också Schoetzau m fl (2002) i sina studier om föräldrars följsamhet av kostråd.

Föräldrarna i studie II och III hade oftare utländsk härkomst och föräldrarna med utländsk härkomst åtgärdade de barnolycksfallsförebyggande råden (I) i signifikant mindre utsträckning i förhållande till föräldrarna med svensk härkomst. Att informera om barnolycksfallsförebyggande åtgärder i hemmet underlättas och kan individualiseras om informationen och diskussionen sker i samband med ett hembesök (Jansson m fl, 1998). Föräldrarna (I) med utländsk härkomst och föräldrarna med lägre utbildning önskade hembesök i signifikant lägre utsträckning än föräldrarna med svensk härkomst och föräldrarna med högre utbildning. Enligt Navaie-Waliser m fl (2000) varierar synen på hembesök i

förhållande till kulturella mönster. I det olycksfallsförebyggande arbetet bör kunskapen om dessa variationer i synen på hembesök ha hög prioritet. Lägre utbildning var signifikant vanligare bland föräldrar med utländsk härkomst (I, II) och kan förklaras med vad Hippisley-Cox m fl (2002), Hjern m fl. (2001) och Laflame & Engström (2001) uttrycker som socioekonomisk riskfaktor för barnolycksfall. Speciellt tydligt samband, mellan lägre socioekonomi i familjer och högre risk för barnolycksfall, fann Hippisley-Cox m fl (2002) bland de yngre barnen (0-2 år gamla). Denna åldersgrupp var också den signifikant mest vanligt förekommande i studierna (II, III). Preventiva insatser för att minska risken för barnolycksfall bör därför utökas avseende hembesök hos familjer med barn under 2 år, till föräldrar med utländsk härkomst och till föräldrar med lägre utbildning.

Enligt Drago (2005) och Pickett m fl (2003) har föräldrarnas kunskap om barnets utveckling stor betydelse för risken för barnolycksfall. Brist på kunskap om barnens förmågor framkom också som en uppfattning bland de intervjuade föräldrarna i studie III. En möjlig slutsats är att genom ökade insatser på att förbättra föräldrars kunskaper om barnens utveckling minskar risken för barnolycksfall.

För att motivera individer som inte var för sig vill ändra sina beteenden kan förändringar komma till stånd via t ex diskussioner och kampanjer i massmedia, politisk debatt, folkrörelse och lagstiftning. Den folkhälsovetenskapliga ansatsen är inte längre så inriktad på motåtgärder mot sjukdomar och skador som på hur man kan öka motivationen i samhället att motverka risker och främja hälsosamma och säkra förhållanden. Eftersom människan både är den som skapar faran och hanterar den i det dagliga livet är det viktigt att människor får de kunskaper och färdigheter som krävs för att bemästra riskerna (Andersson, 2002). För att öka säkerhetstänkandet hos medborgarna har enligt Klassen m fl (2000) kommunen en viktig roll genom att medborgarna ges möjlighet att aktivt delta i planering och genomförande av barnsäkerhetsåtgärder i kommunen.

Generell barnolycksfallsinformation sker men också individanpassade insatser där BHV- sjuksköterskan t ex diskuterar lösningar för att minska risken för barnolycksfall i hemmiljö. Tillsammans med föräldrarna kan BHV-sjuksköterskan finna lösningar för att förbättra säkerheten kring barnen, och den barnolycksfallsförebyggande informationen kan inriktas på de speciella omständigheterna i varje hem.

Marton och Booth (1997) beskriver vikten av att träna och utföra handlingar för att lära sig. De menar att detta är en av pedagogikens hörnstenar. BHV:ens uppgifter är bland annat att stödja föräldrar i deras föräldraroll och ge information om olycksfallsförebyggande åtgärder. Var och en förälder är i behov av olika råd eller diskussioner i förhållande till deras

kunskaper och speciella behov för att motiveras till att värna om barnens säkerhet. Föräldrarnas inläring skulle eventuellt vara mer effektiv om sjuksköterskan och föräldrarna tillsammans diskuterade hinder och möjligheter att genomföra åtgärdsförslagen. Marton och Booth (1997) teorier om hur lärandet erfars och vad som krävs för att lära sig någonting förefaller ha stor betydelse för det preventiva arbetet och för sjuksköterskans undervisande funktion t ex genom att sjuksköterskan i större utsträckning tar del av föräldrarnas hinder och möjligheter att vidta barnolycksfallsförebyggande åtgärder.

Enligt Marton och Booth (1997) synsätt kan ”tankekontakt” uppnås mellan sjuksköterskan och föräldern genom att sjuksköterskan intar föräldrarnas perspektiv, inhämtar relevant information och utnyttjar variationen individuellt i utformningen av den preventiva informationen. Genom att utgå från föräldrarnas och barnens vardagliga aktiviteter, deras egna världar och i stor utsträckning deras egna frågor skapas en relevans som underlättar för sjuksköterskan att möta föräldrarna och nå ”tankekontakt”. En undervisningsprincip är också att utnyttja variationen i undervisningens olika utseenden. Dessa kan tas fram utifrån dels sjuksköterskans egen förståelse, dels utifrån vad föräldrarna kan sätta i samband med innehållet, för att kunna koppla ihop till en helhet. Till exempel kan ett gemensamt besök hos hyresvärderna vara lämpligt för att diskutera ansvarsfrågor angående olycksfalls profylaktiska åtgärder i hemmet. Enligt Trigwell m fl (1994) är avsikterna i inläringssituationen oftast begränsad till den faktiska förmedlingen av innehållet, med fokus på det som skall läras ut och mindre på lärandet i sig.

Gedda (2001) beskriver, i en avhandling, sjuksköterskans pedagogiska funktion i den öppna hälso- och sjukvården som ”en offentlig hemlighet” och menar att sjuksköterskans förebyggande arbete till stor del handlar om pedagogik eftersom sjuksköterskan kommunicerar kunskap och färdigheter. Gedda (2001) menar att sjuksköterskans pedagogiska funktion inte är synliggjord, problematiserad eller reflekterad varken av sjuksköterskorna själva eller av deras arbetsledare. Trots att sjuksköterskorna i Geddans studier (2001) beskriver undervisning, information och rådgivning som en stor del av deras arbete ansåg sjuksköterskorna inte att pedagogik kunde urskiljas i verksamheten utan fanns implicit i sjuksköterskerollen. När sjuksköterskorna uttryckte en önskan om att utveckla och höja sin sjuksköterskekompetens gällde det faktainhållet snarare än förmedlandet av kunskap. Den pedagogiska funktionen och den pedagogiska verksamheten rapporteras inte och efterfrågas inte heller i verksamhetsberättelser. Genom att använda vardagliga begrepp som handledning, samtal, information, råd etc. minskar benägenheten att reflektera kring kunskapsförmedlandet som en pedagogisk insats enligt Gedda (2001). Möjligtvis skulle föräldrarnas benägenhet till

följsamhet av råd och anvisningar för att minska risken för barnolycksfall i hemmet öka om sjuksköterskorna reflekterade mer kring kunskapsförmedlingen i sig och därmed bli mer öppen för individuella variationer i förmedlandet av kunskap.

Enligt Marton och Tsui (2004, s. 56) behöver vi förstå relevansen i en eventuell risksituation i relation till vad vi tidigare erfarit för att förstå det kritiska i situationen. Detta innebär att för att kunna vara motiverad att förebygga barnolycksfall måste kunskaper finnas om vad som kan komma att hända om olycksfallsprofylax inte vidtas.

Marton och Tsui (2004) menar också att i det naturligt kraftfulla agerandet och att göra olika i olika situationer finns den starkaste inlärningsmöjligheten. Det naturligt kraftfulla agerandet innebär dels att det finns någon relevant erfarenhet att koppla situationen till, dels att det finns möjlighet att utföra något. Inlärningsmöjligheterna skulle kanske därför stärkts om sjuksköterskan och föräldrarna tillsammans fann hinder och möjligheter för att vidta olycksfallsförebyggande åtgärder i hemmet. Marton och Tsui (2004, s. 5) uttrycker det som: "Powerful ways of acting spring from powerful ways of seeing".

För att kunna lära något krävs det också att tillfälle ges att tänka själv. För detta krävs att sjuksköterskan undviker att ge färdiga svar utan med viss återhållsamhet låter föräldrarna tänka ut svaren. Genom att sjuksköterskan talar om exakt vilka preventiva åtgärder föräldrarna bör genomföra, för att minska risken för barnolycksfall, finns föreställningen om att sjuksköterskan måste ta ansvar för barnen snarare än föräldrarnas lärande (Marton & Tsui, 2004).

Enligt Mölsted m fl (1999) och som Downing och Wilson (2002) också visat i en litteraturgenomgång finns det ett behov av studier som fokuserar på barnolycksfallsprevention. Det finns också ett behov av kvalitativ forskning för att ytterligare belysa faktorer som bidrar till att barn drabbas av olyckor i hemmiljö samt interventionsstudier för att minska risken för olycksfall bland barn. Spännande forskning för framtiden är också hur sambandet är mellan skador bland barn, barnens utveckling och föräldrarnas syn på barnens utveckling.

Kunskaperna från studierna i denna licentiatavhandling, om i vilken utsträckning föräldrar följer råd och anvisningar från BHV angående barnolycksfallsförebyggande åtgärder i hemmet, omfattningen av skållskador samt olika faktorer som enligt föräldrar påverkar uppkomsten av skållningsolyckor bland barn, kan bidra till att BHV-sjuksköterskor intar ett mer individualiserat förhållningssätt till föräldrarna, avseende deras olycksfallsförebyggande insatser.

För att möta föräldrar i barnhälsovården, i avsikt att informera om barnolycksfallsförebyggande åtgärder krävs pedagogiskt skolade sjuksköterskor som har

kunskap om olika pedagogiska verktyg att användas utifrån familjernas behov. Föräldrar med utländsk härkomst och föräldrar med lägre utbildning åtgärdade de barnolycksfallsförebyggande råden i mindre utsträckning. Genom att kunna möta dessa föräldrars behov skulle möjligheterna för sjuksköterskor att erbjuda hembesök och att finna nya mötesplatser ökas. Ett utökat samarbete med invandrarföreningar skulle också kunna leda till nya mötesplatser. Barn till föräldrar med utländsk härkomst drabbades oftare av skållskador än barn till svenskfödda föräldrar. Om dessa familjer fått information om olycksfallsförebyggande åtgärder i BHV och i samarbete med en hälsoinformatör på sitt hemspråk skulle motivationen att följa råden troligtvis ökas. Hälsoinformatörer är sjukvårdsutbildade personer från det egna hemlandet som på ett pedagogiskt sätt planerar och förmedlar hälsoinformation på sina hemspråk och har den kulturella kompetensen (Dejin-Karlsson m fl 2005).

*”Konsten att lära alla allt uppkommer med insikten om att det inte existerar*

*en konst för att lära alla allt” (Marton & Booth, 1997, s. 261).*

## Summary in English

The overall aim of this licentiate thesis was to increase the knowledge about children's (0–6 years old) exposure to accidents in the home environment through parents' opinions about accidents and parents' self-reported compliance with precautions. Data were collected from parents of 10-month-old children who answered a questionnaire. The questionnaire prompted responses related to parents' background and socio-economic factors as well as questions about precautions they had taken to decrease hazards in their home. The questions focused on actions parents had taken upon receipt of preventive advice given to them during the eight-month Child Health Care nurse assessment. Thirty-two percent of the parents complied with less than half of the suggested precautions. Univariate odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95% C I) were calculated to investigate the associations between compliance and parents' different background/socio-economic characteristics. The variables foreign born, low occupational level, 12 years' education or less, rented housing and information provided at Child Health Care clinics proved to be statistically significant for the non-compliant group. Multiple logistic regression analysis was performed in order to adjust the estimated odds ratios for the influence of potential confounders such as parents' nationality, educational and occupational level, place of information and habitation. After the adjustment the variable nationality and educational level stayed significant (I). Data in article II were collected from medical records, in a retrospectively designed study. Burn-injured children (0–6 years old) consulting the University Hospital or the health centres (21) during 1998 and 2002 were included. Chi-squared test was used to analyse differences in nominal data and cross-tabulation was used to analyse the proportions between the characteristics of the injuries and sex, age and nationality. There were 148 burn injuries, 80% of which were scalds caused by hot liquid (71%) or hot food (29%). The majority were to boys between one and two years old. Children of foreign-born parents were more frequently affected and the extent of injuries often larger. The data collection method in article III was tape-recorded interviews, analysed by content analysis, with parents of 20 children (0–6 years old) recently suffering from scalds. Parents told their perceptions about causes of the scalds. The analysis resulted in eight categories and two themes. One theme was 'Deviation from the normal', which could be when something unusual happened, such as a sudden visit by a friend or when a family member was tired, stressed or ill. The tiredness could be due to fever, a cold, other illnesses or mental stress. It could also be when something was broken in the kitchen and routines were changed. 'Misjudgement of the child's capacity' was the other theme, which it concerned the

children's preventive capacity, rapidity and reach. It was hard for the parents to keep up with the fast development of the small children (9 months–2 years). The parents said that they often did not realise the child's capacities until the accident occurred.

*Key words:* accident, burns, child, compliance, intervention, prevention and scalds

## Referenser

- Andersson, R. & Svanström, L. (1980) *Olycksfall i arbete – analys och åtgärder*. Stockholm: Almqvist & Wiksells Förlag AB.
- Andersson, R. (2002) *Riskhantering ur ett folkhälsooperspektiv*. Institutionen för samhällsvetenskap, Folkhälsovetenskap. Karlstad: Karlstad Universitet.
- Andersson, I. & Söderqvist, I-L. (1995) *Redovisning av barnolycksfall*. Stockholm: Barnombudsmannen (I).
- Arborelius, E. (1993) Teori och praktik o matt påverka människors levnadsvanor. Stockholm: Allmänmedicinskt utvecklingscentrum.
- Bäck-Wiklund, M. & Bergsten, B. (1997) *Det moderna föräldraskapet-en studie av familj och kön i förändring*. Falun: Natur och Kultur.
- Bäck-Wiklund, M. & Lundström, T. (red), (2001) *Barns vardag i det senmoderna samhället*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Carlsson, A., Udén, G., Håkansson, A. & Dejin Karlsson, E. Burn injuries in small children, a population-based study in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*. (I press).
- Corrarino, J E., Walsh P J. & Nadel E. (2001) Does teaching scald burn prevention to families of young children make a difference? *J Pediatr Nurs*. 16 (4), ss. 256-62.
- Dejin-Karlsson, E., Hylén, A-M. & Khan, FA. (2005) Utvärdering av Projektet Internationella Hälsoinformatörer (IHI) 2003-2004. Delrapport 3. Malmö: Malmö högskola och Region Skåne.
- den Hertog, P C., Blankendaal, F., Ten Hag, S M. (2000) Burn injuries in the Netherlands. *Accident Analysis and Prevention*, 32, ss. 355-64.
- Downing, A. & Wilson, R. (2002) temporal and demographic variations in attendance at accident and emergency departments. *Emerg Med J*, 19, ss. 531-535.
- Drago, DA. (2005) Kitchen scalds and thermal burns in children five years and younger. *Pediatrics*, 115, (1), ss. 10-6.
- Forsberg, E. & Starrin, B. (1997) *Frigörande kraft: Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Göteborg: Gothia.
- Freccero, C., Svensson, H., Kalhor, S. & Larsson, A. (2000) Scalding injuries in immigrant families. *Scand. J. of Plastic and Reconstruc. Surg. And Hand Surg*. 34, (4), ss. 309-13.
- Fukunishi, K., Takahashi, H., Matsushima, T., Kanai, T., Ohsawa, H., Sakata, I. (2000) Epidemiology of childhood burns in the Critical Care Medical Center of Kinki University Hospital in Osaka, Japan. *Burns* 26, ss. 465-69.

- Galal, S. (1999) Working with families to reduce the risk of home accidents in children. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5, (3), ss. 572-82.
- Gedda, B. (2001) *Den offentliga hemligheten: en studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet*. Avhandling. Göteborg: Pedagogiska Institutionen, Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Gustavsson, L H. (1975) *Så skadas barn*. Uppsala: Medicinska fakulteten, Acta Universitatis Upsaliensis, 230.
- Hallberg, A-C., Lindbladh, E., Petersson, K., Råstam, L., Håkansson, A. (2005) Swedish child health care in a changing society. *Scand J Caring Sci*. 19, ss. 196-203.
- Hippisley-Cox, J., Groom, L., Kendrick, D., Coupland, C., Webber, E. & Savelyich, B. (2002) Cross sectional survey of socioeconomic variations in severity and mechanism of childhood injuries in Trent 1992-7. *BMJ*. 324, (7346), s. 1132.
- Hjern, A., Ringback-Weitof, G. & Andersson, R. (2001) Socio-demographic risk factors for home-type injuries in Swedish infants and toddlers. *Acta Paediatr.*, 90, (1), ss.61-8.
- Hovell, MF., Zakarian, JM., Matt, GE., Hofstetter, CR., Bernert, JT. & Pirkle, J. (2000) Effect of counselling mothers on their children's exposure to environmental tobacco smoke: randomised controlled trial. *BMJ*, 321, (7257), ss. 310-1.
- IRTAD, OECD-International Traffic and Accident Database, [www.bast.de/htdocs/fachthemen/irtad/](http://www.bast.de/htdocs/fachthemen/irtad/), 2003 08 25.
- Jansson, AK., Isaksson, Å., Kornfält, R. & Lindholm, LH. (1998) Quality in Child Healthcare. *Scand J Caring Sci*, 12, ss. 195-204.
- Kendrick, D., Hapgood, R. & Marsh, P. (2001) Do safety practices differ between responders and non-responders to a safety questionnaire? *Inj Prev*. 7, (2), ss. 100-3.
- Klassen, TP., MacKay, JM., Moher, D., Walker, A. & Jones, AL. (2000) Community-based injury prevention interventions. *Future Child.*, 10, (1), ss. 83-110.
- Laflame, L. & Engström, K. (2001) Socioeconomic differences in Swedish children and adolescents injured in road traffic incidents: cross sectional study. *BMJ*. 324, (7334), ss. 396-397.
- Lassen, L C. (1993) *Compliance in General Practice*. Copenhagen: Medicinsk Årbog, ss. 127-32.
- Lassbo, G. (1988) *Mamma-(pappa)-Bar. En utvecklingsekologisk studie av socialisation i olika familjetyper*. Avhandling. Göteborg Studies in educational sciences 68. Göteborg: Göteborgs Universitet.

- Marton, F. & Booth, S. (1997) *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Marton, F. & Tsui, A B M. (2004) *Classroom discourse and the space of learning*. N J: Lawrence Erlbaum
- McClure, R. & Douglas, R M. (1996) 'The public health impact of minor injury', *Accident Analysis and Prevention*, 28, (4), ss. 443-51.
- McDonald, G. & Bunton, R. (1995) Health promotion. Discipline or disciplines? In: Bunton, R. & Macdonald, G., (Eds.), *Health promotion, disciplines and diversity*. London: Routledge.
- Morgan, D L.(1993) Qualitative Content Analysis: A Guide to Paths Not Taken. *Qualitative Health Research*, 3, (1), ss.112-21.
- Mölsted, H., Andersson, R., Hjern, A. & Bremberg, S. (1999) *Barnsäkerhet I praktiken. En kunskapsöversikt över skadeförebyggande åtgärder med dokumenterad effekt*. Centrum för skadeprevention, Socialmedicin. Stockholm: Samhällsmedicin 1999:4.
- Navaie-Waliser, M., Martin, S., Campbell, M K., Tessaro, I., Kotelchock, M. & Cross, AW. (2000) Factors Predicting Completion of a Home Visitation Program by High-Risk pregnant Women: The North Carolina Maternal Outreach Worker Program. *American Journal of Public Health*, 90, (1), ss. 121-5.
- Norusis, M. (2002) *The SPSS 11.0 guide to data analysis*'. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Pickett, W., Marlenga, B. & Berg, RL. (2003) Parental knowledge of child development and the assignment of tractor work to children. *Pediatrics*, 112, (1), ss. 11-6.
- Ray, J G. (1995) Burns in young children: a study of mechanism of burns in children aged 5 years and under in the Hamilton, Ontario Burn Unit. *Burns* 24, ss. 420-4.
- Sand, E A. (1991) Psychosocial factors in childhood and adolescence. In: Manciaux, M. & Romer, C J., (Eds) *Accidents in childhood and adolescence: The role of research*. Geneve: WHO, ss. 81-91.
- SCB (Statistiska centralbyrån) (2001) *Strategisk utveckling*. Malmö: Malmö Stadskontor.
- SCB (Statistiska centralbyrån) (2002) *Personer med utländsk bakgrund. Riktlinjer för redovisning i statistiken*. Stockholm: Migrationsverket.
- Schoetzau, A., Gehring, U., Franke, K., Grubl, A., Koletzko, S., von Berg, A., Berdel, D., Reinhardt, D., Bauer, CP. & Wichmann, HE. (2002) Maternal compliance with nutritional recommendations in an allergy preventive programme. *Arch Dis Child* 86, (3), ss. 180-4.

- SFS 1982:783 (1982) Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2001:453 (2001) Socialtjänstlagen. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (1979) *Mödra- och barnhälsovård. Förslag till principprogram*.  
Socialstyrelsen redovisar 1979:4. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1992) Hälsoundersökningar inom barnhälsovården (Studies of health in Child Health Care). Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:8. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1994) Kvalitetssäkring av barnhälsovården. Att skydda skyddsnetet. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Strategisk utveckling (2001) *Områdesfakta för Malmö 2000 – delområden*. Malmö: Malmö Stadskontor.
- Sundelin, C. (Ed), (2000) The importance of the Child Health Services to the Health of Children. *Acta Paediatrica*, 89, Suppl. 434, ss. 1-80.
- Trigwell, K., Prosser, M. & Taylor, P. (1994) A phenomenographic study of academics' conceptions of science learning and teaching. *Learning and Instruction*, 4, ss. 217-32.
- Trondman, M. (1999) *Kultursociologi i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- WHO (World Health Organization), (2004) World Conference on Accident and Injury Prevention, Stockholm: 1989.
- Victorin, L. & Mårild, S. (1992) Förebyggande av barnolycksfall: Idéprogram för BVC. Bohuslän: Bohuslandstinget.

**Del B.**

**ORIGINALARTIKLARNA**

PAPER I

PAPER II

PAPER III