

INGE SVEDUNG

# Låt det inte hända igen

– METODIK FÖR ÅTGÄRDSINRIKTAD  
UPPFÖLJNING AV BARNOLYCKOR



Inge Svedung är professor i riskhantering med folkhälsovetenskaplig inriktning vid Karlstads universitet, fakulteten för social- och livsvetenskap. Sedan några år är han även knuten till Räddningsverket som rådgivare och handledare vid Nationellt Centrum för lärande från olyckor, NCO. Han har under flera år arbetat med forskning och utbildning inom flera av de områden som utgör grunden för samhällets riskhantering. Tillsammans med professor Jens Rasmussen har han bland annat skrivit boken *Proactive risk management in a dynamic society*. Där presenteras begrepp och modeller som har påverkat förståelsen för riskhanteringen och dess förutsättningar i samhället, bland såväl forskare som myndighetspersoner. Inge Svedung är ansvarig för masterutbildningen i samhälllig riskhantering vid Karlstads universitet.



Inge Svedung

# Låt det inte hända igen!

– Metodik för åtgärdsinriktad  
uppföljning av barnolyckor

Räddningsverket

Att mångfaldiga innehållet i denna bok, helt eller delvis, utan medgivande av Räddningsverket är förbjudet enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära verk. Förbudet gäller varje mångfaldigande genom tryckning, kopiering, bandinspelning etc.

## Låt det inte hända igen!

– Metodik för åtgärdsinriktad uppföljning av barnolyckor

Boken har tagits fram vid Nationellt Centrum för lärande från Olyckor, NCO, på uppdrag av Räddningsverkets olycksförebyggande avdelning och inom ramen för barnsäkerhetsuppdraget.

Författare: Inge Svedung

Projektledare: Jan Schyllander

Projektgrupp: Robert Ekman, Annette Holmberg, Ingela Stenbäck, Inge Svedung

Redaktör: Anna-Lena Göransson

Bildredaktör: Kristina Malmstedt-Svensson

Formgivning: Lena Mårtensson

Fotograf: Christian Örnberg Scanpix sid 25, Per Westergård sid 6, 19, 50, 36, 66, 82 och 92, Micke Sörensen sid 88, övriga bilder Johan Eklund

Omslagfoto: Erich Stering

Illustrationer: Per Hardestam

Tryck: Danagårds Grafiska AB

Utgivningsår: 2007

Beställningsnummer: U30-661/07

ISBN: 978-91-7253-346-2

NCO 2007:9

© 2007, Inge Svedung och Räddningsverket

# Innehåll

Förord 5

## **Inledning 7**

Uppföljning av barnolyckor 9

Metodikens syften och mål 10

Aktörer som kan medverka i processen 12

Utrednings- och uppföljningsprocessen 13

## **1 Lär av olyckorna 17**

Lärande på individnivå 18

Lärande på gruppnivå 18

Lärande på organiserad verksamhetsnivå 19

Lärande på samhällsnivå 20

## **2 Identifiera och definiera problemområdet 23**

## **3 Beskriv problemet med hjälp av skadestatistik 27**

Hur skaderegister byggs upp 28

Statistik 31

Officiell statistik 31, Publicerad, ej officiell statistik 31,

Intern statistik, ej publicerad 33, Statens offentliga utredningar 33

Problembild grundad i skadestatistik 33

## **4 Berätta om olyckan 37**

Berättelsens roll och form 37

Före – under – efter 38

Underlaget 39

## **En sjöblöt tvååring 41**

## **Lek på studsmatta 45**

## **Fall från Klätterborgen 47**

## **5 Framställ grafiska olycksmodeller 51**

Modeller som beskriver händelseförlopp 52

Kedjemodell för att beskriva enkla förlopp 53,

STEP-modell för att beskriva parallella skeenden och flera aktörer 54,

Barriärmodell för att beskriva verkan av säkerhetsfunktioner 55

Påverkansdiagram för att beskriva påverkan 56

Direkt berörda aktörer 57, Fysiska förhållanden 58, Omhändertagande och räddningsinsatser 58, Påverkansdiagrammets användning och vidareutveckling 60

AcciMap: Händelser – Barriärer – Funktioner – Aktörer 60

## **6 Identifiera möjliga skyddsåtgärder 65**

Metod 1: Analys av exponering och skadeverkan 67

Metod 2: Skyddsåtgärder utifrån Haddons strategier 68

Metod 3: Skyddsåtgärder utifrån villkor för skada 70

Metod 4: Skyddsåtgärder utifrån ett påverkansdiagram 72

Checklista 73

## **7 Identifiera aktörer med koppling till skyddsåtgärder 75**

Aktörer med en officiell samhällsroll 76

Aktörer som finansierar barriärer 76, Aktörer som hyser barriärer 76, Aktörer som utformar och bygger barriärer 77, Aktörer som vårdar barriärer 77, Aktörer som övervakar barriärer 78, Aktören "allmänheten" 78

Barnskadesakkunniga 78

Aktörer kopplade till barn 79

Barnen 79

## **8 Kommunicera erfarenheter 81**

Praktiska förhållanden 82

Deltagare 82

Inbjudan 83

Genomförande 83

Inledning 84, Presentation av syfte och underlag 84, Erfarenhetsdialog 85, Uppsummeringar och avstämningar 86

Nästa steg 86

## **9 Gör en åtgärdsplan med aktörernas utfästelser 89**

## **10 Följ upp och utvärdera 93**

Process och resultat 93

Utfall 94

Referenser 95

Bilagor 97

## Förord

Olyckor betraktas ofta som händelser som resulterar i skador. I den här boken sätts emellertid sammanhanget; omgivningen och aktörerna i fokus. Att se olyckorna som symptom på förhållanden i omgivning och samhälle, ger oss större möjlighet att förstå det skadeförebyggande arbetets förutsättningar. Dessa förhållanden förändras ständigt genom pågående utveckling och genom olika funktioner och aktörers försorg.

Denna bok redogör för ett åtgärdsinriktat tillvägagångssätt för uppföljning av barnolyckor. Metodiken har utformats med avsikten att involvera och engagera breda aktörsgrupper. Boken beskriver hur ett underlag för diskussion och lärande kan byggas upp och hur aktörernas medverkan i ett brett gruppdynamiskt lärande kan organiseras och stödjas. En förutsättning för ett sådant lärande är att samtliga involverade betraktas som bärare av i sammanhanget relevant erfarenhet och kunskap. Även om metodiken tar utgångspunkt i barnrelaterade olyckor är den i princip tillämpbar på flertalet skadearenor, riskkällor och skadeobjekt.

Boken är avsedd att fungera som en handbok och riktar sig i första hand till personer som ska leda den process som föreslås, men även till andra som ska delta i arbetet. Den kan även användas som lärobok inom området åtgärdsinriktad uppföljning av skadehändelser.

Metodiken har arbetats fram av Robert Ekman, Annette Holmberg, Jan Schyllander, Ingela Stenbäck och Inge Svedung. Arbetet har utförts vid Nationellt Centrum för lärande från Olyckor på uppdrag av Räddningsverkets olycksförebyggande avdelning och inom ramen för barnsäkerhetsuppdraget. Ett varmt tack riktas härmed till projektgruppen och övriga personer som bidragit med intressanta, kritiska och konstruktiva synpunkter under arbetets gång.

Karlstad, oktober 2007

*Inge Svedung*





# Inledning

I Barnsäkerhetsdelegationens slutbetänkande *Från barnolycksfall till barns rätt till säkerhet och utveckling*, anges redan i titeln vad som kan ses som ett dilemma: Barn ska stimuleras och stärkas i sin utveckling, samtidigt som de ska ses till och ges tillfälle att leva i en säker miljö med hänsyn till skaderisker. Denna ambition är en utmaning för såväl vårdnadshavare som samhälle.

I Sverige är barnadödligheten låg och sjunkande, liksom i flertalet ekonomiskt och demokratiskt utvecklade länder. Det gäller även den skaderelaterade dödligheten bland barn och ungdomar, som under perioden 1954–2002 sjunkit från 450<sup>1</sup> till 35<sup>2</sup> barn per år i åldersgruppen 0–14 år. Ändå utgör skador den dominerande dödsorsaken bland barn och ungdomar. År 2003 vårdades drygt 15 000 skadade barn i åldrarna 0–14 år på sjukhus<sup>3</sup> och uppskattningsvis besökte 175 000 barn i samma grupp en akutmottagning.<sup>4</sup> Skadestatistiken ger en grov bild av i vilka sammanhang barn skadas och hur mönstren skiljer sig åt mellan olika åldersgrupper.

Barn skiljer sig från vuxna i många avseenden som påverkar riskerna att skadas:

- Barn förstår situationer och sammanhang på annat sätt än vuxna.
- Barn betar sig annorlunda och har andra förmågor än vuxna.
- Barn uppehåller sig delvis i andra sammanhang än vuxna.

---

1) Barnsäkerhetsdelegationen: Barns skador i Sverige, 2002

2) Socialstyrelsen, EpC: Dödsorsaksregistret

3) Socialstyrelsen, EpC: Patientregistret

4) Socialstyrelsen: EpC: EHLASS



## Var och hur skadar sig barn och ungdomar?

- Barn, 0–3 år, skadar sig i hemmet (fall, klämskador, förgiftningar och brännskador).
- Barn, 4–6 år, skadar sig i hemmet och i barnomsorgen (fall, klämskador och kollisioner).
- Barn, 7–12 år, skadar sig i hemmet och på olika sport- och idrottsplatser (fall och kollisioner).
- Tonåringar, 13–17 år, skadar sig på sport- och idrottsplatser samt i trafiken (fall och kollisioner).

Staffan Jansson (2005), *Så skadar sig barn*.

Barn skiljer sig från vuxna även vad gäller hur skadlig påverkan kan uppstå, vilka skador sådan påverkan kan resultera i och hur andra människor och samhället söker förhindra skador.

Barn är naturligtvis ingen homogen grupp och yngre barn skiljer sig mer från vuxna än vad äldre barn gör. I sin fria lek förvånar de yngre barnen ibland sin omgivning med förmågor och initiativ som vuxna inte alltid förutser. Det kan komma av att barnen överraskas av något och kanske blir skrämde, men ofta tycks initiativen komma av en nyfikenhet och en glädje att lära känna och bemästra. Att barn är orädda ses som ett friskhetstecken. Kommer de utan skador ur sina eskapader, så har de ofta stärkts i sin självtillit och kanske också fått en bättre förmåga att hantera framtida situationer.

Barnens ibland ostyriga vilja står inte alltid i paritet med deras förmåga. De kan ofta inte se, känna, tolka och förstå den situation de befinner sig i och vad som är på väg att hända. De kan inte fatta (vad vuxna ser som) avvägda beslut. De kan inte heller alltid agera motoriskt på ett sätt som är anpassat till situationen. I situationer som är skrämmande för barnen kan dessa brister bli särskilt tydliga.

Barn kan därför under sin lek skada både sig själva och andra. I vissa fall kan deras agerande uppfattas som våldshandlingar, men att betrakta handlandet som uppsåtligt leder sannolikt fel. Det gäller speciellt yngre barn som har en outvecklad förmåga att förutse konsekvenser av vad de gör. Därför är barn, i klart större utsträckning än vuxna, beroende av sin omgivning. Ju yngre barnen är, desto vikti-

*”Ett vattengolv” sa Kalle förtjust och hade klivit rätt ut i det spegelblanka tjärnet med kläderna på om ingen hade hejdat honom.*

gare är det att se till dem och anpassa fysiska förhållanden till vad barn kan, vill och tål.

I de flesta sammanhang där barn uppehåller sig har någon vuxen en övervakande roll. Vuxna är också verk-samma i många andra roller på olika nivåer i samhället där de långsiktigt påverkar förutsättningarna för barns säkerhet. Det kan gälla att organisera, planera, utforma och underhålla verksamheter och den fysiska miljön. När barn skadas bör vi fråga oss vilka dessa aktörer är och hur de kan stödja en positiv utveckling genom att medverka i samhällets skadeförebyggande arbete. Det är viktigt att vi tar hjälp av dessa aktörer. Deras synpunkter, förslag och engagemang behövs, samtidigt som deras förståelse av de sammanhang där barn skadas kan behöva stärkas. Vi ska också komma ihåg att barnen är både subjekt och objekt. Också barnen är en viktig aktörsgrupp vars tankar, beteenden och önskemål bör ligga till grund för vad som görs.



## Uppföljning av barnolyckor

Denna bok redogör för ett tillvägagångssätt för uppföljning av barnolyckor. Metodiken har utformats speciellt för att omfatta och engagera breda aktörsgrupper. Vi beskriver dels hur man kan bygga upp ett underlag för diskussion och lärande, dels hur aktörernas medverkan i ett brett gruppdynamiskt lärande kan organiseras och stödjas. En förutsättning för ett sådant lärande är att betrakta samtliga deltagare som bärare av betydelsefull erfarenhet och kunskap.

Två kompletterande ansatser används för att ta fram det underlag som behövs för att beskriva skadeproblemet och dess sammanhang. Den första ansatsen syftar till att *ta fram epidemiologisk information<sup>5</sup> genom analys av befintliga skadedata*. Sådan statistisk uppföljning av registrerade barnolyckor visar på:

- typ av skador
- sammanhang där skadorna uppstår

---

5) Information som grundas i rapporterade, kodade och datalagrade uppgifter om skador och skadehändelser. Se kapitel 3.

- allmänna bestämningsfaktorer eller förhållanden som påverkar riskbild, frekvenser och trender.

Den andra ansatsen är en fallstudiemetodik som tar vid där mer allmänt tillämpade utredningsmetoder ofta stoppar. Den tar utgångspunkt i enskilda händelser (fall) och vad tidigare utredningar kommit fram till i samband med dessa. Syftet är att söka och ge svar på frågor om de förhållanden som påverkat de direkta orsakerna. Fallstudiemetodiken visar också på förslag till skyddsåtgärder och andra åtgärder som kan och bör övervägas. Analysen ska dessutom visa på möjligheter att identifiera de olika aktörskategorier som kan ha en roll i sammanhanget.

Metodikerna med de två kompletterande ansatserna är i sig generell och kan tillämpas på många olika skadearenor. Den uppvisar betydande likheter med den s.k. OLA-processen<sup>6</sup> som bedrivs i regi av Vägverket med syftet att utveckla trafiksäkerheten. Vår metodikbeskrivning har emellertid sin utgångspunkt i riskerna för att barn skadas, samtidigt som den kan användas på alla sammanhang där det kan ske.

## Metodikens syften och mål

Denna metodik för olycksuppföljning har alltså två övergripande syften:

1. Att identifiera de aktörer eller aktörskategorier som kan stärka barns säkerhet genom sina resurser och mandat.
2. Få dessa aktörer att tydliggöra olika motiv och finna stöd för sådana beslut som kan stärka barns säkerhet.

Som nämnts ovan ska stödet grundas dels i epidemiologiskt framtagen information, dels i fallrelaterad information. Gemensam reflektion och diskussion ska öka gruppdeltagarnas förståelse för det aktuella sammanhanget och stärka deras motivation att agera för att liknande händelser inte ska upprepas. Processen kan drivas på ett nationellt plan, men också i det lokala säkerhetsfrämjande arbetet.

*Processen består av flera steg och varje steg har ett speciellt syfte:*

---

6) OLA står för Objektiva data, Lösningar och Avsiktsförklaringar.



- Att identifiera de sammanhang där barn uppehåller sig och kan skadas.
- Att identifiera de aktörer som kan medverka i en fördjupad analys av skadeproblematiken inom ett visst sammanhang och i det förebyggande arbetet på denna arena.
- Att beskriva sammanhangets skadeproblematik med statistiskt baserade uppgifter.
- Att sammanställa berättelser som beskriver ett antal inträffade barnolycksfall i det aktuella sammanhanget. Alternativt kan en mer allmän fallbeskrivning sammanställas baserad på ett antal händelser/erfarenheter.
- Att analysera de händelseförlopp och förhållanden som beskrivs i berättelserna. Det kan göras på flera sätt och med stöd i skilda olycksteorier, vilket resulterar i olika, mer eller mindre informationsrika modeller.
- Att identifiera och beskriva möjliga säkerhetsfunktioner och skyddsåtgärder i sammanhanget.
- Att identifiera aktörer som är kopplade till dessa säkerhetsfunktioner och skyddsåtgärder.
- Att ge dessa aktörer tillfälle att berika analysen genom gemensam reflektion.
- Att aktörerna utverkar utfästelser i sina egna organisationer om att utveckla och införa skyddsåtgärder.
- Att dokumentera och följa upp processens olika steg.

*De olika stegen behöver inte tas i någon given ordningsföljd, men tillsammans ska de resultera i:*

- En statistiskt underbyggd beskrivning av en viss olyckstyp.
- Berättelser om ett litet antal specifika olyckor av den aktuella typen.
- Grafiska presentationer (modeller) av de enskilda olyckorna.
- En modell (bild) eller förteckning över möjliga skade- eller olycksbarriärer.
- En bild över de i sammanhanget aktuella aktörerna, dvs. aktörer som kan kopplas till olika typer av skadeförebyggande åtgärder eller barriärer.

- Lärande och ökad kunskap hos de aktörsgrupper som bidrar till processen.
- En plan med en uppsättning åtgärder och utfästelser från berörda aktörer.
- En redogörelse för hur processen har genomförts och vad den resulterat i.

Ovanstående resultat är alltså delmål i den föreslagna processen. Det övergripande målet är att stödja problemförståelse och kompetensuppbyggnad inom de grupper som direkt och indirekt påverkar barns säkerhet i samhället och på så sätt stödja ett långsiktigt och uthålligt skadeförebyggande arbete.

## Aktörer som kan medverka i processen

De skaderisker som barn exponeras för påverkas av många aktörsgrupper i samhället. Denna metodik riktar sig främst till dem som får uppdraget att leda den process som föreslås för säkerhetshöjande uppföljning av händelser och sammanhang där barn skadas. Det kan vara:

- Aktörer nära barnen (upplysare, övervakare och ingripare)
  - Föräldrar/vårdnadshavare
  - Lärare i förskola och skola
  - Fritidspedagoger
  - Idrottsledare
  - Föreningsledare
  - Aktiva inom frivilligorganisationer
  - Allmänheten (barn och vuxna)
- Aktörer som utformar miljöer där barn vistas
  - Aktörer som utformar gator, gång- och cykelvägar
  - Aktörer som utformar lekplatser och skolgårdar
  - Aktörer som utformar idrotts- och andra fritidsanläggningar
  - Aktörer som utformar bostäder
  - Aktörer som utformar transportmedel
  - Aktörer som utformar leksaker



- Aktörer som utformar idrottsutrustningar
- Aktörer som utformar skyddsutrustningar
- Aktörer som genom olika beslut påverkar barns miljö på längre sikt
  - Kommunala beslutsfattare på politisk nivå
  - Kommunala beslutsfattare på tjänstenivå
- Aktörer som skapar och underhåller barns miljö
- Aktörer som arrangerar evenemang (tävlingar, konserter)
- Aktörer som ingriper vid skada
- Aktörer som bestämmer skadors art och bedömer hur de har uppkommit genom yttre påverkan
- Aktörer som vårdar och rehabiliterar
- Aktörer som utreder skadehändelser.

*Ju yngre barnen är, desto viktigare är det att se till dem och anpassa fysiska förhållanden till vad de kan, vill och tål.*



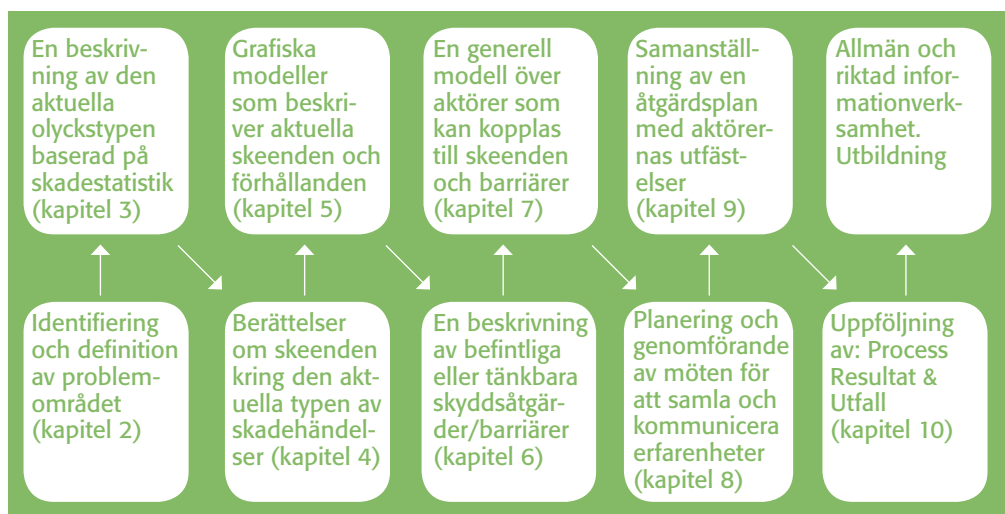
Dessa aktörskategorier och andra som framträder som relevanta i sammanhanget, kan var och en bidra till det gemensamma lärandet och en åtgärdsinriktad uppföljning av barnolyckor.

## Utrednings- och uppföljningsprocessen

Utrednings- och uppföljningsprocessen åskådliggörs schematiskt i figuren nedan. I rutorna anges vad som ska genomföras eller åstadkommas i respektive steg och var i boken detta steg behandlas. Ordningföljden är inte styrande. Exempelvis kan arbetet med en fördjupad statistisk analys läggas något senare i kedjan. Det kan också bli aktuellt att gå tillbaka i kedjan och göra vissa kompletteringar. Ett sådant s.k. iterativt arbetssätt kan många gånger visa sig både fördelaktigt och nödvändigt.

Processen syftar till ett organiserat lärande, genom kommunikation och reflektion i grupp, kring händelser och sammanhang där barn skadas. De läsare som i första hand intresserar sig för detta kan börja med att läsa kapitel 8 och 9. Momentet längst till höger – information och utbildning – kräver speciell sakkunskap och berörs därför inte i denna bok.

*Utrednings- och lärandeprocessen. Figuren visar vad processens olika steg ska resultera i. Processens tänkta iterativa karaktär framgår inte av figuren.*





## Aktivitetsschema och rollfördelning för åtgärdsinriktad uppföljning av olycksrelaterade skador på barn

AKTIVITET	UTFÖRARE/ MEDVERKANDE							SKA LEDA TILL FÖLJANDE MÅL	
	Beställare	Processledare	Skadeepidemiolog	Olycksutredare	Läkare	Djupanalysgrupp <sup>7</sup>	Aktörsgrupp <sup>8</sup>		Processutvärderare
Identifiera problemet	X	X						X	Underlag för beslut om djupstudie
Definiera problemet		X						X	Uppgifter om skadearena, olyckstyp, åldersgrupp
Beskriv problemet med hjälp av statistik		X	X						Kvantitativ beskrivning av aktuell olyckstyp
Beskriv problemet med hjälp av berättelser		X		X	X				Avpersonifierad beskrivning av skadehändelser inom skadearenan
Utforma en olycksmodell		X		X					Påverkansdiagram kopplat till; orsaksförlopp – exponering – skada – omhändertagande – rehabilitering
Identifiera en djupanalysgrupp	X	X						X	Arbetsgrupp med personer med erfarenhet från olycksarenan
Identifiera åtgärder		X	X	X	X	X		X	Sammanställning av tänkbara säkerhetsåtgärder
Konvertera olycksmodellen till en åtgärdsmodell		X		X					Grafisk modell över aktuell typolycka med generella säkerhetsåtgärder (barriärer)
Identifiera en utvidgad aktörsgrupp	X	X				X		X	Sammanställning av aktörer som har koppling till identifierade åtgärder
Granska olycks- och åtgärdsmodeller		X					X	X	Avstämd och kompletterad åtgärdsmodell
Definiera aktörsåtaganden och utfästelser		X					X	X	Dokumenterade åtaganden med anknytning till åtgärdsmodellen
Följ upp process, resultat och utfall		X					X	X	Sammanställning och analys av hur åtaganden har genomförts

7) En mindre grupp ur "aktörsgruppen" med ett uttalat intresse av och kunskap om säkerhetsfrågor i det aktuella sammanhanget.

8) En utvidgad grupp aktörer som identifierats som relevanta med hänsyn till vad och vilka som kan påverka säkerheten.



# Lär av olyckorna

För att underlätta fortsatt läsning och tillämpning av metodiken förklaras nedan några begrepp som kommer att användas framöver samt vad vi menar med lärande från olyckor på individ-, grupp- och organisationsnivå. Nivåerna omfattar direkt berörda individer, berörda grupper och berörda organisationer på lokal och central samhällsnivå (offentlig nivå) som reflekterar kring inträffade olyckshändelser utifrån sina erfarenheter och med olika grad av systematik.

Samhällets rekapitulation av inträffade händelser får en inriktning och en omfattning som beror av hur allvarlig en händelse bedöms vara. Man spårar händelsekedjor, anger orsaker och bakomliggande faktorer och förhållanden samt skadeeffekter på skilda typer av objekt. I anknytning till de händelser som leder till olika skadebegränsande och omvärdande insatser studeras även omfattning och utfall av räddningsinsatser, omhändertagande och vård/rehabilitering. Utredningar och analyser av barnolyckor drivs sällan längre än så om de inte relateras till komplexa tekniska, miljömässiga och organisatoriska förhållanden. Frågor kring ansvar och ansvarsfördelning kan leda till fördjupade utredningar.

Lärandet på individ- och gruppnivå sker främst genom direkta iakttagelser eller genom berättelser. För lärande på organisations- och samhällsnivå fordras ett systematiskt arbetssätt och fungerande metoder för insamling, kategorisering, registrering, lagring och analys av data. Även kommunikation och vidgad reflektion i samband med skadehändelser behöver organisatoriskt och metodiskt stöd. Den metodik som denna bok beskriver tar utgångspunkt i detta

behov. Ett brett och distribuerat lärande förväntas leda till ett brett åtagande med syfte att förebygga barnolyckor.

## Lärande på individnivå

Som direkt berörda frågar vi oss *Varför?* varje gång vi drabbas av en olycka. Ibland är den direkta orsaken uppenbar, ibland fördold. Oavsett vilket, stämmer vi av med tidigare erfarenheter. Kanske vill vi förstå vad vi bör tänka på och ta hänsyn till nästa gång vi hamnar i en liknande situation.

Hur vi går till väga och hur vi tänker i denna personliga lärandeprocess beror av en rad omständigheter. Så länge vi överlever och kan gå vidare har händelsen inneburit en möjlighet att bemästra framtiden bättre. Men det finns en risk att vi feltolkar och missbedömer upplevelsen. Vi känner kanske inte alla väsentliga omständigheter. Vi kan lära fel. Detta gäller inte minst för barn. Genom bristande förmåga att avläsa och förstå, riskerar de att missuppfatta sina upplevelser. Framförallt yngre barn, vars erfarenhetsbank är mer begränsad, kan dra slutsatser som leder till handlingar som vuxna ser som irrationella.

*”En snäll sten kom och lyfte upp mig” sa Stina, 6 år, när hon ramlat mellan jollen och skäret hon skulle upp på.*

## Lärande på gruppnivå

En olycka som inträffar i ett sammanhang där en grupp aktörer har deltagit och blivit varse att något inträffat, leder ofta till att händelsen diskuteras. Det är en styrka för gruppen att ha en utvecklad förmåga till sådan reflektion. Av olika skäl kan gruppen som berörs välja att göra en fördjupad analys. Syftet kan vara att dokumentera iakttagelser och tankar kring lämpliga åtgärder för att förhindra att liknande händelser ska inträffa. Det vanligaste är ändå att man nöjer sig med att gemensamt försöka förstå det inträffade, t.ex. varför det hände och om någon gjorde fel. Kanske beslutar man sig för att berätta för andra med avsikt att varna. Kanske sätter man upp ett anslag. Kanske meddelar man någon ansvarig, eller någon vars roll det är att registrera och rapportera liknande händelser.



Även barn upplever och lär i grupp. Men ofta har de äldre barnen tolkningsföretråde och kommer med förklaringar som kanske inte alla kan ta till sig. Vuxna kan stödja barnens lärande genom att låta dem berätta, ställa frågor om deras känslor och kommentera deras berättelser och upplevelser.

*Barn upplever och lär i grupp.*

## Lärande på organiserad verksamhetsnivå

Individer och grupper som upplever olyckor kan ingå i en organiserad verksamhet. För yrkesmässig verksamhet regleras i lag frågor om och hur olika händelser ska utredas, analyseras och rapporteras som ett led i ett systematiskt säkerhetsarbete.

Organiserade verksamheter kan beskrivas dels i verksamhetstermer: (Vem gör vad? Hur? Med hjälp av vad/vem?), dels i organisationstermer med fokus på kommunikation, arbets- och ansvarsfördelning.

Det fordras en styrning av verksamheten på kort och





lång sikt och en systematisk uppföljning av bl.a. kvalitet, säkerhet, hälsa och miljöförhållanden. Den kortsiktiga styrningen kan ske genom feedback på individ- och grupp-nivå. Den långsiktiga fordrar en långsiktig kompetens- och kunskapsuppbyggnad. Då behöver lärandet systematiseras genom metodisk inhämtning, hantering, analys och kommunikation av erfarenheter. För att kommunikationen ska fungera fordras bland annat att informationen som ges upplevs som relevant och viktig av mottagarna. Olika mottagare behöver och efterfrågar olika typer av information och uppfattar den på olika sätt. Därför ställs olika krav på vad som ska meddelas och hur.

Barnolyckor har ofta en koppling till organiserade verksamheter, t.ex. organiserad omsorgsverksamhet i förskola och skola. Andra sammanhang som kopplar barn och vad som händer dem till organiserade verksamheter är

- samhällets fysiska planering och utformning
- allmänna kommunikationssystem
- fritidsaktiviteter i samband med idrottsutövning, evenemang och resor.
- utformning, tillverkning och marknadsföring av olika produkter (kläder, leksaker, sport- och idrottsredskap, fordon etc.).

De organisationer som är verksamma inom dessa områden kan påverka barns säkerhet och bör därför arbeta med ett organiserat lärande kring barnsäkerhetsfrågor.

## Lärande på samhällsnivå

På samhällsnivå följs olyckor främst upp med statistik. Flera aktörer registrerar skadehändelser och kategoriserar dem i en rad avseenden. De data som genereras möjliggör en statistisk analys av

- typ av skada
- direkt orsak
- sammanhang
- bidragande faktorer.

Centrala myndigheter med ansvar för olika förvaltningsområden ansvarar för dessa register och för att en samlad bild skapas genom att data ur de olika registren samkörs. Räddningsverket har samhällets uppdrag att ta fram och sprida en samlad bild av vad som kan utläsas ur dessa register. Det görs vid Nationellt Centrum för lärande från olyckor, NCO. (Se även kapitel 3.)

Enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor, är kommunerna skyldiga att utreda olyckor som föranleder kommunala räddningsinsatser. I samband med enskilda händelser, som var för sig bedöms vara av särskilt samhällsintresse, kan mer inträngande fallstudier aktualiseras. Dödsolyckor i vägtrafiken och dödsbränder studeras genom djupstudier där frågor kring såväl direkta som mer perifera omständigheter behandlas.

Allvarligare olyckor inom sjöfart, järnväg och flyg undersöks också regelmässigt med fokus på fysiska, operativa och organisatoriska förhållanden. Haverikommissionen bedriver denna typ av utredningar och i särskilt allvarliga sammanhang, där samhället som helhet berörs, tillsätts särskilda utredningar eller kommissioner. Motiven kan variera, vilket gör att också uppdragens syfte och målsättning varierar. Estoniakatastrofen har bland annat utretts av en kommission med deltagare från Estland, Finland och Sverige, som bland annat fört fram vad man bedömer som en rimligt grundad förklaring till det snabba förloppet under förlisningen. Stormen Gudrun utreddes av en nationellt sammansatt kommission som fokuserade på en beskrivning av händelseutvecklingen och hur samhällets infrastrukturer drabbades, och hur detta i sin tur drabbade berörda människor.







# Identifiera och definiera problemområdet

Den metodik för uppföljning av skadehändelser som vi beskriver, är relativt omfattande och resurskrävande. Den ställer krav på människors tid och engagemang och det är därför viktigt att beslut om att tillämpa den är väl underbyggda. Det är också viktigt att syftet med arbetet är preciserat och att problemområdet är klart beskrivet och avgränsat för de olika deltagarna.

Metodiken kan tillämpas i det lokala och/eller regionala säkerhetsarbetet om

- det allmänna skademönstret tyder på att medvetande och engagemang om skaderisker är lågt (i allmänhet eller bland vissa grupper).
- utvecklingen i samhället leder till oro om vad som kan hända.
- ett förhållande har aktualiserats som bedöms kräva att fler aktörer involveras i skyddsarbetet.
- en enskild händelse väcker sådan uppmärksamhet att allmänheten önskar utredning och uppföljning.

I det centrala, landsomfattande, säkerhetsarbetet kan följande förhållanden motivera att metodiken tillämpas:

- Det samlade skademönstret i ett visst sammanhang tyder på att problem förekommer.
- En ny företeelse misstänks ha en allvarlig påverkan på skademönstret.
- Nya insikter har aktualiserat en undersökning av förhållanden som inte tidigare bedömts ha nämnvärd påverkan på skademönstret.

Problem eller frågor kring hur och i vilka sammanhang som barn skadas uppmärksammas av många olika aktörer. Men även om en fråga uppmärksammas och identifieras som ett problem, behöver den beskrivas närmare för att man ska kunna avgöra om det finns behov av att gå vidare med en mer omfattande utredning. Ett naturligt steg att ta i ett tidigt beslutsskede är därför att söka belysa problemet med tillgängliga statistiska sammanställningar (se kapitel 3). Ett eventuellt problem kan dessutom behöva definieras med avseende på en rad olika förhållanden, t.ex.:

- kategori skadad
  - kön
  - ålder
- typ av skada och skademekanism
  - död genom...
  - allvarlig skada genom...
- skadande objekt/företeelse, dvs. riskkälla
- arena/sammanhang
  - bostad
  - skola
  - fri lek
  - idrottsutövning
- verksam organisation/organisationskategori
- tillsynsperson/funktion.

Den fortsatta utredningen planeras sedan utifrån definitionen av problemområdet och de systemavgränsningar som väljs. I det inledande skedet bör man också avgöra på vilket sätt och i vilka termer utredningsprocessen ska utvärderas. En utvärdering kan t.ex. syfta till att

- vidareutveckla processen
- stärka deltagarnas förmåga att bidra till processen
- stärka relevansen och utfallet av processen.



*Beskriv situationen  
närmare och avgör om  
det behövs en omfattande  
utredning.*





# Beskriv problemet med hjälp av skadestatistik

Uppgifter om inträffade skadehändelser samlas in för att följa upp skadeutvecklingen och skapa underlag för det säkerhetsstödande arbetet i samhället. Svaren på följande frågor ger väsentliga uppgifter som stöd för arbetet:

- Var, när och i vilka sammanhang skadas barn?
- Vilka barn skadas (ålder, kön)?
- Hur uppstår skada, vad skadar och varför?
- Vilka skador uppstår?
- Hur tas skadade om hand?
- Vilka är de skadades utsikter att rehabiliteras och komma igen?

Uppgifter om skadehändelser samlas in av flera aktörer i samhället och lagras i olika register. De viktigaste registren är: Dödsorsaksregistret (DOR), Patientregistret (PAR) och EHLASS-registret (European Home and Leisure Accident Surveillance System). Fall med dödade och svårt skadade i trafiken registreras dessutom i Vägverkets STRADA-registret. Skadehändelser som sker i samband med yrkesutövning rapporteras av arbetsgivaren till Arbetsmiljöverket. Bland annat skolmiljön och vad som händer eleverna i skolan berörs av denna rapporteringsskyldighet. Rikspolisstyrelsen hanterar uppgifter kring alla polisiära ingripanden i sitt RAR-register. I ett register som kallas Insatsdatabasen hanterar Räddningsverket uppgifter kring kommunala räddningstjänstinsatser.

Många idrottsföreningar bidrar till att skador och skadehändelser registreras. Data kan hanteras på såväl förenings- som förbunds nivå. Försäkringsbolag registrerar skadehändelser som innebär att frågan om ersättning aktualiseras. Syftet är dels att stärka underlaget för beräkning av försäkringspremier och villkor för ersättning, dels att identifiera och beskriva skadeorsaker.

## Hur skaderegister byggs upp

I Dödsorsaksregistrets (DOR) registreras alla dödsfall i olika orsakskategorier definierade enligt ICD-klassifikationen (International Statistical Classification of Diseases and related Problems). Skaderelaterade dödsfall klassificeras vad gäller skadans art (diagnosen) och skadans yttre orsak (olycksfall, suicid, våld och skadehändelse med oklar avsikt). Även uppgifter om skademekanismer anges; t.ex. drunkning, kvävning, förgiftning, skärande och stickande föremål, fall på plant underlag och fall från höjd.

Alla patienter som vårdas minst ett dygn på sjukhus registreras i Patientregistret (PAR). Uppgifterna som anges är i princip desamma som i DOR med ICD 10, enligt ovan. EHLASS-registret ger fördjupad information om skador.

### Bestämning av dödsorsak

Dödsorsak kan fastställas på olika sätt. Obduktion är den mest detaljerade undersökningsformen och yttre likbesiktning den minst detaljerade. Ju mer detaljerad en undersökning är desto säkrare anses den angivna dödsorsaken vara. I princip ska alla som avlidit genom yttre våld och förgiftning genomgå en rättsmedicinsk undersökning. I praktiken varierar dock andelen undersökta mellan olika delar av landet och mellan olika olyckstyper. Sålunda är 90 % av alla dödsfall i trafikolyckor föremål för en rättsmedicinsk undersökning medan endast 15 % av dödsfallen genom fallolyckor undersöks på samma sätt. I 80–90 % av de rättsmedicinska dödsfallsutredningarna och i samband med en del av de rättsintyg som utfärdas av rättsläkare görs rättskemiska analyser. De rättskemiska analyserna innebär bestämningar av alkohol, läkemedel, narkotiska preparat och andra gifter i biologiska prov – främst blod, urin och ögonkammарvätska. Rättsmedicinalverkets register utgör därför ytterligare en källa till information om dödsorsaker.



Det administreras av Epidemiologiskt Centrum (EpC) vid Socialstyrelsen. Uppgifterna rapporteras in av ett urval kontrakterade akutsjukvårdsinrättningar. Uppgifterna hämtas från patientenkäter som genomförs i väntrummen. I EHLASS-registret ingår följande uppgifter (variabler):

- besökstidpunkt (datum och klockslag)
- skadetidpunkt (datum och klockslag)
- behandling
- ålder
- kön
- kontaktorsak
- skademekanism
- skadeplats (typ av plats)
- skadesituation (arbetstid, fritid, transporttid m.m.)
- aktivitet vid skadetillfället
- sportkod<sup>9</sup>
- typ av skada
- skadad kroppsdel
- inblandade produkter, med avseende på produkt som
  - orsakade skadan
  - utlöste skadehändelsen
  - på annat sätt påverkade skadan/skadehändelsen.

Det går även att i registret föra in beskrivningar av händelseförlopp som löptext. Sådana beskrivningar möjliggör en mer kvalitativ analys av skadehändelser. I samband med trafikolycksfall registreras uppgifter om yttre orsaker i en speciell rapporteringsdel där relevanta uppgifter för väg- och trafiksituationen förs in.

EHLASS-registret bygger alltså på uppgifter som registreras vid ett urval av landets akutsjukhus, vilket bland annat innebär att det samlade upptagningsområdet utgör enbart en del (7 %) av landets totala område. Används data från fler år blir datamaterialet större och säkerheten i utsagorna bättre.



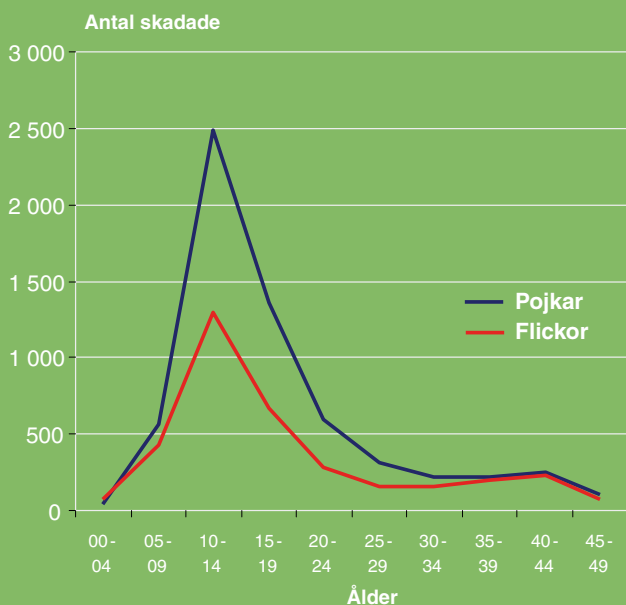
---

9) Standardiserad beteckning som avser sportgren och som anges om skada uppkommit i samband med idrottsutövning.

## Illustration av kod-begreppet i ELASS-registret

I detta exempel om utförsåkning har data använts från tre år. Ur data-materialet har vi tagit fram alla skador som uppstått genom "olycksfall annat än transportolyckor" (kontaktorsakskod), som inträffat under fritid (situationskod) och som har sportkod 701 = störtlopp, 702 = slalom och 706 = snowboard.

Som framgår av diagrammet dominerar pojkar (kön) skadebilden och de flesta skadorna sker i åldersspannet 7–18 år (ålder) med en tydlig topp i 13–14-års åldern. Trots att betydligt fler använder utförskidor än snowboard skadas nästan lika många med snowboard (sportkod) som med utförskidor (sportkod). Den absolut vanligaste orsaken till skada är fall (85 %, skademekanism). Ett antal skador uppstår också genom kollisioner med andra personer och föremål (skademekanism). Nästan alla skador (95 %) sker i skidanläggningar med lift (plats). Två tredjedelar av dem som uppsöker akutmottagningen blir behandlade och hemsända och en av tio blir inlagd på sjukhus (behandling). De kroppsdelar som oftast skadas är handleder och knän följt av underben och skador i axel- och skulderpartier (skadad kroppsdel). Frakturer följt av vrickningar, stukningar samt kontusioner är de vanligaste skadetyperna. Även hjärnskakning är en vanlig skadetyper. Sporten leder tyvärr också till något dödsfall varje år.



Beräknade antalet skadade per år i Sverige i samband med utförsåkning, fördelade på åldersgrupper. Beräkningarna bygger på data ur ELASS-registret för åren 2002–2004.

# Statistik

Statistisk sammanställning och analys av registrerade rapporter om olyckor och tillbud görs centralt av myndigheter och branschorganisationer och lokalt av företag/verksamheter som har egna olycks- och tillbudsregister. Den statistik som sammanställs på central nivå kan delas in i följande kategorier:

- Officiell statistik
- Publicerad, ej officiell statistik
- Intern statistik, ej publicerad.

## Officiell statistik

Officiell statistik är statistik som en myndighet framställer enligt föreskrifter från regeringen. Den är avsedd att tjäna som underlag för samhällsplanering, forskning, allmän information och internationell rapportering. I Sverige finns det 21 olika myndigheter som ansvarar för att officiell statistik tas fram inom det egna ansvarsområdet. Officiell statistik i samband med olyckor och tillbud som har medfört, eller kunnat medföra, skada på människor, miljö och/eller ekonomiska värden, sammanställs av följande myndigheter:

- Arbetsmiljöverket
- Socialstyrelsen
- Statens institut för kommunikationsanalys, SIKA.

## Publicerad, ej officiell statistik

Utöver svensk officiell statistik publiceras viktig statistik inom området olyckor och tillbud som berör barn av bl.a. följande myndigheter:

- Banverket
- Elsäkerhetsverket
- Konsumentverket
- Räddningsverket
- Sjöfartsverket
- Trafikskadenämnden
- Vägverket.

*Information om den statistik som sammanställs av olika myndigheter finns tillgänglig på Internet. Det finns också möjlighet att hämta hem enskilda rapporter från myndigheternas egna webbplatser.*

[www.banverket.se](http://www.banverket.se)

*Banverket* tar fram statistik över olyckor på statens spår-  
anläggningar. Broschyrer om detta finns att hämta på Ban-  
verkets webbplats: [www.banverket.se](http://www.banverket.se). Officiell statistik om  
olyckor på spår-  
anläggningar publiceras av SIKÅ.

[www.elsakerhetsverket.se](http://www.elsakerhetsverket.se)

*Elsäkerhetsverket* tar fram statistik kring inträffade el-  
relaterade olyckor uppdelad i tre kategorier utifrån vilka  
som drabbats: el-yrikesmän, lekmän i arbetet och lekmän  
på fritiden. Alla rapporter om el-relaterade dödsolyckor  
publiceras på Elsäkerhetsverkets webbplats; [www.elsaker-  
hetsverket.se](http://www.elsaker-<br/>hetsverket.se). Uppgifter hämtas från eget register och från  
Socialstyrelsens register, bl.a. EHLASS-registret.

[www.konsumentverket.se](http://www.konsumentverket.se)

*Konsumentverket* tar fram statistik över alla hem- och  
fritidsolycksfall sedan 1998. Syftet är att beskriva den roll  
olika produkter har i olyckor som inträffar i bostäder och  
på fritiden för att få ett underlag för verkets skadeförebyg-  
gande arbete. Underlag hämtas från Socialstyrelsens  
EHLASS-register. Uppgifterna analyseras och ställs sam-  
man i rapporter som kan laddas ner från Konsumentver-  
kets webbplats: [www.konsumentverket.se](http://www.konsumentverket.se).

[www.raddningsverket.se](http://www.raddningsverket.se)

*Räddningsverket* samlar in uppgifter om alla insatser  
som görs av den kommunala räddningstjänsten. Uppgif-  
terna publiceras varje år i rapporten *Räddningstjänst i siff-  
ror*.

Räddningsverket har i uppgift att ta fram en samlad bild  
av olycksutvecklingen och säkerhetsarbetet i Sverige och  
samlar därför in uppgifter om olyckor och tillbud från ett  
stort antal svenska register. Exempel på rapporter är *Olyck-  
or i siffror* och *Personskador i Sverige*. Den senare redovisar  
bland annat absoluta och normerade skadetal och trender  
på nationell nivå samt på läns-, kommungrupps- och kommun-  
nivå. Uppgifterna presenteras även nedbrutna med avse-  
ende på åldersgrupper, kön och olyckstyp (skadearena).  
Rapporterna kan laddas ner från Räddningsverkets webb-  
plats: [www.raddningsverket.se](http://www.raddningsverket.se).

[www.trafikskadenamnden.se](http://www.trafikskadenamnden.se)

*Trafikskadenämnden* tar fram statistik över personska-  
dor i trafiken. Syftet är att verka för en enhetlig och skälig  
reglering av ekonomiska ersättningar för personsador  
inom trafikförsäkringssystemet. Uppgifterna hämtas från  
ett eget register med uppgifter från alla försäkringsbolag

som hanterar trafikskadeförsäkringar. Webbplats: [www.trafikskadenamnden.se](http://www.trafikskadenamnden.se).

Vägverket ansvarar för registreringen av vägtrafikolyckor med personskada i STRADA-registret. En stor mängd statistik som bl.a. speglar trafiksäkerheten finns på Vägverkets webbplats: [www.vv.se](http://www.vv.se).

[www.vv.se](http://www.vv.se)

## Intern statistik, ej publicerad

Många aktörer, såväl myndigheter som företag, förbund och andra organisationer för statistik över uppgifter som delvis är relaterade till skadehändelser och deras konsekvenser. Ofta är de avsedda för internt bruk i det egna säkerhetsarbetet. Sådana uppgifter publiceras normalt inte och görs inte tillgängliga på annat sätt. De kan vara färgade av lokala förhållanden, men för den som känner till dessa förhållanden kan lokalt material utgöra underlag för en mer detaljerad analys.

## Statens offentliga utredningar

*Barns skador i Sverige* (SOU 2002:99) är en s.k. Barnskadeatlas. Den är sammanställd av Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet på uppdrag av Barnsäkerhetsdelegationen. I skadeatlasen presenteras frekvenser och trender på nationell, läns- och kommunnivå för åren 1987–2000 för åldersgruppen 0–20 år. Uppdelningen av skadetyper är grov (vägtransportolycka, fallolycka, annat olycksfall och avsiktligt tillfogad skada).

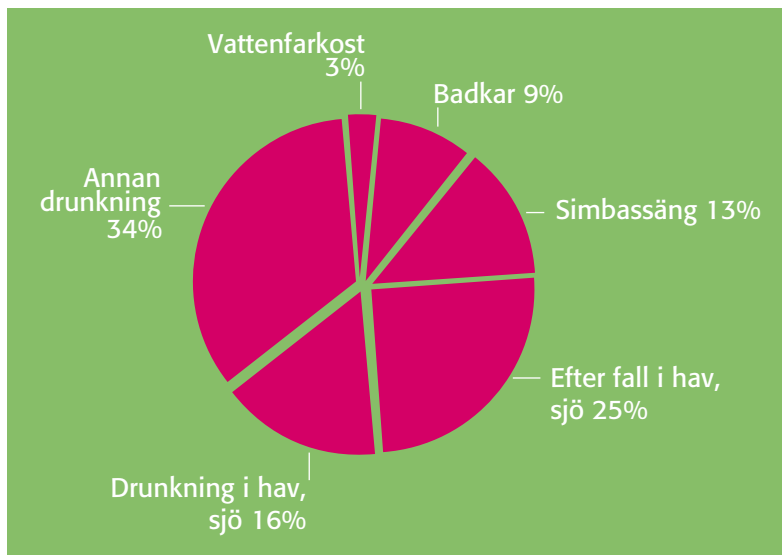
## Problembild grundad i skadestatistik

På nästa sida visas hur en olyckstyp, drunkning, kan beskrivas i statistiska termer. Varje år omkommer i Sverige ett antal barn och ungdomar i drunkningsolyckor. För små barn (0–6 år) är drunkning den olyckstyp som leder till flest dödsfall. Av tabell 3.1 och tillhörande figur 3.1 framgår hur antalet drunkningar och dränkningar inom åldersgruppen 0–4 år fördelar sig på olika registrerade sammanhang under perioden 2001–2004.



	2001	2002	2003	2004	Medelvärde
Vattenfarkost			1		0,3
Badkar			2	1	0,8
Efter fall i hav, sjö	1	3	3	1	2,0
Drunkning i hav, sjö		3		2	1,3
Annan drunkning	5	2	3	1	2,8
<b>SUMMA Drunkningsolyckor</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>8,0</b>
Suicid					0,0
Oklar avsikt			1		0,3
Mord/dråp					0,0

Tabell 3.1 Drunkningar/dränkning inom åldersgruppen 0–14 år under åren 2001–2004 fördelade på olika typer av sammanhang. Källa: Dödsorsaksregistret (DOR).



Figur 3.1 Fördelningen på olika sammanhang av de drunkningsolyckor med dödlig utgång som drabbat barn i åldrarna 0–14 år i Sverige under perioden 2001–2004.

Uppgifterna i figur 3.1 bygger på antalet omkomna genom drunkning inom den aktuella åldersgruppen enligt tabell 3.1. Det innebär att diagrammet är baserat på 32 enskilda fall. Det är ett litet material varför det presenterade fördelningsmönstret är statistiskt osäkert. Genom att väga in data från fler år än fyra, ökas det statistiska underlaget och fördelningsmönster blir stabilare. Samtidigt riskerar man att missa förändringar i mönstret. Möjligheterna att med befintliga data förutspå framtida fördelningar är därför relativt svaga. Att restposten (annan drunkning) är den enskilt största kategorin, gör att osäkerheten förstärks ytterligare kring vad som kan och bör göras för att minska antalet drunkningsolyckor med barn inblandade.

För att få en tydligare och ur åtgärdssynpunkt mer användbar bild av problemet med drunkningsolyckor bland barn, behövs mer detaljerad information. Finns sådana uppgifter inrapporterade och tillgängliga i befintliga databaser, så kan en kategorisering och statistisk bearbetning leda vidare. Är antalet tillgängliga fall litet, så innebär en uppdelning i underkategorier en ytterligare försvagning av den statistiska evidensen<sup>10</sup>. Det innebär att man får släppa på de kvantitativa kraven och i stället fokusera på enskilda fall och beskriva dem mer detaljerat. Den som avser att utveckla ett intressant och tankeväckande underlag för diskussioner kring säkerhetshöjande åtgärder, får söka skapa en kvalitativ bild. En kvalitativ bild görs rikare genom att detaljuppgifter om omständigheter och händelseförlopp tas fram och presenteras på ett överskådligt sätt. Beskrivningen ska kunna leda tankarna till berörda aktörer som sedan motiveras att engagera sig i säkerhetsarbetet.



*Drunkning är den vanligaste dödsorsaken bland barn 0-6 år.*

---

10) Det samlade underlagets förmåga att stärka eller mot-säga ett påstående.





# Berätta om olyckan

Berättelser som beskriver olika olycksskeenden kan ge ytterligare infallsvinklar i arbetet med en åtgärdsinriktad uppföljning av barnolyckor. För att tänka och handla i nya banor behövs ofta nya eller förstärkta insikter om det aktuella sammanhanget. Att ta del av berättelser kan vara ett sätt att uppnå detta. Förutom att redogöra för en händelseutveckling, kan berättelsen förmedla sådana uppgifter om sammanhanget som behövs för att göra skeendet intressant, förståligt och trovärdigt. Med stöd av en intressant och trovärdig berättelse kan man reflektera kring och analysera såväl skeende som sammanhang. I ett tillåtande klimat får berättelser ofta övriga gruppdeltagare att bidra till diskussionen med egna berättelser om liknande händelser. Det kan ge ytterligare infallsvinklar på ett aktuellt problem. I det här sammanhanget är dock viktigt att berättelsen som metod kompletteras och stöds både av en statistisk problembeskrivning (kapitel 3) och av modeller över olycksförlopp och omständigheter (kapitel 5), tänkbara skyddsåtgärder och deras möjliga inverkan (kapitel 6) samt modeller som visar vilka aktörer som är kopplade till dessa åtgärder (kapitel 7).

## Berättelsens roll och form

Vi föreslår att den som leder det åtgärdsinriktade uppföljningsarbetet sammanställer en berättelse som speglar en viss händelse eller typ av händelse. Av berättelsen bör framgå vad som har hänt, vem/vad som drabbades och vilka konsekvenserna blev, hur det hände, sammanhanget i vilket det hände, hur det kunde ske och vad som bidrog till

### *Berätta!*

*Vad hände?*

*Var och i vilket sammanhang hände det?*

*Hur hände det?*

*Hur kunde det hända?*

*Vad bidrog till händelsen?*

*Vem drabbades?*

*Vem hade kunnat påverka händelseförloppet?*

*Hur?*

skeendet. Det bör också framgå vilka som varit direkt involverade och kanske även vilka som kunnat påverka förloppet genom att påverka förutsättningarna.

Berättelsen ska rikta sig till en viss målgrupp som bör uppleva den som klar, intressant och lätt att förstå. Den bör utformas med hänsyn till gruppens förförståelse av sammanhanget och gruppens behov av information.

*Figur 4.1 Berättelsen bör behandla händelsens förhistoria och vad som gällt runt om, själva olycksskedet, dess konsekvenser och efterspel. För att fånga läsaren kan dessa moment med fördel behandlas i en annan ordning och med rubriker som: Vad hände? – Hur hände det? – Hur kunde det hända? – Vad blev följderna? – Vad hände sen? Var noga med att lyfta fram människorna i berättelsen. Det är ofta de som var med och på något vis "bäddade" för händelsen som kan förändra och "bädda nytt".*

## Före – under – efter

En bra berättelse följer en viss struktur där olika delar har olika syften och därmed olika innehåll. Det kan kännas naturligt att beskriva en händelse och skeendet kring den i kronologisk ordning *före – under – efter*. En svårighet kan vara att göra förhistorien tillräckligt intressant för att åhöraren eller läsaren ska vilja veta mer och lyssna/läsa vidare. En alternativ disposition, som ofta används för att väcka intresse, är att börja mitt i det dramatiska skeendet t.ex.: "Ulf, en liten pojke på knappt tre år, närmar sig med bestämda steg ett vattenfyllt hål..." Man kan också börja med konsekvenserna och sedan beskriva olycksskedet och hur konsekvenserna har uppstått. Därefter beskrivs förhistorien eller sammanhanget och till slut efterspelet. Även andra dispositioner förekommer.



## Underlaget

Berättelsen måste ha ett underlag. Det skapas ofta med flera kompletterande metoder. Uppgifter kan hämtas in genom besök på platsen och genom intervjuer med personer som gjort iakttagelser före, under och/eller efter händelsen. Sådana data kan ofta också hämtas från polisutredningar, räddningstjänstens insatsrapporter och från ambulansrapporter.

Skadors art och omfattning och bedömningar av skademekanismer noteras inom akutsjukvården. Socialtjänsten kan också söka svar kring frågor om de förhållanden av social karaktär som gällt. I en del fall krävs att man reder ut vissa förhållanden i detalj och då tillsammans med personer med expertkunskaper. Det kan gälla uppgifter som kräver medicinsk expertis, t.ex. om skademekanismer och skadors art och omfattning. Art och grad av skadlig exponering eller sammansatta skeenden i komplexa system, kan behöva förklaras av naturvetenskaplig och teknisk expertis.

Uppgifter om förhållanden i den fysiska miljön där skadehändelsen utspelats och vad som kan ha påverkat dessa förhållanden (Hur såg det ut och varför?) kan fordra särskilda utredningar. Sådana uppgifter kopplade till en specifik händelse kan vara svåråtkomliga. I en berättelse som utformas med syftet att belysa mer allmänna förhållanden, kan man välja att antyda tänkbara förhållanden. Hur realistiska eller trovärdiga dessa tänkbara förhållanden kan vara ska då diskuteras i senare skeden av uppföljningsprocessen (se kapitel 8).

Etiska hänsynstaganden och lagbestämmelser begränsar ofta möjligheterna att lämna ut sådana uppgifter som kan skada människors integritet. När syftet är att illustrera och skapa intresse för en typ av händelse kan det därför vara lämpligt att skapa en fiktiv berättelse som bygger på några olika, men liknande händelser. Då blir berättelsen naturligtvis inte en sann redogörelse för en viss händelse, men den är ändå sann i bemärkelsen att den är realistisk och knuten till något som faktiskt inträffar.



*Olika metoder för insamling av uppgifter i nära anslutning till olyckor beskrivs t.ex. i boken Olycksundersökning av Stefan Särndqvist (2005).*

På följande sidor presenteras några skadehändelser och tillbud där barn var inblandade. Det första handlar om ett drunkningstillbud, det andra om tre barns lek på en studs-matta och det tredje om ett barn som ramlar ned från en klätterborg. Berättelserna har följande tre syften:

1. Att exemplifiera händelser och sammanhang som kan medföra skador på barn.
2. Att visa vad som kan ingå i berättelser av det här slaget och hur de kan utformas.
3. Att utgöra ett underlag för teoretisk analys av händelser och deras förutsättningar.

I efterföljande kapitel beskrivs sedan resultaten av sådana analyser i form av olycksmodeller som i sin tur ska ligga till grund för åtgärdsanalyser och identifiering av relevanta aktörer.





## En sjöblöt tvååring

Denna berättelse är färgad av tiden då den inträffade. Det var på den tiden barn hade namn som Ulf, Kerstin och Göran och barn tillsynen var en del av hemmavarande mammors obetalda arbete. Städernas smågator var belagda med grus och trafikerade med fler cyklar än motorfordon.

### Vad hände?

Det var årets första soliga och lite varmare vårdag. Efter den gångna veckans gråväder med regn och frisk vind hade det mesta av vinterns snö smält undan. Ulf, en liten pojke på knappt tre år, kom tillsammans med en femårig lekkamrat, Kerstin, infarande till sin jäktade mamma och skrek för full hals. Han var genomvåt och sandfärgat vatten rann ner för hans galonbyxor och bildade snabbt en pöl runt hans fötter. Mamman, som hade bilden av alla vattenpölar på lekplatsen utanför i klart minne, blev förskräckt och ropade:

–Vad har ni gjort?

–En fabjoj tog upp han uj bjunnen, sa Kerstin, som blivit ombedd att se efter Ulf medan mamman sprang in ett ärende. Så blev hon rädd och smet ut.

### Hur hände det?

”Fabjojn” hette Göran och var tio år. Han kom cyklande på den smala gatan utmed den lekplats och det låga staketet av trådnät, där Ulf just hittat ett hål – stort nog att ta sig igenom. Samtidigt fick en gunga som just blev ledig, Kerstins fulla uppmärksamhet.

Göran såg på håll hur Ulf klev ut genom hålet och styrde kosan mot två röd- och gulrandiga bockar som stod uppställda vid rännstenen på andra sidan gatan. Just som Ulf klev under den ena bocken såg Göran varför de stod där. Det var ett runt hål i gatan där det annars brukade finnas en dagvattenbrunn. Hålet var fyllt till brädden med sandfärgat vatten. Göran anade vad som kunde hända och hoppade av cykeln i samma ögonblick som Ulf klev ut i gropen och försvann.

Bara mössan flöt. Göran tog sig under bocken, men såg först inget alls av Ulf i det grumliga vattnet. Efter några sekunder skymtade han ändå Ulfs huvud och fick tag i honom, först i håret och sedan i kragen. Med viss ansträngning fick han upp Ulf på fast mark och ut under den röd- och gulrandiga bocken.

Ulf hostade, spottade och skrek. Kerstin insåg att något var på tok och kom springande. Hon tog sig ut genom

samma håll i staketet som Ulf smitit igenom.

–Var bor han? frågade Göran när han förstod att hon på något sätt hörde ihop med den sjöblöte Ulf.

Kerstin pekade med hela armen mot ett av de intilliggande hyreshusen och Göran sa till henne att hjälpa Ulf hem. Det gjorde hon.

Göran, som tänkte att han kanske kunde bli beskylld för något med anledning av det ljudliga skrikandet, klev upp på sin cykel igen och trampade vidare. Han var på väg till scouterna. När han kom fram och berättade vad han varit med om, fick han reda på att han fyllt dagens kvot av goda gärningar.

## Hur kunde det hända?

Området där detta hände låg utmed ett brant berg. Det hade varit bebyggt i ca 30 år med hus för en till sex familjer. Gatan var smal, belagd med grus och kantad med rännstenar som skulle leda dagvatten till brunnar täckta med gjutjärnsgaller. Det vattenfyllda hålet var en dagvattenbrunn som hade slammat igen av sand och löv. För gatukontoret var just den brunnen känd sedan flera år för att vara besvärlig på vårarna. Man misstänkte att det inträffat en sättning i marken som medfört att ledningsrören kommit ur läge. I den kraftiga snösmältningen trängde vattnet på uppströms i ledningen, steg upp och bräddade över i rännstenen.

Gatukontoret hade ett par dagar tidigare uppmärksammats på att gatan översvämmades och att vatten hotade källaren i ett intilliggande hus. Dagen som detta hände hade man sänt två personer till platsen med ett lätt arbetsfordon, spett, hackor, skopor och spa-

dar och uppgift att rätta till problemet. Männen konstaterade att problemet kvarstod och att ett idogt arbete med spettet ner genom brunngallret inte förmådde ändra på det. De bestämde sig för att avlägsna brunnslocket för att komma åt bättre. När inte heller detta hade avsedd verkan grävde de bort en del sand och grus runt det översta brunnsröret. De lyckades bända loss det och få upp det på gatan. Röret sprack emellertid av behandlingen och inte heller nu kunde de komma åt att rensa i brunnen. Något satt fast en bit ner i brunnsröret och hindrade skopan. Männen insåg att det behövdes bättre redskap och att ledningen nedströms kanske skulle behöva grävas fram, rensas och justeras. Dessutom behövde det skadade övre brunnsröret bytas ut.

Sedan de konstaterat detta beslöt de att fortsatt arbete skulle få vänta till morgondagen. Arbetsdagen led mot sitt slut. För att hindra gående, cyklister och bilar att hamna i det vattenfyllda hålet ställde de för två bockar. För att ytterligare förbättra skyddet hängde de på en varningslampa med blinkande sken. Sedan körde de tillbaka till utgångsläget och berättade för sin arbetsledare om situationen och vad de gjort. Arbetsledaren noterade att hålet i gatan hade avskärmats och markerats i normal ordning. Han skrev en arbetsorder för nästa dag och noterade behovet av en grävare. Därefter gick de hem. Det var ungefär samtidigt som Ulf, utan att behöva huka sig, klev under bocken och i det vattenfyllda hålet.

## Direkt involverade aktörer

### Skadeobjektet

Ulf var knappa tre år och drevs av en naturlig nyfikenhet. Han saknade dock förståelse för vad det vattenfyllda hålet var och för vad som skulle hända om man klev ut i det. Han kunde inte rädda sig själv från den situation han hamnade i. Även om han skulle ha flutit upp så är det osäkert om han hade haft förmågan att orientera sig, lyfta på huvudet, ta tag i kanten och kravla sig upp.

### Övervakare

Två personer hade en direkt övervakande roll; mamman och lekkamraten.

*Lekkamraten* Kerstin, 5 år, var närmast och insåg säkert att hon fått ett uppdrag att se efter Ulf. Det är dock tveksamt om hon förstod vilket ansvar detta innebar. Vi vet inte hur hon blev ombedd eller om några klara instruktioner och restriktioner meddelades. Det är inte troligt att hon insåg vilka hot omgivningen innehöll eller vilka utmaningar skyddslingens nyfikenhet innebar. Kanske såg hon staketet mot gatan som ett tillförlitligt och effektivt hinder. Vad som fanns på andra sidan förhöll hon sig knappast till. Att hon tappade fokus på sitt uppdrag en stund, till förmån för en ledigunga, är fullt förståeligt och något som kan förväntas av en femåring.

*Mamman* – Hur tänkte hon? Hon gladdes åt Ulfs glada lek med jämnåriga. När hon behövde göra ett kort ärende i bostaden räknade hon med att vara tillbaka på lekplatsen och de stojande barnen inom tio minuter. Att hon skulle bli uppehållen i trapphuset fem minuter på väg in hade hon inte räknat med. Hon kände Kerstin som ett förståndigt barn som mer än gärna åtog sig att

passa Ulf. Någon äldre och kanske mer tillförlitlig person syntes inte till. Dessutom var ju lekplatsen gjord för barn. Att inte utföra ärendet skulle också ha inneburit problem. Hade hon tagit med sig Ulf hem så hade leken varit över för dagen.

När den värsta uppståndelsen kring den blöte Ulf hade lagt sig, övriga helt överhängande plikter var avklarade och pappan kommit hem, gick hon ut och tittade på platsen för händelsen. Hon insåg hur allvarlig den kunde ha blivit och vilken fälla den uppgrävda brunnen innebar. Hon och pappan enades om att någon borde informeras om vad som hänt och bestämde att de skulle kontakta någon i kommunförvaltningen dagen därpå.

### Ingridaren

Göran, 10 år, både såg och insåg vad som var på väg att hända. Han agerade direkt och som sakerna utvecklade sig så kunde han göra en snabb och avgörande insats. Det var en ren tillfällighet att han var på plats. Hade han inte varit det så hade antagligen ingen upptäckt Ulf förrän det varit för sent. Göran kan knappast ställas till svars för att han inte följde upp ingripandet med att avlämna Ulf till en vuxen och rapportera om den farliga situationen.

### Gatukontoret

Gatuarbetarna agerade på normalt sätt. De gjorde vad de kunde åt det akuta problem som de blivit satta att ta hand om. När verktyg, metoder och ordinarie arbetstid inte räckte till så "säkrade" man förhållandena. Det gjorde man med hänsyn till de skyddsvärda objektslag, fordon och gående, som man



såg för sig och som man hade utrustning för.

Arbetsledaren reagerade inte heller på den information han fick. Trots att också han kunde inse att ett vattenfyllt, närmare två meter djupt hål, stod öppet i gatan som gick genom ett bostadsområde med barn i alla åldrar. Även han såg läget som säkrat i vederbörlig ordning.

att parkens soffa och lösa lekutrustning togs in om hösten för förvaring och underhåll. På våren ställdes samma utrustning ut igen samtidigt som man såg över fast utrustning och fyllde på sand i sandlådan. Vid det aktuella tillfället var det fortfarande ett par veckor kvar innan vårens planerade rustningsarbete skulle ske.

(Text: Inge Svedung)

## **Aktörer som påverkade de fysiska förutsättningarna**

Den tekniska förvaltningen och gatukontoret var ansvariga för planering, utformning, färdigställande, tillsyn och underhåll av gator och tillhörande system för avledning av dagvatten. De grustäckta gatorna var underhållskrävande. De blev snabbt gropiga. Vid regn var de söligena och vid torra dammiga. Ett annat problem var att dagvattenbrunnarna satte igen. (Några få år efter den aktuella händelsen asfalterades även de mindre trafikerade gatorna. Underhållet förenklades medan fordonens hastigheter ökade i den gradvis tätande trafiken.)

Hålet i staketet mellan lekplatsen och gatan var ett förhållande som parkförvaltningen hade ansvar för. Staketet var 80 cm högt och bestod av galvaniserat trådnät på stolpar av stålrör. Det var delvis rostangripet och genom de litet större barnens idoga klättrande hade ett litet hål uppstått. Fortsatt slitage hade vidgat hålet, som efter ett par år var stort nog för att tillåta en relativt fri passage för en knappt treårig upptäckare.

Lekplatserna sågs till vår och höst, men det saknades instruktioner för vad tillsynen skulle omfatta. Praxis innebar



# Lek på studsmatta

## Före händelsen

Jacob har tjatat i flera veckor på sina föräldrar om att han vill ha en studsmatta på sin tionde födelsedag. Han har visat dem studs mattor i reklamblad från lek-sakshandlare och sagt att nästan alla andra barn i hans klass har studs matta hemma. Jacobs föräldrar faller till föga och inhandlar en stor och fin studs matta till extrapris. Ingen nämnde något om säkerhetsnät eller andra skyddsåtgärder och reklambladen innehöll inte heller någon sådan information.

## Under händelsen – Vad hände?

Efter flera dagars regn och rusk spricker så molnen äntligen upp och solen tittar fram. Jacob och hans kompisar Daniel och Martin har otåligt väntat på fint "hoppväder" och springer jublande ut i trädgården. Alla tre hoppar så att det skvätter från den våta mattan och kastar samtidigt boll till varandra. Daniel hal- kar till och faller handlöst ned från mat- tan. Han klarar sig med blotta förskräck- elsen och alla tre ser det inträffade som en rolig kullerbytta.

Pojkarna, som har sett Stålmannen på video, fortsätter sitt hoppande och täv-

lar om vem som kan studsas högst "mot planeten Krypton". De kommer i otakt och Jacob studsar snett, tappar balan- sen och faller från studs mattan. Han slår huvudet i en trädgårdsstol som står bredvid och blir liggande orörlig.

De två kamraterna blir skrämda när de ser Jacob ligga blek och tyst på gräsmat- tan. De rusar ut genom häcken hem till Martin och talar om för Martins några år äldre syster Eva att Jacob har trillat ner från studs mattan och "dött". Hon följer med samma väg tillbaka och ser Jacob som nu ligger på gräset och jämrar sig. Hon ber pojkarna hämta hjälp hos gran- narna. De knackar på i flera hus, men ingen är hemma. De springer tillbaks till Eva som då ringer 112 på sin mobilte- lefon. Operatören talar lugnande och instruerar Eva hur hon kan hjälpa Jacob i väntan på ambulans.

Efter cirka femton minuter är ambu- lansen på plats. Det blir transport till akutmottagningen på sjukhuset. Lä- karundersökning och röntgen visar att Jacob har en rejäl hjärnskakning, två ut- slagna tänder och ett komplicerat brott på underarmen. Han gipsas och läggs in för observation.

## Efter händelsen

– Måste studs mattor vara så höga? frågade sig familjen när Jacob kom hem som konvalescent. Stod det i broschyren att man bara skulle hoppa en i taget? På bilden var det flera som hoppade samtidigt.

## Aktörerna

### Direkt berörda

Jacob tjatade till sig studs mattan men kan inte ställas till ansvar för det. Att han bjöd in kamraterna att hoppa får man räkna med. Att han och kamraterna hoppade samtidigt får man också räkna med. De särskilda riskerna med detta hade inte klargjorts för dem. Att de fortsatte att hoppa alla tre efter att Daniel hade ramlat av studs mattan visar att de inte insåg hur beteendet kunde påverka skaderiskerna.

### Personer i omgivningen

Föräldrarna föll till föga och köpte studs mattan till Jacob. De tog inte närmare reda på vilka skaderisker den medförde och såg inte till att mattan placerades fritt från föremål som kunde förvärra en skada om man föll av den.

Kamraterna kallade på hjälp och genom Evas insats larmades ambulans via SOS-Alarm som också instruerade Eva.

### Aktörer som påverkar förutsättningarna

Tillverkare, importörer och försäljningsställen kan påverka det aktuella lekredskapets utformning och den information som ges kring placering och användning. Försäljningsmaterial kan utformas med eller utan ett uttalat syfte

att instruera och lägga restriktioner på redskapets användning.

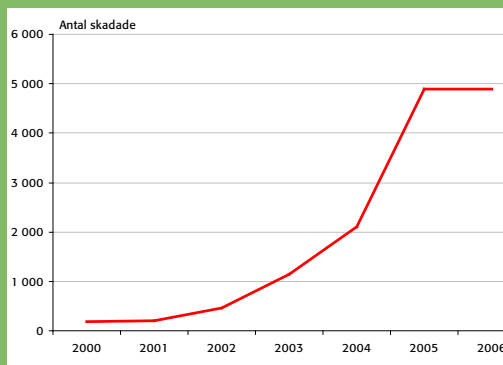
Konsumentrådgivare, skolor och idrottsföreningar kan bidra till att en mer säkerhetsinriktad information om lekutrustningen förs ut i samband med den egna verksamheten eller via media.

Sjukvården kan reagera på skador som uppträder och som kan relateras till den nya företeelsen "studs matta för hemmabruk".

(Text: Annette Holmberg)

## Kommentar

Trampoliner har använts i många år som tävlingsredskap och som träningsredskap inom många idrottsgrenar. Gjorda erfarenheter har lett fram till strikta säkerhetsbestämmelser med bland annat krav på behöriga instruktörer. Denna vetskap följde inte med när nya versioner av trampoliner fick en allmän spridning i villaträdgårdarna. Statistiken över antalet skadade talar sitt tydliga språk :



*Skadeutvecklingen vid barns lek på studs matta 2000–2005.*



# Fall från Klätterborgen

## Vad hände?

Det var en solig och varm dag i mitten av maj. På skolan ringde det för rast och Anna och Klara skyndade ur klassrummet och ut på skolgården. Två glada sjuåringar med massor av spring i benen. Väl ute bestämde de sig för att leka i Klätterborgen som några föräldrar i grannskapet byggt för att bättra på barnens möjligheter till roliga och utvecklande lekar. Klätterborgen låg strax utanför skolgården i en liten trädunge. Skolans ledning hade gett barnen tillåtelse att leka där på rasterna.

För att barnen ska kunna ta sig upp och ner i borgens torn finns klättribbor på alla sidor. Anna och Klara klättrade raskt upp. Det var en rolig lek att tävla om vem som fortast kunde komma upp till toppen. Lite pirrade det förstås i magen, det var ju högt, men det gick över när man väl kommit upp och klättrat över räcket. "Jag vann", ropade Klara, vände sig om och tog några snabba steg baklänges för att hinna se Anna svänga sig över räcket. Klara uppmärksammade inte hålet i trägolvet bakom sig, utan föll handlöst baklänges och landade i sanden nedanför. Anna, som sett hur Klara föll, sprang fram och kikade ned i hålet. Hon ropade på Klara och fick ett kvi-

dande till svar. Gråtande klättrade hon ned och sprang för att hämta hjälp.

## Vad hände sen?

Klaras mamma fick meddelandet om incidenten på sitt arbete via ett telefonsamtal från Per, fritidsledaren på Klaras skola. Han berättade att Klara ramlat ned från Klätterborgen, men att hon förutom att hon blivit rädd och ledsen var helt oskadd.

Klaras mamma undrade hur det hela gått till och fick en redogörelse från Per utifrån vad Klara och Anna har berättat. Klaras mamma undrade varför barnen lekt utanför skolans område helt utan vuxnas tillsyn och hur säker borgen är för små barn att leka i.

Per svarade att han vid ett flertal tillfällen lyft frågan om säkerheten vid lek i Klätterborgen med rektorn, men att ingenting hade hänt. När han talade med skolsköterskan hade han fått veta att det tidigare inträffat två olyckor i borgen. Två flickor hade fallit ned vid lek under skoltid och skadats. Den ena hade brutit armen och den andra lårbenet. Per kände inte till att vare sig personalen, eleverna eller deras föräldrar hade talat om olyckorna genom skolans

försorg. Ingen hade heller genomfört några åtgärder för att öka säkerheten för barnen. Enligt Per var det rena turen att Klaras fall inte hade medfört den tredje allvarliga skadan. Klara hade ju ramlat med huvudet före.

Klaras mamma blir mycket upprörd och försöker upprepade gånger komma i kontakt med skolsköterskan och rektorn – utan framgång. Eftersom hon inte arbetar på orten kontaktar hon sin man. Klaras pappa ringer skolans vaktmästare och föreslår att han omedelbart ska se över borgen för att förhindra att fler barn skadar sig. Vaktmästaren svarar att det inte är hans ansvar eftersom borgen ligger utanför skolans område. Klaras pappa blir mycket upprörd och åker till skolan för att hämta sin dotter och själv ta sig en titt på klätterborgen.

Han klättrar upp på utsidan av borgen, kliver över det meterhöga räcket och kommer ut på plattformen. I mitten av den ser han hålet, cirka 1 x 1 m<sup>2</sup>, utan skydd runt om. Framme vid hålet ser han att det är cirka tre meter ned till markytan. Han söker omedelbart upp vaktmästaren och ställer ett ultimatum: Antingen ska vaktmästaren fixa detta omgående eller också kommer han att göra det själv. Vaktmästaren lovar att spika för hålet provisoriskt.

Efter ett par dagar kontaktar Klaras mamma skolans rektor för att diskutera det som inträffat. Hon vill veta hur man tänker hantera situationen med tanke på barnens säkerhet: Vilka regler gäller för lek utanför skolans område på skoltid? Vem ansvarar för deras tillsyn? Varför vidtogs inga åtgärder när den första flickan skadats? Vem är ansvarig för säkerhet och underhåll av Klätterborgen? Rektorn kan inte svara på dessa frågor rakt av, men uppger att det självklart

ingår i skolans rutiner att arbeta för en säker miljö för barnen.

## Hur kunde det hända?

Bygget av klätterborgen var ett led i en större satsning som föräldrarna genomfört tillsammans med skolan för att förbättra barnens lekmiljö. Borgen placerades utanför skolgården dels av utrymmesskäl, dels för att den passade väl in i miljön.

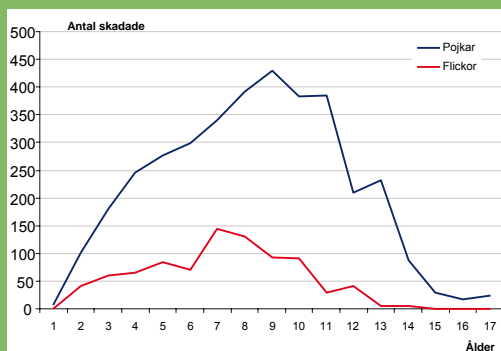
Borgen byggdes av en grupp föräldrar som inte hade någon egentlig praktisk kunskap eller erfarenhet av lekutrustningar annat än från eget lekande i unga år. För att göra barnen delaktiga frågade man barnen vad de ville ha, hur det skulle se ut och vad de skulle kunna göra med det som skulle byggas. "Klättra, hoppa, gömma sig och bo i", var önskemål som kom fram.

Någon skissade på ett förslag som antogs efter en del justeringar. Man hjälptes åt med materialköp och var och en tog med sig sina verktyg. Under den första dagen lade man ut ett lastbilslass med sand som bildade ett decimeter-tjockt lager och man snickrade upp det mesta av tornet. Dagen därpå byggde man färdigt. Allt utom det planerade staketet kring "klätterhålet" ner genom tornet. Virket räckte inte. Därefter målade man. Barnen var med och jublade när allt stod på plats. Dagen efter ägnades åt högtidlig invigning med saft, bullar och lek. Frågan om staketet kring klätterhålet försvann i den allmänna yran. Svaret var på något sätt allas och ingens.

Projektet hade förankrats hos skolledningen och i föräldraföreningen. Frågan om utformning, underhåll och eventuella restriktioner för användning, disku-

terades inte närmare. Skolans representanter gjorde inga markeringar om ansvar för barnens säkerhet i samband med lek i klätterborgen. Kanske gjorde det frivilliga initiativet att sådana frågor föll mellan stolarna och att officiella bestämmelser om utformning och tillsyn inte beaktades. Skolans vaktmästare var inte delaktig i projektet och hade han tillfrågats så hade han antagligen av sagt sig alla åtaganden som sträckte sig utanför skolans område. Hans arbetsdag var redan fulltecknad.

(Text: Annette Holmberg)



*Varje år inträffar ungefär 4 500 fallolyckor från hög höjd (en meter eller högre) på lekplatser. Den här typen olyckor drabbar oftast pojkar (fyra av fem) i åldrarna 7 till 10 år. Källa: EHLASS, Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum.*





# Framställ grafiska olycksmodeller

Olycksmodeller används främst som stöd för att informera om olyckor och för att tydliggöra hur man kan förstå olika aspekter av dem. En olycksmodell kan spegla ett enskilt fall eller ge en samlad bild av flera händelser där något eller några förhållanden är gemensamma. Som alla modeller innebär olycksmodeller förenklingar av den verklighet de beskriver. I detta kapitel beskrivs kortfattat några grafiska olycksmodeller, eller modellformat, som kan användas för att illustrera händelser och bakomliggande omständigheter.

Vad har hänt och varför? Som olycksutredare söker man svar på en rad frågor. Som regel ger varje svar på en varför-fråga upphov till ett antal nya. I vilket skede man slutar att ställa nya varför-frågor beror på vad man anser sig behöva ta reda på för att lösa sin uppgift. I rättsliga sammanhang kanske man stannar upp när man identifierat någon eller några som kan ställas till ansvar. Denna bok syftar till en annan typ av uppföljning och förespråkar därför reflektion kring andra typer av varför-frågor.

Berättelserna på föregående sidor är verbala modeller av mindre formell karaktär. Den typen av händelsebeskrivningar har ofta en struktur som är färgad av berättarens syn på olyckor och intresset att förmedla uppgifter om bakomliggande förhållanden och förutsättningar för ett förebyggande arbete. Beskrivningarna behandlar en förhistoria, ett olycks-skede, dess konsekvenser och ett efterspel (men inte nödvändigtvis i den ordningen, se kapitel 4). Vad som beskrivs och hur det görs beror främst på syftet med beskrivningen, dvs. vad man vill uppnå genom att informera andra.



För att nå ökad tydlighet i olycksbeskrivningen används även mer formella beskrivningar som grafiska scheman, bilder eller diagram. Olika modellformat lyfter fram olika förhållanden och samband och styr därför inte bara beskrivningens form, utan även vilka typer av uppgifter man ska samla in och presentera. Nedan beskrivs fem modellformat som samtliga illustreras med hjälp av berättelsen om druckningstillbudet. Motsvarande modeller för de andra berättelserna presenteras i bilagorna 1 och 2. Vi går från att belysa det kanske uppenbara till det bakomliggande och mer komplexa. I de tre första modellformaten indelas förloppet kronologiskt i faser (före, under och efter ett kritiskt skede). De bygger på samband av typen orsak – verkan och ställer olika, men inte alltför långtgående krav när det gäller att gå vidare med följdfrågor

1. Det första formatet utgörs av en enkel *kedjmodell*.
2. Det andra, kallat *STEP-modell*, skapas genom att man betraktar och strukturerar händelseförloppet som ett antal parallella skeenden kopplade till de aktörer som direkt medverkar i dessa.
3. Det tredje formatet, kallat *barriärmodell*, sätter olika säkerhetsfunktioner i fokus genom att markera dessa säkerhetsfunktioner i händelsekedjan och ange i vilken utsträckning de varit på plats och fungerat.
4. Det fjärde modellformatet, *påverkansdiagram*, tar utgångspunkt i ett tillstånd (här barns säkerhet). Det bygger inte på skeendets logik, utan fokuserar på bakomliggande förhållanden och påverkande funktioner.
5. Det femte modellformatet, *AcciMap*, innebär i princip att händelseförloppet och påverkande funktioner hantearas i samma modell samtidigt som funktionernas platser anges i ett hierarkiskt sociotekniskt system.

## Modeller som beskriver händelseförlopp

Människors sätt att förstå världen och vad som sker bygger i stor utsträckning på deras egna erfarenheter. Man reflekterar bakåt i tiden, medan man ser och verkar framåt. Den kanske vanligaste och mest naturliga typen av händelsebe-

skrivning har därför formen av en kedja – en sekvens av händelser.

Ofta förstås skeendet som att varje delhändelse är ett villkor för nästa händelse i kedjan. En viss händelse eller visst förhållande kan emellertid påverka ett händelseförlopp genom att påverka sannolikheten för nästa steg, utan att vara strikt styrande. Ett halt underlag kan t.ex. leda till att någon mister balansen, men det är inte nödvändigtvis så. I exemplet med drunkningstillbudet var ett tillräckligt villkor för Ulf att bli våt att han klev ut i det vattenfyllda hålet. Att hålet fanns där var däremot inte ett tillräckligt villkor. Ulf kunde ju ha ägnat sig åt något annat än att ta sig genom staketet och gå ner i hålet. Det var inte ens ett nödvändigt villkor. På lekplatsen fanns också flera andra vattenpölar, som Ulf inte brydde sig om.

## Kedjemodell för att beskriva enkla förlopp

Händelsebeskrivningar kan ges en schematisk form som i figur 5.1, där den specifika skadehändelsen, dess direkta orsaker och konsekvenser anges som en sekvens av delhändelser.

Figur 5.2 är ett exempel på en tillämpning av modellformatet i figur 5.1. Den bygger på händelseförloppet i direkt anslutning till drunkningstillbudet. Modellen är inte entydig och inte sann i strikt bemärkelse eftersom förloppet kan delas upp och delhändelserna kan anges på mer än ett sätt. Något kan läggas till och annat tas bort. Vad som definieras som den kritiska händelsen är delvis upp till den som utför-

*Figur 5.1 En allmängiltig modell av ett olycks- eller skadeförlopp. Förloppets alla skeden påverkas av en rad skilda förhållanden som skadan kan ses som symptom på. Sådan påverkan tillskrivs ofta en lägre grad av direkt kausalitet och fångas inte i kedjemodeller.*

*Figur 5.2 (underst) En modell över det direkta händelseförloppet i berättelsen om drunkningstillbudet.*

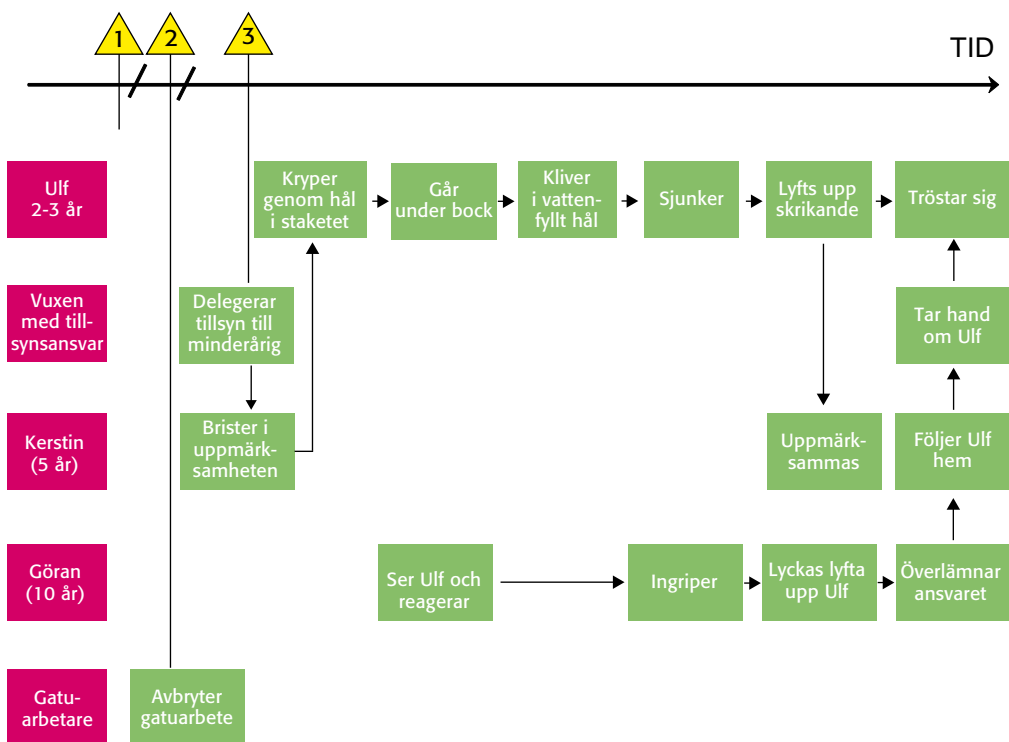


mar modellen. Modellen kan ändå fungera som en illustration av förloppet genom att den tydliggör och förenklar det.

## STEP-modell för att beskriva parallella skeenden och flera aktörer

Modellen i figur 5.2 fångar endast en liten del av vad som berättas. Inte minst saknas de skeenden som andra involverade aktörer medverkar i. Nu vill vi emellertid också kunna beskriva hur dessa skeenden bäddar för det direkta förloppet. Det kan göras med den s.k. STEP-metoden. STEP står för Sequential Timed Events Plotting (Hendrick och Bener, 1986, se även Särndkvist 2005:84-86). I STEP-schemat anges samtliga aktörer (personer eller funktioner/enheter) som identifierats som aktiva i samband med händelsen. Dessutom anges deras respektive ageranden eller sätt att fungera, som parallella delvis kopplade händelsekedjor

Figur 5.3 Ett STEP-schema över situationer och parallella delvis kopplade händelseförlopp i berättelsen om druckningstillbudet.



- 1) Staket trasigt runt lekplats
- 2) Oskyddat vattenfyllt hål i rännsten
- 3) 3-åring utan tillsyn av vuxen

utmed en gemensam tidslinje. När en aktörs agerande anses påverka en annans, markeras detta med pilar mellan kedjorna. Situationer eller förhållanden som gällt före det beskrivna skeendet, eller som uppkommer i samband med det, kan också markeras och noteras i schemat.

## Barriärmodell för att beskriva verkan av säkerhetsfunktioner

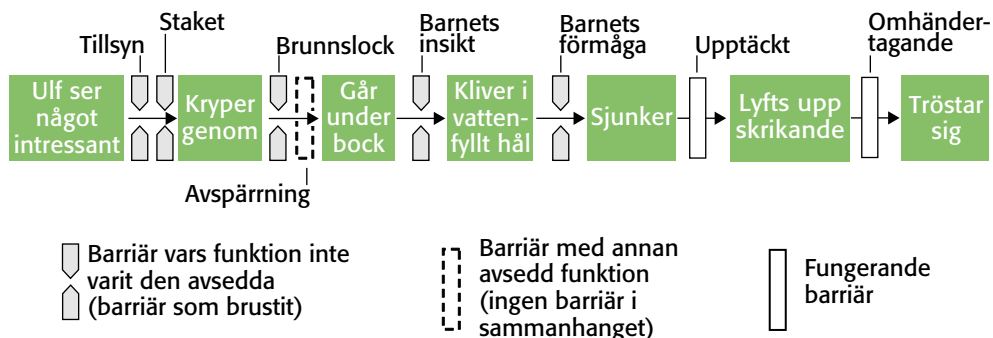
Säkerhetsfunktioner är aktiviteter, rutiner och fysiska funktioner som motverkar eller kan motverka händelsekedjor som skulle kunna medföra oönskade konsekvenser. Vi analyserar olyckor för att, genom ökad förståelse för aktuella förhållanden, kunna belysa olika säkerhetsfunktioners tillämpbarhet, existens och funktion. Till detta kan s.k. barriärmodeller användas.

Barriärer är företeelser med förmågan att förhindra en skadlig exponering i samband med ett skeende som annars kan leda till en skada. Det kan t.ex. vara fysiska skydd som skyddshjälm och skyddsdräkter eller skyddsavstånd eller staket. Denna strategi för skadeprevention har utvecklats av många och bland annat resulterat i vad som refereras till som Haddons strategier (se kapitel 6).

En barriärmodell är ett händelseschema som kompletterats genom att de barriärer markerats som identifierats och bedömts kunna påverka säkerheten. I samband med en specifik skadehändelse kan en barriär ha saknats, eller varit på plats. En barriär på plats skulle kunna ha haft, eller saknat, avsedd skyddsverkan.

I berättelsen om drunkningstillbudet finns ett antal bar-

Figur 5.4 Barriärmodell som visar aktuella barriärer och deras påverkan på förloppet.





riärer. Staketet som avskärmade lekplatsen från gatan är en barriär och bockarna kring det vattenfyllda hålet en annan. Även det brunnslock som normalt täckte dagvattenbrunnen är en barriär. Med en något vidgad definition kan även tillsynen av Ulf och hans egen förmåga att tolka och bemästra situationers farlighet, ses som barriärer. Figur 5.4 på föregående sida visar en barriärmodell med säkerhetsfunktioner och deras påverkan på händelseförloppet.

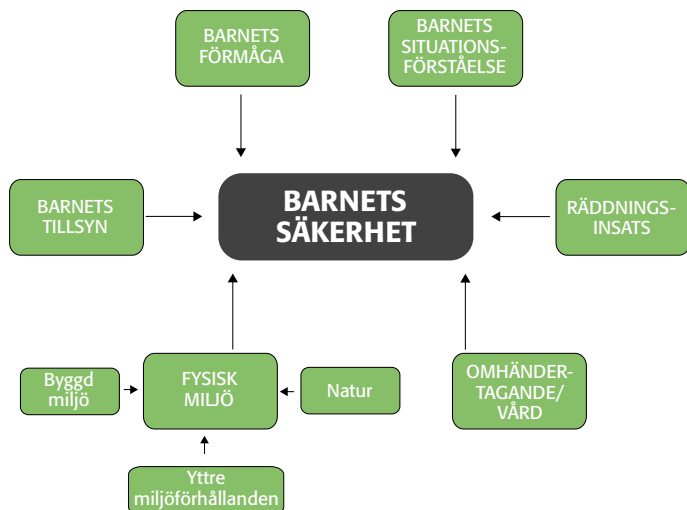
## Påverkansdiagram för att beskriva påverkan

De förutsättningar som gällt i samband med en skadehändelse (och som händelsen är ett symptom på) är sällan direkt kopplade till olycksförloppet genom entydiga orsakverkan-samband. Om avsikten är att fånga dessa förutsättningar är formatet med ett enkelt kausalt händelseförlopp, som i figur 5.2, inte användbart. STEP-schemat, enligt figur 5.3, ger bättre möjligheter. STEP-scheman tenderar emellertid att bli komplexa och svåröverskådliga om aktörerna är många och krav ställs på korrekt återgivning av tidsförlopp. Dessutom sätts fokus på det direkta händelseförloppet och de inblandade aktörerna. Förutsättningar i en vidare mening – vad som bäddat för händelsen – behandlas inte. Dessa modeller blir alltså antingen relativt triviala och ointressanta, eller komplexa och svåra att läsa/förstå. Barriärschemat enligt figur 5.4 ger intressanta möjligheter, men i den form det presenterats ovan ger det ingen information som kan belysa varför olika barriärer saknas eller brister i sin funktion.

Påverkansdiagram är i detta avseende ett friare modellformat, som bygger på lägre ställda krav på klara tidsföljder och kausalitet. Det tar utgångspunkt i ett tillstånd, i det här fallet barns säkerhet. Det bygger inte på skeendets logik utan fokuserar på bakomliggande förhållanden och påverkande funktioner. Funktionerna beskrivs i termer av vad som görs och indirekt, genom vad som påverkar dem, varför något görs och görs på det sätt som det görs.

I ett första steg anger man påverkande förhållanden i





Figur 5.5 Ett enkelt och generellt påverkans-diagram med sex faktorer som påverkar barnets säkerhet.

aggregerad form, dvs. utan att bryta ner förhållandena i mer specifika bakomliggande faktorer och uppgifter om vad som i sin tur bestämmer dessa förhållanden (se figur 5.5). Detta sker i stället i ett andra steg som i figur 5.6.

## Direkt berörda aktörer

**Barnet.** I inledningskapitlet diskuterades barnet som subjekt och objekt i samband med riskfyllda situationer och skadehändelser. Barnet är föremål för såväl sina egna ageranden som omständigheterna i övrigt. Det innebär att barnets säkerhet bland annat beror av den egna förmågan att uppfatta och förstå sin situation och att rent fysiskt hantera den. Dessa egenskaper är starkt kopplade till barnets ålder och erfarenhet.

**Tillsynsansvariga.** En annan faktor som påverkar barns säkerhet är hur de ses till. Ju yngre barnen är och ju större krav situationen ställer på dem, desto viktigare är tillsynen. Faktorer som påverkar tillsynen är attityder, kompetens och situationskännedom hos dem som ser till barnen, men även andra förhållanden som tid, stress, distraherande företeelser, delat ansvar och dubbelt ansvar. Barn är föremål för tillsyn från personer i sin omgivning, främst föräldrar och andra familjemedlemmar, och genom organiserade verksamheter (förskola, skola, idrottssammanhang etc.). Barnen är beroende av att denna tillsyn tilldelas resurser,

planeras och utformas på ett sätt som är anpassat till omständigheterna. När en skadehändelse inträffar kan även det första skedet av ett omhändertagande ses som ett led i tillsynen.

## **Fysiska förhållanden**

Barn uppehåller sig i många typer av miljöer och sammanhang. Vissa är väl kända av barnen och i rimlig grad anpassade till deras förmåga och med hänsyn till hälsa och säkerhet. Andra miljöer är inte det. Dessutom varierar dessa förhållanden ofta över tid på dygnet och över året.

En vanligtvis barnanpassad miljö kan vara i ett onormalt tillstånd: Gropen i sandlådan kan vara vattenfylld och under gungorna kan sanden, som ska dämpa fall, vara frusen. Buskar kan vara avklippta och ha vassa grenar. I skolan kan korridorgolvet vara fullt med skor och kläder. I samband med en reparation kan verktyg ligga framme och elektrisk utrustning kan vara trasig och strömförande. En sådan, icke barnanpassad, miljö kan vara utformad med hänsyn till andra behov och med tanke på att barn inte ska befinna sig där utan tillsyn.

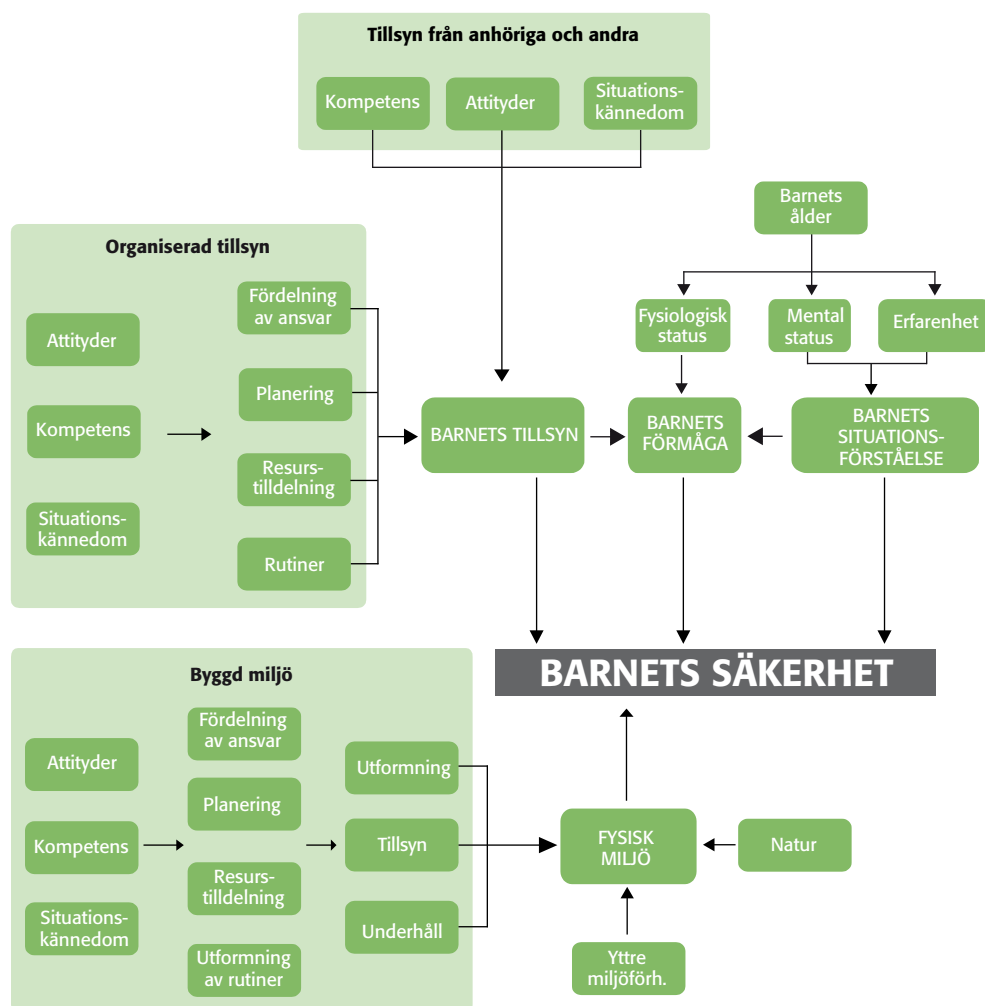
Såväl byggda som naturliga miljöer kan hota barns säkerhet. Byggda miljöers egenskaper beror av en lång rad förhållanden som har med utformning och kondition att göra, och där kondition påverkas av tillsyn och underhåll. Påverkas miljön av någon form av organiserad verksamhet, beror denna påverkan av planering, resurstilldelning och faktiska rutiner. Dessa förhållanden påverkas i sin tur av attityder, resurser, kompetenser m.m.

## **Omhändertagande och räddningsinsatser**

Insatser för att rädda ett barn ur en uppkommen situation och kanske se till att det kommer under vård kan utföras av personer som normalt har uppsikt över barnet. Vanligtvis ingriper även andra som råkar befinna sig i närheten och blir varse vad som inträffat. I vissa situationer krävs insatser av räddningstjänst, ambulanspersonal och jourläkare. Det är ofta viktigt att insatser och omhändertagande sker snabbt.

Olika aktörer griper in. Personer på platsen agerar i väntan på professionella insatser. En framgångsrik första insats är beroende av allmänhetens förmåga och kunskap. Behovet av en effektiv professionell insats och ett snabbt omhändertagande ställer krav på fungerande kompetens, rutiner och utrustning. En skadehändelse innebär ofta även traumatisering av direkt berörda, en psykisk skada som kan behöva professionell vård.

Figur 5.6 Ett generell mer utvecklad form av påverkansdiagram över förhållanden som påverkar barns säkerhet. Diagrammet kan användas som ett stöd för analys av skadehändelser där barn är involverade. Faktorer som påverkar räddnings- och omvårdningsförhållanden har inte tagits med.



## **Påverkansdiagrammets användning och vidareutveckling**

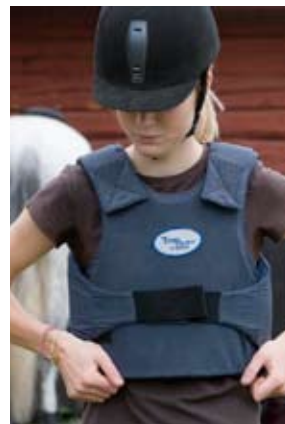
Ett påverkansdiagram som det i figur 5.6 refererar inte till någon specifik situation eller olycka. Det har i stället en generell karaktär, vilket gör att det kan användas som ett underlag för undersökning och analys av alla barnrelaterade skadehändelser. Två ting uppnås om detta görs i en grupp vars deltagare har olika och kompletterande kunskap och erfarenhet kring den aktuella typen av händelse och det sammanhang där den inträffat. Dels skapas en schematisk beskrivning och en gemensam förståelse av vad som påverkat den specifika händelsen, dels ges möjlighet att utveckla den generella modellen.

Möjligheterna att gå vidare med den aktuella typen av påverkansdiagram beror av vilka uppgifter som finns tillgängliga och vilken generell kännedom som de har som utför analysen. En mer detaljerad analys kan fordra att man först inventerar vilka barriärer och andra säkerhetsfunktioner som kan vara verkansfulla. Denna del av analysen behandlas i kapitel 6.

## **AcciMap: Händelser – Barriärer – Funktioner – Aktörer**

Skador kan ses som symptom på händelser som i sin tur kan betraktas som symptom på lokala förhållanden som i sin tur påverkas av allmänna och mer vittomfattande förhållanden. AcciMap är ett modellformat som söker fånga dessa samband och som innehåller element från de olika modellformat som beskrivs ovan. Formatet har dessutom en kontrollteoretisk dimension genom att skilda funktioner och vad dessa uppnår och hur de kopplar till varandra markerar i ett hierarkiskt system. Strukturen kallas socio-fysiskt eller socio-tekniskt system. Förutom den fysiska nivån innehåller systemet följande fem kontrollnivåer som kommunicerar med varandra genom olika former av samspel (Rasmussen och Svedung, 2000):

1. Den lagstiftande nivån. EU, riksdag och regering.
2. Den föreskrivande nivån. Den nivå där centrala, regionala och lokala myndigheter påverkar förutsättningar för aktörer på nivåerna nedanför, med stöd i lagstiftning, genom formulering och implementering av föreskrifter och genom inspektioner, förelägganden och villkorade tillstånd.
3. Den strategiska nivån. Den nivå inom enskilda organisationer där beslut tas kring långsiktiga gemensamma verksamhetsidéer, policys, mål och fördelning av resurser.
4. Den taktiska nivån. Den nivå som har ansvaret för att långsiktiga, strategiska mål omformuleras till mer närliggande och direkt verksamhetsanknutna mål eller instruktioner. Nivån utgörs av enheter eller grupper av individer och definieras av hur uppgifter och ansvar är fördelade.
5. Den operativa nivån. Den nivå där individer direkt påverkar det fysiska systemet, skeendet och de lokala förhållandena genom sitt agerande och de funktioner de är involverade i.



Figur 5.7 beskriver AcciMap-formatets principiella utformning. Figur 5.8 är ett utkast till en AcciMap över druckningstillbudet. Som grund har barriärmodellen över samma händelse lagts in. Dess delar har förbundits med funktioner och aktiviteter som påverkat eller skulle kunna ha påverkat barriärernas funktion och därmed skeendet.

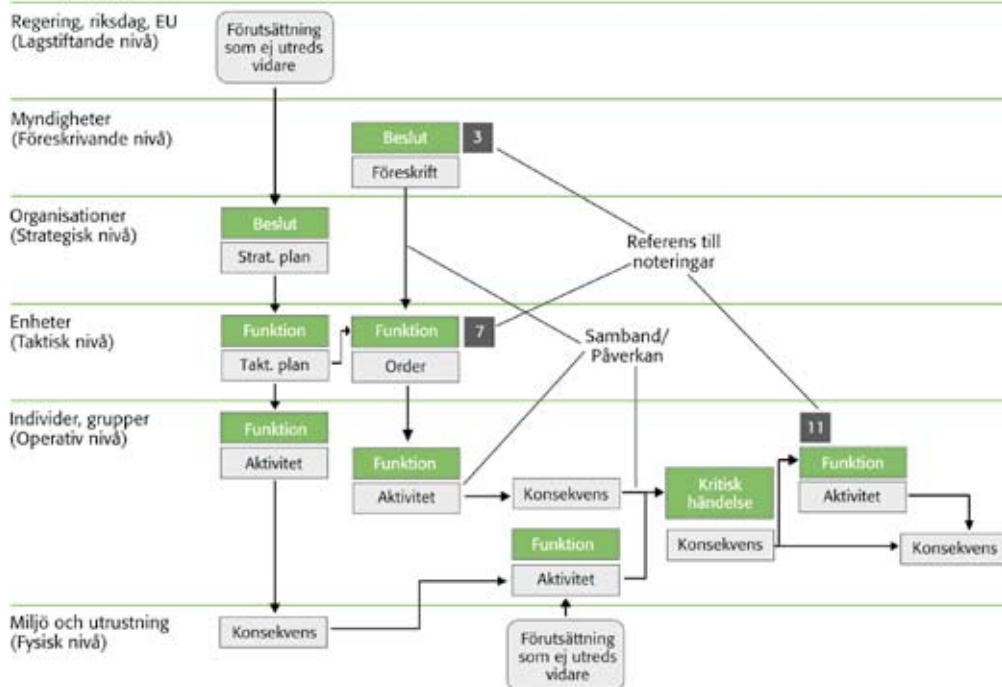
AcciMap-modellen i figur 5.8 kan vidareutvecklas genom att bakomliggande faktorer belyses i ytterligare steg. Exempelvis kan man lägga till uppgifter om krav som ställs med hänseende till skaderisker i samband med den byggda miljön. Även förhållanden kring ordnad tillsyn och lärande/träning av barn i olika åldrar kan markeras.

Förhållanden som identifierats och analyserats i samband med probleminventeringar kan också föras in i modellen. Har dessa erfarenheter noterats och resulterat i program för åtgärder och uppföljning? Har barns särskilda behov beaktats? Finns det anledning att beakta barn med särskilda behov?



På högre systemnivåer kan man markera olika kontrollmyndigheters insatser. Innehåller regelverken klara och relevanta bestämmelser med hänsyn till vad som har inträffat? Har inspektioner och andra typer av kontroll utförts av berörda myndigheter på central, regional eller lokal nivå?

## SYSTEMNIVÅ



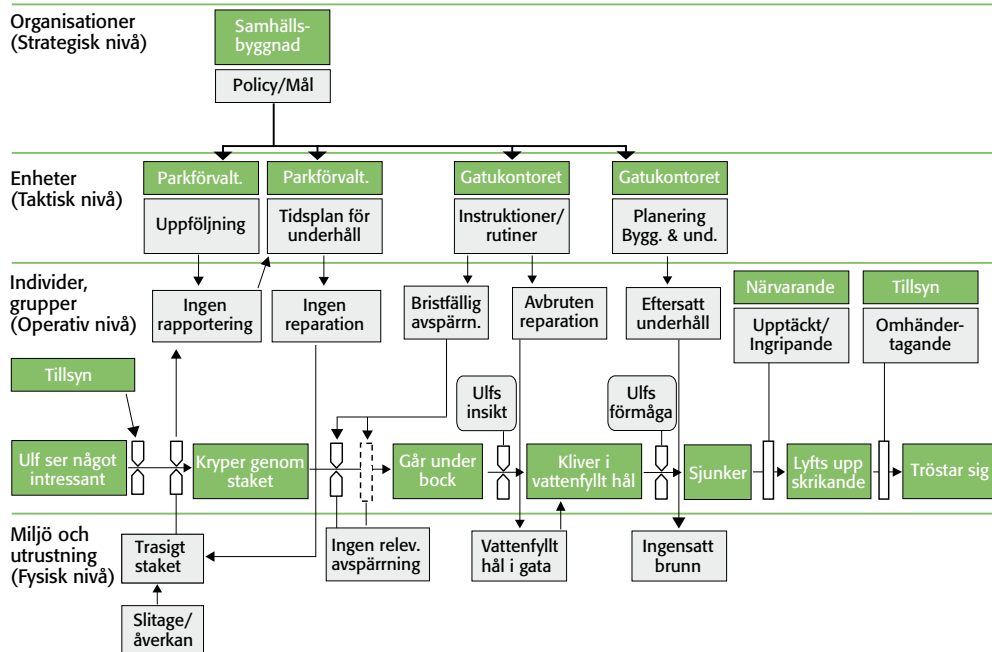
Figur 5.7 AcciMap-formatets principiella innehåll och struktur. Enskilda uppgifter kan kopplas med referenser till fylligare noteringar med motsvarande numrering.

## SYSTEMNIVÅ

Regering, riksdag, EU  
(Lagstiftande nivå)

Myndigheter  
(Föreskrivande nivå)

Organisationer  
(Strategisk nivå)



Figur 5.8 Ett utkast till AcciMap över druckningstillbudet med sådana förhållanden som har bedömts påverka skeendet. Barriärmodellen enligt figur 5.4 har lagts till grund och aktörer/funktioner kopplade till ingående barriärer och till gjorda iakttagelser har indikerats.



# Identifiera möjliga skyddsåtgärder

I föregående kapitel behandlades metodik för analys av händelser eller typer av händelser. Vid närmare granskning av skadehändelser finner man vanligtvis att någon eller några rutiner och barriärer har varit tänkta att förhindra dem, men att åtgärderna inte varit på plats, i funktion eller haft avsedd verkan.

Ibland misslyckas systemet. Säkerheten är alltså sårbar och behöver stöd. Det behövs säkerhetsåtgärder av flera slag. Flera olika och av varandra oberoende barriärer kan täcka upp för varandra när något brister. En fortsatt analys av inträffade skadehändelser bör därför leda till att olika typer av skyddsåtgärder identifieras. Även denna analys bör göras med systematik.

En skada uppkommer genom en skadlig påverkan som i sin tur är en effekt av skeenden i den fysiska miljön. Centralt är därför att förhindra dessa. Hur framgångsrikt den ena eller andra åtgärden kan tillämpas beror inte enbart av hur den utformas och anpassas till rådande förhållanden i det fysiska systemet. Att identifiera säkerhetsåtgärder i form av förändringar i den fysiska miljön är därför inte hela lösningen, men det är ett nödvändigt led i detta arbete.

Strategier och metoder för att utveckla säkerheten måste väljas med hänsyn till förutsättningarna som i sin tur påverkas av flera faktorer än de rent fysiska eller tekniska. Skyddsåtgärderna ska naturligtvis fungera tekniskt, men för att de ska få avsedd verkan ska de planeras, utformas, beslutas, genomföras och underhållas/upprätthållas.

En analys med den systematik som beskrivs nedan kan

leda till att tänkbara åtgärder identifieras. Åtgärder är inte nödvändigtvis kända och utprovade. En kritisk och konstruktiv reflektion kring funktion och applicerbarhet hos framkomna förslag bör därför ske bland annat på det sätt som beskrivs i kapitel 7 och 8.

Nedan beskrivs fyra metoder för analys och åtgärdsidentifiering. Det är inte nödvändigt att alla analysmetoderna används på ett och samma problemområde, men eftersom de är delvis kompletterande kan det vara värdefullt att fler än en metod används.

Metod 1: *Analys av exponering av skadeverkan* avser analys av det direkta skadeförloppet, sambandet mellan exponering och skadeverkan och berörs bara i allmänna termer.

Metod 2: *Skyddsåtgärder utifrån Haddons strategier* tar utgångspunkt i 10 principer för hur skador kan förebyggas eller begränsas. Principerna refereras till som Haddons strategier. De fokuserar på antingen den fysiska olyckskällan, det hotade objektet eller på de åtgärder som kan separera dessa så att kritisk påverkan förhindras.

Metod 3: *Skyddsåtgärder utifrån villkor för skada* innebär att man utvecklar en modell av den aktuella olyckstypen i form av ett händelseträd. Modellen ska ange sådana förhållanden och skeenden som kan göra den oönskade händelsen möjlig. Dessa villkor kan sedan ligga till grund för identifieringen av vad som kan förhindra just detta.

Metod 4: *Skyddsåtgärder utifrån ett påverkansdiagram* tar utgångspunkt i den generella modell, i form av ett påverkansdiagram, som framgår av figur 5.6 och som visar på förhållanden som påverkar barns säkerhet.

Vår förmåga att metodiskt identifiera säkerhetshöjande åtgärder bygger på vår förståelse för vad skadehändelser är, på den kunskap och förståelse vi har om det sammanhang där skadehändelser inträffar och på den kompetens vi utvecklar genom att arbeta med metodiken. Den som har tillämpat de olika och delvis kompletterande metoderna kommer med automatik att omforma dessa till en delvis personlig metodik, där olika tankesätt tillämpas växelvis och anpassat till den aktuella uppgiften. Inom en grupp som arbetar gemensamt utvecklas på samma sätt en gemen-



sam metodik som bygger på de olika angreppssätt som man startade med.

Vad som framkommer vid en identifiering av åtgärdsförslag beror alltså av de kunskaper och erfarenheter som de har som utför eller deltar i arbetet. Dessutom påverkas arbetet av de outtalade och kanske omedvetna avgränsningar som görs. Det är viktigt att flera personer medverkar i processen för att så många skilda förutsättningar som möjligt ska kunna beaktas och åtgärdsalternativ identifieras. I kapitel 8 beskrivs hur man kan genomföra åtgärdsinriktade möten med representanter för olika aktörer.

## Metod 1: Analys av exponering och skadeverkan

För att analysera förutsättningarna för olycks- och skadeförebyggande strategier och åtgärder behöver man förstå något om hur skador uppkommer. Skador kan ses som effekter av skadlig påverkan. Hur en människa skadas beror av hur hon exponeras, av vad och hur intensivt eller med vilken dos (mängd eller intensitet x tid). Vilka skador som uppkommer och hur allvarliga de blir, beror dessutom av kroppens tålighet (styrka eller motståndskraft). Det innebär att effekterna som uppstår vid en viss exponering varierar mellan individer. Barn är normalt mer känsliga och tål mindre än vuxna. Det innebär att skyddsåtgärder för barn kan vara speciellt motiverade och fordra särskild anpassning till vad barn tål.

Mycket av vad som är känt kring hur barn skadas har framkommit genom analys av skademönster och hur de kopplar till olika exponeringsförhållanden. Skademönstren hämtas normalt ur uppgifter som tas fram och rapporteras av läkare vid vård- och akutmottagningar eller i samband med obduktioner. För att klargöra exponeringsförhållandena fordras en detaljerad analys av de direkta skadeförloppen. Genom tester i laboratoriemiljö med olika modellsystem som dockor (mekanisk skadeverkan) eller olika slags försöksdjur (kemisk eller toxisk skadeverkan) kan aktuella samband belysas.



## Fysiska hot – riskkällor

Skaderisker karakteriseras delvis av vad som kan innebära hot om skador (fysiska riskkällor). Vatten kan vara en riskkälla genom att det kan förhindra andning. Fryser det till is på marken innebär det en halkrisk. Som isstycken kan det falla från tak och träffa och skada någon. Man talar då ofta om lägesenergin som en riskkälla som kan omvandlas till rörelseenergi. För att identifiera riskkällan kan det vara rimligt att fokusera på förekomsten av föremål på höjd, men för att inse hur skadeverkan kan uppstå är idén om lägesenergi som omvandlas till rörelseenergi viktig. Allmänt kan föremål i rörelse ses som riskkällor. Människan, i det här fallet barnet, kan genom sin egen rörelse, ses som en riskkälla. I vissa lägen kan man i stället välja att betrakta hårda eller vassa objekt som riskkällor. Andra exempel är varma föremål/material, gaser under tryck, strålning av olika slag, ämnen som är giftiga, frätande, brandfarliga eller explosiva. Även smittämnen i t.ex. matvaror utgör en typ av riskkälla.

Det förekommer att skador utvecklas över tid som en följd av den direkt olycksrelaterade påverkan som skadeobjektet utsätts för. Exempel på följdskador kan vara infektioner i öppna sår, bestående värk, uttorkning och psykiska skador. För att sådana skador ska kopplas till en viss olyckshändelse krävs att uppföljningen av enskilda skadade görs över tillräckligt långa tidsperioder. Ansvaret för adekvat vård och uppföljning ligger hos sjukvården, vars expertis därför är en viktig del i det skadeförebyggande arbetet.

Det är viktigt att man förstår sambanden mellan exponering och skadeverkan, bland annat vid utveckling och utvärdering av sådana skyddsåtgärder som ska skydda mot kritisk exponering, t.ex. hjälmar, andningsskydd m.m.

## Metod 2: Skyddsåtgärder utifrån Haddons strategier

Haddon (1970) anger tio olika strategier avsedda att förhindra eller begränsa skador. De berör den fysiska olycksställningen och det hotade objektet och visar hur dessa kan skiljas åt och objektet kan tas om hand och vårdas vid eventuell skada. Haddons skadeförebyggande eller skadebegränsande strategier tar utgångspunkt i möjligheterna att påverka



Strategi Nr	Allmän beskrivning	Motsvarande åtgärd vid drunkningsrisk	Motsvarande åtgärd vid lek på höjd
1	Förhindra tillkomsten av riskkällan.	Eliminera håligheter, avled vatten.	Undvik starkt kuperade miljöer, offentliga byggnader i flera plan, höga trappor och lekutrustningar.
2	Förändra riskkällans egenskaper.	Frys vattnet till bärkraftig is.	Minska branthet.
3	Begränsa riskkällan	Minska vattensamlingens utsträckning och/eller djup.	Begränsa höjdskillnader, skapa mellanplan.
4	Förebygg okontrollerad exponering för riskkällan.	Eliminera snubbel- och halkriser. Varna för oskyddade vattensamlingar, hala ytor, svag is. Se till/övervaka. Underhåll bryggor, kajor och bassängkanter.	Motverka halka och andra orsaker till snubbling och fall. Instruera och träna. Begränsa antalet barn som leker samtidigt. Motverka stora åldersskillnader på samma lekplats.
5	Minska exponeringens intensitet eller varaktighet.	Använd flythjälpmedel, övervaka barnen och underlätta räddningsinsats.	Mjukgör markskikt och andra underlag. Jämna till och ta bort hårda och skarpa föremål.
6	Separera riskkällan från skadeobjektet i rummet eller i tiden.	Planera den fysiska miljön, användning och aktiviteter med hänsyn till förekomst av vattensamlingar.	Separera mindre och större barns lekplatser och lekutrustning.
7	Avskilj riskkällan och skadeobjektet med fysiska hinder/barriärer.	Sätt upp staket eller liknande.	Markera och sätt upp staket mot stup och branter.
8	Gör skadeobjektet mer motståndskraftigt för exponeringen.	Utveckla vattenvana och lär barnen att simma.	Se till att barnet använder skyddshjälm.
9	Begränsa skadans utveckling.	Rädda, ge andningshjälp, omhändertar och förebygg chock.	Ta hand om barnet, ge första hjälpen, förebygg chock.
10	Stabilisera, reparera och rehabilitera skadeobjektet.	Omhändertar, undersök, ställ diagnos, vårda och rehabilitera.	Ta hand om barnet, undersök, ställ diagnos, vårda och rehabilitera.

hotet (riskkällan) och separera det från det hotade objektet. I strategierna ingår även att ta hand om skadade för vård/rehabilitering. Tabell 6.1 beskriver Haddons allmänt formulerade strategier. Genom sin systematik utgör de stöd för analysen. De mer situationsanpassade åtgärderna som anges är exempel på vad strategierna kan innebära i angivna sammanhang.

*Tabell 6.1 Haddons 10 skadeförebyggande och skadebegränsande strategier och teoretiskt tänkbara exempel på motsvarande åtgärder vid drunkningsrisk och fallskada vid lek på höjd.*

## Metod 3: Skyddsåtgärder utifrån villkor för skada

Genom ett strikt resonemang kring villkoren för att en viss typ av skada ska uppstå i ett visst sammanhang, kan förhållanden identifieras som kan förhindra att dessa villkor uppfylls. För att illustrera detta tillvägagångssätt utgår vi från drunkning som typskada. Generellt gäller att följande två förutsättningar behöver vara uppfyllda för att någon ska drunkna:



Figur 6.1 Ett händelseträd som anger de två principiella förutsättningarna för topphändelsen drunkning.

- Det förekommer vatten i tillräcklig mängd och på sådant sätt att det kan förorsaka drunkning (kritisk exponering för vatten via andningsvägarna är möjlig).
- Någon påverkas av detta vatten på sådant sätt att den drunknar (någon exponeras i kritisk omfattning).

De logiska villkoren för att detta ska inträffa kan illustreras i form av ett enkelt händelseträd som i figur 6.1.

Drunkning kan följaktligen undvikas om något eller båda av de angivna villkoren förhindras. Detta kan synas trivalt, men de båda förutsättningarna kan ändå behöva analyseras vidare för att skapa en bild av vad som kan medföra att villkoren uppfylls. Figur 6.2 på nästa sida, visar resultatet av en analys av hur förutsättningarna för det högra villkoret i figur 6.1 kan uppfyllas (någon exponeras i kritisk omfattning).

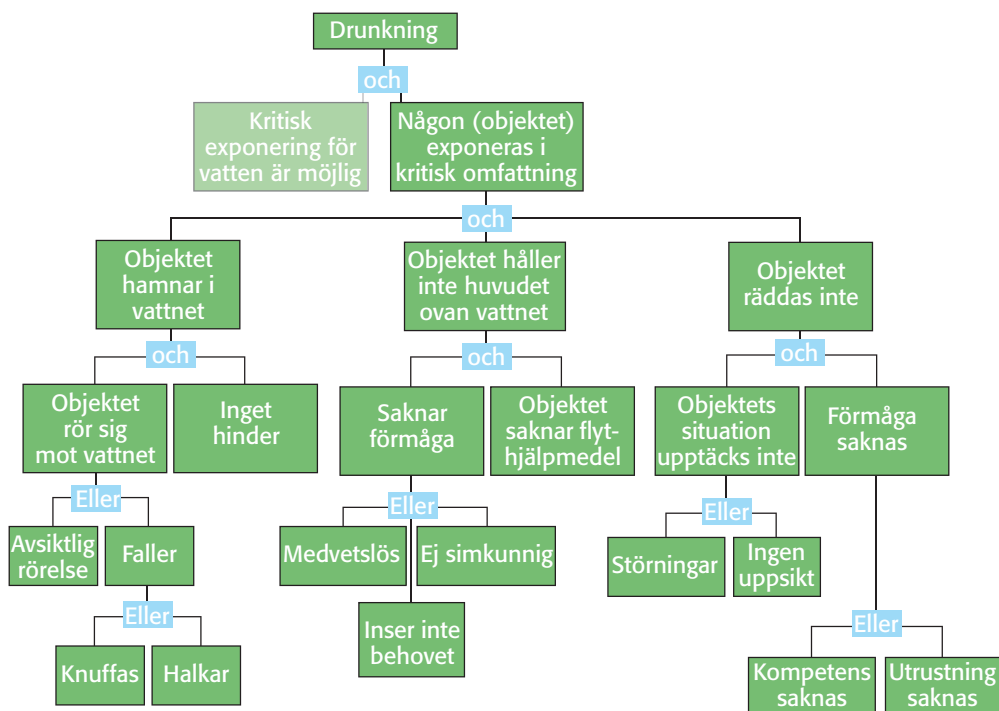
Trädmodellen i figur 6.2 innehåller två typer av villkor angivna med två typer av ”logiska grindar”. En *och-grind* innebär att samtliga anslutna händelser eller tillstånd på den undre nivån behöver vara uppfyllda för att händelsen eller tillståndet ovanför ska inträffa. Är grinden en *eller-grind* räcker det att någon av de undre händelserna eller tillstånden är uppfyllda för att händelsen eller tillståndet ovanför ska bli en realitet. Notera att samtliga förhållanden kan analyseras vidare och brytas ner i underliggande villkor och att trädet i figur 6.2 därför inte är fullständigt i det avseendet. Det kan inte heller uteslutas att det finnas flera, ej identifierade förhållanden, som kan påverka bilden. Modellformatet indikerar en strikt kausalitet, men kan allt-

så vara vilseledande på grund av brister i underliggande analys.

Låt oss ändå utgå från att en gren av trädet är fullständig med logiskt korrekt angivna villkor. Om då händelser eller tillstånd på en nivå är knutna till en viss händelse eller ett tillstånd på nivån ovanför genom en *och-grind*, så är det i princip tillräckligt att förhindra en enda av händelserna eller tillstånden på den undre nivån för att överliggande händelse eller tillstånd ska förhindras. En åtgärd som åstadkommer detta utgör en barriär. Om kopplingen i stället är en *eller-grind* fordras att åtgärden omfattar alla underliggande händelser eller tillstånd och att dessa förhindras för att åtgärden ska ses som en barriär.

Genom att utgå från modellen i figur 6.2 och invertera villkoren, dvs. ange vad som kan förhindra att de uppfylls, kan alltså ett antal barriärmöjligheter identifieras. Notera att *och*-villkor byts ut mot *eller*-krav och att *eller*-villkor byts mot *och*-krav när villkoren för att något ska ske inverteras och byts ut mot villkor för att något ska förhindras:

Figur 6.2 En trädmodell över villkor som leder till att någon exponeras för vatten i kritisk omfattning om de uppfylls. I figuren anges inte vad som gör en kritisk exponering möjlig (vänster del av trädet).





- *Barnet hamnar i vatten.* Förhindra att objektet uppehåller sig i närheten av vattnet genom att förhindra åtkomligheten eller anledningen (intresse/nyfikenhet, knuffar, halkning, eller snubbling)
- *Barnet håller inte huvudet ovanför vattenytan.* Förhindra genom att använda flythjälpmedel eller skapa förmåga hos barnet att orientera sig i vatten och att simma. Förhindra medvetlöshet vid fall i vattnet.
- *Barnet räddas inte.* Förhindra genom att upprätthålla kapacitet att upptäcka nödfall och att ingripa och rädda med hjälp av kompetenta personer och tillgänglig utrustning.

Observera att de åtgärder som identifierats och angivits ovan inte omfattar möjligheterna att påverka det villkor för drunkning som har direkt med vattenförekomsten att göra (kritisk exponering för vatten är möjlig). Det beror på att den delen av händelseträdet, den vänstra, inte har brutits ned och analyserats vidare på samma sätt som den högra delen. Av villkoret (*och-grinden*) närmast topphändelsen framgår att alla åtgärder som eliminerar möjligheten till exponering för vatten i kritisk omfattning utgör barriärmöjligheter. Jämför med vad som anges i tabell 6.1 och som framkommit genom att Haddons strategier har tillämpats på drunkningsrisker.

## Metod 4: Skyddsåtgärder utifrån ett påverkansdiagram

Figur 5.6 (sid 59) visar ett påverkansdiagram över faktorer eller förhållanden som påverkar barns säkerhet. Utifrån det generella schemat och kunskaper om specifika förhållanden kring ett visst olyckssammanhang, kan mer specifika säkerhetshöjande åtgärder identifieras. Påverkansdiagrammet är inte lika strikt uppbyggt kring direkta orsakssamband som trädmodellen i figur 6.3. Denna vaghet kan framstå som en svaghet, men låter samtidigt påverkansdiagram-

met stödja en friare reflektion. Att använda ett välutvecklat påverkansdiagram kan därför leda till ett lika gott resultat som de två tidigare beskrivna metoderna. Vilken metod som väljs beror delvis på vilka erfarenheter och synsätt de har som utför arbetet. Det är en styrka att använda flera metoder i ett givet sammanhang.

## Checklista

Som framgått ovan kan analyser av olyckors natur och vad de kommer av i olika sammanhang resultera i förslag på säkerhetsåtgärder. Genom att sammanställa resultaten i en tabell över möjliga åtgärder uppnås två ting. För det första presenteras de föreslagna åtgärderna kortfattat, för det andra kan tabellen tjäna som en checklista senare i processen (se tabell 6.2).

*Tabell 6.2 Sammanställning av teoretiskt tänkbara åtgärder för att förebygga att barn drunknar i tillfälliga vattensamlingar i utomhusmiljön. Identifiera gärna fler åtgärder och korresponderande aktörer.*

Nr	Åtgärd / Barriär	Aktörsuppgift	Metod <sup>14</sup>
1.	Eliminera eller begränsa vattensamling genom att: a. Jämn ut/fylla igen håligheter b. Avled/dränera.	Allmänhet och tillsynspersoner: Identifiera förekomst av vatten, meddela ansvarig, följ upp. Förvaltning: Inspektioner, respons på anmälningar, planerat underhåll.	2, 3 & 4
2.	Förändra vattnet genom att frysa till is (normalt ej kontrollerbart).		2
3.	Varna för oskyddat vatten.	Se nr 1.	2
4.	Avled barnens intresse för vattnet.		3
5.	Informera och träna.	Föräldrar, lärare och ledare: Gör barnen familjära med vatten och kompetenta att bedöma och agera.	2, 3
6.	Avgränsa/hägna.	Förvaltning: Inspektioner, respons på anmälningar, specificera funktionskrav, bygg/montera.	
7.	Övervaka/se till.		4
8.	Rädda.	Allmänhet, vakter: Ge andningshjälp och förebygg chock.	2, 4
9.	Omhänderta/vårda.		2, 4
10.	Informera och motivera tillsynspersoner	Barnavårdscentraler (BVC): Informera föräldrar Skolförvaltningar: Informera/utbilda lärare. Idrottsrörelsen: Informera och utbilda ledare.	4





# Identifiera aktörer med koppling till skyddsåtgärder

I kapitel 5 beskrivs några modellformat som kan tjäna som stöd för beskrivningar av skadehändelser och för diskussioner om hur skadehändelser kan följas upp och förebyggas. Ett är ett generellt schema över faktorer som påverkar barns säkerhet. Ett annat är det s.k. AcciMap-formatet, som låter oss presentera skadeförlopp och de funktioner och aktörer som påverkar skadeförloppets förutsättningar. Modellformaten ligger delvis till grund för varandra och tillsammans kan de visa på identifierbara kategorier av aktörer.

Aktörerna har olika roller och de som verkar inom organiserade verksamheter gör så på olika hierarkiska nivåer (se nivåerna i AcciMap-formatet). På högre nivåer behandlas mer långsiktiga frågor som policy, långsiktiga satsningar, ekonomisk styrning och resultatvärdering. På nivån under omsätts de strategiska besluten från nivån ovanför i taktiska beslut som mer direkt påverkar vad som utförs på den operativa nivån.

På den operativa nivån utförs vad som beslutats på nivåerna ovan. Det är verksamheter och aktörer på den operativa nivån som direkt påverkar de skeenden och förändringar som uppstår i den fysiska miljön. Det innebär att förutsättningarna för vad som händer, såväl avsiktliga värdeskapande processer som oavsiktliga skadehändelser, primärt beror av vad aktörerna på den operativa nivån gör och inte gör. Aktörerna på övriga nivåer påverkar dock förut-



sättningarna genom direktiv och de kontroller de utför och har därför lika stor betydelse för vad som inträffar som övriga involverade.

Aktörernas kunskaper, erfarenheter och kompetenser påverkas bland annat av var i systemet de verkar och hur de hålls informerade. Det innebär att aktörer på alla nivåer och inom alla delar av verksamheten gärna kan delta i uppföljningsarbetet kring olyckor. Ett fungerande informationsflöde är lika viktigt inom som mellan systemets nivåer. Eftersom olika uppgifter dessutom är fördelade på olika organisationer och sektorer bör även dessa identifieras.

En AcciMap, som den i figur 5.8, kan alltså vara ett stöd vid identifieringen av aktörer som på olika sätt kan påverka de förhållanden som gällt i samband med en viss olycka eller typ av olycka. Påverkansdiagrammet i figur 5.6 är ett annat hjälpmedel, liksom checklistan i tabell 6.2.

## Aktörer med en officiell samhällsroll

Nedan anges ett antal aktörskategorier som är identifierade utifrån de roller de kan ha i relation till olika barriärer. Aktörerna bör representeras av personer som är verksamma på olika organisatoriska nivåer.

### **Aktörer som finansierar barriärer**

De flesta åtgärder som kan komma på förslag medför kostnader. Ansvaret för finansiering kan falla på företag, förvaltningar och organisationer, men även på grupper eller enskilda. Frågan om finansiering kan lämpligen diskuteras i samband med det moment som behandlas i kapitel 9 (Aktörernas utfästelser). Det är dock viktigt att tänkbara finansierare identifieras inför sådana diskussioner så att kostnadsaspekterna kan vägas in.

### **Aktörer som hyser barriärer**

Fysiska barriärer innebär förändringar i den fysiska miljön. De kommer därför att rymmas av dem som äger eller har nyttjanderätten till vad som påverkas, t.ex. fastighets- eller

anläggningsägare, men också ägare till lös egendom om förutsättningarna för användningen av lös egendom påverkas.

### **Aktörer som utformar och bygger barriärer**

I de flesta fall är det inte de som finansierar, inhandlar eller hyser aktuella barriärer som utvecklar, utformar och bygger dem. Utveckling och utformning måste ske med hänsyn till hur och i vilka sammanhang åtgärderna kommer att realiseras och vilka egenskaper de ska ha ur säkerhetssynpunkt. Sådana uppgifter behöver klargöras och kommuniceras mellan utformare och byggare. Dessutom är det viktigt att de förutsättningar som har med funktionen att göra även klargörs för användare, vårdare och stödjare av barriären. Ansvaret för att den kommunikationen fungerar ligger till stor del hos utformare och byggare.

### **Aktörer som vårdar barriärer**

Barriärer kan vara fysiska/tekniska. Andra typer av säkerhetsåtgärder är sådana som ska påverka individers och organisationers kunskaper, insikter, attityder och beteende/sätt att fungera. Båda typerna är sårbara och utsatta för yttre påverkan. Det innebär att de ständigt behöver ses till och korrigeras/underhållas. Alla som har en roll i detta sammanhang är viktiga aktörer med hänsyn till säkerheten.

Barriärer i form av aktiviteter eller rutiner som syftar till att upprätthålla säkra förhållanden kan ofta föras till någon organiserad verksamhet. Vården av fysiska barriärer benämns ofta drift och underhåll. "Barriärvårdarna" behöver vara informerade om de förutsättningar som ligger till grund för barriärernas utformning. Det kan ske genom information, men i lokala sammanhang kan det med fördel ske genom att "barriärvårdarna" involveras i designprocessen. Genom att de engageras i undersökningar, analys och uppföljning av skadehändelser kan man räkna med att deras ambition, kompetens och förmåga att bidra till säkra förhållanden ökar.

## **Aktörer som övervakar barriärer**

Alla typer av säkerhetsåtgärder, tekniska och organisatoriska, har en förmåga att försvagas eller på andra sätt förlora sin funktion. Dessutom kan i en del fall påfrestningarna vara av annat slag eller omfattning än de som åtgärderna varit avsedda att stå emot eller fungera under. Hålet i staketet och de otillräckliga hindren runt det vattenfyllda hålet i gatan, som omnämns i berättelsen om drunknings-tillbudet är exempel på detta. Även åtgärder i form av rutiner eller ambitioner när det gäller aktörers situationskän-nedom, kunskap, kompetens, vilja och attityd kan degenerera över tid. För att motverka detta förekommer inspektio-ner och andra former av kontroll av åtgärders funktion och kondition. Exempel är typgodkännanden och besiktningar. De utförs med stöd i lagar och föreskrifter av myndigheter på central, regional eller lokal nivå eller av certifierade organisationer. En del sådant stöd av barriärers funktion sker även organisationsinternt i form av egenkontroll. De som arbetar med inspektioner och kontroll skapar värde-fulle erfarenheter och kan med fördel knytas till åtgärds-arbetet.

## **Aktören "allmänheten"**

De som kan göra iakttagelser och notera brister eller andra avvikelser bör uppmanas och ges möjlighet att påtala dessa eller på andra sätt vidta korrigerande åtgärder. Denna spon-tana form av tillsyn av barn och barns miljö kan stödja arbetet med att identifiera behov och möjligheter att höja säkerheten och att bedöma och värdera olika åtgärder.

Representanter för allmänheten kan finnas i olika fristå-ende organisationer som scouter, kyrkan, Rädda Barnen etc.

## **Barnskadesakkunniga**

I kapitel 6 nämns att vi behöver kunskap om barn och om hur de skadas vid olyckor, för att förstå viktiga förutsätt-ningar för hur och när barn behöver skyddas. Läkare och andra med sådan kunskap och erfarenhet är därför en vik-tig aktörsgrupp i säkerhetsarbetet. En annan kompetens

som är viktig i sammanhanget är den som tillför erfarenheter om barns beteende och förmåga att uppfatta och hantera olika situationer som kan leda till skador.

## Aktörer kopplade till barn

**Tillsynsansvariga i organiserade verksamheter:** Barns säkerhet beror av den direkta, stundliga tillsynen. I vilken grad barn behöver ses till beror av ålder och andra faktorer som påverkar deras förmåga att se, tolka och förstå de situationer de uppehåller sig i. Dessutom påverkas tillsynsbehovet av sammanhanget i övrigt och av hur miljön de uppehåller sig i är beskaffad.

Samhällsfunktioner som bedriver barntillsyn i organiserade former är förskola, skola, idrottsföreningar och liknande. Andra viktiga aktörer är polisen och den kommunala sociala omsorgen, även om deras medverkan i den direkta barntillsynen inte är lika omfattande. Representanter för de tillsynsansvariga kan bidra med värdefulla erfarenheter i samband med att säkerhetsfrågor diskuteras.

**Närstående och direkt berörda:** Den största delen av barntillsynen sker normalt genom föräldrars, syskons och andra närståendes försorg. Denna tillsyn är inte formellt organiserad, men medför ändå ett formellt ansvar i första hand för föräldrarna. Även andra närvarande har ett moraliskt ansvar att ingripa när de ser behov av det.

## Barnen

Naturligtvis är också barnen aktörer i sammanhanget. Det är knappast lämpligt att ta med yngre barn på möten för att samla, sprida och reflektera kring olyckor och säkerhetshöjande åtgärder. Men det är värdefullt att på annat sätt ta del av deras tankar och känslor kring de sammanhang som behandlas.



# Kommunicera erfarenheter

Uppföljningsprocessen ska skapa förståelse och engagemang bland aktörer som har möjlighet att agera på olika sätt för att höja barns säkerhet. För att uppnå detta behöver dessa aktörer identifieras och ges tillfälle att bidra med sina erfarenheter kring de problem och åtgärder som är aktuella. I detta kapitel behandlas lärande genom fokuserad kommunikation och reflektion i grupp. I den processen kan ytterligare aktörer komma att identifieras och engageras.

Möten för att samla och kommunicera erfarenheter ska stödja ett aktivt och vidgat lärande. I detta lärande kan de fakta och beskrivningar som utarbetats enligt tidigare kapitel utgöra en grund. Alla inblandade ska emellertid fås att bidra med information, erfarenheter och synsätt. Vem som lär vad beror inte enbart av vilka som deltar och av den information som presenteras. Lärande i grupp bygger på gemensam reflektion, men också på enskildas självtillit, förförståelse, intresse och på deras motivation att ta del i och bidra till läroprocessen.

Hur skapas då förutsättningar för detta? Hur planeras sådana möten? Vilka ska bjudas in för att delta? Hur presenteras syftet och övriga underlag? Hur läggs ett möte upp, hur leds det och hur görs uppsummeringar och avstämningar? Hur säkerställer man att processen går vidare efter avslutat möte? Allt detta måste naturligtvis avgöras från fall till fall och de råd som presenteras nedan ska därför inte uppfattas som styrande.

## Praktiska förhållanden

Processen kan innebära att ett inledande möte följs upp med ett eller två ytterligare mötestillfällen. För att uppnå syftet är det viktigt att alla deltagare vid det inledande mötet kommer till tals och ges möjlighet att lära känna varandra. Mötet kan därför behöva omfatta en hel arbetsdag och med fördel förläggas som ett internat, med en övernattnig. Möten för uppsummering och beslutsfattande kan antagligen genomföras på kortare tid.

Möteslokalen ska naturligtvis rymma samtliga deltagare och möbleras så att alla ser alla. Det bör också finnas tillgång till grupprum eftersom vissa moment kan innebära diskussioner i mindre grupper.

Även om regelrätta föredragningar inte ska dominera är det viktigt att det finns tillgång till dator, dataprojektor, whiteboardtavla och skrivblock.

## Deltagare

De personer som deltar representerar aktörer eller aktörsgrupper och bör ha en bakgrund som innebär att de har i sammanhanget relevanta erfarenheter. De som samtidigt representerar organiserade verksamheter som företag, föreningar, intresseorganisationer och lokala eller centrala myndigheter bör ha roller i dessa sammanhang som ger dem ett visst mått av beslutanderätt. Tillsammans bör de representera en så stor del av alla berörda aktörskategorier som möjligt. Det är dessutom viktigt att båda könen och alla åldersgrupper är representerade. Barnen är naturligtvis centrala i sammanhanget, men yngre barns erfarenheter, känslor och synpunkter bör komma mötet till del på annat sätt än genom att barnen deltar. Äldre barn och tonåringar som medverkar kan både tillföra och ta till sig viktig information.

Mötena ska ledas och dokumenteras och lämpliga personer bör utses för detta. Den person som har haft huvudansvaret för den problembeskrivande process som föregår mötena får rimligtvis en föredragande roll och kan eventuellt också ha rollen som mötessekreterare. Som ordförande





bör någon utses som har ett klart, uttalat intresse för frågorna och erfarenhet av att med en öppen inställning låta mötesdeltagarna pröva alla ståndpunkter och förslag. Det är rimligt att ordförande och sekreterare representerar den organisation som bjuder in till mötet.

Varje deltagare svarar för sig och besluten som tas under mötet rör främst processen där och då, medan beslut om åtaganden tas i respektive aktörs egen organisation.

## Inbjudan

Formellt bör inbjudan riktas till de organisationer vars engagerande deltagande man söker. Ofta kan man som organisatör ha upparbetade kontaktvägar till enskilda personer i dessa organisationer; personer som man har goda relationer med sedan tidigare. Det behöver inte vara något som hindrar att man utnyttjar sådana kontakter i syfte att knyta dessa personer till processen. Normalt finns det dock flera förtjänstfulla kandidater i samma organisation. De som bjuder in till mötet kan därför ha anledning att även välkomna för dem oprövade krafter.

Det är viktigt att syftet med den planerade aktiviteten klart framgår av inbjudan, att det rör sig om en åtgärdsinriktad uppföljning av någon typ av skadehändelse. Det bör också framgå att man som deltagare förväntas delta aktivt, se egna möjligheter att påverka och efter mötet verka för någon form av åtagande från den organisation man representerar. Bifoga det problembeskrivande dokument som tagits fram inför mötet, med information och beskrivningar av de slag som beskrivs i kapitlen 3–8. Det bör klart anges att dokumentet ska ses som ett arbetsmaterial till stöd för diskussionerna, inte som en slutgiltig sanning.

## Genomförande

Vad som anges ovan om syfte, praktiska förhållanden och deltagare förklarar en del av vad som bör gälla i samband med denna typ av möten. Nedan behandlas processen under dessa möten något mer i detalj.

## **Inledning**

Frågan om vilka personer som ska fungera som ordförande och sekreterare vid mötet bör vara avgjord i förväg. Även om flertalet deltagare kan vara kända för varandra sedan tidigare är det lämpligt att alla närvarande presenterar sig. Det kan man göra genom att nämna sin bakgrund, sin roll i den organisation man representerar och denna organisations roll i samband med det aktuella problemområdet.

## **Presentation av syfte och underlag**

Syftet med den process som mötet är en del av och syftet med mötet bör ha framgått av inbjudan. Det hindrar inte att dessa syften ska presenteras och att deltagarna ska ges tillfälle att kommentera dem. Eventuellt kan ett klarare syfte



och en mer detaljerad målbeskrivning komma fram på det sättet. Ett kortfattat och kommunicerat syfte kan skrivas ner och anslås för alla att relatera till under mötet. Det är viktigt att betona att mötet har två syften:

1. Att genom samverkan och reflektion bredda och fördjupa problemförståelsen
2. Att inspirera och motivera till åtaganden.

Den problembeskrivning som tagits fram inför mötet bör presenteras på ett väl strukturerat sätt. Även om det som förs fram är väl underbyggt bör det inte presenteras som en slutgiltig sanning. Allt bör vara öppet för diskussion.

## **Erfarenhetsdialog**

Alla ska alltså uppmanas att betrakta det presenterade underlaget som just ett underlag och att kommentera det. Synpunkter och förslag till kompletteringar ska efterfrågas och tillräckligt med tid ska vara avsatt för en dialog där alla uppmuntras att göra sina inlägg. Inga tankar är fel. Förstår man inte, frågar man.

Dialogen kan delas upp i tre delar:

- 1 Den inledande delen fokuserar på problembeskrivningen och de förhållanden som behandlas i kapitlen 4–6. Fråga efter kompletteringar genom att ifrågasätta om bilden som ges verkligen fångar det väsentliga och på vilka punkter kompletterande information och synsätt kan tillföras.
- 2 Dialogens andra del inriktas mot de förhållanden som påverkar problembilden. Vilka möjligheter kan finnas att eliminera eller reducera olika riskpåverkande förhållanden? På vilka andra sätt kan man öka säkerheten för i sammanhanget riskexponerade barn? Som underlag kan modeller av den typ som beskrivs i kapitel 5 användas. Även en checklista som den i tabell 6.2 bör kunna fungera.

- 3 Avslutningsvis adresseras frågor kring aktörer och aktörsroller. Underlaget bör ge en kommunicerbar bild, men dialogen leder antagligen till att bilden av problem och möjligheter blir rikare. Alla möjligheter står och faller med berörda aktörers engagemang. Genom att söka kopplingar mellan åtgärdsförslag och aktörer kan förslagen komma att preciseras och möjligheterna att engagera och motivera enskilda aktörsrepresentanter kan stärkas.

## Uppsummeringar och avstämningar

Ordförandens viktigaste roll är att uppmuntra och leda dialogen i linje med mötets syfte. Även om deltagarna ska uppleva samtalen som fria så bör ändå viss styrning förekomma. Det kan ske genom att ordföranden vid lämpliga tillfällen summerar vad som framförts och vad hon/han upplever att det råder samstämmighet om. Lämpliga tillfällen kan vara i samband med uppehåll för mat och förfriskningar och när man väljer att leda över samtalet från en del till nästa. Varje uppsummering stäms av med mötesdeltagarna och slutsatserna förs till protokollet.

Det är inte rimligt att avkräva mötesdeltagarna några utfästelser för framtiden medan dialogen pågår. Däremot bör varje aktörsrepresentant avslutningsvis kunna ange en personlig allmän inställning till problematiken så som den har framstått i underlag och under det förda samtalet. Ett sådant utlåtande bör kunna åtföljas av en personlig, ej bindande ambitionsförklaring.

## Nästa steg

Dialogen förväntas leda fram till en delvis gemensam syn på problembilden bland mötesdeltagarna. Dessutom bör en rad tänkbara åtgärder värderas tillsammans med de möjligheter olika aktörer kan ha att agera för att påverka utvecklingen. Det inledande mötet bör därför avslutas med en uppmaning till var och en att gå tillbaka till sin organisation för att förklara problemställningen och söka utverka någon form av utfästelser om aktiva insatser.



Ett uppföljande möte med syfte att sammanställa ett gemensamt "utfästelsedokument" bör hållas inom två till tre månader. Avslutningsvis är det lämpligt att gå igenom vad som bör behandlas då och vilka uppgifter var och en har inför nästa möte.







# Gör en åtgärdsplan med aktörernas utfästelser

Vi har nu beskrivit de processteg som ska fungera som stöd för identifiering och beskrivning av ett specifikt problemområde och möjliga åtgärder. Vi har också redogjort för hur man kan identifiera de aktörer som kan berika problemförståelsen och tankarna kring olika säkerhetskänsliga åtgärder och skapa en samsyn kring behov och möjligheter. Om processen gått enligt planerna har alltså ett antal aktörer eller representanter för skilda funktioner i samhället medverkat och funnit möjligheter och motiv för att med olika medel öka barnens säkerhet. Nu ska dessa säkerhetskänsliga åtgärder utvecklas och sättas i verket.

Vissa åtgärder kan föras till en enskild aktör/funktion, medan andra innebär att flera aktörer behöver gå samman för att avgöra vilka roller var och en kan ta på sig. Det kan medföra att den typ av möten som beskrivs i kapitel 9 kan behöva genomföras i mer än ett steg. Processen bör leda till att ett samlat utfästelsedokument ställs samman och signeras av berörda aktörer. Utfästelsedokumentet bör innehålla:

- En problembeskrivande del som kan bygga på valda delar av det underlag som tagits fram inför mötet med aktörerna.
- En förteckning över de aktörer som bjudits in och medverkat i mötet/mötena.
- En redogörelse för de diskussioner som förts vid detta/dessa möten med uppgifter om synpunkter på underlaget, problemställningar och åtgärdsförslag.

- En sammanställning över diskuterade åtgärder, hur deras relevans och realism bedöms och vilka av åtgärderna som bör utvecklas och sättas i verket. I sammanställningen bör också anges vilka aktörer som bedöms ha en roll i sammanhanget och vilka som åtagit sig sådana roller.
- En förteckning av bilagor i vilka enskilda aktörer anger vilka utfästelser de gör i samband med de behandlade åtgärdsförslagen: typ av åtgärd, omfattning och tidsplan.
- En redogörelse för när och hur utfästelserna kommer att följas upp.

En utfästelse bör inte ses som absolut bindande, men ändå som ett löfte som man är beredd att verka för. I samband med att utfästelserna följs upp bör aktörerna vara beredda att redogöra för hur åtagandet har handlagts inom den egna organisationen.

Säkerhetspåverkande åtgärder kan, som framkommit i tidigare kapitel, vara av många slag och beslut om och kring planering och genomförande involverar olika organisationer och grupper. Dessutom tas skilda typer av beslut på skilda organisatoriska nivåer. Därför kan de utfästelser som görs av deltagarna ha en allmän inriktning. Det kan t.ex. gälla utfästelser om omdisponering av medel eller om en intensifierad informationsinsats. Det är först när löftena har omformulerats och landat på mer verkställande nivåer som de kan ta sig mer konkreta uttryck.

I kapitel 11 behandlas värdet av att gjorda utfästelser följs upp efter en tid som beror av typ av utfästelse. Att en sådan uppföljning kommer att ske och vilka frågeställningar som då blir aktuella bör framgå av utfästelsedokumentet.





# Följ upp och utvärdera

För att vinna trovärdighet bör en process av det slag som presenteras i denna metodikbeskrivning följas upp och utvärderas.

## Process och resultat

Utvärderingar kan fokusera på process och resultat, dvs. på vad som behandlats i kapitel 3–9. Det utfästelsedokument som skisserades i förra kapitlet beskriver hur processen har genomförts, vilka som medverkat och vilken problembild och vilka åtgärdsalternativ man kommit fram till. Dessutom anges vad processen har lett fram till i form av konkreta utfästelser.

För att vidareutveckla processen är det nu viktigt att de olika stegen följs upp. Förutom uppgifter kring vad som har gjorts och om metodbeskrivningen gett ett fungerande stöd bör följande frågeställningar besvaras:

- Vilka är erfarenheterna av arbetets olika steg?
- Hur togs resultaten av arbetet i ett steg emot i nästa steg?
- Gav delresultaten det stöd man behövde i den fortsatta processen?
- Upplevde mötesaktörerna det framtagna underlaget som värdefullt och sin egen medverkan som meningsfull?
- Vad blev de motiverade av och vad höll dem tillbaka?
- Vad saknades?



## Utfall

Nästa steg i en utvärdering bör rimligtvis vara ett belysa vad gjorda utfästelser lett fram till. Vilka löften har landat i konkreta åtgärder? Vilka åtgärder har genomförts? I vilken omfattning? Vilka har berörts och hur har de tagits emot? Vilka effekter kan man iaktta? Hur avser man agera i framtiden? Anses problemet vara ur världen eller behövs mer långvariga och kanske kompletterande åtgärder?

Frågorna som kan ställas en tid efter att utfästelserna har gjorts är många. En uppföljning bör innebära att någon åtar sig att med viss systematik stämma av hur det fortsatta arbetet har fortskridit. Använd utfästelsedokumentet som underlag. Dess checklista över åtgärder och tillhörande utfästelser kan kompletteras med uppgifter som belyser frågor av det slag som anges ovan.

Det är antagligen inte realistiskt att söka svar på alla frågor. Men man bör kunna fastställa och ange om beslut har tagits, vad de har inneburit och ge tidsplanen för dem. Ca ett år efter att utfästelsedokumentet har signerats av de berörda bör en samlad avstämning presenteras.

Att gå vidare med avsikten att belysa vilka effekter processen har haft på skadeutfall och barns säkerhet är naturligtvis intressant och värdefullt. Det är emellertid ett arbete som ligger utanför vad som behandlas i denna metodikbeskrivning för åtgärdsinriktad uppföljning av skadehändelser bland barn.

## Referenser

- Barns skador i Sverige*, SOU 2002:99, Karolinska institutionen, Institutionen för folkhälsovetenskap, på uppdrag av Barnsäkerhetsdelegationen.
- Från barnolycksfall till barns rätt till säkerhet och utveckling*. Barnsäkerhetsdelegationens slutbetänkande, SOU 2003:127.
- Hendrick, B. & Benner, L. (1986): Investigating accidents with STEP. I: *Occupational safety and health*, 13, New York.
- Jansson, Staffan (red.), (2005): *Så skadar sig barn*. Gothia.
- Rasmussen, J. & Svedung, I. (2000): *Proactive risk management in a dynamic society*, Karlstad: Räddningsverket.
- Lag (2003:778) om skydd mot olyckor
- Räddningsverket (2007): *Räddningstjänst i siffror*. Karlstad: Räddningsverket, Nationellt centrum för lärande från olyckor, NCO.
- Räddningsverket (2007): *Olyckor i siffror*. Karlstad: Räddningsverket, Nationellt centrum för lärande från olyckor, NCO.
- Räddningsverket (2005): *Personskador i Sverige* Karlstad: Räddningsverket, Nationellt centrum för lärande från olyckor, NCO.
- Särdqvist, S. (2005): *Olycksundersökning*. Karlstad: Räddningsverket, Nationellt centrum för lärande från olyckor, NCO.

## Statistikregister

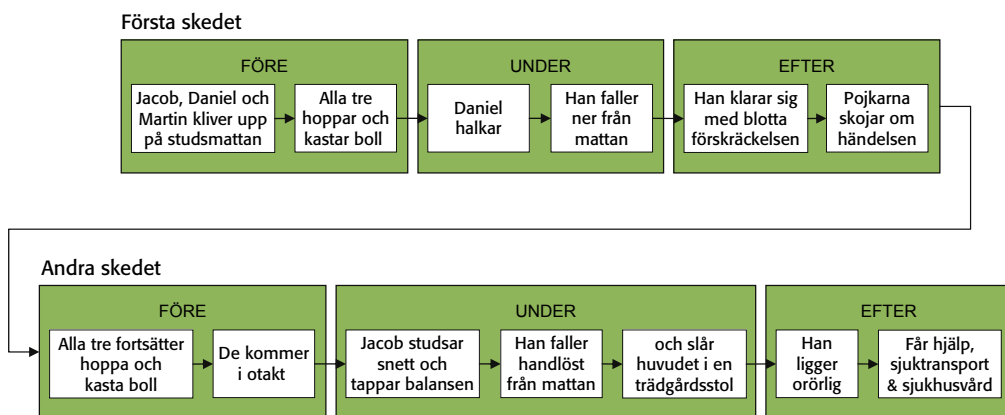
- <http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/>
- Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum (EpC): Dödsorsaksregistret (DOR)
- Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum (EpC): EHLASS-registret (European Home and Leisure Accident Surveillance System).
- Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum (EpC): Patientregistret (PAR)
- <http://www.polisen.se>
- Rikspolisstyrelsen: RAR (uppgifter kring alla polisiära ingripanden)
- [http://www.raddningsverket.se/templates/SRV\\_AreaPage\\_\\_\\_\\_365.aspx](http://www.raddningsverket.se/templates/SRV_AreaPage____365.aspx)
- Räddningsverket: Insatsdatabasen. (uppgifter kring kommunala räddningstjänstinsatser)
- [http://www.vv.se/templates/page3\\_\\_\\_\\_810.aspx](http://www.vv.se/templates/page3____810.aspx)
- Vägverket: STRADA

## Webbadresser:

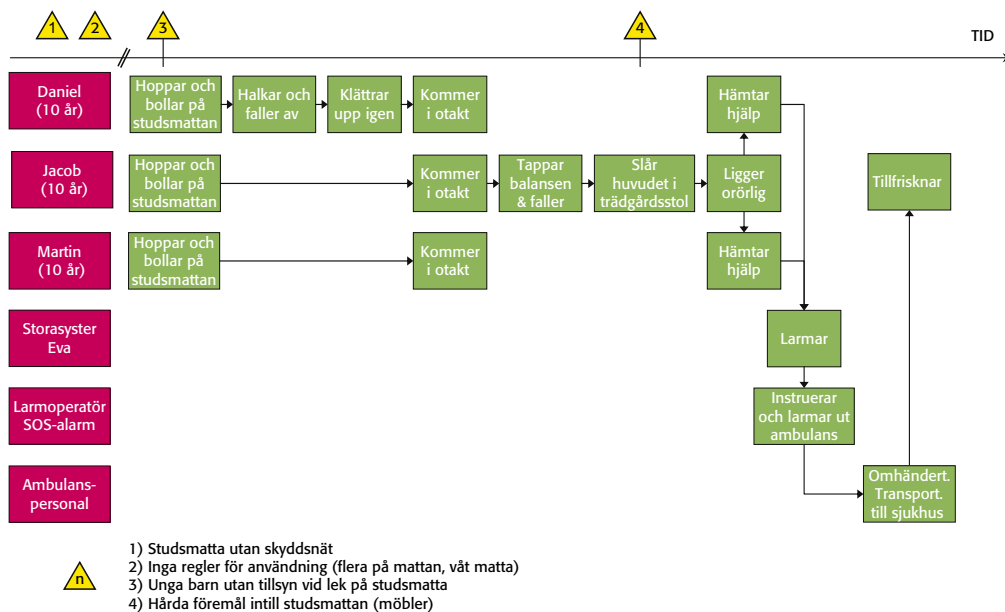
- |                    |  |
|--------------------|--|
| Banverket          | <a href="http://www.banverket.se">www.banverket.se</a>                   |
| Elsäkerhetsverket  | <a href="http://www.elsakerhetsverket.se">www.elsakerhetsverket.se</a>   |
| Konsumentverket    | <a href="http://www.konsumentverket.se">www.konsumentverket.se</a>       |
| Räddningsverket    | <a href="http://www.raddningsverket.se">www.raddningsverket.se</a>       |
| Sjöfartsverket     | <a href="http://www.sjofartsverket.se">www.sjofartsverket.se</a>         |
| Trafikskadenämnden | <a href="http://www.trafikskadenamnden.se">www.trafikskadenamnden.se</a> |
| Vägverket          | <a href="http://www.vv.se">www.vv.se</a>                                 |



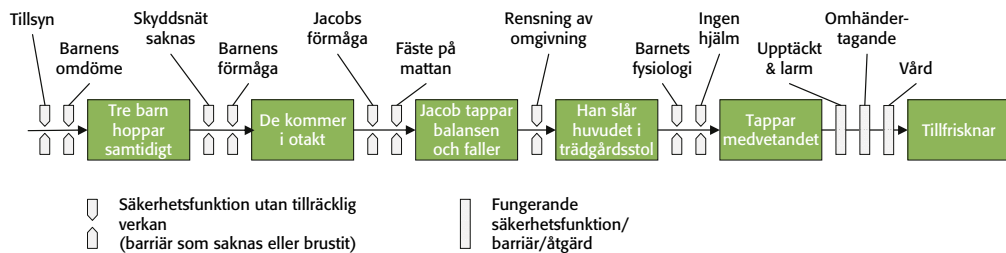
# Bilaga 1 Modeller av berättelsen "Lek på studsmatta"



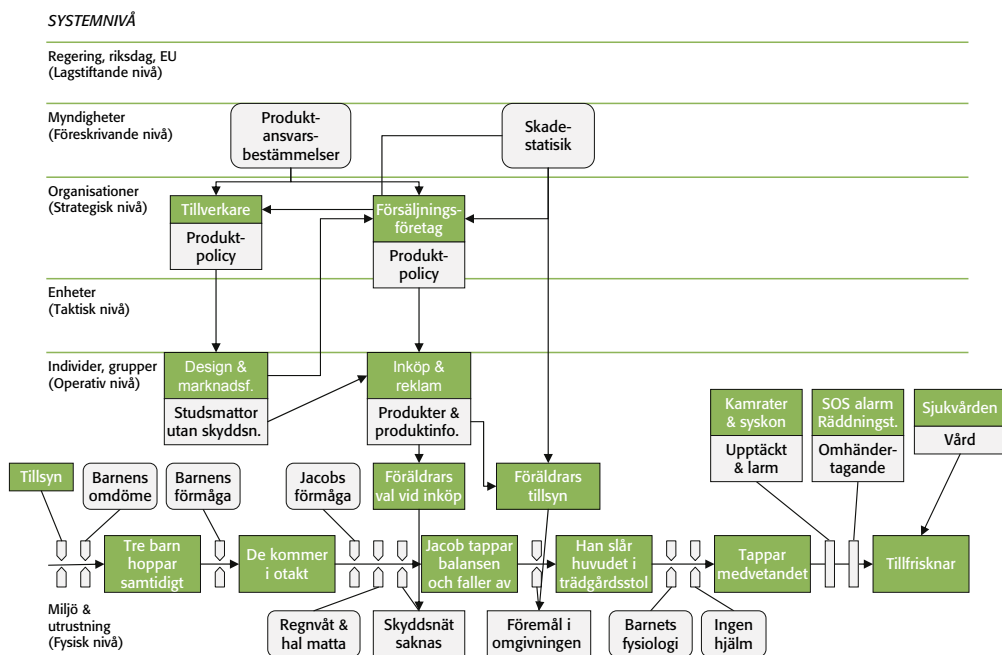
Figur 1.1 Händelseförloppet



Figur 1.2 Ett STEP-Schema över händelsen med studsmattan

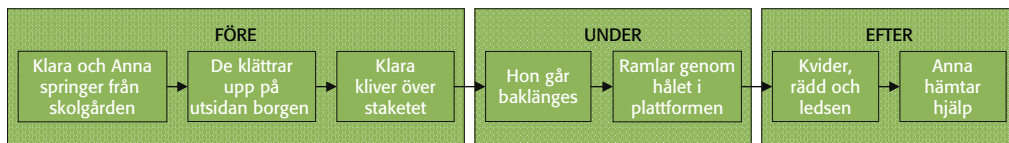


Figur 1.3 En barriärmodell över händelsen på studsmattan

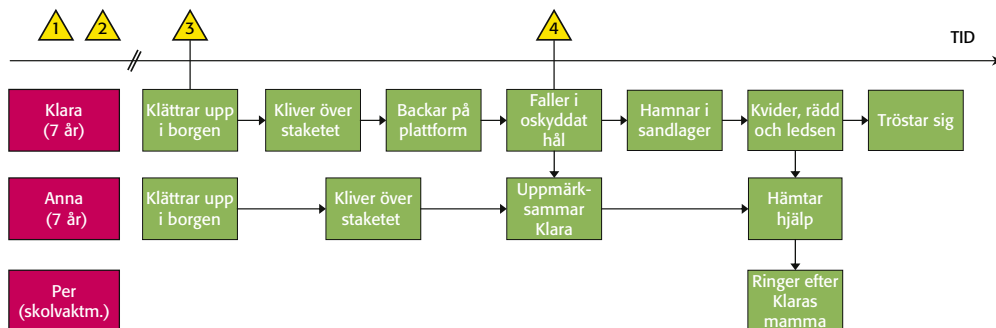


Figur 1.4 Ett utkast till AcciMap över funktioner och förhållandena i samband med händelsen på studsmattan

# Bilaga 2 Modeller av berättelsen "Fall från klätterborgen"

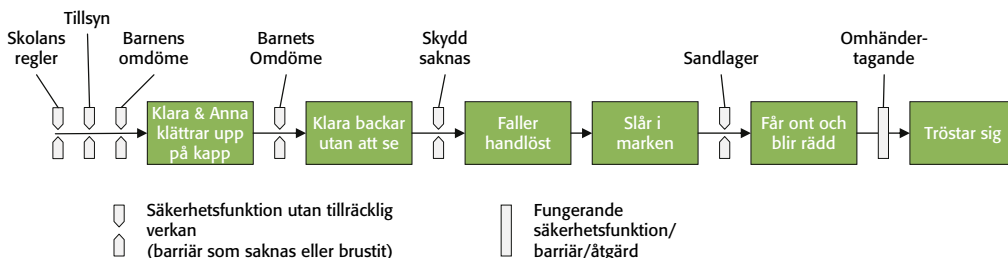


Figur 2.1 Händelseförloppet



- 1) Klätterborg med brister och utan tillsyn utanför skolgård
- 2) Skolbarn tillåtna att leka i klätterborgen trots tidigare skadehändelser i den
- 3) Små barn utan tillsyn
- 4) Hål utan skydd i plattform 2m ovan mark

Figur 2.2 Ett STEP-Schema över händelsen i Klätterborgen.



Figur 2.3 En barriärmodell över händelsen i Klätterborgen.

SYSTEMNIVÅ

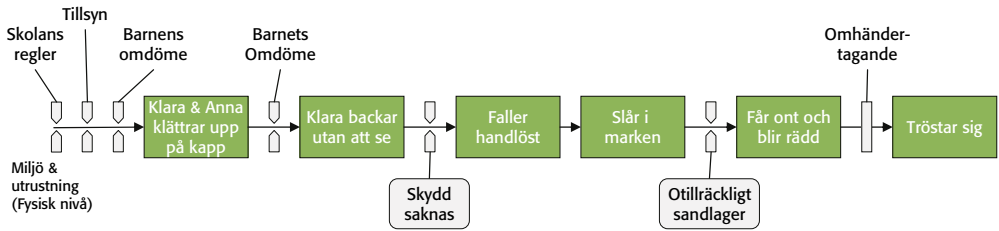
Regering, riksdag, EU  
(Lagstiftande nivå)

Myndigheter  
(Föreskrivande nivå)

Organisationer  
(Strategisk nivå)

Enheter  
(Taktisk nivå)

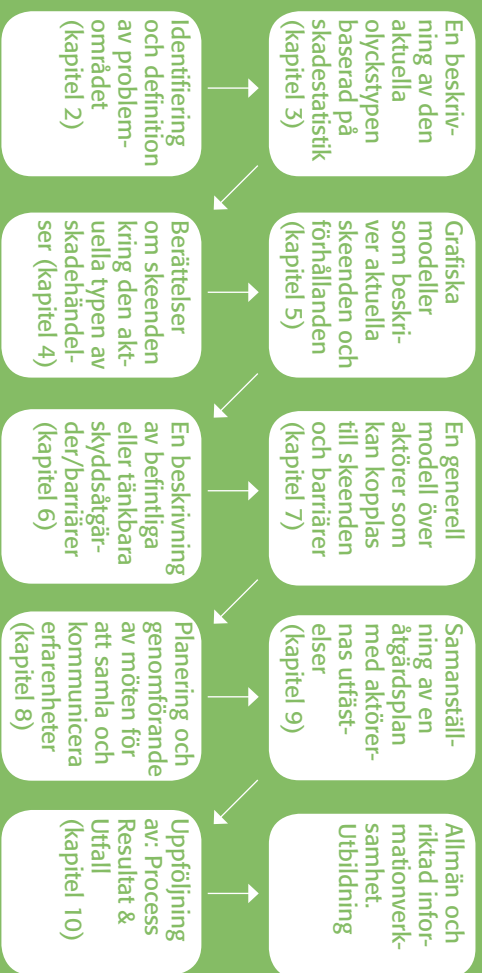
Individer,  
grupper  
(Operativ nivå)



Figur 2.4 Ett första utkast till AcciMap över förhållandena i samband med händelsen i Klätterborgen. Skissa vidare. Vilka aktörer och funktioner har bäddat för vad som hände?

**M**ånga barn och unga skadar sig varje år i vårt land och skadehändelser är den dominerande dödsorsaken bland yngre. I denna bok beskriver vi ett tillvägagångssätt för uppföljning av händelser och sammanhang där barn skadas. Boken är tänkt att stödja ett långsiktigt och uthålligt skadeförebyggande arbete genom ökad problemförståelse och kompetensuppbyggnad hos dem som direkt och indirekt påverkar barns säkerhet i samhället.

*Låt det inte hända igen!* riktas i första hand till personer som ska leda projekt för säkerhetshöjande uppföljning av händelser och sammanhang där barn skadas. Det finns emellertid många aktörer i samhället som påverkar de skaderisker som barn exponeras för. Flertalet av dem kan bidra till att säkerheten förbättras och de kan alla ha nytta av denna metodikbeskrivning. Boken kan även användas som lärobok inom området samhällelig riskhantering.



651 80 Karlstad  
 telefon 054 13 50 00  
 fax 054 13 56 00

[www.raddningsverket.se](http://www.raddningsverket.se)

Beställningsnummer: U30-661/07  
 ISBN: 978-91-7253-346-2 NCO 2007:9  
 Beställ från Räddningsverket  
 publikationsservice@srv.se  
 fax 054 13 56 05