



KORTLÆGNING AF DE FOREBYGGENDE
SUNDHEDSORDNINGER FOR
BØRN OG UNGE

2005



Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

Kortlægning af de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge

Mette Juhl¹, Camilla Schmidt Morgen¹, Anne-Marie Nybo Andersen¹

1. Statens Institut for Folkesundhed

Kortlægning af de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge

© Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord:

Sprog: Dansk

Format: pdf

Version: 1,0

Versionsdato: 27. september 2005

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, september 2005

Design: Sundhedsstyrelsen

Layout: P.J.Schmidt Grafisk produktion

Elektronisk ISBN: 87-7676-195-9

Denne rapport citeres således:

Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering.

Kortlægning af de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge.

København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2005

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Sundhedsstyrelsen

Center for Evaluering og MTV

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

E-mail: cemtv@sst.dk

Hjemmeside: www.cemtv.dk

Forord

Alle danske børn har ret til en række forebyggende helbredsundersøgelser. Disse undersøgelser udføres hovedsagelig af sundhedsplejersker, kommunallæger og alment praktiserende læger. Det har gennem en årrække vist sig svært for kommunerne i praksis at opfylde tilbuddet om to lovpligtige lægeundersøgelser til alle børn i forbindelse med henholdsvis indskoling og udskoling, og dette spørgsmål har med jævne mellemrum været debatteret i pressen. På samme måde har danske børns deltagelse i børnevaccinationsprogrammet nydt pressens bevågenhed. Disse emner er blandt de forhold, der bliver kortlagt i denne rapport. Kortlægningen omfatter en beskrivelse af den kommunale sundhedstjenestes indsats, af amternes og kommunernes sygdomsforebyggende indsats samt af tilslutningen til de forebyggende børneundersøgelser og vaccinationer hos den praktiserende læge. Under den kommunale sundhedstjeneste hører sundhedsplejerskeordningen, børn- og unge-læge-ordningen, tværfaglige grupper til støtte af børn og unge med særlige behov samt konsulentfunktion til skoler og institutioner.

Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge danner grundlaget for de undersøgelser, børn og unge bør tilbydes, og for de tilbud, der i øvrigt gives til børn og unge på det sundhedsmæssige område. Loven trådte i kraft 1. januar 1996, og i 1999 offentliggjorde Sundhedsministeriet en redegørelse for ordningernes implementering i amter og kommuner. Nærværende rapport kan ses som en opfølgning på denne statusredegørelse.

Danmark står foran en gennemgribende reform af den kommunale struktur, således at landet fra d. 1. januar 2007 kommer til at bestå af 98 kommuner, i modsætning til de 271 der er i dag, samt fem regioner. En sådan reform vil få betydning for det forebyggende arbejde lokalt, og det synes derfor afgørende at foretage en status over ordningerne nu, før ændringerne implementeres.

Kortlægningen er gennemført af Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsens Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV), som også har finansieret undersøgelsen.

En følgegruppe med repræsentanter fra Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsens Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fulgt projektets gennemførelse.

September 2005

Mette Madsen
Forskningsleder
Statens Institut for Folkesundhed

Finn Børlum Kristensen
Centerchef
Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

Indholdsfortegnelse

Resumé	6
1 Baggrund	7
2 Formål	9
3 Anvendte datakilder	10
3.1 Spørgeskemaundersøgelse	10
3.2 Telefoninterviewundersøgelse	11
3.3 Sygesikringsdata	11
3.4 Data fra Danmarks Statistik	11
4 Resultater	12
4.1 Den kommunale sundhedstjeneste, overordnet	12
4.2 Sundhedsplejerskeordningen	13
4.3 Børn og unge-læge-ordningen	18
4.4 De tværfaglige grupper	23
4.5 Den kommunale sundhedstjeneste, konsulentfunktionen	25
4.6 Den praktiserende læge	26
4.7 Amternes rolle	28
4.8 Økonomi	31
5 Sammenfatning	35
6 Referencer	38
7 Bilag	39
Bilag 1: Nøgletal fra kommunerne	39

Resumé

Den 1. januar 1996 trådte lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge i kraft. Loven omfatter i korte træk den kommunale sundhedstjeneste (herunder sundhedsplejerskeordningen, børn og unge-lægeordningen, de tværfaglige grupper til støtte for børn og unge med særlige behov samt konsulentfunktionen på skoler og institutioner), forebyggende helbredsundersøgelser og vaccinationer i almenpraksis samt amternes og kommunernes ansvar for koordinering af indsatsen over for børn og unge.

I 1999 offentliggjorde Sundhedsministeriet en statusredegørelse for ordningerne. Nærværende rapport søger med udgangspunkt i ovennævnte lov, og som opfølgning på ministeriets redegørelse, at beskrive den aktuelle status for de forebyggende ordningers implementering i landets amter og kommuner.

På baggrund af besvarede spørgeskemaer fra landets kommuner og de praktiserende lægers indberetning til Den Offentlige Sygesikring fandt vi i hovedtræk følgende:

- Alle kommuner havde en fungerende sundhedsplejerskeordning, og meget få stillinger var ubesatte.
- I 68% af kommunerne gennemførte sundhedsplejerskerne seks, syv eller otte hjemmebesøg inden for barnets første leveår.
- I 8% af kommunerne foretog sundhedsplejersken funktionsundersøgelser på alle klassetrin. I 95% af kommunerne foretog sundhedsplejersken funktionsundersøgelser i børnehaveklassen og i 82% af kommunerne i 1. klasse, mens andelen af kommuner, hvor der blev foretaget undersøgelser på de følgende klassetrin op til 9. klasse, svingede mellem 33 og 74%.
- 72% af kommunerne havde en fungerende børn og unge-læge-ordning.
- I 52% af kommunerne blev der rutinemæssigt foretaget både ind- og udskolingsundersøgelser af en læge. I 58% af kommunerne blev der rutinemæssigt foretaget indskolingsundersøgelser, og i 63% af kommunerne blev der rutinemæssigt foretaget udskolingsundersøgelser.
- 94% af kommunerne havde minimum én tværfaglig gruppe til varetagelse af de svagest stillede børn og unges behov.
- Udviklingen siden 1998: Andelen af kommuner, hvor sundhedsplejersken foretager funktionsundersøgelser på alle klassetrin, er faldet. Andelen af kommuner med kommunallæge er faldet. Andelen af kommuner med indskolingsundersøgelser foretaget af en læge er uforandret, mens andelen af kommuner med udskolingsundersøgelser foretaget af en læge er steget. Andelen af kommuner med tværfaglige grupper er steget.
- Til de forebyggende helbredsundersøgelser i almenpraksis var tilslutningen inden for det første leveår 93-95%. For de efterfølgende årlige undersøgelser indtil 5-års-alderen svingede deltagelsen mellem 65 og 80%.
- Der sås højest tilslutning til de børneundersøgelser, som faldt sammen med en af de vaccinationer, der anbefales i børnevaccinationsprogrammet.
- Tilslutningen til de tidlige vaccinationer indtil 15-måneders-alderen lå på 91-93%. Di-Te-Ki-Pol-revaccinationen i 5-års-alderen lå lavest på 81%, mens MFR 2 i 12-års-alderen havde en tilslutning på 87%.
- Den gennemsnitlige udgift til den kommunale sundhedstjeneste var 610 kr. pr. barn i 2003, og når man ser bort fra en enkelt kommune med et meget lavt forbrug, varierede udgiften mellem 349 og 1.712 kr. pr. barn.
- Der foregår et omfattende udviklingsarbejde af samordnende og koordinerende karakter på forebyggelsesområdet i amterne. Mange forebyggelsesinitiativer påbegyndes her. Projekterne finansieres oftest af amter og kommuner i fællesskab. Forebyggelse af overvægt blandt børn har størst fokus, men mange andre områder varetages også.

Denne kortlægningsrapport er resultatet af første fase af projektet »Evaluerings af de forebyggende ordninger for børns sundhed«. Dette arbejde vil blive fulgt op af en egentlig evaluering af enkelte indsatsområder. Undersøgelsen er udført af Statens Institut for Folkesundhed for Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering i Sundhedsstyrelsen.

1 Baggrund

Den 1. januar 1996 trådte lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge i kraft (1). Nærværende rapport søger med udgangspunkt i denne lov, som senest er ændret ved lov om ændring af lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge (2002) (2), og i lov om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme (1976) (3) at beskrive den aktuelle status for de forebyggende ordningers implementering i landets amter og kommuner.

I disse år planlægges der i Danmark en gennemgribende reform af det kommunale og det amtskommunale system. En ny struktur, hvor landet opdeles i fem regioner og 98 kommuner, træder i kraft den 1. januar 2007 og medfører omfattende forandringer i forhold til den nuværende struktur med 13 amter og tre storkommuner med særstatus (Københavns og Frederiksberg Kommuner samt Bornholms Regionskommune) og 271 kommuner. En reform som den planlagte vil påvirke rammerne for det forebyggende arbejde både i kommunerne og i de kommende regioner. Set i det lys synes det særligt vigtigt nu at foretage en kortlægning af de forebyggende ordninger for børn og unge, da disse har rod dels i amtskommunalt og dels i kommunalt regi.

Opgavekommissionen i Indenrigsministeriet beskrev i 1999 baggrunden for lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge således:

»De love om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, der var gældende op gennem 1970'erne, 80'erne og helt op til januar 1996, hvor den nye lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge trådte i kraft og afløste lov om lægeundersøgelse af børn fra 1946, lov om skolelægeordning fra 1972 og lov om sundhedsplejerskeordninger fra 1973, havde det hovedsigte gennem undersøgelse af alle børn at identificere de mest udsatte og tilbyde dem særlig hjælp«.

Behovet for større sammenhæng og kontinuitet i ordningerne og en øget og bedre indsats rettet mod de svagest stillede børn og unge var blevet stadigt mere synlig i perioden frem til 1996.

Samtidig gik udviklingen i retning af stadigt mere vægt på en forebyggende indsats.

Med loven om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge blev kommuner og amter i 1996 forpligtet til at koordinere indsatsen vedrørende børn og unges sundhedsforhold og til at yde en forebyggende indsats i forhold til børn og unge, samtidig med at den øvrige indsats fra »de gamle ordninger« blev videreført» (4).

Under den kommunale sundhedstjeneste hører også den kommunale tandpleje. Tandplejen har sit eget lovgrundlag og indgår ikke i projektet. Ligeledes ligger svangreprofylaksen uden for projektets rammer.

Formålet med loven fra 1996 er at forbedre og samordne de tilbud, der er rettet mod alle børn og unge, samt at styrke indsatsen over for de svagest stillede børn. Hovedtrækkene i loven er følgende:

- *Amter og kommuner* har et ansvar for at koordinere indsatsen vedrørende børn og unges sundhed i forbindelse med varetagelse af loven.
- *Den praktiserende læge* skal tilbyde syv forebyggende helbredsundersøgelser af alle børn samt vaccination af alle børn i henhold til ovennævnte lov om vaccination.
- *Den kommunale sundhedstjeneste*, som består af læger, sundhedsplejersker, sygeplejersker og andet personale, som varetager kommunale opgaver efter loven, skal blandt andet sørge for:
 - at alle børn fra fødslen og indtil undervisningspligtens ophør skal tilbydes sundhedsvejledning, bistand samt funktionsundersøgelser foretaget af en sundhedsplejerske.
 - at alle børn i den undervisningspligtige alder tilbydes forebyggende helbredsundersøgelser foretaget af en læge ved indskoling og umiddelbart før undervisningspligtens ophør.
 - at oprette tværfaglige grupper, som skal have til formål at tilgodese børn og unge med særlige behov. I grupperne skal der udpeges en person med ansvar for at koordinere indsatsen over for det enkelte barn/den enkelte unge.
 - at bistå skoler, daginstitutioner og den kommunalt formidlede dagpleje med vejledning om almene sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger. Den kommunale sundhedstjeneste skal endvidere rådgive institutionspersonalet vedrørende børn og unge med særlige behov.

I forlængelse af lovens ikrafttræden (i det følgende refereres der med »loven« til lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, hvor ikke andet er nævnt) blev det obligatorisk for kommunerne at afgive oplysninger om virksomheden til Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsministeriet udgav i 1999 en statusredegørelse for kommunernes og amternes indsats vedrørende de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge (5). Redegørelsen baserede sig på data fra en spørgeskemaundersøgelse blandt kommunerne, som ministeriet gennemførte, og som samtlige landets dengang 275 kommuner deltog i. I hovedtræk beskrev rapporten, at størstedelen af landets kommuner levede op til lovens hensigter, men at der også var en del kommuner, der ikke gjorde. For eksempel havde 21% af kommunerne pr. 1. januar 1998 ikke en fungerende børn og unge-læge-ordning. 37% af landets kommuner foretog ikke indskolingsundersøgelser af alle skolebørn i skoleåret 1996/1997, mens 45% af kommunerne ikke foretog udskolingsundersøgelser af alle skolebørn. I 40% af kommunerne gennemførte sundhedsplejerskerne ikke funktionsundersøgelser af skolebørn på alle klassetrin. Dog havde alle kommuner sundhedsplejerske(r) ansat. Endelig havde 13% af kommunerne ikke tværfaglige grupper til varetagelse af børn og unge med særlige behov.

Statens Institut for Folkesundhed har nu, ni år efter lovens ikrafttræden, gennemført en undersøgelse, der kortlægger, hvorledes de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge administreres i amterne og kommunerne. Dette arbejde er udført for Sundhedsstyrelsens Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV), som også har finansieret undersøgelsen. En følgegruppe med repræsentanter fra Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse og CEMTV samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fulgt projektets gennemførelse.

Udover forfatterne har følgende personer bidraget til rapportens færdiggørelse: Cand. polit. Marie Kruse har assisteret ved udtræk fra Sygesikringsregistret, og kontorfuldmægtig Margit Christiansen var behjælpelig i forbindelse med udsendelse af spørgeskemaer. Embedslæge Anne-Marie Plesner var i perioden 1.4.2004-30.8.2004 ansat på projektet og ydede en stor og værdifuld indsats i det indledende arbejde. Overlæge Steffen Glismann, Statens Serum Institut, har gennemlæst og kommenteret resultater omkring børnevaccinationer. Cand. scient. pol., MPO Kristoffer Lande Andersen fra CEMTV bidrog med værdifulde kommentarer i alle faser af undersøgelsens gennemførelse.

Undersøgelsen omfatter kortlægning og evaluering af de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Det samlede projekt gennemføres i to faser, hvoraf denne rapport er resultatet af fase 1: En kortlægning af området. Rapporten skal danne grundlag for fase 2, som er en egentlig evaluering af enkelte af indsatsområderne.

Data relateres i rapporten hovedsageligt til lovgivningen og til Sundhedsministeriets redegørelse fra 1999.

2 Formål

Formålet med denne kortlægning er at beskrive den aktuelle status for de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge.

Kortlægningen omfatter en beskrivelse af den kommunale sundhedstjenestes indsats, af amternes og kommunernes indsats samt af tilslutningen til de forebyggende børneundersøgelser og vaccinationer hos den praktiserende læge.

3 Anvendte datakilder

I rapporten indgår oplysninger fra følgende datakilder:

- Spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets kommuner, gennemført i foråret 2005
- Telefoninterviewundersøgelse blandt amterne
- Sygesikringsdata: Antal helbredsundersøgelser og vaccinationer foretaget hos praktiserende læge
- Data fra Danmarks Statistik: Befolkningstal, kommunale regnskaber.

Data om antal sundhedsplejerskebesøg og antal undersøgelser foretaget af børn og unge-læge skal indberettes fra kommunerne til Sundhedsstyrelsen. Disse oplysninger er i Sundhedsstyrelsen pr. 20. juli 2005 ikke opdateret længere end til 1999, hvorfor denne datakilde ikke bidrager til undersøgelsen.

3.1 Spørgeskemaundersøgelse

Spørgeskemaundersøgelsen er tilrettelagt af og udsendt fra Statens Institut for Folkesundhed. Statens Institut for Folkesundhed har udarbejdet spørgeskemaet, som desuden har været til gennemlæsning i projektets følge-gruppe.

Spørgeskemaet blev sendt til alle landets 271 kommuner og blev besvaret af 262 kommuner, hvilket svarer til en deltagelse på 97%.

I spørgeskemaet anvendtes opgørelser for skoleåret 2003/2004, pr. 1. januar 2004 eller pr. 31. december 2004. Der er foretaget pilottestning af spørgeskemaet i de fire kommuner Børkop, Horsens, Værløse og Gentofte. Efterfølgende tilretning er foretaget på Statens Institut for Folkesundhed, hvorfra skemaet blev udsendt til alle landets 271 kommuner den 10. januar 2005. Tre uger herefter udsendtes 1. rykkerbrev til 145 kommuner. Efter yderligere tre måneder blev der sendt 2. rykkerbrev til 17 kommuner, hvori det blandt andet bemærkedes, at det ville fremgå af den færdige rapport, hvilke kommuner der havde deltaget, og hvilke der ikke havde (følgende kommuner deltog ikke: Frederiksværk, Løkken-Vrå, Midtdjurs, Møn, Nysted, Rudbjerg, Rødekro, Sundeved og Svinninge). I den mellemliggende tid var der løbende kontakt til alle kommuner, som ikke havde svaret. Endelig blev der taget kontakt til fem kommuner, hvis besvarelser af skemaet var særligt mangelfulde.

Det er vores opfattelse, at kommunerne har været underlagt et stort arbejdspress i dataindsamlingsperioden, måske fordi denne er faldet sammen med planlægningen af den kommende strukturreform i kommunerne. Flere kommuner fandt skemaet langt og tidskrævende at udfylde og valgte ikke at bruge den fornødne tid på det, og enkelte kommuner udfyldte kun skemaet sparsomt. Flere kommuner henviste til de opgørelser, som årligt indsendes til Sundhedsstyrelsen. Disse er imidlertid, som tidligere beskrevet, ikke opdateret siden 1999.

Københavns Kommune har på grund af sin størrelse en særlig struktur med 15 lokalcentre med hver sin lokale ledelse. Der er således ikke én leder af den kommunale sundhedstjeneste på børn og unge-området, som det er tilfældet i landets andre kommuner. I Københavns Kommune blev den del af skemaet, som omhandlede børn og unge-lægen, udfyldt af den ledende overlæge i Sundhedstjenesten, mens resten blev udfyldt af den koordinerende sundhedsplejerske i hvert af de 15 lokalcentre. Disse oplysninger blev samlet og endeligt udfyldt af en sundhedsfaglig konsulent, en fuldmægtig og en udviklingskonsulent i Københavns Kommune.

I spørgeskemaet blev informanterne bedt om at opgive deres stillingsbetegnelse. I 63% af kommunerne er skemaet besvaret af en sundhedsplejerske (i ledende eller ikke-ledende stilling), i 27% af kommunerne er det besvaret af en afdelingsleder/chef eller tilsvarende og i 2% af kommunerne af en kommunallæge, mens de resterende 8% udgøres af en blandet gruppe. Derudover har kommunallægen i mange tilfælde bidraget med besvarelse af spørgsmål angående kommunallægestillingen.

Procentsatser fra spørgeskemadata er i denne rapport beregnet ud fra det samlede antal besvarede spørgeskemaer (dvs. 100% = 262 kommuner). For spørgsmål, som ikke alle kommuner har besvaret, vil de præsenterede procentsatser derfor fremstå lavere, end hvis man kun havde beregnet dem ud fra antallet af kommuner, der havde svaret på det pågældende spørgsmål. Hvor det er relevant, er andelen af kommuner beregnet på basis

af antallet af kommuner, der har besvaret det aktuelle spørgsmål, eller andelen af kommuner, der ikke har besvaret spørgsmålet, opgivet.

3.2 Telefoninterviewundersøgelse

Der er foretaget telefoninterviews med en eller flere personer centralt placeret i det forebyggende arbejde for børn og unge i de fleste af landets amter og Københavns og Frederiksberg Kommuner samt Bornholms Regionskommune (de sidstnævnte tre fungerer som både amt og kommune).

3.3 Sygesikringsdata

Datamaterialet til opgørelse af vaccinationstilslutning og dækningsgrad af helbredsundersøgelser stammer fra Sygesikringsregisteret. Sygesikringsregisteret blev lagt om i 2003, hvor ydelser og CPR-numre fik nye betegnelser.

I de præsenterede tal er der kontrolleret for gengangere (dubletter) på CPR-nummer, således at ydelser, som er registreret mere end én gang på samme CPR-nummer samme år, ikke tæller for to ydelser. Kun ydelser, der er givet til den relevante aldersgruppe, er medindregnet.

Tallene, der præsenteres i rapporten her, er fremkommet ved at søge på de ydelsesnumre, som hører til de lovpligtige undersøgelser, og kombinere disse med alle relevante specialer, herunder almenpraktiserende læge, vagtlægeydelser m.m. Disse er gjort op pr. år. Endvidere er der søgt på de ydelser, som er tilkøbet en børnemærkning, idet der stadig er børneydelser, som ikke tilkøbes barnets eget CPR-nummer, men i stedet forældrenes CPR-nummer med en særlig børnemærkning. Ydelser med børnemærkning er lagt sammen med de resterende ydelser og indgår i denne opgørelse som en gennemført børneundersøgelse eller en vaccination, der er givet. Yderligere er inddraget ydelser givet til anonyme og udlændinge uden dansk CPR-nummer (disse to grupper udgør yderst få registreringer). Ydelser koblet til andet end barnets eget CPR-nummer findes hovedsageligt i de mindste aldersgrupper, men er inddraget i alle ydelser for sammenlignelighedens skyld.

Ud fra sygesikringsdata tyder det på, at der sker en vis mindre fejlregistrering af ydelsesnumre i indberetningen. For eksempel gælder det for nogle undersøgelser, at en mindre andel af en ydelse er registreret på børn, der er langt over den relevante alder for undersøgelsen. Dette er mest udtalt for de tidligste undersøgelser. Ydelser registreret på børn, der er langt fra den anbefalede alder til en undersøgelse, tæller ikke med i vore beregninger. Disse fejlplacerede ydelser burde muligvis lægges til en anden ydelsesgruppe, men dette er ikke muligt, da det er uvist, hvilken ydelse der faktisk er givet.

Til beregning af dækningsgraden for en børneundersøgelse eller en vaccination blev antallet af registrerede ydelser sat i forhold til antallet af børn. Ydelser blev medtaget for de aldersgrupper, der er relevante for den givne undersøgelse eller vaccination. I beregningen af for eksempel tilslutningen til 12-måneders-undersøgelsen anvendtes som tæller antallet af alle ydelser registreret som 12-måneders-undersøgelser givet til både 0- og 1-årige det pågældende år, da det forventes, at en 1-års-undersøgelse både kan være givet før og efter, at barnet er fyldt et år. Som nævner anvendtes antallet af alle 1-årige børn det pågældende år. Denne metode kan medføre mindre upræcisionsheder, idet tæller og nævner ikke omfatter nøjagtigt den samme population, men der er tale om små udsving, da børnegruppens størrelse ikke varierer meget for to på hinanden følgende aldre. Til eksempel er antallet af 1-, 2- og 3-årige i 2004 hhv. 65.092, 64.607 og 65.867.

For hver enkelt vaccination og undersøgelse er der således foretaget en vurdering af, hvilken aldersgruppe der giver det mest rimelige bud på en dækningsgrad. Det fremgår af diagrammerne i resultatafsnittet, hvilke aldersintervaller der er valgt for de enkelte vaccinationer/undersøgelser.

3.4 Data fra Danmarks Statistik

De samlede udgifter til den kommunale sundhedstjeneste er indberettet til Danmarks Statistik, hvor der under »Offentlige finanser, De kommunale regnskaber« er en opgørelse over forbrug pr. kommune opgjort i 1.000 kr. Disse tal er sat i forhold til antallet af børn i alderen 0-16 år i kommunen, som ligeledes er opgjort i Statistikbanken. Tallene er fra 2003, da 2004 endnu ikke er opgjort.

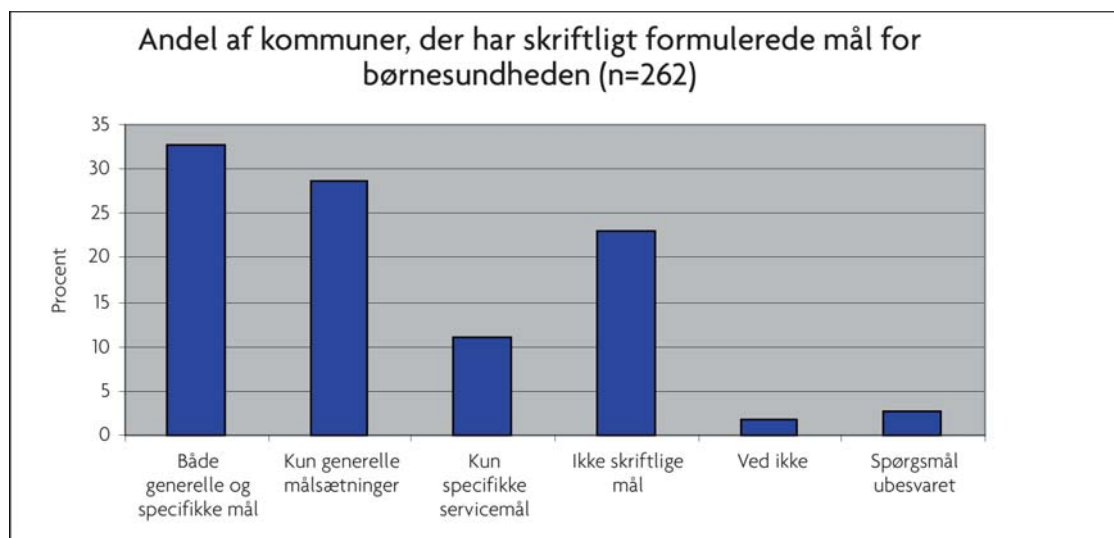
4 Resultater

4.1 Den kommunale sundhedstjeneste, overordnet

Indtil den 1. januar 2004 skulle kommunerne udarbejde sundhedsredegørelser, hvori det skulle fremgå, hvorledes den enkelte kommunalbestyrelse ville tilrettelægge det forebyggende arbejde for børn og unge. Tilsvarende skulle amterne i sundhedsplaner beskrive tilrettelæggelsen af arbejdet. Med en lovændring i 2004 blev kravet om kommunale sundhedsredegørelser og amtskommunale sundhedsplaner ophævet (6).

Vi spurgte kommunerne, om de havde skriftligt formulerede mål på børnesundhedsområdet. Figur 1 viser andelen af kommuner, der havde dette.

FIGUR 1



Vore resultater viser, at 72% af kommunerne i 2005 fortsat prioriterede at have sådanne mål i kommunen, selvom dette ikke længere var et lovkrav. I 60% af de kommuner, som havde mål, var der formuleret specifikke servicemål. Vi fandt desuden, at store kommuner var mere tilbøjelige til at have skriftlige mål end mindre kommuner.

Tabel 1 viser andelen af kommuner, der var aktive i forhold til specifikke indsatsområder på børn og ungeområdet.

TABEL 1

Procentvis andel af kommuner, der i skoleåret 2003/2004 har ydet en særlig sundhedsfremmende indsats inden for udvalgte områder (n=262)

Fedme/overvægt	56
Kost	52
Motion	47
Skolemad	33
Tobak	23
Alkohol	24
Socialt samvær	35
Rusmidler	16
Andet (ikke beskrevet)	26
Ved ikke	6

Overvægt, kost og motion så ud til at være fokusområder i kommunerne i 2004. Dette svarede til den rapportering, vi fik fra amterne, om tiltag på børnesundhedsområdet (se afsnit 4.7, Amternes rolle). Til gengæld skete det måske på bekostning af en indsats omkring rusmidler til børn og unge, da vi kan konstatere, at færre kommuner havde særligt fokus på alkohol, tobak og rusmidler.

Undersøgelsen viser, at det er forskelligt, hvilken forvaltning sundhedstjenesten hører under i de forskellige kommuner. Det forebyggende arbejde omkring børn og unges sundhed blev rapporteret til at have base i et stort udbud af forvaltninger/afdelinger: børn, unge, kultur, social, sundhed, familie/arbejdsmarked, skole, dagtilbud, personale, person og service.

Tabel 2 viser den kommunale fordeling på den uddannelsesmæssige baggrund hos lederen af den kommunale sundhedstjeneste.

TABEL 2

Procentvis andel af kommuner hvor den daglige leder af den kommunale sundhedstjeneste har en af nedenstående udvalgte uddannelser (n=262)

Sundhedsplejerske/sygeplejerske	48
Socialrådgiver	11
Lærer	10
Pædagog	5
Psykolog	2
Læge	1
Tandlæge	1
Andet	13
Spørgsmål ikke besvaret	9

Af tabel 2 ses, at en sundhedsplejerske eller sygeplejerske i omkring halvdelen af kommunerne var ansvarlig for det daglige arbejde i den kommunale sundhedstjeneste. I de kommuner, hvor den daglige leder ikke var sundhedsplejerske/sygeplejerske, var der stor spredning i den uddannelsesmæssige baggrund; dog dækkede socialrådgivere og lærere omkring 20%. I kategorien af andre typer af uddannelse var en del akademikere repræsenterede. Den daglige leders nærmeste overordnede var oftest afdelings- eller forvaltningsleder, vicekommunaldirektør eller kommunaldirektør.

4.2 Sundhedsplejerskeordningen

Sundhedsplejersken skal ifølge loven tilbyde sundhedsvejledning, bistand og funktionsundersøgelser til alle børn fra fødslen og indtil skolepligtens ophør.

Alle landets kommuner havde pr. 31.12.2004 en fungerende sundhedsplejerskeordning, og i 89% af kommunerne var alle sundhedsplejerskestillinger besat. Der er dog en vis usikkerhed omkring dette tal, idet 22 kommuner ikke besvarede spørgsmålet. I seks kommuner var en halv til én stilling ubesat, og ingen kommuner havde mere end én ubesat stilling. 87% af kommunerne havde integreret sundhedspleje, hvilket vil sige, at indsatsen over for småbørn og skolebørn organiseres samlet.

Ved mangel på sundhedsplejersker

Der blev ifølge »lov om ændring af lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge« i 2002 skabt mulighed for, at Sundhedsstyrelsen kan godkende, at opgaver, der i loven er henlagt til en sundhedsplejerske, varetages af en sygeplejerske (2). 13 kommuner havde anmodet om tilladelse til dette, hvoraf 12 fik tilsagn, og en enkelt fik afslag. I øvrigt viste vores undersøgelse, at 26 kommuner pr. 31.12.2004 havde sygeplejersker ansat i den kommunale sundhedstjeneste til varetagelse af sundhedsplejerskefunktioner.

Tilbud til alle småbørn

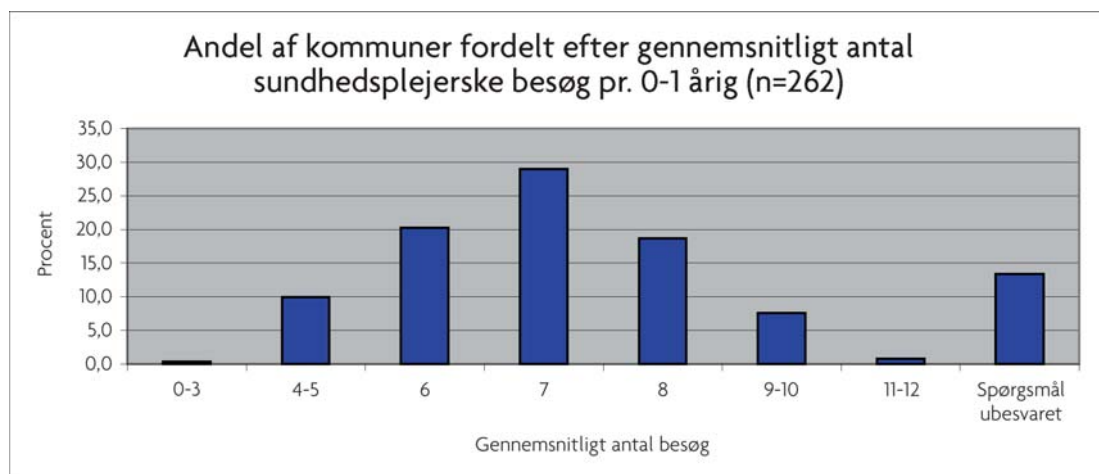
Det er fastsat i loven, at sundhedsplejerskens virksomhed i barnets første leveår normalt skal udøves i hjemmet. I retningslinjerne til loven (7) beskrives det, at der erfaringsmæssigt er behov for syv besøg i hjemmet hos førstegangsfødende. For flergangsfødende er omfanget i højere grad behovsbestemt, idet der i retningslinjerne ikke angives et anbefalet antal besøg. Hos børn mellem to år og skolestart er omfanget af hjemmebesøg ligeledes behovsbestemt.

I spørgeskemaet blev der spurgt om, hvor mange besøg kommunerne tilstræbte at give de 0-1-årige børn af hhv. førstegangsfødende og flergangsfødende. Der blev ligeledes spurgt om, hvor mange besøg, der faktisk

gennemsnitligt blev gennemført pr. 0-1-årige barn. Det totale antal faktisk gennemførte besøg var ikke opdelt efter hhv. første- og flergangsfødende.

Figur 2 viser, hvorledes kommunerne svarede på spørgsmålet om antal gennemførte besøg hos 0-1-årige børn.

FIGUR 2

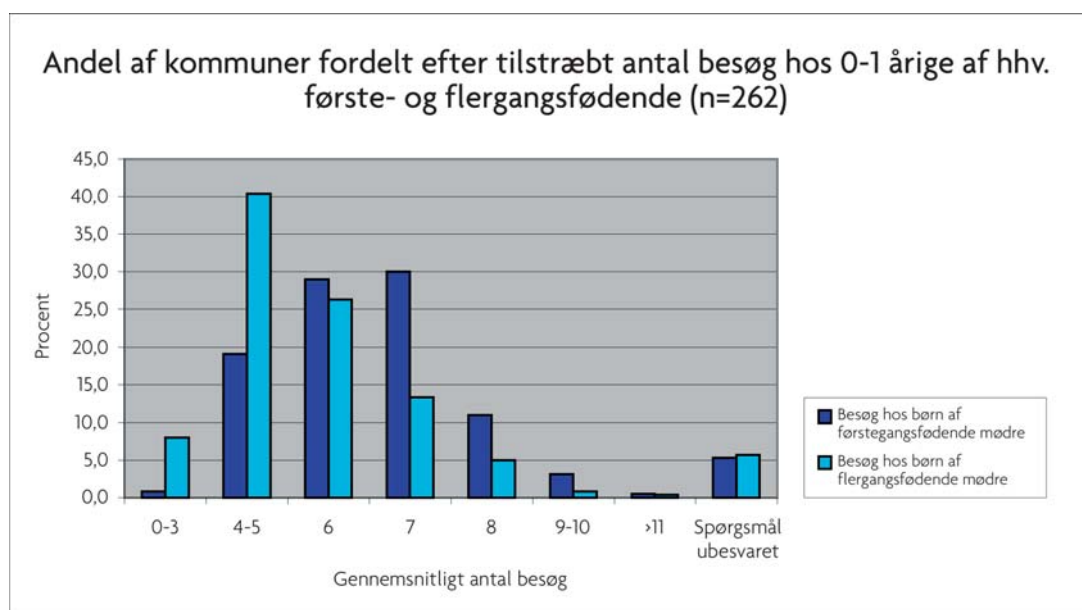


Af figur 2 ses, at 29% af kommunerne gennemsnitligt havde foretaget syv besøg i barnets første leveår, mens 68% havde foretaget seks, syv eller otte hjemmebesøg. Ovenstående tal indeholder både første- og flergangsfødende. Det må forventes, at flergangsfødende gennemsnitligt modtager færre besøg end førstegangsfødende. 13% af kommunerne svarede ikke på dette spørgsmål. Dette kan eventuelt skyldes, at de ikke har oplysningerne, eller at de har det samlede antal besøg, men at oplysningerne ikke er fordelt efter 0-1-årige og ældre børn.

11 kommuner rapporterede, at ikke alle førstefødte børn havde fået besøg inden for det første leveår. Disse kommuner angav, at mellem et og 10 børn ikke havde fået besøg. 17 kommuner angav, at der var børn af flergangsfødende, som ikke havde fået besøg. I 12 af disse kommuner vurderede man, at det var 1% eller derunder, som ikke havde fået besøg.

Figur 3 viser, hvordan kommunerne svarede på spørgsmålene om antal tilstræbte besøg hos 0-1-årige af hhv. første- og flergangsfødende.

FIGUR 3



Af figur 3 fremgår det, at der er stor forskel på, hvor mange sundhedsplejerskebesøg kommunerne tilstræbte i barnets første leveår. Af figuren ses en forventelig forskel på første- og flergangsfødende, hvor der generelt

tilstræbtes flere besøg hos førstegangsfødende. For eksempel var fire-fem besøg det mest almindelige for flergangsfødende, hvilket 40% af kommunerne tilstræbte, og hvilket var dobbelt så mange som hos førstegangsfødende. 60% af kommunerne tilstræbte seks eller syv besøg hos førstegangsfødende, mens 19% tilstræbte fire-fem besøg, selvom der i retningslinjerne til loven anbefales syv besøg. Der var imidlertid også kommuner (11%), der tilstræbte otte besøg hos førstegangsfødende. At der var kommuner, der tilstræbte flere besøg end det anbefalede, kan skyldes, at man har medregnet mødregrupperne som en del af hjemmebesøgene.

Rutiner ved afvisning af sundhedsplejerskebesøg

Besøg i hjemmet af en sundhedsplejerske er et frivilligt tilbud til børnefamilier i Danmark. Dog har sundhedsplejersken pligt til at underrette de sociale myndigheder om, at besøg ikke ønskes, hvis hun vurderer, at der er tale om truede børn.

2 kommuner angav, at der var førstegangsfødende, som havde afslået tilbud om hjemmebesøg (19 kommuner havde ikke besvaret spørgsmålet). 28 kommuner angav, at der var flergangsfødende, som ikke havde ønsket at få besøg (27 kommuner havde ikke besvaret spørgsmålet).

Af Sundhedsstyrelsens retningslinjer til loven fremgår det, at kommunerne bør udarbejde rutiner for, hvad sundhedsplejersken skal foretage sig i tilfælde af, at en familie ikke ønsker at modtage hjemmebesøg.

Halvdelen af landets kommuner (51%) havde faste rutiner på området. Proceduren var som oftest i første omgang at kontakte egen læge og ved yderligere bekymring at kontakte de sociale myndigheder.

Mødregrupper

Som supplement til sundhedsplejerskens hjemmebesøg kan der arrangeres mødregrupper i kommunerne. Her mødes en gruppe af nybagte mødre privat eller i sundhedsplejerskeregi et antal gange. Nogle mødregrupper fortsætter på selvstændig basis, efter det egentlige forløb er afsluttet.

I syv kommuner ud af de 192, som svarede på spørgsmålet, var der ikke mødregrupper. I de kommuner, der havde mødregrupper, varierede tilslutningen betydeligt. Blandt førstegangsfødende er angivet en deltagelse på mellem 37 og 100%. I 53% af kommunerne var deltagelsen 80% eller derover. For flergangsfødende var tilslutningen lavere. Her varierede deltagelsen mellem 7 og 100%, mens kun 32% af kommunerne rapporterede en deltagelse på 80% eller højere.

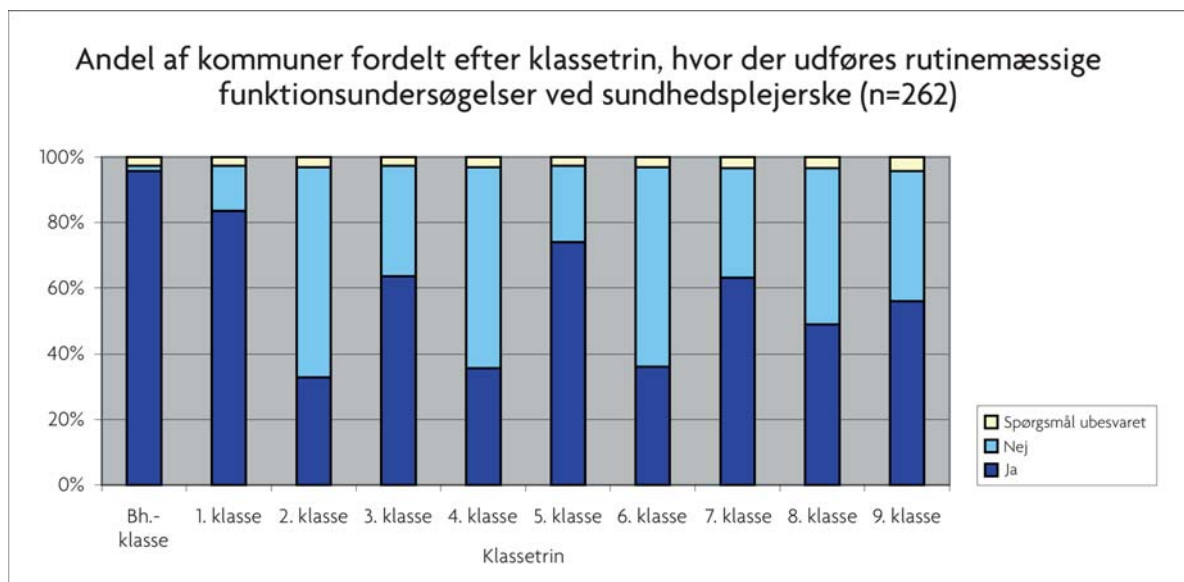
Sundhedsplejerskernes deltagelse i mødregrupperne varierede ligeledes. I 10% af kommunerne deltog sundhedsplejersken i alle møder. I 28% af kommunerne deltog hun kun i det første møde, og i 7% af kommunerne deltog hun slet ikke.

Tilbud til alle skolebørn

Af loven fremgår det, at alle børn og unge indtil undervisningspligtens ophør skal tilbydes sundhedsvejledning, bistand samt funktionsundersøgelser foretaget af en sundhedsplejerske. Mens der ved ind- og udskoling bør foretages undersøgelse både af en læge og en sundhedsplejerske, er det i de mellemliggende år sundhedsplejersken, der er ansvarlig for den rutinemæssige kontakt med børnene. Denne kontakt består ifølge retningslinjerne til loven i årlige sundhedssamtaler, undersøgelser og sundhedspædagogiske aktiviteter.

Figur 4 viser andelen af kommuner, hvor der bliver gennemført funktionsundersøgelser af en sundhedsplejerske, fordelt på de enkelte klassetrin.

FIGUR 4

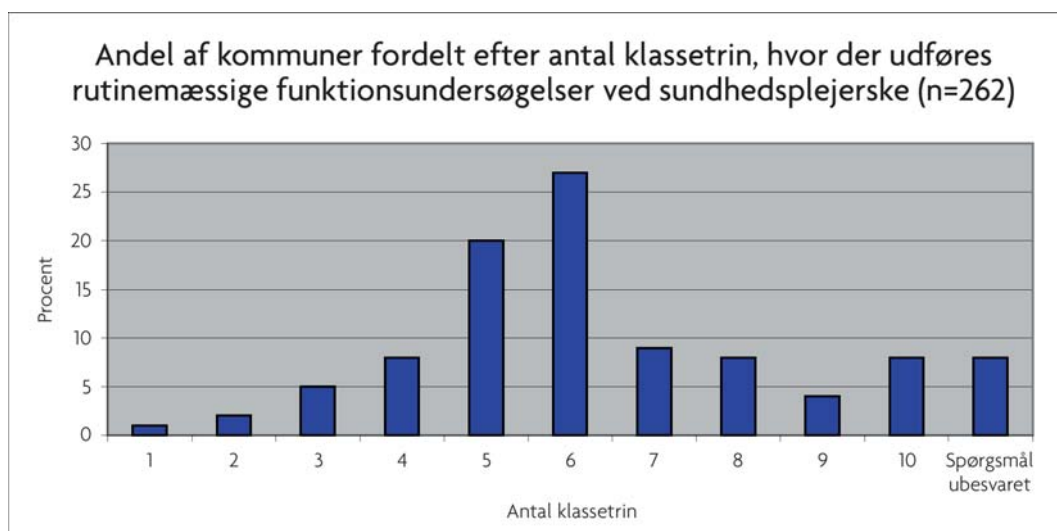


I 95% af kommunerne var der funktionsundersøgelser i børnehaveklassen og i 82% af kommunerne i 1. klasse (figur 4). I de mellemliggende skoleår svingede dette tal fra 32 til 74%.

I kun 8% af kommunerne (21 kommuner) gennemførtes der funktionsundersøgelser på alle klassetrin, som det anbefales i retningslinjerne til loven. En forklaring på dette kunne være, at kommunerne betragter 8. og 9. klasse samlet som udskolingsperiode, og at kommunerne vælger kun at foretage funktionsundersøgelser på ét af disse to klassetrin. Hvis man lagde 8. og 9. klasse sammen, var der undersøgelse på alle klassetrin i 26 kommuner, altså kun en stigning fra 8 til 10%.

Figur 5 viser antallet af klassetrin, hvor der i kommunerne rutinemæssigt udføres funktionsundersøgelser ved sundhedsplejerske.

FIGUR 5



Af figur 5 ses, at funktionsundersøgelser på fem eller seks klassetrin er det mest almindelige. Dette svarer til, at der foretages undersøgelse af skolebørn hvert andet år eller lidt hyppigere.

Tilbud til børn og unge med særlige behov

Begrebet »børn med særlige behov« bliver brugt i sundhedsplejen og forstås som børn, der på grund af udviklingsproblemer forårsaget af belastninger i familien eller i samfundet eller forårsaget af egen sygelighed eller funktionshæmning, har brug for en særlig indsats (i det følgende betegnet som »behovsbørn«).

Med loven ønskede man at sætte ekstra fokus på at skabe en koordineret støtte til børn og unge med særlige behov, idet det blev lovpligtigt for kommunerne at oprette tværfaglige grupper til varetagelse af disse børns behov (se afsnit 4.4, De tværfaglige grupper). Ud over indsatsen i de tværfaglige grupper må børnene og deres familier forventes at have behov for sundhedsplejerskekontakt ud over det sædvanlige, både i småbørnsalderen og i skolealderen.

På baggrund af oplysninger om antallet af behovsbørn, der blev fulgt af sundhedsplejersken, og børnetallet i de enkelte kommuner, beregnede vi landsgennemsnittet for antallet af behovsbørn, der blev fulgt af sundhedsplejerske i skoleåret 2003/2004.

Småbørn (0-5-årige)

Andelen af behovsbørn i førskolealderen, der blev fulgt af sundhedsplejerske, varierede i kommunerne fra 1 til 36% med et landsgennemsnit på 9%. I skoleåret 1996/97 lå gennemsnittet på 11%.

Skolebørn (6-16-årige)

Andelen af behovsbørn i skolealderen, der blev fulgt af sundhedsplejerske, varierede i kommunerne fra 0 til 28% med et landsgennemsnit på 8%. I skoleåret 1996/97 lå landsgennemsnittet på 12%.

Sammenfatning og diskussion

Sundhedsplejerskeordningen fremstår som en yderst veletableret institution i Danmark. Både i 1998 og i 2004 havde alle kommuner i Danmark mindst én sundhedsplejerske ansat. Pr. 1. januar 1998 var der i alt 30 ubesatte stillinger, mens dette tal i 2004 var faldet til 5,5 ubesatte stillinger fordelt på seks kommuner.

Der var stor forskel på, hvor mange sundhedsplejerskebesøg i hjemmet der tilstræbtes i de forskellige kommuner. Generelt søgte kommunerne at yde flere besøg til førstegangsfødende end til flergangsfødende. Seks eller syv besøg var det mest almindelige til førstegangsfødende. 19% af kommunerne tilbød fire-fem besøg, mens 11% tilbød otte besøg. For flergangsfødende var det mest almindelige fire-fem besøg, hvilket 40% af kommunerne tilstræbte. Antallet af faktisk gennemførte besøg varierede ligeledes betydeligt.

Trods det, at kommunerne ifølge retningslinjerne til loven bør have formulerede rutiner for, hvordan sundhedsplejersken skal forholde sig, hvis familier afviser at modtage besøg i hjemmet, gjaldt dette i 2004 kun halvdelen af landets kommuner. Det var dog lidt flere end i 1998, hvor 40% af kommunerne havde faste procedurer for disse situationer. Man må forestille sig, at det med den store andel af kommuner, der ikke har formuleret procedurer på området, ofte vil være op til den enkelte sundhedsplejerske at vurdere, hvordan hun vil reagere i den aktuelle situation, hvorved risikoen for, at dette problem behandles forskelligt selv inden for en enkelt kommune, øges.

Antallet af børn, der karakteriseres som behovsbørn, som er fulgt af sundhedsplejerske, er angiveligt faldet siden 1998. For småbørn er tallet faldet fra 11 til 9% og for skolebørn fra 12 til 8%. Faldet kan enten afspejle et reelt fald i antallet af børn med særlige behov eller være udtryk for, at diagnostikken eller inklusionskriterierne for behovsbørn har ændret sig over tid. Endelig kan det være et udtryk for, at der er blevet mindre tid for sundhedsplejerskerne til at følge disse børn.

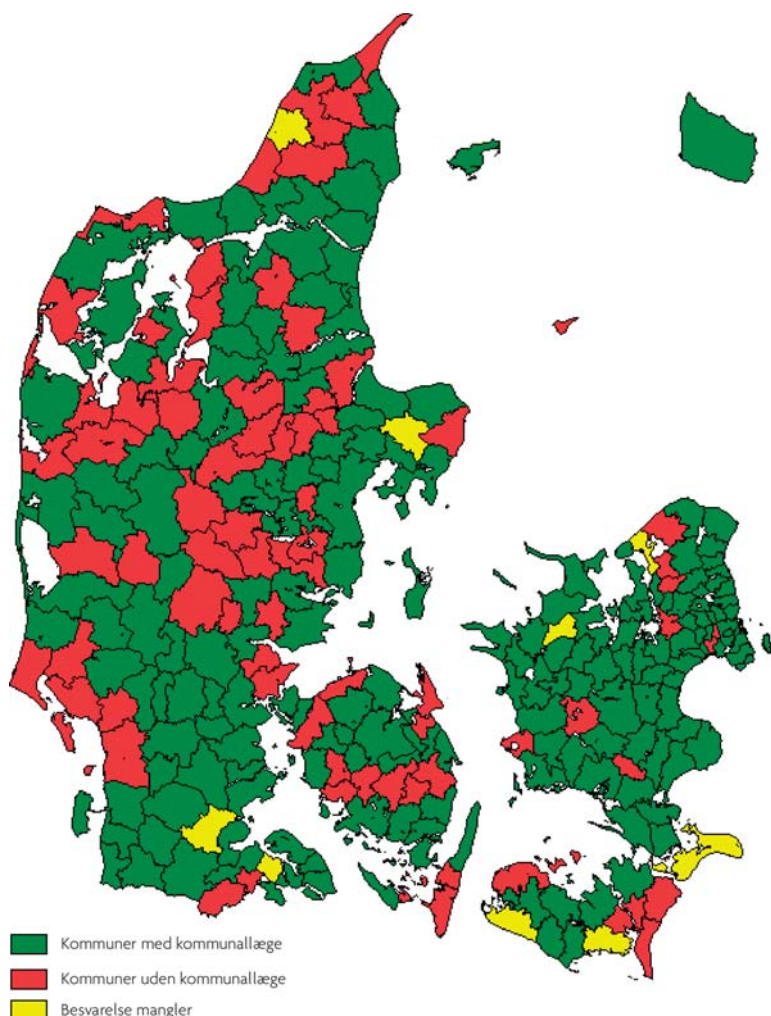
Deltagelsen i mødregrupper varierede betydeligt fra kommune til kommune. Vore tal tyder på, at der findes kommuner, som slet ikke havde mødregrupper, idet deltagelsen blandt både første- og flergangsfødende i syv kommuner var angivet til 0%. Der var dog også kommuner, der angav en deltagelse på 100%. Generelt var deltagelsen højere for førstegangsfødende end for flergangsfødende.

Det er usikkert, om der siden 1998 er sket en ændring i omfanget af sundhedsplejerskernes arbejde på skolerne. På daværende tidspunkt blev det opgjort, at sundhedsplejerskerne i 60% af kommunerne gennemførte funktionsundersøgelser af alle skolebørn hvert år. I 2004 var dette tal 8%. Denne store forskel kan sandsynligvis for en stor del forklares ved metodemæssige årsager, idet spørgsmålene var formuleret forskelligt i de to undersøgelser. I 1998 kunne kommunerne svare »1 gang årligt«, »1 gang hvert andet år« eller »sjældnere« til spørgsmålet om, hvor ofte alle skolebørn fik foretaget funktionsundersøgelser af en sundhedsplejerske. I 2004 var kategorierne mere specifikke. Kommunerne fik denne gang listet alle klassetrinene op og skulle så svare ja eller nej ud for hvert klassetrin. Man kan forestille sig, at kommuner, der foretog undersøgelser hyppigere end hvert andet år, ville være mere tilbøjelige til at placere sig i kategorien »hvert år« end i kategorien »hvert andet år«. Hvis man i tallene fra 2004 medtager alle kommuner, der foretager undersøgelser hyppigere end hvert andet år, det vil sige på i alt seks klassetrin eller derover, er dette tilfældet i 56% af kommunerne.

4.3 Børn og unge-læge-ordningen

Alle børn i den skolepligtige alder skal ifølge loven tilbydes helbredsundersøgelse foretaget af en læge i forbindelse med skolestart og umiddelbart før undervisningspligtens ophør. Disse undersøgelser foretages som udgangspunkt af en kommunalt tilknyttet læge. Figur 6 viser den geografiske fordeling af kommuner med tilknyttet kommunallæge.

FIGUR 6 Geografisk fordeling af kommuner med tilknyttet kommunallæge pr. 31. december 2004



Kategorien »Besvarelse mangler« dækker både kommuner, der ikke deltog i undersøgelsen, og kommuner, der ikke havde besvaret spørgsmålet om tilknyttet kommunallæge.

Af Sundhedsministeriets statusredegørelse fra 1999 fremgår det, at der pr. 1. januar 1998 var 216 kommuner ud af 275, som havde en læge ansat, svarende til en kommuneandel på 79%. Syv år senere, pr. 31. december 2004, var denne andel faldet til 72%, med 188 kommuner ud af 262 med en fungerende børn og unge-læge-ordning. I dette tal er både medtaget kommuner, der selv havde en læge ansat, og kommuner, der havde en lægeordning i samarbejde med andre kommuner (62 kommuner).

I 74 kommuner rapporteredes det, at der ikke var en fungerende børn og unge-læge-ordning. Antallet af børn i den skolepligtige alder (6-16 år) i disse kommuner udgjorde tilsammen 157.230 børn. Dette antal svarer til, at 21% af alle 6-16-årige børn i Danmark bor i en kommune uden børn og unge-læge. Antallet af 6-16-årige i kommuner uden fungerende børn og unge-læge varierede fra 417 til 11.678 skolebørn. Der var således tale om både små og store kommuner.

Ved mangel på børn og unge-læger

Der har gennem en del år været problemer med at få lægestillingerne i kommunerne besat. Med en lovændring gældende fra 1. oktober 2002 blev det muligt for kommunerne selv at tilrettelægge, hvorledes disse kommunale opgaver skulle løses, hvor det tidligere havde været lovpligtigt, at de forebyggende sundhedsordninger for

børn og unge blev varetaget af kommunalt ansat personale. På børn og unge-læge-området betød dette, at kommunerne for eksempel kunne lave aftaler med privatpraktiserende læger om udførelse af ind- og udskolingsundersøgelser i skolen. Argumentet for lovforslaget var, at en del kommuner, især de mindre, havde svært ved at opfylde lovens krav om ansættelse af kommunallæge (8).

Reaktioner imod lovforslaget viste en bekymring for, om det tværfaglige samarbejde mellem for eksempel sundhedsplejersken og børn og unge-lægen ville mindskes ved at åbne for muligheden for, at børn og unge-lægen ikke længere skulle være kommunalt ansat i en børn og unge-læge-stilling. Der har i lægekredse været bekymring for, at kommunallægefunktionen herved risikerede at blive udvandet og mindre attraktiv. Endelig tilkendegav nogle kommuner i forbindelse med nærværende undersøgelse, at de ser frem til, at kommunallægestillingerne kan blive mere attraktive for lægerne at søge med de kommende kommunesammenlægninger, idet stillingerne herved kan normeres til flere timer. Vores resultater viser imidlertid, at der allerede i dag foregår et udbygget samarbejde over kommunegrænserne, idet 62 kommuner havde en lægeordning i samarbejde med en anden eller andre kommuner.

Ifølge loven kan indenrigs- og sundhedsministeren godkende forsøg, der fraviger reglerne i loven og bekendtgørelsen. Med denne bestemmelse kan kommuner for eksempel ansøge om i en periode at være uden kommunallæge. Nærværende undersøgelse viser, at 31 kommuner på et tidspunkt har søgt indenrigs- og sundhedsministeren om godkendelse af en sådan forsøgsordning. Ifølge oplysninger fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet har otte kommuner for øjeblikket en af ministeren godkendt forsøgsordning. 13 af de 31 kommuner havde pr. 31. december 2004 en fungerende børn og unge-læge-ordning.

Kommuner uden børn og unge-læge

På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen blandt kommunerne kan man konstatere, at 28% af landets kommuner er uden børn og unge-læge. Der blev i den anledning rettet henvendelse til nogle af de kommuner, som var uden børn og unge-læge, for at afdække, hvordan de løste opgaven. Nedenfor er et par eksempler:

Kommune 1

I denne kommune havde man ikke kunnet få lægestillingen besat i de sidste 10 år. Da muligheden for forsøgsordning uden kommunallæge kom med loven i 1996, søgte man straks ministeriet om tilladelse, hvilket man fik. Fra 1997 foretog praktiserende læger i samarbejde med sundhedsplejerskerne ind- og udskolingsundersøgelserne på kommunens børn. Samarbejdet var ikke velfungerende; man kunne ikke enes om honorarerne, og man var heller ikke enige om, hvordan undersøgelserne skulle gennemføres. Derfor ophørte aftalen i 2001. Herefter tog man i sundhedsplejen initiativ til at få normeringen i børn og unge-læge-stillingen sat op. I alle årene havde man hvert år opslået stillingen. I begyndelsen af 2005 fik man en ansøger, som blev ansat på 32 timer/uge.

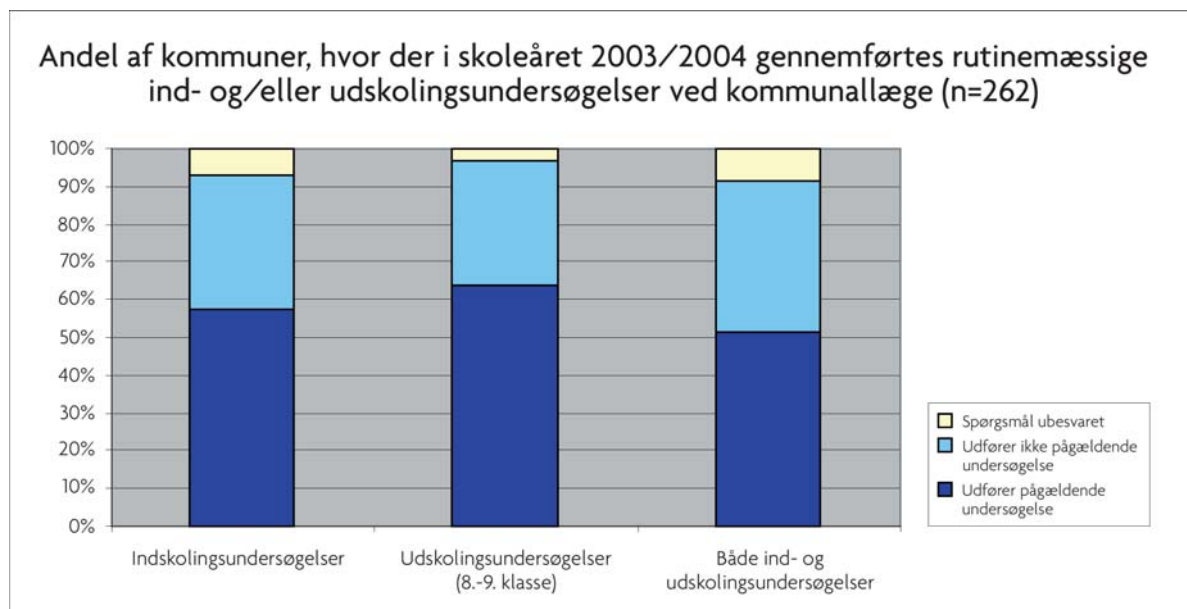
Kommune 2

Her havde man heller ikke haft børn og unge-læge i de seneste cirka 10 år. Stillingen er normeret til 10 timer/uge og har været slået op jævnlige. Screening af børnene sker gennem sundhedsplejerskernes funktionsundersøgelser. Ved behov henvises der til egen læge eller anden relevant instans.

Tilbud til alle skolebørn

Alle danske skolebørn skal, som nævnt, tilbydes både indskolingsundersøgelse og udskolingsundersøgelse foretaget af en læge. Figur 7 viser andelen af kommuner, hvor der i skoleåret 2003/2004 rutinemæssigt gennemførtes ind- og/eller udskolingsundersøgelser. I denne opgørelse er medregnet alle kommuner, som opgav, at minimum 95% af børnene fik foretaget undersøgelserne.

FIGUR 7



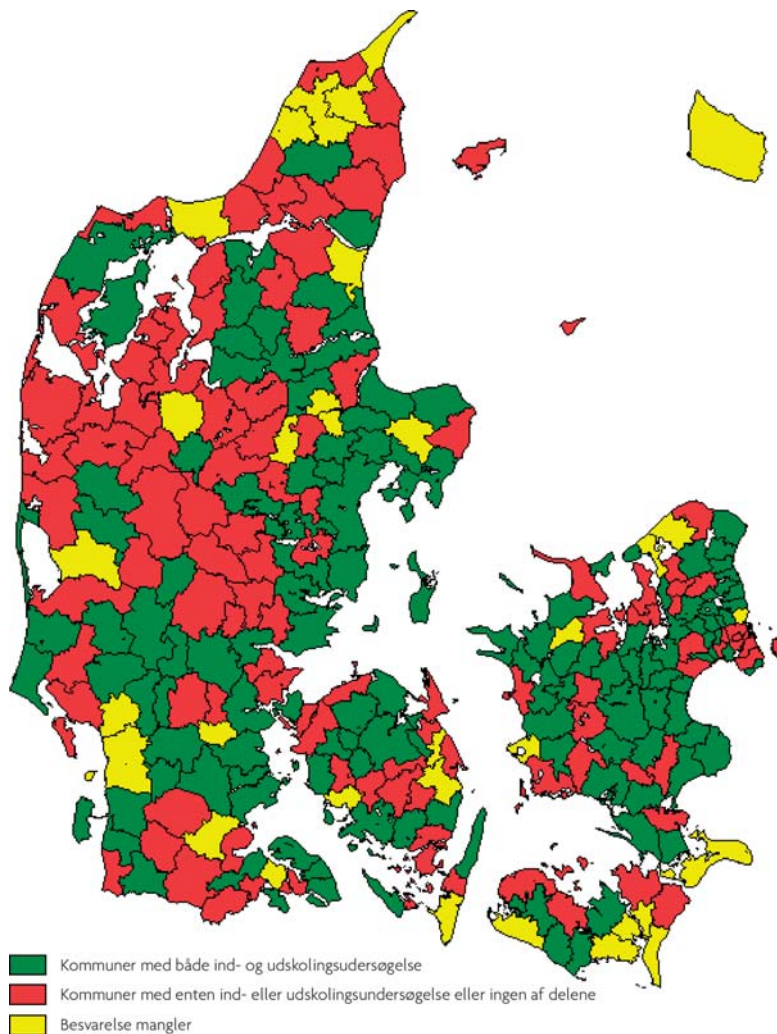
Figur 7 viser, at der i skoleåret 2003/2004 rutinemæssigt blev foretaget indskolingsundersøgelser af en læge i 58% af alle kommuner, og at der blev foretaget udskolingsundersøgelser i 63% af kommunerne (her er medregnet alle kommuner, også de enkelte, som angav, at de ikke havde en kommunallæge ansat). Dette svarer til, at der i 76% af kommuner med en tilknyttet læge rutinemæssigt blev foretaget indskolingsundersøgelser, og at der i 84% af kommuner med en tilknyttet læge rutinemæssigt blev foretaget udskolingsundersøgelser (her er kun medregnet kommuner, som angav, at de havde en læge ansat). Udskolingsundersøgelser er her defineret som helbredsundersøgelser i 8. og/eller 9. klasse.

Ifølge loven bør der foretages både ind- og udskolingsundersøgelser af alle børn. Dette skete i 2003/2004 i 52% af alle kommuner svarende til 70% af kommuner med en tilknyttet læge. 52% kan synes lavt set i forhold til, at der var ind- og udskolingsundersøgelser i hhv. 58% og 63% af kommunerne, og man kan heraf udlede, at det ikke altid er de samme kommuner, der foretager ind- og udskolingsundersøgelser.

Af de 74 kommuner, som ikke havde en børn og unge-læge tilknyttet, var der i otte kommuner foretaget indskolingsundersøgelser af alle børn. I disse otte kommuner var den tidligere børn og unge-læge rejst fra stillingen i perioden dec. 2003 til dec. 2004, hvorfor indskolingsundersøgelserne kan være gennemført inden. I ni af kommunerne uden tilknyttet børn og unge-læge var der foretaget udskolingsundersøgelser. I otte af disse ni kommuner var lægen ligeledes rejst inden for det seneste år.

Figur 8 viser den geografiske fordeling af kommuner med både ind- og udskolingsundersøgelser foretaget af læge i skoleåret 2003/2004.

FIGUR 8 Geografisk fordeling af kommuner med både ind- og udskolingsundersøgelser ved læge i skoleåret 2003/2004



Kategorien »Besvarelse mangler« dækker både kommuner, der ikke deltog i undersøgelsen, og kommuner, der ikke havde besvaret spørgsmålene om ind- og udskolingsundersøgelser.

Blandt de større kommuner sås der en relativt stor andel, som ikke foretog både ind- og udskolingsundersøgelser. Ellers sås der intet generelt mønster.

Lægens ansættelsesvilkår, faglige baggrund og arbejdsvilkår

I 158 kommuner (84% af kommunerne med tilknyttet læge) var lægen fastansat som børn og unge-læge, mens 14 kommuner havde en individuel aftale med en anden læge. Otte kommuner svarede »andet«, mens otte ikke havde besvaret spørgsmålet. I 62 tilfælde fungerede ordningen i samarbejde med en anden kommune. Dette forhold nævnes specifikt i loven som en mulighed, kommunerne kan gøre brug af.

For at styrke den faglige bevidsthed blandt børn og unge-læger har bestyrelsen for Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger udarbejdet en målbeskrivelse for fagområdet Kommunallæge (<http://www.dadlnet.dk/fas/open/erhvervsforeninger/fakl/maelbeskrivelser.htm>). Et af målene er, at alle kommunalt ansatte læger i fremtiden skal være speciallæger, gerne forankret i specialet samfundsmedicin.

Børn og unge-lægerne i kommunerne havde i vores undersøgelse forskellig faglig baggrund. I 50% af de kommuner, der havde en børn og unge-læge-ordning, var lægestillingerne besat med speciallæger i almenmedicin, mens de i 18% af kommunerne var besat med speciallæger i børnesygdomme. I 22% af kommunerne var der ansat læger uden speciallægeuddannelse, i 13% af kommunerne var der ansat speciallæger i samfundsmedicin, mens der i 6% af kommunerne var ansat læger med anden faglig baggrund. Ovenstående procenter summerer ikke til 100, da kommunerne kan have haft ansat flere læger med forskellig baggrund.

Lægerne var ansat efter forskellige overenskomster: 40% af de kommuner, der havde en børn og unge-lægeordning, havde ansat læger efter overenskomst med Foreningen af Speciallæger, 34% efter overenskomst med Praktiserende Lægers Organisation, 3% efter individuel aftale, 2% efter overenskomst med Foreningen af Yngre Læger, mens 26% af kommunerne svarede »ved ikke«. Ovenstående procenter summerer ikke til 100, da kommunerne kan have haft ansat flere læger med forskellig baggrund.

Når det har vist sig svært at rekruttere læger til børn og unge-læge-stillingerne, kunne man også forestille sig, at det var svært at fastholde lægerne i disse stillinger. Vi spurgte derfor kommunerne, hvor længe den længst tilknyttede børn og unge-læge havde været i kommunen, uafhængigt af om kommunen på undersøgelsestidspunktet havde læge eller ej. I 23% af kommunerne havde lægen været ansat i over 10 år, i 22% af kommunerne i 6-10 år, i 26% i 3-5 år og i 12% i mindre end tre år, og endelig var der 6% af kommunerne, der svarede »ved ikke«. 12% af kommunerne besvarede ikke spørgsmålet.

Lægernes funktioner ud over ind- og udskolingsundersøgelser

Det har endvidere været diskuteret, hvorvidt normeringerne til kommunallægestillingerne tilgodeser lægens mulighed for i tilstrækkelig og tilfredsstillende grad at indgå i det tværfaglige samarbejde i kommunen. I debatten har det været fremsat, at disse stillinger kunne gøres mere attraktive, hvis lægen i højere grad havde mulighed for at blive inddraget mere bredt i det forebyggende arbejde. Tabel 3 viser andelen af kommuner, hvor lægen havde været involveret i arbejdsområder ud over ind- og udskolingsundersøgelserne.

TABEL 3

Andel af kommuner med børn og unge-læge, hvor denne har været involveret i nedenstående udvalgte opgaver vedr. børn i kommunen (n=188)

	% af kommuner med læger
Rådgivning vedr. smitsomme sygdomme	61
Hygiejne på skoler/dagsinstitutioner	49
Tværfaglige grupper vedr. børn med særlige behov	48
Lægekonsulentarbejde på børneområdet	42
Møder med ledere af skole/dagsinstitutioner om børnesundhed	31
Alternative ind-/udskolingsundersøgelser	26
Projekter for udvalgte grupper af børn	20
Arbejde vedr. vaccinationstilslutning	20
Udarbejdelse af politik for børnesundhed	19
Udarbejdelse af sundhedsplaner og sundhedsredegørelser	13
Andet	28

Kun i én kommune fremgik det, at kommunallægen ikke var involveret i forebyggende arbejde i kommunen ud over ind- og udskolingsundersøgelserne. Kategorien »andet« er meget blandet. Den dækker for eksempel familietræning, anonym rådgivning, behovsbørn og børn med trivselsproblemer, forebyggende arbejde generelt, temadage, forældremøder, Eksperimentarium med 8./9. klasser, overvægtige børn, rygestop, seksualundervisning samt deltagelse i overordnede tværfaglige grupper i kommunen.

Lægerne var, ud over ind- og udskolingsundersøgelserne, hovedsageligt involveret i arbejdet omkring smitsomme sygdomme, herunder hygiejne i skoler og dagsinstitutioner, og børn og unge med særlige behov i form af deltagelse i tværfaglige grupper. I halvdelen af de kommuner, der havde en børn og unge-læge tilknyttet, var lægen med i tværfaglige grupper.

Tilbud til børn og unge med særlige behov

Børn og unge med særlige behov skal ifølge loven ydes en særlig indsats, for eksempel yderligere undersøgelser/rådgivning ved børn og unge-lægen.

I 45% af alle kommuner var der rutinemæssige lægeundersøgelser for særlige grupper af børn ud over dem, der blev tilbudt alle børn, svarende til 63% af de kommuner, der havde en kommunallægeordning. Dette drejede sig typisk om specialklassebørn, behovsbørn generelt og indvandrers-/flygtningebørn fra særlige modtageklasser.

Sammenfatning og diskussion

72% af de danske kommuner havde pr. 31. december 2004 en kommunallæge tilknyttet på børn og unge-området. Dette er en nedgang i forhold til 1998, hvor der pr. 1. januar var tilknyttet en læge i 79% af kommunerne.

Vores undersøgelse viser, at der pr. 31. december 2004 var 14 kommuner, hvor kommunallægens opgaver blev varetaget gennem en individuel aftale med en anden læge end en kommunalt ansat læge, at 31 kommuner på et tidspunkt havde søgt om godkendelse af en forsøgsordning uden kommunallæge, og at otte kommuner på det pågældende tidspunkt havde en af ministeren godkendt forsøgsordning.

21% af danske skolebørn bor i en kommune uden børn og unge-læge-ordning, og i godt halvdelen af landets kommuner (52%) blev der i 2003/2004 foretaget de i loven foreskrevne lægeundersøgelser i skolealderen. For de fleste kommuner, hvor der ikke blev foretaget ind- og udskolingsundersøgelser på alle børn, var forklaringen, at kommunerne ikke havde kunnet få lægestillingerne besat. Det viste sig imidlertid, at blandt de kommuner, der *havde* læge tilknyttet, blev der kun i 76% af kommunerne rutinemæssigt foretaget indskolingsundersøgelser og i 84% af kommunerne udskolingsundersøgelser. Dette indikerer, at den ufuldstændige dækning af undersøgelserne ikke udelukkende kan forklares med, at stillingerne ikke kunne besættes.

I 50% af kommunerne med en børn og unge-læge-ordning var kommunallægestillingerne besat med speciallæger i almenmedicin, mens de i 13% af kommunerne var besat med speciallæger i samfundsmedicin.

Det sås endvidere, at den længst tilknyttede læge i 70% af kommunerne havde været ansat i mere end tre år og i 44% af kommunerne i mere end seks år, hvilket antyder, at rekruttering mere end fastholdelse er kerneproblemet i spørgsmålet om børn og unge-læge-dækning.

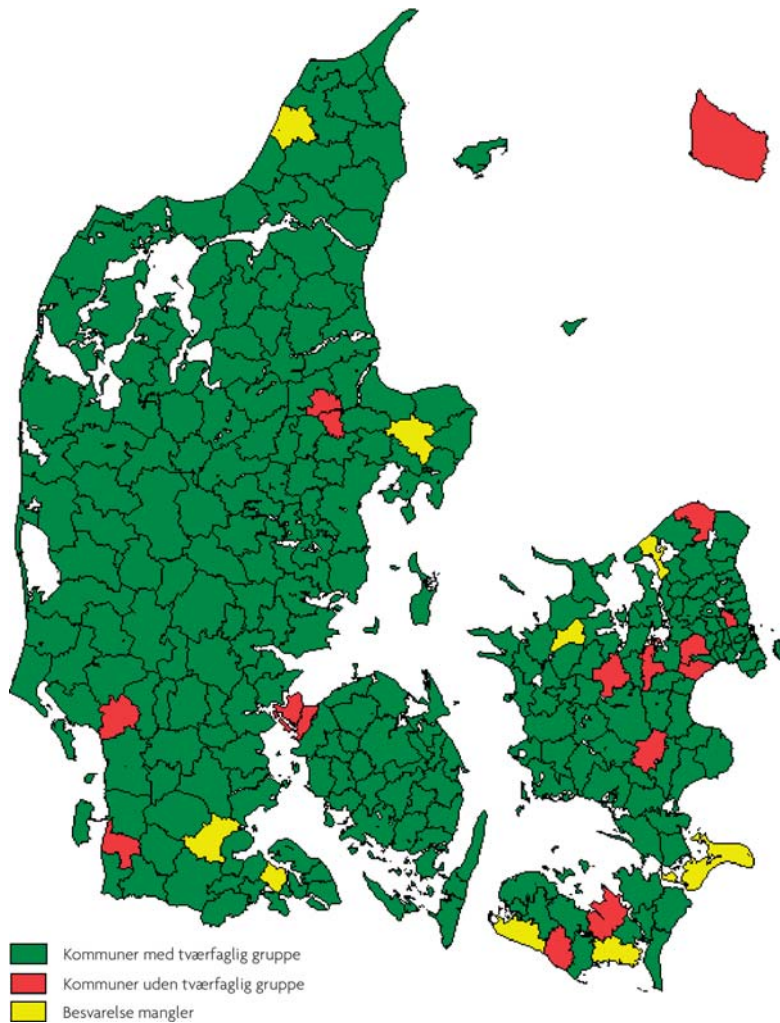
Når det har været svært at besætte kommunallægestillingerne, er det blevet diskuteret, om dette kunne skyldes, at stillingerne normeringsmæssigt kun dækker ind- og udskolingsundersøgelserne og derfor ikke fagligt er tilstrækkeligt attraktive. Vores undersøgelse tyder imidlertid på, at kommunallægen i mange tilfælde er involveret i andre forebyggelsesopgaver på børne- og unge-området i kommunen. Da oplysninger omkring det anvendte timetal til disse andre opgaver kun var sparsomt besvaret i de spørgeskemaer, vi modtog, kan vi ikke heraf slutte, hvor stor en andel af lægens tid der går med forebyggelsesarbejde ud over ind- og udskolingsundersøgelser. Samtidig antyder vore resultater, at normeringen i en del kommuner end ikke dækker ind- og udskolingsundersøgelser, idet der i 27% af kommunerne med læge ikke gennemførtes både ind- og udskolingsundersøgelser.

4.4 De tværfaglige grupper

Som noget nyt blev det i 1995 lovpligtigt for kommunerne at oprette tværfaglige grupper med det formål at tilgodese børn og unge med særlige behov.

247 af kommunerne (94%) havde oprettet tværfaglige grupper til varetagelse af de svagest stillede børn og unges behov. Dette var en forbedring i forhold til 1998, hvor 87% af kommunerne havde tværfaglige grupper. Der var dog fortsat 15 kommuner, som ikke efterlevede loven på dette område. Figur 9 viser den geografiske fordeling af kommuner med tværfaglige grupper.

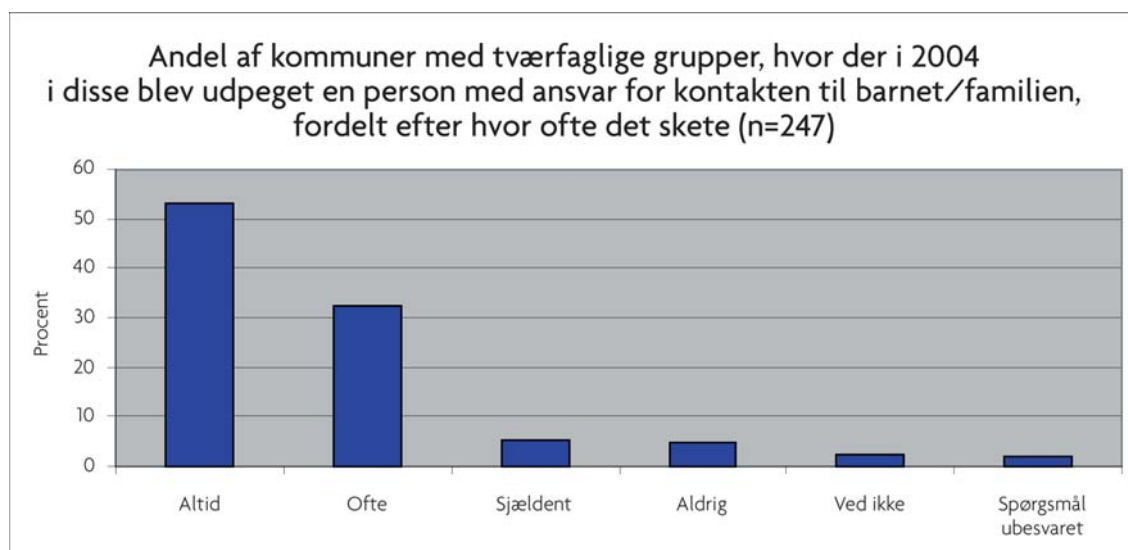
FIGUR 9 Geografisk fordeling af kommuner med mindst én tværfaglig gruppe pr. 31. december 2004



Kategorien »Besvarelse mangler« dækker både kommuner, der ikke deltog i undersøgelsen, og kommuner, der ikke havde besvaret spørgsmålene om tværfaglige grupper.

I grupperne skal der endvidere udpeges én person med ansvar for at koordinere indsatsen over for det enkelte barn/den enkelte unge. Figur 10 viser andelen af kommuner, hvor der i 2004 blev udpeget en sådan person, fordelt efter hvor ofte det skete.

FIGUR 10



I de eksisterende grupper var der i 2004 i 85% af kommunerne altid eller ofte én person i gruppen med ansvar for kontakten til barnet/familien (figur 10). I 1998 var der i 17% af kommunerne ikke altid en person med ansvar for kontakten til det enkelte barn og dets familie. I 2004 var der i 10% af kommunerne med tværfaglige grupper sjældent eller aldrig én person i gruppen, som var ansvarlig for kontakten til barnet/familien.

Vores undersøgelse viste, at i 46% af kommunerne med tværfaglige grupper mødtes grupperne typisk en gang om måneden, i 21% af kommunerne mødtes de hver 14. dag, i 14% af kommunerne mødtes de hver 3. måned eller sjældnere, mens grupperne i 9% af kommunerne mødtes efter behov. Under 1% af kommunerne svarede »ved ikke«, mens 9% ikke svarede på spørgsmålet.

De tværfaglige grupper bør være bredt sammensat, jf. retningslinjerne til loven. Den præcise sammensætning af grupperne vælges efter behov. For eksempel kan kommunalt ansatte læger, sundhedsplejersker, PPR-medarbejdere, psykologer, pædagoger, fysio- og ergoterapeuter, tandlæger og socialrådgivere indgå. Herudover understreges det, at barnets egen læge bør inddrages i indsatsen i forhold til barnet og dets familie.

Dette betyder ikke nødvendigvis, at praktiserende læger skal have fast plads i de tværfaglige grupper. Af vore data så vi, at den praktiserende læge kun yderst sjældent var repræsenteret i den tværfaglige gruppe. Dette var kun tilfældet i seks kommuner. Hvorvidt det enkelte barns egen læge inddrages i gruppens arbejde, kan ikke vurderes ud fra vore data. I 22% af kommunerne med tværfaglige grupper var den kommunalt ansatte læge repræsenteret i gruppen, mens lægen i 48% af kommunerne deltog i arbejdet omkring de tværfaglige grupper (tabel 3). I alle kommuner var sundhedsplejersken repræsenteret, og i næsten alle kommuner var endvidere en kommunal sagsbehandler og en psykolog tilknyttet gruppen. Endvidere var ofte pædagoger og tale-/hørekonsulenter tilknyttet gruppen. Faggrupper derudover var kun repræsenterede i ganske få kommuner.

Sammenfatning og diskussion

I 1998 havde 87% af landets kommuner mindst én tværfaglig gruppe. Dette tal var i 2004 steget til 94%. Selvom dette er en forbedring i forhold til tidligere, er det bemærkelsesværdigt, at op mod 6% af de danske kommuner fortsat er uden tværfaglige grupper, hvis opgave det er at hjælpe og støtte børn og unge med særlige behov og deres familier. Vi undersøgte, om der var særlige karakteristika ved de kommuner, som var uden tværfaglige grupper. Vi fandt ingen sammenhæng med hverken befolkningsstørrelse, antal af skolebørn eller indkomstgrundlag i kommunen.

Godt halvdelen (53%) af de eksisterende grupper havde i 2004, som foreskrevet i loven, altid en person i gruppen, der var ansvarlig for kontakten til familien. Hvis man medregner de kommuner, der svarede, at de ofte havde en person i gruppen med ansvar for kontakten til barnet/familien, kommer andelen af kommuner op på 85% svarende til andelen af kommuner, der i 1998 svarede ja til, at der altid udpegedes en ansvarlig koordinator i forhold til det enkelte barn/den enkelte familie. Spørgsmålene i de to undersøgelser var dog formuleret lidt forskelligt.

4.5 Den kommunale sundhedstjeneste, konsulentfunktionen

I loven er det beskrevet, at den kommunale sundhedstjeneste skal bistå skoler, daginstitutioner og dagplejere med vejledning om almene sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger samt rådgive institutionspersonalet vedrørende børn og unge med særlige behov.

Det viste sig at være svært for mange kommuner at angive et fast timetal pr. år afsat til konsulentfunktion på daginstitutioner og skoler. Vi blev kontaktet af flere sundhedsplejersker, som fortalte, at de typisk havde én fast dag om måneden på en given skole. På denne dag skulle sundhedsplejersken dække både undersøgelser og samtaler med børn, inklusive børn med særlige behov, samt yde rådgivning til institutionen eller skolen. Det vil sige, at timetallet ikke var et specifikt timetal til hhv. funktionsundersøgelser og konsulentfunktion.

I 37% af kommunerne var der afsat et fast timetal til konsulentfunktionen på dagsinstitutioner og skoler. Af disse 37% opgav 23-86% af kommunerne konkrete tal til de efterfølgende spørgsmål, som omhandlede det specifikke antal timer for hhv. sundhedsplejerske og læge i hhv. daginstitutioner, skoler og forvaltningen. Tallene er ikke præsenteret pga. den store usikkerhed.

4.6 Den praktiserende læge

Den praktiserende læge skal ifølge loven tilbyde syv helbredsundersøgelser til alle børn under den undervisningspligtige alder, samt seks vaccinationer mod otte infektionssygdomme. Programmet fremgår af tabel 4.

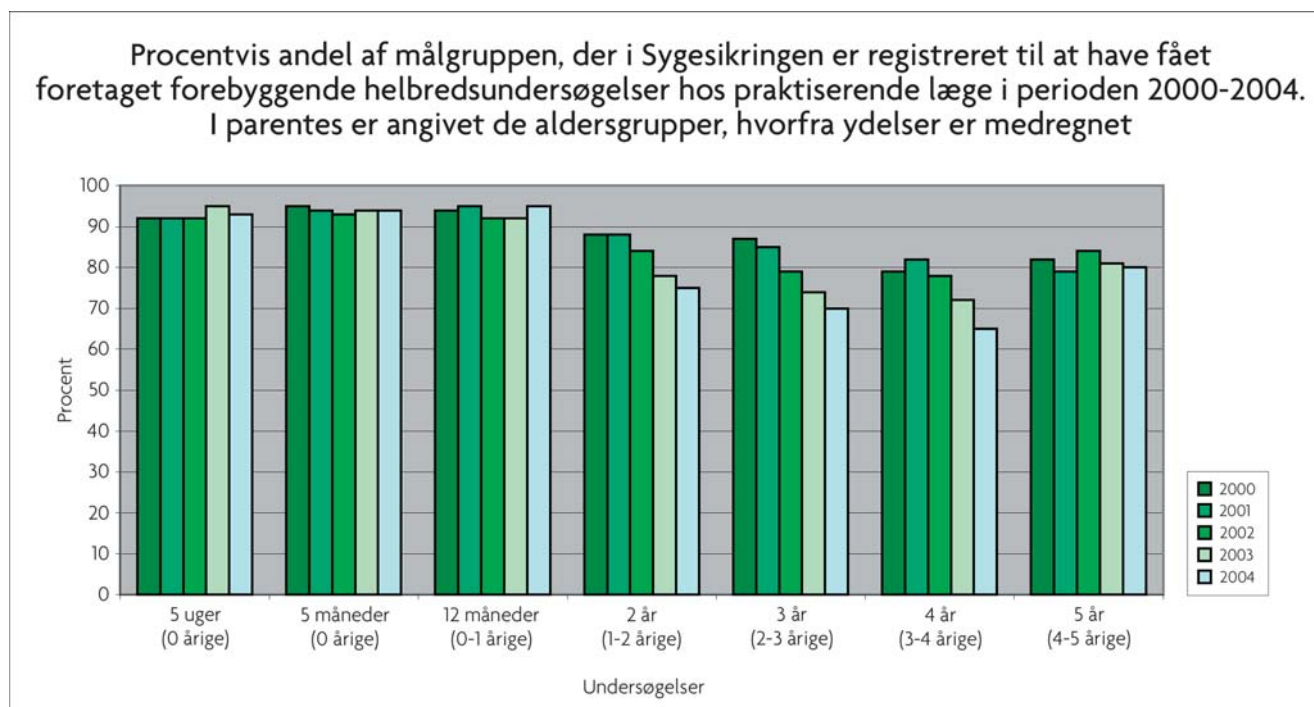
TABEL 4
Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. vaccinationer og børneundersøgelser hos egen læge

Alder	Helbredsundersøgelser	Vaccinationer
5 uger	X	
3 måneder		Di-Te-Ki-Pol-Hib 1
5 måneder	X	Di-Te-Ki-Pol-Hib 2
12 måneder	X	Di-Te-Ki-Pol-Hib 3
15 måneder		MFR 1
2 år	X	
3 år	X	
4 år	X	
5 år	X	Di-Te-Ki-Pol-revaccination
12 år		MFR 2

Di-Te-Ki-Pol-revaccinationen er i perioden 2000-2004 ændret fra Di-Te til Di-Te-Ki til Di-Te-Ki-Pol.

Figur 11 viser, hvor mange procent af en årgang der fik de anbefalede forebyggende helbredsundersøgelser hos praktiserende læge i perioden 2000-2004. For hver undersøgelse blev der medtaget ydelser fra de i parentes angivne aldersgrupper (se afsnit 3.3 Sygesikringsdata).

FIGUR 11



Af figur 11 fremgår det, at der i de nyeste tal (2004) var en nogenlunde ens deltagelse på 93-95% i helbredsundersøgelserne frem til og med 1-års-alderen. Ved de følgende årlige undersøgelser faldt deltagelsen ned til 65% i 4-års-alderen. Deltagelsen i 5-års-undersøgelsen, som falder sammen med en af de anbefalede børnevaccinationer, steg igen til 80%.

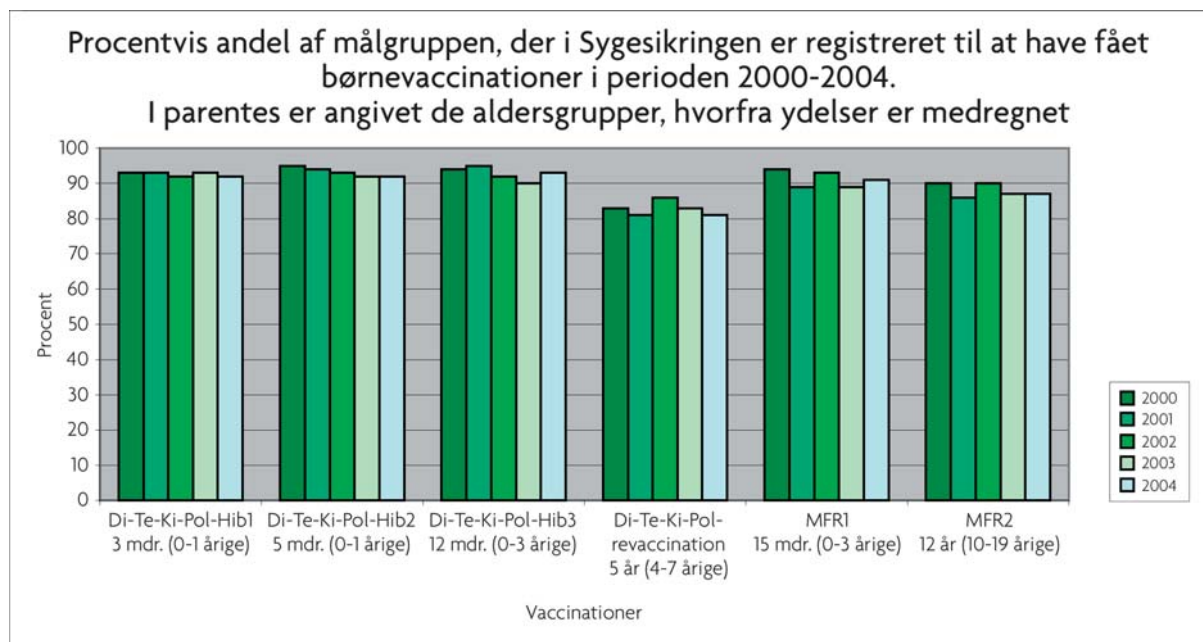
Undersøgelserne i 2-, 3- og 4-års-alderen lå generelt relativt lavt, hvilket sandsynligvis skal ses i sammenhæng med, at der ikke ved disse undersøgelser er en samtidig vaccination. Deltagelsen i 5-års-undersøgelsen, som falder sammen med Di-Te-Ki-Pol-revaccinationen, lå dog alligevel 10-15% lavere end deltagelsen i undersøgelserne i det første leveår. Man kan forestille sig, at forældre er relativt mere opmærksomme på

helbredsundersøgelser af deres barn, jo mindre barnet er. Der kan også være tale om, at nogle undersøgelser bliver gennemført i forbindelse med sygdomsbetingede kontakter og derfor ikke registreres korrekt.

Udviklingen over tid var nogenlunde stabil for de tidlige undersøgelser frem til og med 1-års-undersøgelsen samt for 5-års-undersøgelsen. Den faldende tendens, der sås for deltagelsen i 2-,3- og 4-års-undersøgelserne fra 2001 til 2004, kan formodentlig forklares med, at oral polio-vaccine begyndte sin udfasning den 1. juli 2001 (poliovaccine blev indtil da givet som dråber i en sukkerknald i forbindelse med 2-, 3- og 4-års-undersøgelserne).

Figur 12 viser den samlede vaccinationsdækning i henhold til børnevaccinationsprogrammet i perioden 2000-2004. For hver vaccination er medtaget ydelser fra de i parentes angivne aldersgrupper (se afsnit 3.3 Sygesikringsdata).

FIGUR 12



Tallene fra 2004 viser en nogenlunde ens deltagelse for Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccinationerne, som alle tre ligger inden for det første leveår, samt for MFR 1, som ligger i 15-måneders-alderen (figur 12). Vaccinationstilslutningen til de tidlige vaccinationer indtil 15-måneders-alderen lå omkring 91-93%. Di-Te-Ki-Pol-revaccinationen, som ligger i 5-års-alderen, havde den laveste deltagelse på 81%, mens MFR 2 ved 12-års-alderen lå på 87%.

Deltagelsen har generelt været stabil over perioden 2000-2004, dog måske med en svagt faldende tendens.

Sammenfatning og diskussion

Med hensyn til de forebyggende helbredsundersøgelser hos egen læge sås det, at tilslutningen inden for det første leveår lå mellem 93 og 95%. For de efterfølgende årlige undersøgelser indtil 5-års-alderen svingede deltagelsen mellem 65 og 80%. Endelig var tilslutningen højest ved de børneundersøgelser, som faldt sammen med en af de vaccinationer, der anbefales i børnevaccinationsprogrammet. Der er hidtil kun lavet få opgørelser over deltagelsen i de forebyggende helbredsundersøgelser i almenpraksis, men ifølge en spørgeskemaundersøgelse foretaget af Else Guldager fra 1994 deltog 98% af børnene i 5-ugers- og 5-måneders-undersøgelserne (9). Vores undersøgelse var registerbaseret og omfattede dermed alle børn i Danmark. I modsætning hertil var Else Guldagers studie baseret på deltage i en spørgeskemaundersøgelse, hvor der må påregnes en vis andel af nonresponders. Dette kan delvist forklare, hvorfor vore tal er lavere, men der kan også være tale om et reelt fald i tilslutningen til børneundersøgelser i almenpraksis.

For de tidlige vaccinationer frem til 15-måneders-alderen fandt vi en tilslutning på mellem 91 og 93%. Di-Te-Ki-Pol-revaccination i 5-års-alderen lå lavest på 81%, mens MFR 2 ved 12-års-alderen lå på 87%. Else Guldager fandt, at 92% af de deltagende børn havde fået alle de fire vaccinationer, som anbefalede på det tidspunkt (9).

I vores gennemgang af data kunne vi se, at en del ydelser registreredes på nogle alderstrin, som ikke svarede til anbefalingerne for de enkelte undersøgelser og vaccinationer. Vi har valgt kun at medtage ydelser givet til børn i de aldersgrupper, som vi vurderede relevante for den enkelte undersøgelse eller vaccination. Vore resultater fremstår således med en lavere dækningsgrad, end hvis man havde medtaget undersøgelser eller vaccinationer for alle aldersklasser. I opgørelser fra Statens Serum Institut (10) ses generelt en højere tilslutning, hvilket kan skyldes, at alle ydelser er medregnet i modsætning til tal fra denne undersøgelse, hvor der er defineret aldersintervaller.

Børneundersøgelserne hos den praktiserende læge bør opfattes som et frivilligt tilbud, som familier kan vælge at gøre brug af. I forbindelse med et projekt, som havde til hensigt at øge tilslutningen til børneundersøgelser og vaccinationer, pågik der diskussioner om, hvorvidt manglende deltagelse i vaccinationer og børneundersøgelser kunne betragtes som en form for omsorgssvigt. Her blev det understreget både fra lægelig og juridisk side, at ordningerne er et frivilligt tilbud til børnefamilier, som kan fravælges (11).

Der har endvidere været drøftelser om, hvorvidt lægerne aktivt skulle indkalde børn til børneundersøgelser og vaccinationer. Dette er ikke indført som en generel ordning, tilsyneladende primært af praktiske og organisatoriske årsager. Nogle amter har dog en aftale med lægerne om en sådan ordning (se afsnit 4.7 Amternes rolle).

4.7 Amternes rolle

Ifølge loven skal amter og kommuner »tilrettelægge forebyggende sundhedsordninger, som kan bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse«. Dette skal foregå dels ved en generel indsats og dels ved en individorienteret indsats. Den individorienterede indsats bør både rettes mod alle unge og i særlig grad mod de svagest stillede børn og unge. Amtsrådet og kommunalbestyrelserne skal sikre en koordination af denne indsats.

Danmark er i dag inddelt i 13 amter. Tre kommuner – Københavns og Frederiksberg Kommuner og Bornholms Regionskommune – har særstatus og fungerer både som amt og kommune. Som en del af nærværende undersøgelse blev der i foråret 2005 blandt 12 af amterne og to af de tre ovennævnte kommuner lavet en telefoninterviewundersøgelse. Ét amt og en kommune lykkedes det ikke at få arrangeret interview med. Formålet med interviewene var at belyse amternes rolle og indsats i det forebyggende arbejde omkring børn og unges sundhed. Interviewene rettede sig i hvert amt mod en eller flere personer med en central placering i det forebyggende arbejde omkring børn og unge (se afsnit 3.2 Telefoninterviewundersøgelse).

Det har tidligere været almindeligt i amterne at have en amtssundhedsplejerske til at koordinere det forebyggende arbejde omkring børn og unge. På tidspunktet for dataindsamlingen havde kun to amter bibeholdt denne stillingsbetegnelse. Det forebyggende arbejde organiseredes forskelligt i amterne og var indplaceret forskelligt i amtets organisatoriske struktur. Derfor blev interviewene lavet med repræsentanter fra forskellige typer af afdelinger i de forskellige amter. Følgende afdelinger var repræsenterede: drift- og planafdeling, sundhedsfremmeenhed i afdeling for folkesundhed, forebyggelsesafdeling, afdeling for forebyggelse og sundhed, udviklingsafdeling, forebyggelsessekretariat, forebyggelsesråd, afdeling for sygesikring og sundhedsfremme, familiecentervirksomhed og forebyggelsesvirksomhed (de sidste to på Bornholm, hvor man efter omlægningen til regionskommune indførte virksomhedsstruktur). Fra de nævnte afdelinger blev følgende fagpersoner interviewet: amtssundhedsplejersker (findes i dag kun i to amter), udviklingskonsulenter med sundhedsfaglig baggrund, sundhedsfaglige konsulenter, sundhedsfremmekonsulenter, kontor- og vicekontorchef, afdelingsledere, forebyggelsesledere og projektkoordinatorer. Enkelte amter henviste endvidere til den koordinerende sundhedsplejerske i amtets største kommune.

Telefoninterviewundersøgelsen omhandlede følgende temaer: initiativer til at øge deltagelsen i helbredsundersøgelser og vaccinationer i almenpraksis, samarbejdet mellem amt og kommune samt indsatsområder i amterne.

Hvor der i det følgende står »amter«, refereres der samlet til amterne og de store kommuner med særstatus.

Interviewundersøgelsen gav indtryk af, at der er forskel på, i hvor høj grad det forebyggende arbejde omkring børn og unge prioriteres i de forskellige amter, men også at alle amter har forebyggelsesinitiativer på området, og at de fleste amter har iværksat meget omfattende initiativer.

Tilslutningen til helbredsundersøgelser og vaccinationer i almenpraksis

I ét amt havde man en fast procedure til at øge deltagelsen i de forebyggende helbredsundersøgelser i almenpraksis. Sundhedsplejersker og læger samarbejdede om at henvise børnene, og lægerne kontaktede familierne til de børn, der ikke mødte op til undersøgelserne.

I syv amter havde man taget særligt initiativ til at øge vaccinationsdeltagelsen. I nogle amter blev børnene indkaldt, når de nåede den relevante alder for en vaccination. I ét amt udsendtes der for eksempel adresselabels fra amtet til lægerne på de børn, der havde nået alderen for MFR 2-vaccination. Andre amter kontaktede efterfølgende de familier, hvis børn ikke var blevet vaccineret.

En undersøgelse om tilslutningen til helbredsundersøgelser og vaccinationer i almenpraksis viste en effekt af en aktiv indsats fra lægens side på deltagelsen hos de familier, der ikke af sig selv møder op til undersøgelser og vaccinationer (11).

Samarbejdet mellem amt og kommune

I næsten alle amter var der en fast, regelmæssig kontakt mellem amt og kommuner i form af faste kontaktfora med regelmæssige møder. Kontakten bestod typisk i faste møder mellem de ledende sundhedsplejersker i kommunerne og amtets forebyggelsesafdeling (eller tilsvarende afdeling). I to amter aftales møder, når der var behov herfor. Derudover var der forskellige andre konstellationer af kontaktfora; for eksempel kunne amtet have faste møder med kommuneforeningen, socialcheferne i kommunerne eller med repræsentanter for den kommunale sundhedstjeneste.

I de fleste amter var der endvidere faste fora til formidling af kontakt mellem sygehusafdelinger (typisk barsel- og børneafdelinger og eventuelt fødeafdelinger) og den kommunale sundhedstjeneste, hvilket må ses som et forsøg på at samordne og koordinere behandling, pleje og rådgivning af børn og deres familier inden for et amt. Der er for eksempel udarbejdet fælles retningslinjer for ammevejledning, aftaler om udskrivelse af præmature børn, formaliseret samarbejde mellem sygehuse og kommuner om neonatal hørescreening samt tidlig udskrivelse fra sygehus efter fødsel.

I mange tilfælde udsprang der netværksgrupper eller arbejdsgrupper af disse amtslig-kommunale samarbejdsfora. Netværksgrupperne var fagspecifikke på områder som for eksempel amning, præmature børn, fødselsdepression, tidlig indsats ved graviditet og fødsel og i den tidlige spædbarnsalder, pædagogiske metoder, elektronisk børnejournal, astma, psykosomatik eller børn og unge med særlige behov. Disse samarbejdsgrupper arrangerede ofte aktiviteter som temadage og uddannelsesstilbud til ansatte i amter og kommuner, herunder den kommunale sundhedstjeneste.

I mange amter gav de interviewede repræsentanter udtryk for bekymring for det forebyggende arbejdes vilkår efter den kommende kommunalreform, hvor amterne vil blive nedlagt. Bekymringen drejede sig hovedsageligt om, hvorvidt et veletableret fagligt miljø, hvor for eksempel metodeudvikling foregår, måske vil forsvinde. Derudover drejede bekymringen sig om, at det kan blive svært for det kommunale personale, som skal passe det daglige praktiske arbejde, at få tid og overskud til at planlægge og iværksætte overordnede strategier og tiltag på forebyggelsesområdet og at tage initiativ til tværfaglige samarbejdskonstellationer i et omfang svarende til det aktuelle. En del amter forsøger i disse år, i endnu højere grad end tidligere, at få så mange projekter som muligt forankret i kommunerne, så der er større chance for, at projekterne kan leve videre i kommunalt regi efter nedlæggelse af amterne.

Indsatsområder i amterne

I det følgende vil vi forsøge at give en beskrivelse af, hvilke forebyggelsesområder der har specielt fokus i disse år, hvilke typer af projekter og initiativer der er i gang, samt hvordan disse er forankret i hhv. amt og kommune, herunder eksempler på finansieringsaftaler amt og kommune imellem. Data er indhentet ved semistrukturerede interviews og giver dermed en beskrivelse af indholdet snarere end omfanget af aktiviteter.

Fokusområder

Der er mange forebyggelsesaktiviteter i gang i amterne. Nedenfor nævnes de hovedtemaer, som blev rapporteret fra amterne:

- **Kost og motion.** For eksempel skolemad, sund madkultur, tidlig opsporing af overvægt, overvægt blandt etnisk minoritets-børn, vejledning om kost hos 0-3-årige, familiemotion, samarbejde med DGI, samar-

bejde med diætister, undervisning af skolelærere, samt projekter, hvor enkelte skoler og institutioner skal fremstå som modeller i et amt.

- Sex, prævention, seksuelt overførte sygdomme. For eksempel ung til ung-projekter, hvor universitets- og seminaristuderende underviser skolebørn eller redigerer hjemmesider om emnet, undervisning ved sundhedsplejersker, sygeplejersker og jordemødre.
- Sundhedsfremme generelt. For eksempel sundhedsfremmende skoler og institutioner, Sund By-projekter.
- Monitorering, dokumentation. For eksempel fælles, systematisk og kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournal, som lægges i den kliniske børnedatabase (indtil nu for 0-1-årige, fremover også for indskolingsbørn), central registrering af børnesundheden, elektronisk børnejournal, monitorering af børns højde og vægt.
- Sociale tiltag. For eksempel social behandling af unge overvægtige og af børn i misbrugsfamilier, forebyggelse af børnemishandling og omsorgssvigt.
- Amning. For eksempel spædbørnsvenlige kommuner (tidligere kunne hospitaler blive erklæret spædbørnsvenlige, hvis de levede op til en række kriterier på ammeområdet. Nu kan hele kommuner blive det, blandt andet ved en særlig uddannelse af sundhedsplejersker), forebyggelse af tidligt ammeophør.
- Fødselsrelaterede tiltag. For eksempel tidlig indsats ved graviditet og fødsel og i den tidlige spædbarnsalder, forebyggelse af efterfødselsreaktioner, retningslinjer for udskrivelse af spædbørn fra sygehus, evaluering af barselplejen.
- Alkohol, tobak.
- Hygiejne. For eksempel hygiejniske retningslinjer i lommeformat til sundheds- og institutionspersonale.
- Information. For eksempel fællespublikationer til hele amtet vedrørende forskellige områder mhp. ensrettet information til borgere og personale.
- Uddannelse. For eksempel længere- og korterevarende videreuddannelse af sundhedsplejersker, klinisk undervisning af sundhedsplejersker.

Finansiering

En mindre del af de konkrete projekter var udelukkende forankret i amtet og finansieret herfra. Den overvejende del fungerede som samarbejdsprojekter mellem amt og kommune, både praktisk og finansielt. Og endelig var en del projekter udsprunget i amtsregi og siden blevet en del af driften i kommunerne. Fra flere amter blev det understreget, at en tidlig forankring i kommunen er afgørende for, om det lykkes at få projekterne fast etableret i kommunerne med tiden.

Eksempler på aktiviteter finansieret af amtet:

- Videreuddannelse af sundhedsplejersker.
- Tobaksprojekt. Undervisningsmateriale til 6.-8. klasse er udarbejdet i amtet og udlånes via amtscenteret.

Eksempler på aktiviteter, hvor finansieringen enten er delt mellem amt og kommune, eller hvor et projekt er startet i amtsregi og videreført i kommunaldriften:

- Krop, mad og bevægelse. Amtet bekoster initiativ, undervisning, udvikling, kurser og evaluering. Kommunerne forpligter sig til at udbrede erfaringerne.
- Børn, mad og bevægelse. Er startet som amtsprojekt og bliver formodentlig fast implementeret på et tidspunkt.
- Skole, børn og sund madkultur. Er udgået fra en amtslig undersøgelse om spisevaner. Er nu etableret i kommunerne, så kun få skoler i det pågældende amt i dag er uden madordning.
- Telefonrådgivning for forældre givet af en sundhedsplejerske. I ét amt er det en kommunal opgave, som amtet betaler. I et andet amt betaler amtet 50% af lønnen.
- Sund By-butik. Forskellige finansieringsformer i de forskellige amter, for eksempel kan amtet betale for en sundhedskoordinator.
- Undervisning i 8.-10. klasse ved sygeplejersker fra gynækologisk afdeling, sundhedsplejersker og jordemødre. Startede med midler fra Sundhedsstyrelsen. Nu er det en del af driften. Der er delvis brugerbetaling fra skolerne.
- Klinisk børnedatabase »Børns sundhed«.

Eksempler på aktiviteter, hvor der er økonomisk støtte fra andre instanser end amt og kommune:

- Børn, unge og bevægelse med inddragelse af DGI og et antal kommuner. Midler kommer fra Kulturministeriet og amtet.

- Social behandling af svært overvægtige unge. Betales fra Sundhedsstyrelsens overvægtspulje.
- Værdier i sundhedsplejen. Støttes fra Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd.

Sammenfatning og diskussion

Vores undersøgelse tyder på, at der i amterne foregår meget udviklingsarbejde af samordnende og koordinerende karakter på forebyggelsesområdet. Hvor kommunerne i højere grad synes at være beskæftiget med at klare det daglige praktiske arbejde (driften) med de etablerede forebyggelsesaktiviteter, kommer initiativer til for eksempel uddannelse, udvikling, temadage, netværksgrupper mv. fra amtet. Amtet har mulighed for at etablere initiativer og sætte nye tiltag i gang, som senere kan videreføres i kommunerne. En del aktiviteter finansieres indledningsvist af amtet, hvorefter kommunerne fører ordningen videre, når den er veletableret. Mange initiativer finansieres af amt og kommune i fællesskab; eksempelvis kan amtet tilbyde undervisning, mens kommunen bekoster fraværet af medarbejdere, mens undervisningen står på.

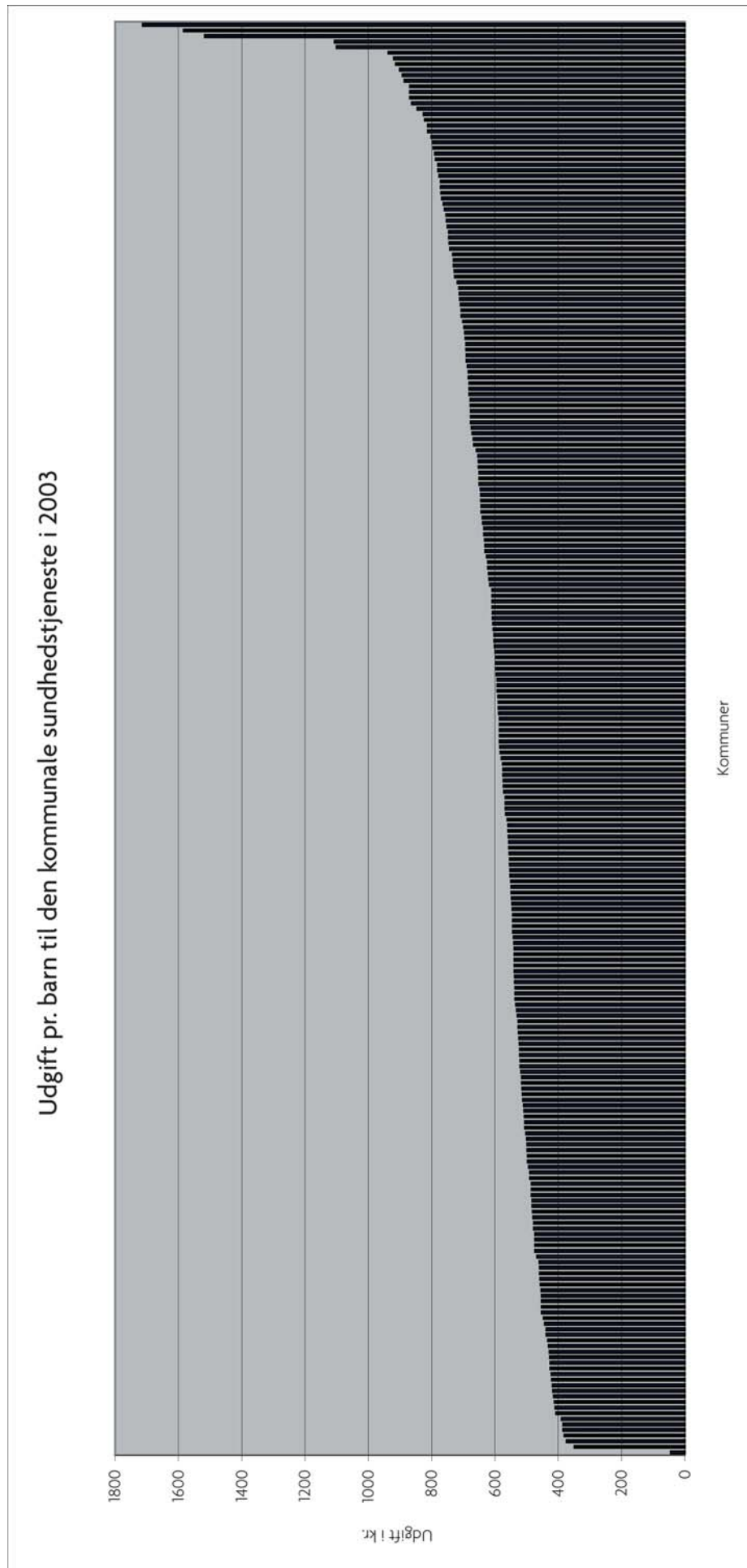
I alle amter var der et eller flere tiltag til forebyggelse af overvægt blandt børn og unge. Dette område ser ud til uden sammenligning at være det højest prioriterede i øjeblikket. Der var ligeledes iværksat en del projekter i forhold til sex, prævention og seksuelt overførte sygdomme. Der var en del generelt sundhedsfremmende tiltag, og endelig var der initiativer i gang forskellige steder til forbedring af monitoreringen af børnesundheden, for eksempel i form af central registrering af børnesundheden, kvalitetsudvikling af sundhedsplejerskens journaler, elektronisk børnejournal eller monitorering af skolebørns højde og vægt, hvor udviklingen vurderes hvert år.

4.8 Økonomi

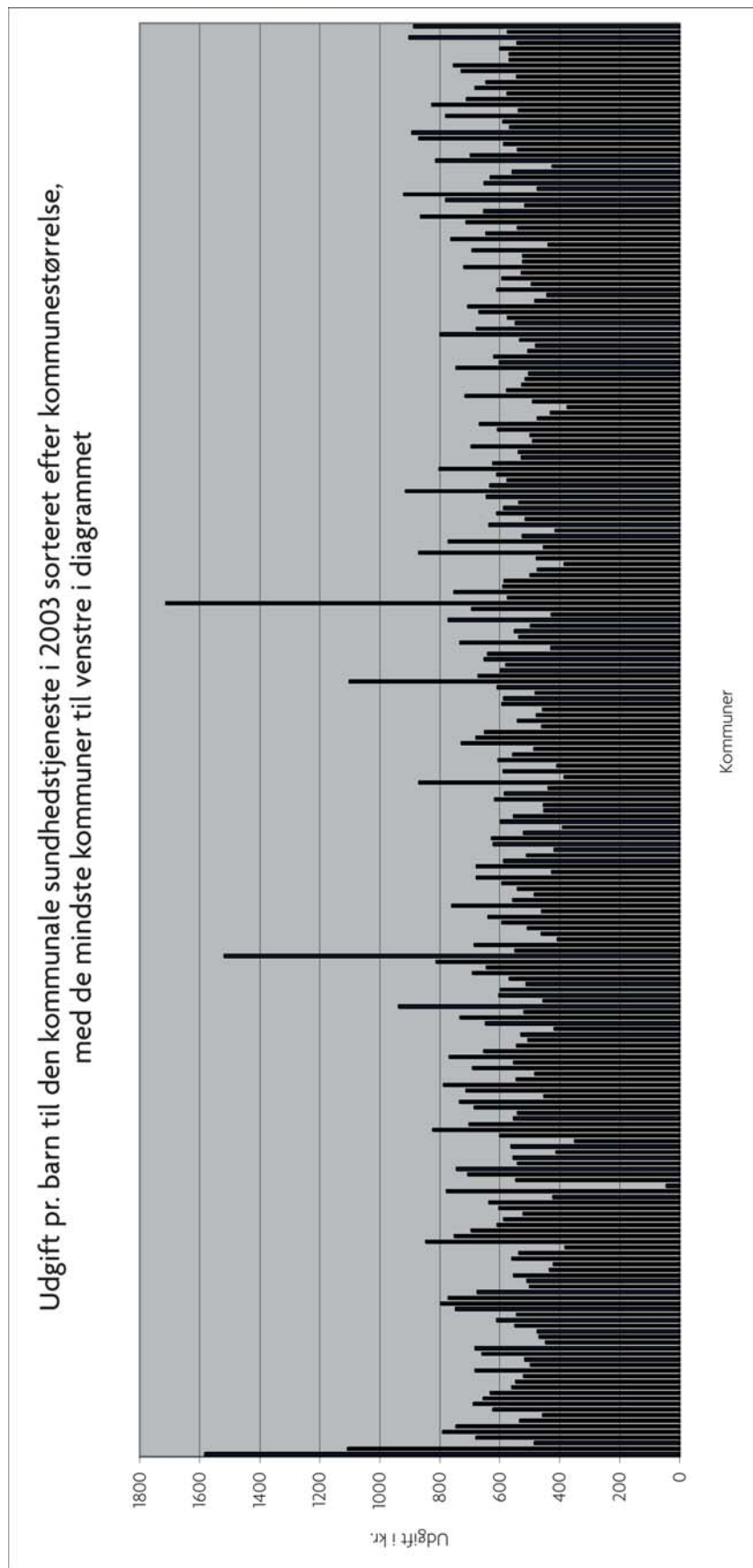
Vi har opgjort kommunernes og amternes anvendte økonomiske ressourcer ved hjælp af data fra Danmarks Statistik.

I figur 13 er angivet den samlede udgift i kr. pr. barn til den kommunale sundhedstjeneste i 2003. I tabellen vises udgifter for alle kommuner sorteret efter udgiftens størrelse. Udgiften til den kommunale sundhedstjeneste er indberettet til Finansministeriet og opgjort fra Danmarks Statistik og er sat i forhold til antallet af 0-16-årige i kommunen. I figur 14 er angivet det samme, men her er kommunerne sorteret efter befolkningsstørrelse med de mindste kommuner til venstre i figuren.

FIGUR 13



FIGUR 14



Af figur 13 ses det, at udgifterne i de enkelte kommuner i 2003 varierede mellem 349 og 1.712 kr. pr. barn, når man ser bort fra en enkelt kommune, hvor udgiften var opgjort til kun 44 kr. pr. barn. Det gennemsnitlige forbrug pr. barn for disse kommuner var 610 kr. pr. barn.

Af figur 14 ses det, at udgifterne til den kommunale sundhedstjeneste i 2003 ikke var afhængig af kommune-størrelse.

Ved kobling af oplysninger fra Danmarks Statistik om gennemsnitlig personlig indkomst i kommunerne med oplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen om, i hvor høj grad de enkelte kommuner lever op til lovens anbefalinger, fandt vi, at højindkomstkommuner var mindre tilbøjelige til at have funktionsundersøgelser på alle klassetrin foretaget af en sundhedsplejerske. På den anden side så vi, at kommuner med få sundhedsplejerskebesøg i hjemmet typisk var kommuner med lave personlige indkomster. Således havde alle kommuner med mindre end seks hjemmebesøg pr. 0-1-årig en gennemsnitlig personlig indkomst på under 200.000 kr. Der sås ingen sammenhæng mellem indkomstgrundlag og følgende forhold: om kommunen havde børn og unge-læge tilknyttet, om der i kommunen rutinemæssigt blev gennemført både ind- og udskolingsundersøgelser af en læge, og om der var tværfaglige grupper i kommunen.

5 Sammenfatning

Førskolebørn

Forebyggelsen blandt børn fra fødsel til skolestart varetages altovervejende af sundhedsplejersken og den praktiserende læge, for sundhedsplejerskens vedkommende i form af hjemmebesøg og for lægens vedkommende ved forebyggende helbredsundersøgelser og vaccinationer.

Vi fandt, at der var stor forskel på, hvor mange sundhedsplejerskebesøg der tilstræbtes i de forskellige kommuner. Generelt tilstræbtes der flere besøg hos førstegangsfødende end hos flergangsfødende. Seks eller syv besøg var det mest almindelige til førstegangsfødende, mens fire-fem besøg var det mest almindelige til flergangsfødende. Der var ligeledes stor forskel på antallet af faktisk gennemførte besøg.

Af Sundhedsstyrelsens retningslinjer til loven fremgår det, at kommunerne bør udarbejde rutiner for sundhedsplejerskens handlemåde i tilfælde af, at en familie ikke ønsker at modtage besøg i hjemmet. Alligevel havde kun halvdelen af landets kommuner faste rutiner på området.

93-95% af danske børn deltog i 2004 i de forebyggende helbredsundersøgelser hos egen læge, som ligger inden for det første leveår. Deltagelsen faldt derefter, med den laveste deltagelse ved 4-års-undersøgelsen på 65%. Generelt var deltagelsen højest ved de undersøgelser, der falder sammen med en vaccination i henhold til børnevaccinationsprogrammet. Deltagelsen har været stabil over de seneste fem år, bortset fra 2-, 3- og 4-års-undersøgelserne, som faldt markant efter ophør af oral polio-vaccine i 2001. Det er svært at afgøre, om der er sket et reelt fald i forhold til tidligere. En undersøgelse fra 1994 fandt en deltagelse på 98% til 5-ugers- og 5-måneders-undersøgelsen, men undersøgelsen baserede sig på spørgeskemadata i modsætning til nærværende undersøgelse, som er baseret på registerdata.

Vi fandt i 2004 en tilslutning til Di-Te-Ki-Pol-Hib-vaccinationerne i det første leveår på 91-93%. Di-Te-Ki-Pol-revaccinationen i 5-års-alderen lå lavest af børnevaccinationerne med en dækning på 81%. Deltagelsen i MFR-vaccinationerne lå på 91% i 15-måneders-alderen og 87% i 12-års-alderen. Der har gennem de senere år været en del kampagner for deltagelsen i 12-års-MFR-vaccinationen. I tidligere nævnte spørgeskemaundersøgelse fra 1994 fandt man en dækning på 92% blandt de deltagende børn.

Skolebørn

Vore resultater indikerer, at monitoreringen af danske skolebørns helbredstilstand, trivsel og vækst prioriteres i mindre grad i dag end for seks år siden, hvor Sundhedsministeriet foretog den seneste opgørelse.

Andelen af kommuner med tilknyttet børn og unge-læge faldt fra 79% i 1998 til 72% i 2004, hvilket betød, at 21% af danske skolebørn i 2004 boede i en kommune uden børn og unge-læge. Andelen af kommuner, hvor læger foretog helbredsundersøgelser af alle skolebørn ved både ind- og udskoling var i 2004 52%. I skoleåret 1996/1997 gennemførtes der rutinemæssigt indskolingsundersøgelser i 59% af kommunerne og udskolingsundersøgelser i 51% af kommunerne. Kun i 17 kommuner (6%) blev der i 2004 både foretaget funktionsundersøgelser ved sundhedsplejerske på alle klassetrin og ind- og udskolingsundersøgelser ved læge. Hvorvidt omfanget af sundhedsplejerskernes arbejde på skolerne er faldet i perioden, er mere usikkert. I 1998 blev det opgjort, at sundhedsplejerskerne i 60% af kommunerne gennemførte funktionsundersøgelser på alle klassetrin, mens dette tal i 2004 var 8%. En del af denne markante ændring kan sandsynligvis forklares med, at spørgsmålet blev stillet forskelligt i de to undersøgelser. Hvor stor en del, der skyldes metodemæssige problemer, er imidlertid svært at afgøre. Hvis man antager, at kommuner, der i 1998 foretog funktionsundersøgelser hyppigere end hvert andet år, er registreret til at have foretaget undersøgelserne hvert år (60%) (se afsnit 4.2 Sundhedsplejerskeordningen), kan man sammenligne tallet med andelen af kommuner, der i 2004 foretog undersøgelser hyppigere end hvert andet år (56%), og i så fald er der kun tale om et beskedent fald i den pågældende periode.

Stillinger i den kommunale sundhedstjeneste

Vores undersøgelse tyder på, at sundhedsplejerskeuddannelsen og sundhedsplejerskestillingerne er attraktive, mens det modsatte synes at være tilfældet for kommunallægestillingerne. Dette skal måske ses i sammenhæng med, hvilke alternativer der er for hhv. sygeplejersker og læger. Det kan tænkes attraktivt for en sygeplejerske at tage en uddannelse, der giver hende mulighed for dagarbejde og måske større kontinuitet i arbejdet, i modsætning til typiske sygehusansættelser med skiftende arbejdstider. Det kunne i princippet også synes attraktivt for lægerne at have mulighed for dagarbejde, men her er problemet blandt andet, at kommunallæge-

stillingen ofte er en deltidstilling, som i de mindre kommuner er normeret til ganske få ugentlige timer. Dette kan betyde, at lægen er nødt til at kombinere stillingen med for eksempel en sygehusansættelse eller arbejde i egen praksis.

Derudover har det været anført, at lægestillingerne ofte kun rummer tid til ind- og udskolingsundersøgelserne, hvilket en læge med interesse for det forebyggende arbejde kan finde utilfredsstillende, idet der så ikke er mulighed for at indgå i det bredere forebyggende arbejde i kommunen. Vores undersøgelse er ikke entydig mht. dette spørgsmål. På den ene side fandt vi, at lægerne i en del kommuner var involverede i andre områder af forebyggelsen blandt børn og unge. På den anden side var vores spørgeskemaer ikke besvaret fyldestgørende nok til, at vi kunne opgøre det faktiske timetal anvendt på opgaver andre end ind- og udskolingsundersøgelserne, og vi kan derfor ikke afgøre, hvor stor en andel af lægernes tid, der gik med hvilke opgaver. For lægernes vedkommende kan man endvidere forestille sig, at de læger, som kunne overveje en børn og unge-læge-stilling, i nogle tilfælde vil være de samme som dem, der planlægger at blive almenpraktiserende læger, og økonomisk set vil egen praksis formodentlig være mere attraktiv end en kommunal ansættelse. Endelig har lægen sjældent mulighed for at følge de enkelte børn, da han/hun typisk kun ser hvert barn én til to gange i et skoleforløb.

Tværfaglige grupper

Næsten alle kommuner havde pr. 31. december 2004 mindst én tværfaglig gruppe. For etableringen af disse grupper ses der en positiv udvikling gennem de seneste seks år. I 1998 havde 87% af landets kommuner tværfaglige grupper, mens dette tal i 2004 var steget til 94%. Dog må det bemærkes, at 6% af kommunerne stadig i 2004, otte år efter lovens ikrafttræden, ikke havde etableret tværfaglige grupper.

53% af kommunerne havde i 2004 altid en person i gruppen med ansvar for kontakten til familien, som foreskrevet i loven. 85% af kommunerne havde altid eller ofte en sådan person.

Karakteristik af kommuner

I bestræbelserne på at undersøge, om der kunne ses nogle fællestræk ved de kommuner, der i høj grad lever op til lovgivning og anbefalinger på børnesundhedsområdet, fandt vi, at kommunens størrelse mere end kommunens økonomiske niveau havde betydning. Det bør dog bemærkes, at der blandt kommunerne med de højeste, gennemsnitlige personindkomster var kommuner, der ikke havde en børn og unge-læge ansat. Endelig undersøgte vi, om den politiske linje i kommunen var af betydning; vi fandt ingen sammenhæng mellem borgmesterens politiske tilhørsforhold og graden af dækning af lovens intentioner i kommunerne.

Af vore resultater sås det, at store kommuner var mere tilbøjelige til at have en børn og unge-læge tilknyttet end mindre kommuner. Samtidig fandt vi, at der blandt de store kommuner var en relativt stor andel, hvor børn og unge-lægen ikke rutinemæssigt foretog ind- og udskolingsundersøgelser, og hvor sundhedsplejersken ikke foretog funktionsundersøgelser på alle klassetrin. Det er umiddelbart selvmodsigende, at de store kommuner har børn og unge-læger, men er mindre tilbøjelige til at få gennemført de anbefalede undersøgelser. En forklaring kunne være, at det forebyggende sundhedspersonale i de store kommuner har relativt færre timer normeret pr. barn end i de små kommuner og derfor vælger at nedprioritere nogle af de forebyggende undersøgelser, eller at der i de store kommuner går mere tid fra til børn og unge med særlige behov.

Til gengæld så vi, at der mht. omfanget af sundhedsplejerskens arbejde blandt de mindste børn ikke var nogen sammenhæng med kommunens størrelse. Dette kunne tyde på, at hvis sundhedsplejerskerne er pressede, vælger man i kommunerne at prioritere hjemmebesøg i barnets første leveår frem for indsatsen i skolealderen. Dette synes forståeligt, dels fordi mange vil mene, at sundhedsplejerskens kerneydelse netop ligger hos de helt små børn, og dels fordi man, hvis der skal prioriteres, kan mene, at der er andre faggrupper, der kan tage over, når børnene kommer i skole, for eksempel skolelægen. Her er det naturligvis et problem, hvis der samtidig er mangel på skolelæger, eller hvis de skolelæger, der er, ikke kan nå at lave ind- og udskolingsundersøgelser på alle børn. Herved risikerer monitoreringen af skolebørn at blive overset, og det forebyggende arbejde efterlades i et tomrum.

Mht. etableringen af tværfaglige grupper til varetagelse af de svagest stillede børns behov sås der ingen sammenhæng med befolkningsstørrelse, antal skolebørn eller indkomstgrundlag i kommunen.

Indsatsområder i kommuner og amter

Både i kommuner og amter står kost og motion højt på dagsordenen som indsatsområder over for børn og unge. Herudover pågår der en lang række initiativer på andre områder, som for eksempel prævention, sex,

amning, barsel- og spædbarnsperiode, alkohol, tobak, hygiejne, sociale tiltag, information, formidling, sundhedsfremme generelt, monitorering, dokumentation og efteruddannelse af personale. Vores undersøgelse viser, at der i amterne foregår meget udviklingsarbejde, og at de fleste forebyggelsestiltag forsøges fast etableret i kommunerne.

At kost og motion prioriteres højt i amter og kommuner må ses som en følge af den generelle fokus, der er på overvægt i disse år. Mange eksperter taler om en decideret fedmeepidemi. Forekomsten af overvægt blandt børn og unge i Danmark er steget cirka 10 gange over de seneste 50 år, og i 2003 var 15-20% af danske børn og unge overvægtige (12). Forekomsten af svært overvægtige voksne er mere end fordoblet i perioden 1987-2001, og den største relative stigning er sket blandt unge voksne (13). Om den fokusering på forebyggelse af overvægt, vi ser i amter og kommuner, sker på bekostning af andre områder, for eksempel rusmidler, kan vi ikke afgøre, og vi har ikke sammenligningsgrundlag fra tidligere.

Afrunding

Nærværende rapport har haft til opgave at foretage en kortlægning af de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge i Danmark. I rapporten er vore data, hvor det har været muligt, blevet sammenholdt med Sundhedsministeriets redegørelse fra 1999 for at muliggøre en vurdering af den tidsmæssige udvikling i det forebyggende arbejde på området.

Det var fra projektets begyndelse hensigten, at arbejdet skulle danne basis for en egentlig evaluering af enkelte af indsatsområderne. Således bliver der i 2005 og 2006 påbegyndt to større projekter med det formål at evaluere henholdsvis de forebyggende helbredsundersøgelser i almenpraksis og den skolebaserede forebyggelse. Projekterne gennemføres af Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsens Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Begge projekter forventes afsluttet i 2007.

6 Referencer

1

Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Lov nr. 438 af 14. juni 1995. Sundhedsministeriet 1995.

2

Lov om ændring af lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Lov nr. 344 af 27. maj 2002. Sundhedsministeriet 2002.

3

Lov om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme. Lov nr. 634 af 17. december 1976. Sundhedsministeriet 1976.

4

Kapitel 3.8 Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. I: Fordelingen af opgaver, Opgavekommissionen, Indenrigsministeriet. 1999. Link: http://www.im.dk/publikationer/opg_kom_regel/sundhedsministeriet.htm#3_8 (citeret 22. juli 2005).

5

Statusredegørelse for kommunernes og amternes indsats vedrørende de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Sundhedsministeriet 1999.

6

Lov om ændring af lov om offentlig sygesikring og lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge (ophævelse af krav om kommunal sundhedsredegørelse). Lov nr. 1210 af 27/12/2003. Sundhedsministeriet

7

Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinier. Sundhedsstyrelsen 1995.

8

Indstillingsdokument i Kommunernes Landsforening vedr. ændring af lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge (ophævelse af krav om ansættelse i den kommunale sundhedstjeneste). Link: <http://www.kl.dk/data/851081/Manchet%20om%20forebyggende%20sundhedsordninger%208.%20feb%2002.doc> (citeret 22. juli 2005).

9

Guldager E. Spædbørn i profil. Hovedrapport. København: Socialdirektoratet 1994.

10

Tilslutning til børnevaccinationsprogrammet 1998-2001. EPI-NYT 2002; 15.

11

Flachs L. Tilslutningen til børneundersøgelser og vaccinationer. Månedsskr Prakt Lægegern 1999; 77:249-256.

12

Pearson S, Olsen LW, Hansen B, Sørensen TIA. Stigning i overvægt og fedme blandt københavnske skolebørn i perioden 1947-2003. Ugeskr Læger 2005; 167:158-162.

13

Bendixen H, Holst C, Sørensen TIA, Raben A, Bartels EM, Astrup A. Major increase in prevalence of overweight and obesity between 1987 and 2001 among Danish adults. Obes Res 2004; 12:1464-1472.

7 Bilag

Bilag 1: Nøgletal fra kommunerne

Bilag 1 er en tabel, som viser centrale oplysninger for hver enkelt kommune i Danmark. Oplysningerne stammer dels fra Danmarks Statistik og dels fra kortlægningens spørgeskemaundersøgelse, som er gennemført i alle landets kommuner.

For en række kommuner mangler en eller flere oplysninger. Dette skyldes enten, at kommunen ikke har besvaret det udsendte spørgeskema eller kun har besvaret det delvist.

Hvis du vil printe bilaget ud, skal du ved udprint markere, at filen skal printes ud i liggende layout. Så kommer alle kolonner med på printet.

Du finder bilaget ved at klikke [her](#)