

Hjemmeulykker blant småbarn og potensial for forebygging

KLINIKK OG FORSKNING

INGRI MYKLESTAD

Email: ingri.myklestad@folkehelsa.no

ANDERS ENGELAND

Avdeling for samfunnsmedisin

Statens institutt for folkehelse

Postboks 4404 Torshov

0403 Oslo

Mange skader blant små barn oppstår som følge av hjemmeulykker, skader som ofte kan forebygges ved enkle tiltak. I denne studien har vi brukt data fra det nasjonale Personskaderegisteret ved Statens institutt for folkehelse i tidsrommet 1995 – 97, og sett på antall skader i hjemmet blant to- og treåringer i forbindelse med utvalgte produkter (definert som alle menneskelagde gjenstander og bearbeidede naturlige fenomener). I tillegg brukte vi data fra en annen undersøkelse fra 1995 i Sogn og Fjordane for å se på hvor mange foreldre som hadde iverksatt ulike forebyggende sikkerhetstiltak i hjemmet.

Skader som oppstod i trapp eller på badegulv var de hyppigste av de utvalgte produktskadene blant to- og treåringer. De mest alvorlige skadene var relatert til trapper, medisiner og løsemidler. Undersøkelsen fra Sogn og Fjordane viste at det fremdeles er potensial for at flere iverksetter skadeforebyggende tiltak i hjemmet. Dette gjelder spesielt i forhold til sikring av produkter som trapp, badegulv, komfyr/stekeovn og medisiner.

Tidligere forskning har vist varierende resultater når det gjelder sammenhengen mellom antall ulykker og iverksatte tiltak. Tiltak der man har kombinert ulike tiltakstyper som lovregulering, mediekampanjer, undervisning/informasjon på helsestasjon/i hjemmebesøk og utdeling av gratis sikkerhetsutstyr, har vist størst effekt. Vindussikring, røykvarsler og sikring av pakninger med farlige stoffer er eksempler på tiltak som har ført til færre hjemmeulykker blant barn.

Skadefrekvensen i de yngste aldersgruppene er høy i Norge. Fra 1990 til 1997 ble det årlig registrert 116 skader per 1 000 barn i alderen 0 – 14 år. Basert på tall fra Personskaderegisteret ved Statens institutt for folkehelse ble det beregnet at i gjennomsnitt 32 % avjentene og 42 % av guttene blir skadet i hjemmeulykker på en slik måte at de blir brakt til sykehus eller legevakt i løpet av de seks første leveårene (1).

I årene 1994 – 96 døde i gjennomsnitt 16 barn per år i alderen 1 – 4 år pga. ulykker i Norge. Dette er omtrent en firedel av alle dødsfall i denne aldersgruppen. 38 % av dødsulykkene skyldtes hjemmeulykker. To til tre dødsfall hvert år skyldtes brannulykker i hjemmet. Hjemmeulykker i forbindelse med fall, forgiftning, kveling, elektrisk ledning/apparat og drukning førte til fire dødsfall årlig (F. Gjertsen, Statistisk sentralbyrå, personlig meddelelse).

Hensikten med denne undersøkelsen var blant annet å se på potensialet for forebygging av skader etter hjemmeulykker blant småbarn. I den forbindelse har vi sett på hvor mange småbarn det er som skader seg i hjemmet forårsaket av ulike produkter. Vi har også sett på andel foreldre som har satt i verk spesifikke skadeforebyggende tiltak i hjemmet, dette for å kunne vurdere grunnlaget for forebygging av produktskader blant barn i hjemmet.

Materiale og metode

Denne studien er basert på to separate datasett, et datasett sier noe om i hvilken grad småbarnsforeldre har sørget for enkle skade-forebyggende tiltak i hjemmet og et annet datasett gir en oversikt over skadeforekomsten blant småbarn.

I 1993 fikk alle mødre til barn som fylte to år i løpet av 1993 i alle de 26 kommunene i Sogn og Fjordane (befolkning 107 000) og fire kommuner i Møre og Romsdal (befolkning 18 500), tilsendt et spørreskjema i posten (2, 3). Kommunene varierte i størrelse fra 1 124 til 10 399 personer. Spørreskjemaet ble utviklet på bakgrunn av andre undersøkelser (4) og en pilotutprøving.

Spørreskjemaet inneholdt 13 spørsmål som kartla sosiodemografiske variabler og barnets erfaring med skader/skadebehandling, 30 påstander som kartla hvilke faktorer foreldrene mente påvirket barnas helse (basert på en standardisert skala, Parent Health Locus of Control (PHOLOC)), og 18 spørsmål som hadde til hensikt å kartlegge installering og bruk av ulike former for sikringstiltak/-utstyr. 14 av disse 18 spørsmålene var relatert til bruk og installering

av sikringstiltak/-utstyr i hjemmet (tab 1). Tiltakene ble valgt ut på grunnlag av en vurdering av hva helsemyndighetene, frivillige organisasjoner og andre hadde vektlagt i barnesikkerhetsarbeidet. Totalt 1 233 mødre svarte på spørreskjemaet, responsraten var 71 %. Gjennomsnittsalderen på mødrene var 31 år og de hadde i gjennomsnitt 2,2 barn.

Forekomsten av skader blant småbarn ble kartlagt ved hjelp av Personskaderegisteret. I registeret registreres alle skader som behandles ved legevakst eller sykehus i Drammen, Stavanger, Trondheim og Harstad. Personskaderegisteret ble opprettet permanent i 1990 og drives av Statens institutt for folkehelse. Ved første gangs kontakt med helsevesenet etter en skade blir opplysninger om pasientens kjønn og alder, om hvor og hvordan skaden inntraff og diagnose registrert. Senere kontakt med helsevesenet pga. skaden registreres ikke. Det blir ikke registrert om de skadede personene har hatt tilsvarende skade eller andre skader tidligere, slik at samme person kan telle flere ganger i beregningene, men ikke samme skade. Skadene blir klassifisert etter hvilken type ulykke som forårsaker skaden. Hjemmeulykker er ulykker som skjer i bolig eller boligområde unntatt på lekeplass i boligområde. ”Produkt” er i Personskaderegisteret definert som alle menneskelagde gjenstander og bearbeidede naturlige faktorer. Skadene blir registrert etter hvilken aktivitet som ble utført før skaden skjedde, hvordan ulykken ble utløst og hva som forårsaket skaden i skadeøyeblikket.

Skadens alvorlighetsgrad blir klassifisert som liten skade, moderat skade, alvorlig skade, meget alvorlig skade, kritisk skade og dødelig skade i henhold til den såkalte AIS-skalaen (Abbreviated Injury Scale) (5). De fem siste kategoriene ble i denne studien slått sammen under betegnelsen moderat-alvorlig skade. Det ble i tillegg registrert om skaden førte til innleggelse i sykehus. Registreringen av skader ble også foretatt ut fra diagnose/skadetype, som i denne studien ble klassifisert etter en forenklet utgave av Kapittel XVII i Klassifikasjon av sykdommer, skader og dødsårsaker, Norsk utgave av ICD-9 (6). Skadene i denne studien ble klassifisert i følgende diagnosekategorier: forgiftning, fremmedlegeme, indre skade, kvestelsesskade (støt, kvesting med intakt hud og knusningsskade) brudd og forstuing, alle typer sårskader, hjernerytelse og hodeskader, brannskade og etseskader. Videre ble kategoriene ”flere skader”, ”andre skader” og ”uoppgitt skadediagnose” slått sammen til én kategori.

Data i denne studien omfatter alle skader som ble registrert som hjemmeulykker blant to- og treåringer fra 1995 til 1997 i Personskaderegisteret, og som var forårsaket av noen utvalgte produkter. Produktene ble valgt ut på grunnlag av spørsmål fra undersøkelsen i Sogn og Fjordane med hensyn til installering og bruk av sikkerhetstiltak og -utstyr, i tillegg til andre produkter som kan forebygge skader ved fysiske tiltak. Følgende produkter ble valgt ut: trapp, vindu, badegulv, plastpose, medisiner, løsemidler, kokeplate/komfyr, stikkontakt, fyrstikker, elektrisk varmeovn og strykejern.

Det var et årlig gjennomsnitt på 9 505 to- og treåringer fra 1995 – 97 i de fire bykommunene som Personskaderegisteret omfatter. Dette var 8 % av alle to- og treåringer i Norge i denne perioden.

Tabell 1

Andel mødre som rapporterer å ha gjennomført fysiske tiltak i hjemmemiljøet for å forebygge ulykker, Sogn- og Fjordane/Møre og Romsdal, 1993, (N = 1 233)

Implementert tiltak	Ja (%)	Nei (%)	Ikke relevant (%)
Alle innvendige trapper har rekkverk	78	8	15
Alle innvendige trapper er av lukket type	45	39	16
Alle innvendige trapper har trappesikring oppe	49	31	21
Alle innvendige trapper har trappesikring nede	20	57	22
Alle vinduer har barnesikring	72	25	2
Har badematte i badekar/dusjkabinett	60	37	3
Har sklisikkert gulv på baderom	27	71	2
Plastposer er oppbevart utenfor barnets rekkevidde	44	56	–
Har låsbart medisinskap	49	41	10
Løsemidler oppbevares utenfor barnets rekkevidde	86	14	–
Har kasserollevern på komfyren	46	53	1
Ovnسدøren har lav overflatetemperatur, eller beskyttelse ved berøring	69	31	–
Har propper i alle stikkontakter	56	43	1
Fyrstikker er oppbevart utenfor barnets rekkevidde	94	6	–

Tabell 2

Antall og andel produktskader blant to- og treåringer i hjemmet i Drammen, Stavanger, Trondheim og Harstad, 1995 – 97, (N = 361)

Produktskader blant to- og treåringer		
Produkter	Antall	Andel (%)
Trapp	161	45
Vindu	1	–
Badegulv/badekar	64	18

Plastpose	-	-
Medisiner	35	10
Løsemidler	24	7
Komfyr/kokeplate	48	13
Stikkontakt	-	-
Fyrstikker	-	-
Elektrisk varmeovn	21	6
Strykejern	7	2

Tabell 3

Skadealvor og antall innleggelser ved produktulykker i hjemmet blant to- og treåringer, i Drammen, Stavanger, Trondheim og Harstad, 1995 – 97, (N = 361)

		Skadealvor (%)		Innleggelse (%)	
		Liten skade	Moderat – alvorlig skade	Ja	Nei
Trapp	n = 161)	80	20	9	91
Vindu	n = 1)	100	-	100	-
Badegulv	n = 64)	91	9	6	94
Medisin	n = 35)	74	26	51	49
Løsemidler	n = 24)	79	21	58	42
Komfyr	n = 48)	90	10	6	94
El. ovn	n = 21)	90	10	-	100
Strykejern	n = 7)	100	-	-	100
Total	N = 361)	84	16	15	85

Tabell 4

Diagnose/skadetype ved produktulykker i hjemmet blant to- og treåringer i Drammen, Stavanger, Trondheim og Harstad, 1995 – 97, oppgitt i antall og prosent, (N = 361)

Diagnose/skadetype (%)											
	Brudd/forstuing	Hjernerystelse /-skade	Sår-skade	Indre skade	Kvestelse	Forgiftning	Frem med legeme	Brann/etse skade	Flere skader	Andre	Totalt
Trapp	31(19)	17(11)	69(43)	1(0,6)	39(24)	-	-	-	3(2)	1(0,6)	161(100)
	-	-	1(100)	-	-	-	-	-	-	-	1(100)
Badegulv	2(3)	9(14)	36(55)	-	15(23)	-	-	1(2)	1(2)	-	64(100)
Medisiner	-	-	-	-	-	28(80)	7(20)	-	-	-	35(100)
Løsemidler	-	-	-	-	-	15(62)	5(21)	2(8)	-	2(8)	24(100)
Komfyr	-	-	2(4)	-	3(6)	-	-	41(85)	2(4)	-	48(100)
Elektrisk ovn	-	-	6(29)	-	1(5)	-	-	13(62)	1(5)	-	21(100)
Strykejern	-	-	1(14)	-	-	-	-	6(86)	-	-	7(100)
Totalt	33(9)	26(7)	114(32)	1(0,3)	58(16)	43(12)	12(4)	63(17)	7(2)	3(1)	361(100)

Resultater

Tabell 1 viser andelen mødre i Sogn- og Fjordane som rapporterte å ha satt i verk fysiske ulykkesforebyggende tiltak i hjemmemiljøet. Omkring halyparten av mødrene rapporterte at de hadde trappesikring oppe og 20 % at de hadde trappesikring nede. Flertallet av mødrene til toåringene rapporterte at de hadde barnesikring på vinduene.

Blant to- og treåringene ble det fra 1995 til 1997 registrert 2 146 skader etter hjemmeulykker i Personskaderegisteret, dette var 60 % av alle skader i denne aldersgruppen. Flest hjemmeskader, 37 %, skjedde ved slag/støt ved fall fra lavere (under 1,5 m) nivå. Av hjemmeulykkene blant to- og treåringene utgjorde skader i forbindelse med møbel og del av bygning unntatt trapp 26 %, underlag ute og naturelement utgjorde 10 %, trapp utgjorde 8 %, elektrisk anlegg, husholdningsapparater og maskiner/redskaper utgjorde 10 %, dyr og mennesker utgjorde 10 %, løsemidler, medisiner og hygieneartikler utgjorde 6 %, leketøy 4 %, uoppgitt og annet utgjorde 25 %. 84 % av skadene blant to- og treåringene ble registrert som liten skade, 14 % av skadene var moderate skader og 2 % av skadene ble registrert som alvorlig skade. I Personskaderegisteret ble det registrert 361 skader blant to- og treåringene i 1995 – 97, som var forårsaket av et av produktene inkludert i denne studien.

Tabell 2 angir antall registrerte produktskader blant to- og treåringene i hjemmet fra 1995 til 1997 for de utvalgte produktene, og den relative fordelingen av skader etter produkt. Tabellen viser at trapp var den av de utvalgte produktene som gav flest skader. Fall på badegulv og i dusj/badekar var den nest hyppigste av produktskadene. Kun ett barn i denne aldersgruppen ble skadet etter å ha falt ut av vindu. Ingen to- og treåringene ble registrert skadet i forbindelse med plastpose, stikkontakter eller fyrstikker.

Tabell 3 viser skadenes alvorlighetsgrad og antall innleggelses i sykehus når det gjelder produktrelaterte skader i hjemmet blant to- og treåringene. Tabellen viser at størsteparten av de produktrelaterte ulykkene førte til mindre alvorlige skader som ikke førte til innleggelse i sykehus. Av de aktuelle produktene var andelen alvorlige skader høyest for skader forårsaket av medisiner, løsemidler og fall i trapper.

Tabell 4 viser diagnose/skadetype ved produktskader i hjemmet blant to- og treåringene fra 1995 til 1997. Vi ser at 32 % av produktskadene var sårskader, 17 % var brann-/etseskader, og 12 % av produktskadene var forgiftning.

Diskusjon

Basert på datamaterialet i studien kan vi ikke si noe sikkert om sammenhengen mellom antall ulykker og iverksatte sikkerhetstiltak. Grunnen til dette er blant annet at datamaterialet i studien kommer fra to ulike datakilder og to separate populasjoner. Det er for eksempel ikke sikkert at befolkningen i Sogn og Fjordane forebygger skader i hjemmet i samme grad som det gjøres i de fire byene vi vet skadeforekomsten i.

Beregnete landsestimater viser at det årlig var omtrent 10 000 hjemmeulykker blant to- og treåringene i Norge i perioden 1995 – 97. Når det gjelder produktskader viser de samme beregninger at det årlig var 700 trappeskader, 300 skader i forbindelse med badegulv, 250 skader i forbindelse med inntak av medisiner og løsemidler, og 200 skader i forbindelse med komfyr/kokeplate. Forutsetningen for landsestimatene er at skadeforekomsten i de fire byene som inngår i Personskaderegisteret er representative for resten av landet.

Resultater fra denne studien viser at skader i forbindelse med trapp og badegulv er de mest vanlige, og skader i forbindelse med medisiner og løsemidler er de mest alvorlige av de utvalgte produktskadene blant to- og treåringene i hjemmet. Dette samsvarer med en tidligere studie fra Personskaderegisteret (7). Når det gjelder iverksatte sikkerhetstiltak rapportert av mødre i Sogn og Fjordane, indikerte resultatene fra studien at det foreligger et forbedringspotensial når det gjelder blant annet trappesikring, sklisikring av badegulv, sikring av komfyr/stekeovn, samt sikring av medisiner i hjemmet.

De fleste foreldre fra undersøkelsen i Sogn og Fjordane rapporterte at de oppbevarte fyrstikker utenfor barnas rekkevidde, mens omkring halvparten ikke sikret komfyr/stekeovn. Noe av forklaringen kan være tidligere informasjonskampanjer og omtale i mediene vedrørende dramatiske brannulykker der barns lek med fyrstikker var involvert. Dette er sannsynligvis ikke hele forklaringen da også sikkerhetstiltak som kasserollevern, trappesikring og sikring av plastposer har vært fremhevet i informasjonskampanjer, på blant annet helsestasjoner og i mediene. Kan hende er noe av forklaringen at fyrstikker oppfattes som umiddelbart mer risikofyllt enn de andre produktene.

Tidligere studier viser varierende resultat når det gjelder effekt av fysiske sikkerhetstiltak på hjemmeulykker blant småbarn. Lovregulering av noen hjemmeinnretninger som rekkverk på trapp har ført til nedgang i ulykker (8). Sikkerhetsinnretninger som trappesikring, røykvarsler, regulering av varmtvann, barnesikring av lokk, og stikkkontaktbeskyttere er blitt assosiert med nedgang i barns risiko for ulykker i hjemmet (9 – 14). Når det gjelder andre sikkerhetsinnretninger som kasserollevern er det, så vidt vi vet, ikke vist noen slik sammenheng (15). Lovregulering av sikring av pakninger med medisin og andre farlige stoffer har ført til reduksjon i forgiftningsskader. Merking av flasker/pakker med advarsel har derimot ikke vist noen reduserende effekt på ulykker (8, 16 – 18). Bruk av informasjonskampanjer/undervisning har gitt ulike resultater, mange tiltak av denne typen har vist seg ikke å gi effekt (19). Noen forebyggende tiltak har imidlertid vist effekt i forhold til å redusere risikoen for hjemmeulykker. Tiltakene har best sjanse til å bli vellykket når undervisning om sikkerhetstiltak gis individuelt av helsepersonell, for eksempel ved kontroller på helsestasjon eller ved hjemmebesøk, når disse blir gjentatt, og når de gjennomføres i kombinasjon med andre tiltak som massemediekampanjer, lovregulering og utdeling av gratis sikkerhetsutstyr (8, 20). I en studie fra Harstad fra 1995 førte blant annet en kombinasjon av ulike forebyggings tiltak på ulike nivåer i kommunen til redusert forekomst av brannskader blant småbarn (21).

Tidligere forskning kan vise til en klar sammenheng mellom lovregulerte implementerte tiltak på vindu og reduksjon i antall fallulykker fra vindu (22). Tiltak i forhold til sikring av vindu er ett av få vellykkede tiltak når det gjelder å redusere hjemmeulykker blant småbarn (8). Ulykker som følge av fall fra vindu er relativt sjeldne i Norge i dag. I perioden 1993 – 97 ble 14 barn i alderen 0 – 14 år registrert skadet som følge av fall fra vindu i de fire byene i Norge som inkluderes av Personskaderegisteret. Kun ett barn i aldersgruppen 1 – 4 år døde pga. fall fra hus i perioden 1994 til 1996 i hele landet (F. Gjertsen, Statistisk sentralbyrå, personlig meddelelse). Norge har hatt lovregulert barnesikring på vindu gjennom tekniske forskrifter til plan- og bygningsloven siden 1987. Det betyr at alle bygninger bygd etter 1987 skal ha barnesikring på alle vinduer over 1. etasje. Studien fra Sogn og Fjordane viste at hele 72 % av mødre i denne studien rapporterte å ha satt i verk sikkerhetstiltak i forhold til vindu. Lovregulering av sikkerhetsinnretninger som vindussikring og røykvarsler har spesielt ført til nedgang i hjemmeulykker i kombinasjon med andre sikkerhetstiltak som undervisning og installering av gratis utstyr (22, 23).

Konklusjon

Resultatene fra denne studien indikerer at det er potensial for forbedringer når det gjelder å forebygge hjemmeulykker blant småbarn gjennom fysiske sikkerhetstiltak. Studien viser at relativt mange barn skader seg i forbindelse med ulike produkter, skader det bør være relativt enkelt å forebygge. Tiltak der man har kombinert ulike tiltakstyper som lovregulering, undervisning/informasjon med hjemmebesøk og utdeling av gratis sikkerhetsutstyr, omtale i mediene og gjentakelser av tiltakene, har tidligere gitt størst effekt. Eksempler på slike vellykkede tiltak er vindussikring, røykvarsler og sikring av pakninger med medisin og andre farlige stoffer.

LITTERATUR

1. England A, Kopjar B. Skader blant barn behandlet ved legevakt og i sykehus 1990 – 97. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 784 – 7.
2. Ueland Ø, Kraft P. Safety measures taken by Norwegian mothers. Injury Prevention 1996; 2: 197 – 201.
3. Kraft P, Loeb M. Sogn og Fjordane Prosjektet. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1997.
4. Thuen F. Preventing childhood accidents in the home: parental behaviour to reduce household hazards. Scand J Psychol 1992; 33: 370 – 7.
5. Committee on injury scaling. Abbreviated Injury Scale 1985 revision. Arlington Heights, IL: American Association of Automotive Medicine, 1985.
6. Klassifikasjon av sykdommer, skader og dødsårsaker. Norsk Utgave av International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9). Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1986.
7. Ueland Ø. Produkter innblandet i ulykker med personskade til følge. Rapport nr. 4/1993. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1993.
8. Dowswell T, Towner EML, Simpson G, Jarvis SN. Preventing childhood unintentional injuries – what works? A literature review. Injury Prevention 1996; 2: 140 – 9.
9. Thomas KA, Hassanein RS, Christophersen ER. Evaluation of group well-child care for improving burn prevention practices in the home. Pediatrics 1984; 74: 879 – 82.
10. Woolf AD, Saperstein A, Forjuoh S. Poisoning prevention knowledge and practices of parents after a childhood poisoning incident. Pediatrics 1992; 90: 867 – 70.
11. Bablounian L, Freedman ES, Wolski KE, Fried LE. Evaluation of a community based childhood injury prevention program. Injury Prevention 1997; 3: 14 – 6.
12. Clamp M, Kendrick D. A randomised controlled trial of general practitioner safety advice for families with children under 5 years. BMJ 1998; 316: 1576 – 9.
13. Kemp A, Gibbs N, Vafidis G, Sibert J. Safe Child Penarth: experience with a Safe Community strategy for preventing injuries to children. Injury Prevention 1998; 4: 63 – 8.
14. Svanström L. Evidence-based injury prevention and safety promotion – a review of concepts and studies. KI rapport 1999: 29. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine, 1999.
15. Dershewitz R. Will mothers use free household safety devices? Am J Dis Child 1979; 133: 61 – 4.
16. Walton WW. An evaluation of the poison prevention packaging act. Pediatrics 1982; 69: 363 – 70.
17. Venberg K, Culver-Dickinson P, Da S. The deterrent effect of poison-warning stickers. Am J Dis Child 1984; 138: 1018 – 20.
18. Sibert JR, Clarke AJ, Mitchell MP. Improvements in child resistant containers. Arch Dis Child 1985; 60: 1155 – 7.
19. Wortel E, Geus GH, Kok G, Woerkum C. Injury control in pre-school children: a review of parental safety measures and the behavioural determinants. Health Educ Res 1994; 9: 201 – 13.
20. Colver A, Hutchinson P, Judson E. Promoting children's home safety. BMJ 1982; 285: 1177 – 80.
21. Ytterstad B, Sogaard AJ. The Harstad Injury Prevention Study: prevention of burns in small children by a community-based intervention. Burns 1995; 21: 259 – 66.
22. Spiegel C, Lindaman F. Children can't fly: a program to prevent childhood morbidity and mortality from window falls. Am J Public Health 1977; 67: 1143 – 7.
23. Elberg JJ, Schroder HA, Glent-Madsen L, Hall KV. Burns: epidemiology and the effect of a prevention programme. Burns 1987; 13: 391 – 3.

Publisert: 20. november 2000. Tidsskr Nor Lægeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. september 2026.