

Børneulykker i Danmark

En registerbaseret analyse

Bjarne Laursen
Lene Terp Nielsen
Pia Haudrup Christensen
Hanne Møller
Birthe Frimodt-Møller



Børneulykker i Danmark **- *En registerbaseret analyse***



København, september 2006

Børneulykker i Danmark. En registerbaseret analyse

Af Bjarne Laursen, Lene Terp Nielsen, Pia Haudrup Christensen, Hanne Møller, Birthe Frimodt-Møller.

© Statens Institut for Folkesundhed, september 2006

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

SIF's formål

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) er et selvstændigt sektorforskningsinstitut under Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

SIF's primære formål er at forske i den danske befolknings sundhed og sygelighed og i sundhedsvæsenets funktion. Derudover gennemfører instituttet udrednings- og rådgivningsopgaver for offentlige myndigheder og deltager i uddannelse af forskere, samt underviser inden for folkesundhedsvidenskab og samfundsmedicin.

Center for Ulykkesforskning

Center for Ulykkesforskning blev oprettet på SIF i 1999. Centeret har følgende hovedopgaver:

- At udføre ulykkesforskning, udredningsopgaver på ulykkesområdet og forskningsbaseret rådgivning
- At drive og videreudvikle Ulykkesregisteret
- At arbejde på at etablere et landsdækkende nationalt ulykkesregister
- At indsamle og formidle information om skader og ulykker

Centeret udgiver et nyhedsbrev tre gange om året – se www.si-folkesundhed.dk/cuf - under Nyhedsbrev

Omslag: UMLLOUD UNTD

Grafisk tilrettelæggelse: Statens Institut for Folkesundhed

Tryk: Reprocenteret, Center for Sundhed og Samfund

ISBN: 87-7899-108-0

Rapporten kan købes ved henvendelse til Statens Institut for Folkesundhed eller bestilles på www.si-folkesundhed.dk - under udgivelser

Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A, 2. – 1399 København K

Telefon 3920 7777, Telefax 3920 8010
sif@si-folkesundhed.dk
www.si-folkesundhed.dk

Indhold

Forord	5
Sammenfatning	6
Summary in English	7
Indledning	9
Risikofaktorer og skadeforebyggelse	10
Risikofaktorer	10
Skadeforebyggelse	13
Materiale og metode	15
Datakilder	15
Metoder	15
Børns ulykker i tal, trends og temaer	17
Social ulighed i forekomst af ulykker	22
Dødsulykker.....	24
Alvorlige ulykker	29
Hjemme/fritidsulykker.....	30
Trafikulykker	31
Arbejdsulykker	34
Akutte idrætsskader	35
Produkter involveret i ulykker.....	38
Udviklingen i ulykkesforekomsten	39
Opslag	43
Slå ulykken op	43
Data anvendt i opslagene	43
Aldersgrupper	44
Stedet for ulykken	48
Skadesmekanisme	59
Skadesmekanisme	59
Trafikulykker	72
Idrætsgrene.....	76
Diskussion af datakvalitet	90
Referencer	92

Forord

Ulykker blandt børn er et væsentligt sundhedsproblem, og for at prioritere forebyggelsen er det nødvendigt med viden om ulykkesforekomsten. Med denne rapport præsenteres et meget detaljeret billede af forekomsten af ulykker blandt børn, både hvad angår ulykker der medfører skadestuebesøg, indlæggelser eller dødsfald.

Rapporten henvender sig til dem, der arbejder med forebyggelse af børneulykker i Danmark – i kommunerne, sundhedssektoren, ministerier og styrelser, samt alle der har en interesse i at vide hvor og hvordan børn kommer til skade.

Rapporten består af tre hoveddele:

- En indledning der kort beskriver litteraturen på området
- En generel beskrivelse af børneulykkernes forekomst
- En opslagsdel hvor de enkelte ulykkestyper er detaljeret beskrevet

Rapporten er udarbejdet som led i projektet "Børneulykker – risikofaktorer, risikooplevelse og risikohåndtering" ved Statens Institut for Folkesundhed.

Projektet og denne rapport er støttet af Forskningsrådet for Sundhed og Sygdom, Sygekassernes Helsefond, Egmont Fonden og Foreningen Østifterne.

København, september 2006

Mette Madsen

Sammenfatning

Ulykker er et af de alvorligste sundhedsproblemer blandt børn. Hvert år mister omkring 50 børn i alderen 0-14 år livet som følge af ulykker. Ulykker er den hyppigste dødsårsag hos børn fra 1-års alderen og er årsag til hvert tredje dødsfald blandt børn i alderen 1-14 år. Antallet af dødsulykker blandt børn er dog faldet betydeligt siden 1970'erne.

Ulykker er den hyppigste årsag til børns kontakt med hospitalsvæsenet. I alt kommer 170.000 børn i alderen 0-14 år hvert år på skadestuen som følge af ulykker og ca. 6000 af disse børn bliver indlagt. Dette svarer til, at et barn i gennemsnit kommer på skadestuen 2-3 gange inden det bliver 15 år.

I denne rapport beskrives ulykkesomstændighederne med henblik på at identificere årsagerne til ulykkerne og dermed mulighederne for forebyggelse af ulykker blandt børn.

De fleste børneulykker sker i hjemmet, især hos børn under 3 år. Blandt de lidt ældre børn sker der også mange ulykker i daginstitutioner og skoler. Hos børn over 10 år sker ulykkerne oftest i forbindelse med idræt, samtidig med at der er en stigende andel trafikulykker.

Børns ulykkesrisiko er størst i 1-3 års alderen og igen i alderen 11-13 år. Børn under 1 år kommer kun sjældent på skadestuen som følge af en ulykke. Drengene har en højere ulykkesrisiko end piger, særligt for ulykker der fører til indlæggelse eller død.

Hyppigheden af skadestuebesøg blandt børn har været svagt faldende, når man tager hensyn til udviklingen af børnebefolkningen.

En del af dette fald kan muligvis forklares ved de begrænsninger i adgangen til skadestuerne, der er kommet til i de senere år (visiteringer, natlukninger mv.). Der har dog også været en nedgang i antallet af indlæggelser siden 1995, især for cykel- og fodgængerulykker.

Godt halvdelen af dødsulykkerne i perioden 1995-2000 skete i trafikken. Disse var næsten ligeligt fordelt mellem ulykker i bil, på cykel og som fodgænger. Drukning var den næsthyppest dødsårsag blandt ulykkerne med syv dødsfald årligt. Drukning skete oftest i havebassiner, søer og vandhuller. Kvælning, oftest i mad, senge eller barnevogne var årsag til seks årlige dødsfald, og fire børn døde årligt som følge af brand.

Der er en betydelig social ulighed i, hvilke børn der kommer på skadestuen efter en ulykke. Børn med unge mødre eller forældre med kortere uddannelse kommer 20-50% oftere på skadestuen end gennemsnitsbarnet. Blandt disse børn er især risikoen for bilulykker, forbrænding og forgiftning høj. Børn af enlige mødre har også en forøget ulykkesrisiko i forhold til bilulykker, forgiftninger og forbrændinger. Børn med udenlandsk baggrund kommer ikke oftere på skadestuen end andre børn, men har et andet ulykkesmønster med flere forbrændinger og forgiftninger, og samtidig betydeligt færre idrætsskader eller andre skader ved udendørs aktiviteter.

Summary in English

Unintentional injuries are among the major health problems in childhood. Approximately fifty Danish children aged 0-14 years lose their lives due to unintentional injuries, and from age 1 year injuries are the most frequent cause of death among children, and make up one third of all deaths among children aged 1-14 years. Nevertheless, the number of fatal injuries has decreased considerably since the 1970s.

Further, injuries are the most frequent reason for hospital contact in childhood. There are in Denmark approx. 170.000 emergency department visits each year, and 6000 children are admitted to hospital. This means that a child will typically have 2-3 emergency department visits before the age of 15 years. In the present report, the circumstances of the injuries will be described in order to explore the causes of childhood injuries and the possibilities to prevent them.

Most childhood injuries occur in the home, especially among infants and toddlers. Among the older children many injuries occur at day-care or school. Injuries in children above 10 years of age most frequently occur during sports, and there is an increasing share of traffic injuries.

The injury risk is highest at ages 1-3 years and 11-13 years. Infants under 1 year have the lowest frequency of emergency department contacts due to injuries. Boys had a higher injury risk than girls, especially for injuries causing admission or death.

The incidence rate of emergency department contacts due to unintentional injuries has decreased slightly since 1990. This decrease may partly be due to access restrictions at the emergency departments. There has been a decrease in hospital admissions since 1995, especially for bicycle and pedestrian injuries.

Well over half of the fatal injuries during the period 1995-2000 were traffic injuries. A third of these were as car occupant, on bicycle, and as pedestrian, respectively. Second was drowning with seven fatalities a year, mostly in garden pools, lakes and ponds. Third was suffocation with six fatalities yearly, most often with food, bed or perambulators. Four children died due to fires.

The injury risk is unevenly distributed. Children with young mothers or parents with a short education have a 20-50% higher risk of emergency department visit compared to the average child. Among these children, there is an increased risk of injury in a car crash, and of burns and poisoning. Children with lone mothers also have an increased risk of these injuries. Children whose mothers were born outside Denmark are not more frequently at the emergency department compared to other children, but they suffer from other injuries. They have more burns and poisonings and much fewer sports injuries and other injuries due to outdoor activities.



Indledning

Ulykker er et af de alvorligste sundhedsproblemer blandt børn. For børn over 1 år er ulykker den hyppigste dødsårsag, og ulykker er den hyppigste årsag til kontakt med hospitalsvæsenet. Der er derfor god grund til at undersøge årsagerne til og mulighederne for forebyggelse af børneulykker.

På denne baggrund blev projektet "Børneulykker – risikofaktorer, risikoplevelse og risikohåndtering" igangsat. Projektet havde følgende formål:

- At analysere forekomsten af børneulykker i Danmark, herunder at belyse omstændighederne omkring ulykkerne.
- At belyse særlige sociale og demografiske forhold af betydning for forekomsten af børneulykker.
- At undersøge børns og forældres oplevelse og håndtering af hverdagens risici og ulykker blandt børn.

Resultaterne fra projektet er løbende afleveret i rapporter, videnskabelige publikationer samt mere populær formidling, som det fremgår af publikationslisten sidst i dette afsnit.

Denne rapportes primære formål er at beskrive forekomsten af børneulykker, og i mindre omfang de sociale forholds betydning for ulykkesforekomsten. Rapporten "Børneulykker: risikofaktorer, risikoplevelse og risikohåndtering" af Lene Terp Nielsen og Pia Haudrup Christensen (Nielsen og Christensen, 2003), har gennemgået litteraturen på området, og kun hovedresultater fra denne gennemgang bliver præsenteret her.

Definition af en ulykke

I nærværende rapport er 'en ulykke' defineret som "En ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigt virkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skader på kroppen" (NOMESKO, 2003). Ulykker omfatter dermed også akutte forgiftninger og akut overbelastning, f.eks. ved at vrikke om på anklen. Definitionen ekskluderer vold, selvskade og selvmordsforsøg. I praksis er det dog svært at vurdere, om skader, hvor andre børn er involverede, skyldes et uheld eller en bevidst handling, og derfor klassificeres sådanne skader som ulykker. Noget tilsvarende gælder skader i forbindelse med idræt.

Risikofaktorer og skadeforebyggelse

Risikofaktorer

Der findes i litteraturen en række modeller til at beskrive eller forklare ulykkesforekomsten på mikroniveau, dvs. i forhold til den enkelte ulykke. En væsentlig model er Haddons matrix model (Haddon, Jr., 1963), som beskriver ulykkesforløbet i to dimensioner: En tidsdimension før, under og efter ulykken, samt en materiel dimension som består af mennesket ("host"), "agenten" der forårsager eller er involveret i skaden samt omgivelserne (fysiske og sociale). Derved dannes en 3x4 matrix (tabel 1), hvor skadeforebyggelsen kan sættes ind i forhold til et eller flere af felterne, jf. tabel 1. Alle felter er dog ikke lige relevante i alle situationer. Modellen, der først blev anvendt på trafikulykker, kan anvendes på mange typer af ulykker.

Tilsvarende er der udviklet modeller til at forklare udviklinger i ulykkesforekomsten på samfundsniveau. F.eks. viser analyser, at der er en klar sammenhæng mellem et lands økonomiske udvikling målt ved bruttonationalproduktet og forekomsten af dødsulykker, idet forekomsten af dødsulykker er lavere jo større BNP er (Plitponkarnpim *et al.*, 1999). Nogle lande har dog noget flere dødsulykker end forventet ud fra deres økonomi, bl.a. USA, Korea og Rusland. Dette kan muligvis forklares ved at disse lande har større social ulighed (Plitponkarnpim *et al.*, 1999). For trafikulykkernes vedkommende er sammenhængen mellem økonomisk udvikling og dødsulykker mere kompleks,

idet antallet af døde i trafikken stiger med bruttonationalproduktet (og antallet af motorkøretøjer) til et vist punkt, hvorefter antallet falder (Bishai *et al.*, 2006). En tilsvarende udvikling er sket i Danmark i tidsperioden 1930-2005, hvor antallet af døde i trafikken steg fra 1930 til 1971 i takt med udbredelsen af den motoriserede trafik. Efter 1971 er antallet af trafikdræbte faldet som følge af trafiksikkerhedsmæssige tiltag, og i 2005 var antallet af trafikdræbte nede på 331 eller næsten samme niveau som i slutningen af 1930'erne.

Social ulighed i forekomst af ulykker

Som for andre helbredsforhold er der en social ulighed i børns ulykkesforekomst. En række undersøgelser af social ulighed i forekomsten af trafikulykker i Sverige har vist, at både dødelighed og sygelighed er socialt skævt fordelt, ud fra forældrenes socio-økonomiske status (LaFlamme og Diderichsen, 2000; Engstrom *et al.*, 2002; LaFlamme og Engström, 2002). Den største sociale ulighed blev fundet blandt 10-14 årige (Engstrom *et al.*, 2002). Et studie af Hasselberg *et al.* (2001) viste, at den sociale ulighed er større som bilpassager end som fodgænger eller cyklist. Der eksisterer kun få danske undersøgelser af social ulighed i ulykkesforekomst blandt børn. I en undersøgelse af skolebørns helbred (Holstein og Due, 1999) blev der fundet en højere hyppighed af skader blandt børn med forældre i socialgruppe 5 sammenlignet med børn, der har forældre i socialgruppe 1. Forskellen var endnu mere udtalt, når

Tabel 1. Haddon matrix anvendt i forhold til forebyggelse af brand pga. cigaretter der antænder møbler (oversat fra Runyan (1998))

	"Host" (barn i hjemmet)	"Agent" (cigaret, tændstik, møbel)	Fysiske omgivelser (hjemmet)	Sociale omgivelser (bl.a. samfundet)
Pre-event (før branden)	Lær børn ikke at lege med tændstikker	Lav cigaretter selvslukkende	Brandsikring af bygningskonstruktionen	Forebyggelse af rygning
Event (under branden)	Fortæl barnet om hvordan man slipper ud	Møbler af brandhæmmende materiale	Røgalarm, nødudgange	Lovkrav om røgalarmer
Post-event (efter skaden er sket)	Giv førstehjælp		Færre giftige byggematerialer	Bedre hospitalsbehandling

der blev spurgt til hvem der havde være udsat for tre ulykker eller mere.

Miljømæssige risikofaktorer for børneulykker

Børn opholder sig, leger og færdes mange forskellige steder i løbet af en dag (fx i hjemmet, trafikken, skolegården, sportshal og naturen). Alle disse lokaliteter har en betydning for risikoen for at komme til skade, enten gennem specifikke farer, eller i forbindelse med de aktiviteter der foregår. Blandt særligt farlige miljøer kan nævnes landbruget, hvor blandt andet farlige landbrugsmaskiner, traktorer og dyr medfører høje risici (Gerberich *et al.*, 2001).

Trafikmiljøet er set i forhold til forekomsten af dødsulykker det farligste af alle de miljøer hvor børn færdes. Der er i nogle studier – men langt fra i alle – fundet en forebyggende effekt af trafikdæmpende foranstaltninger (Bunn *et al.*, 2003). Derimod har trafiktætheden ingen entydig sammenhæng med ulykkesforekomsten, bl.a. er der blandt børn i Københavns kommune færre tilskadekomne i trafikken end landsgennemsnittet (Landspatientregisteret, 2000-2004). Hillman *et al.* (1990) problematiserer dog måden hvorpå man vurderer, hvorvidt et lokalområde er sikkert eller ej. Lave ulykkestal er ikke nødvendigvis et udtryk for en lille ulykkesrisiko i området. De kan i stedet være udtryk for, at området er meget trafikeret og risikofuldt og derfor bliver benyttet mindre af cyklister og fodgængere.

Hjemmet er det farligste miljø for de mindste børn, fordi det rummer farer som et lille barn ikke har mulighed for at overskue. Her er det afgørende, at forældrene sikrer hjemmet i forhold til barnets alder og udvikling. Ikke desto mindre har undersøgelser vist, at sikkerheden i hjemmet ofte er mangelfuld (Nielsen *et al.*, 1990).

Individuelle risikofaktorer for børneulykker

Ulykkesforekomsten er ikke ligeligt fordelt blandt børn. Undersøgelser har påvist en lang række faktorer, der påvirker risikoen for at blive udsat for en ulykke. Vigtigst er alder og køn samt de sociale, etniske og familiemæssige tilhørsforhold; disse forhold beskrives yderligere i næste afsnit.

Analyserne i denne rapport bekræfter, at der er en udbredt social ulighed i forekomsten af skadestuebesøg blandt børn i Danmark.

Flere studier peger på en association mellem henholdsvis graden af aggressivitet, hyperaktivitet, koncentrationsbesvær hos barnet og sandsynligheden for at opleve risikofyldte situationer i trafikken (Bijur *et al.*, 1986; Gillberg, 1988; Jones, 1980). Forklaringen er ifølge forfatterne, at børn med sådanne karakteristika kan have sværere ved at håndtere risikofyldte situationer på en vellykket måde end andre børn. Et studie af Koelmeyer (Koelmeyer *et al.*, 1986) peger på børns uforudsigelige adfærd som den største risikofaktor i forbindelse med latente fodgængerulykker. Barnets motoriske, emotionelle, kognitive og sociale udvikling har betydning for evnen til at forstå og vurdere forskellige risikofaktorer og evnen til at handle i forhold hertil. Således viser flere studier, hvordan ældre børn er bedre til at vurdere tid, afstand og hastighed i trafikken end yngre børn. Desuden udvikles børns reaktionsevne med alderen (Ampofo-Boateng og Thomson, 1991; Jensen og Hummer, 2002).

Børns fysiske, psykiske og sociale udvikling samt modenhed kan til en vis grad defineres ud fra barnets alder, dog med stor variation mellem børn. Desuden er børn i dag ældre end tidligere, før de for alvor bevæger sig rundt på egen hånd (Hillman *et al.*, 1990). Denne udvikling skyldes, at den trafikale belastning er øget og forældre af denne eller andre grunde er mere bekymrede for risikoen for trafikulykker end tidligere. Denne øgede bekymring kommer f.eks. til udtryk ved, at forældre i højere grad end tidligere vælger at transportere deres børn i bil, f.eks. til og fra skole. Denne udvikling kan vække bekymring, da det kan have negative konsekvenser for udvikling af børns fysiske aktivitet, personlige identitet, sociale relationer og kompetencer, som normalt erhverves gennem selvstændig færden i lokalsamfund og by (Hillman *et al.*, 1990; Scott *et al.*, 1998; Matthews *et al.*, 2000; Christensen, 2002; Christensen og O'Brien, 2002; Jensen og Hummer, 2002).

Wazana (1997) har i et review undersøgt, om der er grundlag for at opfatte nogle børn som særligt udsatte for ulykkesrisici generelt og i forhold til fodgængerulykker specifikt. Studiet viser, at aggression og hyperaktivitet er risikofaktorer for ulykker knyttet til barnet, hvorfor man i forbindelse med meget aggressive og hyperaktive børn godt kan

tale om udsatte børn med særlig høj risiko for ulykker. I forhold til fodgængerulykker er risikofaktorer knyttet til omgivelserne og sociale forhold (stressorer i hjemmet, graden af forældreopsyn, andre udefra kommende risikofyldte eksponeringer) af langt større betydning for barnet end individuelle risikofaktorer. På denne baggrund pointerer forfatteren, at ulykkesforebyggelsesindsatser bør fokusere på børnenes sociale forhold og risikofaktorer i omgivelserne.

De fleste epidemiologiske undersøgelser af børneulykker viser, at drenge i alle aldre hyppigere oplever ulykker og skader end piger (Wazana *et al.*, 1997) (Barnrapporten, 1998; Nielsen *et al.*, 1998). Som det fremgår senere i denne rapport, ses kønsforskellen først fra 5-års alderen i forhold til trafikulykker, medens kønsforskellen i forhold til hjemme- og fritidsulykker gælder børn i alle aldre (analyser på baggrund af skadestuedata). I forhold til idrætsaktiviteter oplever piger i alderen omkring 12 år flere ulykker end drenge.

Kønsvariationen forklares ved, at drenge generelt udsættes for flere risici i deres daglige aktiviteter, fordi de generelt cykler mere, leger vildere lege, og er mere risikosøgende (Avery og Jackson, 1993; Green, 1997). Sociologen Judith Green (1997) har foretaget fokusgruppeinterview med børn om risikoplevelse og risikohåndtering. Hendes studier viser, at der gælder forskellige normer omkring risikotagning blandt drenge og piger. Således er det en del af skabelsen af den sociale identitet blandt drenge at tage flere risici og værdsætte det at tage risici. Omvendt er det blandt pigerne en værdi at beskytte sig selv og andre og at afværge risici og ulykker. Soori og Bhopal (2002) viser i et studie om forældres tilladelse til børns selvstændige deltagelse i udendørsaktiviteter, at forældre lægger vægt på kønsforskelle i dette spørgsmål. Drenge får lov til at deltage i flere og mere risikofyldte situationer og aktiviteter end piger. I forlængelse heraf viser flere studier af Morrongiello og Dawber (Morrongiello og Dawber, 1999; Morrongiello og Dawber, 2000), at forældre synes at være mere tolerante og opmuntrende over for drenge end over for piger i forhold til risikotagning, og at piger behandles som mere sårbare end drenge. Resultaterne i disse studier er kontrollerede for forskelle i børnenes evner og kan således alene tilskrives forskelle i forældrenes holdninger til risikoadfærd blandt de to køn.

Forældres opsyn med børn

I adskillige studier er der fundet en sammenhæng mellem ulykkesforekomst og mangel på opsyn med børnene (Manciaux og Romer, 1991; Wazana *et al.*, 1997). Det er dog ikke ligegyldigt, hvordan forældrenes kontrol giver sig udtryk. Hart *et al.* (1992) finder, at bebrejdelser og trusler fra forældre er associeret med mere risikofyldt leg, end blandt børn af forældre, der har en logisk argumenterende og forklarende opdragelse. De voksnes overvågning af børnene kan dog også betyde, at børn færdes på egen hånd senere og dermed ikke i samme omfang lærer at håndtere forskellige risici (Christensen, 2002). For meget beskyttelse og forældres begrænsende regler kan medføre unødigt ængstelse hos barnet og vanskeligheder ved at skelne mellem mere og mindre risikofyldte situationer (Scott *et al.*, 1998). Vores etnografiske undersøgelse har imidlertid også vist at voksne ikke altid er gode rollemønstre. Voksne fravælger ofte at tage vare på sig selv, f.eks. i trafikken ved at undlade brug af cykelhjelm eller ved uforsigtig bilkørsel. I nogle tilfælde vurderer forældre, at deres børns færdigheder på cykel er så gode, at de ikke insisterer på, at cykelhelmen er nødvendig. (Mikkelsen og Christensen, 2006)

Skadeforebyggelse

I Danmark har forebyggelse af ulykker været blandt de prioriterede mål i de nationale forebyggelsesprogrammer siden 1989. I regeringens aktuelle sundhedsprogram, "Sund hele livet" (Regeringen, 2002) indgår 'ulykker' blandt risikofaktorerne for folkesundheden. Det sundhedspolitiske mål er, at "antallet af trafik-, hjemme- og fritidsulykker skal reduceres markant". Målgruppen børn har været inkluderet i forebyggelsesprogrammer gennem tiden – dog uden klare mål for hvilken reduktion af 'børneulykker' til hvilken tid. Med kommunalreformen fra 2007 bliver ulykkes- og skadeforebyggelse en del af den borgerrettede forebyggelse, som gøres lovpligtig for kommunerne ifølge den nye sundhedslov. Der føjes således politiske forpligtelser til de anbefalinger, der er udstukket i det nationale sundhedsprogram.

Der er viden og erfaring om, hvordan man griber forebyggelse af ulykker og skader an. Som beskrevet i den ovenfor omtalte Haddons model kan strategier sættes ind over for hhv. den skadelidte ("host"), det involverede agens eller produkt ("agent") og det omgivende miljø ("environment"). Strategierne bygger på lovgivning, regulativer mv., modifikation af produkter eller miljøet samt på uddannelse, spredning af information mv. der kan føre til relevante (ønskelige) adfærdsændringer. I virkeligheden anvendes kombinationer af disse strategier for at opnå størst effekt, jf. udviklingen af trafikikkerhed. Lovgivning om hastighed på veje, lovpligtig brug af sikkerhedssele, børns placering i biler mv. er eksempler på regelsæt, der påvirker adfærd i trafikken. Hertil kommer ændringer i produktdesign, f.eks. indretning af biler mht. bestemte sikkerhedsforskrifter og ændringer i vej anlæg, som skaber trafikikkert miljø. Oplysningskampagner om sikkerhedsudstyr, herunder brug af cykelhjelm, om sikre skoleveje mv. har sammen med målrettet færdselsundervisning af skolebørn i bestemt alder til hensigt at påvirke viden, holdninger og adfærd hos den enkelte og i samfundet.

Det er ønskeligt at tilrettelægge ulykkesforebyggelse på grundlag af dokumenteret viden og erfaring – især om omkostningseffektive metoder. Der mangler stadig sådan evidensbaseret viden om mange konkrete forebyggelsestiltag over for børneulykker. Der foreligger en gennemgang af international litteratur vedr. forebyggelse af børneulykker i et EU projekt (Child Safety Action Plans), der fokuserer på handlingsplaner for børns sikkerhed

(MacKay *et al.*, 2006). På dette grundlag anbefales strategier, der indgår i "god praksis" for tilrettelæggelse af ulykkesforebyggelse.

Foruden de ovenfor nævnte strategier (lovgivning, produktdesign, miljøændringer, uddannelse/ læring) anbefales strategien om lokalsamfundsbaseret intervention. Denne tilgang til en systematisk tilrettelæggelse af ulykkesforebyggelse i lokalsamfundet har vist sig effektiv både internationalt – inklusive i vore nordiske nabolande – og i Danmark. Den lokalsamfundsbaserede interventionsmodel kendes som "Safe Community" strategien, der bygger på følgende kriterier (www.phs.ki.se/csp/safecom):

- En infrastruktur baseret på partnerskaber og samarbejde, som styres af en tværsektoriel gruppe med ansvar for ulykkes- og skadeforebyggelse i lokalsamfundet
- Langsigtede og bæredygtige programmer, som omfatter begge køn, alle aldersgrupper samt alle miljøer
- Programmer, der er målrettet mod højrisikogrupper og højrisiko-miljøer samt programmer, der fremmer sikkerhed og tryghed for udsatte grupper
- Dokumentation af ulykkes/skaders frekvens og årsagssammenhænge
- Evalueringsmetoder til vurdering af intervention, processer og effekt af forandringer
- Fortløbende deltagelse i nationale og internationale Safe Community netværk.

Denne strategi indgår i det danske Sund By Netværks prioriterede handlingsplan for ulykkesforebyggelse med fokus på børns (og ældres) ulykker (www.sund-by-net.dk). Sund By Netværkets aktiviteter er relevante for den aktuelle situation i kommunerne, der skal påtage sig opgaver vedr. den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme. Dette perspektiv belyses i Netværkets seneste beretning (Kristoffersen og Curtis, 2006). Det har således været et vigtigt karakteristikum for Netværket, at det var politisk forankret i den givne kommune (eller amt) for dermed at sikre en langsigtet og bæredygtig udvikling inden for forebyggelse og sundhedsfremme. Disse erfaringer kan tilgodeses den politiske forankring, der som tidligere nævnt nu er en forudsætning for alle kommuners arbejde med forebyggelse. Den opsamlede viden og erfaring vedrørende forebyggelse af børneulykker kan udnyttes i samarbejde med Sund By Netværket. På bl.a. børneområdet findes materiale om

forebyggelse af børneulykker, nyttige links til ekspertise, mv. (Komiteen for Sundhedsoplysning og Sund By Netværket, 2005), og en håndbog til brug for daginstitutioner, mv. (Sund By Netværket, 2004)

Indeværende rapport om børneulykker i Danmark giver et summarisk billede af ulykkes- og skademønstre hos børn. Det skal bemærkes, at disse mønstre – baseret på registeranalyser – bør suppleres med kortlægning af lokalsamfundets karakteristika for risikogrupper, -miljøer, udsatte grupper mv. som anbefalet i strategien for "Safe Communities" ovenfor. Forudsætningen for tilrettelæggelse af en prioriteret handlingsplan for forebyggelse af bl.a. børneulykker er en beskrivelse af lokalområdets ulykkesprofil som et led i den samlede sundhedsprofil (Møller, 2006). Herudfra prioriteres de indsatsområder, som kræver konkret planlægning af intervention og dermed indhentning af eventuel foreliggende viden om effekt og omkostninger mv. Man "behøver ikke at opfinde det hele selv".

Materiale og metode

Datamaterialet i rapporten er baseret på analyser af 0-14 årige børns ulykker, som har ført til kontakt med skadestue eller er resulteret i dødsfald. Analyserne bygger på data fra en række forskellige registre.

Forsætlige skader, dvs. vold mod børn, selvmordsforsøg og selvpåført skade belyses ikke i denne rapport.

Datakilder

Ulykkesregisteret ved Statens Institut for Folkesundhed rummer detaljerede oplysninger fra fem skadestuer i Danmark, som geografisk er placerede i Glostrup, Herlev, Frederikssund, Esbjerg og Randers. Ulykkesregisteret har indsamlet oplysninger om alle typer af ulykker siden 1990. Registreringen, der følger NOMESKOs ulykkesklassifikations 3. udgave (Den Nordiske Medicinalstatistiske Komite), omfatter bl.a. skadesmekanisme, ulykkessted, aktivitet i ulykkesøjeblikket, skadet kropsdel samt læsionstype. For ulykker i forbindelse med idræt er idrætsgrenen registreret, og for arbejdsulykker er det registreret, hvilken branche ulykken er sket i. Desuden er det registreret, hvilke produkter der er involveret i ulykken. Registreringen omfatter alle lægetilsete nye skader på skadestuen i forbindelse med ulykker. Analyser har vist, at registerets optageområde er nogenlunde repræsentativt for Danmark i forhold til aldersfordeling og socio-økonomi (upubliceret). De fem sygehuses optageområder omfatter ca. 16% af Danmarks befolkning.

Landspatientregisteret ved Sundhedsstyrelsen rummer oplysninger om samtlige indlæggelser og ambulante hospitalskontakter i Danmark, herunder skadestuebesøg. Landspatientregisteret (LPR) indeholder blandt andet oplysninger om kontaktårsag, f.eks. ulykke, ulykkessted, skadesmekanisme, aktivitet i ulykkesøjeblikket samt ved trafikulykker oplysninger om transportform og modpart. Disse oplysninger er dog ikke så detaljerede som i Ulykkesregisteret, og kvaliteten af kodningen er svingende (Laurson *et al.*, 2005). Da Landspatientregisteret er kontaktbaseret og ikke forløbsbaseret, er registreringerne i LPR koblet sammen ved hjælp af CPR-nummer, diagnoser og datoer, og kun forløb hvor "ulykke" er angivet som kontaktårsag for enten skadestuebesøg eller indlæggelse, er medta-

get. To registreringer er koblet sammen, hvis der højst er et døgn imellem disse, eller op til 30 dage hvis der er tale om samme aktionsdiagnose.

Register over Børnedødsulykker ved Statens Institut for Folkesundhed indeholder detaljerede oplysninger om dødsulykker blandt børn under 15 år i Danmark i perioden 1975-2000. I forbindelse med projektet om børneulykker er registeret opdateret med dødsulykker i perioden 1994-2000, både hjemme/fritidsulykker og trafikulykker. Før 1994 indeholder registeret kun oplysninger om hjemme/fritidsulykker. Registeret er skabt ved en detaljeret kodning af dødsattesterne, svarende til den kodning som foretages til Ulykkesregisteret, bl.a. indeholder det kodning af involverede produkter, sted for ulykken og skadesmekanisme på et detaljeret niveau, samt en tekstbeskrivelse af ulykken.

Dødsårsagsregisteret ved Sundhedsstyrelsen indeholder oplysninger om samtlige dødsfald blandt danskere i perioden 1970-2001. Ulykkens art er fra 1994 kodet efter de "eksterne årsager" i ICD-10 (10. udgave af WHO's sygdomsklassifikation), og inden da efter ICD-8. ICD-10 giver en temmelig detaljeret beskrivelse af skadesmekanismen, men oplysninger om bl.a. ulykkessted er meget begrænsede.

Færdsselsuhedsregistreringen via Danmarks Statistik vedrørende dødsfald efter trafikulykker i perioden 2001-2005.

Danmarks Statistiks registre er benyttet til at bestemme størrelse af børnebefolkningen i Danmark opdelt på aldersgrupper. Desuden er oplysninger fra bl.a. IDA-databasen blevet koblet med Ulykkesregisterets data til analyserne af social ulighed.

Metoder

I analyserne er skadestuebesøg og indlæggelser alene målt på nye hospitalskontakter, kontakter relateret til senfølger er således ikke medregnet. Til gengæld kan der være registreret flere hospitalskontakter for det samme barn i løbet af et år, hvis de skyldes forskellige ulykker. I en undersøgelse fra 2006 er det påvist, at det kun i mindre

udstrækning er de samme børn, der gentagne gange kommer på skadestuen (Laursen, 2006).

Den gennemsnitlige årlige forekomst i Danmark af de forskellige ulykkestyper er beregnet ud fra antallet af ulykker i Ulykkesregisteret i perioden 2000-2004. Der er benyttet en 5-års periode for at få et tilstrækkeligt datagrundlag også for de mere sjældne ulykkestyper. Da Ulykkesregisteret dækker ca. 16% af Danmarks befolkning, er dette tal ganget med 6,2 for at få et beregnet tal for hele Danmark, og divideret med 5 for at få den årlige forekomst.

I de tilfælde, hvor ulykkesforekomsten følges over tid, er antallet af ulykker i Ulykkesregisteret ganget med faktoren 6,3 i perioden 1990-2003 og 6,0 i 2004-2005. På denne måde tages der højde for en udvidelse af Ulykkesregisterets optageområde.

Incidensen af ulykker er beregnet som antal skadestuebesøg i Ulykkesregisteret 2000-2004 hos børn i hver alder divideret med det gennemsnitlige antal børn i denne alder i Ulykkesregisterets optageområder i 2000-2004 ifølge Danmarks Statistik. Dette tal er omregnet til ulykker pr. 1000 børn årligt.

Ved opgørelsen på de enkelte kommuner i tabel 17 er Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret benyttet. Forekomsten af ulykker i de nye kommuner er beregnet ud fra forekomsten i kommunerne før kommunalreformen, med vægte fra Danmarks Statistiks nøgle (http://www.dst.dk/Statistik/ags/Kommunalreform/Nye_kommuner.aspx). Forekomsten af dødsulykker er bestemt ud fra Register over Børnedødsulykker og Dødsårsagsregisteret, som begge er landsdækkende.

Udviklingen i ulykkesforekomsten er bestemt ud fra det beregnede antal ulykker i Danmark divideret med børnepopulationen i den aldersgruppe, der er udsat for den aktuelle ulykkestype. Derefter er udviklingen analyseret med lineær regression. De fleste udviklinger er bestemt ud fra Ulykkesregisteret i perioden 1998-2005, idet Ulykkesregisterets kodning i 1998 skiftede til NOMESKO's 3. version, og det derfor ikke er muligt at følge alle ulykkestyper længere tilbage. I enkelte tilfælde er perioden fra 1990 eller 1995 analyseret, og i de tilfælde, hvor Landspatientregisterets data er benyttet, er den analyserede periode 1995-2004.

Dødsulykker: Disse er analyseret på basis af Register over børnedødsulykker, suppleret med trafikulykker før 1994 fra Dødsårsagsregisteret ved

Sundhedsstyrelsen, det samme gælder dødsfald før 1975. Desuden er der suppleret med oplysninger fra Danmarks Statistik vedrørende dødsfald efter trafikulykker i perioden 2001-2005.

Læsionstyper: Hvad angår læsionstypen og den skadede kropsdel, er kun den alvorligste rapporteret i det følgende. Hvis der f.eks. forekommer både en brækket arm og sår på benet, tæller skaden alene som brud på armen. Derved bliver summen af læsionstyperne 100% og summen af skadet kropsdel 100% i opgørelserne.

Involverede produkter: For de fleste ulykkestyper er det angivet, hvilke produkter der oftest er involveret. Produktbegrebet er her meget bredt, f.eks. opfattes hunde og træer på lige fod med knive og senge. Et produkt opfattes i denne rapport som involveret, hvis det enten forårsager skaden eller på anden måde spiller en væsentlig rolle for ulykken, f.eks. puslebordet, som barnet falder ned fra. Ulykken behøver altså ikke at skyldes en "fejl" ved produktet. Det kan dog være nyttig viden i forhold til hvor forebyggelsen skal sættes ind.

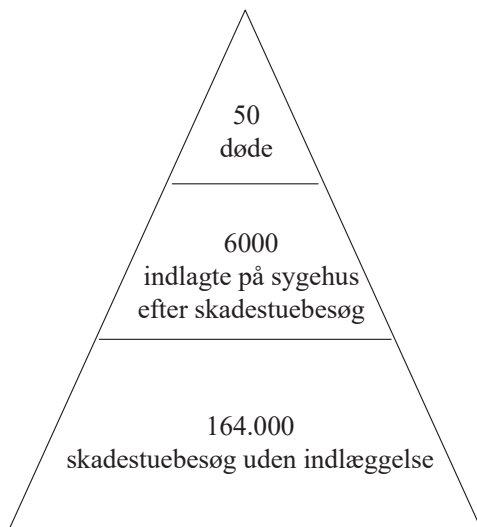
Social ulighed: Analyserne af social ulighed er baseret på en samkørsel mellem Ulykkesregisteret og oplysninger fra Danmarks Statistik. Ved denne samkørsel er benyttet ulykkesdata for børn, der boede i en række kommuner (undersøgelsespopulationen) i perioden 1998-2003, som er samkørt med oplysninger fra Danmarks Statistik vedrørende mors alder og uddannelse, familietype, oprindelsesland mv. i begyndelsen af året for ulykken. De samme oplysninger er indhentet for resterende børn i undersøgelsespopulationen. Derved er ulykkesrisikoen for børn i de forskellige socialgrupper fundet og sammenlignet med gennemsnittet af børnene i undersøgelsespopulationen. Da der er tale om store tal, kan selv meget små forskelle være signifikante. Derfor er der kun præsenteret afvigelse på mindst 10% fra gennemsnittet.

Den etnografiske undersøgelse blev gennemført med 10-12-årige børn og deres familier om deres opfattelse af børns risiko og praktiske risikohåndtering. Gennem halvandet år fulgte vi 40 skolebørns hverdag i en forstad til København. Formålet med undersøgelsen var bl.a. at beskrive børnenes daglige færden mellem skole, fritidsaktiviteter og hjem og forstå hvordan børn oplever de risici de møder i deres hverdag. Resultaterne herfra er rapporteret andetsteds, men enkelte resultater er medtaget i denne rapport.

Børns ulykker i tal, trends og temaer

Der var i perioden 2000-2004 i gennemsnit årligt ca. 170.000 skadestuebesøg blandt børn i Danmark i alderen 0-14 år, beregnet ud fra Ulykkesregisteret (2000-2004). Heraf blev ca. 6000 indlagt. Ca. 50 børn døde årligt som følge af ulykker (Dødsårsagsregisteret, 1995-2000). Langt de fleste skader blandt børn er altså mindre alvorlige, og kun ganske få medfører døden. Dette er illustreret med ulykkespyramiden (fig. 1). Børn bidrager med 27% af alle skadestuebesøg i forbindelse med ulykker, og 14% af indlæggelserne. Børn udgør kun ca. 2% af dødsulykkerne, men ulykker er alligevel den hyppigste dødsårsag for børn over 1 år og er skyld i omkring hvert tredje dødsfald i aldersgruppen 1-14 år.

Figur 1. Ulykkespyramiden viser det omtrentlige årlige antal skadestuebesøg, indlæggelser og døde i Danmark i forbindelse med ulykker blandt børn under 15 år. Kilder: Ulykkesregisteret og Registeret over børnedødsulykker.



Som det fremgår af tabel 2 udgør hjemme/ fritidsulykker langt den overvejende del af de børneulykker, der medfører skadestuebesøg. Disse ulykker omfatter ulykker i hjemmet, i skolen, på institution, til idræt mv. Færre end hver tiende skadestuebesøg hos børn skyldes trafikulykker, og antallet af arbejdsulykker er minimalt. Blandt dødsulykkerne udgør trafikulykkerne omkring halvdelen.

Tabel 2. Hovedtyperne af ulykker blandt børn i alderen 0-14 år. Tallene er beregnet ud fra gennemsnit over perioden 2000-2004 (1995-2000 for dødsulykkerne). Kilder: Ulykkesregisteret og Registeret over børnedødsulykker.

	Skadestuebesøg	Heraf indlagt	Døde
Hjemme /fritidsulykke	160.000	5.100	23
Trafikulykke	10.800	800	28
Arbejdsulykke	200	5	<1
I alt*	170.000	5.900	51

*En ulykke kan være både trafik- og arbejdsulykke.

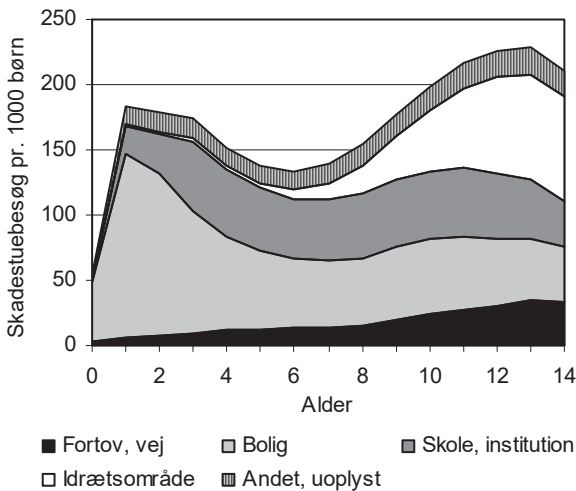
Hovedvægten i denne rapport er lagt på ulykker der fører til skadestuebesøg, da antallet muliggør, at man kan analysere forekomst og udvikling i detaljer. Der er dog reserveret et afsnit til dødsulykkerne, hvor disse vil blive gennemgået i flere detaljer.

Det skal her bemærkes, at analyser af data fra Landspatientregisteret giver noget anderledes tal, omkring 157.000 skadestuebesøg og 7800 indlæggelser i forbindelse med børneulykker. Forklaringer på denne forskel omtales i diskussionsafsnittet. For at opnå konsistente resultater er der for skadestuebesøg og indlæggelser med enkelte undtagelser kun benyttet data fra Ulykkesregisteret i det følgende.

Alder og ulykkessted

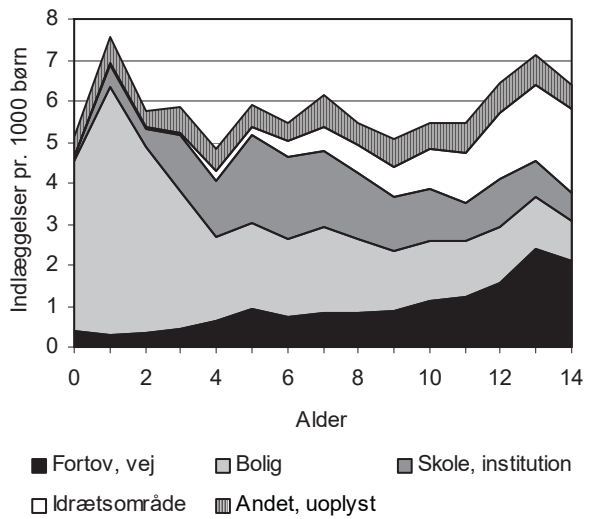
De steder, børns ulykker sker, er tæt forbundet med børnenes alder og mobilitet. De mindste børn kommer naturligt nok oftest til skade i hjemmet. Når børnene bliver større og kommer i daginstitution og skole, sker ulykkerne også her. Fra ca. 8 års alderen stiger antallet af idrætsskader betydeligt og når et maksimum omkring de 12 år. Antallet af ulykker på fortove og vej, herunder trafikulykker, stiger med alderen og fortsætter i øvrigt med at stige til 16 års alderen. Den samlede risiko for en ulykke der fører til et skadestuebesøg er størst i alderen 1-3 år og igen omkring 11-13 års alderen, begge er aldre hvor børn udvikler sig betydeligt kropsligt og aktivitetsmæssigt.

Figur 2. Skadestuebesøg årligt pr. 1000 børn som følge af ulykker, fordelt på alder og ulykkessted. Ulykkesregisteret, 2000-2004.



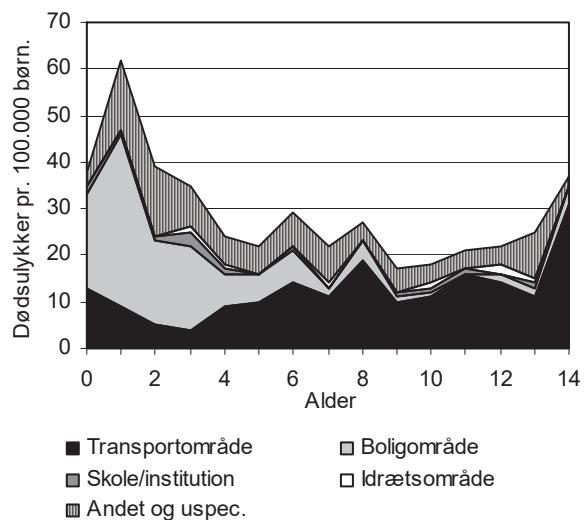
Figur 2 viser for hver alder antallet af børn, der kommer til skade de forskellige steder pr. 1000 børn i denne alder, og figur 3 viser tilsvarende antallet af indlæggelser.

Figur 3. Sygehusindlæggelser årligt pr. 1000 børn som følge af ulykker, fordelt på alder og ulykkessted. Ulykkesregisteret, 2000-2004.



For dødsulykkerne er mønsteret mht. ulykkessted og alder anderledes end for skadestuebesøgene (fig. 4). For det første er der klart flest dødsulykker blandt de yngste børn. For det andet sker en forholdsvis stor del af dødsulykkerne i trafikken samt "andre steder", som omfatter naturen, landbruget mv. Meget få dødsulykker sker i skole, institution og ved idræt.

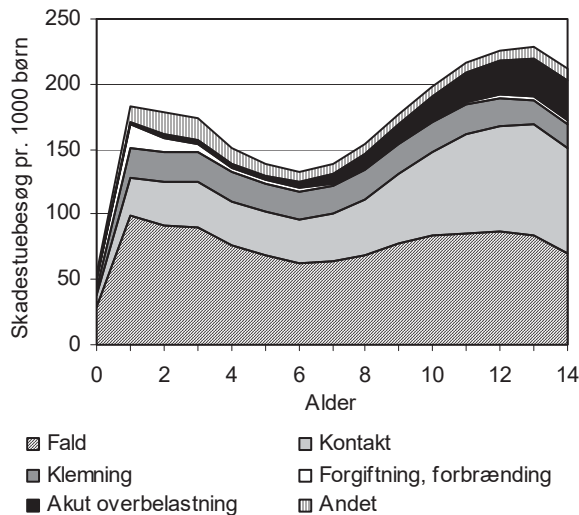
Figur 4. Døde årligt pr. 100.000 børn som følge af ulykker, fordelt på alder og ulykkessted. Register over børnedødsulykker og Dødsårsagsregisteret, 1991-2000.



Alder og skadesmekanisme

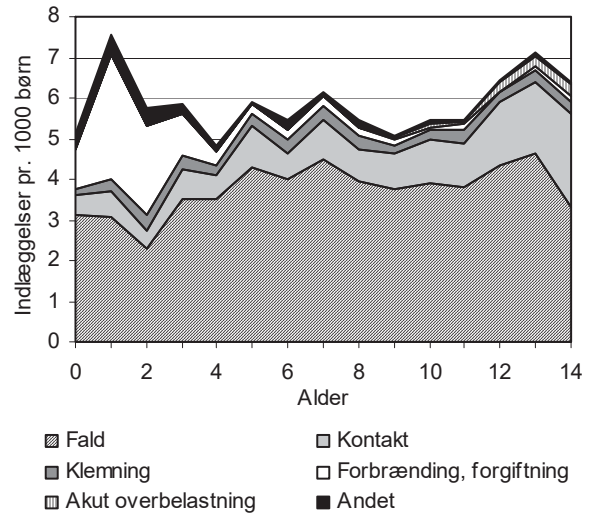
Ulykker, der fører til skadestuebesøg, skyldes oftest fald eller kontakt med genstande. Som det fremgår af figur 5, gælder dette børn i alle aldre. Blandt de yngste børn er der tillige skader som skyldes forbrændinger og forgiftninger, men der er tale om en forholdsvis lille andel af skadestuebesøgene. Overbelastningsskader er hyppige blandt de ældste børn. Skadestuebesøg som følge af trafikulykker indgår som en lille del af fald- og kontaktulykkerne.

Figur 5. Skadestuebesøg årligt pr. 1000 børn som følge af ulykker, fordelt på alder og skadesmekanisme. Ulykkesregisteret 2000-2004.



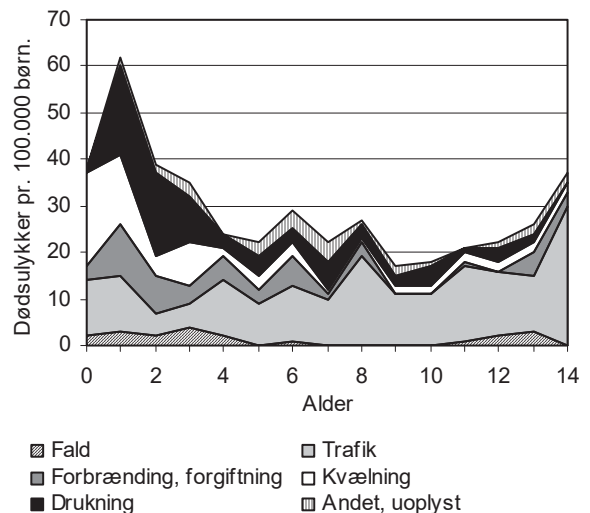
Indlæggelserne efter ulykker (fig. 6) domineres ligesom for skadestuebesøgenes vedkommende af faldulykker samt kontaktskader. Også her udgør trafikulykkerne en mindre del. Blandt de yngste børn skyldes op mod halvdelen af indlæggelserne forgiftninger.

Figur 6. Sygehusindlæggelser årligt pr. 1000 børn som følge af ulykker, fordelt på alder og skadesmekanisme. Ulykkesregisteret, 2000-2004.



Dødsulykkerne blandt de yngste børn (fig. 7) skyldes især kvælning og drukning. For de ældste børn udgør trafikulykkerne langt størstedelen af dødsulykkerne. Forbrændings- og forgiftningsskaderne relaterer altovervejende til brand.

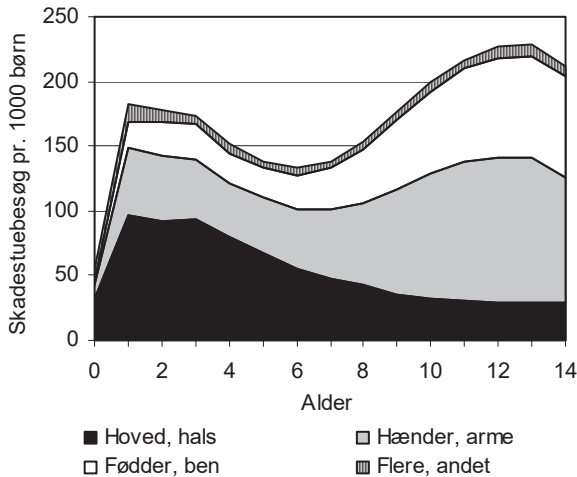
Figur 7. Døde årligt pr. 100.000 børn som følge af ulykker, fordelt på alder og skadesmekanisme/ulykketype. Register over børnedødsulykker og Dødsårsagsregisteret, 1991-2000.



Alder og skadet kropsdel

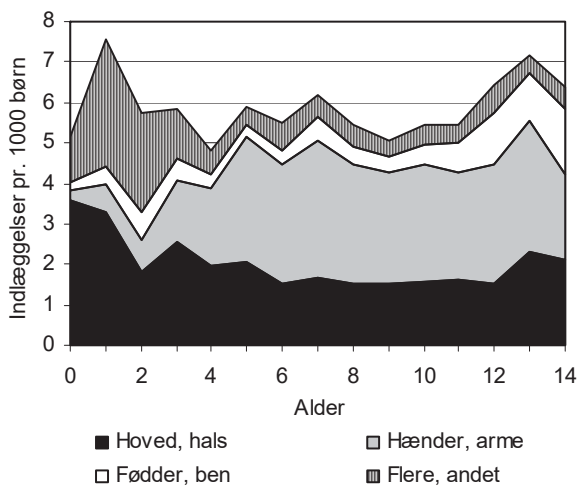
Blandt de mindste børn er det oftest hovedet der bliver skadet (fig. 8). Med stigende alder bliver arme og ben hyppigere skadet, og hovedskader bliver sjældnere.

Figur 8. Skadestuebesøg årligt pr. 1000 børn som følge af ulykker, fordelt på alder og skadet kropsdel. Ulykkesregisteret, 2000-2004.



Hos de indlagte børn er der blandt de mindste mange helkropsskader (fig. 9). Disse er næsten alle forgiftninger. For de større børn dominerer skaderne på arme og hoved, og med stigende alder også hyppigere skader på ben.

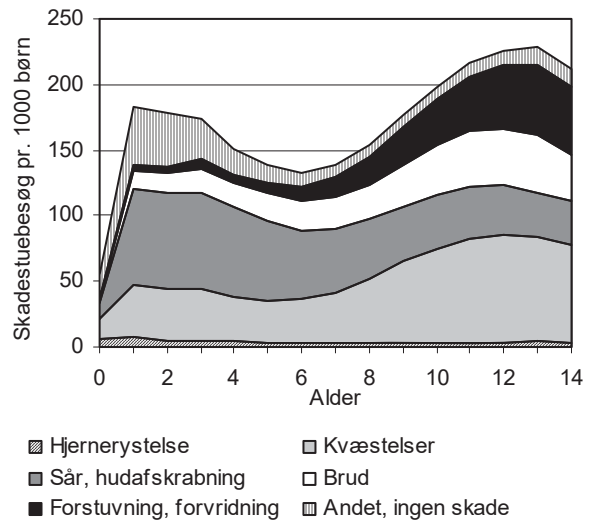
Figur 9. Sygehusindlæggelser årligt pr. 1000 børn som følge af ulykker, fordelt på alder og skadet kropsdel. Ulykkesregisteret 2000-2004.



Alder og læsionstype

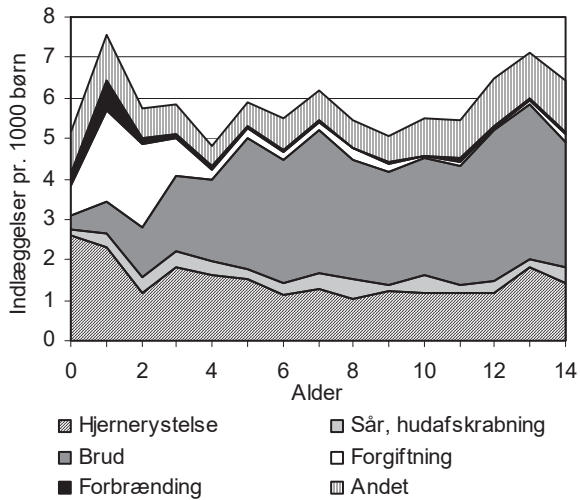
De læsionstyper, man ser i skadestuen, er for de mindste børn især sårskader samt de mere uspecifikke kvæstelser, som kan omfatte alt fra blå mærker til indre kvæstelser (fig. 10). Nogle af de mindste børn kommer på skadestuen uden at der er fundet nogen skade. Med stigende alder bliver kvæstelser, brud og især forstuvninger hyppigere.

Figur 10. Skadestuebesøg årligt pr. 1000 børn efter ulykker, fordelt på alder og læsion. Ulykkesregisteret 2000-2004.



De yngste børn indlægges oftest på grund af hjernerystelse eller til observation herfor (fig. 11). Desuden er der blandt de 1-2 årige mange indlæggelser på grund af forgiftninger. For de større børn skyldes indlæggelserne oftest brud, selv om der også her er en del indlæggelser på grund af hjernerystelse.

Figur 11. Sygehusindlæggelser årligt pr. 1000 børn som følge af ulykker, fordelt på alder og læsionstype. Ulykkesregisteret, 2000-2004.



Kønsforskelle

Drenge er generelt mere udsat for ulykker end piger. 55% af de børn, der kommer på skadestuen efter ulykker, er drenge, de udgør 60% af de indlagte og 71% af de, der døde som følge af ulykker i perioden 1995-2000. Overvægten af drenge findes for de fleste skademekanismer og aldersgrupper, størst er kønsforskellen for ulykker med åben ild, knallertulykker, snit/savning samt el-ulykker. For disse ulykkestyper er mere end 2/3 af de, der kommer på skadestuen drenge. Der er dog flere piger end drenge, der får overbelastningsskader, skader med kontakt med dyr samt fremmedlegeme i næsen. Kønsforskellene er behandlet mere detaljeret i opslagene.

Social ulighed i forekomst af ulykker

Blandt de sociale faktorer der er undersøgt i forbindelse med denne rapport, er mors alder, uddannelse, indkomst, etnicitet samt familietype (enlig forælder eller par). Vi har valgt alene at se på moderens forhold. Dog benyttes oplysninger for faderen i de tilfælde, hvor barnet bor sammen med ham.

Hovedresultaterne af analyserne er vist i tabel 3. Tabellen viser positive og negative afvigelser fra den gennemsnitlige forekomst af skadestuebesøg blandt alle børn i materialet. Tallene er justeret for alder, og afvigelserne fra gennemsnittet er kun vist, hvis de er på mindst 10%.

Der er en overhyppighed af børn med unge mødre og børn hvis mødre kun har en folkeskoleuddannelse blandt de børn, der kommer på skadestuen som følge af en ulykke. Til gengæld er der ikke flere børn med udenlandsk oprindelse på skadestuen end forventet ud fra deres antal. Der kan dog være forskelle indvandrergrupperne imellem (Nørredam *et al.*, 2004). En overhyppighed af skadestuebesøg behøver dog ikke alene at skyldes, at børnene er mere udsatte for ulykker. For voksne er det fundet, at blandt socialt dårligt stillede benyttes skadestuerne af en betydeligt større andel af dem, der kommer til skade, sammenlignet med velstillede (Laursen og Frimodt-Møller, 2005).

De udsatte grupper

Som det fremgår af tabel 3, kommer børn af unge mødre oftere end andre børn på skadestuen eller bliver indlagt som følge af ulykker. Disse børn er særligt udsatte for trafikulykker, især bilulykker samt knallertulykker. Desuden er de især udsat for ulykker i hjemmet, bl.a. er forbrændinger og forgiftninger hyppige.

Børn af mødre uden anden uddannelse end folkeskolen er også udsat for flere ulykker, især for trafikulykker samt ulykker i hjemmet. Også her er der en overhyppighed af forbrænding og forgiftning – særligt med medicin.

Børn af udenlandsk oprindelse er ikke specielt udsatte i forhold til ulykker generelt. Der er dog blandt disse børn en betydelig overhyppighed af fodgængerulykker, forgiftninger og i ganske særlig grad forbrændinger. Til gengæld er der betydeligt færre idrætsskader, fald fra stor højde, ulykker i naturen og i daginstitution.

Børn af højtuddannede forældre har en generelt lavere risiko for alle typer af ulykker. Særligt ulykker i hjemmet (især brande) er der få af. Til gengæld er der ikke færre idrætsskader, og skiskader ligger over gennemsnittet.

Desuden har en række andre socio-økonomiske parametre været undersøgt. Når der justeres for de øvrige socio-økonomiske variabler har boligforholdene kun ringe betydning, dog ser der ud til at være en forøget risiko for indlæggelser blandt børn der bor på landet i stuehuse. Det ser til gengæld ud til, at risikoen er forøget i familier med flere børn – særligt for de yngre søskende.

Tabel 3. Oversigt over risikoen for de udsatte grupper, sammenlignet med gennemsnitsbefolkningen. Kun signifikante forskelle, som samtidig er over 10% er nævnt, det vil sige at blanke felter betyder små eller ikke-signifikante forskelle. Resultaterne er aldersjusterede, men ikke justerede i forhold til skadestuetilgængelighed eller andre faktorer.

Ulykkestype	Mor under 20 år v. fødsel	Mor 20-24 ved fødslen	Mor kun folkesko-leudd.	Videregående udd.	Bor med en voksen	Mor udenlandsk oprindelse
Andel af børn	3%	20%	30%	26%	16%	13%
Alle ulykker	+21%	+5%		-12%	+15%	
Indlæggelse, ulykke	+38%	+17%	+10%	-12%	+13%	
Hjem/fritidsulykke	+20%	+15%		-12%	+15%	-10%
Arbejdsulykke	+32%	+23%		-11%	+22%	
Trafikulykke	+41%	+19%	+17%	-17%	+15%	
Indlagt, trafikulykke	+77%		+23%	-29%		
Fodgænger				-33%	+38%	+43%
På cykel	+32%	+15%	+16%	-14%		
På knallert	108%		+28%	-64%	+36%	
I bil	+93%	+43%	+17%	-20%	+49%	
Idrætsskade		+10%				-30%
Sted						
Legeplads	+33%	+16%	+12%	-14%	+26%	
Daginstitution	+18%	+14%		-12%	+27%	-34%
Skole	+24%	+13%		-13%	+18%	-12%
Bolig	+60%	+22%	+23%	-17%	+18%	
Køkken	+37%	+27%	+24%	-15%	+26%	+23%
Naturen						-48%
Skadesmekanisme						
Alle fald	+19%	+16%		-11%	+16%	
Fald fra stor højde	+21%			-10%		-32%
Forbrænding	+67%	+33%	+23%	-17%	+29%	+54%
Forgiftning	+48%	+36%	+32%	-21%	+52%	
Brand, ild		+58%	+37%	-39%	+92%	
Alder						
0-2 år	+32%	+23%		-11%	+22%	
3-5 år	+27%	+20%	+14%	-14%	+16%	
6-8 år	+14%	+14%	+10%	-14%	+16%	-10%
10-14 år	+18%	+12%		-10%	+12%	-19%

Den sociale ulighed i forekomst af børneulykker i Danmark er dog mindre end hvad der er fundet i flere andre lande. I England og Wales er der en risiko for død af ulykker og vold, som er ca. 4 gange højere i socialgruppe 5 sammenlignet med socialgruppe 1 (Mare, 1982). I USA har børn i socialt dårligt stillede områder en ulykkesrisiko der ofte er 2-3 gange højere end referencegrupperne (Pomerantz *et al.*, 2001). I Sverige fandt man en 80% forøget risiko for trafikulykker med indlæggelse som konsekvens blandt børn af ufaglærte

sammenlignet med højere og mellemfunktionærer (Hasselberg *et al.*, 2001). Det er dog ikke alle udenlandske studier, der viser en social gradient i ulykkesforekomst. I et schweizisk studie (Addor og Santos-Eggimann, 1996) var den eneste faktor af betydning for ulykkesrisikoen boligstørrelse, hvor risikoen var forøget i overbefolkede boliger, og i et studie i USA blev det fundet, at risikoen for fritidsulykker blandt børn på 6-17 år var størst blandt hvide, velhavende og langvarigt uddannede (Ni *et al.*, 2002).

Dødsulykker

Analyserne i det følgende er baseret på Register over børnedødsulykker, som indeholder en detaljeret kodning af dødsattester i perioden 1975-2000 (mere detaljeret beskrevet i bilagsdelen). Analyserne er suppleret med oplysninger fra Dødsårsagsregisteret.

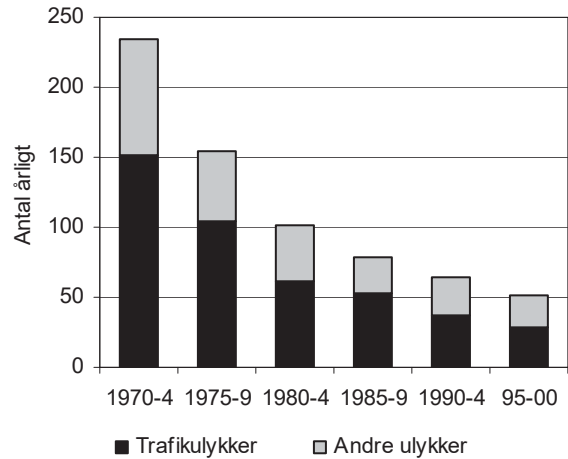
Da dødsulykker hos børn heldigvis er forholdsvis sjældne, er analyserne baseret på to perioder:

- 1995-2000 til analyse af de hyppigste typer af dødsulykker
- 1975-2000 til analyse af de sjældnere typer af dødsulykker

Da analyserne blev foretaget, var det ikke muligt at skaffe dødsattester vedrørende dødsulykker for årene efter 2000.

I perioden 1995-2000 døde 303 børn som følge af ulykker, eller 50 årligt. Dette er betydeligt færre end i 1970'erne, hvor der årligt døde omkring 200 børn. Fordelingen af dødsårsager i perioden siden 1970 er vist i tabel 4. Der er altså tale om et betydeligt fald i løbet af de seneste 30 år, som det også fremgår af figur 12. Denne udvikling er ikke kun sket i Danmark, men er fælles for de vestlige lande og ser ud til at hænge nært sammen med den økonomiske vækst i samfundet. Set i et globalt perspektiv er der, som nævnt i indledningen, en klar sammenhæng mellem velstandsudviklingen og et fald i forekomsten af dødsulykker blandt børn (Plitponkarpim *et al.*, 1999).

Figur 12. Udviklingen i det årlige antal børnedødsulykker 1970-2000. Kilde: Dødsårsagsregisteret.



Dødsulykker i perioden 1995-2000

Trafikulykker

Over halvdelen af dødsulykkerne blandt børn, i alt 166 i perioden 1995-2000, skete i trafikken, svarende til 28 om året. Af de trafikdræbte døde 57 (ca. 10 om året) som passager i personbiler eller varevogne. 50 børn blev dræbt som fodgængere (8 om året). 28 fodgængere blev påkørt af personbiler, ni af lastbiler, fire af varevogne, tre af busser, tre af traktorer, to af anlægsmaskiner, og en af en knallert.

Ifølge Vejdirektoratet var der i år 2005 "kun" 13 børn, der døde i trafikken; heraf 6 i personbil, 3 på cykel og 3 som fodgænger (Hemdorff og Lund, 2006).

49 børn døde som enten cyklist eller cykelpassager (otte om året). 23 cyklister døde efter sammenstød med personbiler. 14 blev påkørt af lastbiler, fem af varevogne, tre af busser, en af en traktor og en af et tog. To børn døde i eneulykker.

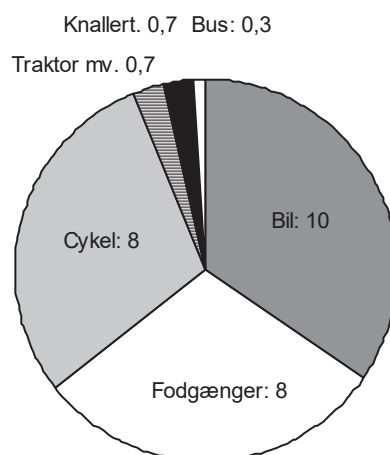
Fire børn døde mens de kørte i traktorer eller landbrugsmaskiner, i to tilfælde efter fald ud af døren og overkørsel.

Fire børn døde i ulykker på knallert, heraf var den ene en eneulykke. Kun en var passager.

To børn døde i busulykker som passager.

Hertil kommer tre børn der blev dræbt af tog mens de legede på skinnerne. Disse er definitions-mæssigt ikke trafikulykker.

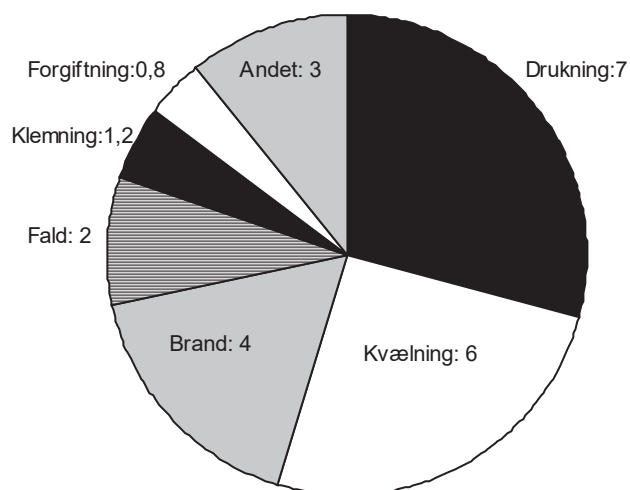
Figur 13. Trafikdræbte børn årligt i gennemsnit 1995-2000 opdelt efter transportmiddel. I alt 28 døde børn om året.



Drukning

I perioden 1995-2000 døde 40 børn ved drukning (syv om året): 12 i havebassiner og lignende, syv i søer og vandhuller, fem i havet, fire i svømmehaller, swimmingpools mv., tre i badekar og tre i åer. Desuden var der børn der var druknet i en branddam, gylletank, grøft, springvand, våger i isen, spand med vand.

Figur 14: Antal dødsulykker årligt i gennemsnit 1995-2000, opdelt efter skadesmekanisme (trafikulykker udeladt). I alt 23 døde børn om året.



Kvælning

35 børn døde efter kvælning (ca. seks om året). Syv blev kvalt i mad, fem i opkast, to af tabletter og to i legetøj. Seks børn blev kvalt i sengen, fem i barnevogn eller klapvogn. Desuden blev børn kvalt i reb, hundesor, hætte og i sammenstyrtede huler (se også afsnittet vedrørende dødsulykker 1975-2000). Flere af de børn, der var kvalt i mad eller opkast, var handicappede.

Brand

23 børn omkom ved ild, brand og røgforgiftning, eller ca. fire årligt. Flere af ulykkerne skyldes leg med lightere, især blandt de mindste børn.

Fald

Faldulykker var skyld i 12 dødsfald, heraf fem ved fald fra vindue og to ved fald i trappeskakter (se også afsnittet vedrørende dødsulykker 1975-2000).

Klemning

Syv børn blev dræbt ved klemning under sammenstyrtende eller væltende legestativer, landbrugsmaskiner, jernkonstruktioner, træer, skorstene (se også afsnittet vedrørende dødsulykker 1975-2000).

Forgiftning

Fem børn omkom ved forgiftning, især af metadon, ketogan, pesticider (se også afsnittet vedrørende dødsulykker 1975-2000).

Andre ulykker

Heste var involveret i tre dødsulykker, heraf døde to børn ved spark. Hundebid forårsagede en dødsulykke. To børn blev dræbt af vådeskud. Desuden døde børn efter skoldning med varm væske, som følge af lynnedslag, fyrværkeri, kulde, snitsår og uspecificerede omstændigheder (se også afsnittet vedrørende dødsulykker 1975-2000).

Sted for ulykken

Hjemme/fritidsulykkerne i perioden 1995-2000 skete oftest i boligen (58 dødsfald) eller i have eller andre steder omkring boligen (19). 18 dødsulykker skete i naturen, oftest ved drukning, og fire skete i parker (drukning). Fire druknede i svømmehaller. 5 døde i landbrugsområde (klemning i maskiner, drukning, heste). Kun to dødsulykker skete i daginstitutioner og en i skolen. De resterende skete på hospitaler, døgninstitutioner eller uoplyst sted.

Kønsforskelle

Drenge udgjorde 215 af de 303 dødsulykker, eller 71%. Drengenes andel af hjemme/fritidsulykker var 73%, og de udgjorde 69% af de børn, der døde i trafikken. Drenge var overrepræsenteret i alle typer af dødsulykker på nær brand og fald.

Tabel 4. Dødsulykker 1995-2000. Fordeling af alder og ulykkestype/skadesmekanisme

Type	Alder i år						
	0 år	1 år	2 år	3-5 år	6-9 år	10-12 år	13-14 år
Trafikulykker i alt	10	11	5	23	44	36	37
Fodgænger	0	3	3	8	21	10	5
På cykel	0	0	0	3	12	17	17
I bil	10	8	2	8	10	8	10
Drukning	1	11	11	6	6	4	1
Fald	2	2	1	3	0	2	2
Brand, forbrænding	2	6	2	7	4	0	2
Forgiftning	0	2	1	1	1	0	0
Kvælning	12	9	3	6	3	1	1
Andet	1	1	3	5	8	1	3
I alt	28	42	26	51	66	44	46

Sjældnere forekommende typer af dødsulykker, perioden 1975-2000

Nogle dødsulykker er så sjældne, at deres hyppighed kun kan vurderes ved at betragte en endnu længere periode end de seks år (1995-2000). Derfor er også perioden 1975-2000 (26 år) analyseret. Det skal dog understreges, at hyppigheden af dødsulykker har været faldende i denne periode, og de nævnte hyppigheder er derfor næppe repræsentative for situationen i dag.

I perioden 1975-2000 forekom bl.a. følgende dødsulykker:

- Vådeskud: 15
- Sammenstyrtning af sand/jordhule og skrænter: 13
- El-ulykker: 11, heraf tre pga. lynnedslag, fire ved klatring i el-mast.
- Kvælning i legepladsredskab: 10 – heraf tre i gyngesnor, tre i snor fra anorak eller flyverdragt, to i klatrestativ, en i kælkesnor og en i jakke.
- Heste involveret: 9 (tre kastet af hesten, tre sparket, tre slæbt efter hesten)
- Kvalt i barnevognssele: 9
- Kvalt i barnevogn/klapvogn i øvrigt: 7 (oftest af håndtag).
- Kulilteforgiftning: 7 (pga. defekt gasvandvarmer, oliefyr mv)
- Kvælning med legetøj: 7 - tre i balloner, desuden med bold, tuschhætte, opslagstavlesøm, plastfigur.
- Kulde: 6 (heraf tre efter at være faldet i vandet)
- Fald på gade, gulv mv. (samme niveau): 6
- Forgiftning med pesticider: 4
- Hede: 3
- Klemning i elevator/vareelevator: 3
- Fald fra køkkenbord, puslebord, stol mv.: 3
- Hundebid: 2
- Stukket på roegreb: 2
- Anden type ulykke med legepladsredskab: 2 (fald, nedstyrtning).
- Fald fra træ: 2
- Skoldning: 2 (kogende vand, kaffe).
- Rensebenzin: 2
- Kvalt i lukket køleskab: 2
- Fald fra gyngesnor, klatrestativ mv: 1
- Svampeforgiftning (1, grøn fluesvamp).

Børn med særlig risiko for dødsulykker

Blandt børn der døde i ulykker i perioden 1995-2000 var 71% drenge. Overvægten af drenge gælder både trafikulykker og andre ulykker. Kun ved dødsfald pga. fald var der flere piger end drenge der døde. Der foreligger ikke danske undersøgelser der påviser social ulighed i dødsulykkerne, men det ser ud til at demografiske faktorer har betydning for risikoen for dødsulykker blandt børn, idet der er flere dødsulykker i tyndt befolkede områder (Jørgensen, 1995). Dette underbygges af, at omkring to dødsulykker årligt har relation til landbrug, især drukning og kontakt med maskiner, traktorer og andre landbrugsredskaber. Desuden er risikoen for at blive trafikdræbt mindst i de store byer, og særlig København og Frederiksberg kommuner har få dødsulykker blandt børn (tabel 17).

Udvikling i børnedødsulykker

Antallet af dødsulykker har været faldende siden 1970, hvor der var 271 dødsulykker, heraf 91 hjemme/fritidsulykker og 180 trafikulykker. Siden er de fleste typer af dødsulykker faldet betydeligt. Undtagelser til dette er brand og forgiftning, hvor antallet har været nogenlunde konstant siden 1975. Tabel 5 viser denne udvikling.

Tabel 5. Udvikling i antallet af dødsulykker blandt børn 1970-2000.

Type	1970-74	1975-79	1980-84	1985-89	1990-94	1995-2000
Trafikulykker	758	518	308	265	186	166 [†]
Drukning		82	63	32	46	40
Fald		31	15	10	10	12
Brand		20	12	25	25	23
Forgiftning (undt. røgforgiftning)		5	7	4	2	5
Kvælning		76	75	34	41	35
Hjemme- og fritidsulykker	412	252	201	130	135	137
Arbejdsulykker	Uoplyst	3	0	0	1*	0
Dødsulykker i alt	1170	773	509	395	321	303
Dødsulykker pr. år	234	155	102	79	64	51
Dødsulykker årligt pr. 100.000 børn	20,4	13,7	9,9	8,6	7,3	5,4

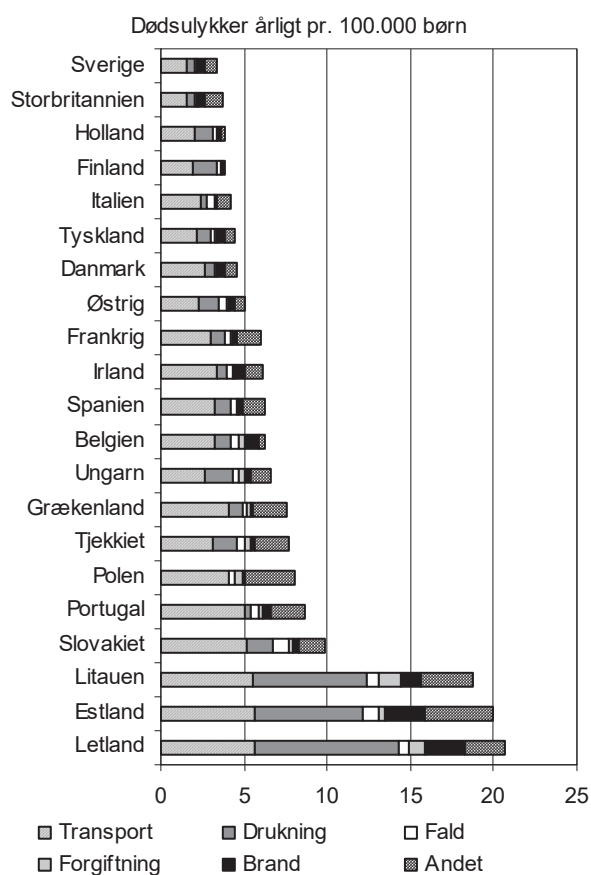
*) også trafikulykke [†]) I perioden 2001-2005 var tallet 90 ifølge Vejdirektoratet.

Sammenligning med andre lande

Da strukturen af sundhedsvæsenet samt sundhedsvæsenets registrering varierer betydeligt fra land til land, er det svært at sammenligne hyppigheden af børneulykker baseret på sundhedsvæsenets registre. I en international spørgeskemaundersøgelse af skolebørn i 35 lande (Pickett *et al.*, 2005) blev ulykkesforekomsten i Danmark fundet til at være omkring gennemsnittet af de undersøgte lande. Dødsulykker kan direkte sammenlignes baseret på registerstudier, selv om der kan være forskelle i kodningen af dødsulykker.

Tallene bag figur 15 er fra udvalgte EU-lande fra perioden 1996-2000 ifølge WHO (www.who.int/whosis, 2003). Især for små lande er tallene dog så små, at variationen fra år til år er relativt stor. Figuren viser, at Danmark hvad børnedødsulykker angår ligger på niveau med de lande der ligger bedst, nemlig de nordiske og vesteuropæiske lande. Sverige og Storbritannien ligger lavere end Danmark, især hvad trafikulykker angår. De nyeste danske tal viser dog et fald i antallet af trafikdræbte børn siden 2000.

Figur 15. Hyppighed af børnedødsulykker for udvalgte EU-lande. Tallene kan være fra lidt varierende perioder, primært 1996-2000. Kilde: WHO.



Alvorlige ulykker

Der findes i dag ikke en entydig definition af alvorlighed, som kan anvendes på alle typer af ulykker. Til vurdering af trafikskaders alvorlighed er der udviklet systemer til vurdering af kvæstelser, bl.a. AIS (Abbreviated Injury Score), primært baseret på dødsrisikoen som følge af kvæstelserne. Dette mål er desværre ikke anvendeligt til ulykker generelt, og siger ikke nødvendigvis noget om hvorvidt ulykkerne medfører varige mén. AIS kodningen benyttes bl.a. af UlykkesAnalyseGruppen i Odense i forbindelse med vurdering af læsioners alvorlighed efter trafikulykker. Der er på området et klart behov for yderligere forskning i ulykkernes konsekvenser på længere sigt.

I mangel af bedre mål er alvorligheden af ulykker her vurderet ud fra, om der er tale om indlæggelse, samt ved indlæggelsens varighed, vel vidende at et betydeligt antal 1-dags indlæggelser sker alene med observation som formål. To alvorlighedsgrader er betragtet, nemlig ulykker med 2-4 indlæggelsesdage og ulykker med mindst 5 indlæggelsesdage.

Ser man på indlæggelserne ifølge Landspatientregisteret (LPR, perioden 2000-2004) var der årligt ca. 1100 børn der var indlagt 2-4 dage som følge af ulykker, og ca. 500 børn, som var indlagt mindst 5 dage.

Langtidskonsekvenser af ulykker

Der er kun få studier der beskriver hvilke konsekvenser børns ulykker har for sygelighed, død og sociale forhold mv. på længere sigt, ikke mindst i dansk sammenhæng.

Et australsk studie viser, at ulykker kan have alvorlige helbredsmæssige konsekvenser for børnene også på længere sigt. I dette studie fulgte man børn indlagt som følge af ulykker – og op til 2 år efter ulykken havde de stadig dårligere helbred end gennemsnitsbørn, målt ved hjælp af et spørgeskema (Davey *et al.*, 2005). I et amerikansk studie fandt man helbredsgener som følge af ulykker 6 måneder efter indlæggelsen (Aitken *et al.*, 2002). Særligt hjernerystelse og andre intrakranielle skader kan have alvorlige konsekvenser, flere år efter rapporterer forældrene (afhængig af skadens alvorlighed) hovedpine, humørsvingninger samt en række andre neurologiske forstyrrelser (Hawley *et*

al., 2004). Skader efter ulykker i barndommen kan også have konsekvenser i form af indlæringsvanskeligheder og nedsat livskvalitet i voksenlivet (Jørgensen *et al.*, 2001). I en schweizisk undersøgelse blev der fundet symptomer på posttraumatisk stress i mindst moderat grad efter 1 år hos 18% af de børn der havde været udsat for en trafikulykke (Landolt *et al.*, 2005). En amerikansk undersøgelse blandt børn i skolealderen viser, at 11% af forældrene til trafikulykkesramte børn vurderer, at deres barn var psykisk svært påvirket 4-7 måneder efter ulykken (Ellis *et al.*, 1998). Børnene havde f.eks. et højt niveau af angst for at færdes i trafikken, depressionssymptomer mm. Derudover var forældrene blevet mere bekymrede og beskyttende over for deres børn. Ulykker blandt børn har også konsekvenser for barnets sociale relationer som følge af sorg og tid til pleje og støtte (Aitken *et al.*, 2002).

Hjemme/fritidsulykker

Langt den overvejende del af skadestuebesøgene i forbindelse med børns ulykker (94%) skyldes hjemme/fritidsulykker. At beskrive hjemme/ fritidsulykkerne blandt børn er derfor næsten det samme som at beskrive børns ulykker generelt, som det er gjort i de foregående afsnit. Begrebet hjemme/fritidsulykker dækker over et meget broget spektrum af ulykker, eksempelvis fald fra en sofa i hjemmet, forstuvninger til fodbold, at få en nål i fingeren til håndgerning i skolen, skære sig på en sten ved badning og meget andet. De enkelte typer af ulykker er detaljeret beskrevet i opslagsdelen. For at få et samlet overblik er de samlet i tabel 6, hvor antal tilskadekomne, indlagte og døde årligt er angivet, opdelt efter alder, ulykkessted og skadesmekanisme.

Tabel 6. Årligt antal af de forskellige typer af hjemme/fritidsulykker. Kilde: Ulykkesregisteret 2000-2004 og Register over børnedødsulykker 1995-2000.

	Skadestuebesøg	Heraf indlagt	Døde
Aldersgruppe			
0-1 år	14.500	750	8,2
2-5 år	42.000	1.400	8,2
6-9 år	39.500	1.350	3,7
10-14 år	64.000	1.550	2,8
Køn			
Drenge	88.000	3.020	16,7
Piger	72.000	2.030	6,2
Ulykkessted			
Boligområde	67.000	2.400	13,0
Køkken	3.400	150	0,7
Toilet/bad	1.500	55	0,5
Trappe i hjemmet	2.900	130	0,2
Have mv.	17.500	800	3,3
Daginstitution	23.000	740	0,3
Skole	24.000	500	0,2
Fortov mv.	8.300	260	0,5
Legeplads	14.000	700	0,3
Naturen	4.100	170	3,0
Skadesmekanismer			
Faldulykke	69.000	3.300	2,0
Kontaktulykke	45.000	600	2,2
Klemning	9.000	70	0,2
Snit, stik, klip	8.000	120	0,5
Bid og insektstik	3.600	90	0,2
Fremmedlegeme	5.000	100	- ¹
Forbrænding	2.400	110	3,7 ²
Forgiftning, ætsning	1.900	440	1,2
Kvælning	20	10	6,0
Drukning/nærdrukning	15	5	6,7
El-ulykke	90	20	0,2

¹) kodes som kvælning ²) Inkl. alle døde ved brand

Trafikulykker

Trafikulykker omfatter her alle ulykker på cykel, i bil, bus mv. eller som fodgænger hvor der er en modpart på cykel eller i motorkøretøj – uanset hvor disse ulykker er sket. Principielt kan en trafikulykke kun ske i et transportområde, men da mange cykelulykker sker i skov, skolegårde, indkørsler mv. er ulykker disse steder også medtaget her.

I alt kommer ca. 11.000 børn årligt på skadestuen efter trafikulykker, og ud af disse bliver ca. 800 indlagt (estimeret for Danmark beregnet på basis af Ulykkesregisteret). Fordelingen på transportform og modpart er vist i tabel 7.

Tabel 7a. Børns trafikulykker, gennemsnitligt antal skadestuebesøg årligt 2000-2004, fordelt på transportform og modpart, beregnet på basis af Ulykkesregisteret.

Transportform, tilskadekomne	Modpart								Total
	Ingen modpart	Fodgænger	Cykel	Knallert	Motorcykel/scooter	Bil, varevogn	Lastbil, bus	Andet, uoplyst	
Fodgænger	-	-	119	42	14	275	11	20	481
Cyklist	7318	14	415	64	9	519	29	26	8394
Knallert	148	1	2	4	1	42	1	1	200
Motorcykel/scooter	76	0	0	1	2	4	0	0	83
Bil, varevogn	299	0	5	0	6	1019	75	21	1425
Bus, lastbil	42	0	0	0	0	15	7	6	70
Andet og uspecificeret	26	0	11	1	0	16	0	8	62
Total	7909	15	552	112	32	1890	123	82	10715

Tabel 7b. Børns trafikulykker, gennemsnitligt antal sygehusindlæggelser årligt 2000-2004, fordelt på transportform og modpart, beregnet på basis af Ulykkesregisteret.

Transportform, tilskadekomne	Modpart								Total
	Ingen modpart	Fodgænger	Cykel	Knallert	Motorcykel/scooter	Bil, varevogn	Lastbil, bus	Andet, uoplyst	
Fodgænger	-	-	6	10	6	59	1	6	88
Cyklist	380	1	26	9	1	63	4	3	487
Knallert	24	0	0	0	0	12	1	0	37
Motorcykel/scooter	7	0	0	0	1	0	0	0	8
Bil, varevogn	56	0	0	0	0	95	16	5	172
Bus, lastbil	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Andet og uspecificeret	2	0	0	0	0	1	0	1	4
Total	469	1	32	19	8	230	22	15	796

Tabel 7c. Børns dødsulykker i trafikken, gennemsnitligt antal årligt 1995-2000, fordelt på transportform og modpart, Register over børnedødsulykker.

Transportform, tilskadekomne	Modpart								Total
	Ingen modpart	Fodgænger	Cykel	Knallert	Motorcykel/scooter	Bil, varevogn	Lastbil, bus	Andet, uoplyst	
Fodgænger	-	-	0	0,2	0	5,3	2,0	0,8	8,3
Cyklist	0,3	0	0	0	0	4,9	2,7	0,3	8,2
Knallert	0,2	0	0	0	0	0,5	0	0	0,7
Motorcykel/scooter	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bil, varevogn	2,8	0	0	0	0,2	2,8	2,5	1,2	9,5
Bus, lastbil	0	0	0	0	0	0	0,3	0	0,3
Andet og uspecificeret	0,5	0	0	0	0	0	0	0,2	0,7
Total	3,8	0	0	0,2	0,2	13,5	7,5	2,5	27,7

Alder og trafikulykker

Små børn er den gruppe, der er udsat for færrest trafikulykker, kun ældre over 90 år er sjældnere udsat for trafikulykker. Risikoen for at blive udsat for en trafikulykke stiger med alderen, for at nå et maksimum i 16 års alderen, hvor knallertulykkerne dominerer. Hvad skadestuebesøg angår, dominerer cykelulykker ulykkesbilledet fra 2-års alderen og udgør 4 ud af 5 trafikulykker. Langt størstedelen af cykelulykkerne er eneulykker, dvs. fald med cyklen eller påkørsel af faste genstande. Cykelulykkerne toppe i 13 års alderen. Drengene har gennemgående flere trafikulykker end piger (57% mod 43%) – dette gælder både som fodgængere (56%) og cyklist (58%), men i bil er pigerne mere udsat for ulykker (55%), især er de ældste piger mere udsatte end drengene.

Stigningen i antallet af cykelulykker ved 6 års alderen er til en vis grad registreringsteknisk, da cykelulykker uden modpart for børn under 6 år ikke regnes som køretøjsulykker, når det sker med børnecykler på fortove eller lignende.

Cykelulykker

Da cykelulykker er de hyppigste trafikulykker, er det væsentligt at se nærmere på disse. Langt de fleste cykelulykker blandt børn (87%) er eneulykker, som også omfatter påkørsel af faste genstande. Især blandt de yngre børn er der mange eneulykker, som det fremgår af tabel 9. Cykelulykkerne blandt børn under 5 år sker primært med barnet som passager, og flertallet af disse skyldes klemning af fødderne.

Tabel 8. Trafikulykker opdelt på alder og transportform. Antal årligt, beregnet på basis af Ulykkesregisteret, 2000-2004.

	Fodgængere	Cyklist	Knallert	Motorcykel/ scooter	Bil, varevogn	Lastbil, bus	Andet, uop- lyst	Total
0	2	2	1	0	91	2	0	98
1	10	45	0	0	109	6	1	171
2	15	86	4	0	78	1	3	187
3	17	110	1	0	77	9	1	215
4	25	153	0	1	109	4	1	293
5	37	185	0	1	86	2	0	311
6	46	554	0	0	95	1	1	697
7	33	560	4	0	105	2	8	712
8	25	575	1	5	109	1	5	721
9	42	776	0	4	81	4	2	909
10	45	869	6	7	109	6	6	1048
11	40	957	4	11	95	7	8	1122
12	45	1102	14	11	93	2	9	1276
13	48	1272	47	14	104	11	7	1503
14	51	1148	118	29	84	12	10	1452
Total	481	8394	200	83	1425	70	62	10715

Tabel 9. Cykelulykker, fordelt på aldersgruppe og modpart. Ulykkesregisteret, 2000-2004. Procent vandret.

Alder	Ingen modpart	Cykel	Knallert, motorcykel, scooter	Bil, varevogn	Andet, uspecificeret	Total
0-2	93%	3%	0%	3%	1%	133
3-5	93%	2%	0%	5%	0%	448
6-9	91%	4%	1%	4%	0%	2465
10-14	85%	6%	1%	7%	1%	5348
Total	87%	5%	1%	6%	1%	8394

Som det fremgår af tabel 10, er det blandt de mindste børn ofte fødderne det går ud over, fordi de kommer i klemme i baghjulet – der er meget sjældent tale om styrt eller påkørsel. I 6-9 års alderen, hvor børnene cykler selv, er det ofte hovedet, det går ud over. For de ældre børn er det oftest armene som skades - når de tager fra i faldet, men de får også mange hovedskader, faktisk antalsmæssigt lige så mange som blandt de 6-9 årige børn. I 28 % af alle cykelulykker blandt børn er hovedet den primært skadede kropsdel. Der er derfor gode grunde til at bruge cykelhjelm hele barndommen igennem, ikke mindst fordi den beskytter mod de meget alvorlige hovedskader, der kan give varig hjerneskade eller føre til død.

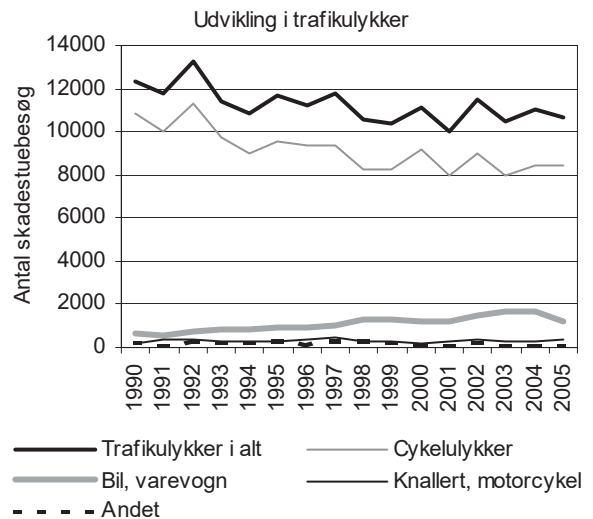
Der skal dog mere end en cykelhjelm til for at mindske antallet af ulykker og skader efter ulykker i trafikken. Vores etnografiske studier viser, at børn passer på i trafikken, men de tager ligesom voksne også chancer. Børn har en sikker tro på egen styrke og kontrol. Det er en sikkerhed, der udgør en ressource for mange børn og som man bør respektere og forholde sig til i forebyggelsen af trafikulykker.

Børn er udsat for relativt få trafikulykker om morgenen (kun 8% sker i tiden kl. 7-9), medens hovedparten af trafikulykkerne sker om eftermiddagen og aftenen med et maksimum kl. 15-18, hvor børn cykler mellem skole, fritidshjem/SFO, fritidsaktiviteter og hjem. Dette mønster gælder både børn som fodgængere og cyklister og børn som bliver transporteret i bil. Der sker 30% færre ulykker pr. dag i weekenden end på hverdage, dette

gælder dog ikke ulykker i bil, som er lidt hyppigere fredag og lørdag.

Figur 16 viser udviklingen i antallet af skadestuebesøg som følge af trafikulykker. Antallet af cykelulykker er faldet gennem perioden, nogenlunde svarende til faldet i antallet af børn i den mest udsatte aldersgruppe, de 10-14 årige (jf. børnebefolkningens udvikling). Der er i den viste periode sket mere end en halvering i antallet af cykelulykker blandt børn under 7 år, medens antallet af ulykker i bil har været stigende, især i 1990-erne.

Figur 16. Udviklingen i børns trafikulykker 1990-2005. Ulykkesregisteret.



Tabel 10. Cykelulykker fordelt på aldersgrupper og skadet kropsdel. Ulykkesregisteret 2000-2004. Procent

Alder	Hoved, hals	Hænder, arme, skulder	Fødder, ben	Andet og uspecifiseret	Total
0-2	28%	8%	62%	2%	133
3-5	30%	13%	55%	2%	448
6-9	40%	36%	20%	4%	2465
10-14	22%	51%	24%	3%	5348
Total	28%	44%	25%	3%	8394

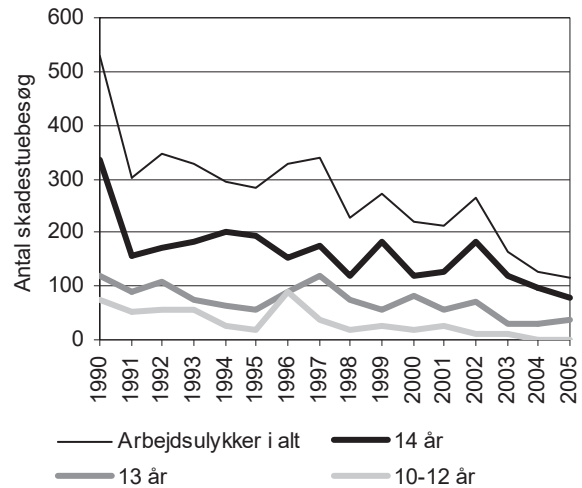
Arbejdsulykker

Arbejdsulykker er forholdsvis sjældne blandt børn under 15 år, idet de kun udgør 0,1% af alle børneulykker, eller godt 200 i Danmark årligt. Ulykkeshyppigheden stiger betydeligt med alderen, 28% af arbejdsulykkerne sker for 13-årige og 64% for 14-årige.

Hver fjerde ulykke, og halvdelen af ulykker blandt børn under 14 år, sker i job som avisbud eller ved reklameomdeling. 13% af ulykkerne sker i detailhandelen, 10% på restauranter, 7% i landbruget. Hyppigst sker skaden ved fald, overbelastning (forstuvninger), hundebid (som avisbud) og snitsår på især knive. Ca. 6% af arbejdsulykkerne blandt børn er samtidig trafikulykker, næsten alle sker ved avis- og reklameudbringning. 66% af arbejdsulykkerne sker for drenge.

Antallet af arbejdsulykker blandt børn har været faldende siden 1990. Især er antallet af arbejdsulykker blandt børn under 13 år faldet markant, sandsynligvis som følge af, at det i 1996 blev forbudt for børn under 13 år at have fritidsarbejde. Der er dog også efter 1996 børn under 13 år, der kommer til skade ved erhvervsarbejde, primært som avisbud eller ved reklameudbringning.

Figur 17. Udviklingen i børns arbejdsulykker 1990-2005. Kilde: Ulykkesregisteret. Trafikulykker under arbejde er medregnet.



Akutte idrætsskader

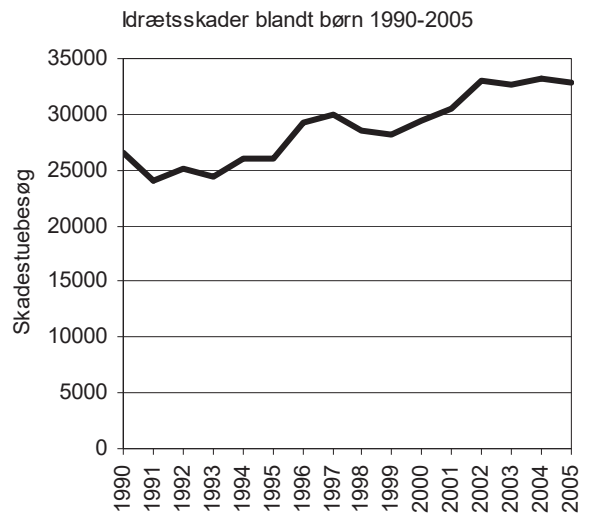
Akutte skader ved idræt indgår i opgørelserne over hjemme/fritidsulykkerne, men fortjener alligevel en særlig behandling. Ulykker er defineret som pludseligt opståede skader som sker i forbindelse med specifikke idrætsgrene, f.eks. fodbold, håndbold, kampsport – uanset om de sker i organiseret idræt eller ej, herunder også skoleidræt. Listen over sportsgrene omfatter også for eksempel rulleskøjteløb, skateboard, dans og cykling. Cykelulykker er dog kun medtaget, hvis de udtrykkeligt sker i forbindelse med idræt. Det skal dog understreges, at idrætsskader i højere grad end andre skader også behandles andre steder end på skadestuen. Ved mange idrætsstævner er der samaritter, der tager sig af mindre skader. Desuden behandles mange idrætsskader bl.a. på idrætsmedicinske klinikker. Om de sidstnævnte behandlinger sker, uden at skadestuer involveres, er mere uklart.

Idrætsskader er en af de allerhyppigste typer af skader blandt børn med ca. 32.000 tilskadekomne børn årligt, heraf bliver ca. 940 indlagt. Skademønstret følger i stor udstrækning hyppigheden af idrætsgrenene, med fodboldskaderne som de hyppigste. Børn udgør 35% af alle tilskadekomne i forbindelse med idræt. Der er meget få dødsulykker i forbindelse med idræt, omkring en hvert andet år. Dødsfaldene er sket i forbindelse med ridning, svømning, i gymnastik samt ved cykelløb.

Idrætsskadernes udvikling

Hyppigheden af idrætsskaderne har i forhold til antallet af børn i alderen 10-14 år, hvor de fleste skader sker, ligget nogenlunde konstant siden 1990 og udgør omkring 20% af børneulykkerne. Den stigning, som fremgår af figur 18, skyldes derfor en stigning i børnetallet i denne aldersgruppe. Der har dog været nogle forskydninger mellem de enkelte idrætsgrene. Der er blevet flere skader ved skiløb, skøjteløb og motorcykelsport. Til gengæld er der blevet færre skader med rulleskøjter, basketball og svømning. Disse forskydninger er snarere en konsekvens af udviklingen i hvilke idrætsgrene der dyrkes, frem for en ændring i risici i de enkelte idrætsgrene.

Figur 18. Udviklingen i børns idrætsskader 1990-2005. Beregnet på basis af Ulykkesregisteret.



Idrætsskadernes alders- og kønsfordeling

Antallet af idrætsskader stiger med alderen, og er størst i 12-14 års alderen (tabel 11). Næsten lige mange drenge og piger kommer på skadestuen med idrætsskader. Medens drengene får flest brud og sårskader, får pigerne flere forvridninger og forstuvninger. Dansk korsbåndregisters data viser desuden, at piger får flere korsbåndoperationer end drenge, særlig som følge af boldspil med megen fysisk aktivitet (www.sportsmedicin.dk). Drengene får flere knæ-, fod- og tåskader samt hovedskader end piger, og piger får forholdsvis flere finger-, arm- og skulderskader samt rygskader sammenlignet med drengene. Nogle af disse forskelle kan til dels forklares af kønsforskelle i valget af idrætsgrene, men også inden for de samme idrætsgrene ses kønsforskellene i skadesmønstret. For drengene er fodbold den altdominerende idrætsgren i forhold til skader med 42% af alle idrætsskader. Derefter kommer rullesport (rulleskøjter, skateboard mv.), gymnastik, basketball og håndbold. For pigernes vedkommende giver håndbold de fleste skader (18%), dog tæt fulgt af ridning, gymnastik, rullesport og fodbold. Ser man alene på de alvorligere skader, er de idrætsgrene, der oftest medfører indlæggelse for drengenes

Tabel 11. Idrætsskader fordelt på køn og alder. Antal årligt i Danmark, beregnet på basis af Ulykkesregisteret, 2000-2004.

Alder	Drenge	Piger	I alt
1	10	10	20
2	40	20	60
3	70	40	110
4	110	70	180
5	170	160	330
6	330	270	600
7	600	410	1010
8	960	740	1700
9	1300	1280	2580
10	1710	1930	3640
11	2300	2430	4730
12	2740	2750	5490
13	3040	2660	5700
14	3010	2450	5460
I alt	16390	15220	31610

vedkommende fodbold, rulleskøjter/skateboard/løbehjul, gymnastik og motorcykelsport. Blandt pigerne dominerer ridning, fulgt af rullesport, gymnastik og håndbold.

Skadet kropsdel: Idrætsskaderne rammer oftest fingre og håndled (38%), dernæst knæ, ankel, fødder og tæer (23%) (tabel 12). Rygskader ses især ved ridning, samt ved rullesport, fodbold og gymnastik. Knæskader sker i mange idrætsgrene, men andelen er særlig stor ved skisport, spring og dans.

Tabel 12. Idrætsskader fordelt på køn og skadet kropsdel. Ulykkesregisteret 2000-2004. Procent.

Skadet kropsdel	Drenge	Piger	I alt
Hoved	11,3%	7,8%	9,6%
Hals	1,2%	1,4%	1,3%
Hænder, fingre	35,4%	40,2%	37,8%
Arme	7,9%	9,9%	8,8%
Skuldre	3,5%	3,4%	3,5%
Tæer, fødder, ankel	23,7%	22,5%	23,1%
Ben	14,3%	11,2%	12,8%
Krop i øvrigt	2,6%	3,5%	3,0%
Andet	0,1%	0,1%	0,1%
	100,0%	100,0%	100,0%
I alt årligt ca.	17.000	15.000	32.000

Læsion: De hyppigste skader er kvæstelser/blå mærker (37%), forvridning/forstuvning (26%) og brud (23%) (tabel 13). Brud sker oftest på håndled og fingre, og mindre ofte på arme, fødder/ankel/tæer samt kraveben. Håndleddene er særligt udsatte ved rullesport, fingrene ved håndbold og basketball. Ankelbrud og brud på tæer er typiske fodboldskader. Kravebenet brækker oftest ved fodbold eller ridning. Tandbrud sker oftest ved rullesport og svømmesport. Skulder/overarmsbrud sker hyppigst ved ridning.

Sårskader udgør 7% af idrætsskaderne. Det går oftest ud over ankel, fingre, knæ og håndled. Fingerskader er særligt hyppige i håndbold og basketball, og håndledsskaderne er udsatte især ved rullesport, skøjteløb og skiløb. Fødder og tæer er særligt udsatte ved svømning, gymnastik, fodbold og kampsport.

Hjernerystelse udgør 1,5% af skaderne i forbindelse med idræt og forekommer hyppigst ved ridning (hver fjerde hjernerystelse i forbindelse med idræt sker ved ridning), fodbold og rullesport.

Tabel 13. Idrætsskader fordelt på køn og læsionstype. Ulykkesregisteret 2000-2004. Procent.

Læsionstype	Drenge	Piger	Total
Hjernerystelse	1.6%	1.6%	1.6%
Kvæstelse, blå pletter	36.2%	39.4%	37.8%
Hudafskrabning	1.7%	1.7%	1.7%
Åbent sår	8.0%	4.3%	6.2%
Brud	23.5%	20.7%	22.2%
Ledskred	1.2%	1.1%	1.1%
Forvriddning, forstuvning	24.8%	28.4%	26.6%
Sene/muskellæsion	2.4%	2.3%	2.3%
Ingen skade	0.3%	0.3%	0.3%
Anden skade	0.1%	0.1%	0.1%
Uspec. Skade	0.2%	0.1%	0.1%
I alt årligt ca.	17.000	15.000	32.000

Tabel 14. Idrætsgrene der hyppigst medfører skader, fordelt på køn. Antal årligt i Danmark. Beregnet på basis af Ulykkesregisteret 2000-2004.

Idrætsgren	Drenge	Piger	Total	Andel indlagt
Fodbold	7000	2000	9000	2%
Håndbold	1200	2800	3500	1%
Gymnastik	1300	2000	3300	4%
Rulleskøjter mv.	1700	1400	3100	4,5%
Ridning	100	2500	2600	8%
Basketball	700	600	1300	0,5%
Svømning	500	400	900	2%
Ski,kælk	460	340	800	4%
Skøjter	370	390	760	2%
Ski,kælk	460	340	800	4%
Kampsport	360	190	550	2%
Motorcykelsport	450	40	490	11%
Badminton	180	140	320	1%
Ishockey	240	30	270	3%
Volleyball	50	170	220	0,5%
Rundbold	80	90	170	2%
Hockey	90	50	140	2%
Løb	60	80	140	1%
Go-cart	80	10	90	4%
Atletik	40	40	80	5%
Amer. fodbold	70	10	80	1%
Dans	15	65	80	0%
Tennis	50	30	80	1%
Cykelsport (løb)	55	15	70	8%

Tabel 15. Udvikling i antallet af skadestuebesøg 1998-2005 beregnet ved regression og korrigeret i forhold til børnetallet. Kun ændringer markeret med **fed** er signifikante. Idrætsgrene fordelt på køn. Kilde: Ulykkesregisteret.

Idrætsgren	Drenge	Piger	Total
Fodbold	+5%	+55%	+15%
Håndbold	-5%	+10%	+5%
Rullesport	-	-	- ¹
Gymnastik	+20%	+0%	+10%
Ridning	-25%	0%	0%
Basketball	-40%	-40%	-40%
Svømning	+5%	-30%	-15%
Skøjter	+65%	+100%	+85%
Ski, kælk	+150%	+200%	+180% ¹
Kampsport	-30%	+80%	-5%
Motorcykelsport	+25%	+280%	+35%
Badminton	0%	-15%	-5%
Ishockey	-20%	-30%	-20%
Volleyball	-39%	+31%	+8%
Hockey	-55%	+210%	-25%
Løb	+5%	-35%	-25%
Atletik	+10%	-70%	-35%
Tennis	-15%	-35%	-25%

¹⁾ Der er meget store variationer fra år til år. For rullesport, se opslaget. For skisport alene er stigningen signifikant.

Den viste udvikling er ikke korrigeret for, hvor mange børn der er aktive i de enkelte idrætsgrene. For især ski og kælk samt skøjter er udviklingen misvisende, da der er store variationer i vejret fra år til år. En detaljeret beskrivelse af skademønstrene for de enkelte idrætsgrene er vist i rapportens opslagsdel.

Det store antal idrætsskader (jf. tabel 14) viser, at der er et betydeligt potentiale for skadeforebyggelse indenfor idrætten, både i skolen og i klubberne.

Produkter involveret i ulykker

I forhold til ulykkesforebyggelse er det væsentligt at vide, hvilke produkter der er involveret i ulykkerne. Ofte kan forebyggelsen rettes mod produktdesignet hvorved brugen kan gøres sikrere. I tabel 16a-c er vist de produkter, der oftest er involveret i ulykker, der medfører skadestuebesøg, indlæggelse eller død i forbindelse med børneulykker.

Et produkt er registreret, når det er involveret i ulykken, ikke kun når det forårsager skaden. Ulykker med bolde er dog kun medtaget, når bolden er direkte årsag til skaden. Produktbegrebet er meget bredt, f.eks. er heste, hunde og trapper medtaget i listen. Gulve, fliser, vægge og tilsvarende faste genstande er ikke medtaget i listen.

Tabel 16a. De produkter, der hyppigst er involveret i ulykker, der medfører skadestuebesøg Kilde: Ulykkesregisteret, 2000-2004.

Produkt	Andel af skadestuebesøg
Cykel	5,8%
Dør	3,8%
Bold	3,1%
Trappe	2,8%
Stol	2,3%
Træ, gren	2,1%
Hest	1,6%
Bord	1,6%
Rulleskøjter	1,6%
Seng	1,5%
Personbil, varevogn	1,3%
Insekter	1,2%
Gynge	1,1%
Kniv	1,0%
Hoppepude	1,0%
Hund	0,8%
Klatrestativ	0,8%
Bildør	0,7%
Rutschebane	0,7%
Sofa	0,7%
Løbehjul	0,6%
Perle	0,6%
Trampolin	0,5%
Legehus	0,5%
Skateboard	0,5%

Tabel 16b. De produkter, der hyppigst er involveret i ulykker, der medfører sygehusindlæggelse. Kilde: Ulykkesregisteret, 2000-2004.

Produkt	Andel af indlæggelser
Cykel	9,6%
Personbil, varevogn	5,3%
Træ, gren	4,2%
Medicin	3,8%
Hest	3,6%
Rulleskøjter	2,4%
Bord	2,3%
Klatrestativ	2,3%
Gynge	2,2%
Seng	2,1%
Stol	2,0%
Hoppepude	1,5%
Planter, bær	1,3%
Rutschebane	1,1%
Legehus	1,1%
Insekt	1,0%
Trampolin	0,9%
Motocrossmaskine	0,8%
Bold	0,7%
Kælk	0,5%

Tabel 16c. De produkter, der hyppigst er involveret i dødsulykker Kilde: Register over børnedødsulykker, 1995-2000.

Produkt	Andel af dødsulykker
Personbil, varevogn	39,9%
Cykel	16,2%
Lastbil, bus	14,9%
Traktor, landbrugsmaskine	4,3%
Havebassin, pool	3,6%
Barnevogn	2,0%
Vindue	1,7%
Knallert	1,7%
Medicin, piller	1,3%
Lighter	1,3%
Tog	1,0%
Seng	1,0%
Badekar	1,0%
Hest	1,0%
Sengetøj	0,7%
Skydevåben	0,7%
Hund	0,7%
Trappe	0,7%

Udviklingen i ulykkesforekomsten

Landspatientregisteret har siden 1995 registreret skadestuebesøg som følge af ulykker, og det er derfor muligt at følge udviklingen i hele Danmark i perioden 1995-2004. Imidlertid bliver mange, især mindre skader efter ulykker, behandlet af folk selv eller af praktiserende læger. En undersøgelse af voksnes ulykker viste, at blandt de ulykker, der medførte aktivitetsbegrænsninger dagen efter ulykker, blev kun ca. halvdelen behandlet på skadestuen (Laursen og Frimodt-Møller B, 2005). Hvis andelen der vælger at tage på skadestuen varierer, f.eks. fordi der nedlægges skadestuer eller adgangen begrænses i form af visitation, natlukning mv., kan det resultere i færre skadestuebesøg, også selv om antallet af ulykker er konstant.

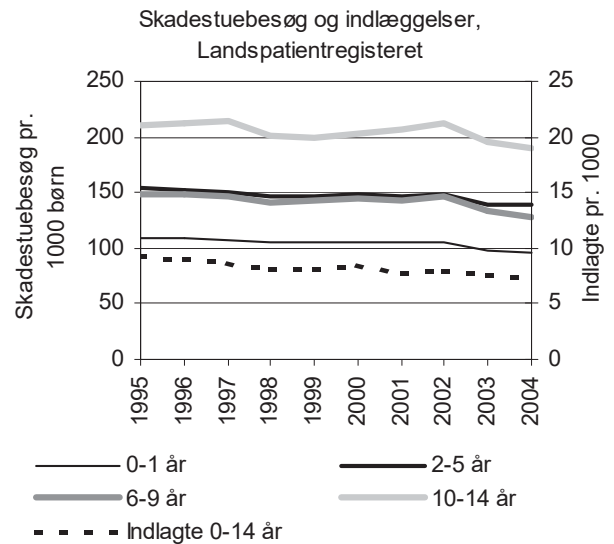
Nedgangen i antallet af skadestuebesøg siden 2002, som vist i figur 19, kan muligvis forklares ved, at der i højere grad er sket en nedprioritering af patienter med mindre skader, samt indført en egentlig visitation flere steder. Der er dog mange faktorer som spiller ind og disse bør analyseres nøjere. For at tage højde for disse problematikker, har vi i dette afsnit valgt at benytte stabile mål, som ikke er så følsomme over for faktorer såsom afstand til skadestue, visitationsregler, indlæggelsespraksis og forældreholdninger, og som samtidig svarer til forholdsvis veldefinerede diagnoser. Blandt sådanne mål er brud på knogler blandt de mest egnede. Til gengæld er det uegnet som mål for en række skadestyper, f.eks. forgiftning og forbrænding. Figur 20 viser udviklingen i forekomsten af brudskader fra 1990-2004, opdelt på aldersgrupper. Som det fremgår, er hyppigheden af disse skader faldende i perioden, et fald som er signifikant for alle aldersgrupper undtagen børn mellem 2-5 år. Dette kunne tyde på, at der reelt er tale om et fald i antallet af ulykker hos børn.

Denne udvikling bakkes yderligere op, når vi ser på forskellige andre mål for ulykkesforekomst, som viser, at de fleste ulykkestyper i forhold til børnetallet har en signifikant faldende tendens fra 1995 til 2004 ved brug af data fra Landspatientregisteret:

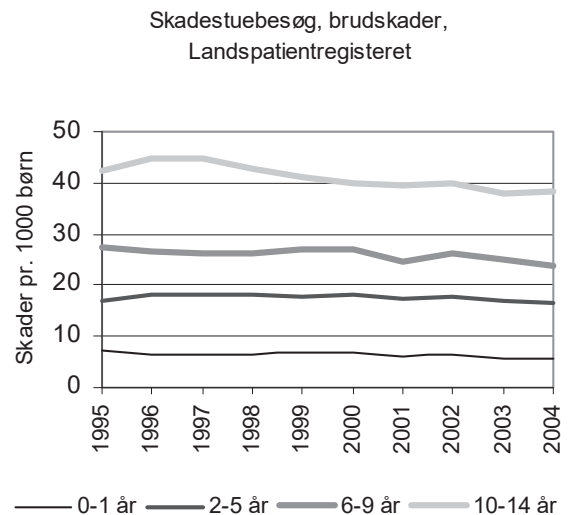
- Skadestuebesøg, alle ulykkestyper: 9% færre, faldet er sket for alle aldersgrupper.
- Indlæggelser, alle ulykkestyper: 20% færre. Faldet er sket for børn over 2 år.
- Skadestuebesøg efter trafikulykker: 21% færre, men 40% **stigning** for børn under 2 år.

- Skadestuebesøg ved forgiftning/ætsning: 33% færre.
- Skadestuebesøg ved forbrænding: 19% færre.

Figur 19. Udvikling i antallet af skadestuebesøg og indlæggelser 1995-2004.



Figur 20. Udvikling i brudskader 1995-2004.



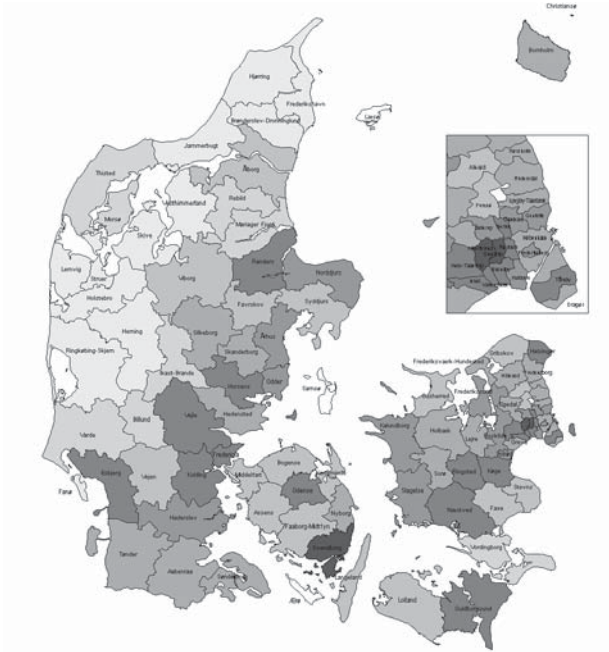
Udviklingen for specifikke ulykkestyper er vist i rapportens opslagsdel, og da disse er baseret på Ulykkesregisterets data og perioden 1998-2005, er nogle af de fundne tendenser forskellige.

Geografiske forskelle i børneulykker

Hyppigheden af børneulykker kan forventes at variere kommunerne imellem. Vi har valgt at lave opgørelsen på basis af de nye kommuner efter kommunalreformen pr. 1. januar 2007. Tallene er præsenteret i tabel 17, samt figur 21-23.

Der er generelt kun små forskelle i skadesmønstrene mellem kommunerne. Tallene er fra Landspatientregisteret, og er derfor ikke umiddelbart sammenlignelige med Ulykkesregisteret. Der må regnes med en underregistrering på op mod 10%. Desuden påvirker sygehusstrukturen i høj grad antallet af skadestuebesøg. Nogle steder er afstanden til en skadestue meget stor eller besværlig, f.eks. på øer uden broforbindelse, og andre steder er skadestuerne lukkede og kræver henvisning, f.eks. i Ringkøbing Amt. I disse kommuner er hyppigheden af skadestuebesøg ofte under halvdelen i forhold til andre kommuner. Derfor er antallet af indlæggelser og dødsulykker mere informative vedrørende ulykkeshyppighed i de forskellige områder i Danmark.

Figur 21. Hyppigheden af skadestuebesøg efter ulykker 2000-2004. De mørkeste områder havde flest skadestuebesøg. Forskellene skyldes primært forskelle i adgang til skadestuerne.



Figur 22. Hyppigheden af indlæggelser efter ulykker 2000-2004. De mørkeste områder havde flest indlæggelser.



Figur 23. Hyppigheden af dødsulykker 1992-2001. De mørkeste områder havde flest dødsulykker. Da der er tale om ganske små tal, skyldes variationerne ofte tilfældigheder. Dog er der færre dødsulykker i byområder, især København. Dette skyldes bl.a. færre trafikdræbte



Børneulykker i Danmark

Tabel 17. Hyppighed (forekomst pr. 1000 børn årligt) af alle ulykker samt trafikulykker alene, opdelt på alvorlighed og kommuner efter kommunalreformen 2007.

Bopælskommune	Skadestuebesøg	Heraf indlæggelser	Døde	Trafikulykker, skadestuebesøg	Trafikulykker, indlæggelser	Trafikulykker, døde
København	163	7,8	0,04	7,31	0,69	0,02
Frederiksberg	176	6,9	0,02	8,69	0,66	0,01
Ballerup	194	6,1	0,03	9,03	0,38	0,01
Brøndby	206	8,1	0,03	9,01	0,94	0,01
Dragør	162	8,5	0,04	9,33	1,10	0,00
Gentofte	175	8,3	0,02	6,50	0,64	0,02
Gladsaxe	191	7,4	0,04	9,76	0,80	0,04
Glostrup	255	8,3	0,07	12,95	0,74	0,00
Herlev	224	7,9	0,00	10,92	0,89	0,00
Albertslund	238	9,6	0,00	12,02	0,98	0,00
Hvidovre	185	7,8	0,06	6,88	0,75	0,04
Høje-Taastrup	206	7,9	0,02	9,99	0,69	0,01
Lyngby-Taarbæk	159	8,2	0,04	7,55	0,70	0,00
Rødovre	201	8,0	0,05	9,65	0,78	0,02
Ishøj	218	9,6	0,10	12,13	0,86	0,04
Tårnby	211	11,0	0,03	9,88	1,07	0,03
Vallensbæk	208	8,7	0,04	10,22	0,92	0,04
Furesø	133	6,1	0,03	7,16	0,59	0,00
Allerød	120	3,6	0,02	5,05	0,37	0,00
Fredensborg	136	5,0	0,05	6,68	0,67	0,00
Helsingør	198	6,0	0,07	9,42	0,70	0,05
Hillerød	160	5,3	0,03	6,87	0,63	0,03
Hørsholm	154	4,0	0,03	6,36	0,48	0,00
Rudersdal	138	6,4	0,01	6,42	0,57	0,01
Egedal	164	6,1	0,02	9,03	0,72	0,02
Frederikssund	183	5,6	0,07	10,23	0,62	0,05
Greve	157	9,9	0,04	7,71	0,80	0,01
Køge	202	8,1	0,07	8,84	0,75	0,03
Frederiksværk-Hundested	150	5,7	0,08	10,39	1,00	0,02
Roskilde	174	9,8	0,02	7,92	0,76	0,00
Solrød	169	7,8	0,05	7,37	0,53	0,02
Gribskov	121	4,9	0,11	6,14	0,58	0,07
Odsherred	107	8,5	0,04	5,93	0,96	0,00
Holbæk	161	9,1	0,05	9,58	1,11	0,03
Faxe	133	8,0	0,05	8,20	1,18	0,02
Kalundborg	179	8,5	0,06	10,09	1,19	0,04
Ringsted	211	7,6	0,06	10,13	0,90	0,04
Slagelse	188	7,3	0,09	9,76	0,89	0,06
Stevns	125	9,8	0,03	6,60	0,94	0,00
Sorø	146	7,6	0,06	9,51	1,14	0,06
Lejre	141	9,0	0,09	6,03	0,86	0,04
Lolland	129	8,4	0,07	7,62	1,33	0,02
Næstved	198	9,1	0,06	10,52	1,09	0,05
Guldborgsund	204	8,6	0,07	10,58	1,04	0,05
Vordingborg	101	7,9	0,09	6,29	0,83	0,04
Bornholm	156	6,9	0,06	9,31	0,86	0,05
Middelfart	134	6,8	0,02	7,96	0,82	0,02
Assens	127	8,2	0,04	7,83	0,90	0,03
Faaborg-Midtfyn	131	8,7	0,06	6,92	1,10	0,05
Kerteminde	129	8,1	0,07	9,34	1,09	0,07
Nyborg	152	8,0	0,09	9,13	1,14	0,06
Odense	199	9,0	0,04	10,68	0,88	0,03
Svendborg	235	10,2	0,04	10,38	1,08	0,03
Bogense	134	8,1	0,08	8,15	0,91	0,04

Børneulykker i Danmark

Bopælskommune	Skadestuebesøg	Heraf indlæggelser	Døde	Trafikulykker, skadestuebesøg	Trafikulykker, indlæggelser	Trafikulykker, døde
Langeland	117	7,1	0,08	5,68	0,84	0,04
Ærø	14	5,6	0,00	1,93	1,07	0,00
Haderslev	176	6,2	0,07	11,97	1,00	0,03
Billund	95	6,6	0,11	9,00	1,46	0,06
Sønderborg	159	7,4	0,06	10,59	1,08	0,02
Tønder	146	7,7	0,13	9,89	1,19	0,09
Esbjerg	199	6,8	0,04	12,45	0,96	0,02
Fanø	70	3,4	0,16	6,09	0,00	0,00
Varde	95	6,0	0,09	7,98	1,04	0,06
Vejen	106	6,8	0,05	9,27	1,23	0,03
Aabenraa	164	6,9	0,07	10,90	1,00	0,03
Fredericia	224	7,4	0,07	14,54	0,90	0,01
Horsens	204	6,8	0,09	10,71	0,92	0,05
Kolding	217	8,4	0,08	10,79	1,12	0,02
Vejle	198	8,8	0,06	9,37	1,04	0,03
Herning	71	6,9	0,04	5,97	0,94	0,03
Holstebro	60	7,8	0,05	4,72	0,94	0,04
Lemvig	62	9,3	0,02	5,59	1,74	0,02
Struer	57	8,0	0,02	4,28	0,93	0,02
Syddjurs	125	5,9	0,03	5,63	0,51	0,00
Norddjurs	168	7,3	0,07	9,29	1,16	0,06
Favrskov	128	5,2	0,13	6,52	0,60	0,10
Odder	171	6,4	0,03	6,21	0,94	0,03
Randers	218	7,8	0,09	9,38	1,02	0,08
Silkeborg	161	6,1	0,05	9,45	0,88	0,03
Samsø	35	4,7	0,00	3,14	0,79	0,00
Skanderborg	135	4,8	0,05	6,02	0,40	0,02
Århus	175	4,3	0,04	5,95	0,36	0,01
Ikast-Brande	82	7,1	0,06	7,00	1,19	0,05
Ringkøbing-Skjern	67	8,1	0,10	6,01	1,19	0,05
Hedensted	159	8,1	0,04	8,88	1,14	0,04
Morsø	80	8,9	0,07	8,03	1,32	0,02
Skive	61	6,1	0,06	5,49	1,02	0,02
Thisted	80	8,1	0,11	7,56	1,13	0,04
Viborg	116	7,9	0,07	9,97	1,73	0,03
Brønderslev-Dronninglund	69	5,8	0,07	3,32	0,56	0,06
Frederikshavn	67	6,3	0,08	4,56	0,85	0,05
Vesthimmerland	63	6,1	0,03	5,79	1,11	0,00
Læsø	25	5,3	0,00	0,00	0,00	0,00
Rebild	77	6,2	0,04	3,48	0,86	0,02
Mariager Fjord	83	6,9	0,02	2,83	0,53	0,00
Jammerbugt	67	6,8	0,04	3,95	0,73	0,03
Ålborg	118	6,3	0,06	4,44	0,42	0,05
Hjørring	68	6,3	0,06	4,49	0,69	0,05

* *Note: Vær opmærksom på, at især skadestuebesøg afhænger meget af skadestuernes tilgængelighed (afstand og adgangsmulighed). For dødsulykker er tallene, selv om de er baseret på 10-års perioden 1992-2001, så små at variationerne mellem kommunerne oftest skyldes tilfældigheder.*

Opslag

Slå ulykken op

Denne del af rapporten kan med fordel anvendes som et opslagsværk, hvor man kan slå op på de faktorer ved børns ulykker man er særligt interesseret i.

Kapitlet er opdelt i følgende hovedtemaer:

- Aldersgrupper
- Ulykkessted
- Skadesmekanismer
- Trafikulykker
- Idrætsgrene

Under hvert af disse temaer er børns ulykker beskrevet i detaljer mht. til udvalgte karakteristika:

- Definition af ulykken
- Omfang, belyst som skadestuebesøg, indlæggelser og døde
- Hvorvidt antallet af skadestuebesøg er stigende, konstant eller faldende – set i forhold til antallet af børn
- Køn og alder (op til 14 år)
- Hyppigste sted(er) for ulykkerne
- Skader på kroppen
- Skadernes type
- Hyppigste produkter involveret
- Beskrivelse af særlige forhold herunder evt. dødsulykker.

Hver opslagsside indeholder desuden en række oversigtsfigurer.

Data anvendt i opslagene

Ulykkesdata er baseret på Ulykkesregisterets data for perioden 2000-2004, som er omregnet til tal for hele Danmark. Antallet af dødsulykker er baseret på Register over Børnedødsulykker, perioden 1995-2000 (perioden 1975-2000 for ulykkestyper med meget få dødsulykker).

Idrætsskader

I opslagene med idrætsskader vises ud over forekomsten af skader også medlemstallene for de tilsvarende idrætsforbund ifølge DIFs hjemmeside (Danmarks Idræts-Forbund) (www.dif.dk). Medlemstallene kan give en indikation på, hvor mange der dyrker denne idræt, hvilket er væsentligt i vurderingen af antallet af skader. Sammenligningen skal dog foretages med stor forsigtighed, da mange dyrker idræt uden at være medlemmer af en klub, og andre er medlem af foreninger som ikke hører under et idrætsspecifikt forbund. Desuden er medlemstallene opgjort for aldersgruppen op til 18 år medens ulykkerne er for børn under 15 år.

Aldersgrupper

Småbørn på 0-1 år

Omfang: ca. 15.000 skadestuebesøg pr. år, ca. 800 bliver indlagt (5%). Omkring 12 børn i denne aldersgruppe dør årligt som følge af ulykker.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant. I perioden 1995-2005 har der dog været tale om et fald.

Alders/kønsfordeling: Der er langt flere 1-årige end 0-årige der kommer til skade, og drengene udgør 55%.

Sted: Tre ud af fire ulykker med småbørn (73%) sker i boligen. 9% sker i daginstitutioner, 4% i haver. I boligen sker de fleste ulykker i stuer og værelser; 6% sker i køkkenet, 3% i badeværelset og 4% på trapper indendørs. Trafikulykkerne udgør 2%, hvoraf $\frac{3}{4}$ sker som passager i en bil. Det skal bemærkes, at det ikke er muligt at opgøre omfanget af skader i privat dagpleje, da disse registreres som sket i bolig.

Produkter involveret: De hyppigste var puslebord, køkkenborde og andre borde (9%), stole mv. (5%), døre (5%), trapper (4%), senge (3%), radiatorer (2%), barne- og klapvogne (2%), te og kaffe (2%), sofaer (2%), biler (2%), rengøringsmidler (1%), cigaretter (1%).

Dødsulykkerne skyldes oftest kvælning (20%) i mad, opkast eller i barnevogn/seng (kvælning i sengetøj eller sele) samt trafikulykker (30%) som bilpassager eller pga. påkørsel/overkørsel af bil. En del drukner (17%), ofte i havebassiner. Nogle dør som følge af brand (12%), og enkelte som følge af fald (6%).

Børns risiko for ulykker stiger med alderen og deres aktivitet. De allermindste (under 2 mæ-

der) er de mindst udsatte, og fald fra babylift er blandt de hyppigste ulykker. Fra 3 måneders alderen kan børn falde ned fra puslebord, bilstole og skråstole. I 5-6 måneders alderen falder mange børn ned fra køkkenbordet (og stadig fra puslebordet). Risikoen for forbrændinger stiger også betydeligt her. Fra 8 måneder begynder forgiftningsulykkerne og andre ulykker i forbindelse med det, der puttes i munden. Omkring 1 års alderen kan barnet begynde at gå selv, og falder også ofte. Klemningsulykker (fingre i døre) bliver også hyppigere. Desuden bliver børnene oftere bidt af hunde eller stukket af insekter. Fra 1-2 år er skadesmønstret næsten konstant, bortset fra at mange børn begynder at putte ting i næsen fra omkring 19 måneders alderen, og det lykkes børnene at komme højere op og dermed falde ned fra større højder.

Tabel 18. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker i alderen 0-1 år.

Kvæstelser	24%
Sår, hudafskrabning	36%
Brud	7%
Forvridning, forstuvning	2%
Hjernerystelse	5%
Forbrænding	6%
Forgiftning, ætsning	5%
Anden skade	8%
Ingen skade	7%

Tabel 19. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker i alderen 0-1 år.

Hoved, nakke	54%
Hænder	15%
Arme, skulder	12%
Fødder	5%
Ben	4%
Andet	10%

Børn 2-5 år

Omfang: ca. 43.000 skadestuebesøg pr. år, 1500 indlægges (3%). Ca. 13 børn i denne aldersgruppe dør årligt som følge af ulykker.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant. I perioden 1995-2005 har der dog været tale om et fald.

Alders/kønsfordeling: Antallet af ulykker er næsten konstant i alderen 2-5 år, dog mindst for de 5-årige. 59% er drenge.

Sted: De fleste ulykker sker i boligområder (54%) og i daginstitutioner (29%). 6% sker på fortov, veje og pladser, herunder 2% som er trafikulykker. Af disse sker godt halvdelen på cykel, hver tredje i bil og 9% som fodgænger.

Produkter involveret: De hyppigste var borde (5%), cykler (5%), døre (4%), stole (3%), trapper inde (3%), senge (3%), perler (2%), radiatorer (2%), gynger (2%), rutschebaner (1,4%), biler (1,2%), klatrestativer (1,1%), bildøre (1,1%).

Halvdelen af ulykkerne er fald, ofte fra større eller mindre højde (17%). Der er desuden mange kontaktskader (20%) og klemningsulykker (7%). 6% kommer på skadestue med fremmedlegeme i næsen, øjet, øret eller gennem munden. 2% får snitsår. Forgiftninger udgør 2% og forbrændinger knap 2%. Overbelastningsskader er sjældne, knap 2%.

Dødsulykkerne sker oftest i trafikken (36%) og ved drukning (22%), oftest i havebassiner, søer, vandhuller og vandløb. 12% omkommer som følge af brand, og 10% ved kvælning (opkast, mad, tabletter, genstande)

Tabel 20. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker i alderen 2-5 år.

Kvæstelser	22%
Sår, hudafskrabning	43%
Brud	11%
Forvridning, forstuvning	4%
Hjernerystelse	3%
Forbrænding	2%
Forgiftning, ætsning	3%
Anden skade	7%
Ingen skade	5%

Tabel 21. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker i alderen 2-5 år.

Hoved, nakke	52%
Hænder	16%
Arme, skulder	12%
Fødder	11%
Ben	4%
Andet	5%

Børn 6-9 år

Omfang: ca. 43.000 skadestuebesøg pr. år, heraf bliver ca. 1600 indlagt (4%). Omkring 11 børn i aldersgruppen dør årligt som følge af ulykker.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Antallet af skadestuebesøg er nogenlunde konstant. I perioden 1995-2005 har der dog været tale om et fald.

Alders/kønsfordeling: Stigende antal ulykker med alderen. 55% er drenge.

Sted: Der sker mange ulykker i boligområder (35%), i skole inkl. idræt (20%) og daginstitution (15%). Trafikulykker udgør 7%, og heraf sker 4% på cykel, 13% i bil og 5% som fodgænger. Med alderen sker der et stigende antal skader på idrætsområder (i gennemsnit 12%, heraf 3% skoleidræt).

Hypigste produkter involveret: De hyppigste var cykler (6%), døre (3%), rulleskøjter (2%), gynger (2%), træer (2%), trapper (2%), bolde (2%), klatrestativer (1,4%), biler (1,4%), borde (1,3%), hoppepuder (1,3%), heste (1,2%), bildøre (1,1%), hunde (1,0%).

Dødsulykkerne skete i trafikken (67%), ved drukning (9%) samt ved brand (5%). Årsager til resten af dødsulykkerne var ret forskellige, bl.a. sammenstyrtning af huler, vådeskud, hængning, fyrværkeri, påkørsel af tog.

Tabel 22. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker i alderen 6-9 år.

Kvæstelser	30%
Sår, hudafskrabning	31%
Brud	17%
Forvridning, forstuvning	13%
Hjernerystelse	2%
Forbrænding	1%
Forgiftning, ætsning	2%
Anden skade	3%
Ingen skade	1%

Tabel 23. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker i alderen 6-9 år.

Hoved, nakke	30%
Hænder	28%
Arme, skulder	12%
Fødder	18%
Ben	8%
Andet	4%

Børn 10-14 år

Omfang: ca. 83.000 skadestuebesøg pr. år, 2400 indlægges (3%). Omkring 15 børn i aldersgruppen dør årligt som følge af ulykker.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Nogenlunde konstant. I perioden 1995-2005 har der dog været tale om et fald.

Alders/kønsfordeling: Næsten konstant ulykkeshyppighed med alderen, dog flest omkring 11-12 år. Ulykkerne er næsten lige hyppige blandt drenge og piger, idet 53% af de tilskadede er drenge. Drengenes andel af de indlagte er dog noget større, ca. 62%.

Sted: 31% sker i idrætsområder, 24% i boligområder og 22% i skole og institution og 14% i transportområde. 9% er trafikulykker, og ud af disse udgør cykelulykkerne 84%, ulykker i bil 7% og fodgængerulykker 4%.

Produkter involveret: De hyppigste var cykler (7%), bolde (5%), heste (3%), rulleskøjter (3%), trappe (2%), døre (2%), hoppepuder (ca. 1%).

Mere end 2/3 af skaderne skyldes fald eller kontakt med genstand eller person. Desuden er der mange overbelastningsskader (11%). Klemning udgør 4%, snit og stik 4% og insektstik 2%.

Dødsulykker sker altovervejende i trafikken (80%). Desuden er der drukneulykker (6%), fald (4%) samt en række andre ulykker.

Tabel 24. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker i alderen 10-14 år.

Kvæstelser	36%
Sår, hudafskrabning	17%
Brud	19%
Forvridning, forstuvning	21%
Hjernerystelse	1%
Forbrænding	1%
Forgiftning, ætsning	1%
Anden skade	3%
Ingen skade	1%

Tabel 25. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker i alderen 10-14 år.

Hoved, nakke	14%
Hænder	37%
Arme, skulder	11%
Fødder	22%
Ben	12%
Andet	4%

Stedet for ulykken

Boligområde

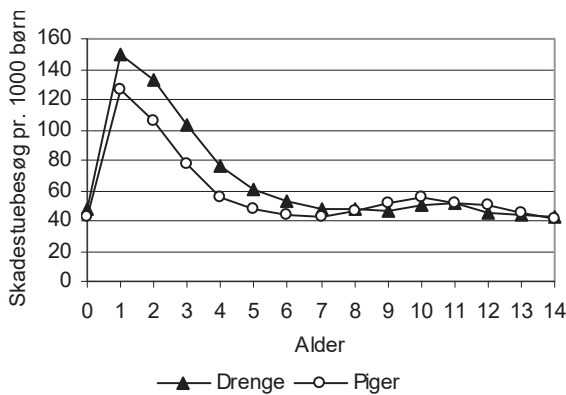
Definition: Ulykker i boligområder, inde såvel som ude. Ulykker sket inde i boligen er beskrevet udføreligt i det følgende.

Omfang: Ulykker i boligområder forårsager ca. 67.000 skadestuebesøg pr. år, heraf 2400 indlæggelser. Der sker ca. 13 dødsulykker om året i boligområder.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant. I perioden 1995-2005 har der dog været tale om et fald.

Alders/kønsfordeling: Hjemmeulykker sker hyppigst for de 1-2 årige, men forekommer for alle aldersgrupper. Se figur 24.

Figur 24. Køns- og aldersfordeling af hjemmeulykker.



Sted: Ca. 12% sker i haven, 5% sker i køkkenet, 5% på trapper, 5% på gangsti eller i indkørsel. Resten sker andre steder eller stedet er uoplyst.

Produkter involveret: De hyppigste var borde (6%), døre (5%), trapper (5%), stole (3%), senge (3%), hunde (2%), gynger (2%).

Fald er den dominerende skadesmekanisme i hjemmet og er årsag til 46% af alle skader. De fleste fald sker på gulvet, men der er også mange fald fra borde og stole. 15% skyldes kontakt med genstand, hvor børnene støder ind i borde, døre, vægge, skabe, TV, gynger mv. 7% af ulykkerne er klemningsulykker, oftest i døre eller bildøre. 6% skyldes personkontakt: skub, spark, trukket i armen, finger i øje mv. 6% skyldes snit og stik, oftest med knive, men også på glasskår og skåret glas samt konservesdåser. 4% skyldes overbelastning. Godt 2% skyldes bid, oftest af hunde. 2% skyldes forgiftning, oftest med cigaretter, medicin, vitaminpiller og rengøringsmidler. 1,3% skyldes skoldning med varm væske, oftest vand, te og kaffe, og sjældnere fedt og sovs. 1,2% har brændt sig på komfur, brændeovn, havegrill eller strygejern.

Tabel 26. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker i hjemmet.

Kvæstelser	26%
Sår, hudafskrabning	36%
Brud	12%
Forvridning, forstuvning	8%
Hjernerystelse	2%
Forbrænding	3%
Forgiftning, ætsning	3%
Anden skade	6%
Ingen skade	4%

Tabel 27. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker i hjemmet.

Hoved, nakke	38%
Hænder	24%
Arme, skulder	12%
Fødder	15%
Ben	6%
Andet	5%

Køkkenet

Omfang ca. 3400 skadestuebesøg pr. år, heraf 150 indlagte (4,5%). Der sker ca. 0,7 dødsulykker om året.

Udvikling 1998-2005 i forhold til antallet af børn: Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant. Hyppigheden af forbrændinger er dog faldet. I perioden 1995-2005 er hyppigheden af ulykker i køkkenet faldet.

Alders/kønsfordeling: Især de mindste børn 0-2 år er udsatte. 56% er drenge.

Produkter involveret: De hyppigste var knive (17%), køkkenborde (8%), varmt/kogende vand (6%), komfurer eller ovne (13%), stole (5%), drikkeglas (2%), te (2%), kaffe (2%), opvaskemiddel (1,4%), vitaminpiller (1,4%), tallerkener (1,4%).

Forbrændinger er blandt de hyppigste og alvorligste skader i køkkenet, især blandt børn under 2 år. Det er især kogende vand, te, kaffe og stegefedt der giver de alvorlige skader i køkkenet. Også faldulykker fra køkkenborde er blandt de hyppigste og alvorligste køkkenulykker. Det er især børn under 2 år der falder fra køkkenborde. Forgiftninger rammer især de 1-3 årige børn. Børns indtagelse af vitaminpiller og medicin er oftest årsag til indlæggelse. Opvasketabletter og vaskemidler indtages også hyppigt. De større børn er ikke særligt udsatte i køkkenet. De hyppigste ulykker for denne gruppe er snitsår ved brug af knive eller på dåser mv., samt forbrændinger.

Dødsulykkerne skyldes forskellige årsager, bl.a. kvælning, fald, skoldning, røgforgiftning.

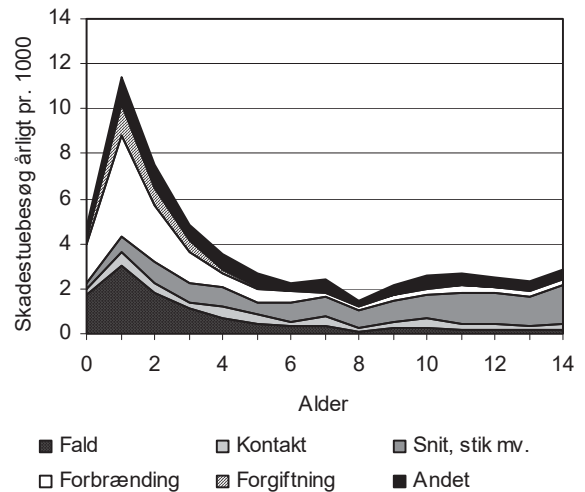
Tabel 28. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker i køkkenet.

Kvæstelser	11%
Sår, hudafskrabning	42%
Brud	3%
Forvridning, forstuvning	1%
Hjernerystelse	3%
Forbrænding	27%
Forgiftning, ætsning	5%
Anden skade	3%
Ingen skade	5%

Tabel 29. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker i køkkenet.

Hoved, nakke	26%
Hænder	45%
Arme, skulder	6%
Fødder	9%
Ben	4%
Andet	10%

Figur 25. Køkkenulykker, opdelt på alder og skademekanisme.



Toilet- og baderum

Omfang ca. 1500 skadestuebesøg pr. år, heraf bliver 55 indlagt (4%). Der sker ca. 0,5 dødsulykker om året.

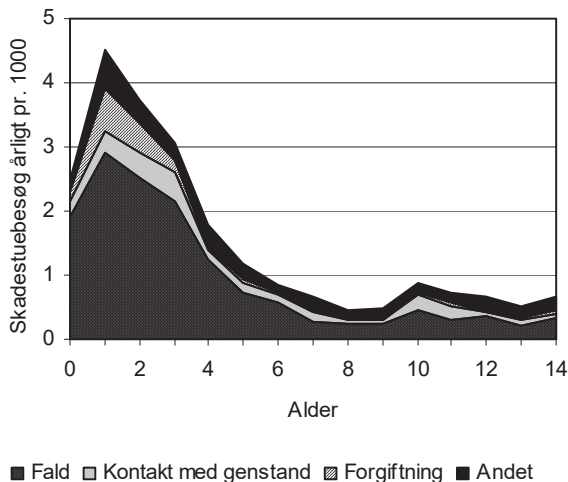
Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg er faldet med ca. 20%.

Alders/kønsfordeling: Ulykker i badeværelser sker hyppigst i 0-3 års alderen. 56% er drenge.

Produkter involveret: De hyppigste var badekar (14%), pusleborde (8%), toiletter (7%), brusebad (4%), håndvaske (3%), døre (2%), vatpinde (2%), toilettrensningemiddel (2%).

På badeværelset er det de mindste børn der kommer galt af sted. Faldulykker udgør den største andel, og for de allermindste sker der mange fald fra pusleborde – desuden fra toilet eller badekar, eller oftest blot på gulvet. Fald fra pusleborde i badeværelset er alvorligere end andre steder – og medfører hyppigere hjernerystelse og frakturer. Der sker kun ganske få skoldninger med varmt vand fra hanerne, og ingen skader af den karakter er registreret siden 2002.

Figur 26. Ulykker i toilet/baderum, opdelt på alder og skadesmekanisme.



Tabel 30. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker i toilet- og baderum.

Kvæstelser	21%
Sår, hudafskrabning	48%
Brud	5%
Forvridning, forstuvning	2%
Hjernerystelse	7%
Forbrænding	2%
Forgiftning, ætsning	5%
Anden skade	4%
Ingen skade	6%

Tabel 31. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker i toilet- og baderum.

Hoved, nakke	67%
Hænder	10%
Arme, skulder	6%
Fødder	5%
Ben	3%
Andet	9%

Trapper i boligen

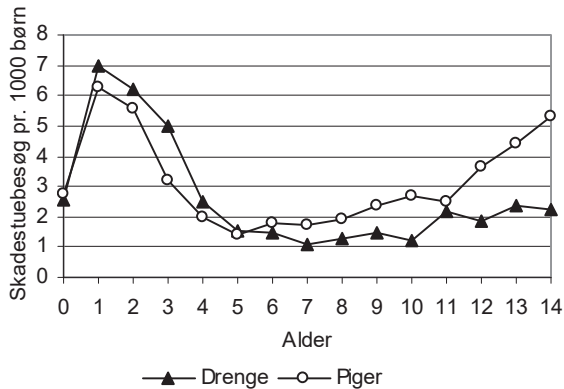
Omfang ca. 2900 skadestuebesøg pr. år, heraf 130 indlagte (4,5%). Der sker ca. 0,2 ulykkesdødsfald om året.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant.

Alders/kønsfordeling: De fleste trappeulykker sker i 1-3 års alderen. De fleste er piger (53%). Blandt de yngste børn er drengene dog i flertal, men fra 7 års alderen udgør pigerne ca. 60% af de tilskadekomne på trapper. Se figur 27.

Figur 27. Køns- og aldersfordeling af ulykker på trapper i boligen.



Langt de fleste ulykker (87%) er fald på eller ned af trapper. Desuden er der enkelte overbelastnings-skader (5%).

Dødsulykkerne sker oftest ved fald ud over trap-pens rækværk eller gelænder.

Tabel 32. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker på trapper i boligen.

Kvæstelser	35%
Sår, hudafskrabning	25%
Brud	13%
Forvridning, forstuvning	15%
Hjernerystelse	7%
Forbrænding	0%
Forgiftning, ætsning	0%
Anden skade	3%
Ingen skade	2%

Tabel 33. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker på trapper i boligen.

Hoved, nakke	43%
Hænder	12%
Arme, skulder	11%
Fødder	22%
Ben	8%
Andet	4%

I haven og omkring hjemmet

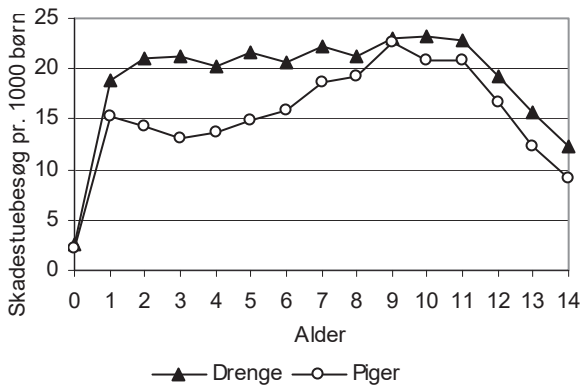
Definition: Omfatter ulykker i have, havegang, indkørsel, terrasser mv. samt legepladser i boligområdet.

Omfang ca. 17.500 skadestuebesøg pr. år, 800 indlagte (5%). Der sker ca. 3 dødsulykker årligt.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant, dog er antallet af ulykker i haver steget 65%. Stigningen i haver er i betydelig udstrækning knyttet til trampoliner og legeredskaber i øvrigt.

Alders/kønsfordeling: Ulykkerne rammer jævnt alle aldre, dog lidt færre 13-14 årige (se figur 28). 57% er drenge.

Figur 28. Ulykker i haven og omkring hjemmet, opdelt på alder og skadestuebesøg.



Produkter involveret: De hyppigste produkter var gynger (6%), træer og grene (6%), bildøre (3%), rulleskøjter (3%), bolde (3%), rutschebaner (3%), heste (2%), barnecykler (2%), klatrestativer (2%), trampoliner (2%, men stigende til 10% i 2005), løbehjul (1,5%), hoppeslotte, hunde, skateboards, barnevogne, vipper, legehuse (omkring 1% hver).

De mindre børn er især udsat for fald, især fra gynger, barnevogne og kørelegetøj. Desuden er der mange klemningsulykker i bildøre. For de større børn sker faldene ofte fra træer, gynger og heste, samt trampoliner – disse ulykker er kraftigt stigende. Der er mange skader som følge af at børn bliver ramt af bolde, sten, grene og gynger.

Forgiftninger sker især pga. indtagelse af giftige bær og svampe, men enkelte børn kommer også

for vare at spise/drikke sprøjtegifte. En del børn kommer på skadestuen efter insektstik. Mange brænder sig på en havegrill.

Dødsulykkerne skyldes oftest drukning i havebassiner. Derudover er der sket dødsfald som følge af kvælningsulykker i barnevogn samt ulykker med landbrugsmaskiner på gårdspladsen.

Tabel 34. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker i haven og omkring hjemmet.

Kvæstelser	29%
Sår, hudafskrabning	32%
Brud	19%
Forvridning, forstuvning	11%
Hjernerystelse	2%
Forbrænding	1%
Forgiftning, ætsning	2%
Anden skade	3%
Ingen skade	1%

Tabel 35. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker i haven og omkring hjemmet.

Hoved, nakke	30%
Hænder	27%
Arme, skulder	14%
Fødder	17%
Ben	8%
Andet	4%

Daginstitutioner (inkl. legepladser)

Definition: Ulykker i daginstitution, herunder legeplads i daginstitution.

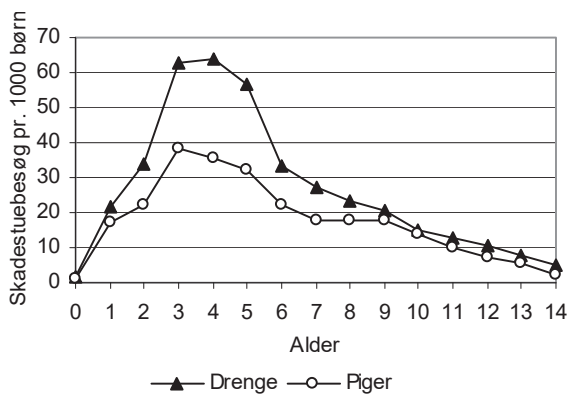
Omfang: Der er ca. 23.000 skadestuebesøg pr. år, heraf fører ca. 740 til indlæggelse (3%). Der sker ca. 0,3 dødsulykker om året.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant.

Alders/kønsfordeling: De fleste ulykker i daginstitutioner sker for 3-5 årige børn. 61% af de tilskadedekomne er drenge.

Figur 29. Køns- og aldersfordeling af ulykker i daginstitutioner.



Produkter involveret: De hyppigste var døre (4%), borde (3%), stole (4%), gynger (3%), klatrestativer (2%), træer og grene (4%), mooncar mv. (2%), legehuse (2%), rutschebaner (2%), børncykler (2%), perler (1,5%).

Knap halvdelen af ulykkerne sker på institutionernes legepladser (37%, andelen er muligvis underreporteret). Over halvdelen af skaderne i daginstitutioner skyldes fald (51%). Flertallet af disse fald sker på samme niveau, og kun få fald sker på trapper (1%). Hyppigt bliver børn ramt af genstande af forskellige slags (12%) eller støder ind i faste genstande (6%), især møbler. Klemning i døre sker hyppigt (7%), og det samme gælder sammenstød, skub eller slag fra andre børn (7%). En del børn, især de mindste, får ting, især perler, i næsen (2%).

Der sker lige mange ulykker mandag-torsdag og lidt færre fredag. De fleste ulykker i institutioner sker om eftermiddagen kl. 14-16, hvor der sker mere end dobbelt så mange som i tiden kl. 9-11.

Tabel 36. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker i daginstitutioner.

Kvæstelser	29%
Sår, hudafskrabning	38%
Brud	14%
Forvridning, forstuvning	9%
Hjernerystelse	3%
Forbrænding	0%
Forgiftning, ætsning	1%
Anden skade	3%
Ingen skade	3%

Tabel 37. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker i daginstitutioner.

Hoved, nakke	45%
Hænder	22%
Arme, skulder	11%
Fødder	14%
Ben	5%
Andet	3%

Skolen

Definition: Tallene i dette afsnit omfatter ulykker i skole og skolegård, samt ved skoleidræt. Ulykkerne i skole og skolegård er begrænset til perioden mandag-fredag kl. 7-16, således at ulykker uden for skoletiden ikke indgår. I praksis kan det dog være svært at skelne ulykker i skolefritidsordninger (SFO) fra ulykker i skolen, da de samme områder ofte benyttes af begge institutionstyper.

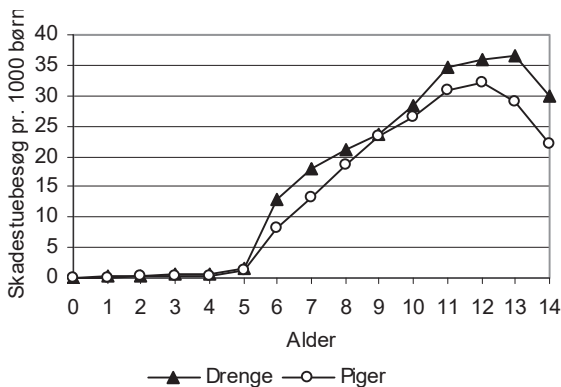
Omfang: Der er ca. 24.000 skadestuebesøg pr. år, heraf fører ca. 500 til indlæggelse (2%). Der sker ca. 0,2 dødsulykker om året.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Antallet af skadestuebesøg har været næsten konstant.

Alders/kønsfordeling: Flest skoleulykker sker hos børn mellem 10-13 år. 55% er drenge.

Figur 30. Køns- og aldersfordeling af ulykker i skolen.



Relativt få ulykker har direkte forbindelse med undervisningen, når der ses bort fra idræt/gymnastik. Der sker dog en række fagspecifikke ulykker, primært i de praktiske fag. Disse kan i et vist omfang identificeres ud fra de involverede produkter:

Idræt: Ca. 6500 ulykker årligt, svarende til mere end hver fjerde skoleulykke.

Hjemkundskab: Ca. 130 ulykker årligt (0,5%) med især køkkenknive (60) og komfurer og varmt vand (30).

Håndgerning: ca. 100 ulykker årligt (0,4%) med nåle samt symaskiner.

Fysik/kemi: Ca. 90 ulykker årligt (0,4%) med især glasudstyr (40) og kemikalier (25)

Træsøjld: Ca. 130 ulykker årligt (0,5%), skaderne sker med en lang række forskellige værktøjer, bl.a. knive, stemmejern, save, høvle, hamre, maskiner mv.

Desuden sker der skader med blyanter (100 årligt), sakse (60 årligt), andre skriveredskaber (50 årligt) samt andre skole/kontorartikler.

Produkter involveret: De hyppigste produkter var – ud over de tidligere nævnte – bolde (7%), døre (5%), legepladsredskaber (4%), trapper (2%), borde (2%), stole (2%), træer og grene (2%), vægge og mure (2%).

Den typiske ulykke er fald på samme niveau (26% af alle), f.eks. fald i skolegården. Hyppig er også "Kontakt med genstand" (22%), f.eks. ramt af bold, stødt mod mur. 15% skyldes "kontakt med person", typisk ved idræt eller voldsom leg. 10% skyldes "egen overbelastning", f.eks. forvriddning af fod. 6% skyldes klemning, ofte i døre.

Tabel 38. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker i skolen.

Kvæstelser	37%
Sår, hudafskrabning	19%
Brud	17%
Forvriddning, forstuvning	21%
Hjernerystelse	2%
Forbrænding	1%
Forgiftning, ætsning	0%
Anden skade	2%
Ingen skade	1%

Tabel 39. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker i skolen.

Hoved, nakke	19%
Hænder	39%
Arme, skulder	11%
Fødder	20%
Ben	8%
Andet	3%

Fortov, pladser, gader og veje (undtaget trafikulykker)

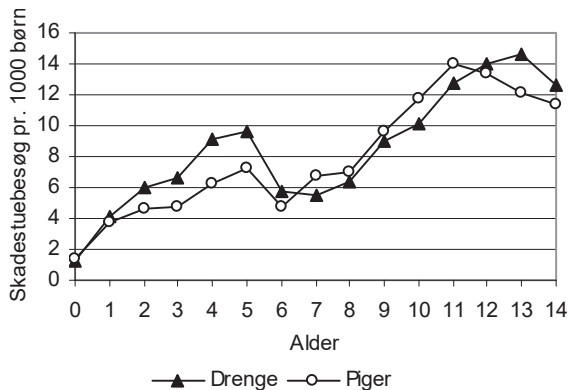
Definition: Omfatter ulykker i transportområde, dvs. fritidsulykker karakteriseret ved leg og ikke som køretøjsulykker.

Omfang ca. 8300 skadestuebesøg pr. år, 260 bliver indlagt (3%). Der sker ca. 0,5 dødsulykker om året.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Der har været betydelige variationer i ulykkesforekomsten. Samlet set har der været et betydeligt fald i antallet af skadestuebesøg, ca. 45%. Svingningerne i antallet af ulykker har nogenlunde fulgt antallet af rulleskøjteulykker, se opslaget om disse.

Alders/kønsfordeling: Stigende antal med alderen, flest ved 11-12 år. 53% er drenge. Faldet i forekomsten ved 6 år som vist på figur 31 skyldes, at cykelulykker først fra denne alder registreres som trafikulykker. Der er en del eneulykker med børnecykler i 4- og 5-års alderen, disse er registreret som fritidsulykker og derfor medtaget her.

Figur 31. Køns- og aldersfordeling af ulykker i trafikområder (fritidsulykker).



Sted: 2/3 af ulykkerne sker på fortov og gangstier, resten på vej, havn, busterminaler mv.

Produkter involveret: De hyppigste var rulleskøjter (17%), børnecykler (7%), bildøre (6%), løbehjul (7%), skateboard (4%), hunde (2%), fyrværkeri (1%).

2/3 af disse ulykker er fald, ofte på løbehjul, rulleskøjter, børnecykler eller skateboard. Disse ulykker er beskrevet i detaljer andetsteds. Desuden skyldes 13% kontakt med genstand eller person, f.eks. lygtepæle og skilte, fyrværkeri. 8% skyldes klemning, oftest i bildøre. 1-2% skyldes hundebid.

Dødsulykkerne er oftest forbundet med påkørsel af tog og fald i havn.

Tabel 40. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker i trafikområder (fritidsulykker).

Kvæstelser	30%
Sår, hudafskrabning	31%
Brud	19%
Forvridning, forstuvning	13%
Hjernerystelse	2%
Forbrænding	1%
Forgiftning, ætsning	0%
Anden skade	3%
Ingen skade	1%

Tabel 41. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker i trafikområder (fritidsulykker).

Hoved, nakke	29%
Hænder	32%
Arme, skulder	12%
Fødder	15%
Ben	10%
Andet, ingen	2%

Legepladser

Definition: Tallene omfatter ulykker som finder sted på legeplads i boligområde, institution eller forlystelsesparker, uanset om der er involveret legeredskaber eller ej.

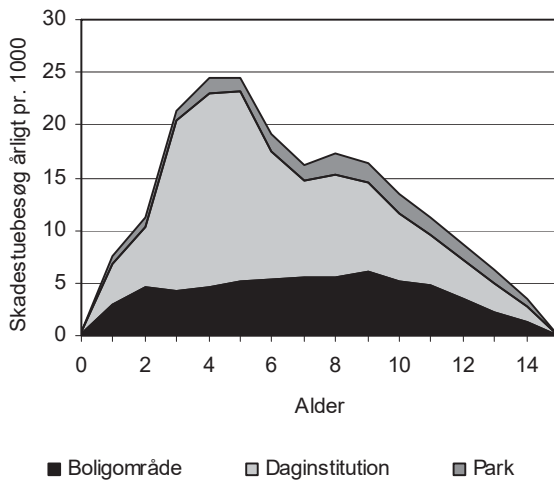
Omfang: Knap 14.000 skadestuebesøg pr. år, heraf indlægges 700 (5%). Der sker ca. 0,3 dødsulykker om året. Der skete i gennemsnit 4200 ulykker på legepladser i boligområder, 8300 på legepladser i daginstitutioner og 1300 på legepladser i forlystelsesparker mv.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Antallet af skadestuebesøg i forbindelse med ulykker på legepladser har været nogenlunde konstant i forhold til børnetallet.

Alders/kønsfordeling: Ulykker sker i alle aldre, dog flest omkring 4-5 års alderen. 59% af de tilskadekomne er drenge.

Figur 32. Ulykker på legepladser, fordelt på alder og type af legeplads.



Der er oftest tale om faldulykker (58%) på legepladsen. 14% skyldes at barnet bliver ramt af en ting, f.eks. en gyng, legeskovl mv. 6% skyldes at barnet støder ind i faste genstande, 4% skyldes direkte kontakt med andre børn (spark, sammenstød mv.), 4% er overbelastningsskader og 4% er klemningsulykker. Strangulationsulykker ses meget sjældent på skadestuen, se dog afsnittet om dødsulykker. Faste legepladsredskaber var involveret i hver tredje legepladsulykke. Mooncars, rulleskøjter, børnecykler og andet kørelegetøj var involveret i 10% af ulykkerne, og træer og grene var involveret i 8%.

Tabel 42. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker på legepladser.

Kvæstelser	30%
Sår, hudafskrabning	31%
Brud	21%
Forvridning, forstuvning	10%
Hjernerystelse	3%
Forbrænding	0%
Forgiftning, ætsning	1%
Anden skade	2%
Ingen skade	2%

Tabel 43. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker på legepladser.

Hoved, nakke	37%
Hænder	21%
Arme, skulder	15%
Fødder	16%
Ben	7%
Andet	4%

Legepladsredskaber

Definition: Tallene omfatter ulykker hvor faste legepladsredskaber (gynger, klatrestativer, sandkasser mv.) er involveret, uanset om de befinder sig på en legeplads, skolegård, i en have eller andre steder.

Omfang ca. 6700 skadestuebesøg pr. år, heraf førte 520 til indlæggelse (8%). Der sker ca. 0,2 dødsulykker om året.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børneulykker generelt: Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant. Der er dog blevet ca. 70% flere ulykker med legeredskaber i haver.

Alders/kønsfordeling: Flest ulykker fra 3-9 år, 55% er drenge.

Figur 33. Køns- og aldersfordeling af ulykker, der involverer legeredskaber.



Sted: Ulykkerne sker hyppigst på legepladser i boligområder (29%), institutionslegepladser (32%), skolegårde (14%), haver (9%), forlystelses/parkområder (7%).

De hyppigste involverede legeredskaber er gynges (29%), klatrestativer (19%), rutschebane (18%), legehuse/legetårn (12%), vippe (5%), sandkasse (3%), hængebro mv. (3%).

Gyngeskaderne sker oftest ved fald fra gyngen (72%), eller fordi man bliver ramt af gyngen (16%). Der er dog også klemningsulykker (4%), især af fingre. Faldene går oftest ud over armene og hænderne, og der er mange håndledsbrud. Det er oftest hovedet, der rammes af gyngen, og dette giver hyppigt åbne sår. Det er især de mindste børn der bliver ramt af gynger, medens klemningsulykker mest rammer de lidt ældre. 7% af skaderne fører til indlæggelse.

Ulykker med **klatrestativ** er næsten altid fald (93%). De hyppigste skader er brud på underarm og håndled, kvæstelse af foden, sår i hovedet, forstuvet ankel, hjernerystelse, samt brud på kravebenet. Mange af ulykkerne er relativt alvorlige, og ca. 10% fører til indlæggelse. Der er flere typer ulykker med **rutschebaner**. Halvdelen skyldes fald, de fleste fra rutschebanen, men også en del på rutschebanen. En del skader skyldes sammenstød mellem børn. En del får splinter. 5% af skaderne fører til indlæggelse. Ulykkerne med **legehuse og legetårne** er især fald, og adskiller sig ikke væsentligt fra klatrestativerne – der er dog lidt færre indlæggelser (7%).

Flertallet af ulykkerne med **vipper** er fald, hver sjette barn rammes af vippen, og nogle bliver klemt, fordi de får armen, fingre eller fødder under vippen. 5% af skaderne med vipper fører til indlæggelse, især faldulykkerne. De hyppigste skader med vipper er kvæstelser, sår og brud, især sår på hovedet og brækkede håndled og arme. Skaderne i **sandkasser** rammer især de mindste børn, og det er oftest fald, hvor barnet rammer sandkassen. Skaderne er langt fra uskyldige, idet 7% indlægges. De hyppigste skader er sår og hudafskrabninger (40%), mens 16% brækker arm, håndled eller andet. 5% fik sand i øjnene.

Tabel 44. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker med legeredskaber.

Kvæstelser	33%
Sår, hudafskrabning	20%
Brud	30%
Forvridning, forstuvning	10%
Hjernerystelse	4%
Forbrænding	0%
Forgiftning, ætsning	0%
Anden skade	2%
Ingen skade	1%

Tabel 45. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker med legeredskaber.

Hoved, nakke	29%
Hænder	19%
Arme, skulder	23%
Fødder	16%
Ben	6%
Andet	7%

Naturen

Definition: Ulykker som forekommer på uopdyrket land, i skov, på strand, i hav, sø og vandløb.

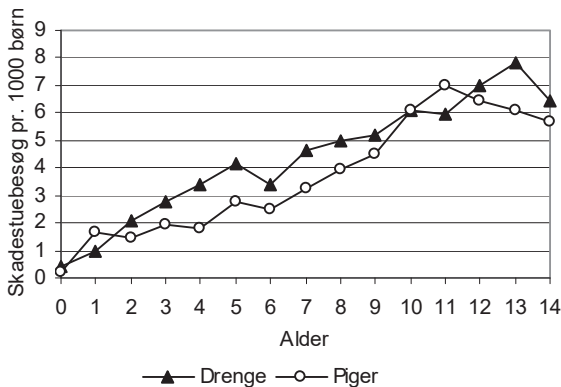
Omfang: ca. 4100 skadestuebesøg pr. år, 170 indlægges (4%). Der sker ca. 3 dødsulykker årligt.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg er steget med ca. 50%. Denne stigning kan dog i stor udstrækning forklares ved en forøgelse af ulykkesregisterets optageområde til at omfatte flere naturområder.

Alders/kønsfordeling: Ulykkeshyppigheden er stigende med alderen, flest kommer til skade i alderen 10-13 år. 55% er drenge.

Produkter involveret: De hyppigste var kælke (8%), heste (8%), træer og grene (8%), skovflåter (5%), fiskekroge (2%), knive (1,5%), ski (1%).

Figur 34. Køns- og aldersfordeling af ulykker i naturen.



De hyppigste skademåder er fald (43%), snit, rivning og stik (13%), insektstik (8%), overbelastning (8%). Faldene sker ofte blot på jorden, eller i forbindelse med klatring i træer. Sidstnævnte er klart de alvorligste ulykker, idet 1/5 indlægges. Snit/stiksårene skyldes bl.a. fiskekroge, knive, sten (især ved badning) eller glasskår. Skovflåten er det insekt der hyppigst medfører skadestuekontakt, langt flere end alle andre insekter tilsammen.

Tabel 46. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker i naturen.

Kvæstelser	23%
Sår, hudafskrabning	31%
Brud	17%
Forvridning, forstuvning	14%
Hjernerystelse	2%
Forbrænding	1%
Forgiftning, ætsning	8%
Anden skade	3%
Ingen skade	1%

Tabel 47. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker i naturen.

Hoved, nakke	22%
Hænder	25%
Arme, skulder	12%
Fødder	23%
Ben	12%
Andet	6%

Skadesmekanisme

Faldulykker

Definition: Fald, dog ikke fald i forbindelse med trafikulykker.

Omfang: ca. 69.000 skadestuebesøg pr. år, heraf fører 3300 til indlæggelse. Der er ca. 2 dødsfald om året.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant.

Alders/kønsfordeling: Faldulykker er hyppigst omkring 1-3 år og igen omkring 10-12 år. Ca. 54% er drenge.

Sted: Faldulykker sker i og omkring boligen (43%), daginstitutioner og skole (28%), i idrætsanlæg (13%), på fortove og veje (8%).

Fald er langt den hyppigste årsag til skader blandt børn, idet de er årsag til næsten halvdelen af alle skader og næsten to tredjedele af alle sygehusindlæggelser. To ud af tre fald sker på samme niveau, altså på gulv, fortov, græsplane mv. 9% sker fra 1 meters højde eller mere, 19% sker fra højder under 1 meter, og 6% sker på eller fra trapper. Fald forekommer alle steder, hvor børn færdes: i hjemmet, i institutioner, på fortovet, på legepladser, i haven, ved idræt. Nogle steder er faldene mere alvorlige end andre steder. Fald i haver, på legepladser og i naturen medfører forholdsvis mange indlæggelser, idet der her er tale om større faldhøjder. Blandt de børn, der falder fra et højere niveau, falder 17% fra eller på trapper, 10% fra stole, 7% fra heste, 6% fra senge (heraf er hver tredje en køjeseng), 5% fra borde, 5% fra klatrestativer og legehuse, 4% fra træer, 4% fra gynger, 4% fra sofaer. De fleste fald sker dog på samme niveau, og af disse involverer 6% rulleskøjter, 2% skøjter, 2% løbehjul, 1% skateboard. Ser man alene på de fald der fører til indlæggelse, sker faldene hyppigst fra træer (6%), heste (5%), trapper, rulleskøjter, klatrestativer, gynger (4% hver), borde, senge og stole (3% hver). Hver tredje faldulykke der fører til indlæggelse er fald på samme niveau, altså på gulv, fortov, græsplæne mv. Faldulykker medfører vidt forskellige skader, afhængig af situationen. De mindste børn har langt flere hovedskader end de større: Hovedskaderne

udgør 85% af skaderne for de 0-årige og kun 9% for de 13-14 årige. Fald fra pusleborde, høje stole, indkøbsvogne og køkkenborde medfører ofte hjernerystelse eller observation for dette. Knoglebrud udgør over en tredjedel af skaderne ved fald fra træer, gynger, rulleskøjter, hoppepuder, klatrestativer, motocrosscykler, ski, vipper og trampoliner.

Dødsulykkerne skyldes ofte fald ud af vinduer, oftest fra 2. sal eller højere. Der er dog også eksempler på fald fra mindre højde (ribbe, puslebord, køkkenbord) eller på samme niveau.

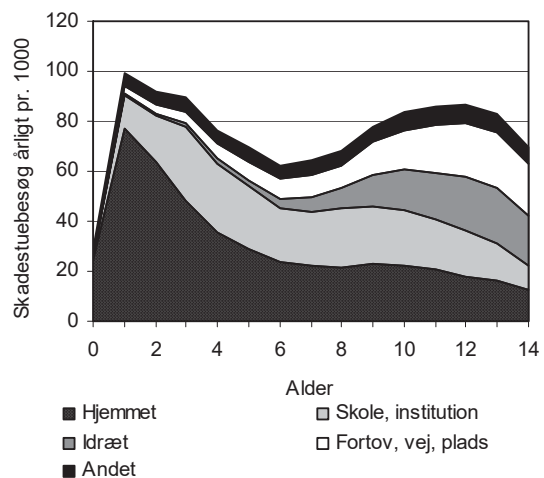
Tabel 48. Fordeling af læsionstyper for børns faldulykker.

Kvæstelser	31%
Sår, hudafskrabning	30%
Brud	22%
Forvridding, forstuvning	9%
Hjernerystelse	4%
Anden skade	3%
Ingen skade	1%

Tabel 49. Skadernes fordeling på kropsdel, børns faldulykker.

Hoved, nakke	40%
Hænder	22%
Arme, skulder	17%
Fødder	9%
Ben	8%
Andet	4%

Figur 35. Faldulykker, fordelt på alder og ulykkessted.



Kontaktulykker

Definition: Ulykker, hvor skaden skyldes kontakt med en genstand, person eller dyr. Trafikulykker er ofte kontaktulykker. Disse er beskrevet i særskilte opslag og derfor ikke medtaget her.

Omfang: ca. 45.000 skadestuebesøg pr. år, heraf fører 600 til indlæggelse (1,3%). Der er ca. 2 dødsfald om året.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant.

Alders/kønsfordeling: Hyppigheden af kontaktulykker stiger med alderen og er størst omkring 13 år. Ca. 58% af de tilskadekomne er drenge.

Sted: Kontaktskader sker mange forskellige steder. De fleste sker i boligen (34%), især blandt de mindste børn. 28% sker i idrætsområder, især for de ældre børn. Andre 28% af skaderne sker i skole og institution.

Kontaktskaderne fordeler sig nogenlunde jævnt på skader, som skyldes at barnet bliver ramt af en genstand, barnet støder ind en genstand, og hvor barnet kolliderer med et andet barn/personer. Omkring 2% skyldes kontakt med dyr. De genstande, man bliver ramt af, er først og fremmest bolde i forbindelse med idræt, fodbolde, håndbolde og basketbolde. Nogle bliver ramt af sten, legetøj, gynger, døre, borde, boldtræ og grene.

De ting, som børn hyppigst støder ind i, er borde, vægge, døre og dørkarme, radiatorer, stole, skabe og målstolper. Kontakt med person omfatter tilfælde hvor man bliver hevet eller løftet i armen, spark, sammenstød, tacklinger, finger i øjet, slåskamp (for sjov). Der er dog også tilfælde som må betegnes som vold, disse registreres dog ikke som sådan når børnene er under 10 år.

Dødsulykker har mange forskellige årsager.

Blandt disse kan nævnes: Ramt af tog, væltet landbrugsmaskine, ramt af fældet træ, slynget eller sparket af hest, sammenstyrtet bygning eller konstruktion, samt fyrværkeriskader.

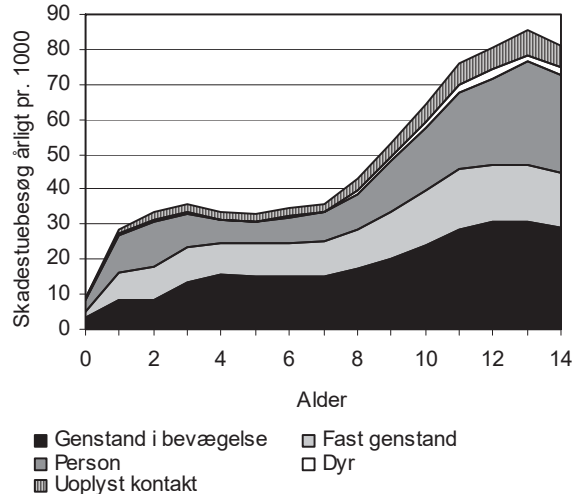
Tabel 50. Fordeling af læsionstyper for børns kontaktulykker.

Kvæstelser	39%
Sår, hudafskrabning	26%
Brud	14%
Forvridning, forstuvning	13%
Hjernerystelse	1%
Anden skade	6%
Ingen skade	1%

Tabel 51. Skadernes fordeling på kropsdel, børns kontaktulykker.

Hoved, nakke	32%
Hænder	31%
Arme, skulder	10%
Fødder	19%
Ben	6%
Andet	2%

Figur 36. Kontaktulykker (ikke trafikulykker), opdelt på alder og arten af kontakt.



Klemning

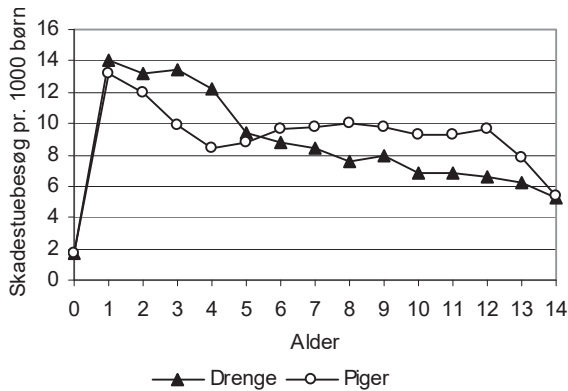
Definition: Ulykker, hvor skaden skyldes klemning mellem to genstande, personer eller dyr. Trafikulykker er ikke medtaget.

Omfang: ca. 9000 skadestuebesøg pr. år, heraf fører ca. 70 til indlæggelse (0,8%). Der er ca. 0,2 dødsfald årligt.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant.

Alders/kønsfordeling: Klemningsulykker sker i alle aldre, men er hyppigst ved 1-3 års alderen. Lige mange drenge og piger får klemnings-skader, men aldersfordelingen er forskellig, se figur 37.

Figur 37. Køns- og aldersfordeling af ulykker ved klemning.



Sted: Halvdelen af klemnings-skaderne (49%) sker i boligområdet, og 33% sker i daginstitution og skole. 7% sker i transportområder.

Produkter involveret: Klemningerne sker hyppigst i døre (50%) og bildøre (13%). Desuden sker klemning i kørelegetøj (1,4%), vinduer (1%), gynger (0,8%) samt en lang række andre ting.

Dødsulykkerne skyldes især klemning i landbrugsmaskiner.

Tabel 52. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker ved klemning.

Kvæstelser	49%
Sår, hudafskrabning	33%
Brud	11%
Forvridning, forstuvning	5%
Hjernerystelse	0%
Anden skade	2%
Ingen skade	0%

Tabel 53. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker ved klemning.

Hoved, nakke	1%
Hænder (især fingre)	86%
Arme, skulder	2%
Fødder	9%
Ben	2%
Andet	0%

Snit, stik, klipning mv.

Definition: Ulykker, hvor skaden skyldes en genstand der skærer, river, stikker, hugger, saver eller klipper.

Omfang: ca. 8000 skadestuebesøg pr. år, heraf fører 120 til indlæggelse. Der sker ca. 0,5 dødsfald årligt. Snit, hug og savning omfatter tilsammen to tredjedele af skaderne. Stikskader udgør knap en tredjedel. Klipning udgør 3% og rivning 2%.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant.

Alders/kønsfordeling: Ulykkerne sker i alle aldre, men er hyppigst for børn omkring 10-11 år. Ca. 64% af de tilskadekomne er drenge.

Sted: Skaderne sker oftest i boligområder (56%) samt i daginstitution og skole (24%). 7% sker i naturen.

Produkter involveret: Det er ofte knive, der er skyld i skaderne (20%). Der er dog også mange skader med glasskår (9%, oftest i foden), træsplinter (6%), søm (5%), sakse (4%), dolke (3%), nåle (3%), torne (2%), fiskekroge (2%), sten (2%), blyanter (1,5%).

Dødsulykkerne skyldes oftest vådeskud. Enkelte er sket i elevatorer.

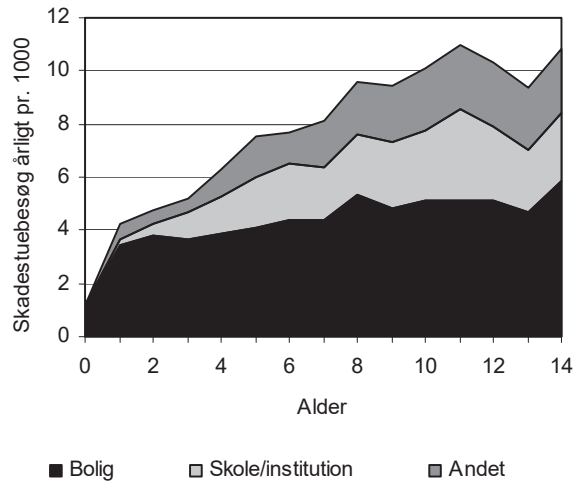
Tabel 54. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker ved snit, stik, klipning mv.

Kvæstelser	2%
Sår, hudafskrabning	96%
Brud	0%
Forvridning, forstuvning	0%
Hjernerystelse	0%
Forbrænding	0%
Forgiftning, ætsning	0%
Anden skade	2%
Ingen skade	0%

Tabel 55. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker ved snit, stik, klipning mv.

Hoved, nakke	5%
Hænder	59%
Arme, skulder	3%
Fødder	23%
Ben	8%
Andet	2%

Figur 38. Ulykker ved snit, stik, klipning mv., opdelt på alder og ulykkested.



Bid og stik af dyr og mennesker

Definition: Ulykker, hvor skaden skyldes bid af dyr eller mennesker, samt insektstik og andre stik fra dyr. Se endvidere opslaget om ulykker der involverer husdyr, dette omfatter også andre skader end bid.

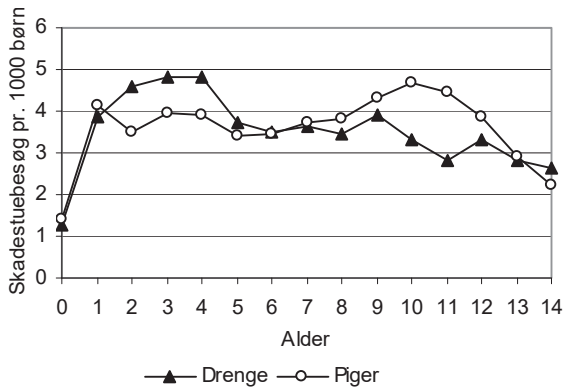
Omfang: ca. 3600 skadestuebesøg pr. år, heraf fører 90 til indlæggelse (2,5%). Enkelte dødsulykker er forekommet som følge af hundebid (i alt to i perioden 1975-2000).

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Antallet af skadestuebesøg er faldet med omkring 35%. Det lave tal i 2005 skyldes de særligt få insektstik, men antallet af både stik og bid er faldet gennem hele perioden. Se figur 40.

Alders/kønsfordeling: Skaderne rammer børn i alle aldre, de er dog mindre hyppige for 0-årige og 13-14 årige. De rammer drenge og piger lige hyppigt.

Figur 39. Køns- og aldersfordeling af ulykker ved bid og stik.



Sted: Hunde- og kattebid sker oftest i boligen (80%), bid fra børn i daginstitutioner. Insektstik sker mange forskellige steder. Bid fra kaniner sker både i daginstitutioner og i boligen.

De hyppigste dyr er hunde (28%), skovflåt (21%), diverse andre insekter (33%), Kaniner og lignende (5%), heste (3%), katte (2%), bid af andre børn (2%), bid i barnet selv, f.eks. i læben (2%), mus og rotter (1%). Blandt de mere sjældne dyr med under 10 skadestuebesøg årligt er geder, hugorm, krybdyr, brandmænd, fjæsinger (stukket i hånden, som regel på fisketur). Hundebid rammer oftest

ansigtet (47%) eller hænder og arme (33%). Insektstik rammer især hovedet og arme. For myggenes vedkommende også benene. Skovflåter sætter sig også inde på kroppen, men halvdelen sidder i ansigtet eller på halsen og i nakken. Kaniner, heste og katte bider primært i hænderne.

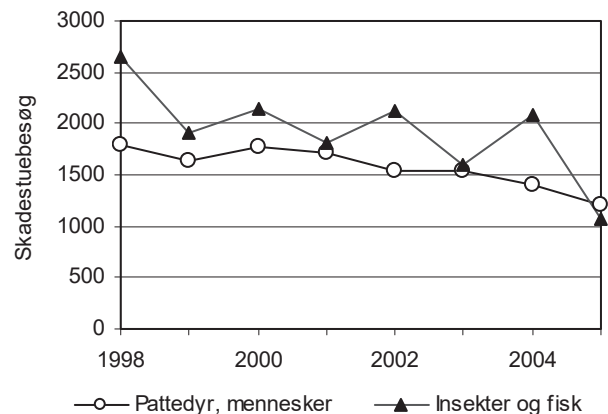
Tabel 56. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker ved bid og stik. Insektstik registreres som "forgiftning".

Kvæstelser	2%
Sår, hudafskrabning	43%
Brud	0%
Forvridning, forstuvning	0%
Forgiftning	54%
Anden skade	1%
Ingen skade	0%

Tabel 57. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker ved bid og stik.

Hoved, nakke	40%
Hænder	23%
Arme, skulder	10%
Fødder	6%
Ben	11%
Andet	10%

Figur 40. Udvikling i bid og stik 1998-2005, for pattedyr, herunder mennesker, samt insekter og fisk.



Fremmedlegeme i øje, øre, mund mv.

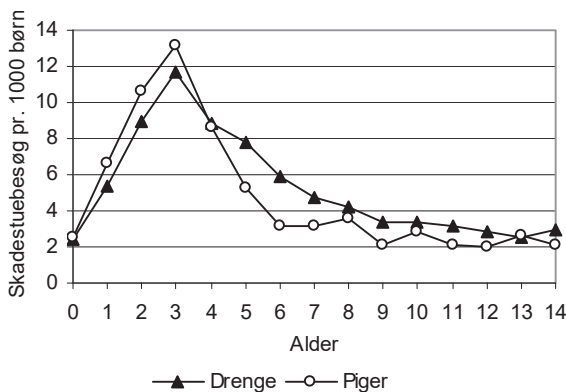
Definition: Ulykker, hvor der er kommet et fremmedlegeme ind i kroppen via en naturlig åbning. Se dog også under kvælning.

Omfang: ca. 5000 skadestuebesøg pr. år, heraf fører 100 til indlæggelse (2%). De dødsfald der kunne henføres til denne skademechanisme er klassificeret som kvælning.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant.

Alders/kønsfordeling: Ulykker med fremmedlegeme er hyppigst i 2-4 års alderen. 54% er drenge. Dette gennemsnit dækker dog over, at det især er 0-2 årige der får fremmedlegemer i munden, 2-4 årige der får puttet noget i næsen, 3-5 årige der får noget i øret, og børn i alle aldre der får noget i øjet.

Figur 41. Køns- og aldersfordeling af ulykker med fremmedlegeme.



Sted: Over halvdelen af skaderne sker i boligen (58%). Flertallet af resten sker i daginstitution eller skole (24%).

Det er mange forskellige ting der kommer ind. I munden er det oftest mønter, fiskeben, legetøj, slik, glasskår, nåle – og meget andet. I næsen er det først og fremmest perler. Der kommer dog også småsten, legetøj, mad, slik og papir op. I øret kommer der oftest perler, småsten, vatpinde, legetøj samt splatterkugler og smykker ind. Det der kommer i øjet, er partikler af forskellig art, samt – mere alvorligt – fyrværkeri. Sidstnævnte udgør dog kun 1% af fremmedlegemerne. Indlæggelserne skyldes næsten altid fremmedlegeme gennem munden. Generelt er der ikke fundet skader i 38% af tilfældene.

Tabel 58. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker med fremmedlegeme.

Øje	38%
Øre	12%
Mund	21%
Næse	29%
Anus, vagina	0,3%

Forbrændinger:

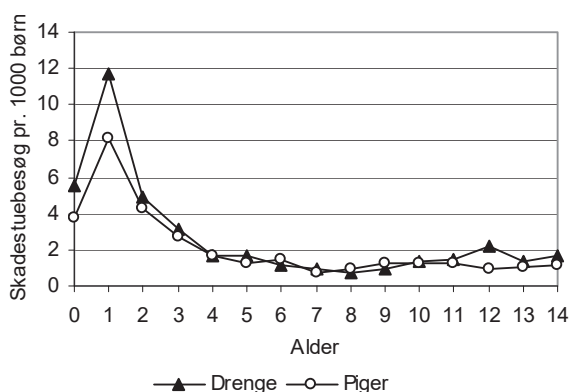
Definition: Omfatter skoldning på væsker eller damp samt forbrænding med ild, varme eller kolde genstande.

Omfang: ca. 2400 pr. år, 110 indlægges. Der er omkring 2 dødsfald årligt som følge af forbrændinger. Hertil kommer yderligere 2 dødsfald som følge af røgforgiftning ved brand.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg er faldet med ca. 10%.

Alders/kønsfordeling: Forbrændinger sker hyppigt i alderen 0-2 år, og især for 1-årige. Drengene udgør 57% af de tilskadekomne.

Figur 42. Køns- og aldersfordeling af forbrændingsulykker.



Sted: Forbrændinger sker oftest i køkkenet (38%), og kun 17% får forbrændinger andre steder end i boligen, f.eks. kun 3% i daginstitutioner og 4% i skolen.

Den hyppigste årsag til forbrændinger er varme eller ligefrem kogende væsker (varmt/kogende vand 17%, te 11%, kaffe 7%, stegefedt og olie 2%, suppe 2%, sovs 1%). Mange børn brænder sig på komfur og ovn (18%), brændeovn (5%), havegrill (3%), fyrværkeri (3%), strygejern (2%) og andre genstande, men disse forbrændinger er mindre alvorlige og fører sjældent til indlæggelse. Åben ild er årsag til 8% af forbrændingerne. Forfrysninger er sjældne, ca. 4 tilfælde om året. Skoldninger som involverer el-kedler udgør 1%. Skoldninger i brusser/badekar forekommer, men relativt sjældent. Blandt de produkter der er involveret i et stigende antal skader er brændeovne og havegrill.

Dødsulykkerne skyldes næsten alle ild/brand, ofte antændt ved små børns leg med en lighter. Mange brande sker desuden i TV, tøj (ofte ved brug af brandbare væsker), lamper (især halogen). Desuden er der en del brande i stegefedt.

Tabel 59. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker ved forbrænding.

Hoved, nakke	10%
Hænder	47%
Arme, skulder	11%
Fødder	8%
Ben	11%
Andet	13%

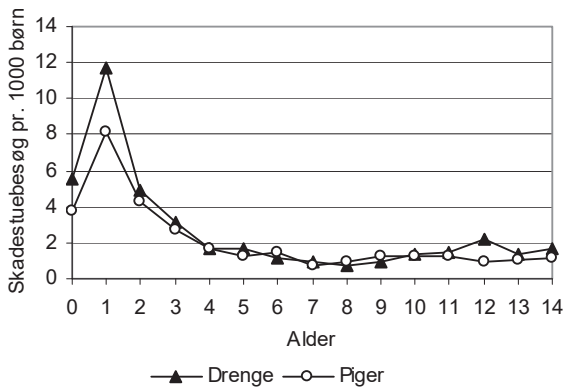
Forgiftninger og ætsninger (undtaget røgforgiftning)

Omfang: ca. 1900 skadestuebesøg pr. år, 440 indlægges. Der forekommer godt et dødsfald om året.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant siden 1998, men **faldende** siden 1990, se figur 44. Antallet af sygehusindlæggelser har været stigende siden 1998.

Alders/kønsfordeling: Forgiftninger rammer de mindste børn, især i 1-2 års alderen. Drengene udgør 56%. Forgiftningsmønsteret er stærkt aldersafhængigt. Blandt de 0-årige skyldes næsten halvdelen cigaretter og skod. I 1-2 års alderen er der mange der indtager rengøringsmidler samt lampeolie. I 2-4 års alderen er der mange der spiser medicin- og vitaminpiller. Bær og svampe står på menuen fra 5-9 års alderen. De 10-14 årige bliver forgiftet af især kemikalier og rengøringsmidler, typisk i skolen.

Figur 43. Køns- og aldersfordeling af ulykker ved forgiftning og ætsning.



Sted: Flertallet af forgiftningerne sker i boligområder (78%), eller i skole og institution (11%). Hvor forgiftningerne i boligen sker med kemikalier, cigaretter og piller, sker de i institutionerne med bær, planter og svampe.

De hyppigste forgiftninger sker med bær og buske (184 årligt / heraf 42 indlagt), cigaretter (150/26), vitaminpiller (100/40), paracetamol og andre svage smertestillende piller (82/49), lampeolie og tændvæske (50/34), svampe (61/12), toilettrens (47/9),

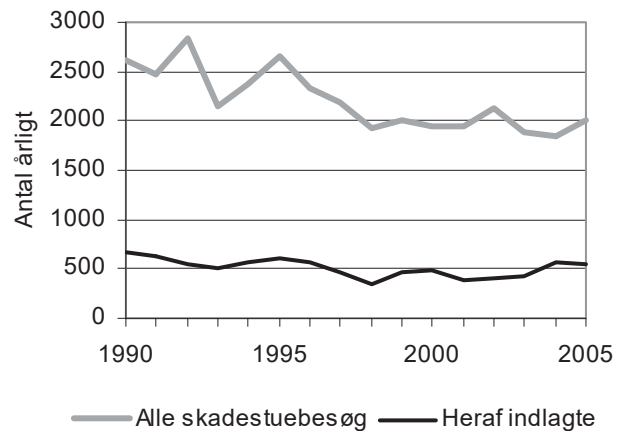
opvaskemiddel (58/5), kalkfjerner (43/10), andre smertestillende midler (30/14). I mange forgiftningstilfælde er der ingen skade konstateret. Dette gælder især for opvaskemiddel, svampe, toiletrens, rengøringsmiddel. Andelen af forgiftninger med medicin er stigende. Det totale antal af forgiftninger er faldet betydeligt i 1990'erne og har derefter været konstant. Forgiftningsmønsteret har dog ændret sig, og selv om antallet af skadestuebesøg er faldet siden 1998, er antallet af indlæggelser efter forgiftninger nogenlunde konstant. I et studie i Odense blev det fundet, at hyppigheden af forgiftninger med husholdningskemikalier ikke er faldet siden 1980'erne, dog er antallet af forgiftninger med stærkt ætsende kemikalier næsten halveret (Johannsen, 2006)

Forgiftningsdødsulykker skyldes primært medicin som metadon og ketogan, samt ukrudtsmidler og benzin. Desuden er der tilfælde af kulliteforgiftning, som ikke med sikkerhed skyldes brand.

Tabel 60. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker med forgiftning og ætsning.

Øje	22%
Læbe, mund	4%
Hals	2%
Helkrop	67%
Andet	5%

Figur 44. Udviklingen i forgiftninger 1990-2005



Ulykker som involverer husdyr

Definition: Ulykker hvor husdyr er involveret (hund, kat, kaniner, landbrugsdyr). Hesterelaterede ulykker er ikke medtaget, da rideulykkerne er beskrevet under idrætsskader. Bid af hund, kat mv. indgår desuden også i opslaget om bid og stik.

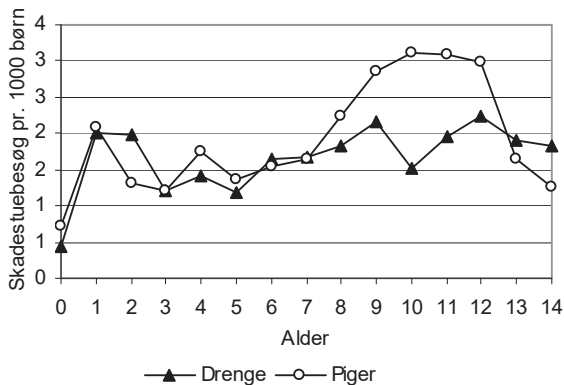
Omfang: ca. 1800 pr. år, 40 indlagte. Der er ca. 0,3 dødsfald om året, oftest pga. hundebid.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Et betydeligt fald på ca. 30%, der er faldt både for hund, kat, kaniner mv. I forhold til 1990 er faldet betydeligt større, se fig. 46.

Dyr involveret: 75% hunde, 10% katte, 10% kaniner og andre gnavere. Køer, geder og andre landbrugsdyr er involveret i ca. 20 ulykker årligt. Der er desuden enkelte eksempler på bid af papegøjer, varaner og slanger.

Alders/kønsfordeling: Skader med husdyr involverer børn i alle aldre. Flest piger, ca. 53%, får skader. Hundeskader rammer alle aldre fra 1-14 år. Medens flest drenge skades af hunde, skades flest piger af kaniner og katte. Kaninskader rammer især børn mellem 9 og 12 år.

Figur 45. Køns- og aldersfordeling af ulykker, som involverer husdyr.



Sted: Hunde- og katteskader sker fortrinsvis i boligen, dog sker 13% af hundeskaderne på fortove og veje. Kaninbid forekommer lige ofte i boligen og i institutioner.

Skadestype: Hundeskaderne skyldes oftest bid (76%), men også sammenstød o. lign. (14%) eller fald (4%). Katteskaderne skyldes oftest bid

(50%) eller rivning eller anden kontakt med katten (44%). Kaninskaderne skyldes næsten udelukkende bid (92%). Halvdelen af hunde- og katteskaderne rammer hovedet, særlig hos de mindre børn, og en tredjedel rammer arme og hænder. Kaninerne bider næsten altid hænder og arme (83%).

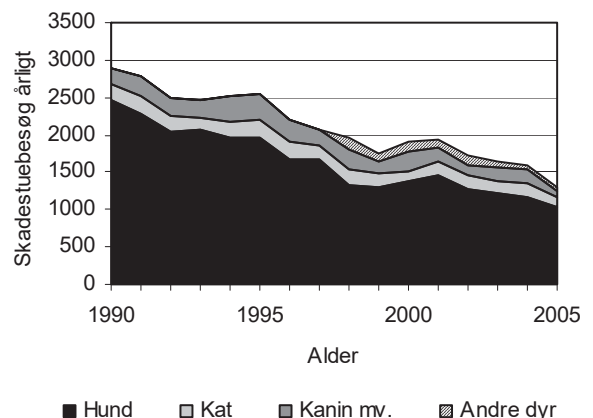
Tabel 61. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker med husdyr.

Kvæstelser	8%
Sår, hudafskrabning	83%
Brud	3%
Forvridning, forstuvning	3%
Hjernerystelse	1%
Anden skade	1%
Ingen skade	1%

Tabel 62. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker med husdyr.

Hoved, nakke	42%
Hænder	30%
Arme, skulder	10%
Fødder	3%
Ben	10%
Andet	5%

Figur 46. Ulykker hvor husdyr er involveret. Udvikling 1990-2005, opdelt efter dyr. "Andre dyr" er først registreret fra 1998.



Fyrværkeriulykker

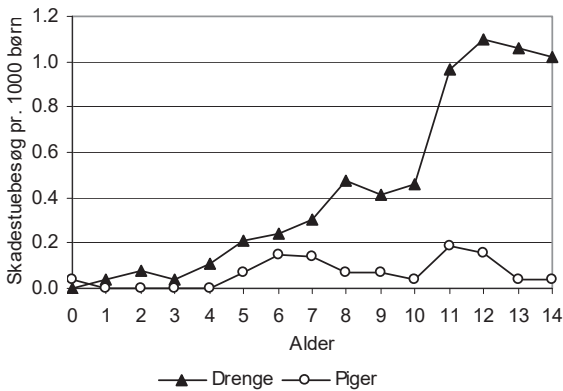
Definition: Ulykker hvor fyrværkeri er involveret

Omfang: ca. 250 pr. år, omkring 15 indlagte. Der er i perioden 1975-2000 forekommet et dødsfald.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Et betydeligt fald på ca. 50%.

Alders/kønsfordeling: Skader med fyrværkeri rammer især de ældste drenge.

Figur 47. Køns- og aldersfordeling af fyrværkeriulykker.



Sted: Fyrværkeriulykker sker især på fortove og veje (37%) samt i indgang, have og andre steder omkring boligen (40%). Desuden sker nogle på legepladser og i skolegårde (6%). Enkelte sker indendørs (5%), sidstnævnte er især skader der skyldes bordbomber, stjernekastere og lignende.

Fyrværkerityper: Fyrværkeritypen var kendt i ca. 65% af tilfældene. Af disse var de hyppigste typer heksehyl (37%), raketter (19%), kanonslag og lignende (15%). 6% skyldtes hjemmelavet fyrværkeri eller forsøg på at skille fyrværkeri ad. Blandt de øvrige typer med flere ulykkestilfælde var strygere, knaldperler, romerlys, fontæner, batterier, bomberør og hundepropper.

Tabel 63. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker med fyrværkeri.

Kvæstelser	10%
Sår, hudafskrabning	27%
Brud	2%
Forvridning, forstuvning	0%
Hjernerystelse	0%
Forbrænding	54%
Forgiftning, ætsning	0%
Anden skade	5%
Ingen skade	2%

Tabel 64. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker med fyrværkeri.

Øjne	19%
Hoved i øvrigt, nakke	24%
Hænder	44%
Arme, skulder	2%
Fødder	4%
Ben	4%
Andet	3%

Kvælning

Omfang: ca. 20 skadestuebesøg pr. år, 10 indlægges, omkring 6 om året døde (1995-2000). De følgende analyser omhandler dog dødsulykkerne i perioden 1991-2000.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Kvælningsulykker er for sjældne til at udviklingen kan vurderes sikkert. Se dog også afsnittet vedrørende dødsulykkerne.

Alders/kønsfordeling: Kvælningsulykker rammer primært de yngste børn på 0 og 1 år, men kan ramme børn i alle aldre. De yngste blev oftest kvalt i mad eller opkast, medens de ældre børn oftest var udsat for strangulation.

Sted: Ca. 2/3 kvælningsdødsfald sker i eller omkring boligen. 16% sker på skole eller institution (herunder institutioner for handicappede).

Produkter involveret: Forskellige produkter kan komme i luftvejene. Hyppigst er kvælning i **opkast, piller, nødder eller mad i øvrigt**. I alt er mad årsag til godt 1 kvælningsdødsfald årligt.

Der er en del kvælningstilfælde med **senge og sengetøj**. (knap 1 om året), f.eks. ved hængning mellem lameller i bund eller i sengehest, kvalt i dynebetræk eller klemt af forældre.

Barne- og klapvogne er også involveret i kvælningsulykker, ligeledes knap 1 dødsfald om året. Ulykkerne skete ved klemning under håndtag, i sele.

Sammenstyrtede **jord- og grushuler** var årsag til nogle dødsfald.

Strangulation og hængning er sket i jakkehætte, snor fra jakke, kælkesnor, hængende reb, hundesnor. Nogle af disse ulykker er sket på rutschebaner. Der var nogle få tilfælde af kvælning i **legetøj** (plastfigur, ballon).

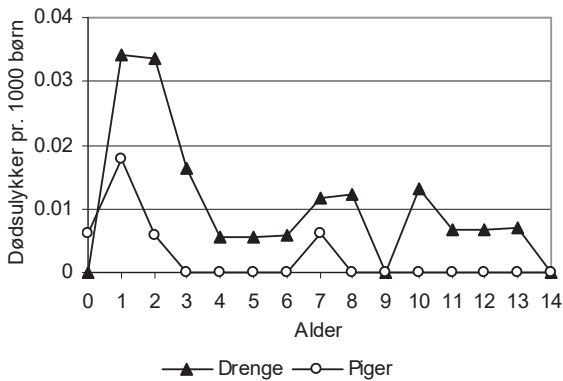
Drukning/nærdrukning

Omfang: ca. 10-20 skadestuebesøg pr. år, 0-10 indlagte. Omkring 7 drukner årligt. I det følgende er kun dødsulykker analyseret.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Der er for få dødsulykker til en analyse af den seneste periode. Der har dog været et betydeligt fald i antallet af dødsulykker siden 1975 som vist på fig. 49. Der har dog ikke været noget sikkert fald siden 1985.

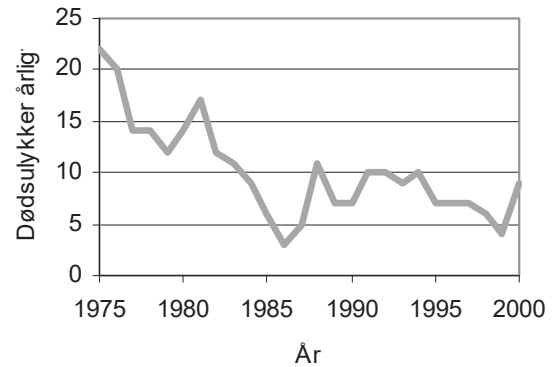
Alders/kønsfordeling: Drukneulykker rammer alle aldre, dog især 1-3 årige. 76% af de druknede børn er drenge. Kønsforskellen vokser med alderen: Medens kun halvdelen af de 0-årige der druknede er drenge, udgør drengene 90% af de druknede 10-14 årige.

Figur 48. Køns- og aldersfordeling af dødsulykker ved drukning.



Sted: Kun få dødsulykker (ca. 10%) skete i forbindelse med havbadning eller leg på stranden. Den største andel, 29% af alle drukneulykker blandt børn, skete i søer, branddamme, mergelgrave, moser og vandhuller – heraf halvdelen ved at gå gennem isen om vinteren. 11% druknede i vandløb. 19% af drukneulykkerne skete i havebassiner, swimmingpools og vandhuller i have, og 6% druknede i badekar. Ca. 5% skete i svømmehaller, friluftsbade og vandlande. 6% var druknet i ajelebeholdere, gylletanke eller møddinger. Resten af drukneulykkerne skete fra fartøjer, i havne og fjorde, i vandfyldte spande, smeltevand, afløbsbrønde, mudder.

Figur 49. Dødsulykker ved drukning, udvikling 1975-2000.



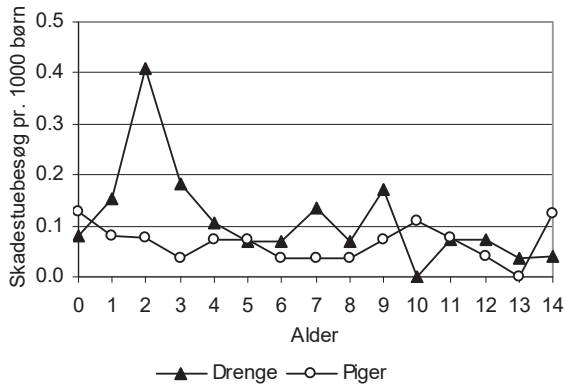
Ulykker med elektricitet

Omfang: ca. 90 skadestuebesøg pr. år, 20 indlagte. Der har været omkring 0,2 dødsfald årligt.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg er mere end fordoblet. Antallet af indlæggelser er dog ikke steget tilsvarende.

Alders/kønsfordeling: El-ulykker rammer hyppigst de 2-årige drenge, men i øvrigt alle aldersgrupper. Drenge er mere udsat end piger, 64% var drenge.

Figur 50. Køns- og aldersfordeling af ulykker med elektricitet.



Sted: El-ulykker sker hyppigst i boligen (69%). Der sker dog også ulykker på skoler (7%) og i daginstitutioner (11%). De øvrige el-ulykker sker i butikker, i landbrug (el-hegn), eller uoplyst sted.

Produkter involveret: Hyppigst er el-ledninger (31%), stikkontakter (18%) og lamper/fatninger (14%). Der er dog også stød fra elektriske apparater som gheftoblaster, støvsugere, brødrister, computer. Mindst hver fjerde ulykke skyldes defekte (uisolerede eller overlappede) ledninger og stik samt løse kontakter. Ca. 12% skyldes at børn stak piberensere, søm eller lignende i stikkontakter. Endelig er der en del ulykker ved isætning og udtagning af stik, samt når barnefinger kommer ind i en lampefatning.

Dødsulykkerne skyldes oftest lyn eller klatring i lysmaster. Der har ikke været nogen dødsfald blandt børn i forbindelse med el i boligen siden 1976.

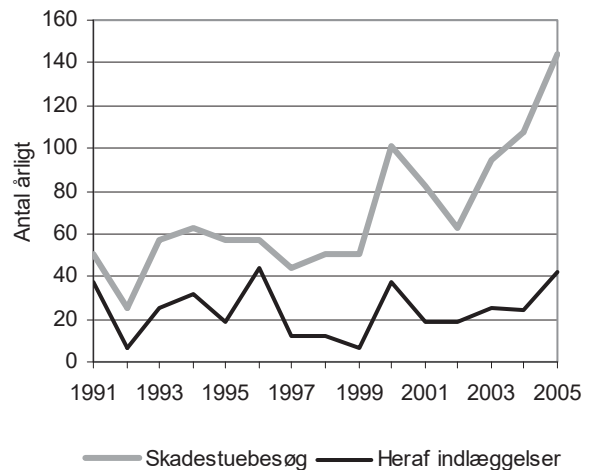
Tabel 65. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker med elektricitet.

Forbrænding	17%
Anden skade	76%
Ingen skade	7%

Tabel 66. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker med elektricitet.

Hoved, nakke	3%
Hænder	24%
Arme, skulder	0%
Fødder	0%
Ben	1%
Andet, ingen	72%

Figur 51. Udvikling i ulykker med elektricitet 1990-2005.



Trafikulykker

Cykelulykker

Definition: Ulykker under kørsel på cykel eller som cykelpassager, uanset hvor de sker, også udenfor veje og cykelstier. Omfatter ikke ulykker med børnecykler, når disse sker på legepladser, fortov mv. Med mindre andet er oplyst, regnes cykelulykker blandt cyklende børn under 6 år ikke med.

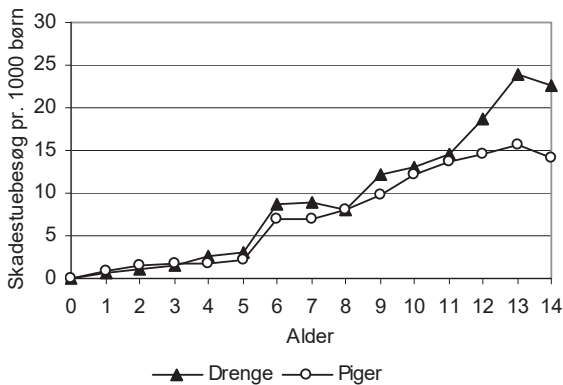
Omfang ca. 8.400 skadestuebesøg pr. år, 490 indlagte (6%). Der sker ca. 8 dødsulykker årligt.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Antallet af skadestuebesøg er faldet med gennemsnitligt ca. 10%, mest for de mindste børn ved transport på cykel, hvor antallet af skader er faldet med 40%. For de større børn har antallet været nogenlunde konstant.

Alders/kønsfordeling: Hyppigheden af cykelulykker stiger med alderen, og er hyppigst for de 13-14 årige (se figur 52). 57% er drenge. Der er meget få ulykker som cykelpassager blandt de små børn, og stort set ingen blandt 0-årige. Stigningen ved 6 år skyldes, at eneulykker på cykel fra denne alder er registreret som trafikulykker. Se også opslaget om "ulykker på gade og vej".

Figur 52. Køns- og aldersfordeling af cykelulykker.



Langt størstedelen af cykelulykkerne er eneulykker (87%). Blandt de mindste børn (0-4 år) skyldes skaderne primært, at fødder eller andet kommer i klemme i hjulene. Fra 6-års alderen dominerer fald med cyklen, svarende til at flertallet af cykelulykkerne fra denne alder sker når børnene selv kører. Der er meget få ulykker med børn i cykelanhænger, ca. 5 om året. Disse skyldes primært at anhængerens er væltet – der var i materialet kun et enkelt tilfælde af en påkørsel.

Modpartsulykker er sjældne blandt de mindste børn, først i 9-års alderen udgør de over 10%, hvoraf halvdelen er kollision med cykler og halvdelen med biler. Blandt de 14-årige er der en modpart i 20% af ulykkerne, oftest personbiler. Indlæggelser er hyppigst når modparten er et motorkøretøj (12% indlægges), medens kun 5-6% indlægges ved eneulykker eller hvor modparten er en cykel. Detaljerede analyser af cykelulykker er beskrevet tidligere, herunder betydningen af brug af cykelhjelme (Larsen *et al.*, 1994) (Laursen *et al.*, 2002) (Larsen, 2002)

Tabel 67. Fordeling af læsionstyper for børns cykelulykker.

Kvæstelser	33%
Sår, hudafskrabning	33%
Brud	20%
Forvridning, forstuvning	8%
Hjernerystelse	4%
Anden skade	2%
Ingen skade	0%

Tabel 68. Skadernes fordeling på kropsdel, børns cykelulykker.

Hoved, nakke	28%
Hænder	26%
Arme, skulder	18%
Fødder	11%
Ben	13%
Andet	4%

Ulykker som fodgænger

Definition: Ulykker hvor børn som fodgængere er påkørt af cykler, biler eller andre køretøjer. Som fodgænger medregnes børn på rulleskøjter, løbehjul mv.

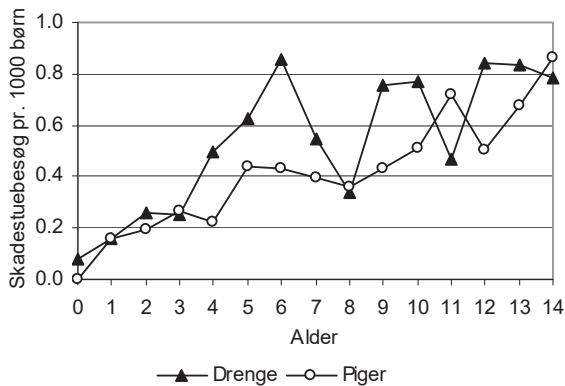
Omfang ca. 480 skadestuebesøg pr. år, 90 indlagte (19%). Der sker ca. 8 dødsulykker årligt.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant.

Alders/kønsfordeling: Ulykkerne er sjældne blandt de mindste børn, men rammer ellers jævnt alle aldre fra 6-14 år. 58% er drenge. Aldersfordelingen på figuren er ujævn på grund af det lille antal.

Figur 53. Køns- og aldersfordeling af ulykker som fodgænger.



Oftest skyldes ulykkerne påkørsel af en personbil (56%) eller cykel (25%). Når modparten er motor-køretøjer medfører skaderne oftere (22%) indlæggelse end når modparten er en cykel (5% indlægges). En del mindre børn bliver påkørt af bakkende biler eller biler i lav fart, ofte kørt af et familiemedlem. Kun meget få ulykker sker på løbehjul eller rulleskøjter (3% af påkørslerne).

Tabel 69. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker som fodgænger.

Kvæstelser	44%
Sår, hudafskrabning	24%
Brud	15%
Forvriddning, forstuvning	4%
Hjernerystelse	8%
Anden skade	4%
Ingen skade	1%

Tabel 70. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker som fodgænger.

Hoved, nakke	32%
Hænder	6%
Arme, skulder	9%
Fødder	24%
Ben	20%
Andet	9%

Ulykker i personbiler og varevogne

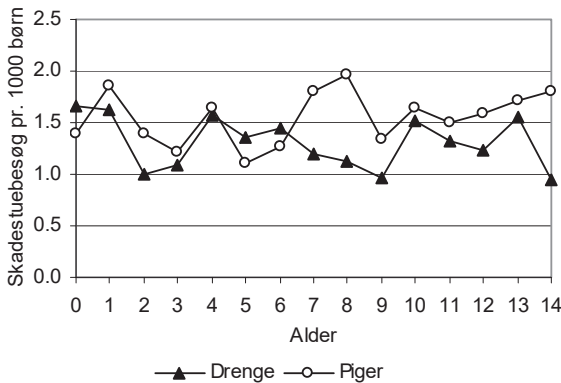
Definition: Trafikulykker hvor børn kommer til skade som passager i en personbil eller en varevogn. De to biltyper er slået sammen, da det i praksis kan være svært at skelne mellem dem, og fordi mange varevogne i dag benyttes til persontransport.

Antal skader: ca. 1400 børn kommer på skadestuen hvert år som bilpassager, heraf fører ca. 170 til indlæggelse (12%). Omkring 10 børn dør årligt.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant i perioden. Antallet af indlæggelser er dog mere end **fordoblet**, men det er uklart om dette skyldes, at ulykkerne er blevet mere alvorlige, eller om indlæggelsespraksis er ændret. Det sidste understøttes af, at en stigende andel af de indlagte ingen skader har.

Alders/kønsfordeling: Ulykkerne er jævnt fordelt over alle aldersgrupper af børn. De rammer drenge og piger næsten lige ofte – dog med en lille overvægt af piger (53%). Der er også en lille overvægt af piger blandt de indlagte.

Figur 54. Køns- og aldersfordeling af ulykker i bil.



Skadetyperne afhænger af barnets alder. Over halvdelen af børn under 3 år har ingen skader, medens det kun gælder 10-20% af de ældste børn. Til gengæld stiger andelen af forvridninger og forstuvninger (især af nakken) fra stort set ingen blandt småbørnene til ca. 15% blandt de ældste. Der ser ud til at være forskel i alvorlighed, afhængigt af modparten. Færrest indlagte (10%) er der i forbindelse med de ulykker hvor modparten er en personbil, medens andelen af indlagte er større ved eneulykker (19% indlagte), samt ulykker hvor lastbiler eller busser er modpart (21%).

Tabel 71. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker i biler.

Kvæstelser	37%
Sår, hudafskrabning	11%
Brud	2%
Forvridning, forstuvning	8%
Hjernerystelse	5%
Anden skade	6%
Ingen skade	31%

Tabel 72. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker i biler.

Hoved	26%
Hals, nakke	20%
Hænder	2%
Arme, skulder	3%
Fødder	2%
Ben	4%
Andet, ingen skade	43%

Ulykker på knallert, i bus mv.

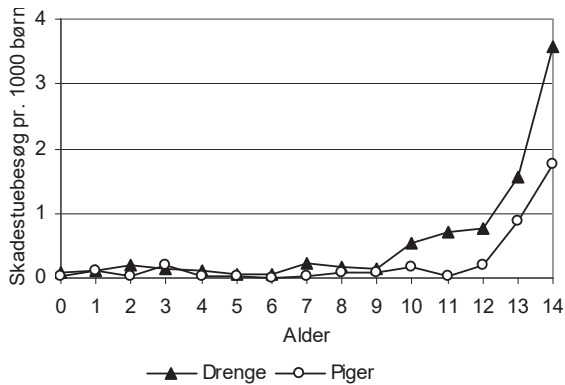
Definition: Omfatter ulykker hvor børn er kommet til skade på knallert, motorcykel, scooter, i bus, lastbil, traktor eller andre køretøjer – dog ikke tog.

Omfang Der er ca. 400 skadestuebesøg pr. år, heraf fører ca. 50 til indlæggelse (12%). Der er 1-2 dødsfald årligt.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg har samlet set været nogenlunde konstant. Dog er hyppigheden af knallertulykker steget med ca. 70%.

Alders/kønsfordeling: Hyppigheden stiger med alderen, og der sker absolut flest i 14-års alderen (knallertulykker). Langt størstedelen er drenge (70%).

Figur 55. Køns- og aldersfordeling af ulykker på knallert, i bus mv.



Halvdelen af ulykkerne (ca. 200 årligt) er knallertulykker, som især rammer 13-14 årige (og selvfølgelig også de ældre). Størstedelen (73%) af knallertulykkerne er eneulykker, flertallet af resten er kollision med biler. Desuden er der en del motorcykel- og scooterulykker (især på motocrosscykler). Her er eneulykkerne altdominerende (91%). Der er desuden ca. 70 der årligt kommer til skade som buspassager. Sidstnævnte ulykker sker ved hårde opbremsninger eller påkørsel. Generelt er knallertulykkerne de alvorligste med 19% indlagte.

Tabel 73. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker på knallert, i bus mv.

Kvæstelser	35%
Sår, hudafskrabning	27%
Brud	19%
Forvridning, forstuvning	10%
Hjernerystelse	5%
Anden skade	2%
Ingen skade	2%

Tabel 74. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker på knallert, i bus mv.

Hoved, nakke	25%
Hænder	16%
Arme, skulder	13%
Fødder	11%
Ben	28%
Andet	7%

Ildrætsgrene

Fodbold

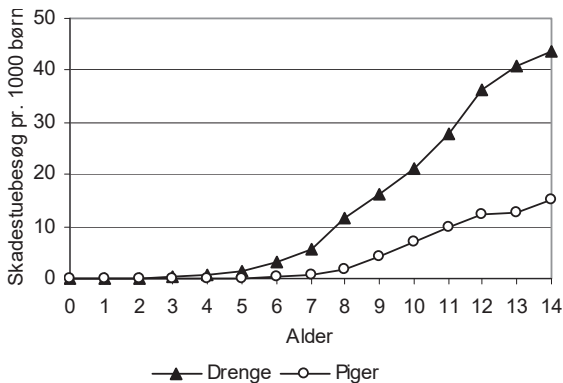
Antal skader: ca. 9000 skadestuebesøg pr. år, heraf bliver 190 (2%) indlagt årligt. Dermed er fodbold den idrætsgren, der medfører flest skader. Antallet af indlæggelser overgås dog af ridning.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant, men i forhold til 1990 er der tale om en stigning. For pigerne er der en stigning på ca. 50% siden 1998.

Alders/kønsfordeling af de skadede: Fodboldskaderne bliver hyppigere med stigende alder og er flest ved 14-års alderen. Ca. 75% er drenge. Set i forhold til klubbernes medlemstal har piger en lidt højere (20%) risiko end drengene.

Figur 56. Køns- og aldersfordeling af ulykker ved fodbold.



De hyppigste skademe mekanismer i fodbold er personkontakt, som er årsag til 30% af skaderne. Fald er årsag til 22% af skaderne. Dernæst kommer overbelastningsskader (18%), f.eks. når man vrider om i anklen. Kontakt med bold (oftest ramt af bold) udgør ca. 16% af skaderne. Ca. 4% af skaderne skyldes spark mod målstolpe, i jorden eller anden kontakt med faste genstande. Drenge og piger har næsten samme ulykkesmønster, dog får piger flere forstuvninger og færre brud end drenge. Det skal

bemærkes, at især korsbåndsskader ofte ikke diagnosticeres i skadestuen, og derfor ikke fremgår korrekt af tabellen over læsionstyper. Ifølge Dansk Korsbåndregister er der årligt 2,4 korsbåndsoperationer pr. 1000 mandlige og 1,8 pr. 1000 kvindelige fodboldspillere.

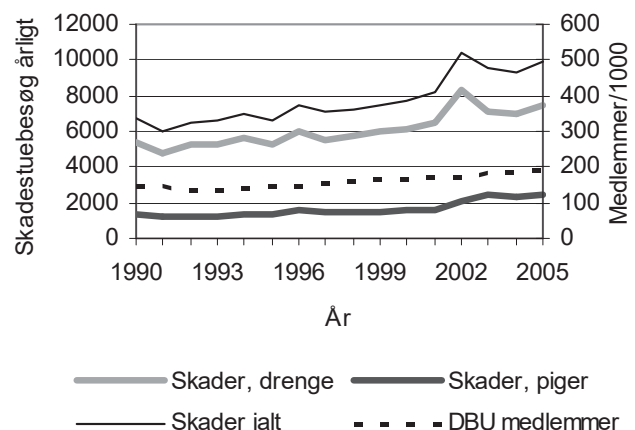
Tabel 75. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker ved fodbold.

Kvæstelser	39%
Sår, hudafskrabning	4%
Brud	21%
Forvridning, forstuvning	31%
Hjernerystelse	1%
Anden skade	4%
Ingen skade	0%

Tabel 76. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker ved fodbold.

Hoved, nakke	7%
Hænder	33%
Arme, skulder	10%
Fødder	32%
Ben	16%
Andet	2%

Figur 57. Fodboldskader, udvikling 1990-2005, opdelt på køn. Til sammenligning udviklingen i DBUs medlemstal for medlemmer under 18 år.



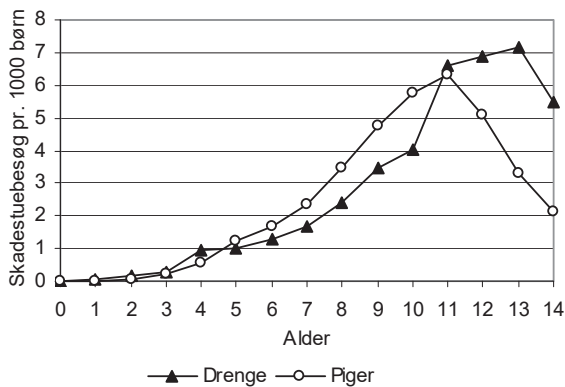
Rullesport (rulleskøjter, skateboard, løbehjul/skatescooter)

Antal skader: I alt ca. 3100 skadestuebesøg i 2004, men stærkt varierende fra år til år. I år 2004 blev 140 indlagt (4,5%). Af de 31000 skader skete 1700 med rulleskøjter, 720 med skateboard og 710 med løbehjul/skatescooter. Antallet har dog varieret meget, se figur 59.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skader svinger meget, på det seneste har der været et fald.

Alders/kønsfordeling: For rulleskøjternes vedkommende er der lige mange drenge og piger der kommer til skade. De fleste skader sker i 11-års alderen. Over denne alder får især pigerne færre skader. Skateboardskader rammer især drenge (83%) og er hyppigst fra 11-14 år.

Figur 58. Køns- og aldersfordeling af ulykker ved rullesport.



Sted: Rulleskøjteulykkerne og ulykker med løbehjul sker fortrinsvis på fortove og stier (43%), samt indgange, indkørsler og parkeringspladser (15%). 7% sker på offentlige veje, 7% sker på institutions-legepladser og 5% sker i skolegårde. Også skateboardskader sker ofte på fortove og stier (28%), men mange skader sker på skateboardramper og andre specielle anlæg (14%).

Lidt om ulykkerne:

78-90% af ulykkerne skyldes fald, resten er især sammenstød, overkørsel af fingre eller forvriddning af ankelleddet. Endelig er der nogle få (1%) skæreeulykker for løbehjul og 4% klemningsulykker med skateboards.

De mindste børn får generelt flere hovedskader end ældre børn. Rulleskøjter giver bedre mulighed for at tage fra med hænderne når man falder end

løbehjul, hvilket giver flere håndskader og færre hovedskader. En tilsvarende udvikling ses med alderen og dermed øget motorisk erfaring. Der er også en aldersforskel – ulykker med løbehjul sker for mindre børn, især 6-12 år, ulykker med rulleskøjter sker især fra 9 år og med skateboard især fra 11 år, svarende til de aldersgrupper der benytter dem. Skateboardskaderne sker især for drenge, medens der er ens kønsfordeling for rulleskøjter og løbehjul.

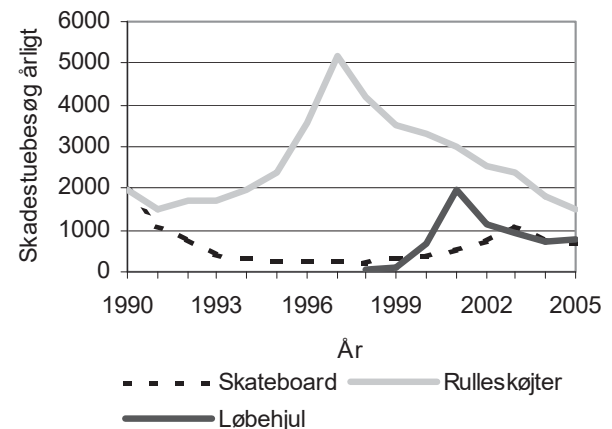
Tabel 77. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker ved rullesport.

	Rulleskøjter	Skateboard	Løbehjul
Kvæstelser	33%	37%	29%
Sår, hudafskrabning	15%	19%	32%
Brud	37%	25%	26%
Forvriddning, forstuvn.	12%	17%	9%
Hjernerystelse	2%	1%	1%
Anden skade	1%	1%	3%
Ingen skade	0%	0%	0%

Tabel 78. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker ved rullesport.

	Rulleskøjter	Skateboard	Løbehjul
Hoved, nakke	11%	14%	32%
Hænder	50%	36%	35%
Arme, skulder	21%	17%	13%
Fødder	4%	18%	8%
Ben	11%	10%	11%
Andet	3%	5%	1%

Figur 59. Udviklingen i antallet af ulykker med rulleskøjter, skateboard og løbehjul 1990-2005.



Håndbold

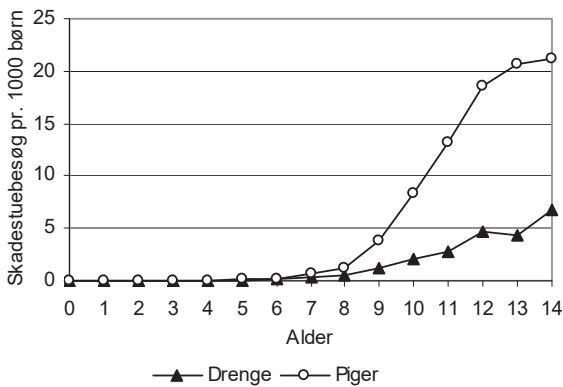
Antal skader: ca. 3500 skadestuebesøg pr. år, heraf bliver ca. 40 indlagt (1%).

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Antallet af skadestuebesøg har siden 1998 været nogenlunde konstant. Der har dog været en stigning set i forhold til 1990.

Alders/kønsfordeling: Håndboldskader er klart hyppigst blandt piger (79%). Hyppigheden af håndboldskader er stigende med alderen, og der er flest ved 14-års alderen. Da piger ud fra medlemstallene i DHF "kun" udgør ca. 55% af håndboldspillerne, har pigerne forholdsvis altså næsten 3 gange så stor skadesrisiko som drenge.

Figur 60. Køns- og aldersfordeling af ulykker ved håndbold.



Hver tredje håndboldskade skyldes kontakt med bolden. Blandt disse er næsten alle fingerskader, især for pigernes vedkommende. 15% af skaderne skyldes personkontakt – hyppigst for drenge hvor de udgør 21% af skaderne. Omkring hver 5. skade er en overbelastningsskade. 2/3 af overbelastningsskaderne rammer ankelen, ca. 20% knæene. Endelig skyldes 19% af skaderne fald. Det skal bemærkes, at især korsbåndsskader ofte ikke diagnosticeres i skadestuen, og derfor ikke frem

går korrekt af tabellen over læsionstyper. Ifølge Dansk Korsbåndregister er der årligt 2,5 korsbåndsoperationer pr. 1000 kvindelige og 0,9 pr. 1000 mandlige håndboldspillere.

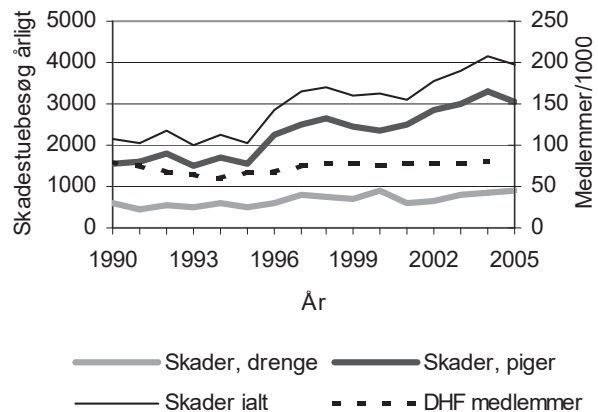
Tabel 79. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker ved håndbold.

Kvæstelser	36%
Sår, hudafskrabning	2%
Brud	18%
Forvridning, forstuvning	39%
Hjernerystelse	1%
Anden skade	4%
Ingen skade	0%

Tabel 80. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker ved håndbold.

Hoved, nakke	5%
Hænder	55%
Arme, skulder	7%
Fødder	20%
Ben	11%
Andet	2%

Figur 61. Håndboldskader, udvikling 1990-2005. Til sammenligning udviklingen i medlemstallet i Dansk Håndbold Forbund under 18 år.



Gymnastik

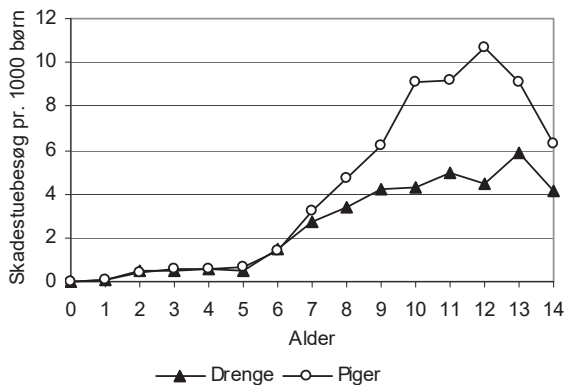
Definition: Gymnastik omfatter (som for andre idrætsgrene) såvel gymnastik i klub som i skolen.

Antal skader: ca. 3300 skadestuebesøg pr. år, heraf bliver ca. 130 indlagt (4%).

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant.

Alders/kønsfordeling: Gymnastikskader sker hyppigst ved 11-12 års alderen og hyppigst blandt piger (61%).

Figur 62. Køns- og aldersfordeling af ulykker ved gymnastik.



Gymnastikredskaber involveret: Trampolin (5,3%), Ribber (4,6%), bom (2,3%), buk (2,0%), tov (1,3%), hest (1,0%), bold (0,9%), ringe (0,7%).

De hyppigste skader er fald på samme niveau (31%) og akut overbelastning (24%). Forstuvning eller forvridning af ankelen under landinger forekommer hyppigt, det samme gælder for fingre og håndled. Hovedskader er hyppigere hos drenge (11%) end hos piger (6%). Næsten alle indlæggelser skyldes fald, især fra bomme, tove, hest eller andet. Indlæggelserne skyldes især hjernerystelse samt brækkede arme og håndled. Som det fremgår af figur 63, er antallet af skader ved gymnastik

temmelig konstant. Da mange gymnastikskader sker i skolen, giver det ikke mening at sammenligne med medlemstal. Særlig ulykker ved trampolin-spring i haver har været stigende i 2004 og frem.

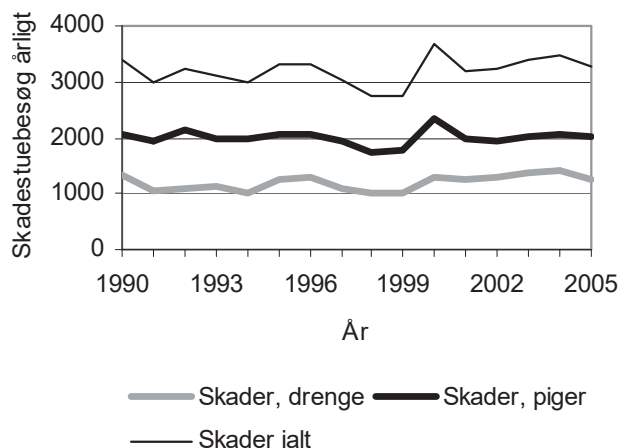
Tabel 81. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker ved gymnastik. "Andet" omfatter især muskel/seneskader.

Kvæstelser	37%
Sår, hudafskrabning	5%
Brud	21%
Forvridning, forstuvning	30%
Hjernerystelse	2%
Anden skade	5%
Ingen skade	0%

Tabel 82. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker ved gymnastik.

Hoved	9%
Nakke	3%
Hænder	26%
Arme, skulder	15%
Fødder	33%
Ben	10%
Andet	4%

Figur 63. Udviklingen af antallet af skader ved gymnastik, 1990-2005.



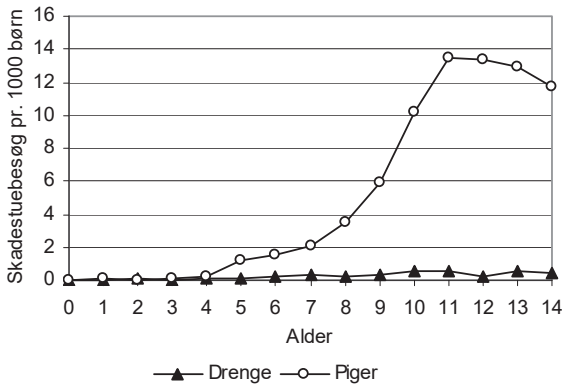
Ridning

Antal skader: ca. 2600 skadestuebesøg pr. år, heraf bliver ca. 210 indlagt (8%). Dødsfald forekommer, ca. hvert 5. år. Hertil kommer skader som har relation til heste, men som ikke sker ved ridning, omkring 250 årligt og omkring 15 indlæggelser.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant.

Alders/kønsfordeling: Rideulykker sker hyppigst i 11-12-års alderen, og rammer næsten udelukkende piger (95%). I forhold til medlemstallene i Dansk Ride Forbund har piger godt dobbelt risiko for skader i forhold til drenge. Dette skal dog tages med forbehold, da der kun er få drenge, der går til ridning.

Figur 64. Køns- og aldersfordeling af ulykker ved ridning.



Der er flere typer af rideskader. Den hyppigste er fald fra hest (65% af skaderne), sparket eller trådt på af hest (23%), bid, som regel i fingeren (3%). Der er også en række ulykker hvor man bliver klemt af hesten. De alvorligste skader sker efter fald, hvor 30 % har knoglebrud og 10% bliver indlagt. Bruddene sker oftest i håndled, arme og skuldre. 2/3 af rideulykkerne sker på rideskolerne

og 10% i naturen. Antallet af rideskader har været nogenlunde konstant. Set i forhold til medlemstallet i Dansk Ride Forbund er skadestallet forholdsvis højt – særligt hvad angår skader der fører til indlæggelse.

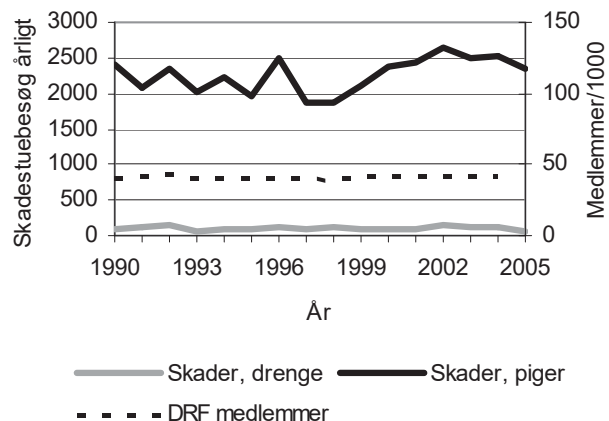
Tabel 83. Fordeling af læsionstyper for børns rideulykker.

Kvæstelser	48%
Sår, hudafskrabning	11%
Brud	24%
Forvridning, forstuvning	9%
Hjernerystelse	5%
Anden skade	2%
Ingen skade	1%

Tabel 84. Skadernes fordeling på kropsdel, børns rideulykker. "Andet" omfatter især skader på ryg, bryst og indre organer.

Hoved, nakke	16%
Hænder	22%
Arme, skulder	24%
Fødder	16%
Ben	12%
Andet	10%

Figur 65. Rideulykker, udvikling 1990-2005. Til sammenligning medlemmer under 18 år i Dansk Ride Forbund.



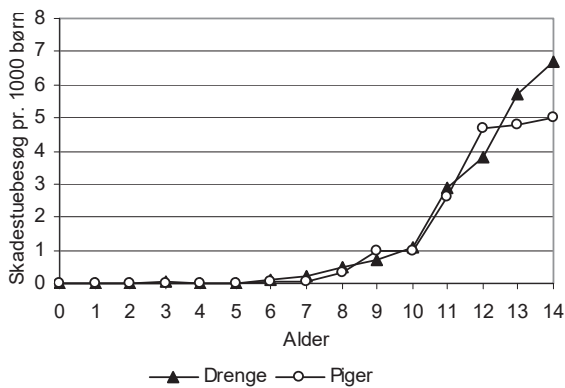
Basketball

Antal skader: ca. 1300 skadestuebesøg pr. år, heraf bliver ca. 6 indlagt (0,5%).

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Der har været et fald på ca. 40% i hyppigheden af skadestuebesøg siden 1998. Se fig. 67.

Alders/kønsfordeling: Basketballulykker er hyppigst i 14-års alderen, og er næsten lige hyppige blandt drenge og piger (54% er drenge). På basis af medlemstallene i Dansk Basketball Forbund (DBBF) vurderes det, at piger har en overhyppighed af skader i forbindelse med basketball på godt 70% i forhold til drenge.

Figur 66. Køns- og aldersfordeling af ulykker ved basketball.



Der er et meget stort antal fingerskader, særlig hos piger, hvor de udgør 72% af skaderne. Halvdelen af basketballskaderne skyldes kontakt med bolden, 12% fald og 10% personkontakt. 15% skyldes akut overbelastning, især i ankel og knæ. Det skal bemærkes, at især korsbåndsskader ofte ikke diagnosticeres i skadestuen, og derfor ikke fremgår korrekt af tabellen over læsionstyper. Ifølge Dansk Korsbåndregister er der årligt 2,7 korsbåndsoperationer pr. 1000 kvindelige og 1,0 pr. 1000 mandlige basketballspillere.

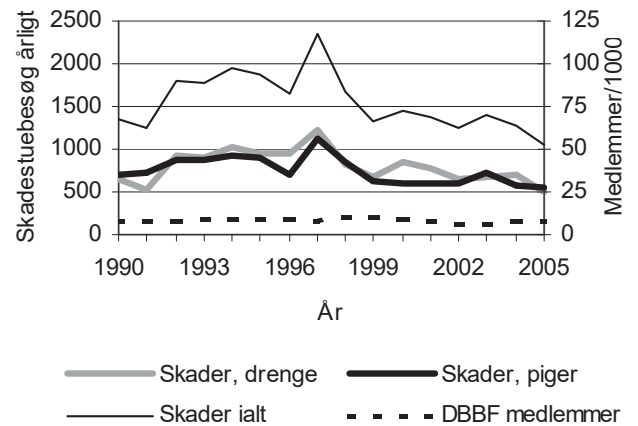
Tabel 85. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker ved basketball.

Kvæstelser	37%
Sår, hudafskrabning	3%
Brud	17%
Forvridning, forstuvning	39%
Hjernerystelse	0%
Anden skade	4%
Ingen skade	0%

Tabel 86. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker ved basketball.

Hoved, nakke	4%
Fingre	62%
Hænder i øvrigt	7%
Arme, skulder	4%
Fødder	17%
Ben	5%
Andet	1%

Figur 67. Børns skader ved basketball, udvikling 1990-2005. Til sammenligning medlemmer under 18 år i Dansk Basketball Forbund.



Svømning

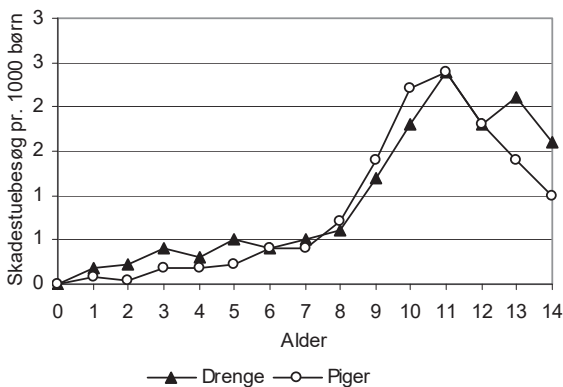
Antal skader: ca. 900 skadestuebesøg pr. år, heraf bliver ca. 20 indlagt (2%). Der sker en del drukneulykker i forbindelse med badning/svømning – dog kun få i forbindelse med organiseret svømning. I perioden 1975-2000 vurderes det på basis af dødsattesternes oplysninger, at der har været 3 tilfælde af drukning blandt børn i forbindelse med svømning, svarende til et hvert 9. år.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Antallet af skadestuebesøg er faldet ca. 15%, faldet er størst for de større børn.

Alders/kønsfordeling: Svømmeulykker sker hyppigst ved 11-års alderen. Der er næsten lige mange drenge og piger (53% drenge)

Figur 68. Køns- og aldersfordeling af ulykker ved svømning.



Næsten alle skader ved svømning (95%) sker i svømmehaller. Mange skader (27%) skyldes fald i svømmehallen eller på trapper. 30% skyldes at man rammer bassinkant eller –bund. 13% sammenstød med andre svømmere, 9% overbelastning under svømning. Drenge får betydeligt flere sår end piger, hver 3. skade blandt drenge er en sårskade. Ca. 0,7 % af de tilskadekomne i forbindelse med svømning kommer på skadestuen efter at have været ved at drukne. Antallet af skader er

faldende set i forhold til medlemstallet i Dansk Svømme Union. Der sker dog nok også mange skader blandt børn der svømmer i skolen, fritidshjem/SFO eller på anden måde uden at være medlem af en klub.

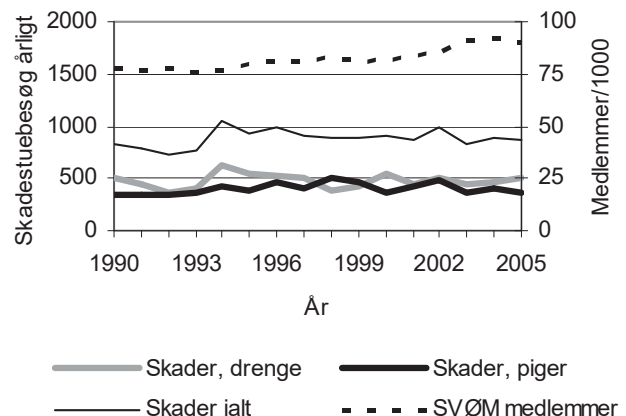
Tabel 87. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker ved svømning. "Anden skade" omfatter især muskel/seneskader.

Kvæstelser	34%
Sår, hudafskrabning	30%
Brud	12%
Forvridning, forstuvning	14%
Hjernerystelse	3%
Anden skade	6%
Ingen skade	1%

Tabel 88. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker ved svømning.

Hoved, nakke	38%
Hænder	14%
Arme, skulder	10%
Fødder	26%
Ben	7%
Andet	5%

Figur 69. Skader ved svømning, udvikling 1990-2005. Til sammenligning medlemmer under 18 år i Dansk svømme union.



Ski og kælkk

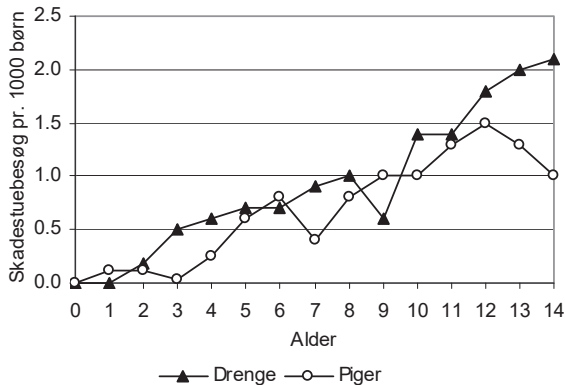
Antal skader: ca. 800 skadestuebesøg pr. år, heraf bliver ca. 30 indlagt (4%). Mange skiskader som sker i udlandet er ikke med i denne opgørelse, med mindre de behandles på et dansk sygehus.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Antallet af skadestuebesøg i Danmark efter skiulykker er fordoblet i perioden. Antallet af skader med kælkk har varieret stærkt fra år til år på grund af forskelle i vintervejret.

Alders/kønsfordeling: Der sker flest skader fra 12-års alderen og opefter. Hyppigheden er størst ved 16 år for skiløb, ved 14-15 år for snowboard, medens kælkeulykker har et maksimum omkring 11 år. Lidt over halvdelen (58%) er drenge.

Figur 70. Køns- og aldersfordeling af ulykker med ski og kælkk.



Størstedelen af skiskaderne (68%) sker ved fald. Kun 3% sker ved sammenstød med andre, medens 14% skyldes akut overbelastning, oftest i knæet. Kælkeulykkerne skyldes oftest fald fra kælken (46%), sammenstød med andre eller med faste genstande (40%). Især antallet af kælkeskader har været stærkt varierende fra år til år, svarende til vintervejret, medens antallet af skiskader har været mere jævnt stigende. Det skal endnu en

gang understreges, at skader behandlet i udlandet ikke er medregnet, så antallet af især skiskader er sandsynligvis betydeligt højere end de viste tal.

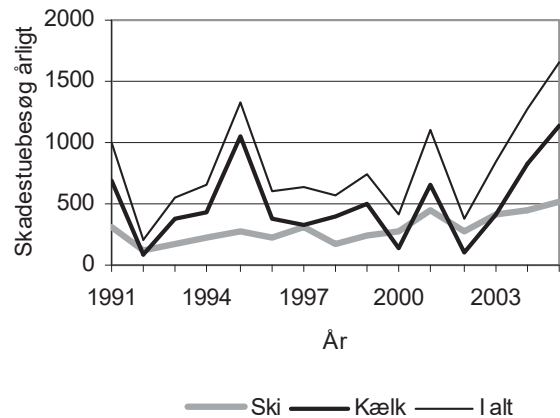
Tabel 89. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker med ski og kælkk. "Andet" er især korsbåndsskader.

	Ski	Kælkk
Kvæstelser	20%	40%
Sår, hudafskrabning	1%	22%
Brud	49%	23%
Forvridning, forstuvning	23%	10%
Hjernerystelse	1%	4%
Anden skade	6%	1%
Ingen skade	0%	0%

Tabel 90. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker med ski og kælkk. "Andet" omfatter en del rygskader.

	Ski	Kælkk
Hoved, nakke	3%	27%
Hænder	33%	25%
Arme, skulder	10%	10%
Fødder	8%	14%
Ben	44%	17%
Andet	2%	7%

Figur 71. Ulykker med ski og kælkk, udvikling 1991-2005.



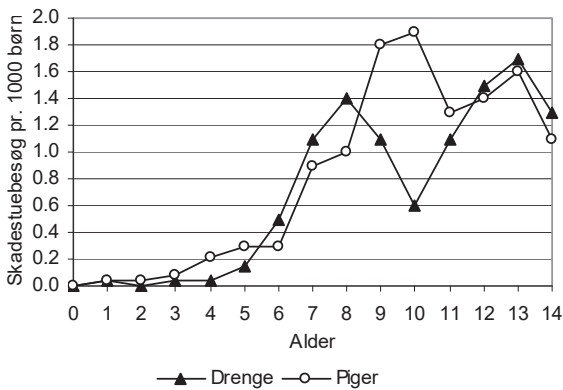
Skøjter

Antal skader: ca. 760 skadestuebesøg pr. år, heraf bliver ca. 17 indlagt (2%). Der er store udsving mellem de enkelte år.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg er steget ca. 80% i perioden, men der er store variationer fra år til år. Der er ingen umiddelbar forklaring på det lave antal skader i 1999.

Alders/kønsfordeling: Der sker flest skader i 9-13-års alderen. Der er næsten lige mange drenge og piger (52% er drenge), der kommer til skade.

Figur 72. Køns- og aldersfordeling af ulykker med skøjter.



Langt størstedelen af skaderne (87%) sker ved fald. 4% bliver ramt af eller kørt over af en skøjte. Ulykkerne sker næsten udelukkende på skøjtebaner og i skøjtehaller (95%). Under 1% sker på søer.

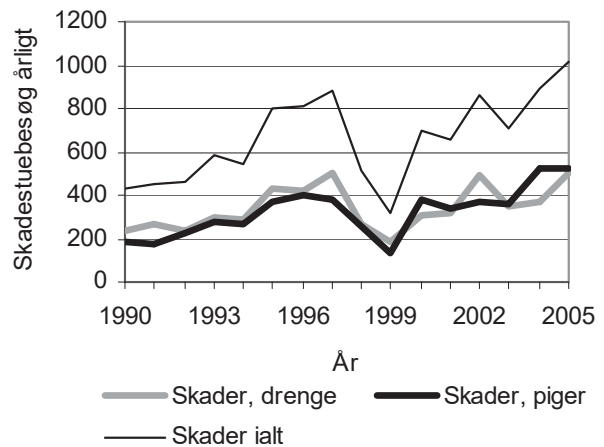
Tabel 91. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker med skøjter.

Kvæstelser	34%
Sår, hudafskrabning	28%
Brud	21%
Forvridning, forstuvning	9%
Hjernerystelse	5%
Anden skade	2%
Ingen skade	1%

Tabel 92. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker med skøjter.

Hoved, nakke	35%
Hænder	34%
Arme, skulder	12%
Fødder	4%
Ben	13%
Andet	2%

Figur 73. Ulykker ved skøjteløb, udvikling 1990-2005.



Motorcykelsport

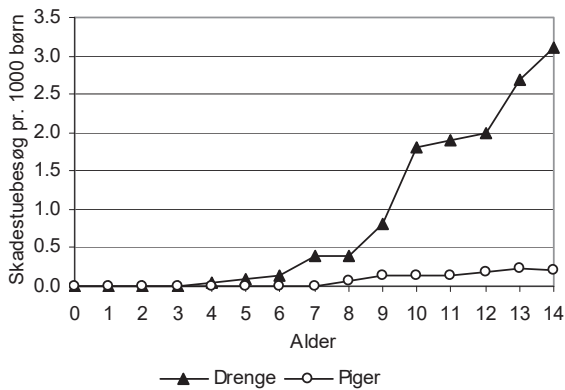
Antal skader: ca. 490 skadestuebesøg pr. år, heraf førte ca. 55 til indlæggelse (11%).

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet:

Antallet af skadestuebesøg er steget med ca. 35%.

Alders/kønsfordeling: Skaderne sker hyppigst ved 13-14-års alderen, og rammer næsten kun drenge (92%). Der ses dog skader allerede fra 4-6 års alderen, deriblandt alvorlige skader som frakturer af foden.

Figur 74. Køns- og aldersfordeling af ulykker ved motorcykelsport.



Langt de fleste skader skyldes styrt (83%). Forholdsvis få ulykker (3%) skyldes sammenstød mellem motorcykler. Der sker desuden klemningsulykker (2%), bl.a. i hjul og kæde. Antallet af ulykker med motorcykelsport, og især motocross, har været stigende i de senere år. I 2004 udgjorde ulykker ved motocross 90% af ulykker ved motorcykelsport; 9% skete ved speedway. Antallet af skader i forhold til antallet af medlemmer af Dansk Motor Union er højt, især hvad angår skader der fører til indlæggelse. Der dog muligvis en del der kører motocross lejlighedsvis uden at være medlem af en klub. Piger har nogenlunde samme risiko som drenge. Det skal dog bemærkes, at motorcykelsporten er ujævnt fordelt i Danmark, og Ulykesregisterets tal er derfor ikke nødvendigvis repræsentative for ulykker i motorcykelsport.

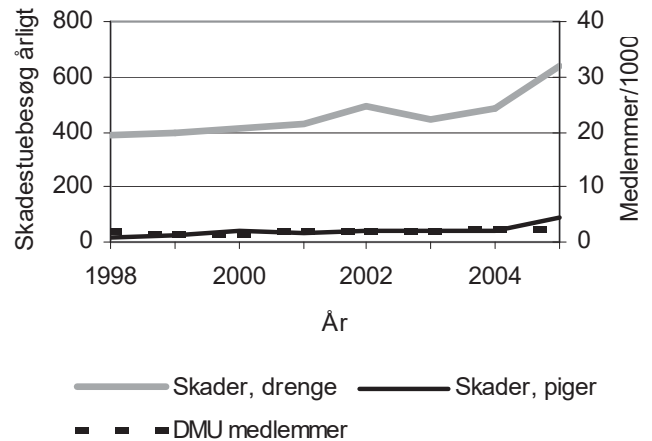
Tabel 93. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker ved motorcykelsport.

Kvæstelser	36%
Sår, hudafskrabning	10%
Brud	31%
Forvridning, forstuvning	15%
Hjernerystelse	4%
Forbrænding	1%
Anden skade	3%
Ingen skade	0%

Tabel 94. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker ved motorcykelsport. "Andet" omfatter især skader på ryg og torso.

Hoved, nakke	14%
Hænder	21%
Arme, skulder	23%
Fødder	14%
Ben	21%
Andet	7%

Figur 75. Ulykker ved motorcykelsport. Udvikling 1998-2005. Til sammenligning medlemmer under 18 år i Dansk Motor Union.



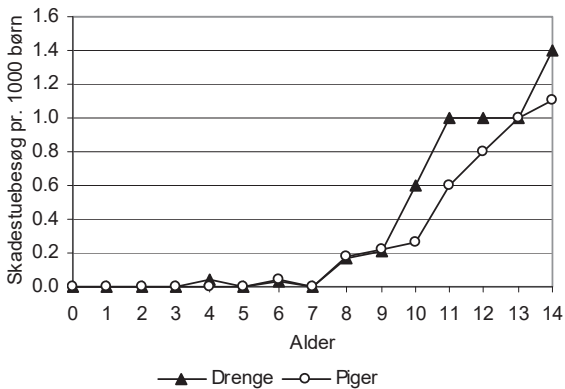
Badminton

Antal skader: ca. 320 skadestuebesøg pr. år, heraf fører ca. 4 til indlæggelse (1%).

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant.

Alders/kønsfordeling: Badmintonskaderne er hyppigst i 14-års alderen, og rammer fortrinsvis drenge (57%).

Figur 76. Køns- og aldersfordeling af ulykker ved badminton.



Den hyppigste skademe­kanisme er overbelastning (ofte­st af ankel), som er årsag til halvdelen af alle badmintonskader. 8% bliver ramt af en ketcher, og 5% får en fjerbold i øjet. 22% af skaderne skyldes fald. Antallet af badmintonskader har været nogenlunde konstant siden 1990. Antallet af skader er lavt vurderet i forhold til antallet af medlemmer af Dansk Badminton Forbund. Ud fra forekomst og medlemstal vurderes piger at have en overrisiko på ca. 60% i forhold til drenge.

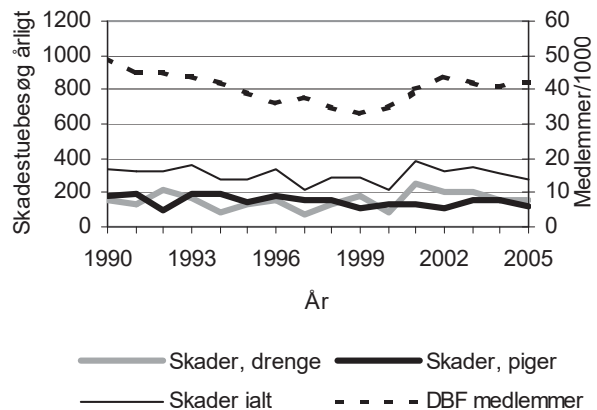
Tabel 95. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker ved badminton. "Anden skade" omfatter især achillessene skader.

Kvæstelser	28%
Sår, hudafskrabning	5%
Brud	15%
Forvridning, forstuvning	38%
Hjernerystelse	1%
Anden skade	13%
Ingen skade	0%

Tabel 96. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker ved badminton.

Øjne	5%
Hoved i øvrigt, nakke	7%
Hænder	26%
Arme, skulder	8%
Fødder	35%
Ben	16%
Andet	3%

Figur 77. Badmintonskader, udvikling 1990-2005. Til sammenligning medlemmer under 18 år i Dansk Badminton Forbund.



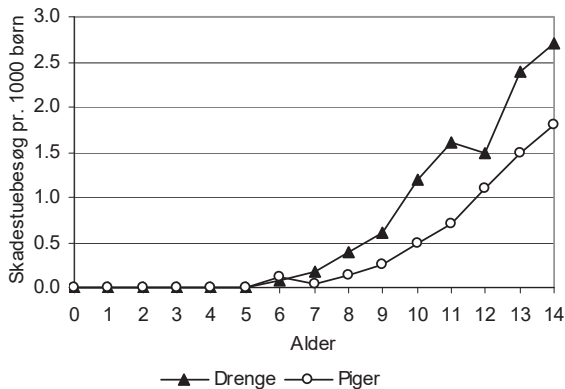
Kampsport

Antal skader: Kampsport omfatter boksning, brydning, fægtning samt forskellige asiatiske kampsportstyper. I alt sker der ca. 550 skader pr. år, og ca. 10 indlægges (2%). Fordelt på de enkelte kampsportsgrene var der årligt 150 skader ved karate, 130 ved taekwondo, 50 ved judo, 50 ved brydning, 40 ved boksning og 30 ved jiu-jitsu. Boksning adskiller sig fra andre kampsportsgrene ved at skaderne især sker i alderen over 14, og disse er ikke inkluderet i ovennævnte tal.

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant. Der er dog blevet færre skader ved karate.

Alders/kønsfordeling: De fleste skader sker i 14 års alderen (skaderne ved boksning er hyppigst ved 17-18 års alderen), og flertallet er drenge (65%). Pigernes andel er dog stigende.

Figur 78. Køns- og aldersfordeling af ulykker ved kampsport.



Cirka halvdelen af skaderne skyldes personkontakt, resten oftest fald eller overbelastning. Brud er hyppige, oftest af kraveben, hånd og fingre. Forstuvning af fingre og ankel er hyppige. Skademønstret er nogenlunde ens for de forskellige

kampsportsgrene. Antallet af skader i forhold til udøvere af kampsport er forholdsvis højt, og piger vurderes til at have en overrisiko på ca. 70% i forhold til drengene.

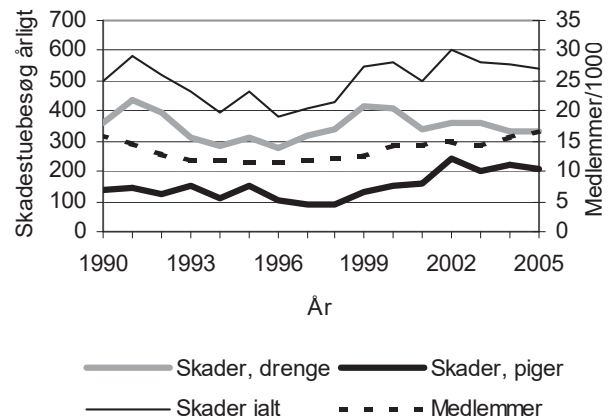
Tabel 97. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker ved kampsport.

Kvæstelser	41%
Sår, hudafskrabning	4%
Brud	23%
Forvridning, forstuvning	27%
Hjernerystelse	1%
Anden skade	4%
Ingen skade	0%

Tabel 98. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker ved kampsport.

Hoved, nakke	9%
Hænder	36%
Arme, skulder	12%
Fødder	31%
Ben	9%
Andet	3%

Figur 79. Skader ved kampsport, udvikling 1990-2005. Til sammenligning medlemmer under 18 år i Dansk Bokse Union, Judo og Jiu-jitsu union, Karate Forbund og Taekwondo forbund tilsammen.



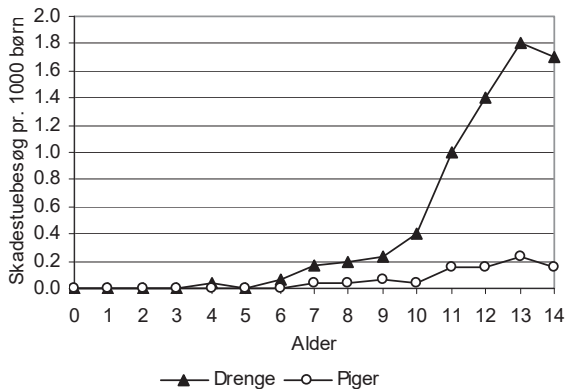
Ishockey

Antal skader: ca. 270 skadestuebesøg pr. år, heraf fører ca. 9 til indlæggelse (3%).

Udvikling 1998-2005 i forhold til børnetallet: Antallet af skadestuebesøg har været nogenlunde konstant.

Alders/kønsfordeling: De fleste ishockeyskader sker i 12-14 års alderen. Næsten alle skadede er drenge (89%).

Figur 80. Køns- og aldersfordeling af ulykker ved ishockey.



Skaderne skyldes oftest fald (23%), eller at man bliver ramt af en stav (17%), puck (10%) eller spiller (22%). Antallet af skader har været nogenlunde konstant siden 1990. I forhold til antallet af medlemmer af Dansk Ishockey Union er skadetallet forholdsvis højt. Pigers risiko ligger muligvis noget over drengenes – der er dog så få piger, at dette er usikkert. Ishockeyklubberne er ikke jævnt fordelt over Danmark, og Ulykkesregisterets data kan derfor overvurdere skadetallet på landsplan.

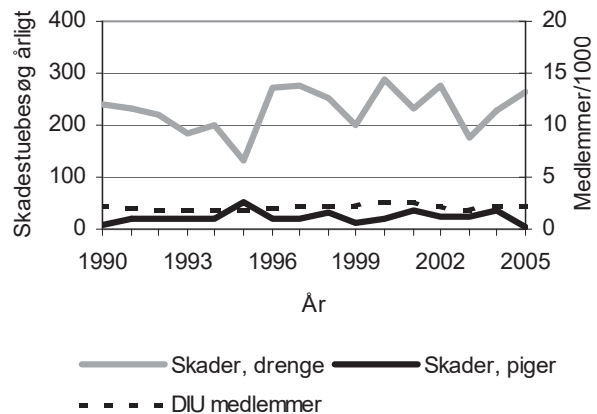
Tabel 99. Fordeling af læsionstyper for børns ulykker ved ishockey.

Kvæstelser	52%
Sår, hudafskrabning	7%
Brud	20%
Forvridning, forstuvning	15%
Hjernerystelse	2%
Anden skade	3%
Ingen skade	1%

Tabel 100. Skadernes fordeling på kropsdel, børns ulykker ved ishockey.

Hoved, nakke	14%
Hænder	34%
Arme, skulder	16%
Fødder	9%
Ben	21%
Andet	6%

Figur 81. Ishockeyskader, udvikling 1990-2005. Til sammenligning medlemmer under 18 år i Dansk Ishockey Union.



Andre idrætsgrene

Volleyball medfører ca. 220 skadestuebesøg årligt, og ca. 1 bliver indlagt (0,5%). Halvdelen af skaderne er fingerskader. Risikoniveau vurderet i forhold til et medlemstal på 3000-4000 må vurderes til at være middel.

Rundbold: Ca. 170 skadestuebesøg årligt, ca. 4 bliver indlagt (2%). Der er en del hovedskader (19%).

Løb: Ca. 140 skadestuebesøg årligt, ca. 1 indlagt (1%). Ca. halvdelen er overbelastningsskader.

Hockey: Ca. 140 skadestuebesøg årligt, ca. 2 bliver indlagt (2%). Der er mange hovedskader (24%).

Gokart: Ca. 90 skadestuebesøg årligt, ca. 4 bliver indlagt (4%).

Dans: Ca. 80 skadestuebesøg årligt, ingen indlagt. Mange forvridninger, forstuvninger samt muskel/senelæsioner. Halvdelen af skaderne er overbelastningsskader. Tendens til stigning siden 1998.

Amerikansk fodbold: 80 skader årligt, ca. 1 bliver indlagt (1%). 40% af skaderne er fingerskader. Antallet af skader har været stigende siden 2000.

Atletik: 80 skadestuebesøg årligt, og ca. 4 bliver indlagt (5%). En del tilfælde af sene/muskel-læsioner, omkring 10%. Der er en tendens til fald siden år 2000.

Tennis: 80 skadestuebesøg årligt, ca. 1 bliver indlagt (1%). Nogle øjenskader forekommer (6%). Risikoniveauet må i forhold til medlemstal på ca. 19.000 vurderes til at være meget lavt.

Cykelsport (konkurrence, ikke træning): Ca. 70 skadestuebesøg årligt, og ca. 6 bliver indlagt (8%). Hovedårsagen er styrt. Mange tilfælde af hjernerystelse eller mistanke om dette (ca. 7%). Skadesrisikoen må vurderes i forhold til et medlemstal på ca. 1600, hvor man skal være opmærksom på at ulykker under cykeltræning ikke er med i ovennævnte tal.

Bordtennis: 40 skadestuebesøg årligt, ca. 2 bliver indlagt (5%). Stor andel af sårskader (28%) og skader på hovedet (25%). Risikoniveauet må i forhold til et medlemstal på ca. 4000 vurderes til at være lavt.

Bowling: 30 skadestuebesøg årligt, ingen indlagt. Størstedelen af skaderne (52%) er fingerskader. Der er mange brud, ca. 30%. Tendens til færre skader siden 2000.

Golf: 27 skadestuebesøg årligt, ca. 2 bliver indlagt (7%). Mange skader på hovedet (65%) og mange sår (45%).

Cricket: Ca. 21 skadestuebesøg årligt, ingen indlagt. Halvdelen af skaderne er fingerskader.

Baseball: Ca. 16 skadestuebesøg årligt, ca. 1 bliver indlagt (6%).

Klatring: Ca. 14 skadestuebesøg årligt, ca. 1 bliver indlagt (7%).

Styrketræning: 14 skadestuebesøg årligt, ingen indlagt.

Følgende idrætsgrene har under 10 skadestuebesøg årligt blandt børn:

Langbold, squash, curling, vandpolo, dykning, roning (kano, kajak), sejlbåd, windsurfing, vandski-løb, fægtning, surfing, svævesport, billard, kroket, petanque.

For følgende idrætsgrene er der i Ulykkesregisteret ingen ulykker registreret blandt børn i perioden 2000-2004:

Diskoskast, hammerkast, 3-spring, aikido, kendo, rafting, flyvning med drage eller hangglider, faldskærmsudspring, elastikspring, bueskydning, anden skydning, rapelling.

Diskussion af datakvalitet

Skadestuedata. Anvendelsen af forskellige datakilder betyder, at der kan forekomme modstridende resultater mht. ulykkesforekomsten. Ifølge Landspatientregisteret var der i perioden 2000-2004 i gennemsnit 157.000 børn på skadestuen som følge af en ulykke. I samme periode er antallet, beregnet på basis af Ulykkesregisteret, 170.000. Til gengæld var antallet af indlæggelser ifølge Landspatientregisteret 7.800 årligt, medens det beregnet ud fra Ulykkesregisteret kun var 5.900.

Der er flere forklaringer på disse forskelle:

- Ulykkeskodningen i skadestuerregistreringen i Landspatientregisteret er ofte mangelfuld, og ulykker er derfor underrepræsenterede (Laursen *et al.*, 2005).
- Der er forskelle i skadestuernes tilgængelighed. Flere skadestuer uden for Ulykkesregisterets optageområde er visiterede. Dette gælder også inden for Ulykkesregisterets optageområde, men kun på enkelte af skadestuerne og kun i en del af perioden.
- Der kan forekomme ulykkesrelaterede indlæggelser som ikke er registreret i Ulykkesregisteret, for eksempel som følge af indlæggelser uden om skadestuen.

Data om dødsulykker. Vedrørende dødsulykkerne skal det bemærkes, at børn døde i udlandet, for eksempel under ferieophold, ikke er medregnet. I perioden 1973-88 døde i gennemsnit 7 børn årligt uden for Danmark, nogle af disse muligvis på grund af ulykker (Knud Juel, særkørsler på Dødsårsagsregisteret og CPR-registeret). I perioden 1992-2001 var der 13 børn om året med uoplyst dødsårsag, muligvis fordi de døde i udlandet. Antallet er stigende, i 2000 og 2001 var der henholdsvis 32 og 26 børn med uoplyst dødsårsag, hvoraf langt størstedelen var 0-årige (Statistikbanken, Danmarks Statistik).

Mørketal: Alle tal i denne rapport er baseret på skadestuebesøg, indlæggelser eller dødsfald. Der er dog mange skader, som bliver behandlet af egen læge eller vagtlæge, institutionspersonale, sundhedsplejersker, forældre, eller som ikke bliver behandlet. Disse ulykker er ikke med i denne opgørelse. Antallet af disse skader afhænger dog meget stærkt

af, hvor man sætter bagatelgrænsen, da de fleste børn får mange småskader hver år. Generelt må man formode, at mørketallet er stort, men hovedsagelig omfatter mindre alvorlige skader. Visse områder i Danmark har dog så lang vej eller vanskelig adgang til skadestuer, at også mere alvorlige skader ikke bliver behandlet på skadestuen. Dette gælder i særlig grad øerne Ærø, Samsø og Læsø. Andre steder, f.eks. i Ringkøbing amt, medfører visitationsordninger at skader som sår og forstuvninger ikke behandles på skadestuerne og dermed ikke bliver registreret. For Ulykkesregisterets vedkommende blev en forholdsvis effektiv visitationsordning indført på Randers sygehus 1. juni 2003, hvilket reducerede antallet af mindre alvorlige skader her.

Tandskader er underregistreret i materialet. Tandskader behandles typisk ikke på skadestuen, men henvises til skoletandlæge, praktiserende tandlæger eller evt. tandlægevagt hvor en sådan findes. De bliver dog registreret, hvis man henvender sig på skadestuen.

Især siden 2002 er der indført forskellige former for begrænsning af adgangen til skadestuerne i form af lukning af mindre skadestuer, visitation til enkelte skadestuer samt en hårdere prioritering af patienter. Dette har medført, at antallet af skadestuebesøg generelt er faldet siden 2002, og dette fald er derfor ikke nødvendigvis udtryk for et fald i ulykkesforekomsten. Endelig kan der forekomme akutte indlæggelser, som ikke er blevet registreret i Ulykkesregisteret.

Datakvalitet: Langt størstedelen af de resultater, der er præsenteret i denne rapport, er baseret på Ulykkesregisteret. Denne registrering er foretaget af specialuddannede lægesekretærer, og efterfølgende er der foretaget en kvalitetskontrol af data. Ikke desto mindre er registreringen ikke bedre end de oplysninger, som patienten har givet i skadestuen. Derfor kan der for visse ulykkestyper være tale om mangelfuld kvalitet, særlig når der er tale om tvivlstilfælde. Der kan nævnes to eksempler på dette: Blandt trafikulykkerne er der forholdsvis få ulykker, hvor det er registreret, at varevogne er involveret. Man kan formode, at varevogne i mange tilfælde er registreret som "personbil", og derfor er de to kategorier slået sammen i denne rapport.

Et andet eksempel er ulykker i skolegårde. Hvis det blot er oplyst, at ulykken er sket "i skolen" vil ulykkestedet blive kodet som "skole" og ikke den mere specifikke kode "skolegård", derved kan antallet af ulykker i skolegårde være underrapporteret.

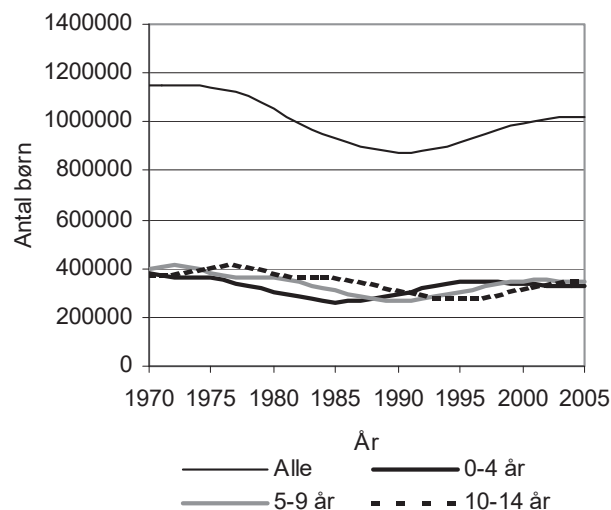
Repræsentativitet: Ulykkesregisteret er som tidligere nævnt nogenlunde repræsentativt for Danmark. For specielle skadestyper, for eksempel for sjældne idrætsgrene, kan registeret dog være mindre repræsentativt, og forekomsterne skal derfor vurderes mere forsigtigt. Dette er specifikt nævnt i de tilfælde, hvor problemet anses for at være særlig stort.

Børnebefolkningens udvikling: Antallet af børn i Danmark har varieret betydeligt gennem de seneste årtier. Det er vigtigt at have dette in mente, når udviklingen i ulykkesforekomst skal vurderes. Fra 1970'erne og frem til 1991 faldt antallet af børn i alderen 0-14 år betydeligt, fra 1,14 million børn under 15 år til 0,87 million i 1991. Herefter er det steget til 1,02 million i 2005. Samtidig er der sket forskydninger mellem de enkelte aldersgrupper.

Medens der var flest af de ældste børn i 1990, blev den yngste gruppe den største fra 1992-1999,

hvorefter mellemgruppen blev den største. Også dette bør man tage højde for, når de specifikke ulykkestyper vurderes: Antallet af børn der er i risiko for forgiftning og skoldning steg mest fra 1990-1996, medens den gruppe der er i risiko for idrætsskader steg mest fra 1996-2005. I de fleste analyser af udviklingen er der dog taget højde for udviklingen af børnetallet.

Figur 82. Udvikling i antallet af børn i Danmark 1990-2005, opdelt på aldersgrupper.



Referencer

- Addor, V. og Santos-Eggimann, B. (1996) Population-based incidence of injuries among preschoolers. *Eur. J Pediatr.* **155**, 130-135.
- Aitken, M.E., Tilford, J.M., Barrett, K.W., Parker, J.G., Simpson, P., Landgraf, J. og Robbins, J.M. (2002) Health status of children after admission for injury. *Pediatrics* **110**, 337-342.
- Ampofo-Boateng, K. og Thomson, J.A. (1991) Children's perception of safety and danger on the road. *Br. J Psychol.* **82** (Pt 4), 487-505.
- Avery, J.G. og Jackson, R.H. (1993) Children and their accidents. Edward Arnold, Great Britain.
- Barnrapporten (1998): Kunskapsbaserat folkhälsoarbete för barn och ungdomar i Stockholms län. Centrum för barn- och ungdomshälsa, Stockholm.
- Bijur, P.E., Stewart-Brown, S. og Butler, N. (1986) Child behavior and accidental injury in 11,966 preschool children. *Am. J Dis. Child* **140**, 487-492.
- Bishai, D., Quresh, A., James, P. og Ghaffar, A. (2006) National road casualties and economic development. *Health Econ.* **15**, 65-81.
- Bunn, F., Collier, T., Frost, C., Ker, K., Roberts, I. og Wentz, R. (2003) Traffic calming for the prevention of road traffic injuries: systematic review and meta-analysis. *Inj. Prev.* **9**, 200-204.
- Christensen, P.H. (2002) Place, space and knowledge: children in the village and the city. In Children in the city: home, neighbourhood and community (Red. Christensen, P.H. og O'Brien, M.) RoutledgeFalmer, London.
- Christensen, P.H. og O'Brien, M. (2002) Children in the city: home, neighbourhood and community. RoutledgeFalmer, London.
- Davey, T.M., Aitken, L.M., Kassulke, D., Bellamy, N., Ambrose, J., Gee, T. og Clark, M. (2005) Long-term outcomes of seriously injured children: a study using the Child Health Questionnaire. *J Paediatr. Child Health* **41**, 278-283.
- Ellis, A., Stores, G. og Mayou, R. (1998) Psychological consequences of road traffic accidents in children. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* **7**, 61-68.
- Engström, K., Diderichsen, F. og LaFlamme, L. (2002) Socioeconomic differences in injury risks in childhood and adolescence: a nation-wide study of intentional and unintentional injuries in Sweden. *Inj. Prev.* **8**, 137-142.
- Gerberich, S.G., Gibson, R.W., French, L.R., Renier, C.M., Lee, T.Y., Carr, W.P. og Shutske, J. (2001) Injuries among children and youth in farm households: Regional Rural Injury Study-I. *Inj. Prev.* **7**, 117-122.
- Gillberg, C. (1988) The relationship of accidents to intelligence, personality and handicap. I: The health community - child safety (Red. Berfenstam, R.) Pp. 97-201. Folksam, Stockholm.
- Green, J. (1997) Risk and the construction of social identity: children's talk about accidents. *Sociology of Health and Illness* **19**, 457-479.
- Haddon, W., Jr. (1963) A note concerning accident theory and research with special reference to motor vehicle accidents. *Ann N Y Acad Sci* **107**, 635-646.
- Hart, C.H., DeWolf, D.M., Wozniak, P. og Burts, D.C. (1992) Maternal and paternal disciplinary styles: relations with preschoolers' playground behavioral orientations and peer status. *Child Dev.* **63**, 879-892.
- Hasselberg, M., LaFlamme, L. og Weitoft, G.R. (2001) Socioeconomic differences in road traffic injuries during childhood and youth: a closer look at different kinds of road user. *J Epidemiol Community Health* **55**, 858-862.
- Hawley, C.A., Ward, A.B., Magnay, A.R. og Long, J. (2004) Outcomes following childhood head injury: a population study. *J Neurol. Neurosurg. Psychiatry* **75**, 737-742.
- Hemdorff, S.R. og Lund, H.V. Trafikuheld året 2005. (2006). København, Vejdirektoratet.

- Hillman,M., Adams,J. og Whitelegg,J. (1990) One false move... PSI Publishing, London.
- Holstein,B.E. og Due,E.P. (1999) Tilskadekomst blandt 11-15-årige. *Ugeskr.Læger* **161**, 4874-4879.
- Jensen,S.U. og Hummer,C.H. (2002) Sikre skoleveje - en undersøgelse af børns trafiksikkerhed og transportvaner. Danmarks Transportforskning, Lyngby.
- Johannsen,H.G. (2006) Forgiftningsulykker med husholdningskemikalier blandt børn i perioden 1993-2002 sammenlignet med perioden 1980-1992. *Ugeskr.Læger* **168**, 51-55.
- Jones,J.G. (1980) The child accident repeater: a review. *Clin Pediatr.(Phila)* **19**, 284-288.
- Jørgensen,I.M. (1995) The epidemiology of fatal unintentional child injuries in Denmark. *Dan.Med Bull.* **42**, 285-290.
- Jørgensen,P.S., Holstein,B.E. og Due,P. (2001) Sundhed på vippen. Hans Reitzels Forlag, København.
- Koelmeyer,T.D., Smeeton,W.M. og Cairns,F.J. (1986) Childhood pedestrian deaths: experience of the Auckland coronial area 1977-1983. *N.Z.Med J* **99**, 541-543.
- Komiteen for Sundhedsoplysning og Sund By netværket (2005) Værd at vide om børnesikkerhed 0-15 år. København.
- Kristoffersen,J. og Curtis,T. Beretning sund by netværket 2002-2005 - aktiviteter og betydning for det sundhedsfremmende arbejde. (2006). København, Statens Institut for Folkesundhed.
- LaFlamme,L. og Diderichsen,F. (2000) Social differences in traffic injury risks in childhood and youth--a literature review and a research agenda. *Inj.Prev.* **6**, 293-298.
- LaFlamme,L. og Engström,K. (2002) Socioeconomic differences in Swedish children and adolescents injured in road traffic incidents: cross sectional study. *BMJ* **324**, 396-397.
- Landolt,M.A., Vollrath,M., Timm,K., Gnehm,H.E. og Sennhauser,F.H. (2005) Predicting posttraumatic stress symptoms in children after road traffic accidents. *J Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry* **44**, 1276-1283.
- Larsen,L.B. (2002) Betydningen af brug af cykelhjelm for hovedskader hos tilskadekomne 0-15-årige cyklister. *Ugeskr.Læger* **164**, 5115-5119.
- Larsen,L.B., Larsen,C.F. og Röck,N.D. (1994) Cykelulykker 1980-1992. *Ugeskr.Læger* **156**, 2233-2236.
- Laursen,B. (2006) Injury patterns in children with frequent emergency department visits. *Emerg.Med J* **23**, 59-60.
- Laursen B. og Frimodt-Møller B (2005) Sociale forskelle i brugen af sundhedsvæsenet i forbindelse med ulykker. *Ugeskr.Læger* **167**, 1855-1858.
- Laursen, B., Møller, H. og Frimodt-Møller,B. (2002) Cykelulykker. Forskelle mellem eneulykker og ulykker med modpart. *Ugeskr.Læger* **164**, 5112-5115.
- Laursen,B., Nielsen,J.W., Frimodt-Møller,B., Kejs,A.M.T. og Madsen,M. (2005) Kvalitet af kodingen i landspatientregisteret vedrørende ulykker. Statens Institut for Folkesundhed, København.
- Mackay,M., Vincenten,J., Brussoni,M. og Towner,L. Child safety good practice guide: good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion. (2006). Amsterdam, European child safety alliance; eurosafe.
- Manciaux,M. og Romer,C.J. (1991) Accidents in childhood and adolescence: The role of research. WHO, Geneva.
- Mare,R.D. (1982) Socioeconomic effects on child mortality in the united states. *Am J Public Health* **72**, 539-547.
- Matthews,H., Limb,M. og Taylor,M. (2000) The 'street as a thirdspace'. I: Children's geographics: living, playing and transforming everyday worlds (Red. Holloway,S. og Valentine,G.) Routledge, London.
- Mikkelsen,M.R. og Christensen,P.H. Cykelhelmen er vigtig – men ikke nok, hvis børn skal undgå skader i trafikken. (2006). Internetkommunikation.
- Møller H. Kommunale ulykkesprofiler – et værktøj for den borgerrettede forebyggelse. (2006). Cen-

ter for Ulykkesforskning, Statens Institut for Folkesundhed. Pjece.

Morrongiello, B.A. og Dawber, T. (1999) Parental influences on toddlers' injury-risk behaviours: are sons and daughters socialized differently? *Journal of Applied Developmental Psychology* **20**, 227-251.

Morrongiello, B.A. og Dawber, T. (2000) Mothers' responses to sons and daughters engaging in injury-risk behaviors on a playground: implications for sex differences in injury rates. *J Exp Child Psychol.* **76**, 89-103.

Ni, H., Barnes, P. og Hardy, A.M. (2002) Recreational injury and its relation to socioeconomic status among school aged children in the US. *Inj.Prev.* **8**, 60-65.

Nielsen, A., Lie, H.R., Keiding, L. og Madsen, M. (1998) *Børns sundhed i Danmark*. Statens institut for folkesundhed, København.

Nielsen, C.T., Hansen, A.J., Kruse, T., Mogensen, A. og Provstegård, E. (1990) Risikofaktorer for småbørns hjemmeulykker. *Ugeskr.Læger* **152**, 3447-3449.

Nielsen, L.T. og Christensen, P.H. Børneulykker: risikofaktorer, risikoplevelse og risikohåndtering - et litteraturstudie. 1-52. 2003. København, Statens Institut for Folkesundhed.

NOMESKO. NCECI (NOMESCO Classification of External Causes of Injuries) v.3.1. 2003.

Nørredam, M., Krasnik, A., Møller, S.T., Keiding, N., Joost, M.J. og Sonne, N.A. (2004) Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scand J Public Health* **32**, 53-59.

Pickett, W., Molcho, M., Simpson, K., Janssen, I., Kuntsche, E., Mazur, J., Harel, Y. og Boyce, W.F. (2005) Cross national study of injury and social determinants in adolescents. *Inj.Prev.* **11**, 213-218.

Plitponkarnpim, A., Andersson, R., Jansson, B. og Svanström, L. (1999) Unintentional injury mortality in children: a priority for middle income countries in the advanced stage of epidemiological transition. *Inj.Prev.* **5**, 98-103.

Pomerantz, W.J., Dowd, M.D. og Buncher, C.R. (2001) Relationship between socioeconomic factors and severe childhood injuries. *J Urban.Health* **78**, 141-151.

Regeringen (2002) Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Runyan, C.W. (1998) Using the Haddon matrix: introducing the third dimension. *Inj.Prev.* **4**, 302-307.

Scott, S., Jackson, S. og Backett-Milburn, K. (1998) Swings and rundabouts: risk anxiety and the everyday worlds of children. *Sociology* **32**, 689-705.

Soori, H. og Bhopal, R.S. (2002) Parental permission for children's independent outdoor activities. Implications for injury prevention. *Eur.J Public Health* **12**, 104-109.

Sund By Netværket (2004) Vi kan selv. Mestring af småskader.

Wazana, A. (1997) Are there injury-prone children? A critical review of the literature. *Can.J Psychiatry* **42**, 602-610.

Wazana, A., Krueger, P., Raina, P. og Chambers, L. (1997) A review of risk factors for child pedestrian injuries: are they modifiable? *Inj.Prev.* **3**, 295-304.

Børneulykker i Danmark - En registerbaseret analyse

Ulykker er et af de alvorligste folkesundhedsproblemer hos børn. Hvert år kommer 170.000 børn i alderen 0-14 år på skadestuen og 50 børn i samme alder mister livet pga. ulykker.

Der er på forskellige fronter blevet gjort en stor indsats de sidste mange år for at forebygge ulykker blandt børn, og det kan ses på ulykkestallene. Antallet af børn som dør pga. ulykker talte i starten af 70'erne 4-5 gange så mange som i dag. Børns skadestuebesøg pga. ulykker har ligget mere konstant, men begynder nu også at falde. Så det går den rigtige vej.

Denne rapport belyser børneulykker i tal. Den viser sammenhængen mellem børns alder, hvor ulykkerne sker og hvilke typer af ulykker børnene kommer ud for. Rapporten belyser også udviklingen i dødsulykker og alvorlige ulykker og beskriver mønstrene for ulykker i trafikken, sportsulykker, ulykker i hjemmet mv. Rapporten kommer også ind på den sociale ulighed i ulykkesforekomsten hos børn.

Målgruppen for rapporten er bl.a. beslutningstagere, sundhedsprofessionelle og forebyggere, som arbejder med ulykkesforebyggelse og vejledning af børn og forældre.

