

Allt färre barn drunknar – i Sverige och internationellt

Global trend kopplas till ekonomisk utveckling och välstånd



RAGNAR ANDERSSON, professor, dr med vet, Folkhälsovetenskap, Karlstads universitet
ragnar.andersson@kau.se

I detta nummer av Läkartidningen redovisar Staffan Janson et al situationen när det gäller drunkningar bland barn i Sverige. Samtidigt som vi har anledning att bekymra oss över de drunkningar som fortfarande inträffar och lära oss mer av dessa olyckliga händelser, kan vi glädja oss åt att de numera är så få – bara något tiotal fall per år – att de nästan inte låter sig analyseras med statistiska metoder.

Man kan undra varför det blivit så. En utbredd uppfattning är att utvecklingen beror på ett mycket framgångsrikt svenskt barnsäkerhetsarbete.

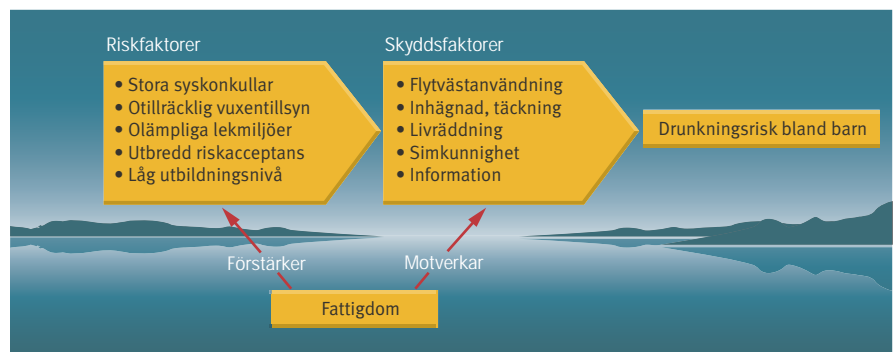
Högre skadedödlighet i fattiga länder
Blickar man ut över världen kan man dock konstatera att trenden är likartad i andra länder. Skillnaden ligger främst i att olika länder hunnit olika långt i sin skadereduktion och utgått från olika nivåer. Underliggande samhällsstrukturella förbättringar kan därför utgöra en väl så viktig förklaring.

Internationella jämförelser visar att fattiga länder generellt har en betydligt högre skadedödlighet än rika länder, inte minst bland barn [1]. I takt med att välståndet växer och fattigdomen minskar avtar skadedödligheten [2, 3]. Detta gäller båda könen och alla åldersgrupper utom de äldsta.

Analyserna tyder på ett omvänt utförande, dvs i den tidiga industrialiseringen, motoriseringen (av transportmedlen) och urbaniseringen ökar skadedödligheten för att sedan vända nedåt och stadigt avta allteftersom ländernas ekonomi fortsätter att förbättras.

Tydligt besked i rapporter

Sverige var länge ledande i denna position.



Kopplingen mellan fattigdom och drunkning bland barn illustreras här schematiskt. När fattigdom byts mot välstånd blir påverkan den omvända, dvs riskfaktorerna motverkas och skyddsfaktorerna förstärks.

va utveckling bland barn, vilket har tolkats som resultatet av ett framsynt och lyckat svenskt barnsäkerhetsarbete [4, 5]. På 1950-talet låg skadedödligheten bland barn i åldern 0–14 år runt 25/100 000 och är nu nere på ca 5/100 000 [6, 7].

Nu kan vi konstatera att vi fått sällskap på denna låga nivå av flera andra välfärdsländer. Unicef publicerade år 2001 en rapport över situationen bland OECD-länderna. Samtliga OECD-länder uppvisade kraftiga minskningar i skadedödlighet bland barn från 1970- till 1990-talet. Många länder har dessutom haft en betydligt snabbare minskning än Sverige, bla Tyskland, Nederländerna, Finland, Kanada och Norge [8, 9]. Även den nordöstra delen av USA redovisar nu en skadedödlighet hos barn kring 5/100 000 [10].

I en uppföljande rapport från WHO och Unicef om den globala situationen framgår åter tydligt den socioekonomiska gradienten mellan världens länder [11]. Skadedödligheten bland barn ligger genomsnittligt ca fyra gånger högre i världens låg- och medelinkomstländer än i höginkomstländer, med stor variation mellan åldersgrupper och skadetyper, dock med genomgående betydligt högre siffror i fattigare länder. När

det gäller drunkning är skillnaden genomsnittligt 6,5 gånger.

Sverige har haft ett historiskt försteg
Betydelsen av specifika insatser i Sverige som förklaring till förbättringen i just vårt land kan mot denna bakgrund diskuteras. Möjligen beror utvecklingen i högre grad på den allmänna välståndsutvecklingen, en process där Sverige haft ett historiskt försteg, men som när den sker i andra länder avtecknar sig på ett likartat sätt.

När skadedödligheten korreleras till BNP per capita (justerad för köpkraft) uppkommer ett mycket starkt samband både när man studerar enskilda länder över tid och när flera länder med skilda ekonomiska förutsättningar jämförs vid samma tidpunkt.

Ekonomi är sannolikt endast indirekt bestämmande och medieras via en

Sammanfattat

Dödligheten i skador avtar globalt i takt med ekonomisk utveckling. Detta gäller även drunkning bland barn. **Barnsäkerhetsarbetet** brukar framhållas som förklaring till utvecklingen i Sverige. Strukturella förändringar som följer av välståndet kan dock vara en viktigare förklaring, tex barnkullarnas storlek, utbildningsnivå och möjlighet till god tillsyn.

rad förhållanden i samhället. Det är välkänt att fattigdom grundlägger både levnadsvillkor och levnadsvanor som innebär hälsorisker för såväl barn som vuxna. Däremot är det mindre väl dokumenterat vilka dessa faktorer är när det gäller just skaderisker bland barn.

Den ovan nämnda rapporten från WHO och Unicef diskuterar ganska utförligt socioekonomins betydelse och pekar på ett antal faktorer, bl a föräldrarnas utbildningsnivå, familjestorlek och etnicitet. Farliga livs- och lekmiljöer liksom otillräcklig vuxentillsyn är andra fattigdomsrelaterade faktorer som framhålls.

Betydelsen av god samhällsutveckling

I en ännu publicerad studie om barn-drunkning i Thailand hittades den högsta förekomsten bland fattiga familjer i storstäder [opubl data]. Till diskussionen om bakomliggande faktorer kan där läggas uppbrutna familjestrukturer och föräldrars frekventa bortavaro från hemmet för försörjningens skull, vilket gör att barnen ofta lämnas att klara sig själva och passa på varandra i miljöer med många faror.

Överför vi detta perspektiv till utvecklingen i Sverige kan vi konstatera att skademinskningen sammanfaller med en utveckling där barnkullarna stadigt minskat och där möjligheten till god barntillsyn kraftigt förbättrats, inte minst genom en utbyggd förskola. Även här syns dock ännu förhöjda risker i hushåll med många barn och i lägre social position [12, 13].

Givetvis ökar också möjligheterna att implementera goda barnsäkerhetsåtgärder med minskad fattigdom. Men

poängen här är att balansera den bilden genom att även peka på betydelsen av gynnsamma förändringar bland de underliggande riskfaktorerna som följd av den allmänna välståndsutvecklingen, dvs ett slags »bonussäkerhet« som vi får på köpet.

Man kan tycka att detta är en akademisk fråga, men i ljuset av den nya folkhälsopolitiken där folkhälsans bestämningsfaktorer identifieras inom samhällets alla politiska områden är det viktigt att utifrån konkreta exempel förstå den ofta avgörande betydelsen av en god allmän samhällsutveckling för hälsan och säkerheten, inte bara effekterna av de specifika (oftast sektorsvisa) åtgärder vi vidtar för att förebygga. Figuren på föregående sida illustrerar hur man kan tänka sig att faktorerna hänger samman.

Vuxnas aktiva närvaro

Rapporten från WHO och Unicef sammanfattar också evidensläget när det gäller olika typer av förebyggande interventioner. Bland dokumenterat effektiva åtgärder mot barndruckning nämns övertäckning och/eller inhägnad av vattensamlingar, flytvästar samt livräddning och badvakter. När det gäller simundervisning anses stödet mer diskutabelt. En färsk amerikansk studie på området understryker detta intryck [14].

WHO och Unicef nämner även åtgärder som kan vara direkt farliga, t ex badsäten för små barn som ännu inte sitter stadigt själva i badkaret. Om stolen tippar i ett oöverskådligt ögonblick (produkten inbjuder till föreställningen att man kan sätta barnet där och gå ifrån en

stund), sitter barnet fast och kan självt inte vrida sig runt för att få huvudet över vattenytan.

Staffan Janson et al pekar i sin artikel på en rad viktiga förbättringsområden utifrån sina egna iakttagelser. Möjligen skulle man mot bakgrund av det ovan sagda ytterligare vilja understryka betydelsen av aktiv vuxentillsyn i samband med bad och lek i närheten av vatten, dvs inte bara på avstånd.

Kanske är föräldrarnas simkunnet och vattenvana av större betydelse än barnens, inte minst för att främja föräldrarnas vilja och möjligheter att själva aktivt delta i barnens vattenlekar och därigenom finnas inom omedelbart räckhåll om något händer.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren är verksam vid samma institution som författarna till den kommenterade artikeln.*

REFERENSER

- Plitponkarnpim A, Andersson R, Jansson B, Svanström L. Unintentional injury mortality in children: a priority for middle income countries in the advanced stage of epidemiological transition. *Inj Prev*. 1999;5(2):98-103.
- Moniruzzaman S, Andersson R. Economic development as a determinant of injury mortality – a longitudinal approach. *Soc Sci Med*. 2008;66(8):1699-708
- Bergman A, Rivara F. Sweden's experience in reducing childhood injuries. *Pediatrics*. 1991;88(1):69-74.
- Unicef. A league table of child deaths by injury in rich nations. Florence: Unicef Innocenti Research Centre; 2001. Innocenti Report Card No 2.
- Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder A, Branche C, Rahman F, et al. World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2008.

Vill du skriva en medicinsk kommentar?

Välkommen! Men kontakta först Stefan Johansson, medicinsk redaktionschef: stefan.johansson@lakartidningen.se

Utmanande
saklig

Läkartidningen