

Rapport fra Sundhedsstyrelsens
projektgruppe vedrørende
børnemonitorering

Forslag til et centralt
monitoreringsprogram
for børnesundhed

Sundhedsstyrelsen, 2004

Indhold

1	Resumé	1
2	Baggrund	5
2.1	De forebyggende sundhedsordninger for børn og unge	5
2.2	Indberetningspligten	5
2.3	Behov for en ny registrering i den kommunale sundhedstjeneste	7
2.3.1	Elektronisk børnejournal, EBJ	7
2.4	Formål med ordningerne	8
2.5	Professionelle sundhedspersoner til at vurdere børnesundheden	8
3	Oplysninger om børnesundhed i Danmark	10
3.1	Nuværende datakilder	10
3.2	Områder hvor der mangler data	11
4	Rapporter om børnemonitorering fra andre lande	13
4.1	CHILD, Child Health Indicators of Life and Development, 2002, report to the European Commission	13
4.2	America's children: Key national indicators of well-being 2002. Forum on child and family statistics	14
4.3	Indicators for child health, development and wellbeing. A systematic review of the literature and recommendations for population monitoring. Royal childrens' hospital Melbourne	14
4.4	Nasjonalt helseindikatorsystem og helsedatabasen. Norgeshelse i år 2000. Statens Institut for folkehelse	14
4.5	Italian working group on Child Health Indicators	15
4.6	Konklusion	15
5	Børnemonitoreringsprojektet	17
5.1	Formålet med Sundhedsstyrelsens projekt om udarbejdelse af et monitoreringsprogram for børnesundhed	17
5.2	Hvad vil vi registrere og hvordan	17
5.3	Arbejdsprocessen	18
6	Tekniske kriterier for børnesundhedsindikatorer	20
6.1	Sundhedsindikatorer kontra sygelighedsindikatorer	20
6.2	Arbejdet i den kommunale sundhedstjeneste og muligheden for registrering som en del af arbejdet	20
6.3	Hvad er registrering i forbindelse med overvågning og hvad er screening? (God screeningspraksis)	20
6.4	Sammenligning med andre rapporter om børnemonitorering	21
6.5	Krav til indikatorer	21
6.6	Typer af indikatorer	22
6.6.1	Struktur, - proces og resultatindikatorer i den kommunale sundhedstjeneste	22
6.6.2	Projektgruppens vurdering	22

6.7	Projektgruppens krav til indikatorer	22
6.7.1	Sundhedsmæssig relevans	22
6.7.2	Evidens	23
6.7.3	Tilgængelighed	23
6.7.4	Målbarhed	23
6.7.5	Samspil	23
6.8	De dele af registreringen af kommunernes service, som ønskes bevaret	23
6.8.1	Rutinemæssige hjemmebesøg i førskolealderen	24
6.8.2	Rutinemæssige kontakter til børn i skolealderen	24
6.8.3	Konsulentopgaver	24
6.8.4	Personalenormering	24
6.8.5	Fordelingen mellem rutineopgaver og andet arbejde	25
7	Overvejede indikatorer	26
7.1	Hovedområder for registrering	26
7.1.1	De af undergrupperne foreslåede indikatorer, oversigt	26
7.2	Skema over tidspunkter (alder) hvor registrering er foreslået at foregå	26
7.3	Begrundelse for indikatorerne	27
7.3.1	Adfærd	27
7.3.2	Mental sundhed	28
7.3.3	Fysisk sundhed	28
7.3.4	Miljø	29
8	De enkelte indikatorer	30
8.1	Mentale sundhedsindikatorer	30
8.1.1	Hovedomfang i barnealderen (HO)	30
8.1.2	Tidligt forældre-barn samspil	32
8.1.3	Psykisk udvikling og trivsel ved 1½ år (CHATen)	35
8.1.4	Psykisk trivsel hos 5-8 årige indskolingsbørn	37
8.2	Fysiske sundhedsindikatorer	42
8.2.1	Længde og vægt hos spædbørn og småbørn	42
8.2.2	Højde og vægt hos skolebørn	44
8.2.3	Astma og astmatiske symptomer	47
8.2.4	Menarche	50
8.2.5	Fysisk præstationsevne (kondition)	51
8.2.6	Funktionsbegrænsning	55
8.3	Adfærdsindikatorer	57
8.3.1	Passiv rygning	57
8.3.2	Amning	58
8.3.3	Mobning	60
8.3.4	Skærmtid	61
8.3.5	Voksen- og kammeratkontakt	64
8.3.6	Selvvrideret helbred	66
8.3.7	Alkoholforbrug	67
8.3.8	Rygning	68
8.4	Strukturindikatorer	69
8.5	Procesindikatorer	69
9	Indikatorerne udvalgt til et centralt monitoreringsprogram	70
9.1	Tilpasning af programmet	70
9.2	Registreringerne på de forskellige alderstrin	71
9.2.1	Første registreringstidspunkt, Besøg 8 måneder	72
9.2.2	Andet registreringstidspunkt, Besøg 18 måneder	73
9.2.3	Tredje registreringstidspunkt, Skolestart	73
9.2.4	Fjerde registreringstidspunkt, 12 år samtale/undersøgelse	74
9.2.5	Femte registreringstidspunkt, Udskoling	76
10	Perspektivering	80

10.1	Faglige konsekvenser af en central børnemonitorering	80
10.2	Implementering	80

1 Resumé

Danmark har haft sundhedsplejerskeordninger siden 1937 og skolelægeordninger siden 1946.

Der har ikke hidtil været systematisk indsamling af helbredsdata herfra, som det sker fra børnetandplejeordningerne, men der er indberetning til Sundhedsstyrelsen om aktivitet/produktivitet i ordningerne (ydelsesdata).

Trods en række gode datakilder om børnesundhed er der fortsat områder, hvor en monitorering ville være af væsentlig betydning for vurderingen af børnesundheden fx gælder det amning, overvægt, kondition, astma-allergi, psykosomatiske problemer, funktionsbegrænsning og visse typer af sundhedsadfærd.

Disse mangler er bl.a. blevet påpeget i forbindelse med evalueringen af folkesundhedsprogrammerne, og en fremtidig forbedring af børnesundhedsmonitoreringen nævnes som en forventning i regeringens folkesundhedsprogram "Sund hele livet". Der har fra sundhedsplejersker og læger været en del kritik af aktivitetsindberetningerne fra kommunerne til Sundhedsstyrelsen og et ønske om delvis at erstatte disse indberetninger med en statistik med sundhedsfagligt indhold. Allerede i slutningen af 1980'erne påpegede Primærkommunalt Statistikudvalg, at den kommunale statistik i højere grad burde afspejle børnesundhed og ikke kun være en produktionsstatistik.

En Projektgruppe i Sundhedsstyrelsens regi har i 2002-2003 arbejdet på at identificere indikatorer for børnesundhed, som egner sig til anvendelse i den kommunale sundhedstjeneste, og som opfylder nogle af ovenstående behov.

Det overordnede formål med et sådant børnemonitoreringsprogram er løbende at skaffe viden, som kan bruges i arbejdet for at bedre børnesundheden. Den kommunale sundhedstjenestes arbejde foregår blandt den almindelige børnebefolkning, og tankegang og problemstillinger er derfor anderledes end i sygehusvæsenet, hvilket afspejles i indikatorerne. Monitoreringsprogrammet har et folkesundhedsperspektiv.

Det er endvidere vigtigt indledningsvis at påpege, at indberetning af indikatorer til et centralt landsdækkende monitoreringsprogram for børnesundhed kun udgør en lille del af lægens og sundhedsplejerskens arbejde, også selvom det måske kan være med til at synliggøre det forebyggende sundhedsarbejde både i kommunerne og nationalt. Det er stadig det daglige arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse og herunder arbejdet med de vanskeligt stillede børn med særlige behov, som tager tiden, og som er det vigtigste.

Begrundelsen for de valgte indikatorer er flere. Indikatorerne skal belyse forhold, der er væsentlige for danske børns sundhed og trivsel, de skal supplere den eksisterende sundhedsstatistik dvs. give oplysninger, der ikke - eller kun uregelmæssigt - fås fra andre kilder, og deres indsamling skal kunne indgå som en naturlig del af den kommunale sundhedstjenestes arbejde, således at monitoreringen bidrager til kvaliteten i arbejdet og dialogen med barn og forældre og ikke fungerer som et tidskrævende irritationsmoment. For nogle af indikatorerne gøres der brug af forældrespørgeskemaer, en enkelt indikator kræver samarbejde med idrætslærerne og til adfærdsindikatorerne skal der bruges et hjælpeskema, som eleverne selv udfylder.

Sundhedsindikatorer bør så vidt muligt opfylde en række krav.

Der skal som udgangspunkt være evidens for indikatorerne både vedrørende deres betydning for sundhed og trivsel og for, at de kan måles på den angivne måde.

Det skal være praktisk muligt at registrere indikatorerne i den kommunale sundhedstjeneste evt. i samarbejde med andre (lærere, pædagoger). Dette har også haft indflydelse på de foreslåede registreringstidspunkter.

Den kommunale sundhedstjeneste skal være den bedste til at registrere/indsamle indikatorerne, og registreringen skal ikke ske andre steder, dvs. tidskrævende dobbeltregistrering bør undgås.

Indikatorerne skal beskrive en reel positiv eller negativ afvigelse hos børnene, og være et sikkert mål for det, man ønsker at måle.

Indikatorerne skal være så reproducerbare som muligt, således at store inter- og intraobservatørforskelle undgås. Der vil altid findes målefejl og variation, men de må begrænses ved præcise definitioner på indikatorerne og udførlige forskrifter for målingerne, og hvordan de registreres.

Endelig skal indikatorerne på forskellig vis kunne indgå i et fornuftigt samspil med eksisterende sygdoms/sundhedsindikatorer dvs. kunne bidrage med viden som mangler eller i visse tilfælde bruges til sammenligning.

De samfundsmæssige konsekvenser af en registrering og konsekvenserne for den enkelte skal være klare. Forståelse og accept af registreringen hos forældre og børn er en forudsætning. Registreringen må ikke medføre unødigt ængstelse, og den skal indgå som en naturlig del af de forebyggende undersøgelser og samtaler, så spørgsmål eller skemaudfyldelser også af børn og forældre opleves som relevant. Sygeliggørelse skal undgås, og der skal være behandlings- og hjælpetilbud, hvis der påpeges et problem.

De indsamlede data skal være anvendelige i vurderingen af udviklingen i børns sundhed og skal på samfundsplan kunne bidrage til fornuftig prioritering.

Nedenfor opremses de facetter af børns sundhed, som Projektgruppen kunne ønske sig løbende landsdækkende data på, og som også nævnes i flere udenlandske rapporter som emner for fremtidig registrering:

Tidlig udvikling og forældretilknytning

Amning

Almen trivsel

Psykisk helbred

Sygdom, der ikke er så alvorlig, at den medfører behandling i sygehusvæsenet (LPR) eller medfører død (dødsårsagsregistret)

Kronisk sygdom og handicap vurderet af sundhedspersonale

Vækst og vægt

Fysisk aktivitet og inaktivitet, kondition

En række adfærdsindikatorer

Forældrestøtte

Projektgruppen har valgt følgende hovedområder for registrering: mentale sundhedsindikatorer, fysiske sundhedsindikatorer og adfærdsindikatorer.

Der blev i første omgang foreslået lidt flere indikatorer end i nedenstående program men nogle blev forkastet, fordi de fandtes at have for ringe relevans for folkesundheden, fordi evidensen for deres anvendelighed var svag, eller fordi en registrering ville blive for omfattende.

Visse indikatorer, der beskriver ordningernes funktion (procesindikatorer), er forsøgsvis medtaget.

I nedenstående skema ses de anbefalede indikatorer og registreringstidspunkter. Der er 17 forskellige mål, og de registreres på 5 forskellige tidspunkter. Der er således 2 måletidspunkter fra 0-1½ år og 3 måletidspunkter i skolealderen. Aktørerne i de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge er den kommunale sundhedstjeneste og de alment praktiserende læger (som foretager vaccinationerne og børneundersøgelserne fra 0-5 år). I første omgang er der kun foreslået registreringer fra den kommunale sundhedstjeneste og ikke fra almen praksis. Programmet er individbaseret med SCOR (Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register) som model.

Programmet er overvejende udarbejdet af fagfolk, som til daglig arbejder med børn i den kommunale sundhedstjeneste. Programmet vurderes af Projektgruppen som ambitiøst men realistisk.

Førskolealder

Registrerings tidspunkt	Vækst	Amning	Tidligt forældre-barn samspil	Passiv rygning	Antal sundhedsplejerskebesøg 0-1½ år
8 mdr.	x	x	x	x	
1½ år	x	x			x

Skolealder

Registrerings tidspunkt	Vækst	Pendul løbetest	Astma	Funktions begrænsning	Selvvurderet helbred	SDQ	Voksen- og kammerat kontakt
5-8 år	x		x	x		x	
11-12 år	x	x	x		x		x
14-16 år	x	x	x	x	x		x

Registrerings tidspunkt	Mobning	Antal ugentlige timers motion	Skærmtid	Alkoholvaner	Rygning	Lægeundersøgelse foretaget	Antal sundhedsplejerskekontakter i skoleforløbet
5-8 år			x			x	
11-12 år	x	x	x	x			
14-16 år	x	x	x	x	x	x	x

En central børnemonitorering (som er landsdækkende og CPR baseret) vil give en række muligheder:

- Man vil løbende kunne få data, der fortæller noget om udviklingen i børns sundhed fx udviklingen i overvægt og fedme, udviklingen i astmaforekomst, børns kondition og børns trivsel, dvs. viden om, hvilken vej børnesundheden bevæger sig på væsentlige områder.
- Det vil være muligt løbende at tilføje eller udskifte indikatorer afhængigt af de sundhedsproblemer, der er relevante på det pågældende tidspunkt.
- Samspillet mellem sundhedspersonalet i de forebyggende sundhedsordninger for børn (dvs. sundhedsplejersker og læger/alment praktiserende læger) og centrale og lokale forebyggelsesinitiativer kan forbedres.

- Man vil kunne se resultaterne af vigtige dele af den forebyggende indsats, herunder den indsats der sættes i gang i forbindelse med folkesundhedsprogrammer og handlingsplanen mod overvægt og fedme.
- En monitorering kan løbende give lokale data på områder, hvor man hidtil højst har haft adgang til repræsentative ad hoc undersøgelser, og dermed give mulighed for at reagere på resultaterne
- Der skaffes mulighed for at se regionale forskelle.
- Opmærksomheden om det forebyggende arbejde vil øges.
- Registreringen kan udbygges til elektroniske journaler

Nogle af de foreslåede indikatorer kan komme til at betyde en ændring i arbejdsgangene, en større standardisering, men også en øget kvalitet, idet de kan medføre systematiske overvejelser over, hvad man siger og gør og hvorfor.

Endelig vil man slippe for at bruge tid på at registrere og indberette data, der næsten ikke anvendes, og som ikke oplyser noget om danske børns sundhed.

Det er planen, at programmet i løbet af 2004 skal afprøves i en pilotundersøgelse. Det skal ske i 3-5 kommuner i en 3 måneders periode. Til afprøvningen skal anvendes et internetbaseret indrapporteringsskema, som kan sendes til Sundhedsstyrelsen og efterfølgende bearbejdes i et analyseprogram med henblik på en vurdering af datakvalitet og anvendelighed. Sundhedsstyrelsen skal være data ansvarlig.

Ved pilotafprøvningen skal følgende søges belyst:

- Fungerer programmet teknisk – dvs. om skemaet forstås, kan man taste det ind og sende det tilbage osv.
- Kan indholdet og det praktiske i monitoreringen forenes med det daglige arbejde i sundhedstjenesterne
- Er data anvendelige til vurdering af børnesundheden

Når resultatet af pilotafprøvningen foreligger, skal det vurderes, om der skal ske ændringer i de foreslåede indikatorer.

2 Baggrund

2.1 De forebyggende sundhedsordninger for børn og unge

De *forebyggende sundhedsordninger* for børn og unge varetages af sundhedsplejersker, alment praktiserende læger (som foretager undersøgelser og vaccinationer af børn fra 0-5 år) og læger i den kommunale sundhedstjeneste.

I den *kommunale sundhedstjeneste* indgår sundhedsplejerske(r) og læge(r) og i visse tilfælde også andre faggrupper. Sundhedstjenesten skal sætte fokus på børnenes helbred og være med til at fremme børnenes sundhed og udvikling. Sundhedstjenesten skal fange begyndende problemer både helbredsmæssige, psykiske og sociale såvel på individniveau som på gruppeniveau. Den kommunale sundhedstjeneste arbejder sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende. Ved behov for behandling henvises barnet til egen læge.

Den kommunale sundhedstjenestes tilbud omfatter: sundhedsplejerskens besøg i hjemmet i barnets første år og evt. yderligere 1-2 gange før skolealderen, lægeundersøgelse ved skolestarten, regelmæssige sundhedssamtaler/funktionsundersøgelser ved sundhedsplejersken i løbet af skolealderen, sundhedsundervisning i samarbejde med lærerne, lægeundersøgelse ved slutningen af skolealderen, undersøgelse af børn med særlige behov og samarbejde om børn med særlige behov i kommunens tværfaglige gruppe(r), sundhedsfaglig bistand til kommunens institutioner (herunder rådgivning i hygiejnespørgsmål til børneinstitutioner og skoler) samt indsats i lokalsamfundet fx i form af mødregrupper, åbent hus m.v. (1, 2).

De kommunale sundhedstjenester indberetter oplysninger om aktiviteterne i de forebyggende ordninger til Sundhedsstyrelsen. Der er ikke for nuværende indberetninger fra de alment praktiserende læger. Der findes dog indberetning til sygesikringen (ydelsesregistrering) samt oplysninger om børnevaccinationer fra Statens Seruminstitut.

Der er stor forskel på de ressourcer, der er tildelt den kommunale sundhedstjeneste i forskellige kommuner. Tiden afsat til undersøgelse af det enkelte barn varierer betragteligt, ligesom den tid der er til rådighed til andre aktiviteter som fx undervisning, hygiejnetilsyn, netværksarbejde m.v. Op mod halvdelen af landets kommuner har ikke deres lægestillinger besat – ofte fordi det er små deltidsstillinger, som ikke kan tiltrække kvalificerede ansøgere, og fordi muligheden for oprettelse af fælleskommunale heltidsstillinger ikke benyttes (3, 4). Sundhedsplejerskestillingerne er stort set besat, i nogle enkelte tilfælde dog med sygeplejersker, der har fået dispensation fra uddannelseskravene til sundhedsplejerske.

2.2 Indberetningspligten

Danmarks forebyggende sundhedsordninger på børneområdet blev indført i 1930'erne og 1940'erne.

Siden 1. januar 1996 har lov nr. 438 af 14. juni 1995 ændret ved lov nr. 344 af 27. maj 2002 om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge været gældende (1). Loven samler alle de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge bortset fra vaccinationsordningen og børne- og ungdomstandplejeordningen, som har deres egne love.

I henhold til lovens kapitel 6 §17 er kommuner, amtskommuner og alment praktiserende læger forpligtet til at afgive oplysninger om virksomheden i medfør af loven til de centrale myndigheder efter regler fastsat af sundhedsministeren.

Siden 1996 har indberetningen fra kommunerne (i realiteten fra den kommunale sundhedstjenestes personale) skullet belyse

- udfyldelsen af de rammer, som er udstukket gennem lovgivning, bekendtgørelse, retningslinier osv.
- aktiviteterne inden for de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge
- dækningsgrader, fx hvor stor en andel børn, der har behov for en tværfaglig indsats
- de afsatte ressourcer i hver kommune
- planlægningen af virksomheden

- og har bestået i udfyldelse og indsendelse af 3 blanketter: SR 531 Kommunale servicemål og ressourcer, SR 534 Kommunallægens årsberetning og SR 537 Sundhedsplejerskens årsberetning.

De forhold, der er givet oplysning om, er

- antal rutinemæssige samtaler/undersøgelser på de forskellige alderstrin, servicemål for behovsbørn, sundhedspædagogisk aktivitet, omfanget af bistanden til dagpleje/daginstitutioner/skoler og antal kommunale tværfaglige grupper
- opgørelse af hvor mange børn sundhedsplejersken og lægen rent faktisk har set, antal børn udtaget til yderligere indsats, gruppeaktivitet/arrangementer for familierne og faktisk ydet bistand til institutioner og dagpleje.

Opgørelserne fra 1997/98 og 1998/99 findes på

www.sst.dk/faglige_omr/planlaeg/kom_sundhedsordn/download/1998ressourcer.xls
http://www.sst.dk/faglige_omr/planlaeg/kom_sundhedsordn/download/1998sundhplej.xls
www.sst.dk/faglige_omr/planlaeg/kom_sundhedsordn/download/1998kommlaeg.xls

En mangel ved indberetningen, som den er udformet i dag, er, at den i modsætning til fx den kommunale tandplejes indberetninger (5, 6) ikke giver oplysninger om børnenes sundhedstilstand. Selv om danske børn iht. loven skal ses jævnligt af den kommunale sundhedstjeneste, giver den aktuelle praksis ikke de centrale myndigheder noget overblik over udviklingen i væsentlige sundhedsmæssige forhold som amning, allergiske lidelser og astma, psykiske problemer, overvægt og sundhedsadfærd.

Der findes en række data om børnesundhed fra diverse registre og ad hoc undersøgelser, men den viden om børns sundhed, som findes hos det sundhedspersonale, som følger børnene igennem opvæksten, bruges ikke systematisk til overvågningsformål.

Sundhedsstyrelsen har derfor fundet, at det vil være formålstjenligt at erstatte størstedelen af den eksisterende indberetning, der har karakter af en ydelsesstatistik, fra sundhedsplejersker og læger, med en individbaseret indberetning med sundhedsfagligt indhold. Styrelsen nedsatte derfor i december 2001 en Projektgruppe, der skulle foreslå indikatorer for børnesundhed, som kan registreres i den kommunale sundhedstjeneste, og som er egnede til central registrering mhp. at give et overblik over udviklingen i sundhedstilstanden hos danske børn.

2.3 Behov for en ny registrering i den kommunale sundhedstjeneste

Selvom denne rapport handler om indberetning af data til de centrale myndigheder med det formål at monitorere børnesundhed, kan der i starten være grund til at understrege, at ydelserne til børn og forældre er det vigtigste, og at registrering kun er et biprodukt, selvom det naturligvis er et vigtigt biprodukt, der kan fungere som en vejledning for indholdet i det forebyggende arbejde. Registreringen vedrører i sagens natur kun en lille del af de aktiviteter, der foregår ved de forebyggende undersøgelser og samtaler. Og det, der ikke registreres, er ikke mindre vigtigt.

Når det er sagt, er der flere grunde til at begynde at registrere på en ny måde.

Den eksisterende ydelses/produktionsstatistik, der er helt uden sundhedsfagligt indhold, har været stærkt kritiseret af fagfolk, fordi man har fundet, at nytteværdien af de oplysninger, man fik ud af registreringen, ikke stod mål med tidsforbruget til registreringen. Desuden er tilbagemeldingerne fra Sundhedsstyrelsen sket med stor forsinkelse.

De centrale myndigheder har behov for en række data, der kan beskrive udviklingen i børns sundhed. Ikke mindst i forbindelse med monitoreringen af virkningen af folkesundhedsprogrammerne fra 1999 og 2002 (7, 8) er det blevet klart, at der mangler data om børns sundhed og trivsel, og at det er en opgave, der bør prioriteres. I regeringens folkesundhedsprogram "Sund hele livet" fra 2002 (8) nævnes, at Sundhedsstyrelsen vil udarbejde et børnemonitoreringsprogram med indikatorer, som vil forbedre mulighederne for at følge udviklingen. Denne forventning fremgår ligeledes af Regeringens tværministerielle børnesundhedsprogram "Bedre sundhed for børn og unge" fra 2003 (9). Et aktuelt eksempel er handlingsplanen mod svær overvægt, som forudsætter en monitorering af udviklingen i børnefedme. Kommunerne og de kommunale sundhedstjenester har selv et behov for opgørelser af udviklingen i børnesundhed til brug for arbejdet med at øge kvaliteten i børnearbejdet lokalt. Dette er muligt ved registrering af oplysninger, som er udvalgt direkte af hensyn til forebyggelsesværdien. Oplysninger om børnesundhed vil endvidere kunne indgå som en del af grundlaget for kommunernes planlægning.

Også embedslægerne har flere gange ytret ønske om en børnesundhedsmonitorering via de forebyggende sundhedsordninger. Oplysningerne fra en børnesundhedsmonitorering i primærsektoren vil kunne supplere embedslægernes kommunebaspakke¹.

2.3.1 Elektronisk børnejournal, EBJ

Der har været en del forvirring om indførelse af elektronisk børnejournal (EBJ) til brug i det daglige arbejde i de kommunale sundhedstjenester og indførelse af et centralt monitoreringsprogram for børnesundhed. EBJ giver naturligvis store muligheder for at samle og sammenligne data og lave opgørelser lokalt og på landsplan, og det er da også hensigten, at et revideret indberetningsprogram vedrørende

¹ Standarddata til brug for embedslægernes udarbejdelse af kommunale sundhedsplaner på tværs af landet

sundhedsordningerne, der går fra produktions - til individdata, skal være elektronisk. Et monitoreringsprogram for børnesundhed kan dog sagtens fungere uden EBJ. Indberetningerne fra de kommunale sundhedstjenester og de kommunale tandplejer sker således i dag på papirblanketter. Nærværende program foreslås afprøvet i en pilotundersøgelse ved hjælp af et internetbaseret indberetningsskema, som vil kunne udbygges til en elektronisk børnejournal.

En forudsætning for et monitoreringsprogram er imidlertid, at de sundhedsindikatorer, man bruger, er valide. Det vil sige, at alt skal være veldefineret lige fra vækstangivelser og astma til psykosomatiske reaktioner, trivsel og sundhedsadfærd. Der skal endvidere være operationelle forskrifter for, hvordan målingerne/observationerne foretages og registreres.

2.4 Formål med ordningerne

I loven angives formålet med de forebyggende sundhedsordninger at være at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse, ved at der ydes en generel sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats. Dels en indsats, der retter sig mod alle børn og unge, og dels en indsats, der specielt tager sigte på de svagest stillede børn og unge.

Den socialpolitiske holdning, som ligger til grund for indførelsen af sundhedsplejerskeordninger, skolelægeordninger og børneundersøgelser hos den alment praktiserende læge, er, at alle børn skal have de samme muligheder for en sund opvækst, og at helbredsmæssige problemer ikke må være begrænsende for fx funktionen i skolen. Samtidig er disse offentlige tilbud en erkendelse af, at der er behov for rådgivning især til visse grupper, hvis dette skal opnås.

Sygdomspanoramaet har ændret sig siden der i 1946 blev indført skolelægeundersøgelser af børn på alle klassetrin. Dengang var opgaven at diagnosticere og henvise børn med fejlernæring, alvorlige infektionssygdomme, uerkendte hjertesygdomme m.v.

I dag fylder de fysiske lidelser mindre og de psykosociale problemer og adfærdsproblemerne fylder mere. Men barnets sundhed og helbred udgør en helhed, som ikke kan styrkes, uden at der fokuseres på både fysisk, psykisk og social trivsel. Udviklingen i overvægt og metabolisk syndrom blandt børn viser desuden, at fysiske lidelser ikke kun hører fortiden til.

Nu som tidligere er bekæmpelse af social ulighed i børns sundhed et hovedformål.

Mange indikatorprogrammer om børnesundhed lægger stor vægt på at kunne belyse social ulighed i sundhed, og påvisning heraf er da også en nærliggende mulighed, når man har en god registrering, som kan samkøres med registre med sociale oplysninger. Det er bl.a. vigtigt af sundhedspolitiske årsager.

Afhjælpning af følgerne af social ulighed i børnesundhed har altid været et væsentligt formål med de forebyggende sundhedsordninger og den kommunale tandpleje, og er det stadig.

2.5 Professionelle sundhedspersoner til at vurdere børnesundheden

I dag noteres oplysninger om børns sundhedsforhold i de alment praktiserende lægers journaler og i de kommunale sundhedstjenesters helbredskort, men der sker ikke en systematisk registrering og indrapportering af nøgledata.

De forebyggende sundhedsordninger har unikke muligheder for at registrere almindelige børns sundhedsforhold, fordi der i sundhedstjenesterne er ansat professionelle sundhedspersoner med jævnlig kontakt til børnene i løbet af opvæksten. Den påtænkte registrering af børnesundhedsdata er ikke helt sammenlignelig med udenlandske registreringer da programmet forudsætter forebyggende kontakter i barnealderen, noget der ikke findes som et tilbud i alle lande.

Disse kontakter giver mulighed for en løbende (prospektiv) kohorteregistrering af visse sundhedsindikatorer. Ofte har man i dag alene retrospektive tværsnitsundersøgelser at forholde sig til.

Referencer:

1. Sundhedsstyrelsen. Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge: Retningslinier. Sundhedsstyrelsen 1995.
2. Borup I. Nielsen A. Tværfaglige grupper i kommunerne om børn og unge med særlige behov, SIF 2001.
3. Barfod B. Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Fra lovgivning til kommunal praksis. Sundhedsstyrelsen 2000.
4. Statusredegørelse for kommunernes og amternes indsats vedrørende de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Sundhedsministeriet 1999.
5. Indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet. Sundhedsstyrelsen 1999.
6. Retningslinier for tilrettelæggelse af den kommunale tandpleje. Sundhedsstyrelsen 1994.
7. Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008, Sundhedsministeriet 1999.
8. Sundhele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10, Indenrigs og Sundhedsministeriet september 2002.
9. Bedre sundhed for børn og unge. Regeringen november 2003.

3 Oplysninger om børnesundhed i Danmark

3.1 Nuværende datakilder

En række oplysninger om børns sundhed belyses af eksisterende datakilder. Det gælder oplysning om fødsler (Fødselsregistret), misdannelser, indlæggelser, ambulante behandlinger og skadestuebesøg (Landspatientregisteret), dødsfald (dødsårsagsregistret), medicinbrug og kontakt til almen praksis (Sygesikringsregistret), udvalgte helbredsproblemer som cancer, cerebral parese, diabetes (Cancerregistret, Cerebral Parese Registret, Ungdomsdiabetesregistret), tandsundhed (Odontologisk Register), infektionssygdomme (Registre over infektionssygdomme på Statens Seruminstitut) og socioøkonomiske forhold (Danmarks Statistiks Børneregister). Udover disse registre stammer oplysninger om danske børns sundhed fra ad hoc undersøgelser primært med specifikke forskningsmæssige formål. Fælles for disse undersøgelser er, at de primært baseres på forældreindberetninger med stor risiko for, at der ikke er oplysninger om de børn, der har de største problemer. Undersøgelser foretaget i skoleklasser har som regel høj deltagerprocent. Nedenfor nævnes nogle af de største undersøgelser.

Der udføres med mellemrum stikprøver som fx Statens Institut for Folkesundheds undersøgelser af udvalgte helbredsproblemer hos skolebørn i samarbejde med de kommunale sundhedstjenester (Børns Sundhed ved skolestart 1988/89 og Børns sundhed ved slutningen af skolealderen 1996/97) (1, 2).

Den internationale undersøgelse af skolebørns sundhedsadfærd i WHO regi HBSC (Health Behavior in School Aged Children) er pågået med mellemrum siden 1982-84. Den vedrører bl.a. symptomer, sundhedsadfærd og social integration (3, 4, 5). Sundhed- og sygelighedsundersøgelserne fra Statens Institut for Folkesundhed (SIF) er foretaget i 1987, 1994 og 2000. Børnedelen indeholder forældrerapporterede oplysninger om deres børns mentale og fysiske sundhed samt brug af sundhedsvæsenet. I den seneste undersøgelse er der også oplysninger om trivsel i familien og om daginstitutionsmiljøet (6, 7, 8).

Undersøgelser af unges brug af rusmidler gennemføres med mellemrum af Sundhedsstyrelsen fx undersøgelse af 9. klasses elevers rusmiddelbrug i 1990, den danske del af en europæisk rusmiddelundersøgelse på initiativ af "the Pompidou Expert Committee on Drug Epidemiology, Council of Europe" 1996, 5.-10. klasses elevers alkoholforbrug i 1997 og 1998 (9, 10) og senest MULD (Monitorering af Unges Livsstil og Dagligdag) i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse i 2000 og 2001 (11, 12).

Rusmiddelforbrug blandt børn og unge er noget, man har været meget optaget af lokalt, og der er gennem årene gennemført en række lokale rusmiddelundersøgelser blandt børn og unge i skoler og på ungdomsuddannelser.

Viden om børns skolegang, familie- og boligforhold, fritidsanvendelse og fritidsarbejde samt forhold for børn med anden etnicitet end dansk fås bl.a. fra spørgeskemaundersøgelser fra Socialforskningsinstituttet (SFI) (13, 14, 15). SFIs forløbsundersøgelse af børn født i 1995 indeholder oplysninger om en række faktorer med betydning for børns opvækst og udvikling. Der fokuseres bl.a. på, hvordan belastning af forældrene påvirker børnene. For de små børn er der oplysninger om forældrenes sociale forhold, amning, spædbarnskolik og betydning af moderens rygning.

I Danmark er der herudover igennem de sidste 20 år etableret en række fødselskohorter, som er fulgt op igennem barndommen. I forbindelse med 'Lev sundt for to' undersøgelsen (cirka 12000 børn født i Ålborg og Odense 1984-87) og 'Børn født i Århus' undersøgelsen (cirka 10000 børn) er der indsamlet oplysninger om sundhed og adfærd i førskole - og skolealderen. Den Danske nationale fødselskohorte omfatter mere end 100000 børn, som er født fra 1996 og en opfølgning af disse børn i den tidlige skolealder er aktuelt under planlægning (16).

Oplysninger om medicinbrug fås i Lægemiddelregistret, hvor både priser og mængder er opgjort (17).

En ny undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed 2002 belyser 9. klasses elevers seksuelle erfaringer, selvoplevet helbred og trivsel (18).

Endelig fås oplysninger om børns og unges kostvaner fra Fødevarerdirektoratets kostundersøgelser (19, 20).

3.2 Områder hvor der mangler data

De forhold der ikke - eller kun ved intermitterende ad hoc undersøgelser - belyses af eksisterende datakilder er:

- Fysisk, psykisk og social udvikling herunder vækst
- Trivsel og funktion i dagligdagen – herunder kondition og psykisk sundhed
- Selvoplevet helbred
- Akut sygelighed
- Kronisk sygdom herunder overvægt, astma og overfølsomhed
- Konsekvenser af sygdom
- Visse typer af sundhedsadfærd som kostvaner, fysisk aktivitet og seksualvaner (mens rusmiddelundersøgelser og undersøgelser af tobaksvaner foretages forholdsvis regelmæssigt)
- Omsorgssvigt/overgreb
- Fysisk handicap
- Psykisk handicap
- Rehabilitering

Som det fremgår, er der på en række områder ad hoc undersøgelser med selvrapporterede eller forælderreporterede data. Det gælder således de tværsnitsundersøgelser, der med mellemrum gennemføres i WHO regi (HBSC) og SIFs Sundhed - og Sygelighedsundersøgelser. Projektgruppen har i udvælgelsen af indikatorer dels skelet til erfaringer fra disse undersøgelser, dels været opmærksom på, om yderligere måling er nødvendig. Der er dog det særlige aspekt, at fx en bestemt sundhedsadfærd godt kan være væsentlig i dialogen mellem elev og læge/sundhedsplejerske, og at lokale opgørelser kan være af særlig forebyggelsesmæssig interesse, bl.a. fordi der kan være store regionale forskelle. Projektgruppen har endvidere været opmærksom på de muligheder, det giver, at sundhedsfagligt uddannet personale er i direkte kontakt med børn og forældre ved de forebyggende undersøgelser.

Sammenfattende har det været væsentligt for Projektgruppen i arbejdet med udvælgelsen af børnesundhedsindikatorer at undgå dobbeltregistrering. Projektgruppen har koncentreret sig om væsentlige sundhedsindikatorer, som ikke i dag registreres løbende, og hvor sundhedspersonalets faglighed og kontakt med børn og forældre i de forebyggende ordninger giver særlige forudsætninger.

Referencer:

1. Madsen M, Lindahl A, Osler M, Bjerregaard P. Børns sundhed ved skolestart 1988/89. København, DIKE 1991.
2. Petersen T, Nielsen A, Paludan M Rasmussen S, Madsen M. Børns sundhed ved slutningen af skolealderen SIF København 2000.
3. Rasmussen M, Due P, Holstein BE. Skolebørnsundersøgelsen 1998. Københavns Universitet. Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2000.
4. Due P, Holstein BE. Sundheds og trivsel blandt børn og unge- Danmarks bidrag til en international undersøgelse. Københavns Universitet. Institut for Folkesundhedsvidenskab, København 1997.
5. www.HBSC.dk/rapp-2002
6. Kjølner M, Rasmussen NK, Keiding L, Petersen HC, Nielsen GA. Sundhed og sygelighed i Danmark 1994- og udviklingen siden 1987. DIKE, København 1995.
7. Kjølner M, Rasmussen NK. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000. Statens Institut for Folkesundhed 2001.
8. Nielsen A, Lie HR, Keiding L, Madsen M. Børns sundhed i Danmark. DIKE 1998
9. Unge og rusmidler. Forebyggelse og hygiejne nr. 17. Sundhedsstyrelsen 1991.
10. Sabroe S, Fonager K. Unge og rusmidler. Institut for Epidemiologi og Socialmedicin. Århus Universitet, 1996.
11. Unges livsstil og dagligdag 2000 – forbrug af tobak, alkohol og stoffer. Sundhedsstyrelsen 2000.
12. Unges livsstil og dagligdag 2001 – geografiske forskelle og ligheder. Sundhedsstyrelsen 2001.
13. Andersen D. Skolebørns dagligdag. De 7-15 åriges levkår og fritidsanvendelse i 1987. Socialforskningsinstituttet, København 1989.
14. Andersen D. Skolebørns fritid. De 7-15 åriges levkår og fritidsanvendelse i 1993 sammenlignet med 1987. Socialforskningsinstituttet, København 1995.
15. Christoffersen MN. Spædbarnsfamilien: rapport nr.1 fra forløbsundersøgelsen af børn født i efteråret 1995. København, Socialforskningsinstituttet 1998.
16. Olsen J, Melbye M, Olsen SF, Sorensen TI, Aaby P, Andersen AM et al. The Danish National Birth Cohort--its background, structure and aim. Scand J Public Health 2001; 29(4):300-307.
17. Lægemiddelregistret. www.laegemiddelstyrelsen.dk
18. Helweg-Larsen K. Unges trivsel år 2002. En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb i barndommen. Statens Institut for Folkesundhed 2002.
19. Danskernes kostvaner 1995. Hovedresultater. Levnedsmiddelstyrelsen, København 1995
20. Danskernes kostvaner 1995. Mad og måltider, Fødevaredirektoratet 1999

4 Rapporter om børnemonitorering fra andre lande

Overalt i verden er man i dag optaget af dataindsamling og dokumentation på sundhedsområdet. Det gælder ikke mindst for børn. Erkendelsen af børnesundhedens afgørende betydning for folkesundheden på længere sigt er ikke ny, men tværtimod årsagen til de særlige forebyggende ordninger, der findes for gravide og børn i de fleste lande.

Projektgruppen har gennemgået en række rapporter om børnemonitorering fra andre lande. Nedenfor er væsentlige nye rapporter kort omtalt. Rapporterne foreslår indikatorer, der omfatter både helbred, socioøkonomiske forhold, leveomstændigheder, uddannelse, sundhedsadfærd og miljø.

De fleste af disse oplysninger dækkes af Danmarks vitalstatistik, landspatientregister og andre sygdomsregistre og af Danmarks Statistiks registre om leveforhold, indtægt, demografiske forhold osv. Der er ikke i de omtalte rapporter indikatorer, der kræver kontakt med sundhedspersonale. Nogle indikatorer er indsamlet via surveys.

Flere rapporter efterlyser indikatorer, der siger noget om sundhed og trivsel i dagligdagen.

4.1 CHILD, Child Health Indicators of Life and Development, 2002, report to the European Commission

Kilde

Rapporten er en del af EUs Health Monitoring Programme (HMP). Den blev fremsendt til Europa Kommissionen september 2002 (1).

Indhold og formål

Rapporten består af et forslag til et fælles børnesundhedsindikatorprogram for medlemslandene i EU.

Indikatorerne er opdelt i fire hovedgrupper:

- Demografiske og socioøkonomiske indikatorer
- Helbredsstatus
- Helbredsdeleteranter/risikofaktorer
- Sundhedssystemets ydelser

I rapporten foreslås et omfattende børnemonitoreringsprogram delt op under de fire hovedoverskrifter. Herudover anbefales visse vigtige indikatorer, hvor der imidlertid endnu mangler tilstrækkelig definition af indikatoren og/eller anvendelige datakilder. De fleste af de foreslåede indikatorer registreres her i landet i Danmarks Statistiks Børnedatabase, Landspatientregistret, Dødsårsagsregistret, Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register, Sygesikringsregistret og Seruminstitutets registre.

Herudover fås en del af oplysningerne med mellemrum fra HBSC undersøgelserne af skolebørn og fra SIFs sundhed - og sygelighedsundersøgelser (se 3.1).

De foreslåede indikatorer, som Danmark vil mangle oplysninger om eller alene vil kunne levere oplysninger om på basis af ad hoc tværsnitsundersøgelser (spørgeskemaundersøgelse eller interview), er:

Astma, som behandles udenfor hospitalsvæsenet, anden kronisk sygdom, ikke anmeldelsespligtige infektionssygdomme, selvrapporteret helbred, familiesammenhold, forældrekontakt, amning, fysisk aktivitet, rygning, alkoholforbrug, stofmisbrug, overvægt, kostvaner og udsættelse for mobning og passiv rygning, børnemishandling, adfærdsforstyrrelser, lettere psykiske problemer, indlæringsproblemer, uddannelsesmæssig status ved 15 år, handicap og fysisk afstraffelse.

I denne rapportes forslag til et centralt monitoreringsprogram er de enkelte indikatorer sammenholdt med forslagene i EU rapporten indenfor de samme områder.

4.2 America's children: Key national indicators of well-being 2002. Forum on child and family statistics

Kilde

Denne samlede rapportering af indikatorer på børnesundhed i USA udarbejdes af Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, som får data fra den officielle føderale statistik og via surveys (2).

Indhold og formål

Rapporten medtager dels sociale og demografiske forhold dels børnevelfærdsindikatorer med hovedområderne: økonomisk sikkerhed, uddannelse og sundhed. Rapporten opdateres med mellemrum.

Rapportens sigte er at give et overblik over amerikanske børns sundhed og velfærd til beslutningstagere og professionelle indenfor social- og sundhedsområdet. Alle de nævnte indikatorer er dækket af nuværende registre i Danmark.

4.3 Indicators for child health, development and wellbeing. A systematic review of the literature and recommendations for population monitoring. Royal childrens' hospital Melbourne

Kilde

Rapporten er udarbejdet af børnelæger på børnehospitalet i Melbourne (3).

Indhold og formål

Rapporten anbefaler et børnesundhedsindikatorprogram i Australien for børn fra 0-8 år og deres familier. Der er i programmet lagt vægt på, at der i forvejen eksisterer dataindsamling for indikatorerne i Australien. Det er således ikke nødvendigvis de bedste indikatorer men de mulige.

Hovedområderne er demografiske oplysninger, helbred, uddannelsesforhold, miljø og primær sundhedstjeneste.

Det konkluderes i rapporten, at det er vigtigt at udvikle indikatorer på børns og familiers helbred og trivsel og ikke kun mortalitet og morbiditet. Det er, ifølge rapporten, dog fortsat kun få lande, der inkluderer et bredere sundhedsbegreb i deres sundhedsstatistik, og der er behov for nyudvikling af valide og relevante indikatorer.

4.4 Nasjonalt helseindikatorsystem og helsedatabasen. Norges helse i år 2000. Statens Institut for folkehelse

Kilde

Består af en fælles database og et fælles windowsbaseret præsentationsprogram for alle helseregistre i Norge (4). Det svarer til det svenske Hur mår Sverige? Og WHO's Health For All Data Base, HFA-DB.

Formål og indhold

Datakilderne er dels registre dels selvrapporterede helseoplysninger. Der er ikke andre indikatorer end dem, der findes i de danske registre, og de som fås via SIFs Sundheds- og sygdomsundersøgelser.

4.5 Italian working group on Child Health Indicators

Kilde

I artiklen "Development of a child health indicator system in Italy" fra 2001 (5) foreslog Italian working group on Child Health Indicators et børnehelbredsindikatorprogram.

Formål og indhold

Det i programmet foreslåede indhold er: Mortalitet (føtale dødsfald, neonatale dødsfald, spædbarnsdødelighed, småbarnsdødelighed, børnedødelighed), lav fødselsvægt, medfødte misdannelser, handicap, børnemishandling, HIV, teenagegraviditeter, stofmisbrug, sektio, amning, vaccinationsstatus, institutionsophold udover 3 mdr. og hospitaliseringer.

Forfatteren udtrykker ønsket om at finde frem til indikatorer på børnesundhed, der er relevante for vigtige helbredsproblemer, og som er tilgængelige via pålidelige datakilder.

Mangel på ensartede klassifikationssystemer og inkomplet dataindsamling ses som et problem. Desuden mangler der i udtalt grad mål for livskvalitet og omsorgskvalitet.

4.6 Konklusion

Ovennævnte rapporter omfatter i hovedsagen indikatorer som i forvejen registreres i Danmark i de eksisterende registre eller i tilbagevendende stikprøveundersøgelser af sundhedsadfærd og selv vurderet helbred. Der er derfor ikke væsentlig inspiration at hente i relation til aktuelle projekt i rapporterne. Der efterlyses i flere af rapporterne indikatorer på sundhed og trivsel og mål for ressourcer og belastninger som fx et godt eller et dårligt samspil mellem barn og forældre.

Det er vigtigt, at man søger at koordinere monitorering af børnesundhed i landene i EU, men det medfører, at arbejdet påvirkes og evt. sinkes af den store variation i, hvor langt landene er på området, og de forskellige muligheder og traditioner der er for registrering.

Referencer:

1. European Union Community Health Monitoring Programme. Child health Indicators og Life and Development CHILD. September 2002.
2. America's Children: Key National Indicators of well-being 2002. Federal Interagency. Forum on child and family statistics (<http://www.childstat.gov>)
3. Waters E et al. Indicators for child health, development and wellbeing. Royal Children's Hospital Melbourne 2002 (www.rchmelb.org/ccch)

4. Nasjonalt helseindikator-system og helsedatabasen. Norgeshelsa. Rapport 2000:6.
5. Tamburlini G et al. Development of a child health indicator system in Italy. European Journal of Public Health 2002;11:11-17.

5 Børnemonitoreringsprojektet

5.1 Formålet med Sundhedsstyrelsens projekt om udarbejdelse af et monitoreringsprogram for børnesundhed

Formålet med projektet har været at etablere et centralt overvågningsprogram for børnesundhed på baggrund af oplysninger fra de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. I første omgang foreslås indberetninger fra de kommunale sundhedstjenester, i en senere fase vil det være værdifuldt at medtage data fra de alment praktiserende lægers forebyggende børneundersøgelser i 0-5 års alderen.

Da den registrering, der arbejdes med i nærværende projekt, skal tage udgangspunkt i de forebyggende sundhedsordninger, er muligheder og hensyn lidt anderledes, end det er tilfældet i de nævnte udenlandske rapporter. Det er vigtigt, at registreringen udvikles i samarbejde med praktikerne. De har viden om, hvilke data der er behov for til planlægningen af det forebyggende arbejde, og hvilke oplysninger det er praktisk muligt at indsamle, så det bliver en styrke og ikke et problem i det daglige arbejde. Det er især vigtigt, hvis der indgår indikatorer vedrørende børns trivsel og andre følsomme områder. En monitorering via sundhedstjenesterne vil blive prospektiv og CPR baseret, og den sundhedsfaglige vurdering, som sker via sundhedspersonalet, vil være en væsentlig styrke.

Registreringen skal have et sundhedsfagligt indhold, og kunne bidrage til, at myndighederne kan følge sundhedsforholdene blandt danske børn, og således være vejledende for samfundsmæssige prioriteringer. Den skal afløse en del af den nuværende ydelsesstatistik, som kommunerne dog selv kan gennemføre, hvis de ønsker at vurdere opfyldelsen af deres servicemål. Der har dog ikke været helt enighed om dette i Projektgruppen, hvorfor der forsøgsvis er medtaget visse oplysninger om ydelser (procesindikatorer) i børnemonitoreringsprogrammet.

5.2 Hvad vil vi registrere og hvordan

Registreringen skal udgøre et håndterbart monitoreringsprogram, som indeholder et begrænset antal væsentlige og pålidelige sundhedsindikatorer for børn i alderen 0-15 år. Det har været en betingelse, at de valgte indikatorer er veldefinerede og valide og kan registreres indenfor rammerne af de kommunale sundhedstjenester (se 6.5).

Indikatorerne skal vedrøre områder som vækst, udvikling, helbred, trivsel og adfærd.

Der må ikke indhentes flere oplysninger, end at en hurtig og løbende afrapportering kan gennemføres. Kun valide nøgleindikatorer skal indgå, og der skal i udvælgelsen ses på deres relevans med hensyn til at følge børns helbreds- og trivselsproblemer, ressourcer og belastninger og på betydningen for det forebyggende arbejde. Der kan evt. senere tilføjes flere indikatorer, ligesom det vil være værdifuldt at der inddrages oplysninger fra den praktiserende læge.

De oplysninger om vækst, udvikling, trivsel, helbred og adfærd, der ønskes indberettet af sundhedspersonale, skal være oplysninger, som sundhedspersonalet har særlige forudsætninger for at give, og som det er vanskeligt at få fra andre datakilder.

En statistik med et sundhedsfagligt indhold vil faciliteres af indførelsen af elektroniske journalsystemer i sundhedstjenesterne, men det er, som nævnt, ikke en forudsætning.

Opgaven for Projektgruppen har bestået i at udvælge indikatorer, definere dem og udarbejde vejledninger til, hvordan den praktiske registrering skal foregå. Det vil sige, at det er det sundhedsfaglige indhold i registreringen og herunder nøjagtige forskrifter for registrering, der har været projektets emne, ikke diverse IT løsninger.

De facetter af børns sundhed, som Projektgruppen i dag kunne ønske løbende landsdækkende data på, og som også nævnes i flere af de udenlandske rapporter som emner for fremtidig registrering, er følgende:

- Tidlig udvikling og forældretilknytning
- Amning
- Almen trivsel
- Psykisk helbred
- Sygdom, der ikke er så alvorlig, at den medfører behandling i sygehusvæsenet (LPR) eller død (dødsårsagsregistret)
- Kronisk sygdom og handicap vurderet af sundhedspersonale
- Vækst og vægt
- Fysisk aktivitet og inaktivitet, kondition
- En række adfærdsindikatorer
- Forældrestøtte

Det har været et ønske fra mange sider at få en statistik fra den kommunale sundhedstjeneste med et sundhedsfagligt indhold. Enkelte har dog forsvaret den nuværende statistik med begrundelsen, at i kommunerne skal man vise, at man arbejder, og derfor har man et behov for at måle og dokumentere indsatsen.

Registrering af visse sundhedsindikatorer er jo imidlertid en konsekvens af sundhedstjenestens ydelser og vil i sig selv vise arbejdets betydning. Visse elementer af den aktuelle ydelsesregistrering er det måske af værdi at bevare (Se 6.8), og herudover er enkelte oplysninger om ydelser til det enkelte barn medtaget.

5.3 Arbejdsprocessen

Som udgangspunkt skulle Sundhedsstyrelsens Projektgruppe bestå af fagfolk med viden dels om børns sundhed og dels om arbejdet i de kommunale sundhedstjenester og i almen praksis. Endvidere skulle der være fagfolk med viden om pædiatri, epidemiologi og statistik. Derfor blev følgende inviteret som deltagere i projektgruppen:

Dansk Selskab for Børnesundhed, Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger i FAS (FAKL), Faglig Sammenslutning af Sundhedsplejersker, Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Epidemiologisk Selskab, Sundhedsstyrelsens statistikkontor, informatikkontor, og Center for Forebyggelse samt sagkyndig i pædiatri, epidemiologi og almen medicin. (Se bilag 1 vedr. Projektgruppens sammensætning).

Sundhedsstyrelsen har haft formandskab og sekretariatet.

Projektgruppen har holdt 11 møder. I begyndelsen med principielle diskussioner og siden med diskussion af konkrete indikatorer. 3 undergrupper (Se bilag 2) har arbejdet med hhv. mentale -, fysiske - og adfærdsindikatorer.

Herudover er der afholdt to debatmøder.

Initialt afholdt gruppen et inspirationsmøde for at få en fornemmelse af, hvordan planerne om et lille centralt monitoreringsprogram passer sammen med de initiati-

ver, der i øvrigt er på området. Forskningschef Mette Madsen havde her et indlæg om data om børnesundhed i DK, docent Sven Bremberg talte om helseindikatorer i Sverige og overlæge Anne Mette Skovgård fra Københavns Amts Center for Sygdomsforebyggelse oplyste om erfaringer fra amtet vedr. vurdering og registrering af psykisk sundhed på småbørnsområdet.

Til debatmødet var desuden inviteret udbydere af elektroniske børnejournalprogrammer, Kommunernes Landsforening, Socialchefforeningen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Institut for Folkesundhedsvidenskab og Socialforskningsinstituttet, Danmarks Pædagogiske Universitet, en repræsentant for forebyggelseskonsulenterne, Embedslægeforeningen og Tandlægerne Nye Landsforening.

Senere i forløbet afholdtes et dialogmøde hvor Projektgruppen søgte andre fagfolks vurdering af de udvalgte indikatorer. Der var inviteret gæster fra bl.a. Silkeborg og Århus kommune, Institut for Epidemiologi og Socialmedicin, Århus Universitet og Institut for idræt, Københavns Universitet.

Projektgruppen fik herved kommentarer og forslag fra andre vedrørende indikatorernes relevans og forslag til nye indikatorer.

6 Tekniske kriterier for børnesundhedsindikatorer

6.1 Sundhedsindikatorer kontra sygelighedsindikatorer

I arbejdet med indikatorer glemmes ofte de positive indikatorer, og der bliver tale om en ren sygdomsregistrering. For at undgå dette kan man fokusere på fx indikatorer på fysisk styrke, kondition, gode sociale relationer, selvværd og frihed for kronisk sygdom, og man kan holde sig til det brede sundhedsbegreb.

Ved registrering af indikatorer i befolkningsgrupper, hvor hovedparten af børnene er raske, synes anvendelse af positive indikatorer at have indlysende fordele.

Registrering af sygdom og problemer er dog også nødvendig. I mange tilfælde er der behov for at kende sygelighedens karakter mere specifikt, end at de positive udsagn ikke gælder for barnet. På befolkningsniveau er specifik viden om udviklingen i de hyppigste kroniske lidelser væsentlig.

6.2 Arbejdet i den kommunale sundhedstjeneste og muligheden for registrering som en del af arbejdet

Indberetningerne skal ideelt være et biprodukt af den kliniske rutinedokumentation i patientjournalen, der giver mulighed for at forbedre praksis. Registreringen skal ikke være hæmmende for samarbejdet med børn og familier men tvært imod kunne bidrage til en kvalitetsforbedring af arbejdet, med en vis systematisering af interviews og rådgivning indenfor de forskellige områder. På denne baggrund kan der åbnes nye muligheder for faglig udvikling.

Det er imidlertid en forudsætning for sundhedspersonalets engagement i en sundhedsfaglig registrering, at den også har relevans for det forebyggende arbejde i dagligdagen. Dvs. at resultaterne hurtigt skal tilbagemeldes, og at indholdet ikke blot skal have betydning for de centrale sundhedsmyndigheders sundhedsovervågning men også for det lokale arbejde.

De anbefalede registreringstidspunkter kan betyde en ændring af de nuværende rutiner. Der er dog tale om forholdsvis få registreringstidspunkter, og Projektgruppen har gennem hele arbejdet haft for øje, at registreringerne skal passe ind i arbejdet, som det udføres de fleste steder, og som det anbefales i Sundhedsstyrelsens retningslinier. Da registreringerne til dels kan blive styrende for tilrettelæggelsen af arbejdet, har gruppen lagt vægt på at placere registreringstidspunkterne der, hvor der i den nuværende rutine er en kontakt, og hvor det er barnets behov.

6.3 Hvad er registrering i forbindelse med overvågning og hvad er screening? (God screeningspraksis)

Systematisk indsamling af sundhedsinformation i en befolkningsgruppe kan ske som led i en *overvågning* (fx registreringerne i Landspatientregistret) eller have til formål at *screene* det enkelte individ for en sygdom..

Ved en *registrering* som led i en overvågning er formålet at følge sundhedstilstanden bl.a. mhp. samfundsmæssige tiltag, hvis der er tegn på en problematisk udvikling (fx vedr. cerebral parese, diabetes, selvmord/selvmondsforsøg). Indsatsen er ikke rettet mod den enkelte/det enkelte barn, som nok er bekendt med at data vedrørende indlæggelsen/behandlingen indgår i medicinalstatistikken, men som ikke inddrages personligt.

Ved en *screening* forstås en tidlig opsporing af mulig sygdom dvs., at børnene undersøges (fx ved et spørgsmål eller en blodprøve) for noget unormalt, som børn (eller forældre) ikke nødvendigvis selv har haft mistanke om eller har reageret på. ”Positivt” screeningsresultat medfører typisk en handling, der involverer barnet og forældrene, uden at de selv har søgt hjælp for problemet. Der kan være tale om mere eller mindre sikre tegn på sygdom (fx afvigende adfærd, astmatisk vejrtrækning) eller forstadier til en sygdom (fx begyndende overvægt). Screening har som formål at påvirke sundhedstilstanden på et specifikt område ved at rette en indsats mod det enkelte individ.

WHO har opstillet principper for screening (som Sundhedsstyrelsen har tilsluttet sig) (1) for at undgå konsekvensløs sygeliggørelse og angstelse blandt raske personer.

I forbindelse med monitorering af børnesundhed er screening ikke det primære formål, men da registrering af forhold som trivsel, sygelighed og sundhedsadfærd vil omfatte samtale om disse forhold og eventuelle risikofaktorer, bliver de etiske overvejelser man har i forbindelse med screening også i vid udstrækning gældende for denne type af registrering.

Det er altså relevant at opstille nogle af de samme krav til den planlagte registrering som til egentlig screening.

6.4 Sammenligning med andre rapporter om børnemonitorering

Projektgruppens vurdering af rapporterne om børnemonitorering fra andre lande var, at disse i høj grad vedrører data som vi i Danmark har i den eksisterende statistik.

På visse områder mangler der ifølge disse rapporter oplysninger fx om trivsel og psykisk sundhed, og det er netop nogle af de forhold, som vil kunne registreres i den kommunale sundhedstjeneste.

Projektgruppen har været opmærksom på, at EU programmet kan blive det anbefalede i Danmark, hvorfor det er fornuftigt at se på, hvilke indikatorer vi i så fald vil mangle med vores nuværende registre over børnesundhed.

6.5 Krav til indikatorer

Der har tidligere i Sundhedsstyrelsens regi været arbejdet med indikatorer på andre områder.

Udvalget for Kvalitetsmåling i Sygehusvæsenet (2, 3) skrev i 2000 om indikatorer, at de er operationelle delmål for sundhedsydelsers kvalitet, og at indikatorerne kan anvendes som advarselssignaler.

Det blev anført, at en indikator kan have forskellige formål. Af generelle indikatoregenskaber blev nævnt: at en indikator skal være praktisk mulig at måle, forståelig, opnåelig, relevant, troværdig, valid og beskrive den population, den er beregnet til samt være stabil over tid og over geografi. Indikatorens kvalitet er relateret til klarheden, hvormed den er defineret.

Det er hensigtsmæssigt, at der, når det besluttes at igangsætte registrering af en indikator, findes evidens eller praktiske erfaringer, der underbygger, at indikatoren er nyttig.

Overført på sundhedsovervågnings- og forebyggelsesformål er indikatorer mål for helbred og trivsel samt mål på helbredsdeeterminanter, herunder risikofaktorer.

Hvis der ikke findes evidens i litteraturen eller praktiske erfaringer, må indikatoren evt. først afprøves i en pilotundersøgelse. Det helt essentielle er imidlertid, at man

allerede ved udarbejdelsen af monitoreringsprogrammet medtager de fagpersoner, der kender konditionerne i den praktiske virkelighed, og at forskriften for indikatorerne er så entydig, at der ikke kan være tvivl om, hvad der måles (2).

Et andet spørgsmål er om målingerne skal valideres. Det afhænger naturligvis af, om man bruger måleinstrumenter, som i forvejen er validerede. Visse spørgeskema- og interviewinstrumenter er validerede. Man har fx erfaring for, hvordan visse spørgsmål fungerer fra skolebørnsundersøgelserne (HBSC) (4) gennem årene. Instrumenter til registrering af psykisk sundhed som CHAT og SDQ (5, 6) er afprøvet flere steder (Se 8.1.2).

Herudover er det vigtigt, at indikatorerne er veldefinerede, og at forskriften for registrering er så entydig, at man er helt sikker på, hvad en registrering dækker.

6.6 Typer af indikatorer

6.6.1 Struktur, - proces og resultatindikatorer i den kommunale sundhedstjeneste

Strukturen er de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge som beskrevet i lov, bekendtgørelse og retningslinier. Den praktiske udformning varierer en del kommunerne imellem. Strukturindikatorer er mål for kommunernes serviceniveau, dvs. deres udmøntning af loven.

Processen er de faktiske kontakter, det vil sige antal besøg i hjemmet, kontakterne til skolebørnene og til institutionerne. Procesindikatorer vil være registrering af de kontakter, der danner udgangspunkt for vurderingen af børnene.

Resultatet er børnenes sundhed. Resultatindikatorerne er målene for børnenes helbred og trivsel.

6.6.2 Projektgruppens vurdering

Visse dele af den eksisterende statistik, som angiver kommunernes serviceniveau, foreslår gruppen bevaret.

Efter stærkt ønske fra dele af arbejdsgruppen er der medtaget enkelte procesvariable i form af oplysninger om visse kontakter til børnene.

Det er resultatindikatorerne, dvs. oplysninger om børnenes sundhed, der har været emnet for Projektgruppens arbejde, og som vægtes i dette program

6.7 Projektgruppens krav til indikatorer

Sundhedsstyrelsens Projektgruppe vedrørende børnemonitorering opstillede følgende krav til indikatorer:

Specifikke krav:

6.7.1 Sundhedsmæssig relevans

Der skal være tale om indikatorer, som sundhedsplejersker og kommunallæger kan observere eller på standardiseret vis få oplyst af børn eller forældre. Indikatorerne skal beskrive væsentlige helbredsproblemer (fysiske, psykiske), beskrive adfærd med betydning for sundheden eller sige noget om sundhed/modstandskraft. De skal have betydning for børnenes helbred og trivsel aktuelt og i fremtiden, herunder skal de evt. give anledning til aktuel indsats.

En indikator skal vedrøre forhold af betydning for folkesundheden nu og i fremtiden. Kravet om, at indikatoren skal måle noget væsentligt, kan både referere til hyppigheden og til alvoren af et sundhedsproblem.

Indikatoren skal have betydning for arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse.

6.7.2 Evidens

Der skal være evidens for indikatoren både vedrørende dens betydning for sundhed og trivsel og for, at den kan måles på den foreslåede måde.

(Grad af evidens kan angives ud fra publikationstype ifølge forskellige bedømmelsesskalaer: Clinical Efficacy Assessment Project CEAP, Canadian Task Force CTF, oversigten i Medicinsk Kompendium m.fl.) (7, 8)

Evidens kan vedrøre mange egenskaber ved en indikator fx nytten/anvendeligheden af indikatoren, forekomst af tilstanden/lidelsen der registreres, årsagsforhold ved lidelsen m.v.

6.7.3 Tilgængelighed

Det skal være praktisk muligt at registrere indikatoren i den kommunale sundhedstjeneste evt. i samarbejde med andre (lærere, pædagoger).

Den kommunale sundhedstjeneste skal være den bedste til at registrere/indsamle indikatoren, og registreringen skal som udgangspunkt ikke ske andre steder (som fx i fødselsregistret), således at der sker en dobbeltregistrering.

6.7.4 Målbarehed

Indikatoren skal beskrive en reel positiv eller negativ afvigelse hos børnene

Indikatoren skal være et sikkert mål for det, man ønsker at måle.

Indikatoren skal være så reproducerbar som muligt, så der undgås store inter- og intraobservatørforskelle.

Der vil altid findes målefejl og variation, men de må begrænses ved præcise definitioner på indikatorerne og udførlige forskrifter for målingerne, og hvordan disse skal registreres.

6.7.5 Samspil

Indikatoren skal på forskellig vis kunne indgå i et fornuftigt samspil med eksisterende sygdoms/sundhedsindikatorer (ICD 10 (9), DSMV (10), ICPC (11), HBSC (4), SUSY (12), CHILD (13)) dvs. kunne bidrage med viden som mangler eller i visse tilfælde bruges til sammenligning.

Konsekvenserne af brugen af indikatoren:

De samfundsmæssige konsekvenser af en registrering og konsekvenserne for den enkelte skal være klare. Forståelse og accept af registreringen hos forældre og børn er en forudsætning. Registreringen må ikke medføre unødigt ængstelse. Den skal indgå som en naturlig del af de forebyggende undersøgelser og samtaler, så spørgsmål eller skemaudfyldelser også af børn og forældre opleves som relevant. Sygeliggørelse skal undgås, og der skal være behandlings- og hjælpetilbud, hvis der påpeges et problem.

De indsamlede data skal være anvendelige i vurderingen af udviklingen i børns sundhed og på samfundsplan kunne bidrage til fornuftig prioritering.

6.8 De dele af registreringen af kommunernes service, som ønskes bevaret

Projektgruppen foreslår bevarelse af nogle enkelte oplysninger om kommunernes servicemål.

6.8.1 Rutinemæssige hjemmebesøg i førskolealderen

Blanket: Kommunale Servicemål og ressourcer (SR 531)

Antal rutinemæssige hjemmebesøg til børn i førskolealderen foreslås bevaret (dvs. skemaet nedenfor dog elektronisk):

Angiv **antal** rutinemæssige hjemmebesøg på de enkelte alderstrin

	0 årige	1 årige	2 årige	3 årige	4 årige	5 årige	6 årige
Antal rutinemæssige hjemmebesøg							

Der spørges ikke om opfyldelse af servicemålene.

6.8.2 Rutinemæssige kontakter til børn i skolealderen

Antal rutinemæssige samtaler/undersøgelser ved sundhedsplejerske og læge til børn i skolealderen foreslås bevaret (dvs. skemaet nedenfor dog elektronisk):

Angiv **med kryds/dot** på hvilke klassetrin, der er undersøgelser/samtaler

Klassetrin	bh	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Specialklasse	Modtageklasse
Ved sundhedsplejerske													
Ved læge													

Der spørges ikke om opfyldelse af servicemålene.

6.8.3 Konsulentopgaver

Konsulentopgaver for institutioner/skoler foreslås registreret:

Er der *rutinemæssige konsulentbesøg* i dagpleje/daginstitution/skole ved læge eller sundhedsplejerske (vedr. fysisk miljø, trivsel, infektionsmedicinsk rådgivning, rådgivning om børn med særlige behov)?

Nej ☐

Ja ☐

Hvis ja: Angiv da antal besøg per år per institution/skole (kan godt være under en fx hvert andet år)

Spørgsmål om *konsulentbesøg efter henvendelse* fra dagpleje/daginstitution/skole ved læge eller sundhedsplejerske udgår. Konsulentfunktionen ved anmodning fra institutionen fremgår af lovgivningen og afhænger af behovet.

Spørgsmål om kommunens tværfaglige grupper udgår, da denne arbejdsform fremgår af lovgivningen, og der ikke kan opstilles servicemål herfor, men aktiviteten afhænger af behovet.

6.8.4 Personalnormering

Personalnormeringer foreslås registreret:

- Antal normerede lægetimer i alt per år/52 uger
- Antal normerede sundhedsplejersketimer i alt per år/52 uger

Blanket: Sundhedsplejerskens årsberetning (SR 537)

Udgår

Blanket: Kommunallægens årsberetning (SR 534)

Udgår

6.8.5 Fordelingen mellem rutineopgaver og andet arbejde

Udover servicemål kunne det have interesse at registrere arbejdsfordelingen mellem rutinekontakter/undersøgelser og andet arbejde. Det kan fortælle noget om satsningen på det forebyggende arbejde, og det vil afspejle ændringer i arbejdstilrettelæggelse og fokus for indsatsen i sundhedstjenesten.

Nedenstående spørgsmål vedrørende arbejdstilrettelæggelsen foreslås registreret: Hvor stor en andel af de normerede timer bruges til *andet arbejde* end rutineundersøgelser/besøg/kontakter (fx til behovsbørn, besøg i institutioner, undervisning, netværksarbejde m.v.)?

(Afkryds det der passer bedst for hhv. sundhedsplejerske og læge):

	> 1/2	1/2	1/4	1/5	1/10	< 1/10
Sundhedsplejerske						
Læge						

Referencer:

1. Screening. Hvorfor-Hvornår-Hvordan. Sundhedsstyrelsen 1990
2. Det Nationale Indikatorprojekt, Kvalitetsmåling i sygehusvæsenet. Udvalget for kvalitetsmåling i sygehusvæsenet. Sundhedsstyrelsen 2000.
3. www.nip.dk
4. www.HBSC.dk
5. Baird G, Charman T et al. A Screening Instrument for Autism at 18 Months of Age: A 6 –Year Follow up Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39(86):694-702.
6. www.SDQinfo.com
7. Canadian Task Force on Preventive Health Care. www.ctffhc.org
8. Medicinsk Kompendium, 16. udgave. Nyt Nordisk Forlag 2004.
9. Klassifikation af sygdomme, Sundhedsstyrelsen, 10. revision. Alfabetisk og systematisk del. København 1993 (ICD-10, Geneva: WHO, 1992).
10. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). xxvii ed. Washington DC, US American Psychiatric Publishing, Inc. (1994)
11. ICPC, international klassifikation for den primære sundhedstjeneste med ICD10-konverteringskoder
12. Nielsen A, Lie HR, Keiding L, Madsen M. Børns sundhed i Danmark, DIKE 1998.
13. European Union Community Health Monitoring Programme. Child health Indicators og Life and Development CHILD. September 2002.

7 Overvejede indikatorer

7.1 Hovedområder for registrering

Projektgruppen valgte følgende hovedområder for registrering: mentale sundhedsindikatorer, fysiske sundhedsindikatorer og adfærdsindikatorer.

7.1.1 De af undergrupperne foreslåede indikatorer, oversigt

Der blev i første omgang foreslået i alt 20 forskellige mål registreret på 7 tidspunkter fra barnet er 0 til ca.15 år. Der var 4 måletidspunkter i førskolealderen og 3 måletidspunkter i skolealderen. Det endelige program er lidt mindre, idet gruppen forkastede nogle indikatorer, fordi de fandtes at have for ringe relevans for folkesundheden, eller fordi evidensen for deres anvendelighed var svag. Nedenfor er alle de foreslåede indikatorer beskrevet.

Nogle medlemmer af Projektgruppen fandt, at man foruden mål for elevernes helbred og trivsel også skulle have indikatorer til registrering af serviceniveauet og det udførte arbejde i sundhedsordningerne (struktur – og procesvariable). Da ydelsesmønsteret netop er den nuværende statistiks indhold, blev disse indikatorer kun meget kort drøftet i gruppen. (se 6.6).

Mentale sundhedsindikatorer

Hovedomfang i barnealderen

Tidligt forældre-barnsamspil

CHAT ved 1½ år

Psykisk trivsel hos 5-7 årige (indskolingsbørn) (SDQ)

Fysiske sundhedsindikatorer

Længde og vægt hos små børn

Højde og vægt hos skolebørn

Astma og astmatiske symptomer

Menarche

Fysisk præstationsevne, pendulløbetest (og spørgsmål om fysisk aktivitet)

Funktionsbegrænsning

Adfærdsindikatorer

Passiv rygning

Amning

Mobning

Skærmtid – tidsforbrug ved TV/PC/video/playstation

Kammerat/voksenkontakt

Selv vurderet helbred

Alkoholadfærd

Unges rygning

Struktur- og procesindikatorer

Se 6.6, 8.4 og 8.5

7.2 Skema over tidspunkter (alder) hvor registrering er foreslået at foregå

Førskolealder

	Vækst	Hovedomfang	Amning	Tidligt samspil	CHAT	Passiv rygning	Astma/astmatiske symptomer	Antal sundhedsplejerskebesøg 0-1½ år
0-4 mdr.	x	x					x	
4 mdr.	x	x					x	
8 mdr.	x	x	x	x		x	x	
1½ år	x	x	x		x		x	x

Skolealder

	Vækst	Menark	Pendul løbetest	Astma	Funktionsbegrænsning	Selvurderet helbred	SDQ
5-8 år	x			x	x		x
11-12 år	x	x	x	x		x	
14-16 år	x	(x)	x	x	x	x	

	Mobning	Skærmtid	Voksen-kammerat Kontakt	Alkohol vaner	Rygning	Ugentligt antal timer til motion	Lægeundersøgelse	Sundhedsplejerske-kontakter i skolealderen
5-8 år	x	x					x	
11-12 år	x	x	x	x		x		
14-16 år	x	x	x	x	x	x	x	x

Bemærk, at dette skema medtager alle forslag og registreringstidspunkter, som projektgruppen foreslog. I kapitel 9 findes et let revideret program, som gruppen foreslår afprøvet i en pilotundersøgelse.

7.3 Begrundelse for indikatorerne

7.3.1 Adfærd

Barnets udviklingstrin er afgørende for typen af måling. Når det fx gælder rygning foreslås registrering af udsættelse for passiv rygning, når barnet er helt lille, idet det anses for et rimeligt mål også for senere udsættelse for passiv rygning. (Det er ikke særligt sandsynligt at forældrene holder op med at ryge eller undlader at udsætte et større barn for rygning, hvis de ryger nær et spædbarn). Passiv rygning måles derfor ikke igen. Registrering ved 8 måneder vælges, idet det formodes, at evt. tilbagefald til rygning efter ophør i graviditeten er sket på dette tidspunkt.

Rygning registreres ved ca. 15 år. Det giver på dette tidspunkt et mål for andel elever, der ved folkeskolens slutning har tillagt sig den usunde vane rygning, som vi- des at høre sammen med mange andre typer af usund adfærd. Målet fortæller naturligvis ikke noget om tidspunkt for rygedebut. Men det er et proxymål for rygere i fremtidens voksenbefolkning.

Amning har positiv betydning for barnet på en række områder, og det er væsentligt at kunne måle effekten af ammepolitikken herunder WHO's spædbarnsvenlige initiativ. Det er "spørgeskemateknisk" enklest at spørge bagudrettet, hvor længe barnet blev ammet, men det kan medføre erindringsbias til den gode side, fordi forældrene gerne vil have, at det skal være positivt. Det kompenseres dog af, at sund-

hedsplejersken har sine optegnelser at holde sig til. Fuld amning er defineret så det måler, hvor længe barnet ernæres af sin mors mælk (se 8.3.2). WHO's definition på eksklusiv amning (intet andet end modermælk, vitaminer og evt. medicin) anvendes ikke, fordi den først og fremmest har relevans, hvis forholdene betyder, at en mundfuld vand ved siden af amningen kan gøre barnet sygt.

Viden om børns ernæring er vigtig for indsatsen overfor overvægt og fedme. Alligevel er andre mål for sund ernæring udeladt. Det skyldes, at sund ernæring (efter ammeperioden) er så kompleks, at den næppe kan vurderes ved en enkelt indikator eller to. En vurdering af kosten kræver grundige kostinterviews på baggrund af hvilke, man kan lave kvantitative beregninger af de indtagne næringsstoffer.

Tid foran en skærm (som fx TV, video, playstationspil, PC spil og netsurfing) er medtaget, fordi timer foran en skærm viser sammenhæng med overvægt og fysisk inaktivitet.

Alkoholvaner er udvalgt som en indikator af betydning for de unges sundhedsadfærd og trivsel aktuelt og på sigt. Der er mange alkoholundersøgelser i forvejen, men lokale tal/regionale forskelle har interesse. Det har været en overvejelse, om 12 årige svarer ærligt på alkoholspørgsmål, men tidspunktet er i hvert fald relevant for en drøftelse med eleverne.

Flere af indikatorerne vedrørende børnenes sundhedsadfærd (kammerat-voksenkontakt, selv vurderet helbred, alkoholforbrug, mobning, rygning og skærm-tid) kan registreres vha. små spørgeskort som børnene udfylder i ventetiden før de taler med lægen eller sundhedsplejersken, og som derefter kan bruges som udgangspunkt for en samtale. Ved at tage udgangspunkt i et allerede udfyldt skema kan man hurtigt komme til at tale om det centrale og vil have tilsvarende længere tid til rådighed. Det vil være væsentligt at skemaet udfyldes umiddelbart før samtalen, så fortroligheden opretholdes, og andre ikke indblandes i barnet/den unges besvarelse.

Elevens egne oplysninger om kontakt til kammerater og voksne og om mobning er både adfærdsmål og mål for psykisk trivsel og sundhed.

7.3.2 Mental sundhed

Målene for social kontakt og psykisk trivsel må nødvendigvis være meget forskellige på barnets forskellige udviklingsstrin. Her foreslås en vurdering af den tidlige forældre-barn kontakt og oplysning om, hvem barnet kan tale med om vanskelige ting i 12 og 15 års alderen. Herudover foreslås standardiserede spørgeskema-instrumenter til belysning af barnets psykiske trivsel ved 1½ og 6 år (CHAT og SDQ, se 8.1.3 og 8.1.4). De har en udformning, så de kan bruges som et naturligt oplæg/huskeliste til samtalen med forældrene. CHAT er dog udarbejdet mhp. detektion af autisme.

Selv vurderet helbred kan opfattes både som et trivselsmål og som et helbredsmål.

7.3.3 Fysisk sundhed

Vedrørende den fysiske udvikling foreslås indikatorerne højde (længde) og vægt, som er helt grundlæggende i vurderingen af et barns helbred og trivsel. Målene skal desuden bruges til at vurdere udviklingen i overvægt/fedme. Projektgruppen har herudover foreslået hovedomfang og menarche som mål vedr. fysisk udvikling og pendulløbetest til vurdering af konditionen.

Pendulløbetesten kan ikke gennemføres ved undersøgelserne, men skal foretages i idrætstimerne i samarbejde med idrætslærerne eller ved særskilte arrangementer som fx skolernes motionsdag.

Helbred er vanskeligt at finde gode mål for hos skolebørn. Dels er sygdomspanoramaet et andet end i almen praksis og på sygehusene, dels vil en diagnosticering alene bero på anamnese og klinisk undersøgelse og ikke kunne støtte sig til parakliniske undersøgelser. Ofte er der heller ikke mulighed for at vurdere et forløb. I SIFs undersøgelse af børn ved slutningen af skolealderen forsøgte man at lade lægerne registrere visse diagnoser og samlediagnoser fra den internationale sygdomsklassifikation ICD10. Det viste sig, at der var stor forskel i diagnostisk praksis de forskellige læger imellem, og at ICD10 diagnoserne ikke er velegnede til (som udgangspunkt) raske skolebørn.

I nærværende monitoreringsprogram foreslås registrering af astma, som er den hyppigste alvorlige sygdom hos skolebørn.

Herudover foreslås alvorlig sygdom registreret, *hvis* forældrene eller den unge oplyser, at der er væsentlig funktionsbegrænsning. Lægen/sundhedsplejersken optager herefter anamnese til klargøring af, hvilken betydning lidelsen har for barnets dagligdag samt lidelsens karakter. Herefter rubriceres lidelsen i en af grupperne:

- Medfødt kronisk sygdom eller handicap (fx misdannelser, kromosomsygdomme, neuralrørsdefekter, cystisk fibrose, blødersygdom, muskeldystrofi)
- Erhvervet kronisk sygdom eller handicap (fx ulykkesfølger, sukkersyge, epilepsi, migræne, spiseforstyrrelser, fedme)
- Psykiatriske lidelser eller psykisk udviklingshæmning som hovedårsag til funktionsbegrænsningen (fx manglende sprog, syndromer med udviklingshæmning som hovedsymptom)

Lidelsen skal kun registreres, hvis den er så alvorlig, at den kræver særlige hensyn i skolen og medfører begrænsninger i aktiviteterne i fritiden, dvs. at barnet/den unge ikke kan deltage i aktiviteter med andre børn uden særlig støtte eller forholdsregler.

Selvvrurderet helbred er et vigtigt sundhedsmål, men det måler ikke det samme som funktionsbegrænsning. Fx kan børn med funktionsnedsættelse på grund af bevægeapparathandicap godt opfatte sig som havende et godt helbred.

7.3.4 Miljø

Det eneste foreslåede mål for børns fysiske miljø er passiv rygning. Det psykiske miljø måles ved spørgsmål om mobning. Denne indikator kan skærpe sundhedspersonalets opmærksomhed på mobning, som umiddelbart bør medføre handling.

8 De enkelte indikatorer

8.1 Mentale sundhedsindikatorer

Hovedomfang i barnealderen

Tidligt forældre-barnsamspil

CHAT ved 1½ år

Psykisk trivsel hos 5-8 årige (indskolingsbørn)

8.1.1 Hovedomfang i barnealderen (HO)

8.1.1.1 Baggrund

Det er oplagt at indsamle oplysning om HO i forbindelse med vægt og længde, hvis disse udvælges som sundhedsindikatorer.

Hovedomfang ved fødslen er stærkt associeret til rygning under graviditeten og afspejler hjernens størrelse (1). Børn af kvinder, som ophører med rygning i forbindelse med graviditet, har samme hovedomfang som børn af ikke rygende kvinder (2). Det mindre hovedomfang blandt rygeres børn indhentes i visse tilfælde det første leveår, og amning har muligvis betydning for, om denne vækst sker (3).

Såvel store som små hovedomfang i barndommen er hyppigere blandt børn, som siden viser sig at have svære psykiatriske handicap (4, 5, 6, 7). Hovedomfang fra fødsel til 7 års alderen er associeret til barnets IQ ved skolealderen, associationen er tiltagende med alderen (8, 9). Dette gælder især for børn, som har været vækst-hæmmet under graviditeten (10) og børn med ekstrem lav fødselsvægt (11).

8.1.1.2 Definition af indikatoren

Hovedomfang defineres normalt som største hovedomfang (hattemål). Hovedomfang ved fødslen registreres rutinemæssigt i de nordiske lande i journalen, men der sker ikke indberetning og central registrering af data.

8.1.1.3 Forskrift for registreringen

Sundhedsplejersken instrueres i at måle hattemål ved at finde processus occipitalis og herudfra identificere største hovedomfang bagfra- fortil.

Et målebånd lægges rundt om barnets nakke og samles i panden, som ville man tage et hattemål (circumferentia frontooccipitalis). Placeringen skal være der, hvor barnets kranieomfang er størst. Der aflæses i centimeter med en decimal, og måling og dato noteres (sker automatisk på elektronisk registreringskema).

Hvad går indikatoren ud på?	At måle barnets hovedomfang.
Hvornår registreres den?	På de tidspunkter, hvor der ligeledes måles længde og vægt. Tidligere var der tradition for at måle HO i forbindelse med sundhedsplejerskens børneundersøgelser
Hvordan registreres den?	Med et målebånd identificeres største hattemål som angives i cm med en decimal.
Er der lignende monitoreringer i forvejen	Nej

Betydningen for barnet nu og senere	Måling af HO har kun betydning for barnet, hvis det sammen med en helhedsvurdering af barnet giver anledning til mistanke om sygdom eller misdannelse i hjernen.
Betydningen for folkesundheden og forebyggelsen	Hovedomfang igennem barndommen er associeret til barnets intelligenskvotient i 7 års alderen. Moderens livsstil i graviditeten især rygning påvirker barnets vækst inklusive vægt, længde og hovedomfang. Forhold i den tidlige barndom såsom amning kan ligeledes påvirke udvikling af disse mål (især catch up growth). En monitorering af disse mål vil sammen med registrering af livsstilsfaktorer være et enkelt og let håndterbart redskab for monitorering af børnesundhed. Løbende registrering af HO sammen med højde og vægt vil give mulighed for at monitorere effekten af indsatser i retning af reduktion af rygning under graviditeten og tilskyndelse til amning.

Referencer

1. Lindley A A, Benson JE, Grimes C et al.) The relationship in neonates between clinically measured head circumference and brain volume estimated from head CT-scans. Early Hum.Dev 1999; 56:17-29.
2. Lindley AA, Becker S, Gray RH et al. Effect of continuing or stopping smoking during pregnancy on infant birth weight, crown-heel length, head circumference, ponderal index, and brain:body weight ratio. Am.J.Epidemiol 2000; 152: 219-225.
3. Xiang M, Alfven G, Blennow M et al. Long-chain polyunsaturated fatty acids in human milk and brain growth during early infancy. Acta Paediatr 2000; 89: 142-147.
4. Woodhouse W, Bailey A, Rutter M et al. Head circumference in autism and other pervasive developmental disorders. Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines 1996; 37: 665-671.
5. Lainhart E, Piven J, Wzorek M et al. Macrocephaly in children and adults with autism. Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry 1997; 36: 282-290.
6. Kunugi H, Takei N, Murray R M et al. Small head circumference at birth in schizophrenia [see comments]. Schizophr.Res 1996; 20:165-170.
7. Cantor-Graae E, Ismail B., McNeil TF. Neonatal head circumference and related indices of disturbed fetal development in schizophrenic patients. Schizophr.Res. 1998; 32: 191-199.
8. Broman S H, Nichols PL, Kennedy W A. Preschool IQ. Prenatal and Early Developmental Correlates . New York: Lawrence Erlbaum, Hillsdale 1975.
9. Nelson KB and Deutschberger J. Head size at one year as a predictor of four-year IQ. Developmental Medicine And Child Neurology.1970; 12: 487-495.
10. Ounsted M, Moar VA and Scott A. Head circumference and developmental ability at the age of seven years. Acta Paediatr.Scand. 1988; 77: 374-379.
11. Stathis S L, O'Callaghan M, Harvey J et al Head circumference in ELBW babies is associated with learning difficulties and cognition but not ADHD in the

school-aged child. *Developmental Medicine And Child Neurology* 1999; 41: 375-380.

8.1.2 Tidligt forældre-barn samspil

8.1.2.1 Baggrund

Der er omfattende dyreeksperimentel litteratur, som tyder på, at ungens tidlige psykiske miljø har betydning for dens senere udvikling (1, 2). Tilknytningsteorien for mennesker, som bl.a. er udviklet af John Bowlby (3), Mary Ainsworth (4) og Mary Main (5) har stor betydning for de nyere teorier om, hvordan barnets følelsesmæssige kontakt til forældre og omgivelser dannes. Der er megen intervention på området (Marte Meo² tilbud eksempelvis) og sundhedsplejersker arbejder i tiltagende grad med området. Imidlertid er det vanskeligt at finde en veldokumenteret metode til at registrere forældre-barn samspil, som umiddelbart egner sig til brug i forbindelse med sundhedsplejerskens besøg i hjemmene.

Der har såvel i Københavns amt som i Århus gennem de senere år været arbejdet på forskellige modeller for 8 måneders besøget, som mange steder er det sidste sundhedsplejerske besøg, og hvor der de fleste steder foretages den såkaldte BO-EL¹ prøve.

I Københavns amt er der for tiden en større undersøgelse i gang på amtskommunalt plan i samarbejde med overlæge Anne Mette Skovgaard, som laver klinisk undersøgelse af de børn, hvor sundhedsplejersken (på baggrund af nedenstående) er usikker på, om forældre-barn kontakten er tilfredsstillende. Resultaterne af denne undersøgelse foreligger endnu ikke.

I Århus har man siden begyndelsen af 90'erne (6) forsøgt at udvikle en undersøgelsesmodel, som supplement til BOEL prøven. Siden 1996 har man anvendt et ét sides undersøgelsesark, som har været afprøvet i et follow up studie af 3000 børn, fulgt indtil 5 års alderen. Forældrene udfylder i denne alder et omfattende spørgeskema vedrørende deres barns psykiske velbefindende, men disse data er endnu ikke færdig analyserede.

I forhold til den mest hensigtsmæssige registrering har det i gruppen været diskuteret, om man skulle tilskynde til en ændring af, hvilke tidspunkter der skal prioriteres med hensyn til hjemmebesøg i de første leveår. Det synes hensigtsmæssigt at supplere besøgene i det første leveår med et 18 måneders besøg.

Forældre-barnsamspil skønnes at være af væsentlig betydning for børnesundheden, så det er gruppens vurdering, at man bør inkludere dette aspekt i en central indikator registrering i Danmark. Derfor anbefaler gruppen, at man, på trods af, at der ikke på nuværende tidspunkt er mulighed for at pege på en veldokumenteret metode, anvender en indikator i første leveår. Det foreslås at registrere på samme måde, som det for tiden gøres i Københavns Amt, dvs. ved 8 måneder. Når der foreligger yderligere resultater fra ovennævnte undersøgelser, kan man justere i forhold til disse.

² Et familievejledningsprogram som støtter forældre-barnrelationen

¹ BOEL: Blikket-Orienteret-Efter-Lyd

8.1.2.2 Overvejelser vedrørende definitioner og forskrifter

8.1.2.2.1 Sundhedsplejerskens vurdering ved 8 måneder (Den Københavnske model):

Sundhedsplejersken foretager en samlet vurdering af:

- Om barnet er velpasset og plejet. Påklædningen er hensigtsmæssig i forhold til klimaet og barnets bevægelsesfrihed. Forældre tilbyder barnet aktiviteter, der stimulerer barnets udvikling.
- Om forældrene har en rolig og sikker adfærd, hvor forældrene og barnet er i positivt samspil. Forældrene er i stand til at opfange barnets behov og opfylde dem.
- Om forældrene reagerer på barnets signaler, og er opmærksomme på, når grænsen for kontakt/stimuli er nået.
- Om forældrene er opmærksomme på uro/gråd, og kan trøste barnet, så det falder til ro.

Hvis der ingen bemærkninger er sættes der kryds ved ingen bemærkninger.

Hvis der er bemærkninger, sættes der kryds ved et eller flere af de forskellige muligheder:

- Barnets pasning og pleje.
- Afpasning af aktiviteter efter barnets behov.
- Forståelse og handling på barnets signaler og følelsesmæssig behov.

8.1.2.3 Diskussion

Arbejdsgruppen har fundet det væsentligt med en indikator på tidligt forældre- barn forhold men har ikke kunnet finde et sikkert mål herfor. Nogle har ment, at man derfor skulle undlade at medtage det, mens andre (flertallet) har ønsket en indikator for sundhedsplejerskens bekymring.

Det ovenfor beskrevne mål, som anvendes i Københavns Amt, angiver alene sundhedsplejerskens bekymring. Det vides ikke hvor store interobserverforskelle der er i målet, ligesom den prognostiske værdi for barnets udvikling ikke er kendt.

8.1.2.4 Samspil med andre registreringer:

Som anført arbejdes der med registrering af tidlig kontakt i sundhedsplejen i Københavns Amt og i Århus.

Hvad går indikatoren ud på?	At sundhedsplejersken på baggrund af sine observationer i hjemmet registrerer forhold vedrørende barnets trivsel og udvikling med særligt fokus på kontakten mellem moder og barn
Hvornår registreres den?	I forbindelse med 8 måneders besøget "Den Københavnske model"
Hvordan registreres den?	Ved at sundhedsplejersken laver en samlet vurdering af barnets psykomotoriske udvikling/psykiske miljø
Er der lignende monitoreringer i forvejen	Nej, men det er spørgsmål, som sundhedsplejersken registrerer i sit daglige

	arbejde.
Betydningen for barnet nu og senere	En tidlig identifikation af tilknytningsproblemer synes væsentlig. Tilknytnings- og relationsproblemer mellem forældre og barn er associeret til psykiske og sociale problemer hos barnet (7, 8, 9) inklusive personlighedsforstyrrelser (8). Fødselsdepression er relateret til emotionelle forstyrrelser hos barnet (9). Nogle psykiske sygdomme hos moderen har tendens til opkobning omkring børnefødsler. Omstillingskrav og belastninger eller genoplivning af gamle konflikter og traumer kan være et led heri.
Betydningen for folkesundheden og for forebyggelsen	Fokuseringen øger sundhedsplejerskens opmærksomhed på forældrenes omsorgsevne og kontakt med barnet og på, om barnet får opfyldt sine omsorgsbehov og får knyttet en tæt kontakt til forældrene, og den øger chancen for at moderen får behandling for fødselsdepression eller anden psykisk lidelse. Dette er vigtigt for barnets udvikling og sundhed.

Referencer:

1. Heim C & Nemeroff CB. Neurobiology of early life stress: Clinical studies. Semin.Clin.Neuropsychiatry 2002; vol. 7, no. 2:147-159.
2. Levine S. Influence of psychological variables on the activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. Eur.J.Pharmacol. 2000; vol. 405, no. 1-3:149-160.
3. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds; London:Tavistock Publications, 1979.
4. Ainsworth MDS, Blehar MR, Waters E, Wall S. Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdal NJ 1978: Lawrence Erlbaum.
5. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. Growing points of attachment theory and research. I Bretherton et al.(eds) Monographs of the society for research in child development 1985. Serie nr. 53.
6. Skajaa E. Sundhedsprofil af småbørn og småbørnsfamilier i Århus, Dansk Institut for Sundheds-og Sygeplejerskeforskning, København 1994.
7. Stern-Bruschweiler, Stern DN. A model for conceptualising the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies. Infant Mental health Journal 1989; 10: 142-56
8. Fonagy P, The human genome and the representational world: the role of early mother-infant interaction in creating an interpersonal interpretive mechanism. Bull.Menninger Clin. 2001; vol. 65, no. 3: 427-448.
9. Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R & Almqvist

F. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2001; vol. 40, no. 12: 1367-1374.

8.1.3 Psykisk udvikling og trivsel ved 1 ½ år (CHATen)

8.1.3.1 Baggrund

CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) (1, 2, 3) er udviklet af Ph.D. Simon Baron-Cohen fra Cambridge Universitet og oversat til dansk af psykolog Kirsten Callesen.

CHAT'en er en metode beregnet på at identificere børn med autistiske træk. Det menes, at en tidlig identifikation af disse børn kan give mulighed for en god behandlingsindsats og en bedre prognose. Det diskuteres, om CHAT'en også kan bruges til at vurdere barnets sociale kompetencer mere generelt.

CHAT'en kan anvendes af enhver primær sundhedsmedarbejder og foreslås her anvendt af sundhedsplejersken.

CHAT'en anvendes ved 18 måneder. Ikke tidligere end 18 måneder pga forhøjet risiko for at score falsk positive resultater hos yngre børn, og ikke senere end 2 år da der ikke er erfaring med brug af CHAT'en til større børn.

Undersøgelsen er afprøvet i England. I Danmark har sundhedsplejen i Fuglebjerg kommune afprøvet den. CHAT'en er ikke et diagnostisk redskab men en standardiseret metode til at finde "bekymringsbørn". Hvis barnet ikke består testen, gentages den (telefonisk) på et senere tidspunkt, hvor barnet er mere modent. Hvis der fortsat er problemer, henvises barnet til udredning.

Undersøgelsen har lav falsk positiv rate dvs., at hvis barnet ikke kan passere testen, så har det sandsynligvis en udviklingsforstyrrelse. Til gengæld vil nogle børn blive overset i første omgang. For den primære sundhedstjeneste er det vigtigt, at testen er nem at praktisere, og at kun meget få forældre ængstes unødigt.

CHAT'en er udviklet til at identificere børn i risiko for at modtage en diagnose på autismspektret og vil derfor være relevant for ret få børn.

8.1.3.2 18 mdr (CHAT)

CHAT'en består af 9 spørgsmål til forældre og 5 observationer af barnet.

Spørgsmål til forældre:

- Kan dit barn lide at få svingture, at lege "ride, ride ranke"
- Interesserer dit barn sig for andre børn?
- Kan dit barn lide at klatre på ting, så som op ad trappen?
- Kan dit barn lide at lege titte-bøh/gemmeleg?
- Leger dit barn nogensinde forestillingslege, fx. lade som om han/hun laver en kop saft ved at bruge en legetøjs kop og kande eller forestiller sig andre ting?
- Bruger dit barn nogensinde sin pegefinger til at pege med for at spørge om noget?
- Bruger dit barn nogensinde sin pegefinger til at pege med for at vise interesse for noget?
- Kan dit barn lege med små legetøjsting (fx. biler eller klodser) uden at putte dem i munden, pille ved eller tabe dem?
- Kommer dit barn nogensinde med ting til dig for at vise dig noget?

Sundhedsplejerskens observation:

- Har barnet haft blikkontakt med dig?
- Få barnets opmærksomhed, peg så tværs gennem lokalet på en interessant ting og sig: "Åh se!" Observer barnets ansigt. Kigger barnet for at se, hvad du peger på?
- Få barnets opmærksomhed og giv så barnet en miniature kop og saftvandskande og sig: "kan du lave en kop saft?" Lader barnet som om han/hun hælder saften op, drikker den ?
- Sig til barnet: "Hvor er lyset?" eller "Vis mig lyset". Peger barnet på lyset med sin pegefinger?
- Kan barnet bygge et tårn af klodser?

Indholdsmæssigt vedrører spørgsmål og observation *forestillingsleg* (at lade som om), *protodeklarativ pegen* (at dele opmærksomhed med andre) og *blikretning* (forståelse og interesse).

Opfølgning

Hvis barnet er i risiko for en udviklingsforstyrrelse kræver det grundig information af forældrene.

Det er kun relevant af bruge testen, hvis der er en henvisningsmulighed. Procedurer for opfølgning skal være på plads, og der skal være træning/undervisning i testen før den tages op.

Flere steder har man CHAT teams.

8.1.3.3 Forskrift

Ud fra instruktionen afgøres det, om barnet har passeret testen, og der krydses i ja eller nej. Det er første test, der foreslås indrapporteret.

Bemærk: CHAT skema og instruktion er sat som bilag 3 sidst i rapporten

Hvad går indikatoren ud på?	At identificere børn med svære udviklingsproblemer fx autisme
Hvornår registreres den?	Ved 18 måneder
Hvordan registreres den?	Sundhedsplejersken stiller forældrene 9 spørgsmål og foretager 5 observationer ved leg med barnet. Se ovenfor samt bilag.
Er der lignende monitoreringer i forvejen	nej
Betydningen for barnet nu og senere	Tidlig henvisning af børn med svære udviklingsproblemer til diagnostik og behandling
Betydningen for folkesundheden og for forebyggelsen	Næppe betydning for folkesundheden generelt

Referencer:

1. Robins DL, Ferin D, Barton ML: The Modified checklist for autism in toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmen-

- tal disorders. Journal of autism and developmental Disorders vol. 31,no 2, 2001
2. Baird G, Charman T, Baron-Cohen S, Cox A, Swettenham J, Wheelwright S, Drew A: A Screening Instrument for Autism at 18 Months of age: A 6-Year Follow-up Study. Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39-6, 2000
 3. Scambler D, Rodgers S, Wehner EA: Can the Checklist for autism in Toddlers Differentiate Young Children with Autism from Those With developmental Delays.

8.1.4 Psykisk trivsel hos 5-8 årige indskolingsbørn

8.1.4.1 Baggrund

Den psykiske trivsel er blandt de vigtigste sundhedsfaktorer i den tidlige skolealder. Skolegang stiller særlige krav til koncentration og socialt samspil og det er med relativt enkle indikatorer muligt at identificere børn med problemer på disse områder i den tidlige skolealder.

SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) er udviklet i Storbritannien med udgangspunkt i det tidligere meget anvendte Rutter spørgeskema og tilpasset ICD-10 og DSM-IV (2). Formålet med SDQ er at screene for psykopatologi i alderen 3-16 år (3, 4, 5, 6). På dansk findes SDQ i en lærer- og forældreversion til 4-16 årige inklusive et problemomfangs-modul (13,14).

Selv om formålet med de fleste af udsagnene er at identificere problemadfærd, er ti ud af de 25 spørgsmål positivt formulerede. De 25 udsagn er identiske i forældre og lærer-versionen og det tager kun cirka 5 minutter at udfylde spørgeskemaet. Spørgsmålene er udformede, så indholdet vil være forståeligt for de fleste. På denne baggrund er det ikke overraskende, at SDQ er bedre accepteret af forældre end fx det mere udbredte CBCL(Child Behavior Check List) (7). Anvendelse af skemaet er endvidere gratis, og det er tilgængeligt på mere end 40 sprog heriblandt de skandinaviske, via internetadressen www.sdqinfo.com

SDQ dækker fire problemområder (hyperaktivitet/uopmærksomhed, emotionelle problemer, adfærds-problemer, problemer i forholdet til jævnaldrende) og et styrkeområde (sociale styrker). De fem skalaer er konstrueret på basis af en kombination af klinik og faktoranalyse. Faktor strukturen er genfundet i et senere studie af en oversat svensk version (8) og SDQ har en sensitivitet og specificitet i relation til psykopatologiske tilstande, som er på højde med Rutters spørgeskemaer (9) og CBCL på alle områder og bedre med hensyn til screening for opmærksomheds/hyperaktivitetsforstyrrelser (diagnosen ADHD) (10).

8.1.4.2 Praktisk fremgangsmåde

Forud for indskolingsundersøgelsen udsendes spørgsmålene til forældrene sammen med indbydelsen til undersøgelsen. Anvendes alle 25 spørgsmål i SDQ (modelA) må det ske på et særskilt ark, hvor der øverst er en kort tekst der fungerer som introduktion. Ved model B med de 5 spørgsmål vil det være naturligt at de optræder sammen med andre sundhedsspørgsmål, fx vedr. astma/allergi.

Det bør for forældrene fremstå som en naturlig del af indskolingsundersøgelsen, at barnets psykiske trivsel vies professionel interesse. Spørgsmålene skal indgå i indskolingsundersøgelsen på en måde, så fokus kommer på det enkelte barn, på ressourcer og eventuelle konkrete vanskeligheder. Det vil derfor sjældent eller aldrig være relevant at foretage nogen talmæssig scoring mens der tales med forældrene. Hvis der ikke i forbindelse med selve indskolingsundersøgelsen opnås nogenlunde

klarhed over det enkelte barns situation, søges denne belyst ved samtale med børnehaveklasselederen. Det primære mål med anvendelse af spørgsmålene vil være, at den kommunale sundhedstjeneste så godt som det nu er muligt får et billede af det enkelte barns ressourcer og eventuelle vanskeligheder. Dette både med henblik på at kunne rådgive forældre og pædagoger og for at kunne tilbyde yderligere opfølgning (- evt. i samarbejde med PPR¹ og/eller socialforvaltning) hvis det skønnes hensigtsmæssigt. Selv om børn og forældre er i hyppig kontakt med skole og pasningstilbud, kan der være ting der lettere tages op med læge og sundhedsplejerske, især hvis de åbent inviterer til det.

Monitoreringen bliver på denne måde sekundær til den kliniske praksis, hvilket også må være det mest naturlige. I praksis vil dataindsamlingen skulle ske på den måde, at læge eller sundhedsplejerske hurtigt løber elevernes papirer igennem, og nøjes med at foretage en talmæssig scoring der hvor det skønnes nødvendigt for at afklare, om score ligger over den vedtagne "cut off"-værdi. Det indrapporteres dernæst for hver enkelt elev, om dette er tilfældet eller ej.

Se bilag 4.

8.1.4.3 Diskussion

Der er forskellige forhold omkring den foreslåede fremgangsmåde, der kan begrundes yderligere. For det første kunne det ses som et problem, at det ikke altid vil være muligt at anvende forældrene som informanter, selv om det vil være hovedreglen. Man må endda forvente, at det netop er hos nogle af de børn med de største vanskeligheder, at forældrenes vurdering kommer til at mangle. Hertil kan anføres, at det på et klinisk niveau netop vil kunne tjene som en yderligere motivation for sundhedspersonalet til at komme i kontakt med disse forældre. Uden denne kontakt vil det alligevel være meget begrænset, hvad man vil kunne gøre for barnet. Men i sidste ende må sundhedstjenesten altså lægge de bedst opnåelige oplysninger til grund for sin vurdering og i forlængelse heraf, sin indikatorindrapportering. Dette er i øvrigt også i samklang med den pragmatiske tilgang der fx præger det meget udbredte børnepsykiatriske interviewredskab K-SADS ².

Om end en rutinemæssig udfyldelse af SDQ fra lærerside ville være værdifuld i aktuelle sammenhæng, skønnes denne mulighed ikke realistisk, hvorfor vi som ovenfor nævnt foreslår at SDQ udfyldes af forældrene, og kun hvor dette ikke kan lade sig gøre, af lærerne. Det er væsentligt at fastholde, at der med anvendelse af disse spørgsmål ikke er tale om screening i traditionel forstand. Der vil ikke afdækkes hidtil skjulte, truende helbredsmæssige forhold, som enkelt vil kunne afhjælpes med en specifik sundhedsfaglig indsats. De vanskeligheder der oplyses om vil i sigens natur være kendt af omgivelserne. Bidraget fra den kommunale sundhedstjeneste vil være at markere sig som en ressource, der har kendskab til børn og deres forskellighed. Formålet vil være at hjælpe til at børnene vil kunne rummes som de er, men også at der ydes hjælp, når der er behov for dette (11, 12).

Det skal understreges at model A foretrækkes, hvis den er gennemførlig, da den dækker over et meget bredere spektrum, inkl. hyperaktivitet, og kan sammenlignes med andre undersøgelser. SDQ er anvendt i store populationsundersøgelser i Skandinavien (især Norge og Danmark). Det er et væsentlig aktiv at SDQ indgår i en stor dansk kohorteundersøgelse af børn født i 1995, undersøgt i 7½ års alderen (13,

¹ Pædagogisk Psykologisk Rådgivning

² Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version

14). Det vil derfor være muligt at lave en dansk standardisering i den for indskolingen relevante aldersgruppe.

For at kunne indhente erfaringer med den praktiske anvendelse af spørgsmålene i rutinemæssig sammenhæng og som baggrund for eventuelle justeringer, foreslås pilotundersøgelser gennemført i nogle kommuner. Dette skønnes at ville kunne gennemføres allerede i skoleåret 2005/2006, da en lang række kommunallæger allerede er blevet introduceret til konceptet på efteruddannelseskursus i juni 2003 og har givet udtryk for interesse i at medvirke til en praktisk vurdering.

Bemærk: SDQ spørgsmålene og SDQ score manual er sat som bilag 4 sidst i rapporten

Hvad går indikatoren ud på?	At beskrive forekomsten af psykiske trivselsproblemer blandt børn ved skolestart.
Hvornår registreres den?	I forbindelse med indskolingsundersøgelsen
Hvordan registreres den?	Følgende 2 modeller foreslås afprøvet i pilotstudier: A. Anvendelse af det internationalt meget udbredte spørgeskema SDQ (25 spørgsmål). Skemaet udleveres til forældrene på deres modersmål inden indskolingsundersøgelsen og udfyldes derhjemme. Skemaet indgår derefter som en del af grundlaget for samtalen med forældrene ved indskolingsundersøgelsen. Skemaet synes velegnet til formålet, da det primært beskriver dagligdags problemstillinger og også belyser barnets styrkesider. Er det ikke muligt at få oplysningerne fra forældrene søges de indhentet fra børnehaveklasselæderen. Hvis der ses at være væsentlige vanskeligheder på nogle af de felter skemaet omhandler, foretages en scoring jf. SDQ manualen. Til indikatorbrug regnes en totalscore der ligger over 90-percentilen for betydelende. B: Anvendelse af de fem spørgsmål i SDQ der specifikt vedrører problemer i forhold til jævnaldrende: •Er lidt af en enspænder, leger mest alene •Har mindst én god ven •Er generelt vellidt af andre børn •Bliver mobbet eller drillet af andre børn •Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn Svarmulighederne er som i de andre spørgsmål i SDQ, nemlig "Passer ikke", "Passer delvist" eller "Passer godt". Scoring og ind-

	samling af oplysninger ved manglende forældrebesvarelse som ovenfor. Denne delmængde af SDQ er udvalgt, da forholdet til jævnaldrene må anses for at være den enkeltfaktor der bedst skelner mellem tilstedeværelsen eller fraværet af væsentlige psykiske trivselsproblemer.
Er der lignende monitoreringer i forvejen	Nej.
Betydningen for barnet nu og senere	Børn i denne aldersklasse møder nye store udfordringer i skole og pasningsordninger. Det trives de fleste godt med. Børn der på nogle områder er sårbare kan imidlertid have brug for, at de voksne har en særlig opmærksomhed på dem, og indsigt i deres vanskeligheder. Som anført i bekendtgørelsen for den kommunale sundhedstjeneste, er det en væsentlig opgave at føre tilsyn med børnenes psykiske trivsel. Dette naturligvis primært for at igangsætte eller støtte en positiv udvikling hvor der er behov for det. På individniveau er der blandt fagfolk enighed om, at en tidlig opmærksomhed på børns forskelligheder og særlige behov er væsentlig for at modvirke senere nederlag og udskillelse.
Betydningen for folkesundheden og for forebyggelsen	Det er vist, at den psykiske trivsel er blandt de vigtigste sundhedsfaktorer i denne aldersklasse. Alene af den grund vil det have interesse at kende såvel udviklingen over tid som fordelingen i populationen. Der er på samfundsniveau viden om en række forhold der relaterer til børns psykiske trivsel, men der er indtil videre ingen erfaringer med systematisk opmærksomhed på disse problemer med efterfølgende indsats.

Referencer:

1. World Health Organisation. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Geneva, Switzerland: WHO: 1992.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Washington DC, USA: American Psychiatric Association, 1994
3. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br.J Psychiatry* 2000;177:534-9.
4. Goodman R, Renfrew D, Mullick M. Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *Eur Child Adolesc.Psychiatry* 2000;9:129-34.
5. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol.Psychiatry* 1999;40:791-9
6. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol.Psychiatry* 1997;38:581-6.
7. Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J Abnorm.Child Psychol.* 1999;27:17-24.
8. Smedje H, Broman JE, Hetta J, von Knorring AL. Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire". *Eur Child Adolesc.Psychiatry* 1999; 8:63-70.
9. Rutter M. A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *J Child Psychol.Psychiatry* 1967;8:1-11
10. Klasen H, Woerner W, Wolke D, Meyer R, Overmeyer S, Kaschnitz W et al. Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *Eur.Child Adolesc.Psychiatry* 2000;9:271-6.
11. Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge
12. Bremberg S., ed. Barnrapporten, Centrum för Barn och Ungdomshälsa, Stockholm 1998.
13. Obel C, Dalsgaard S, Stax HP, Bilenberg N. Spørgeskema om barnets styrker og vanskeligheder (SDQ-Dan). *Ugeskr Læger* 2003, 165; 5:462-465.
14. Obel C, Einar Heiervang et al. The Strength and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries. *Eur J Child Adolesc Psyc* in press

8.2 Fysiske sundhedsindikatorer

Længde og vægt hos små børn
Højde og vægt hos skolebørn
Astma og astmatiske symptomer
Menarche
Fysisk præstationsevne
Funktionsbegrænsning

8.2.1 Længde og vægt hos spædbørn og småbørn

8.2.1.1 Baggrund

Et menneske bruger den første fjerdedel af sit liv til at vokse og udvikle sig. Professionelle der arbejder med børn må altid have dette in mente. Væksten er en af de vigtigste kliniske variable for at vurdere børns sundhed og opdage mistrivsel og sygdom samt vurdere effekten af en indsats/behandling (1). Det måske mest betydningsfulde helbredsproblem i verden i dag er overvægt, som ofte starter allerede i barnealderen (2, 3).

Når man har registreret længde og vægt kan man efterfølgende vælge, om man vil vurdere barnets vægt i forhold til længden eller anvende et afledet mål som BMI (body mass index = vægt i kg/længde i m i 2. potens) eller Ponderal index (= vægt i kg/længden i m i 3 potens).

For både længden i forhold til alderen og vægt i forhold til længden og for BMI gælder det, at percentilværdierne afhænger af den undersøgelsespopulation, der danner grundlag for værdierne (4, 5, 6). Det anbefales at bruge den danske reference, rapporteret af Andersen et al 1982 (4) ved tolkning af måleresultaterne. Dette vedrører imidlertid ikke registreringen kun tolkningen.

Et børnemonitoreringsprogram, som det foreslåede, vil ikke indeholde tilstrækkelig mange målinger til at danne basis for nye referenceværdier (en ny standard) for længde og vægt i spædbarnsalderen men vil kunne vise ændringer i børnenes vækst over tid.

For det enkelte barn er måling og vejning og indførelse af værdierne på standardkurver kun vejledende. Resultaterne skal sammenholdes med den kliniske vurdering af barnet, hvor udvikling og kropsbygning tages i betragtning.

Definitioner

Spædbarnets længde målt i hele cm.

Småbarnets højde målt i hele cm.

Barnets vægt i kg med 1 decimal.

8.2.1.2 Forskrift for registrering af længde:

Børnene måles af sundhedsplejersken ved den kontakt til familien, som ligger indenfor perioden. Målene foretages med barnet i rygleje, med udstrakte ben og placeret på et fast underlag. Barnets hoved føres mod et lodret materiale. Herfra foretages målingen til punktet ud for barnets hæl. Målingen registreres i hele cm, og der anføres dato for målingen (automatisk).

8.2.1.3 Forskrift for registrering af højde:

Barnet måles med samlede ben op mod en væg og skuende lige frem. Målet registreres i hele cm, og der anføres dato for målingen. Målingen foretages ved barnets 4 års undersøgelse eller ved sundhedsplejerskens besøg i barnets hjem.

8.2.1.4 Forskrift for registrering af vægt:

Barnet vejes på en godkendt vægt. Spædbørn: Barnet må højst have undertrøje på. Vægten angives i kg med en decimal og forhøjes til nærmeste værdi. Der angives dato for målingen (automatisk).

Efter 1 års alderen vejes barnet uden fodtøj og i så lidt tøj som muligt. Vægten angives i hele kg med en decimal og forhøjes til nærmeste værdi. Der angives dato for målingen (automatisk).

Hvad går indikatoren ud på?	Registrering af længde- og vægtmålinger hos børn i førskolealderen.
Hvornår registreres den?	3 gange i barnets 1. leveår (ved 1. besøg, 4 mdr. og 8 mdr.) samt ved 1½ og 4 år.
Hvordan registreres den?	Fødselsvægt og længde er registreret af jordemoderen og overført til Landspati-entregistret og skal derfor ikke registreres i sundhedstjenesten. I første leveår foretager sundhedstjenesten i kommunerne registreringerne. Det vil også være muligt at få 4 års registreringer fra sundhedstjenesten, men det vil i mange kommuner kræve en ændring af tilbudet. Værdierne kunne indsamles af den praktiserende læge, men i første omgang lægges der ikke op til registreringer i almen praksis.
Er der lignende monitoreringer i forvejen	Praktiserende læger registrerer ved de forebyggende helbredsundersøgelser, men disse mål indrapporteres ikke og registreres ikke centralt. Den kommunale sundhedstjeneste registrerer i barnets 1. leveår, men data indrapporteres ikke.
Betydningen for barnet nu og senere	Somatiske- og psykiske sygdomme samt mistrivsel viser sig ofte ved vækststagnation.
Betydningen for folkesundheden og for forebyggelsen	Overvågning af fedmeudvikling hos børn lokalt og på landsplan. Mulighed for at evaluere en national strategi mod overvægt og fedme. Flere undersøgelser viser, at fedme hos børn ofte starter tidligt, og der skal sættes tidligt ind. Registreringerne kan på langt sigt vise ændringer i børns vækst.

Referencer:

1. Somatiske undersøgelser av barn og unge fra 0 – 20 år. Statens Helsetilsyn Norge 1998

2. Heitmann BL, Richelsen B, Hansen GL, Hølund U. Overvægt og fedme. Befolkningens sundhed set i relation til den øgede forekomst af fedme i Danmark. Sundhedsstyrelsen 1999
3. Michaelsen KF, Arvidson K, Mølgaard C. Behandling af fedme hos børn. En vejledning for praktiserende læger. Nycomed 2003
4. Andersen E, Hutchings B et. al. Højde og vægt hos danske børn. Ugeskrift for læger 1982;144:1760-1765.
5. Knudtzon J, Lie S O, Aarskov D, Nordisk lærebog i pædiatri side 56 - 66.
6. Knudtzon J. Waaler PE. Nye norske persentil kurver for højde, vægt og hode-Tidsskrift. Nor. Lægeforening 1988, 108: 2125-35

8.2.2 Højde og vægt hos skolebørn

8.2.2.1 Baggrund

Væksten er et vigtigt mål for børns udvikling, helbred og trivsel også efter småbarnsperioden. Alvorlige helbredsproblemer påvirker væksten, det gælder fx arvelige lidelser, erhvervede handicap og kroniske sygdomme. Hyppige infektioner, spiseforstyrrelser m.m. kan medføre vægttab eller vækststagnation. Langt hyppigere er i dag overvægt og fedme blandt skolebørn (1, 2). Omkring 15 år er 15-16% af børnene overvægtige, heraf 1-2% fede, vurderet med internationale standarder (3, 4). Fedme hos børn er vanskelig at behandle (5).

Ved at måle og veje børn regelmæssigt kan ændringer i børnebefolkningens vækstmønstre over tid registreres (sekular trend).

For det enkelte barn skal målingerne sammenholdes med den kliniske vurdering. Balancen er vigtig. Registreringerne må ikke medføre at børnene bliver vægtfikserede eller sygeliggjorte.

For højde i forhold til alderen, vægt i forhold til højden og BMI gælder, at percentilværdierne afhænger af den undersøgelsespopulation, der danner grundlag for værdierne (6-10). Det anbefales at bruge den danske reference, rapporteret af Andersen et al 1974 (11) ved tolkning af måleresultaterne. Et børnemonitoreringsprogram, som det her foreslåede, vil ikke indeholde tilstrækkeligt mange målinger til at danne basis for nye referenceværdier, men vil være værdifuldt til vurderingen af udviklingen i børnenes vækst og vægt over tid.

8.2.2.2 Definition

Skolebarnets højde i hele cm.

Skolebarnets vægt i hele kg.

8.2.2.3 Forskrift for registreringen af højde:

Børnene måles uden sko på stående med samlede ben og op mod en væg el. lign. og skuende lige frem. Der anføres dato og højde i hele cm, idet de forhøjes fra ,5 således at fx. 165,4=165 cm og 165,5=166 cm.

8.2.2.4 Forskrift for registrering af vægt:

Børnene vejes uden sko og overtøj og uden ting i lommen.

Der anføres dato og vægt i hele kg, idet der forhøjes fra ,5 således at 51,4 kg =51 kg og 51,5 kg = 52 kg.

Hvad går indikatoren ud på?	Registrering af højde og vægt hos børn i aldersgruppen 5 – ca. 15 år.
Hvornår registreres den?	Ved indskoling (børnehaveklasse / 1.

	klasse), i 5. klasse og ved udskoling (8. eller 9. klasse).
Hvordan registreres den?	Registrering af vægt og højde hos skoleelever foregår ved den kommunale sundhedstjenestes rutinemæssige kontakt med eleverne. Registreringerne kan ske ved individuel kontakt eller ved kontakt i grupper.
Er der lignende monitoreringer i forvejen	Ved indskolings- og udskolingsundersøgelse er der registreringer i den kommunale sundhedstjeneste, men data indberettes ikke og registreres ikke centralt.
Betydningen for barnet nu og senere	Oplysningerne giver information om det enkelte barns udvikling og trivsel og dermed mulighed for tidligt indsats. Afvigelser i længde/vægt ses som udtryk for misforhold hos det enkelte barn.
Betydningen for folkesundheden og for forebyggelsen	Overvågning af fedmeudvikling hos børn lokalt og på landsplan med mulighed for tidligt indsats. Registreringerne kan på langt sigt kan vise ændringer i børns vækst. Mulighed for igangsætte og at følge intervention og kulturelle forskelle.

Referencer:

1. Svendsen OL et al. Fedme i Danmark en rapport fra Dansk "Task Force on Obesity" under Dansk selskab for Adipositasforskning. København, DADL 2001.
2. Heitmann BL, Richelsen B, Hansen GL, Hølund U. Overvægt og fedme. Befolkningens sundhed set i relation til den øgede forekomst af fedme i Danmark. Sundhedsstyrelsen 1999.
3. Petersen T A-G, Madsen M et. al. Danske skolebørns BMI målt i perioden 1986/1987- 1996/1997 sammenlignet med danske målinger fra 1971/1972. Ugeskrift for læger 2002;164:5006-5015.
4. Cole TJ, Bellizi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000;320:1240-3.
5. Michaelsen KF, Arvidson K, Mølgaard C. Behandling af fedme hos børn. En vejledning for praktiserende læger. Nycomed 2003.
6. Somatiske undersøkelser av barn og unge fra 0 – 20 år. Statens Helsetilsyn Norge 1998.
7. Petersen T, Nielsen A et. al. Børns sundhed ved slutningen af skolealderen. Statens Institut for Folkesundhed 2000.
8. Døssing J. Gennemsnitsværdier for vægt-højde-alder forhold hos drenge og piger i skolealderen. Ugeskrift for læger 1950; 112:1171-81.
9. Knudtzon J. Waaler PE. Nye norske persentil kurver for højde, vekt og hodeomfang. Tidsskrift. Nor. Lægeforening 1988, 108: 2125-35.
10. Rasmussen S, Petersen T A-G, Maden M. Højde hos 6-16 årige danske skolebørn målt i perioden fra 1986/87 til 1996/97. Ugeskr Læger 2002;164:5011-5.

11. Andersen E. Andersen H, Hutchings B et. al. Højde og vægt hos danske skolebørn 1971/72. Ugeskrift for læger 1974;136:2796-2802.

8.2.3 Astma og astmatiske symptomer

8.2.3.1 Baggrund

Astma er en kronisk (inflammatorisk) sygdom i luftvejene, der ubehandlet forringer barnets sundhedstilstand og dermed mulighederne for at "føre et normalt sundt børneliv" med leg og aktiviteter på lige fod med andre børn og unge. Børn med astma kan have flere sygdomsperioder med skoleforsømmelser, og sygdommen kan i sidste ende allerede i barnealderen være en reel funktionsbegrænsning og være medvirkende til en nedsat livskvalitet.

En lægeundersøgelse, hvor der efterfølgende foretages lungefunktionsundersøgelse og allergologisk udredning allerede på mistanke om astma indebærer, at der kan igangsættes en målrettet miljøsanering og en forebyggende farmakologisk behandling. Tidlig opsporing betyder således forbedrede muligheder for forebyggelse og behandling af børn med astma. Endelig er diagnostik af astma og eventuel allergi af betydning for barnets senere valg af erhverv.

Internationale undersøgelser har rapporteret, at antallet af børn og voksne med astma tilsyneladende er øget betydeligt indenfor de sidste 15-35 år, samtidig med at forekomsten udviser en udtalt geografisk variation, idet det særligt er de industrialiserede lande med vestlig livsstil, som tilsyneladende har en prævalensstigning, der har kunnet registreres (1,2).

Det er en generel opfattelse, at en lignende stigning har fundet sted i Danmark (6), selvom en del af denne stigning kan skyldes øget opmærksomhed omkring sygdommen både hos sundhedspersonale og i befolkningen, samt en ændret eller udvidet definition af selve astmasygdommen (7-9). Astmadiagnosen stilles således ofte efter forskellige kriterier, afhængigt af undersøgelsernes karakter (3). Der eksisterer fortsat ikke en fælles definition på astma i kliniske og epidemiologiske studier, og der er fortsat ikke "en gylden standard", man kan validere sine målinger mod epidemiologisk (12). Diagnostisk kan man derfor ikke være sikker på, at det er den samme gruppe man identificerer. Det kan derfor være svært at sammenligne og tolke resultater fra forskellige undersøgelser, der foreligger nationalt som internationalt. Samtidig er årsagssammenhængen omkring astmasygdommen meget kompleks og dette vil yderligere kunne medvirke til at forvirre billedet.

Der eksisterer i dag ingen systematisk registrering af forekomsten af astma i Danmark. I Sundhedsstyrelsens Landspatientregister har man siden 1976 diagnoseregistreret alle sygehusudskrivelser og fra 1994 tillige diagnoseregistreret ambulatorie- og skadestuekontakter til sygehusene. I den primære sundhedssektor, hvor langt størsteparten af astmapatienterne befinder sig, registreres henvendelsen til praktiserende læger i sygesikringsregisteret (men ikke diagnosen), ligesom der kun foretages opgørelser over virksomheden i den kommunale sundhedstjeneste. Ingen af stederne foretages således systematisk diagnoseregistrering. I Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelregister har man igennem de seneste årtier observeret en kraftig stigning i salget af astmamedicin i Danmark, både hos voksne (15,16) og hos børn (17). At tage astmamedicin er ikke udtryk for at patienterne virkelig har astma, men omfanget bidrager til vurdering af folkesundhedsproblemet.

Registrering af astma og astmatiske symptomer i den kommunale sundhedstjeneste vil udgøre et værdifuldt bidrag til monitorering af børnesundheden og vil på en unik måde kunne kombinere de lægefaglige informationer fra undersøgelsen af eleven, sundhedsplejerskens undersøgelser og oplysninger fra forældre, klasselærer og barnet/den unge selv, og derudover give værdifulde oplysninger i relation til en

sygdom som astma, med det stærkt varierede sygdomsbillede. Mulighederne for prospektivt at følge tilstanden i sundhedstjenesten og samarbejdet med den praktiserende læge vil yderligere kunne bidrage til dette billede.

8.2.3.2 Definition

Definition og måling af astma diskuteres fortsat (8, 9). Her foreslås:

Astmatiske symptomer (astmatisk bronchitis) (børn under førskolealderen): Hoste, hvæsen med besværet ”pibende eller raslende” vejrtrækning – udløst af infektion, forværres ved anstrengelse, kan optræde som anfald og ”ofte om natten”.

Astma (børn i skolealderen): Besværet ”raslende” vejrtrækning – ofte som anfald eller ved anstrengelse og ”ofte om natten” evt. som hoste med eller uden hvæsen. Svinder enten spontant eller ved behandling med astmamedicin og er ofte udløst af allergi/uspecifikke miljøfaktorer.

8.2.3.3 Forskrift

Barnet/den unge rubriceres i en af følgende 3 kategorier (på baggrund af spørgsmål til forældrene eller barnet, evt. tillige på baggrund af stetoscopi) :

- **Har astma**
- **Har måske astma**
- **Har ikke astma**

Følgende spørgsmål stilles til forældrene/barnet/den unge af lægen eller sundhedsplejersken ved ind- og udskolingsundersøgelsen og ved sundhedsplejerskekontakterne (evt. foretages desuden objektiv undersøgelse) med henblik på at afklare om barnet har astma:

1. har barnet/den unge indenfor det seneste år fået stillet diagnosen astma/astmatiske symptomer (astmatisk bronkitis) af en læge, eller har det indenfor det seneste år været i behandling for astma/astmatiske symptomer (astmatisk bronkitis)?
2. Har barnet ved undersøgelsen hvæsende eller pibende vejrtrækning og evt. ronchi ved stetoscopi?
3. Har barnet jævnligt (dvs. mindst månedligt) hoste eller hvæsen?

Ja til 1 *eller* 2 (uanset andre svar) betyder at barnet skal registreres som havende **astma**

Ja til 3 alene betyder har **måske astma**

Ingen positive svar betyder har **ikke astma**

Det foreslås endvidere, at der spørges om barnet har funktionsbegrænsning sfa. astma. Ved funktionsbegrænsning forstås, at barnet ikke kan lege på lige fod med jævnaldrende eller kan deltage i almindelige aktiviteter- hertil regnes hyppigt sygefravær.

Forslaget betyder, at man kun får registreret børn som havende astma/astmatiske symptomer, hvis de har aktuelle problemer, ikke hvis de fx har fået oplyst, at de havde astmatisk vejrtrækning i småbarnsalderen eller har fået astmamedicin i forbindelse med en infektion tidligt i barndommen.

Aktuelle problemer betyder i denne sammenhæng lægelig diagnose/behandling indenfor et år *eller* symptomer på undersøgelsesdagen observeret af sundhedspersonen.

Anamnesticke oplysninger om jævnlige symptomer registreres som måske astma (og bør udredes).

Behandling af astma foreslås ikke medtaget i indrapporteringen. Udspørgen om astmabehandling og henvisning ved utilstrækkelig behandling er en selvfølgelig del af arbejdet, men skal ikke indrapporteres.

Indrapportering/registrering af anden allergisk sygdom i øvrigt (høfeber, fødevareallergi, børneeksem, nældefeber, kontakteksem) medtages ikke her, men nogle i Projektgruppen har ytret ønske om, at dette senere skal kunne indgå.

8.2.3.4 Samspil med andre registreringer

I CHILD anbefales oplysning om astma oplyst kønsspecifikt og i aldersgrupperne 0-4, 5-9, 10-14 og 15-17 år og helst relateret til socioøkonomisk gruppe. Der angives ingen definition i CHILD.

Hvad går indikatoren ud på?	Registrering af astmatiske symptomer og astma samt funktionsbegrænsning som følge heraf.
Hvornår registreres den?	Sundhedsplejerske: 0-1½, 2-4 år, 9-11 år Børne-unge læge: Indskoling (6-8 år/0-1. kl.) og udskoling (14-15 år/8-9. kl.)
Hvordan registreres den?	Sundhedsplejersken spørger forældre eller barn Børne-unge lægen foretager anamnese og klinisk undersøgelse.
Er der lignende monitoreringer i forvejen	Nej ikke systematiske. SUSY-undersøgelserne (Statens Institut for Folkesundhed – 1994 og 2000 medtager forældre-rapporterede data). Spredte lokale us. inkl. børnekoorter Astma udskrivelser registreres i LPR, men offentliggøres ikke særskilt.
Betydningen for barnet nu og senere	Forebyggende behandling betyder bedre funktion i dagligdagen, med fysisk aktivitet på lige fod med kammerater samt mindre risiko for kronisk nedsat lungefunktion.
Betydningen for folkesundheden og forebyggelsen	Giver mulighed for en monitorering af selvrapporterede astmatiske symptomer i barnealderen vurderet af sundhedspersonale. Kan medvirke til en tidlig opsporing af astma ved henvisning til nærmere udredning i almen praksis ved mistanke. Kan medvirke til forbedret kontrol ved at emnet tages op i sundhedsplejerskesamtaler, der ligger mellem ind- og udskolingsundersøgelse. Giver mulighed for at indsamle viden

om hvilke forebyggelsesmæssige tiltag "der virker". Kan måske på sigt medvirke til at reducere risikoen for som voksen at få en kronisk lungefunktionsnedsættelse – dvs. en funktionsbe- grænsning

Referencer:

1. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. *Lancet* 1998;351(9111):1225-32.
2. European Community respiratory Health Survey. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). *Eur Respir J* 1996;9(4):687-95.
3. Blands J. Astmaforekomst i Danmark. Hvor står vi og hvordan kommer vi videre. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab. 2001.
4. Host AH, Duus T, Ibsen TB, Host A. Occurrence of asthma in schoolchildren. Is the disease underdiagnosed? *Ugeskr Laeger* 1993;155(49):3978-81.
5. Keiding L. Astma og allergi og anden overfølsomhed i Danmark - og udviklingen 1987-1994. København. DIKE. 1997.
6. Kjølner M, Rasmussen NK. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987.
7. Nielsen GA. Gymnasie- og HF-elevs sundhedsvaner og livsstil 1996-97. København. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi. 1998.
8. Petersen T, Nielsen A, Paludan M et al. Børns sundheds ved slutningen af skolealderen. København. Statens Institut for Folkesundhed . 2000.
9. Prahl P, Christiansen P, Hjuler I, Kaae HH. Prevalence of asthma in Danish children aged 8-10 years. *Acta Paediatr* 1997;86(10):1110-3.
10. Asher MI, Keil U, Anderson HR, Beasley R, Crane J, Martinez F, Mitchell EA, Pearce N, Sibbald B, Stewart AW. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): rationale and methods. *Eur Respir J* 1995;8(3):483-91.
11. Peat JK, Toelle BG, Marks GB, Mellis CM. Continuing the debate about measuring asthma in population studies. *Thorax* 2001;56(5):406-11.

8.2.4 Menarche

8.2.4.1 Baggrund

Menarche er den første menstruationsblødning. Den falder umiddelbart efter perioden med maksimal tilvækst. Efter menarchen ophører højdevæksten gradvist men pigerne vokser dog gennemsnitligt endnu 6-8 cm.

Alderen for den første menstruation er faldet i Europa fra 1850'erne til 1950'erne. Den ligger nu på ca. 13 år i Norden. Det er usikkert om den stadig er faldende (1-6).

8.2.4.2 Definition

Alder ved pigens første menstruation

8.2.4.3 Forskrift

Sundhedsplejersken/lægen spørger ved de forebyggende samtaler pigerne, om de er begyndt at have menstruation, og i givet fald hvilket årstal det begyndte. De anfører undersøgelsesdato (automatisk) og ja + årstal eller nej. Når der er anført ja og årstal én gang, registreres det ikke igen.

Hvad går indikatoren ud på?

At indhente oplysninger om tidspunktet for første menstruation

Hvornår registreres den?	I alderen 11-15 år
Hvordan registreres den?	Ved i forvejen etablerede forebyggende undersøgelser
Er der lignende registreringer?	Nej
Betydningen for barnet nu og senere	I forbindelse med vækstforstyrrelser. Er derudover relevant i forbindelse med visse sygdomme (hormonelle lidelser, alvorlige kroniske sygdomme og psykosociale sygdomme). Har betydning for selvværd ved for tidlig og sen udvikling.
Betydningen for folkesundheden og for forebyggelsen	Kan være relevant i forbindelse med hormon påvirkning fra miljøet. Kan måske være relevant i fremtiden omkring fertilitet Kan måske have relevans i relation til overvægt og tidligere indsættende pubertet Har relation til højde-vægtkurver (7, 8). Bidrager til forklaring af kønshormonrelaterede sygdomme.

Referencer:

1. Andersen E. Skeletal maturation of Danish school children in relation to height, sexual development and social conditions. Århus: Universitetsforlaget 1968.
2. Olesen AW, Jeune B, Boldsen JL. Olesen AW, Jeune B & Boldsen JL. Et fortsat fald i menarche i Danmark. Ugeskr Læger 2001;163:5828-31
3. Helm P, Munster KR, Schmidt L.
[Determination of menarche and primary amenorrhea]
Ugeskr Laeger. 1998 Dec 14;160(51):7430-3.
4. Helm P, Groenlund L.
A halt in the secular trend towards earlier menarche in Denmark.
Acta Obstet Gynecol Scand. 1998 Feb;77(2):198-200.
5. Larsen SB, Kragstrup J.
Alder ved menarche og første samleje.
Ugeskr Laeger. 1997 Nov 3;159(45):6676-9.
6. Boldsen JL, Jeune B, Bach-Rasmussen KL, Sevelsted M, Vinther E.
Menarkalderen blandt skolepiger i Odense.
Ugeskr Laeger. 1993 Feb 15;155(7):482-4.
7. Becker-Christensen FG.
Vækst i Grønland. Udvikling i kropsproportioner og menarchealder.
Ugeskr Laeger. 2002 Feb 11;164(7):906-10.
8. Helm P, Munster KR, Schmidt L.
Menarkalderen i relation til infertilitet og voksen legemshøjde og vægt.
Ugeskr Laeger. 1996 Nov 18;158(47):6763-5.

8.2.5 Fysisk præstationsevne (kondition)

8.2.5.1 Baggrund

Regelmæssig fysisk aktivitet og dermed god kondition har betydning for barnets motoriske og muskulære udvikling, vægt og generelle sundhedstilstand. Der er evi-

dens for at regelmæssig fysisk aktivitet vil kunne forebygge udvikling af begyndende sygdom (fedme, metabolisk syndrom – type 2 diabetes m.v. (1, 2, 3).

Det er derfor vigtigt, at der sættes ind over for fysisk inaktivitet så tidligt som muligt, dvs. allerede i småbarnsalderen, hvor forældre, dagpleje og daginstitutioner bør fokusere mere på udendørs leg og bevægelse.

I skolealderen bør der være fokus på værdien af at dyrke regelmæssig motion og at kunne transportere sig selv. Skole og fritidstilbud skal bidrage til, at børn bliver mere fysisk aktive fx ved at øge antallet af idrætstimer i skolen og opfordre til, at børn færdes udendørs i fritidsinstitutionerne i længere tidsrum.

Trods de kendte fordele ved at være fysisk aktiv er der en ikke helt lille gruppe fysisk inaktive børn (4-7).

Det er i undersøgelser forsøgt at vurdere/måle børns fysiske aktivitet ved forskellige spørgsmål. Fx: *Udenfor skoletid: Hvor mange timer om ugen dyrker du sport eller motion, som gør dig forpustet eller svedig?* (Health Behavior in School Aged Children, HBSC)

Hvor tit er du fysisk aktiv i din fritid? (1-6 gange om ugen) (Monitorering af Unges Livsstil og Dagligdag, MULD). *Hvor lang tid bruger du på fysisk aktivitet i gennemsnit per uge?* (MULD) Denne undersøgelse har desuden spørgsmål om cykling til skole og hvor forpustet/svedig man er efter aktiviteterne.

Børns oplysning om fysisk aktivitet eller sportsdeltagelse kan ikke bruges som tilnærmet mål for deres kondition.

Projektgruppen foreslår derfor, at der udføres en egentlig konditertest (pendulløbetest), men medtager samtidig et spørgsmål om motion (HBSC spørgsmål) for at få viden om motionsadfærd. Der er evidens for, at pendulløbetest kan anvendes som mål for kondition (9).

8.2.5.2 Definition

Pendulløbetesten hedder også Shuttle-run test eller Yo-yo test og er en maximal løbetest, der viser elevens maksimale ydeevne (udholdenhed). Når den maksimale ydeevne er fastlagt, kan man ved hjælp af en omregningstabel få et indirekte mål for konditionen. Kondition er et mål for barnets fysiske præstationsevne. Løbetesten er inddelt i 23 trin af 1 minuts varighed.

Testen gennemføres i et samarbejde med idrætslærerne. Hvis det er vanskeligt at få testen ind i skemaet i hverdagen, kan den evt. udføres i forbindelse med skolernes motionsdag.

8.2.5.3 Praktisk fremgangsmåde (forskrift)

Pendulløbetest foreslås udført i idrætstimerne i samarbejde med/af idrætslæreren. Den kan også lægges i forbindelse med temauger eller skolernes motionsdag.

Materialer: Tape, målebånd (20 m), båndoptager eller CD-rom afspiller. Tape eller CD-rom med løbeinstruktion (fra den kommunale sundhedstjeneste). Omregningstabel.

Testen gennemføres i en gymnastiktime, hvor gymnastiklæreren og skolesundhedsplejersken deltager. I gymnastiksalen eller andet passende areal markeres med tape en start- og slutline for en passende bred 20 meter lang strækning med løbebaner. Der skal være mindst 1 meters afstand mellem løbebanerne og til mure el. lign. i hver ende.

Eleven instrueres i, at han/hun skal løbe frem og tilbage i løbebanerne mellem de to streger. Hastigheden starter lavt, men øges progressivt og styres af bip-lyde fra en båndoptager el. CD-rom afspiller, så der bliver kortere og kortere imellem bip-

lydene. Eleven instrueres i, at han/hun skal følge løbarytmen, sådan at han/hun er ved stregerne, når bippet lyder. Nøjagtighed inden for 1-2 meter er tilstrækkelig. Eleven skal blot røre ved strengen, hurtigt vende om og løbe tilbage. Testen slutter, når eleven ikke længere kan følge den fastsatte rytme. Når eleven stopper skal han/hun eller læreren/ sundhedsplejersken huske nummeret på det trin afspilleren nåede til, dette tal indikerer indirekte elevens kondition. Konditallet aflæses herefter i omregningstabellen og indføres i et skema.

Registrering: Konditionstallet aflæses i omregningstabellen og skrives ned sammen med dato for testen.

8.2.5.4 Omregningstabel

Tabel til vurdering af resultater opnået ved 20 meter shuttle-run test:

Løbetid	Hast.	Tid/20 meter	kondition
min	Km/t	Sek	ml.O2/kg
1	8,0	9,000	27,4
2	9,0	8,000	33,3
3	9,5	7,579	36,9
4	10,0	7,200	39,1
5	10,5	6,857	42,0
6	11,0	6,545	45,0
7	11,5	6,261	47,9
8	12,0	6,000	50,8
9	12,5	5,760	53,8
10	13,0	5,538	56,7
11	13,5	5,333	59,6
12	14,0	5,143	62,5
13	14,5	4,966	65,5
14	15,0	4,800	68,4
15	15,5	4,645	71,3
16	16,0	4,500	74,3
17	16,5	4,364	77,2
18	17,0	4,235	80,1
19	17,5	4,114	83,0
20	18,0	4,000	86,0
21	18,5	3,892	88,9

Foruden pendulløbetesten foreslås det, at der i pilotundersøgelsen stilles HBSC spørgsmålet om motion, således at konditionstal og svar på motionsspørgsmål kan sammenholdes.

Udenfor skoletid: Hvor mange timer om ugen dyrker du sport eller motion, som gør dig forpustet eller svedig?

8.2.5.5 Samspil med andre registreringer

I CHILD anbefales det at spørge om kraftig fysisk aktivitet udenfor skoletiden i mindst 2 timer ugentlig, kønsopdelt og på aldre 11, 13 og 15 år. Helst også opdelt på socialgrupper.

Hvad går indikatoren ud på?	At registrere et mål for fysisk præstationsevne vha. pendulløbetesten
Hvornår registreres den?	11-13 års alder (5.-6. kl.) og i 14-16 års alderen
Hvordan registreres den?	Foreslås registreret af gymnastiklæreren i samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste. Samtidig anvendes af lille spørgeskema (HBSC er valgt).
Er der lignende registreringer i forvejen	Nej
Betydningen for barnet nu og senere	God kondition og muskelstyrke giver barnet velvære og mulighed for et aktivt liv samt mindre risiko for udvikling af overvægt og andre velfærdssygdomme.
Betydningen for folkesundheden og for forebyggelsen	Regelmæssig fysisk aktivitet (8) medvirker til at opretholde en god sundhedstilstand. Regelmæssig fysisk aktivitet forebygger udviklingen af metabolisk syndrom, der er en risikofaktor for udvikling af livsstilssygdomme som hjerte-karsygdomme og type-2 diabetes, der er kroniske sygdomme, som på sigt vil medvirke til en reduceret livskvalitet og betyde et større forbrug af sundhedsmæssige ydelser.

Referencer:

1. Hansen HS, Froberg K, Hyldebrandt N, Nielsen JR. A controlled study of eight months of physical training and reduction of blood pressure in children: the Odense schoolchild study. BMJ 1991; 303: 682-5
2. Wedderkopp N. Atherosclerotic Cardiovascular Risk factors in Danish Children and Adolescents. A Community based approach with special reference to Physical Fitness and Obesity. Ph.d. Thesis. Institute of sport Science and Clinical Biomechanics. Faculty of Health Sciences. University of Southern Denmark. 1998
3. Riddoch C Boreham C. The health-related physical activity of children. Sports Med 1995; 19: 86-102.
4. Andersen LB, Schelin B. Physical activity and performance in a random sample of adolescents attending school in Denmark. Scand J Med Sci Sports 1994; 4: 13-
5. Biddle S, Sallis JF, Cavill N. Young and active. 1999; 1-149.
6. Fysisk aktivitet og sundhed. En litteraturgennemgang. (CFF). Sundhedsstyrelsen. Schultz Information. 200/191.
7. Hansen HS. Blood pressure, physical fitness, cardiac structure, and sodium-potassium pump activity in a population of children. The Odense Schoolchild Study. 1993; 1-33. Odense Universitet
8. Sallis JF, Patrick K. Physical activity guidelines for adolescents: Consensus statement. Pediatr Exerc Sci 1994; 6: 302-14.
9. EUROFLOT, Testning af fysisk præstationsevne. Emnehæfte nr. 5 fra idrættens forskningsråd ved Birger Rasmussen. Danmarks Højskole for Legemsøvelser 1991.

8.2.6 Funktionsbegrænsning

Godt fysisk helbred er væsentligt for børn. Selvom børn i dag generelt er raske er astma og allergi udbredt, og der er en nærmest epidemisk vækst i overvægt, fedme og forstadier til livsstilssygdomme (1). Nogle børn er allerede tidligt præget af dårlig fysisk præstationsevne.

I nærværende børnemonitoreringsprogram er derfor medtaget astma/astmatiske symptomer, højde-vægt (fedme) og en konditionstest.

I en gruppe af skolebørn vil der, foruden en vis andel med ovennævnte relativt hyppige fysiske problemer, være nogle børn med alvorlig og varig funktionsbegrænsning pga. kronisk sygdom eller handicap. I udskolingsundersøgelsen var det 3,3% af børnene (2). Det drejer sig om et meget stort antal forskellige tilstande, der hver især er meget sjældne, og de er derfor vanskelige at fange ved en "indikator". De enkelte børn med diabetes, cystisk fibrose, muskeldystrofi, mb Recklinghausen osv. er kendte, behandlede og registrerede andre steder.

I udskolingsundersøgelsen, hvor lægerne registrerede efter en modificeret ICD10 klassifikation, var forskellen i diagnostisk praksis mellem lægerne meget stor (3). Man fik dog viden om hvilke typer af lidelser man oftest ser blandt skolebørn (4).

For de 14-16 årige var de hyppigste lidelser:

• Synsproblemer (især refraktionsanomalier eksklusiv farvesynsanomali)	7,3%
• Rygproblemer (især rygsmerte men også mb Scheuermann, scoliose mv.)	6,9%
• Bevægeapparat (inklusive hypermobilitet, knæ-og hofte lidelser)	6,8%
• Astma	5,3%
• Hudlidelser (fx atopisk dermatitis, kontakteksem, acne, urticaria)	4,9%
• Hørenedsættelse (også ensidig)	3,8%
• allergisk snue	3,6%
• Fedme	3,3%
• Hovedpine inklusive migræne	3,3%

Disse lidelser giver kun for nogle vedkommende funktionsbegrænsning. Det er interessant at vide, hvilke lidelser man finder hos (raske) skolebørn, men udover astma og fedme, som i forvejen er med i det foreslåede monitoreringsprogram, er der næppe egnede indikatoremner.

ICD10 fungerer dårligt til registrering af skolebørns problemer. I almen praksis anvendes ICPC, men dette er endnu ikke udviklet for børne-ungeområdet og desuden bruger ICPC systemet et henvendelsessymptom som indgang, hvilket ikke er relevant ved de forebyggende undersøgelser.

Det foreslås derfor at tage udgangspunkt i forældrenes/den unges eventuelle oplysning om betydelig funktionsbegrænsning og årsagen hertil (fx et symptom (hovedpine, gangbesvær) eller en sygdom (fx epilepsi)). I de (få) tilfælde, hvor elever eller forældre oplyser om alvorlig sygdom eller handicap, vurderer lægen problemet og taster på baggrund af sin vurdering ja eller nej til alvorlig funktionsbegrænsning. Lægen rubricerer årsagen ud fra anamnese og objektiv undersøgelse i en af 3 hovedgrupper:

- **Medfødt kronisk sygdom eller handicap** (fx misdannelser, kromosomsygdomme, neuralrørsdefekter, cystisk fibrose, blødersygdom, muskeldystrofi m.v.)

- **Erhvervet kronisk sygdom eller handicap** (fx ulykkesfølger, sukkersyge, epilepsi, migræne, spiseforstyrrelser, fedme)
- **Psykiatriske lidelser eller psykisk udviklingshæmning som hovedårsag** til funktionsbegrænsningen (fx manglende sprog, syndromer med udviklingshæmning som hovedsymptom)

Ved funktionsbegrænsning forstås kun problemer, der er langvarige/permanente og så alvorlige, at de medfører behov for særlige hensyn i skolen og begrænsning i udfoldelsen i fritiden i forhold til andre børn, og kun så alvorlige lidelser skal medtages.

Hvad går indikatoren ud på?	At måle hvor mange børn, der har helbredsbeholdet alvorlig funktionsbegrænsning
Hvornår registreres den?	Ved lægekøntakterne ved ind- og udskoling
Hvordan registreres den?	Ved at spørge forældrene/den unge om der er alvorlig funktionsbegrænsning og efterfølgende vurdere tilstanden og kategorisere den i en af 3 grupper: Medfødt handicap eller kronisk sygdom Erhvervet handicap eller kronisk sygdom Psykiatrisk lidelse/psykisk udviklingshæmning
Er der lignende registreringer i forvejen	Nej
Betydningen for barnet nu og senere	Kan være med til at vurdere omfanget af meget alvorlige helbredsproblemer blandt børn
Betydningen for folkesundheden og for forebyggelsen	Også i et moderne velfærdssamfund er handicap og kronisk sygdom hos børn en realitet. Udviklingen i disse tilstande – fx om der bliver flere eller færre handicappede børn – er det svært at skaffe oplysning om – især pga varierende definition. Den her foreslåede registrering bygger på at både forældrene/barnet/ den unge og lægen vurderer at der er tale om et væsentligt og indgribende helbredproblem.

Referencer:

1. Wedderkopp N. Atherosclerotic Cardiovascular Risk factors in Danish Children and Adolescents. A Community based approach with special reference to Physical Fitness and Obesity. Ph.d. Thesis. Institute of sport Science and Clinical Biomechanics. Faculty of Health Sciences. University of Southern Denmark. 1998
2. Petersen T, Nielsen A, Paludan M et al. Børns sundheds ved slutningen af skolealderen. København. Statens Institut for Folkesundhed . 2000.
3. Michelsen SI et al. Børns sundhed ved slutningen af skolealderen. Kommunerapporter. Statens Institut for Folkesundhed 2000.

4. Petersen T et al. Børns sundhed ved slutningen af skolealderen. **Diagnoserapport.** Statens Institut for Folkesundhed 2000.

8.3 Adfærdsindikatorer

Passiv rygning

Amning

Mobning

Skærmtid

Kammerat - voksenkontakt

Selv vurderet helbred

Alkoholforbrug

Unges rygning

8.3.1 Passiv rygning

8.3.1.1 Baggrund

Børn, som udsættes for passiv rygning, har større forekomst af øvre luftvejslidelser (1). Ved SIF's undersøgelse "Miljøfaktorer i danskernes hverdag", som blev offentliggjort i 2000 blev 48% af alle børn udsat for passiv rygning i hjemmet (2). I dag registreres gravides rygning i svangrejournalen, men spædbørnsforældres rygning registreres ikke, selvom der er tale om en væsentlig og påvirkelig risikofaktor for sygdom hos børn. Registrering ved 8 måneder vælges, fordi det formodes at et evt. tilbagefald til rygning for de rygere, der er stoppet i graviditeten, er sket på dette tidspunkt.

8.3.1.2 Definition

Ved udsættelse for passiv rygning menes, at mindst een person, som barnet bor sammen med, ryger inde i boligen mindst én gang om ugen. Der spørges *ikke* om rygeudsættelse i dagpasningstilbud eller hos andre personer, som barnet ikke bor sammen med (fx bedsteforældre), idet det ville gøre afgrænsningen vanskeligere.

8.3.1.3 Forskrift

Ved sundhedsplejerskens 8 måneders besøg spørger sundhedsplejersken om der bor personer sammen med barnet, som ryger i hjemmet mindst ugentligt.

Bor der personer sammen med barnet som ryger i hjemmet mindst ugentligt?

Ja _____ Nej _____

8.3.1.4 Samspil med andre registreringer

I CHILD anbefales oplyst andelen af 0-4 årige børn, der bor i hjem hvor en beboer ryger mindst ugentligt. Gerne sammenholdt med socioøkonomiske forhold.

Hvad går indikatoren ud på?	Passiv rygning i hjemmet
Hvornår registreres den?	Ved 8 måneders besøget (evt. også ved etableringsbesøget)
Hvordan registreres den?	Sundhedsplejersken spørger familien ved 8 måneders besøget
Er der lignende monitoreringer i forvejen	Nej

Betydningen for barnet nu og senere	Passiv rygning skader barnets helbred og øger risikoen for luftvejslidelser herunder astmatisk bronkitis/astma og giver i det hele taget øget sygelighed og flere hospitaliseringer
Betydningen for folkesundheden og for forebyggelsen	Rygning skader helbredet hos såvel børn som voksne. Børn af forældre, der ryger, har større risiko for selv at blive rygere som voksne.

Referencer:

1. Tamburlini G et al.: Children's health and environment: A review of evidence. Environmental issue report nr. 29. WHO and European Environment Agency. Copenhagen 2002.
2. Miljøfaktorer i danskernes hverdag – med særligt fokus på boligmiljø. Resultater fra undersøgelse af danskernes sundhed og sygelighed i 2000.

8.3.2 Amning

8.3.2.1 Baggrund

Amning er af stor betydning for barnets helbred og udvikling. Amning beskytter imod infektioner, forbygger komælksallergi og sikrer spædbarnet den mest velegnede ernæring. Amning har muligvis en vis beskyttende effekt, når det gælder hjerte-karsygdomme, kræft, diabetes og allergi (1, 2). Samtidig understøtter velgenemført amning de nære følelsesmæssige bånd mellem mor og barn. Der er mange barrierer mod amning. I nogle familier er der ikke tradition for amning i ret lang tid, mødrene skal tilbage på arbejdet osv. Visse grupper ammer sjældnere og i kortere tid end andre. Det gælder unge mødre og socioøkonomisk svage grupper med dårlig uddannelse. Sundhedsmyndighederne anbefaler fuld amning i de første 6 måneder (3-5).

8.3.2.2 Definition

- Ved fuld amning forstås, at barnet ernæres udelukkende af moderens mælk. Herved forstås i Danmark, at der udover moderens mælk kun kan tillades supplement med vand og /eller kamillete og /eller maximalt eet flaskemåltid om ugen.
- Ved delvis amning forstås at barnet får tilskud af modernælkserstatning hver dag eller flere gange om ugen.
- Ved ingen amning forstås, at barnet udelukkende ernæres af andet end moderens mælk.

Der er – både nationalt og internationalt - diskussioner om, hvad der menes med, at barnet ammes fuldt (6). Ovenstående definition er både nem at registrere og gør det muligt at sammenholde resultaterne med andre større undersøgelser. Dog anbefaler WHO "exclusive breastfeeding", der foruden modernælk alene omfatter vitaminer, mineraler og evt. medicin. Denne definition findes mindre hensigtsmæssig for danske forhold, idet der ikke er helbredsrisici for barnet forbundet med at være lidt mindre restriktiv. I CHILDB bruges WHO's definition.

8.3.2.3 Forskrift

Sundhedsplejersken spørger retrospektivt ved 8 og ved 18 måneder, hvor mange måneder barnet er ammet fuldt/delvis.

Der registreres, ved hvilken alder barnet ikke længere blev ammet fuldt (hele måneder).

Der registreres, ved hvilken alder barnet ikke længere blev ammet delvis (hele måneder) Der medtælles den sidste måned, hvor amning i en periode skete dagligt, eller der krydses af i "ammes fortsat".

Eftersom der i mange år har været meget høj ammefrekvens for danske børn de første uger (98-99%) er oplysningerne fra etableringsbesøget ikke så vigtige at få med i monitoreringen, desuden vil det fremgå af rapporteringen i 8 måneders alderen, hvis barnet aldrig er blevet ammet.

8.3.2.4 Samspil med andre registreringer

I Danmark er der ikke i dag landsdækkende registrering af ammelængden. Der er gennemført 3 repræsentative ad hoc undersøgelser ved amtssundhedsplejerskerne de seneste år (4).

I CHILD anbefales at landene oplyser:

- andel nyfødte der ammes eksklusivt når de sendes hjem fra fødestedet
- andel 6 måneder gamle der ammes eksklusivt
- andel 12 måneder gamle der fortsat ammes

Den anbefalede monitorering vil oplyse om fuld og delvis amning på de pågældende tidspunkter, men ikke om eksklusiv amning.

Hvad går indikatoren ud på?	At måle hvor længe barnet er blevet ammet fuldt og delvis
Hvornår registreres den?	Når barnet er ca. 8 måneder og ca. 18 måneder
Hvordan registreres den?	Sundhedsplejersken spørger ved sine besøg på de to angivne tidspunkter
Er der lignende registreringer i forvejen	Nej
Betydningen for barnet nu og senere	Vel gennemført amning giver passende vækst, beskyttelse mod infektioner i spædbarnsperioden og beskytter mod komælksallergi og udvikling af visse sygdomme i voksenalderen. Amning styrker forholdet mellem mor og barn.
Betydningen for folkesundheden og for forebyggelsen	Sundere børn og sundere voksne

Referencer:

1. WHO: Infant and young child nutrition. Resolution of the World Health Assembly WHA54.2. Geneva: WHO 2001.
2. European Union Community Health Monitoring Programme: Child. September 2002
3. Kronborg HF. Er amning for alle? MPH-opgave, Århus Universitet 2000
4. Ammeundersøgelsen 2000. Fagligt forum for Amtssundhedsplejersker m.fl. 2001.
5. Sundhedsstyrelsen. Håndbog i vellykket Amning 2003.
6. Labbok M og Coffin C J. A Call for consistency in definition of breastfeeding behaviors. Soc. Sci. Med. vol 44, p. 1931

Hjælpekemaer

De følgende indikatorer består af spørgsmål om elevens trivsel og sundhedsadfærd. Det foreslås, at eleverne fra ca. 12 års alderen får nogle skriftlige spørgsmål, som de kan udfylde på forhånd og som kan bruges som udgangspunkt for en samtale, hvis det skønnes relevant.

Svarene kan også bare testes ind, hvis besvarelsen viser, at der ikke er behov for en samtale om netop dette emne.

8.3.3 Mobning

8.3.3.1 Baggrund

Mobning gør skolen til et utrygt og truende sted at være for alt for mange danske børn. I 1994 blev det i HBSC undersøgelserne vist, at Danmark ligger uacceptabelt højt når det gælder mobning i forhold til de øvrige nordiske lande, og ved den næste undersøgelse i 1998 og 2002 var det kun blevet en smule bedre (1-4). Det er et område, hvor der i dag gøres en indsats (4-5).

8.3.3.2 Definition

Mobning defineres som i HBSC "at barnet gentagne gange bliver holdt uden for, drillet eller generet på en væmmelig måde" (1).

8.3.3.3 Forskrift

I 5. klasse og 9. klasse spørges barnet. Det sker vha. et lille spørgeskema med ordlyden:

I de sidste par måneder: Hvor tit er du blevet mobbet i din dagligdag (i skolen, til - eller fra skole, i SFOen/fritidshjemmet?)

Ikke blevet mobbet	_____
Blevet mobbet få gange	_____
Blevet mobbet jævnligt	_____

Ved få gange forstås mindre end en gang om ugen

I de sidste par måneder: Har du selv mobbet en anden/andre Ja Nej

8.3.3.4

Samspil med andre undersøgelser

I CHILD anbefales det at registrere andelen af børn, der går på en skole med en anti-mobbepolitik.

Hvad går indikatoren ud på?	At måle om elever i folkeskolen føler sig mobbet.
Hvornår registreres den?	Indskoling – 5. klasse - udskoling
Hvordan registreres den?	Personalet i sundhedstjenesten spørger, eller de ser på udfyldte spørgeskemaer

	på de nævnte klassetrin
Er der lignende registreringer i forvejen	HBSC spørger ad hoc
Betydningen for barnet nu og senere	At blive mobbet betyder meget for børns og unges selvfølelse, selvtillid, sundhed, sundhedsadfærd og velbefindende.
Betydningen for folkesundheden og for forebyggelsen	Mobning kan der gøres noget ved, og et fald i antallet af mobbede børn betyder gladere og sundere børn og unge, der klarer sig bedre i voksenlivet.

Referencer:

1. Rasmussen M, Due P og Holstein BE.: Skolebørnsundersøgelsen 1998.
2. Jørgensen PS, Holstein BE og Due P.: Sundhed på vippen – en undersøgelse af de store børns sundhed, trivsel og velfærd. København: Hans Reitzels Forlag 2001.
3. Bremberg S.: Barnrapporten 1998. CBU.
4. Due P, Holstein BE. Skolebørnsundersøgelsen 2002. www.hbsc.dk
5. Børnerådet: "Mobbedreng". Børnerådet 1999.

8.3.4 Skærmtid

Ved skærmtid forstås tidsforbrug foran TV/video, playstation eller PC (spil, netsurfing).

8.3.4.1 Baggrund

Der ses en relation mellem helbredsindikatorer og børns "forbrug" af TV, computer m.m.

Der findes især mange amerikanske undersøgelser over dette emne. De viser sammenhengende en relation mellem antal timer tilbragt foran TV og ganske specielt sandsynlighed for overvægt, men også – og vel tæt sammenhængende hermed – mindre fysisk aktiv livsstil (1-4).

Tilsvarende er fundet en relation mellem antal timer foran TV og

- højere indtag af energi fra føde
- højere indtag af søde og salte snacks
- højere forbrug af kulsyrede drinks
- lavere indtag af frugt og grønsager (9)

Det kan ikke undre, da netop TVkiggen medfører udsættelse for reklamer (specielt i USA) for fødevarer, og da specielt snacks, soft drinks og slik.

Mere hypotetisk formuleret er opfattelser af TVs stimulation af dagdrømmeri og reduktion af kreativ forestillingsevne.

The American Academy of Pediatrics (AAP) anbefaler som guideline mindre end 2 timers dagligt TV forbrug (7).

Den gamle diskussion om TVs indflydelse på børns tankeverden og betydning for børns aggressive adfærd skal ikke tages op her, men den er på ingen måde afsluttet i international litteratur. Undersøgelser viser, at børn ser et stort antal grove forbrydelser på TV, inden de bliver voksne, og de er udsat for at se pornografi osv., programmer som decideret er bestemt for voksne. Andre undersøgere peger på, at netop de svageste børn ser mest TV uden voksenkontakt (bl.a. fordi TV (mis)bruges som børnepasning) og derfor er mest udsat for adfærdsmodificerende påvirkning (8).

Spørgsmålet om brugen af computere synes at være dårligt belyst. Et enkelt studie så på skolebørns afhængighed af computerspil, og fandt at ca. 1/5 var afhængige på et plan, der minder om ludomani, drenge mere end piger (5). Fra Hong Kong rapporteres, at teenagere, der bruger computer meget, også er fysisk mere aktive (6). De forskellige arbejder, der beskæftiger sig med relationen mellem TV og børnehelbred, kommer fra så forskellige lande som Australien, Hong Kong, Thailand, Tyrkiet, Frankrig, Holland, England og USA.

Det skal understreges, at de fundne undersøgelser beskæftiger sig med medier som risikofaktor, ikke som klar sundhedsindikator. Men: "Reducing television, video-tape, and video game use is a promising, population-based approach to prevent childhood obesity" (4).

Sammenfattende er der, i hvert fald fra amerikansk hold, bred enighed om en relation mellem børns TV-forbrug og overvægt. Mere end 2 timers dagligt TV-forbrug er altså en risikofaktor for overvægt i USA.

8.3.4.2 Definition

Antal daglige timer foran TV/video/PC.

8.3.4.3 Forskrift

Barnet spørges mundtligt eller ved spørgeskema:

Hvor mange timer (kan også besvares med ½) bruger du på en hverdag på at se TV/video og bruge PC/playstation

Hvad går indikatoren ud på?	Fysisk passiv tid ved en skærm
Hvornår registreres den?	1.klasse, 5.klasse og 9.klasse
Hvordan registreres den?	Spørgsmål: antal timer
Er der lignende registreringer i forvejen	HBSC spørger
Betydningen for barnet nu og senere	Begrænsning af TV/PV/video tid kan måske øge fysisk aktivitet og forebygge overvægt
Betydningen for folkesundheden og for forebyggelsen	Forebyggelse af overvægt Mulig påvirkning af adfærd til mere aktiv livsstil

Referencer:

1. Eisenman JC, Bartee RT, Wang MQ. Physical activity, TV viewing, and weight in U.S. youth: 1999 Youth Risk Behavior Survey. *Obes Res* 2002;10:379-85.
2. Coon KA, Tucker KL. Television and children's consumption patterns. A review of literature. *Minerva Pediatr* 2002;54:423-36.
3. Robinson TN. Television viewing and childhood obesity. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:1017-25. (a randomised controlled trial)
4. Robinson TN. Reducing children's television to prevent obesity: a randomised controlled trial. *JAMA* 1999;282:1561-7.
5. Griffiths MD, Hunt N. Dependence on computer games by adolescents. *Psychol Rep* 1998;82:475-80.

6. Ho SM, Lee TM. Computer usage and its relationship with adolescent lifestyle in Hong Kong. *J Adolesc Health* 2001;29:258-66.
7. American Academy of Pediatrics. Media violence. Committee on Public Education. *Pediatrics* 2001;108:1222-6.
8. Bendek EP, Brown CF. No excuses: televised pornography harms children. *Harv Rev Psychiatry* 1999;7:236-40.
9. Lowry R, Wechsler H, Galuska DA et al. Television viewing and its associations with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school students: differences by race, ethnicity and gender. *J Sch Health* 2002;72:413-21.

8.3.5 Voksen- og kammeratkontakt

8.3.5.1 Baggrund

Børn og unge udvikler sig socialt i samspil med andre børn og voksne. God voksenkontakt er vigtig gennem hele barnealderen. De betydningsfulde voksne er først og fremmest forældrene. God voksenkontakt har sammenhæng med trivsel i skolen og positiv sundhedsadfærd (1, 2). Børn trives bedst, når de har god kontakt til såvel kammerater som forældre/voksne.

8.3.5.2 Definition

Ved kontakt med børn/voksne forstås her, om det er nemt eller svært for barnet at tale med familie og/eller kammerater om noget, der nager barnet. HBSC's definition og spørgsmål er anvendt (3, 4). Hvis besvarelsen lægger op til det, bruges den som udgangspunkt for en samtale. Det er en måde, hvorpå man kan blive opmærksom på ensomme børn.

I stedet for ”plager dig” kunne man spørge ”du er ked af”, men hvis spørgsmålet kun stilles til børn fra omkring 12 år, vil de fleste forstå ordet ”plager”. For de yngste ville bedsteforældre som fortrolig også være vigtige, hvorimod det i udskolingsundersøgelsen sås, at de ikke var betydningsfulde fortrolige for flertallet af de store børn. Det blev af Projektgruppen besluttet at bruge standardspørgsmålet fra HBSC og kun spørge ved 12 og 15 år.

8.3.5.3 Forskrift

I 5. klasse og ved udskoling spørges barnet (ved et lille spørgeskema som også kan være udgangspunkt for samtalen) og svaret registreres.

Hvor nemt eller svært er det for dig at tale med følgende personer om noget, der virkelig plager dig (sæt et kryds pr. linje)

Meget nemt *Nemt / *Svært* Meget svært * Kan ikke/slet ikke med:

	Nemt		Svært		
	Meget nemt	Nemt	Svært	Meget svært	Kan slet ikke
Far					
Stedfar					
Mor					
Stedmor					
Ældre bror (brødre)					
Ældre søster (søstre)					
Bedste ven/veninde					
Venner af samme køn					
Venner af det andet køn					

Hvis der ikke krydses i nemt har barnet kontaktproblemer
Hvis der kun er kryds i nemt i kammeratgruppen/søskende har barnet kontaktproblemer med voksne (kammeratorienteret)
Hvis der kun er kryds i nemt i voksegruppen har barnet kontaktproblemer med kammerater (voksenorienteret)
Hvis der er *mindst eet* kryds i *både* voksen og kammeratgruppen har eleven ikke kontaktproblemer (integreret)

Kontaktproblemer

Kontaktproblemer kun med voksne

Kontaktproblemer kun med kammerater

Ikke kontaktproblemer

8.3.5.4 Samspil med andre registreringer

I CHILD anbefales at registrere andel børn, som finder det nemt eller meget nemt at tale med deres forældre, når der er noget der virkelig nager dem, opdelt på køn og aldersgrupperne 11, 13 og 15 år og gerne relateret til social gruppe.

Hvad går indikatoren ud på?	Hvordan barnet oplever sin kontakt med børn/voksne
Hvornår registreres den?	5 klasse og udskoling
Hvordan registreres den?	Læge og/eller sundhedsplejerske spørger eller ser på hjælpeskema.
Er der lignende monitoreringer i forvejen	Spørgsmålet stilles i HBSC
Betydningen for barnet nu og senere	Barnets tilknytning til voksne (forældre) og børn (kammerater) har stor betydning for barnets sundhed, sundhedsadfærd og udvikling af handlekompetence.
Betydningen for folkesundheden og for forebyggelsen	Velintegrerede børn og unge, som har voksne fortrolige og kammerater, de er nær på, har bedre muligheder for sundhed og sund livsstil end ensomme og isolerede børn og unge

Referencer:

1. Jørgensen PS, Holstein BE og Due P.: Sundhed på vippen – en undersøgelse af de store børns sundhed, trivsel og velfærd. København: Hans Reitzels Forlag 2001.
2. Petersen T, Nielsen A, Paludan M, Rasmussen S, Madsen M. Børns sundhed ved slutningen af skolealderen. SIF 2000 (kapitel 18).
3. Rasmussen M, Due P og Holstein BE.: Sundhed, sundhedsvaner og sociale forhold blandt unge. Komiteen for Sundhedsoplysning 2000.
4. www.HBSC.dk/rapp-2002

8.3.6 Selvvurderet helbred

8.3.6.1 Baggrund

WHO forskningsprojektet Health Behavior in School aged Children, HBSC, har fulgt 11-15 årige skolebørns selvrapporterede helbred i en række lande fra midten af 1980'erne. Der er ud fra disse undersøgelser fundet en stærk sammenhæng mellem selvvurderet helbred, symptombelastning og forbrug af lægemidler(1-4). Senere er der også vist en stærk sammenhæng mellem selvvurderet helbred, akut sygelighed (infektioner) og lægevurderet helbred (3).

Hos voksne viser selvvurderet helbred stærk sammenhæng med restlevetid.

8.3.6.2 Definition

Ved selvvurderet helbred forstås barnets/den unges egen vurdering af sit helbred.

8.3.6.3 Forskrift

I 5. klasse og ved udskolingsundersøgelsen spørges (eller der bruges hjælpeskema som udgangspunkt for en samtale):

Synes du dit helbred er:

Virkelig godt, Godt, Nogenlunde, Dårligt

Selvvurderet helbred afkrydses i en af de 4 muligheder

8.3.6.4 Samspil med andre registreringer

Indgår i HBSC og SUSY

Hvad går indikatoren ud på?	At få indblik i børn og unges selvvurderede helbred
Hvornår registreres den?	I 5. klasse og ved udskolingsundersøgelsen
Hvordan registreres den?	Af lægen/sundhedsplejersken ved at spørge eller se på hjælpeskema
Er der lignende monitoreringer i forvejen	Ja i HBSC
Betydningen for barnet nu og senere	Det selvvurderede helbred er sandsynligvis en god prædikator for sundhedstilstanden i målgruppen
Betydningen for folkesundheden og for forebyggelsen	Indikatoren kan give viden om betydningen af børns egne vurderinger af deres sundhed

Referencer:

1. Jørgensen PS, Holstein BE og Due P.: Sundhed på vippen – en undersøgelse af de store børns sundhed, trivsel og velfærd. København: Hans Reitzels Forlag 2001.
2. Jensen B.: Sundhed og sårbarhed – store børns beretninger om sundhed og hverdagsliv. Hans Reitzels Forlag 2002.

3. Petersen T, Nielsen A, Paludan M, Rasmussen S, Madsen M. Børns sundhed ved slutningen af skolealderen. SIF 2000.
4. www.HBSC.dk/rapp-2002

8.3.7 Alkoholforbrug

8.3.7.1 Baggrund

Danske skolebørn har, set i europæisk perspektiv, tidlig alkoholdebut og stort alkoholforbrug. Det er bekymrende pga. risikoen for dårlig indvirkning på skolegangen og den øgede ulykkesrisiko. Desuden er risikoen for et senere storforbrug af alkohol og for udvikling af et blandingsmisbrug bekymrende (1-4).

Der er i de seneste undersøgelser set et fald i forbruget blandt de helt unge formodentlig pga. forbudet mod salg af alkohol til børn under 15 år (nu 16) og de forebyggende tiltag (5).

Problemet er vigtigt at monitorere ikke mindst efter at afgifterne i 2003 er blevet sat betragteligt ned. Som mål bruges hyppighed af alkoholindtag, idet det ses som ønskeligt, at 12 årige ikke drikker alkohol og at 15 årige drikker alkohol sjældnere end ugentligt.

8.3.7.2 Definition

Hyppighed af indtag af alkohol aktuelt.

8.3.7.3 Forskrift

Der spørges i 5. klasse og ved udskolingsundersøgelsen:

**Hvor ofte drikker du følgende drikkevarer (også små mængder)
(Øl, vin, sodavand/is/gele med alkohol i, spiritus fx vodka, rom, snaps)**

Det registreres som:

Aldrig Hver uge Hver måned Sjældnere

8.3.7.4 Samspil med andre registreringer

MULD spørger om mængde og type af alkohol, hvor ofte det indtages, fuldskab og konsekvenser heraf, familie og venners drikkevaner, regler for alkohol i hjemmet og tilgængelighed (butikker, restauranter, kiosker).

I CHILD anbefales at registrere 15 årige, der har været fulde to eller flere gange kønsopdelt og opdelt på socialgruppe.

Hvad går indikatoren ud på?	At måle unges forbrug af alkohol ved hyppigheden af forbruget (af en hvilken som helst type alkohol).
Hvornår registreres den?	I 5.klasse og ved udskolingsundersøgelsen
Hvordan registreres den?	Lægen/sundhedsplejersken spørger eller ser på hjælpeskemaet
Er der lignende registreringer i forvejen	MULD, HBSC
Betydningen for barnet nu og senere	Et stort alkoholforbrug skader barnets helbred og giver en mere uhensigtsmæssig

	sundhedsadfærd. Tidlig alkoholdebut øger risikoen for senere alkoholisme.
Betydningen for folkesundheden og for forebyggelsen	Overforbrug af alkohol forårsager mange skader fysisk og psykisk. Både for den enkelte og for vedkommendes familie og for samfundet.

Referencer:

1. Jørgensen PS, Holstein BE og Due P.: Sundhed på vippen – en undersøgelse af de store børns sundhed, trivsel og velfærd. København: Hans Reitzels Forlag 2001.
2. Balvig F, Holmberg L og Sørensen AS.: Unges forestillinger om andre unges alkoholforbrug. Ringstedundersøgelsen 2002.
3. Balvig F. et. al.: Nogle konsekvenser af unges. Ringstedundersøgelsen 2003.
4. Sindballe AM: Unge og rusmidler – evidens baseret forebyggelse i skolen. Sundhedsstyrelsen København 2000.
5. Unges livsstil og dagligdag 2000 – forbrug af tobak, alkohol og stoffer. Sundhedsstyrelsen 2000.
6. Unges livsstil og dagligdag 2001 – geografiske forskelle og ligheder. Sundhedsstyrelsen 2001.

8.3.8 Rygning

8.3.8.1 Baggrund

På trods af en massiv forebyggelsesindsats og den generelle viden i befolkningen om rygningens skadelige virkninger, er der fortsat mange børn der begynder at ryge. Faktisk har der ikke været noget fald i rygehyppighed blandt skolebørn siden begyndelsen af 1990'erne. Ca. 27% af 15 årige ryger og heraf ca. 15% daglig (1-7). Nu er skolerne blevet røgfri, hvilket må forventes at have en effekt i hvert fald i retning af at udsætte debuttidspunktet.

8.3.8.2 Definition

14-16 åriges rygevaner beskrevet ud fra rygehyppighed og opdelt i: ikke rygere, daglig rygere og andre rygere (fx fest rygere).

Andre rygere er alle, der ryger sjældnere end dagligt
Dagligrygere er alle, der ryger dagligt

8.3.8.3 Forskrift

Ved udskolingsundersøgelsen spørges eleverne, om de ryger og hvor ofte.
En elev registreres som:

Er ikke ryger

Ryger sjældnere end dagligt fx til fester

Ryger dagligt

Samspil med andre registreringer:

I CHILD anbefales det at registrere andel børn, der rapporterer, at de ryger ugentligt, opdelt på køn og ved 11, 13 og 15 år samt fordelt på socialgrupper.

Hvad går indikatoren ud på?

Rygning

Hvornår registreres den?	8. eller 9. klasse
Hvordan registreres den?	Sundhedsplejersken spørger eller ser på elevspørgeskemaet
Er der lignende registreringer i forvejen	HBSC (5, 6, 7) MULD (8, 9)
Betydningen for barnet nu og senere	Rygningens følgesygdomme Sikre at rygning sættes på dagsordenen ved de forebyggende undersøgelser og samtaler.
Betydningen for folkesundheden og for forebyggelsen	Rygning er et af de største folkesundhedsproblemer. Rygning øger risikoen for kræft og hjerte- karsygdomme og er årsagen til rygerlunger. Rygning øger risiko for komplikationer ved graviditeten og skader fosteret. Følge udviklingen i unge danskeres rygevaner

Referencer:

1. Due P, Holstein BE. Rygevaner blandt 11-15 årige i 1984-94. Ugeskr Læger 1997;159:1086-9
2. Ito H, Holstein BE, Ibsen KK. Skolebørns rygevaner og holdninger i sociologisk belysning. Ugeskr Læger 1987;149:396-98
3. Nygaard B, Barfod ABL, Hart Hansen F, Jensen TT, Kryger H, Meyer L. Tobak, hash – viden og vaner i skolen. Ugeskr Læger 1990; 152:3540-1
4. Petersen T, Nielsen A, Paludan M, Rasmussen S, Madsen M. Børns sundhed ved slutningen af skolealderen. SIF 2000 (kap 5.4)
5. www.HBSC.dk/rapp-2002
6. Due P, Holstein B. Sundhed og trivsel blandt børn og unge. Danmarks bidrag til en international undersøgelse København 1997 (side 28-30).
7. Rasmussen M, Due P, Holstein BE. Skolebørnsundersøgelsen 1998., Institut for Folkesundhedsvidenskab Københavns Universitet 2000 (side 18-20).
8. Unges livsstil og dagligdag 2000 – forbrug af tobak, alkohol og stoffer. Sundhedsstyrelsen 2000.
9. Unges livsstil og dagligdag 2001 – geografiske forskelle og ligheder. Sundhedsstyrelsen 2001.

8.4 Strukturindikatorer

Antal rutinemæssige hjemmebesøg i førskolealderen

Antal rutinemæssige kontakter til skolebørn

Konsulentfunktioner

Personalenormering

Fordeling mellem rutinekontakter og andet arbejde

8.5 Procesindikatorer

Gennemførte hjemmebesøg i førskolealder

Gennemførte lægeundersøgelser

Gennemførte sundhedsplejerskekontakter i skolealder

9 Indikatorerne udvalgt til et centralt monitoreringsprogram

9.1 Tilpasning af programmet

Dimensioneringen af et program er vigtig. Registreringen skal være en overkommelig opgave og hurtig tilbagemelding af resultaterne på landsplan til de kommunale sundhedstjenester er nødvendig for at bevare interessen. Det var fra starten planen at udvælge et mindre ”monitoreringsprogram” ud fra de indikatorer, som Projektgruppen kunne anbefale. Disse skulle herefter afprøves i en pilotundersøgelse med henblik på, om de vil kunne udgøre en central monitorering af børnesundhed.

Også forhold, der ikke foreslås løbende indberettet til de centrale myndigheder, er det naturligvis stadig vigtigt at registrere og skrive i barnets journal af hensyn til vurderingen af barnet. Det gælder fx hovedomfang og menarche. Udvælgelsen er alene et udtryk for, at visse indikatorer tillægges større betydning for monitorering af børnesundheden end andre

Allerede i arbejdet med selve indikatorerne blev mange valgt fra, og ved den sidste sortering blev yderligere nogle indikatorer og registreringstidspunkter fravalgt, før programmet blev vurderet til at have en acceptabel størrelse.

En del forhold fandtes at være tilstrækkeligt monitorerede i forvejen. Fx vaccinationer hvor data fås fra Statens Seruminstitut og fra Sygesikringsstatistikken. Kostindikatorer ville være ønskelige, men egner sig efter gruppens vurdering ikke til denne type registrering. Spørgsmål om, hvor hyppigt visse fødeemner indtages (frekvensspørgsmål) giver kun et meget ufuldstændigt billede af den samlede kost. Måltider er lidt nemmere at måle, fx om børn spiser morgenmad, på den anden side er det tvivlsomt, om en ensidig fokusering på morgenmad er fornuftig, og om det i realiteten kan anses for en god indikator for kosten hos flertallet af børn.

Nogle indikatorer fandtes i første omgang relevante, men kom alligevel ikke med, fordi der ikke var enighed om indikatorernes betydning for folkesundheden, eller fordi der ikke fandtes evidens for deres anvendelighed. Det drejer sig om: hovedomfang, CHAT, menarche, astma/astmatiske symptomer i førskolealderen, vækst ved 0-4 måneder og mobning i 6 års alderen.

Tidlig kontakt vurderet af sundhedsplejersken ved 8 måneder (på samme måde som det gøres i Københavns amt) har gruppen været meget i tvivl om. Der er ikke sikkerhed for, at sundhedsplejerskerne bekymres over det samme eller at deres bekymring svarer til hvad en børnepsykiater ville finde bekymrende. Der er heller ikke sikkerhed for at vurderingen (sundhedsplejerskens bekymring) er en valid indikator for barnets senere udvikling og trivsel. Ydermere udgør sundhedsplejersken selv interventionen således, at en vellykket intervention vil fjerne problemet, og der kan af etiske årsager ikke arbejdes med en kontrolgruppe uden intervention. Indikatoren er dog medtaget i pilotfasen. Den måler alene sundhedsplejerskens bekymring vedrørende de specifikke forhold, som der svares på.

Det blev (af hensyn til sundhedspersonalets almindelige planlægning af deres arbejde) vurderet at være en fordel med forholdsvis få registreringstidspunkter, hvorfor 0-4 måneder, 4 år og 9-10 år blev forladt.

Nedenfor ses det program, som anbefales afprøvet i en pilotundersøgelse. Der indrapporteres 17 forskellige mål, og de registreres på 5 forskellige tidspunkter. Der er således 2 måletidspunkter fra 0-1½ år og 3 måletidspunkter i skolealderen. I første omgang er der kun foreslået registreringer fra den kommunale sundhedstjeneste og ikke fra almen praksis.

Førskolealder

	Vækst	Amning	Tidligt forældre-barn samspil	Passiv rygning	Antal sundhedsplejerskebesøg 0-1½ år
8 mdr.	x	x	x	x	
1½ år	x	x			x

Skolealder

	Vækst	Pendul løbetest	Astma	Funktions begrænsning	Selv vurderet helbred	SDQ	Voksen og kammerat kontakt
5-8 år	x		x	x		x	
11-12 år	x	x	x		x		x
14-16 år	x	x	x	x	x		x

	Mobning	Antal ugentlige timers motion	Skærmtid	Alkoholvaner	Rygning	Lægeundersøgelse foretaget	Antal sundhedsplejerskekontakt er i skoleforløbet
5-8 år			x			x	
11-12 år	x	x	x	x			
14-16 år	x	x	x	x	x	x	x

9.2 Registreringerne på de forskellige alderstrin

Nedenfor ses en oversigt over registreringerne, som de vil skulle ske i et elektronisk skema ved en sundhedsperson på de 5 tidspunkter fra barnet er 0- ca.15 år. De forskrifter, hjælpeskemaer m.v. der skal bruges af fagpersonen fremgår ikke, da de blev beskrevet under de enkelte indikatorer (se kapitel 8). I det elektroniske registreringsskema vil forskrifter og hjælpeskemaer være synlig ved siden af skemaet. Dog ikke i ”dummyudgaven” til brug i høringsfasen, der må man bruge de vedlagte forskrifter og hjælpeskemaer til afprøvning.

Oversigten er beregnet til at give et indtryk af, hvor stor indsatsen vil være, og i hvor høj grad registreringerne afspejler det, man alligevel undersøger og taler om. Det er angivet, hvor mange tal eller krydser/dots der skal indtastes.

9.2.1 Første registreringstidspunkt, Besøg 8 måneder

Besøg 8 måneder

Dato:

--	--	--

A Længde og vægt

Længde cm

--

Vægt kg med én decimal

--	--

B Amning

Aldrig ammet

☐

Ammet fuldt til alder

--

Ammet delvist til alder

--

Ammer stadig

☐

C Passiv rygning

(kun ét kryds)

Barnet bor med en person, som ryger i hjemmet mindst ugentligt

ja ☐

nej ☐

D Tidligt samspil

(kun ét kryds)

Ingen bemærkninger

☐

Bekymring

☐

Hvis bekymring beskriv hvad bekymringen vedrører:

(evt. flere kryds)

Barnets pasning og pleje

☐

Afpassning af aktiviteter efter barnets behov

☐

Forståelse og handling på barnets signaler og følelsesmæssige behov

☐

Andet

☐

9.2.2 Andet registreringstidspunkt, Besøg 18 måneder

Besøg 18 måneder

Dato:

--	--	--

A Højde og vægt

Højde cm

--

Vægt kg med én decimal

--	--

B Amning

Aldrig ammet

☐

Ammet fuldt til alder

--

Ammet delvist til alder

--

Ammer stadig

☐

C Antal sundhedsplejerskebesøg 0-1½ år

--

9.2.3 Tredje registreringstidspunkt, Skolestart

Indskolingsundersøgelse

Dato:

--	--	--

A Højde og vægt

Højde cm

--	--

Vægt kg

--	--

B Psykisk trivsel hos 5-7-årige

SDQ score (over 17)

--

C Astma og astmatiske symptomer

(kun ét kryds)

Har astma

☐

Har **måske** astma ☐
Har **ikke** astma ☐

Hvis barnet har eller måske har astma:

(kun ét kryds)

Har funktionsbegrænsning pga. astma ☐
Har ikke funktionsbegrænsning pga. astma ☐

D Funktionsbegrænsning

(kun ét kryds)

Barnet har ingen funktionsbegrænsning ☐
Barnet har funktionsbegrænsning ☐

Hvis barnet har funktionsbegrænsning, hvad er den væsentligste årsag?

(kun ét kryds)

Medfødt handicap eller kronisk sygdom ☐
Erhvervet handicap eller kronisk sygdom ☐
Psykiatriske lidelser eller psykisk udviklingshæmning
som hovedårsag ☐
Andet ☐

E Skærmtid

Hvor mange timer bruger eleven dagligt foran en
skærm (TV, video, PC, playstation)?

F Indskoling ved læge

ja ☐
nej ☐

9.2.4 Fjerde registreringstidspunkt, 12 år samtale / undersøgelse

Samtale/undersøgelse

Dato:

A Højde og vægt

Højde cm

Vægt kg

B Fysisk præstationsevne

Kondital m. én decimal

--	--

Timer om ugen hvor eleven dyrker
gør ham/hende forpustet eller svedig

--	--

sport, der

C Astma og astmatiske symptomer

(kun ét kryds)

Har astma

☐

Har **måske** astma

☐

Har **ikke** astma

☐

Hvis barnet har eller måske har astma:

(kun ét kryds)

Har funktionsbegrænsning pga. astma

☐

Har ikke funktionsbegrænsning pga. astma

☐

D Selvvurderet helbred

Eleven synes helbredet er:*(kun ét kryds)*

Virkelig godt

☐

Godt

☐

Nogenlunde

☐

Dårligt

☐

E.1 Voksen-kontakt

(kun ét kryds)

God kontakt

☐

Dårlig kontakt

☐

E.2 Kammerat-kontakt

(kun ét kryds)

God kontakt

☐

Dårlig kontakt

☐

F Mobning

**Hvor tit er eleven blevet mobbet
de sidste 2 måneder?***(kun ét kryds)*

Ikke mobbet

☐

Blevet mobbet få gange

☐

Blevet mobbet jævnligt

☐

Mobber eleven selv?

(kun ét kryds)

Ja ☐

Nej ☐

G Skærmtid

Hvor mange timer bruger eleven dagligt foran en skærm (TV, video, PC, playstation)?

--	--

H Alkoholforbrug

Hvor ofte drikker eleven nogen af nedennævnte drikkevarer (opremsning af typer drikkevarer)

(kun ét kryds)

Aldrig ☐

Hver uge ☐

Hver måned ☐

Sjældnere ☐

9.2.5 Femte registreringstidspunkt, Udskoling

Udskolingsundersøgelse

Dato:

--	--	--

A Højde og vægt

Højde cm

--	--	--

Vægt kg

--	--	--

B Fysisk præstationsevne

Kondital m. én decimal

--	--

Timer om ugen hvor eleven dyrker
gør ham/hende forpustet eller svedig

--	--

sport, der

C Astma og astmatiske symptomer

(kun ét kryds)

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Har astma | ☐ |
| Har måske astma | ☐ |
| Har ikke astma | ☐ |

Hvis barnet har eller måske har astma:

(kun ét kryds)

- | | |
|--|--------------------------|
| Har funktionsbegrænsning pga. astma | ☐ |
| Har ikke funktionsbegrænsning pga. astma | ☐ |

D Funktionsbegrænsning

(kun ét kryds)

- | | |
|--|--------------------------|
| Har barnet ingen funktionsbegrænsning | ☐ |
| Har barnet nogen funktionsbegrænsning | ☐ |
| Har barnet betydelige funktionsbegrænsninger | ☐ |

Hvis barnet har funktionsbegrænsning, hvad er den væsentligste årsag?

(kun ét kryds)

- | | |
|--|--------------------------|
| Medfødt handicap eller kronisk sygdom | ☐ |
| Erhvervet handicap eller kronisk sygdom | ☐ |
| Psykiatriske lidelser eller psykisk udviklingshæmning som hovedårsag | ☐ |
| Andet | ☐ |

E Selvvurderet helbred

Eleven synes helbredet er:(kun ét kryds)

- | | |
|---------------|--------------------------|
| Virkelig godt | ☐ |
| Godt | ☐ |
| Nogenlunde | ☐ |
| Dårligt | ☐ |

F.1 Voksen-kontakt

(kun ét kryds)

- | | |
|----------------|--------------------------|
| God kontakt | ☐ |
| Dårlig kontakt | ☐ |

F.2 Kammerat-kontakt

(kun ét kryds)

- | | |
|----------------|--------------------------|
| God kontakt | ☐ |
| Dårlig kontakt | ☐ |

G Mobning

Hvor tit er eleven blevet mobbet de sidste 2 måneder? *(kun ét kryds)*

Ikke mobbet ☐

Blevet mobbet få gange ☐

Blevet mobbet jævnligt ☐

Mobber eleven selv? *(kun ét kryds)*

Ja ☐

Nej ☐

H Skærmtid

Hvor mange timer bruger eleven dagligt foran en skærm (TV, video, PC, playstation)?

--	--

I Alkoholforbrug

Hvor ofte drikker eleven nogen af nedennævnte drikkevarer (opremsning af typer drikkevarer) *(kun ét kryds)*

Aldrig ☐

Hver uge ☐

Hver måned ☐

Sjældnere ☐

J Rygning

Hvordan er elevens rygevaner ? *(kun ét kryds)*

Er ikke ryger ☐

Er daglig ryger ☐

Er sjældnere (fx fest) ryger ☐

K Udskolingsundersøgelse ved læge

Ja ☐

Nej ☐

L Antal sundhedssamtaler i skoleforløbet (skolestart til slutning)

--

10 Perspektivering

10.1 Faglige konsekvenser af en central børnemonitorering

En central børnemonitorering, som er landsdækkende og CPR baseret ligesom SCOR og LPR giver mange muligheder. Nedenfor skitseres nogle af de forventede konsekvenser.

- Man vil løbende kunne få data, der fortæller noget om udviklingen i børns sundhed fx udviklingen i overvægt og fedme, udviklingen i astmaforekomst, børns kondition og børns trivsel, dvs. viden om hvilken vej børnesundheden bevæger sig på væsentlige områder.
- Det vil være muligt løbende at tilføje eller udskifte indikatorer afhængigt af de sundhedsproblemer, der er relevante på det pågældende tidspunkt.
- Samspillet mellem sundhedspersonalet i de forebyggende sundhedsordninger for børn (dvs. sundhedsplejersker og læger/alment praktiserende læger) og centrale og lokale forebyggelsesinitiativer kan forbedres.
- Man vil kunne se resultaterne af vigtige dele af den forebyggende indsats, herunder den indsats der sættes i gang i forbindelse med folkesundhedsprogrammer og handlingsplanen mod overvægt og fedme.
- En monitorering kan løbende give lokale data på områder, hvor man hidtil højst har haft adgang til repræsentative ad hoc undersøgelser. Der bliver dermed mulighed for at reagere på resultaterne
- Der skaffes mulighed for at se regionale forskelle.
- Opmærksomheden om det forebyggende arbejde vil øges.
- Registreringsskemaet kan udbygges til elektroniske journaler

Nogle af de foreslåede indikatorer kan komme til at betyde en ændring i arbejdsgangene – en større standardisering, men også en øget kvalitet, idet det kan medføre systematiske overvejelser over, hvad man siger og gør og hvorfor.

Endelig vil man slippe for at bruge tid på at registrere og indberette data, der næsten ikke anvendes, og som ikke oplyser noget om danske børns sundhed.

10.2 Implementering

Det er planen, at programmet skal pilotafprøves i 3-5 kommuner i en 3 måneders periode. Til afprøvningen skal anvendes et internetbaseret indrapporteringsskema som kan sendes til sundhedsstyrelsen og efterfølgende bearbejdes i et analyseprogram mhp datakvalitet og anvendelighed. Sundhedsstyrelsen skal være data ansvarlig.

Registreringen skal være CPR baseret, men personnummeret vil være krypteret på internettet.

Ved pilotafprøvningen skal følgende søges belyst:

- Om spørgsmålene i registreringsskemaet fungerer, evt. dårligt fungerende spørgsmål kan tages ud eller ændres
- Om registreringen kan fungere i forbindelse med det daglige arbejde og om den findes relevant og overkommelig i sundhedstjenesterne

- Om et internetbaseret indtastningsskema indeholdende diverse hjælpefunktioner (simultan oplysning om definition og forskrift, tilgængelighed af hjælpeskemaer der kan udskrives m.v.) findes anvendeligt
- Om det tekniske fungerer – dvs. om skemaet forstås, kan man taste det ind og sende det tilbage osv.

En mulig samkøring med eksisterende elektroniske patientjournaler kan evt. medtages i en afprøvning.

Indtastningen skal ske i et internetbaseret program hvor definitioner og forskrifter ses på skærmen samtidig med skemaet.

Hvis ikke man har adgang til computer med internetadgang i forbindelse med undersøgelsen skal oplysningerne fra kontakten indtastes umiddelbart efterfølgende. Man kan da støtte sig til journalen og til hjælpeskemaer. Som det fremgår af skemaet er de ønskede oplysninger alle nogle som i forvejen findes i sundhedsplejerskens journal på barnet. Når det gælder skolebørnene, vil der være visse oplysninger som ikke nødvendigvis findes i journalen. Det gælder især adfærdsindikatorer. Disse skal afkrydses af eleverne i hjælpeskemaer, som man så efterfølgende kan lægge i journalen og bruge i forbindelse med indtastningen.

Når resultatet af pilotafprøvningen foreligger, vil det kunne vurderes, om der skal ske ændringer, beskæringer eller tilføjelser i de foreslåede indikatorer. Endvidere vil dimensioneringen af monitoreringen kunne vurderes, fx om man ønsker alle indikatorer på hele årgangen, eller programmet kun skal dække en mindre men repræsentativ kohorte.

Ved pilotundersøgelsen opbygges en database, der skal danne basis for en frekvensanalyse som gør det muligt at vurdere anvendeligheden af data. Databasen vil ligge i Sundhedsstyrelsen.

Der vil på sigt være mulighed for at systemet kan udbygges til et elektronisk patientjournal, hvor kun visse oplysninger sendes videre til Sundhedsstyrelsen

Bilag 1 Projektgruppens sammensætning

Projektgruppens sammensætning:

Læge MPH Jette Blands, Sundhedsstyrelsen

Kommunallæge Jon Arnfred, Hinnerup, Dansk Selskab for Børnesundhed (DSfB)

Speciallæge i almen medicin, kommunallæge Susanne Bülow, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)

Kommunallæge Anne Grete Claudi Jensen, Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger i FAS (FAKL) udgået af gruppen pga. nyt arbejde

Ledende sundhedsplejerske Else Guldager, Frederiksberg, Faglig Sammenslutning af Sundhedsplejersker

Kommunallæge, speciallæge MHH Mauri Johansson, Bording, Dansk Selskab for Børnesundhed (DSfB)

Speciallæge Lise Kirk, Dansk Pædiatrisk Selskab (DPS)

Udviklingskonsulent MPH Ingeborg Kristensen, Ringkjøbing Amt, Faglig Sammenslutning af Sundhedsplejersker

Forskningschef cand. stat. Mette Madsen, Statens Institut for Folkesundhed (SIF)

Overlæge dr. med Jørn Müller udgået af gruppen pga. ophør som sagkyndig i pædiatri i Sundhedsstyrelsen

Speciallæge Ph.D. Anne Nielsen, Statens Institut for Folkesundhed (SIF)

Kommunallæge Ph.D. Carsten Obel, Fåvang Norge, Center for Epidemiologisk Grundforskning Århus Universitet

Kommunallæge Jens Holm - Pedersen, Tårs, Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger i FAS (FAKL)

Afd. læge Tove Petersen, Sundhedsstyrelsen (formand)

Sundhedsplejerskeinspektør Jette Weiss Poulsen, udgået af gruppen pga. ophør i Sundhedsstyrelsen

Specialkonsulent Steen Rasmussen, Sundhedsstatistik, Sundhedsstyrelsen

Alm. prakt. læge Jens Aage Stauning, København, Sundhedsstyrelsens sagkyndig i almen praksis

Fuldmægtig Karen Svahn, Sundhedsstatistik Sundhedsstyrelsen

Sundhedsplejerske Hanne Ørts, Holstebro, Faglig Sammenslutning af
Sundhedsplejersker

Bilag 2 Undergrupperne

Undergrube 1. Trivsel og mentalt helbred

Kommunallæge Jon Arnfred

Udviklingskonsulent MPH Ingeborg Kristensen

Speciallæge Ph.D. Anne Nielsen

Kommunallege Ph.D. Carsten Obel (Tovholder)

Undergruppe 2. Fysisk udvikling og helbred

Læge MPH Jette Blands

Speciallæge Susanne Bülow

Kommunallæge MHH Mauri Johansson, Bording (Tovholder)

Speciallæge Lise Kirk

Sundhedsplejerske Hanne Ørts

Undergruppe 3. Adfærd, sundhedsadfærd og livsstil

Ledende sundhedsplejerske Else Guldager

Forskningschef cand. stat. Mette Madsen

Kommunallæge Jens Holm - Pedersen (Tovholder)

Alm. prakt. læge Jens Aage Stauning

Bilag 3: Bilag til CHAT

Bilag 4: Bilag til SDQ