

Om sundhedsfremtiden



Niels
Callesø

De fleste ved, at fysisk sundhed fører til større trivsel. Derfor skal vi selvfølgelig fortsat bakke op om de gode initiativer, der allerede er taget til at informere unge om rygning og sætte kost og motion på skoleskemaet og dagsordenen derhjemme.

Desværre er der, som du også kan læse om i dette blad, et andet aspekt af børn og unges trivsel som vi kan gøre meget mere for: den mentale sundhed. Mental usundhed og psykiske problemer udgør et større problem for børn og unge i dag end nogensinde før. Stress, angst og andre psykiske problemer der tidligere har hørt voksenverdenen til, har gjort deres indtog i folkeskolerne.

Man kan gisne om, at nogle af årsagerne kunne være det stadigt mere opskruede tempo samfundet bevæger sig i eller måske enkelte generationers manglende evne til at levere den førnævnte målrettede indsats. Men reelt er det indtil videre meget svært at sætte fingeren på præcise årsager. Vi må nøjes med at konstatere, at problemet eksisterer og indstille os på at bruge ressourcer på at undersøge og forstå årsagerne hertil.

Det vil vi i Region Midtjylland. Og vi vil gøre det i samarbejde med både kommunerne og børnene selv. For sundheden og for fremtidens skyld

Niels Callesø
Regionsrådet (F)
formand for Rådgivende udvalg vedrørende
psykiatri- og socialområdet

Hos børnene ligger nøglen til vores samfunds fremtid. Sådan har man sagt, på mange måder, siden tidernes morgen. Det er lige så sandt i dag, som det var første gang nogen fik tanken. En sandhed der er værd at huske, når man læser det nummer af *mi(d)t LIV*, som du sidder med i hånden.

Som politikere og borgere ønsker vi alle at se denne generations børn vokse op og blive velfungerende medlemmer af samfundet, med muligheder der er mindst lige så gode, som dem vi selv har haft. Men det kommer ikke af sig selv. Faktisk kræver det en målrettet indsats fra hver eneste generation at skabe de bedst mulige rammer for dem, der kommer efter.

Derfor er det en af Region Midtjyllands allerførneste opgaver at medvirke til, at der til stadighed er fokus på sundhed og trivsel for børn og unge. Dette gælder, når vi spinder visioner, tænker dybe tanker og lægger langsigtede planer, men i lige så høj grad når vi tager helt konkrete tiltag i det daglige arbejde. For som du kan læse i dette blad, er der nok at tage fat på.

mi(d)t Liv – september 2010

Bladet for beslutningstagere og sundhedspersonale i Midtjylland samt nationale samarbejdspartnere.

Udgiver

Region Midtjylland, Center for Folkesundhed
Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N
www.centerforfolkesundhed.dk

Redaktionspanel

Lene Dørfler
leder af Sundhedsfremme og Forebyggelse,
Silkeborg Kommune
Bente Fogh
konst. chefsygeplejerske, Regionshospitalet
Horsens og Brædstrup
Lotte Groth Jensen
projektleder, Center for Folkesundhed
Birgitte Haahr
kontorchef, Regionalt Sundhedssamarbejde
Svend Kier
praktiserende læge, Randers, praksiskoordinator
Regionshospitalet Randers og Grenaa
Doris Nørgård
ledende sundhedskonsulent
Center for Folkesundhed (Holstebro)

Redaktion

Stina Lou
sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4716, stina.lou@stab.rm.dk
Anne-Mette Hedeager Mømsen
seniorforsker, Center for Folkesundhed
Tlf. 8949 1229, anne-mette.momsen@stab.rm.dk
Gerd Nielsen
redaktionssekretær, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4711, gerd.nielsen@stab.rm.dk
Kirsten Vinther-Jensen (ansvarsh.)
kontorchef, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4707, kirsten.vinther-jensen@stab.rm.dk

Kontakt

Redaktionssekretær Gerd Nielsen
Tlf. 8728 4711, gerd.nielsen@stab.rm.dk

Forside, tegninger: Hanne Ravn Hermansen

Grafisk tilrettelæggelse:

Weitemeyer Design & Communication

Tryk: WERKS Grafiske Hus a/s

Oplag: 3.000

Online version: www.midtliv.rm.dk

Næste udgivelse: november/december 2010

ISSN 1902-7257

Børn og unges sundhed er en ressource til sikring af samfundets økonomiske og demokratiske vækst samt bæredygtige udvikling.

Sådan siges det i åbningsartiklen i dette temanummer af *mi(d)t Liv*, og tydeligere kan betydningen af sundhed og trivsel blandt børn og unge vist ikke udtrykkes. Men det kommer ikke af sig selv. Rigtig mange har indflydelse på, hvordan børn og unge trives og udvikler sig. Både i samfundet generelt, i de professionelle væsener og i privatsfæren.

Vi har taget udgangspunkt i sundhedsvæsenet og tilgrænsende områder, og bladet sætter tal på trivsel, sundhed og sygdom, fortæller om et kommunalt initiativ med sundhedspolitik og uddannelse til sundhedsambassadører og ser på børn og unges sundhedsadfærd. Der er også artikler om, hvad der sker, når børn bliver syge og om børn med syge forældre.

Og så skal vi ikke glemme børn og unge med langvarige eller kroniske sygdomme, som har lige så stort behov som alle andre for at have en hverdag med frihed og livskvalitet. Endelig er der de sårbare børn og familier, som samfundet har en forpligtelse til at gøre en ekstra indsats for. Her har bladet valgt at bringe både et kommunalt og et regionalt eksempel.

God læselyst
REDAKTIONEN

03 I dette nummer Tema: Børn og unges sundhed	17 Tykke teenagere - et individuelt og et samfundsmæssigt problem	SÅRBARE FAMILIER 26 Familieambulatoriet i Region Midtjylland
BØRN OG UNGES SUNDHED 04 Børn og unges sundhed - et sundhedsfremmeperspektiv	18 Går rygeforebyggelsen op i røg?	28 Regionshospitalet Randers og Randers Kommune samarbejder om sårbare familier med børn
08 Hvordan har du det? 2010 - også en undersøgelse af unges trivsel og sundhed	SYGDOMSBEKYMRINGER 20 Lægevagten Interview	KRONISK ELLER LANGVARIG SYGDOM 30 Børn og unge med psykisk sygdom
10 Århus Kommune sætter tal på skolebørns sundhed og trivsel	21 Børnemodtagelsen på Regionshospitalet Herning Interview	32 Oplevelse af livskvalitet giver overskud til at mestre en krævende behandling
12 Sundhedspolitikken på arbejde i Favrskov Kommune Fra idé til virkelighed	23 Sundhedsplejerske-telefonen i Region Midtjylland gøres nu permanent	35 Sundhedssamarbejde Nyt liv i Sundhedsaftalerne
SUNDHEDSADFÆRD 15 ROS - Rund Og Sund Et projekt for overvægtige børn i Viborg Kommune	24 Børn mærker altid, at der er noget galt - erfaringer fra arbejdet med børn af syge forældre (Interview)	36 Nyt fra samarbejdsstrukturen Folkesundhed i Midten (bagsiden)

Børn og unges sundhed – et sundhedsfremmeperspektiv

Det er en vigtig opgave for det danske samfund generelt og ikke kun for sundhedssektoren at tage hånd om børn og unges sundhed og trivsel. Børn og unges sundhed er en ressource til sikring af samfundets økonomiske og demokratiske vækst samt bæredygtige udvikling.

■ Venka Simovska, lektor, forskningsprogramleder, Forskningsprogrammet for Miljø- og Sundhedspædagogik, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet

Panoramaet af problemer relateret til børn og unges sundhed og trivsel har ændret sig gennem de sidste 50-60 år. Disse forandringer byder på nye udfordringer, når sygdom skal forebygges og sundhed fremmes. Sundhedsproblemer som tidligere spillede en dominerende rolle, fx smitsomme sygdomme, er ikke længere så betydningsfulde. I dag er børn og unges sundhed knyttet til andre faktorer som spisevaner, fysisk aktivitet og social støtte. Desuden har de nye elektroniske sociale medier (Facebook, Twitter etc.) medført nye sundhedsmæssige udfordringer. Det faktum, at halvdelen af alle teenagere har oplevet mobning på internettet, er blot ét eksempel. Sidst, men ikke mindst, er det en stadig større udfordring at takle og forbedre trivslen for børn og unge med kroniske sygdomme.

Set i denne kontekst hvad er så den mest effektive og holdbare måde at bevare og forbedre sundhed og trivsel for børn og unge? Velvidende at der ikke er noget enkelt svar på dette spørgsmål, sammenfatter denne artikel nogle få vigtige problemstillinger med det formål at bidrage til en debat om børn og unges sundhed set fra et sundhedsfremmeperspektiv.

Hvad er sundhed

Definitionen på sundhed spænder fra et snævert teknisk og sygdomsorienteret syn til en mere filosofisk tilgang, der lægger vægt på positiv sundhed, selvrealisering og livskvalitet. Der er ikke noget entydigt svar på, hvad sundhed er, som let kan omsættes til forskellige sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Børn og unge oplever sundhed og sygdom forskelligt, og der er en

række faktorer, som har indflydelse herpå, såsom deres generelle livssituation, deres etniske tilhørsforhold, kulturelle baggrund, alder, køn etc.

Derfor er det nødvendigt, at sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse fokuserer på at forbedre børn og unges sundhed og livskvalitet ved både at tage fat på strukturelle sundhedsdeterminanter og ved at udvikle børn og unges kompetencer til at mestre livet.

Med et sådant fokus bliver sundhed set som noget *positivt* og *holistisk*, der omfatter kroppen, psyken og individet i det omgivende samfund. Figur 1 næste side illustrerer de forskellige dimensioner, som udgør et bredt og mangfoldigt sundhedsbegreb.

Et *bredt sundhedsbegreb* omfatter både livsstil og levevilkår. For at forbedre sundheden for børn og unge er det nødvendigt, at vi forholder os til deres individuelle adfærd hvad angår livsstil, men endnu vigtigere også deres nærmeste miljø, sociale relationer og de vilkår, de lever under.

Der bør gøres mere for at håndtere fysiske, sociale og mentale dimensioner af børn og unges sundhed, som illustreret i figur 1, men også de samfunds- og miljømæssige faktorer,



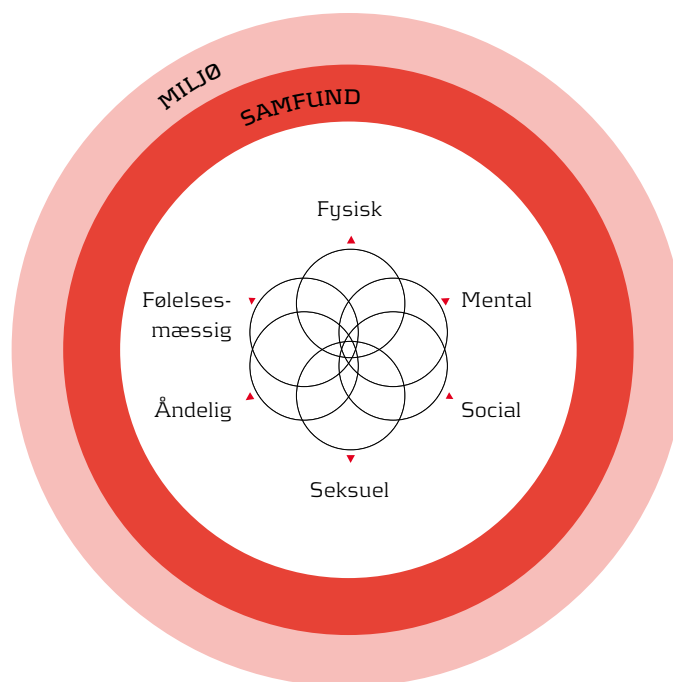
Figur 1: Det holistiske sundhedsbegreb

De forskellige sundhedsaspekter er:

- **Fysiske aspekter:** vores kroppe
- **Mentale aspekter:** vores psyke, etc.
- **Sociale aspekter:** mig selv og andre, etc.
- **Følelsesmæssige aspekter:** vores følelser
- **Seksuelle aspekter:** behov og ønsker
- **Åndelige aspekter:** overbevisning og tro
- **Samfundsmæssige aspekter:** samfundet og livsvilkår
- **Miljømæssige aspekter:** vilkår for sundhed

De forskellige sundhedsaspekter hænger sammen: følelsesmæssig ubalance, som fx stress, kan øge risikoen for infektion, mens det er velkendt, at fysisk aktivitet kan øge den følelsesmæssige trivsel og mentale sundhed. Forandringer i ét sundhedsaspekt kan påvirke de andre aspekter.

KILDE: Simovska et al., 2006 (1); bearbejdet efter Naido and Wiils, 1994.



som bærer det største ansvar for ulighed i sundhed, er nødvendige at tackle.

Ingen sundhed uden mental sundhed

Overvejelserne omkring børn og unges sundhed og trivsel er ikke fyldestgørende uden at tage deres mentale sundhed i betragtning. Mental sundhed er en dimension i det holistiske sundheds- og trivselsbegreb og et folkesundhedsanliggende, som kræver stor bevågenhed i alle dele af sundhedsvæsenet, både hvad angår behandling, forebyggelse og sundhedsfremme.

Selv om de fleste børn i Danmark trives og har det godt, er der et betydeligt antal børn, der har psykologiske problemer. Eksempelvis viser *Skolebørnsundersøgelsen* fra 2006 blandt børn mellem 11 og 15 år, at:

- 17% har et eller flere psykologiske symptomer dagligt (fx dårligt humør, nervøsitet eller depression)

- 10% har adfærdsproblemer, såsom hyperaktivitet eller koncentrationsbesvær
- 9% føler sig utrygge i skolen.

Desuden føler mange børn træthed, har søvnproblemer eller lider af hovedpine.⁽²⁾

I Danmark er der stigende opmærksomhed rettet mod mental sundhed, og det er en stigende tendens, at skoler igangsætter interventioner for at forebygge mentale sundhedsproblemer og fremme psykologisk trivsel hos børn og unge. En nylig rapport omkring fremme af mental sundhed hos børn viser, at den mest vidtfavnende tilgang til mental sundhed og trivsel hos børn og unge synes at være en indsats, som fokuserer på det fysiske og psykosociale skolemiljø på lige fod med læseplaner og børns kompetencer.⁽³⁾ Denne helskoletilgang, som siden 90'erne er udviklet i det europæiske netværk af sundhedsfremmende skoler, er også anvendelig i førskoleinstitutioner/dagtilbud samt i uformelle

arenaer for børn og unge. Forskningsprogrammet for Miljø- og Sundhedspædagogik på Danmarks Pædagogiske Universitetsskole samarbejder med Videncenter for Sundhedsfremme og det nationale videncenter KOSMOS på University College Syddanmark om at revitalisere sundhedsfremme, herunder mental sundhed i en helskoleindsats i danske skoler.^(4,5)

På europæisk niveau deltager Danmark i et sundhedsfremmeprojekt finansieret af Den Europæiske Kommission omkring sund vægt og fysisk aktivitet hos børn og unge.⁽⁶⁾ I overensstemmelse med helskoletilgangen har dette projekt til formål at støtte udviklingen af politikker nationalt, regionalt og på skoler omkring sunde spisevaner og fysisk aktivitet og herigennem forebygge overvægt og fedme hos børn og unge.

Hvordan definerer børn sundhed

For at forbedre sundhed og trivsel hos børn og unge er det afgørende at tage udgangs-

punkt i deres egne ideer og forståelse af sundhed og sund livsstil og derigennem vise, at man respekterer og tager deres sundhedsbegreber alvorligt.

Nedenfor er angivet nogle eksempler på, hvad børn svarer på spørgsmålet om, hvad sundhed er.

Af citaterne fremgår det, at børn ikke kun forbinder sundhed med, hvad de spiser, og hvor meget de motionerer (selv om de også er opmærksomme på disse faktorer), men også med venskaber, økonomiske ressourcer og 'sundhed' i det omgivende miljø.

EKSEMPLER PÅ BØRNS SVAR PÅ SPØRGSMÅLET: *HVAD ER SUNDHED FOR DIG?*⁽¹⁾

Der skal være nogen, du kan lide; det skal ikke være nogen der kommanderer rundt med dig hele tiden eller er vrede på dig. Pige, 7. klasse

... hvis du er fattig, så tænker du måske ikke så meget på, om du spiser mad med det rigtige fedtindhold eller ej; så spiser du bare det, du kan få fat i, og så må du overleve på det. Dreng, 7. klasse

Du kan altid sige, at [sundhed afhænger af] det miljø du lever i; hvis du bor i byen, er der måske forurenede, mens hvis du bor på landet, er det mere miljøvenligt eller lidt mere sundt med den rene luft, ikke? Dreng, 7. klasse

Børn og unge skal involveres

Der mange grunde til, hvorfor det er vigtigt og meningsfyldt, at børn og unge bidrager i forhold til sundhedsfremme. Her er blot nogle få:

- børn og unge har ret til at deltage aktivt i beslutninger, der vedrører egen sundhed
- børn og unge udvikler handlekompetence, når de deltager i sundhedsfremme, hvilket bidrager til deres sociale og psykologiske udvikling
- deltagelse bidrager til børns og unges generelle dannelse og demokratiopfattelse.

Når man tager udgangspunkt i børns ideer, kan man planlægge aktiviteter, som er relevante for deres hverdagsliv.

En effektiv sundhedsfremmestrategi går et skridt videre ved at udfordre unge menneskers stereotyper omkring sundhed, introducere nye dimensioner af sundhedsrelateret viden og ved at udvikle børns og unges handlekompetencer i forhold til at øge deres sundhed.

Viden og kompetenceudvikling er vigtige elementer i enhver intervention til fremme af sundhed og trivsel hos børn og unge. Derfor er det nødvendigt, at effektiv sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme integrerer en handlings- og deltagerorienteret pædagogik. Et af de vigtige resultater af børns og unges medvirken i sundhedsfremme er deres *empowerment* og *handlekompetence*. Det vil sige udvikling af deres identitet som kvalificerede deltagere i handlinger, der medfører positive ændringer i sundhed. Forskning peger på, at sundhedsfremmeændringer opnået gennem denne form for indsatser fastholdes i længere tid.



DGI-byen leder eksempelvis et igangværende projekt *Go-Active*, der har til formål at øge fysisk aktivitet og fremme sundheden for børn mellem 10 og 13 år på Vesterbro i København med særligt fokus på udsatte og inaktive børn. Udgangspunktet for dette projekt er de oplevelser og holdninger, som børn på Vesterbro har givet udtryk for i interview og via billeder. Billederne er taget af børnene selv og viser, hvordan de oplever muligheder og barrierer for fysisk aktivitet i det område, hvor de bor.⁽⁷⁾ Projektet skræddersyes således til børnenes behov, og børnene involveres i aktiviteterne fra begyndelsen. Antagelsen er, at denne konkrete involvering er med til at sikre motivation og engagement. Det planlægges også aktivt at involvere forældre og foreninger, fx sportsklubber, og derved styrke det sociale sammenhold på Vesterbro.

Principper for sundhedsfremme og forebyggelse

Som denne udgave af *m(i)dt Liv* viser, er der en lang række værdifulde initiativer, projekter og programmer, der sigter mod at fremme sundheden blandt børn og unge, forebygge sygdom og forbedre livskvaliteten for kronisk syge børn. Nogle interventioner fokuserer på børn og unges adfærd og sundhedsvaner, mens andre fokuserer på andre determinanter, der spiller en rolle i forhold til sundhed og trivsel. Uanset hvilket sundhedsspørgsmål der er i fokus, er det vigtigt at involvere børn og unge samt deres familier i planlægning af interventionerne på et tidligt tidspunkt.

Det har også vist sig, at en bredere og mangesidet tilgang er mere effektiv end et snævert fokus på et isoleret sundhedsproblem.

De generelle principper for effektiv sundhedsfremme blandt børn og unge er præ-senteret i en strategi fra WHO omkring børn og unges sundhed og udvikling fra 2005.⁽⁸⁾ Disse principper indeholder:

- **Livsforløbs-tilgang** – politikker og programmer omkring sundhedsfremme skal tage udgangspunkt i de sundhedsmæssige udfordringer, der er på de forskellige stadier i livet fra fosterstadiet til puberteten.
- **Lighed** – enhver handling, der fremmer sundhed og trivsel, skal tage hensyn til de behov, som udsatte og ressource-svage børn og unge har.
- **Tværsektorielle handlinger** – enhver handling, der fremmer sundhed hos børn og unge, skal indeholde en tværsektoriel folkesundhedstilgang, som tager udgangspunkt i de fundamentale determinanter for sundhed.
- **Deltagelse** – børn og unge skal involveres i planlægning, udførelse og evaluering af sundhedspolitikker og tilbud.

Inden for rammerne af disse principper skal vigtigheden af følgende aspekter fremhæves:

- a) Løbende monitorering af sundhedsindikatorer for børn og unge gennem livet. Dette omfatter ikke kun biomedicinske indikatorer, men også selvrapporteret sundhed og understøttende strukturer. Et godt eksempel er *Skolebørnsundersøgelsen*, som har været gennemført regelmæssigt syv gange siden 1986/87.⁽²⁾
- b) Integreret sundhedspædagogik. Dette er relevant på alle uddannelsesniveauer fra børnehave til gymnasium, men også i forhold til patientuddannelser og andre formelle og uformelle arenaer.

- c) Samarbejde mellem sundheds- og uddannelsessektorerne særligt med henblik på at udvikle børn og unges kompetencer til at tage vare på og forbedre deres egen sundhed, men også på kritisk at reflektere og arbejde for at kunne påvirke sundhedsrelaterede forhold i deres daglige omgivelser. ■

OVERSAT FRA ENGLSK

REFERENCER

- [1] Simovska V, Jensen BB, Carlsson M & Albeck C, 2006. Towards a healthy and balanced growing up: children and adults taking action together. Barcelona: P.A.U. Education. Tilgængelig på dansk på: <http://shapeurope.net/files/media/media335.pdf>
 - [2] Rasmussen M, Due P, red., 2007. Skolebørnsundersøgelsen 2006. Forskningsgruppen for Børn og Unges Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
 - [3] Wistoft K, Grabowski D, 2010. Mental sundhed i skolen: evidensbaseret grundlag for fremme af børns mentale sundhed. Forlaget Lundtofte.
 - [4] World Health Organisation, 1991. Background, Development and Strategy Outline of the Health Promoting Schools Project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
 - [5] Sørensen K & Koch B, 2009. Den sundhedsfremmende skole – et inspirationsmateriale til teori og praksis. Forlag University College Syd. Kan downloades på: <http://ucsyd.dk/viden-og-udvikling/videncentre/videncenter-for-sundhedsfremme/publikationer-og-udgivelser/publikationer>
 - [6] Om HEPS-projektet se: <http://www.hepsuurope.eu>
 - [7] Justiniano B, Albeck CK & Simovska V, 2010. Børns rum og bevægelse på Vesterbro. København: Forskningsprogram for Miljø- og Sundhedspædagogik, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet. Se: <http://www.dgi-byen.dk/go-active>
 - [8] Barnekow V, Muijen M, 2009. Child and adolescent health and development in a European perspective. *International Journal of Public Health*, 54, pp. 128-130.
-

Hvordan har du det? 2010

– også en undersøgelse af unges trivsel og sundhed

■ Pia Vedel Ankersen, seniorforsker & Stine Poulsen, analysemedarbejder, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland



ILLUSTRATION: Hans Henrik Riis

I 2006 udarbejdede Center for Folkesundhed Region Midtjyllands første sundhedsprofil. I 2010 – fire år efter – er arbejdet med regionens anden sundhedsprofil *Hvordan har du det? 2010* godt i gang. Undersøgelsen er denne gang udvidet til også at inkludere

borgere mellem 16-24 år samt borgere over 79 år. Denne artikel fokuserer på arbejdet med at udvikle et målrettet spørgeskema til gruppen af unge mellem 16 og 24 år.

Region Midtjyllands sundhedsprofil for unge

Som en konsekvens af beslutningen om at inddrage unge mellem 16 og 24 år i *Hvordan har du det? 2010* valgte Center for Folkesundhed at udarbejde særlige spørgsmål til de unge, som blev samlet i et *ungeskema*. I Region Midtjylland blev der derfor udsendt to forskellige spørgeskemaer: et til voksne fra 25 år og et til unge mellem 16 og 24 år.

Det har været en stor udfordring at lave ét spørgeskema til unge mellem 16 og 24 år, fordi de er vidt forskellige steder i livet. En person på 16 år vil som regel bo hos sine forældre, gå i folkeskolen og være i en mere eller mindre eksperimenterende fase i forhold til sex, alkohol og rygning. Det gælder for langt de fleste, at de endnu ikke har det fulde ansvar for deres eget liv. Mange får stadig lommepenge af forældrene, tøj er noget der vasker sig selv, og maden falder ned fra himmelen.

Anderledes ser det ud for personer på 24 år. De er som regel flyttet hjemmefra for noget tid siden. Nogle bor i eget hus, andre i lejet bolig. Nogle har bil, andre må cykle. Mange er færdiguddannede og på arbejdsmarkedet, nogle er i uddannelsessystemet lidt endnu, og enkelte har endnu ikke rigtig fundet deres vej i livet.

Gruppen fra 16 til 24 år er således en meget differentieret gruppe, hvilket har givet nogle udfordringer i forhold til, hvilke spørgsmål der skulle indgå i Region Midtjyllands sundhedsprofil for unge.

Spørgsmål til de unge

De 52 kernespørgsmål samt en del af suppleringsspørgsmålene i voksenskemaet går igen i ungeskemaet. Alle borgere bliver eksempelvis spurgt til deres egen vurdering af deres helbred (både fysisk og psykisk), deres oplevelse af stress, om de har langvarige sygdomme, hvordan de sover, hvor meget alkohol de drikker, hvad de spiser osv. Derudover bliver de unge spurgt om, hvordan de oplevede folkeskolen, om de har været udsat for vold og overgreb, deres spiseadfærd, krops- og selvpfattelse, deres muligheder for social støtte samt hvad deres holdninger er til rygning, alkohol og forskellige forebyggelsespolitikker.

• spiseadfærd, krops- og selvpfattelse

I vinter kunne man i en artikel læse, at unge hader deres krop.⁽¹⁾ Men er det rigtigt? I *Hvordan har du det?* spørger vi til de unges opfattelse af eget udseende ved spørgsmålet: Hvordan vil du vurdere dit eget udseende? Derudover spørger vi, om der er noget, de unge vil ændre ved deres krop og i så fald, hvordan de vil gøre det? Vil de fx ændre sundhedsvaner, benytte plastikkirurgi eller anabolske steroider? På baggrund af spørgsmålene opnås et indblik i de unges selvpfattelse, som forventes at have sammenhæng med deres trivsel.

SAMARBEJDE OM SUNDHEDSPROFILER

De fem regioner, Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed (SIF) og Kommunernes Landsforening indledte i 2006 et formaliseret samarbejde omkring sundhedsprofiler i Danmark. Planen er, at der for fremtiden skal laves sundhedsprofiler i de fem regioner på samme tid hvert fjerde år. En national koordineringsgruppe har udvalgt 52 kernespørgsmål, som indgår i alle regioners spørgeskemaer. Hertil kan regionerne hver især vælge at supplere med en række tillægsspørgsmål, som i Region Midtjylland udgør lidt over halvdelen.

Med henblik på at beskrive spiseadfærd er der tilføjet spørgsmål, som handler om oplevelsen af mad og sult. Der bliver spurgt til, i hvor høj grad man nyder at spise, samt hvor ofte man spiser, selvom man er mæt eller omvendt undlader at spise, selvom man er sulten. Derudover er *spiseforstyrrelse* tilføjet som et spørgsmål under kategorien langvarige sygdomme. Formålet er at undersøge sammenhængen mellem vægt, hvor meget man nyder at spise, kropsofattelse og sundhedsadfærd. Endvidere ønsker vi at undersøge unges krops- og selvopfattelse i et bredere perspektiv ved både at se på sammenhængen mellem under- og overvægt, spiseforstyrrelser og villigheden til ændre på sin krop ved mere eller mindre drastiske metoder.

• vold og overgreb

Vi spørger, om svarpersonerne i deres barndom (under 16 år) eller i deres voksenalder (over 16 år) har været udsat for fysisk vold, seksuelle overgreb eller trusler herom. Spørgsmålene kan være med til at belyse, hvor mange unge mennesker der oplever vold og seksuelle overgreb, og hvilken betydning det har. Det vil eksempelvis være essentielt at undersøge, om vold og overgreb har en negativ effekt på udviklingen i livsforløb. Det kan undersøges om unge, som har været udsat for vold og overgreb, i mindre grad er i stand til at gennemføre en uddannelse, og om de i højere grad ender uden for arbejdsmarkedet.

• social støtte

De voksne svarpersoner spørges om omfanget af samvær med familie, venner og kollegaer, og de unge spørges endvidere om deres muligheder for at få hjælp i fire forskellige situationer: *hvis* de har brug for råd om alvorlige personlige eller familiære problemer, *hvis* de har brug for hjælp til at finde et arbejde, *hvis* de føler sig nedtrykt og har

brug for nogen at snakke med, og *hvis* de har brug for 10.000 kr. til en nødsituation. Muligheder for og omfanget af social støtte forventes at have betydning for individets trivsel, ressourcer og derfor på længere sigt individets sundhed.

• livet i folkeskolen

Det er velkendt, at der er en relativ stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og sundhed og trivsel. Derfor har vi i spørgeskemaet sat spot på de unges oplevelse af folkeskolen. Vi spørger om, hvordan de unge har oplevet at gå i folkeskole. Hvordan oplever de, at de har klaret sig fagligt sammenlignet med deres klassekammerater? Havde de mulighed for at få hjælp med skolearbejdet fra lærere og familie? Folkeskolen er første trin på uddannelsesstigen, og livet i folkeskolen kan have stor betydning for, hvor succesfuld den videre vej gennem uddannelsessystemet forløber.

• holdninger

Vi er interesserede i de unges holdninger til sundhed og forebyggelse på forskellige områder og har derfor udarbejdet en række holdningsspørgsmål, som eksempelvis belyser svarpersonens holdning til rygning og rygepolitik, til afgifter på slik og sodavand, til fjernelse af moms på frugt og grønt osv. Spørgsmålene er opstillet således, at svarpersonen skal angive, hvilke af to konflikter argumenter svarpersonen er mest enig i.

Her et eksempel:

Angiv hvem du er mest enig med:

Pia: *Afgifterne på tobak skal hæves for at få folk til at holde op med at ryge.*

Mie: *Politikerne skal ikke blande sig i folks rygevaner, derfor skal afgifterne på tobak ikke hæves.*

Overordnet set spørger vi til holdningen til strukturel forebyggelse (fx gennem lovgivning) over for holdningen om, at sundhed er individets ansvar. Ved at spørge til sådanne forhold er det muligt at afdække, om der er sammenhæng mellem holdninger til forebyggelse og faktisk sundhedsadfærd.

Afrapportering

Ud af de 52.400 borgere, der modtog et *Hvordan har du det?*-spørgeskema, har 65% besvaret spørgeskemaet. Ud af de 7.026 unge, som modtog spørgeskemaet, har knap 4.000 returneret skemaet, således at unges undersøgelsen har en svarprocent på 55. Resultaterne for voksenskemaet i *Hvordan har du det? 2010* vil blive offentliggjort på en konference den 28. januar 2011. Sundhedsprofilen for unge i Region Midtjylland vil blive præsenteret på en konference i sommeren 2011. ■



REFERENCE

[1] Politiken, 8. feb. 2010. Unge hader deres krop.

LINK

www.hvordanhardudet.rm.dk

www.centerforfolkesundhed.dk

Århus Kommune sætter tal på skolebørns sundhed og trivsel

Skolebørnsundersøgelsen Århus, 2008 er et godt eksempel på, hvordan en dataindsamling om skolebørns sundhed og trivsel tilrettelægges, så den kan anvendes i både forskningen, kommunens strategiske og taktiske sundhedsplanlægning og skolernes daglige arbejde med sundhed og trivsel.

■ Henriette Hansen, sundhedskonsulent, Poul Lundgaard Bak, centerchef, Videncenter for Sundhed og Trivsel, Århus Kommune & Mette Rasmussen, adjunkt, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet



Børn og unges sundhed, sundhedsadfærd og trivsel er et vigtigt anliggende – både for at sikre børn og unge et sundt og vel-fungerende børne- og ungdomsliv og for folkesundheden generelt. Risikoadfærd i barn- og ungdommen kan få umiddelbare negative konsekvenser, eksempelvis ulykker og udvikling af fedme. Men der er også stor risiko for, at helbredsproblemer og risikoadfærd i børne- og ungdomsårene føres videre i voksenlivet og giver en forøget risiko for sygdomsudvikling og for tidlig død. Disse faktorer danner baggrund for *Skolebørnsundersøgelsen Århus, 2008*.

Samarbejde med Syddansk Universitet
Skolebørnsundersøgelsen Århus, 2008 er udarbejdet i et samarbejde mellem Videncenter for Sundhed og Trivsel, Århus Kommune og forskere fra Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.^{1,2} Sidstnævnte forskningsdel er finansieret af Nordea-fonden.

Skolebørnsundersøgelsen Århus er en spørgeskemaundersøgelse, der bygger på mange års erfaringer med de nationale skolebørnsundersøgelser, som udgør det danske bidrag til det internationale forskningsprojekt Health Behaviour in School-aged Children. 13 århusianske skoler har deltaget i undersøgelsen med i alt 2.100 elever fra 5.-7. og 9. klasse.

Sundhed og trivsel – fokus på overvægt

Det primære formål med undersøgelsen er at tegne et billede af de århusianske skoleelevers sundhed og trivsel med udgangspunkt i følgende temaer: *selvurderet helbred, symptomer, generel trivsel, kropsopfattelse, sundhedsvaner, sociale relationer, social position (forældres erhverv) og etnisk baggrund*. Da Århus-undersøgelsen specifikt har fokus på overvægt og dens determinanter, er dette styrende for spørgsmålene om sundhedsvaner, som omhandler: fysisk aktivitet/inaktivitet, stillesiddende adfærd ved brug af tv og computer, frugt- og grøntindtag og måltidsvaner.

– de ældste elever er mindst sunde

Skolebørnsundersøgelsen Århus viser, at langt størstedelen af de 11-15-årige skoleelever i Århus Kommune har det godt. Dette dækker dog ikke overraskende over en polarisering, hvor et mindretal ikke har det godt – og for en del af de belyste temaer er dette mindretal ganske stort. Gennemgående i undersøgelsen ses det, at elevernes vurdering af deres helbred

forringes med stigende alder. Særligt de ældste piger lider af ringe trivsel og plages af symptomer. For både drenge og piger ses med alderen et fald i fysisk aktivitet og en stigning i omfanget af stillesiddende adfærd, som brug af tv og computer. De ældre drenge er særligt karakteriseret ved et lavt indtag af frugt og grønt, mens de ældste piger er mest tilbøjelige til at springe morgenmaden over.

– flest er fortrolige med mor

I undersøgelsen ses der på børn og unges trivsel i et bredt perspektiv, og derfor inkluderes de arenaer hvor de unge færdes til hverdag – skolen og familien – såvel som elevernes relationer til den nære familie og kammeraterne.

De fleste elever er fortrolige med deres forældre, dog er der flere elever, der har fortrolighed med deres mor end med deres far. De fleste piger og lidt færre drenge er fortrolige med mindst én god ven. Sammenholdes informationerne om elevernes fortrolighed med forældre og venner viser det sig, at 4% af eleverne, hverken er fortrolige med forældre eller venner, hvilket er bekymrende. Sådant en social isolation er naturligvis alvorlig, og det er vigtigt, at der gøres en særlig indsats for disse elever.

Mobning er ligeledes en problematik i forhold til sociale relationer. Siden 90'erne har de nationale skolebørnsundersøgelser vist, at andelen af elever, der bliver mobbet, er faldende, og resultaterne i Århus-undersø-

gelsen indikerer også et fortsat fald.^(1;2) Men mobning kan have voldsomme konsekvenser, hvorfor det er vigtigt fortsat at have fokus på det forebyggende arbejde.

Flere helbredsgener i laveste socialgruppe

Social ulighed i sundhed er en central problemstilling og er i *Skolebørnsundersøgelsen Århus* analyseret med udgangspunkt i elevernes oplysning om deres forældres erhverv. Eleverne inddeles efter den familiesocialgruppe, som defineres ved den højest placerede forældres socialgruppe:

Socialgruppe I-II Akademikere, direktører, højere funktionærer, ledere mv.

Socialgruppe III-IV Øvrige funktionærer og selvstændige, faglærte arbejdere

Socialgruppe V-VI Ikke-faglærte arbejdere og de som lever af overførselsindkomst

Tabel 1 viser forekomsten af helbredsproblemer, trivsel og sundhedsadfærd blandt eleverne fordelt på familiesocialgruppe. Det ses bl.a., at der er en større symptombelastning i den laveste socialgruppe, hvor flere har ugentlige gener. Kun for dårligt humør og søvnproblemer findes der ikke sociale forskelle. Hvad angår trivselsindikatorer, er det eleverne i højeste socialgruppe, der scorer højest på livstilfredshed, mens eleverne i den laveste socialgruppe oftest

mobber andre. Indikatorerne på sundhedsadfærd viser, at eleverne fra lavere socialgrupper har en højere forekomst af risikoadfærd og en lavere forekomst af sundhedsfremmende adfærd.

Forskningsresultater inddrages og anvendes

Skolebørnsundersøgelsen Århus danner basis for en omfangsrig forskning, og især studierne af årsagssammenhænge kan og bør inddrages og anvendes i udvikling og planlægning af sundhedsfremmende indsatser i praksis.

Data fra *Skolebørnsundersøgelsen Århus* anvendes allerede i skolerne. De 13 deltagende skoler har ud over hovedrapporten fået en rapport med deres egne data, og 'skolerapporten' har vist sig at være et godt udgangspunkt for en drøftelse af skolens sundheds- og trivselsarbejde generelt samt for konkrete muligheder for handling på området.

Skolerne er i særdeleshed overraskede over de mange symptomer, som eleverne har mindst én gang om ugen. Endvidere giver de tydelige alders- og kønsforskelle anledning til drøftelser af, hvorledes indsatser bedst implementeres, samtidig med at skolen udnytter den styrke, det er at arbejde med sundhed og trivsel i den stærke sociale enhed, som den enkelte klasse udgør.

Systematiske undersøgelser kvalificerer arbejdet

Arbejdet med *Skolebørnsundersøgelsen Århus, 2008* har givet Videncenter for Sundhed og Trivsel vigtig inspiration og viden – ikke mindst til trivselsundersøgelsen *Store trivselsdag – Hvordan har du det?* Undersøgelsen blev gennemført første gang i 2009 blandt alle skoleelever i Århus Kommune og planlægges gennemført årligt. Resultaterne af undersøgelsen rapporteres til skolerne på klasse- og kommuneniveau. Resultaterne fra Store Trivselsdag er også et vigtigt element i skolernes kvalitetsrapporter og i forhold til opfølgning på Børn og Unges budgetmål for sundhed og trivsel, og målopfølgelsen og udviklingen kan monitoreres ved de efterfølgende Store Trivselsdag-undersøgelser. Endelig vil resultaterne blive anvendt til videre kvalificering af såvel skolernes som Videncenterets indsats.

Det er Videncenterets helt klare opfattelse, at det 'at sætte tal' på sundhed og trivsel og systematisk følge udviklingen over tid vil bidrage til at kvalificere arbejdet med sundhed og trivsel på både strategisk, taktisk og operationelt niveau i det kommunale sundhedsarbejde. ■

NOTER

1. **Videncenter for Sundhed og Trivsel** arbejder med sundhed for 0-18-årige børn og unge i Århus Kommune. I samarbejde med kommunens fagpersoner har Videncenteret både fokus på børn og unges generelle sundhed og trivsel og på at sikre støtte til børn og unge med særlige fysiske og psykiske behov. Endvidere bidrager Videncenteret også i samarbejde med uddannelses- og forskningsinstitutioner til at udvikle og formidle viden om sundhed og trivsel.

2. **Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed** er en tværfaglig gruppe på Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet. I gruppen forskes der i børn og unges helbred, trivsel og sundhedsvaner – ofte med fokus på betydningen af sociale vilkår. Link: www.si-folkesundhed.dk

REFERENCER

- (1) Rasmussen M, Due P, red., 2007. *Skolebørnsundersøgelsen 2006*. Forskningsgruppen for Børn og Unges Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
- (2) Rasmussen M, Clark A, Madsen KR. *Skolebørnsundersøgelsen Århus, 2008*. Videncenter for Sundhed og Trivsel, Århus Kommune; Forskningsgruppen for Børn og Unges Sundhed, Københavns Universitet/Syddansk Universitet. Januar 2010.

Tabel 1: Procent af elever med helbredsproblemer, trivselsindikatorer og sundhedsadfærd – efter familiesocialgruppe

	FAMILIESOCIALGRUPPE		
	I-II	III-IV	V-VI
	----- pct. -----		
Helbredsproblem			
Hovedpine mindst ugentligt	19	23	28
Mavepine mindst ugentligt	10	13	17
Ondt i ryggen mindst ugentligt	15	16	21
Ked af det mindst ugentligt	20	18	26
Dårligt humør mindst ugentligt	34	34	35
Svært at falde i søvn mindst ugentligt	33	35	36
Mindst et symptom dagligt	16	21	27
Overvægt eller fed	7	13	17
Meget godt selv vurderet helbred	39	35	30
Indikator på trivsel			
Høj livstilfredshed, 9-10 trin på trivselsstige	43	40	36
Blevet mobbet mindst ugentligt i de sidste par måneder	2	3	4
Mobbet andre mindst ugentligt i de sidste par måneder	1	1	5
Indikatorer på sundhedsadfærd			
Dyrker mindst 4 timers hård motion ugentlig i fritiden	56	45	39
Ser mindst 4 timer tv, dvd eller video på hverdage	11	17	20
Spiser frugt daglig	79	67	63
Spiser slik/chokolade dagligt	17	20	26

Sundhedspolitikken på arbejde i Favrskov Kommune

Fra idé til virkelighed – en sundhedsambassadør bliver til

Favrskov Kommune går nye veje for at få sundhedspolitikken til at leve i praksis. 48 sundhedsambassadører på børne- og ungeområdet og yderligere 25 på vej i efteråret er de konkrete markører på en politisk og ledelsesmæssig prioritering af at fremme sundhed og forebyggelse i børn og unges hverdagsmiljø. Det er også et konkret eksempel på, at der nogle gange kan være relativt kort afstand fra idé til virkelighed, hvis omstændighederne er de rette.

■ Mette Bo Christensen, projekt- og sundhedskoordinator & Jane Rüdiger, leder af B&U Sundhed, Social og Sundhed, Favrskov Kommune

Mange kommuner har et stærkt ønske om, at sundhed har en naturlig og vigtig plads på børne- og ungeområdet. Intentionerne er klare og tydelige, og alligevel viser erfaringer, at der kan være relativt langt fra intention til praksis.

Favrskov Kommune valgte for godt halvandet år siden at gå nye veje for at fremme sundhedspolitikens liv i praksis og sundheden for børn og unge i dagtilbud og skoler. Uddannelsen af sundhedsambassadører blev ét af kommunens vigtigste initiativer på denne vej. Men hvordan gik det egentlig til?

Sundhedspolitikken i arbejde

Favrskov Kommune fik i 2007 en sundhedspolitik, der sætter den politiske ramme for arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse for hele kommunen. Centrale indsatsområder i politikken er at sikre sunde rammer for børn og unge, at sundhed skal forankres i alle led, og at sundhed skal være en del af virksomhedskulturen i hele kommunen. Sundhedspolitikken er et klart politisk signal om, at det kommunale sundhedsarbejde er 'alles' sag – ikke kun de sundhedsprofessionelles.

Arbejdet med at indfri de politiske intentioner i sundhedspolitikken gik i gang, og i 2009 blev uddannelsen til sundhedsambassadør prioriteret i den årlige handlingsplan for udmøntning af sundhedspolitikken, bl.a. inspireret af Randers Kommunes initiativ med sundhedsambassadører.

Uddannelsen til sundhedsambassadør – et dynamisk samarbejde

Kommunen inviterede erfarne kræfter med i arbejdet med at udvikle og gennemføre uddannelsen til sundhedsambassadør. Det blev startskuddet til et særdeles frugtbart og dynamisk samarbejde mellem Center

SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE – BØRNE- OG SKOLEOMRÅDET

Parallelt med prioriteringen af uddannelsen til sundhedsambassadør blev også sundhedsfremme og forebyggelse på børne- og skoleområdet opprioriteret. I Favrskov går den opgave på tværs mellem to forvaltninger: Social og Sundhed og Børn og Skole. Favrskov Kommune ønskede at bygge bro mellem de to forvaltninger. I praksis betød det, at Mette Bo Christensen som projekt- og sundhedskoordinator i en toårig periode er tilknyttet sundhedsopgaver i Børn og Skole. Det første år helt konkret med arbejdssted i Børn og Skole, hvor den direkte kontakt med chefer og medarbejdere gjorde en afgørende forskel i arbejdet for mere sundhed i dagtilbud og skoler.

Indsatsområder

Arbejdet har i det seneste halvandet år været koncentreret om følgende tre indsatsområder:

- At generere og formidle data om sundhedstilstanden for børn, unge og børnefamilier
- At opbygge en kapacitet på børne- og ungeområdet i form af sundhedsorganiseringer i dagtilbud og skoler samt kompetenceudvikling i sundhedsfremme og forebyggelse (sundhedsambassadøruddannelsen)
- At iværksætte lokale og tværgående sundhedsfaglige indsatser.

Som et ekstra plus for sundhedsarbejdet på skoleområdet tilførte politikerne i forbindelse med budgetaftalen for 2010 ekstra timer til fremme af sundhed og trivsel i folkeskolens 4.-6. klasse. Et stærkt politisk signal, der udmøntes på de enkelte skoler fra næste skoleår.

for Folkesundhed, Region Midtjylland og Sundhedsteamet i Favrskov Kommune.

Kort fortalt strækker uddannelsen sig over fire måneder og består af tre moduler á to dage og et modul á en dag. Uddannelsen tager afsæt i deltageres erfaringer og bygger bro mellem disse og den eksisterende viden inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Deltagerne arbejder under uddannelsen i læringsgrupper, hvor den nyerhvervede viden drøftes og relateres til praksis. I løbet af uddannelsen udvikler og igangsætter deltagerne i samspil med deres ledere en sundhedsfremmende eller forebyggende indsats i praksis, som er relateret til kommunens sundhedspolitik.

På modulerne sættes der bl.a. fokus på:

- Sundheds- og forebyggelsesbegreber
- Favrskov Kommunes sundhedspolitik og sundhedsprofil
- Metoder i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde
- Sundhedsambassadørens opgaver og rolle
- Ny viden om faktorer og indsatser med betydning for børn og unges sundhed.

Som en integreret og vigtig understøttende del af tiltaget med sundhedsambassadører er lederne indtænkt aktivt, både under selve uddannelsesforløbet og i samspil med chefer og ledere på skoler og dagtilbud. Det er et helt essentielt omdrejningspunkt for, at tiltaget reelt får mulighed for at gøre nytte i det lokale sundhedsarbejde.

Nytter og flytter sundhedsambassadørerne

Et helt centralt spørgsmål er, om sundhedsambassadører nytter i en kommunal kontekst. Svaret er ja, hvis tre forudsætninger er opfyldt:

1. Udbredelse
2. Integration i den kommunale struktur og praksis
3. Integration i det lokale sundhedsarbejde.

I Favrskov er der i dag 48 sundhedsambassadører på børne- og ungeområdet og yderligere 25 er på vej i efteråret. Det betyder, at der inden årets udgang er sundhedsambassadører i alle dagsin-

stitutioner, alle dagplejepædagogteams, alle tandplejeteams og i 13 af 16 skoler. Kort sagt en meget stor udbredelse og opbakning fra både ledelse og medarbejdere.

Sundhedsambassadørerne er integreret i sundhedsorganisationen i skoleregii og en pendant til denne er undervejs i dagtilbud. Derudover har flere ambassadører oprettet lokalt forankrede og initierede netværksgrupper.

Den vigtige kobling til kommunens øvrige sundhedsfora er dog fortsat en udfordring. Sundhedsambassadøruddannelsen er først og fremmest rettet mod de lokalt udpegede i sundhedsorganisationerne i dagtilbud og skoler. De fleste sundhedsambassadører har derfor en formel rolle i egen organisation. Som noget nyt er ambassadørernes lokale arbejde indtænkt i de årlige tilsyn på daginstitutioner.

Initiativer og ændrede faglige tilgange

Men hvordan forholder det sig med sundhedsambassadørernes konkrete lokale indsatser?



Læs mere om Favrskov Kommunes Børne- og Ungepolitik og kommunes indsatsområder på: www.favrskov.dk (vælg: Børn & Familie / Børne- og Ungepolitik)

HVAD LAVER EN SUNDHEDSAMBASSADØR

Sundhedsambassadøren i Favrskov Kommune har ansvar for at medvirke til:

- At omsætte sundhedspolitikken i praksis
- At motivere kolleger til at tænke sundhed ind i den daglige praksis
- At udbrede viden om sundhed til borgere og kolleger
- At identificere behov for og tage initiativ til sundhedsfremmende og forebyggende indsatser
- At være bindeled mellem det kommunale sundhedsteam og egen institution.



De første sundhedsambassadører har kun virket i nogle få måneder, men viften af initiativer er alligevel bred – dels i forhold til eget bagland af kolleger og leder og dels over for børn og forældre.

Initiativerne er bl.a. faglige drøftelser af sundhedsbegrebet, den involverende sundhedssamtale og ny viden om sundhed for børn og unge, sundere mad på skoler, fremme af trivsel, temaarrangementer om mad og motorik for forældre og professionelle samt mere bevægelse og leg i børns og unges hverdag.

De markører, som vi hæfter os særligt ved, er det meget bredere sundhedsbegreb, som deltagerne tilkendegiver, de har fået under uddannelsen. Det samme gælder den måde, de nu møder kolleger, børn og forældre på. Vi ser derfor nu tegn til større

samklang mellem den primære sundheds-tjeneste og de lokale sundhedsambassadører i at arbejde for handlekompetente børn og unge, der er gode til at mestre og navigere i livet. Bliver disse ændrede faglige tilgange praktiseret – ikke kun af sundhedsambassadøren selv, men også af kolleger – så hviler det lokale sundhedsarbejde på nogle vigtige faglige fundament fremover, og det er i sig selv tegn på, at sundhedspolitikken har liv lokalt.

En sammenhængende indsats

Sundhedsambassadørerne er endnu både hver især og som gruppe nye i rollen som ambassadører. Alligevel oplever vi en stor faglig begejstring og også en snert af faglig ydmyghed, når de involverede i uddannelsen fra Center for Folkesundhed og kommunens sundhedsteam erfarer, hvad sundhedsambassadørerne har sat gang i

lokalt, både på den korte tid de har virket og med den relativt korte og koncentrerede uddannelse, de har fået.

Der er med sundhedsambassadørerne skabt et vækstlag til fremme af det lokale sundheds- og forebyggelsesarbejde og til at omsætte sundhedspolitikken i praksis, så der trækkes på fælles hammel i hele kommunen.

Men det er vigtigt at pointere, at ambassadørerne ikke skal stå alene. De skal understøttes og indgå i en sammenhængende indsats på både det ledelsesmæssige, organisatoriske og sundhedsfaglige plan. På den måde vil endnu flere positive markører for sundheden for børn og unge i kommunen utvivlsomt vise sig i tiden fremover. ■



ROS – Rund Og Sund

Et projekt for overvægtige børn i Viborg Kommune

Børneafdelingen, Regionshospitalet Viborg, Viborg Kommune og Viborg Idrætsråd har i samarbejde udviklet projekt ROS for overvægtige børn. Formålet med projektet er at højne motivationen til at dyrke idræt/motion for overvægtige børn i 11-13-årsalderen, samt at børnenes familier får øget bevidsthed om kost og sundhed.

Udfordrende aktivitetstilbud

■ Lone Simonsen, projektleder, Viborg Idrætsråd

33 børn mødes hver mandag og onsdag, hvor de dyrker idræt i to timer. Naturskolen ved Hald, Fitness Viborg ved Gymnastik og Idrættshøjskolen og Idrætsforeninger i Viborg Kommune er aktørerne i de ugentlige aktiviteter, og derudover er der tilknyttet to faste projektledere, der følger børnene og deres aktiviteter hver uge. En gang hver måned mødes børnene og deres forældre og laver mad med en diætist. Endelig er der faste motivationssamtaler med de(n) tilknyttede sygeplejersker, læger, diætist og psykologer.

Vi har tilrettelagt de ugentlige idrætsaktiviteter sådan, at overvægt er et mindre – eller slet ikke noget – handicap, og konkurrencedelen behøver som udgangspunkt ikke være synlig for børnene. Vi vælger nogle idrætsgrene, som de færreste har det store kendskab til, og dermed er børnene som udgangspunkt ligestillede – alle er i samme 'situation'.

Aktivitetsforløb

I løbet af det første halvår har børnene prøvet en række af de mindre idrætsgrene som fx karate, kickboksning, orienteringsløb, svømning, boksning, roning (kajak og robåde), golf, gymnastik, floorball, mountainbike, kastediscipliner i atletik, amerikansk fodbold samt spinning. Det

har været væsentligt for os, at børnene fra første færd oplever nogle trygge og gode rammer om ROS. Derfor har vi bygget aktivitetsforløbet op på en sådan måde, at børnene de første 4-5 gange mødes på Naturskolen ved Hald, der således bliver basen. Naturskolen er i forvejen kendt af de fleste børn som et godt og trygt sted. På den måde bliver børnene 'snydt' til at bevæge sig i skoven via rebbaner, slædteure, kampsportslege, counter strike, klatring, træfældning el. lign. aktiviteter, der 'smager' af idræt.

Flere mulige, gode og nye oplevelser

Stille og roligt bliver børnene i ROS trygge ved projektet, og efterhånden som fysikken styrkes, begynder de mere krævende aktiviteter med besøg i de forskellige foreninger. Børnene udvikler deres syn på idrættens mange facetter, og de bliver gjort opmærksom på mange idrætsgrene, de nødvendigvis ikke har mødt før. Ofte vil idrætten pludselig være lig med gode oplevelser, hvilket ikke altid har været tilfældet tidligere.

I de trygge rammer er børnene mere åbne over for idrættens verden, og de møder kvalificerede frivillige ledere, der kommer til at fungere som broer til idrætten. Projektlederne/mentorerne kan med deres observationer og samtaler med børnene være med til at stimulere interessen for

særligt de idrætsgrene, hvor børnene har haft succesoplevelser. Samlet giver det en sluse for børnene ind i den idrætsverden, som de måske havde afvist eller følt sig afvist af. Når børnene derefter besøger idrætsforeninger, er udgangspunktet anderledes positivt, og foreningerne kommer til at repræsentere mulige, gode og nye oplevelser – også når børnene ikke længere er en del af projektet.

Projektets gulerod

Som afslutning er alle børn, der gennemfører de 11 måneders intensive projekt, kvit og frit inviteret til La Santa Sport i en uge. Omkostningerne til turen bliver dækket af "Knud Erik-fonden". En fond, hvis midler er øremærket til oplevelser for børn i Viborg Kommune, der har berøring med Børneafdelingen på Regionshospitalet Viborg.



FOTO: Viborg Idrætsråd

ROS – Rund Og Sund

Et tværfagligt behandlingstilbud

■ Ronni Jacobsen, projektleder, 1. reservelæge, Børneafdelingen, Regionshospitalet Viborg

Projekt ROS: tog rigtig form i maj måned 2009. Politikere, idrætsledere, læger og sundhedsplejersker fra Viborg Kommune blev indkaldt til et møde på initiativ af Børneafdelingen, Regionshospitalet Viborg. Målet var at få etableret et tværfagligt behandlingstilbud for overvægtige børn og unge. Der blev nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Viborg Idrætsråd, Viborg Kommune og Børneafdelingen, Regionshospitalet Viborg.

Køreplan: Vi startede i efteråret 2009 med at uddele invitationer til projektet. Gruppen af børn blev valgt, efter at de i samråd med en forælder, lærer eller sundhedsplejerske, lavede en skriftlig ansøgning. Således allerede motiverede for at gennemføre projektet startede de indledende samtaler og undersøgelser i Børneambulatoriet. 34 børn indgik fra starten i projektet, som forløber frem til december 2010. Alle deltagende børn havde et BMI over 22 (ekstrapoleret BMI >25 ved 18-årsalder), og aldersgruppen var fra begyndelsen 11-13 år.

Motivation: En vigtig parameter for Projekt ROS har været motivationen for at tabe sig. Vi ved, vi har med en meget selekteret gruppe at gøre. Gennem den indledende ansøgning har vi appelleret til motiverede børn og familier. Motivation er helt klart omdrejningspunktet for vores tilgange til behandlingen af overvægt.

Kommunikation: Også kommunikationen mellem de daglige ledere af aktiviteterne og Børneafdelingen er blevet en vigtig faktor i arbejdet. Det har været vigtigt at kunne justere tiltag, aktiviteter og tilgange til problemstillinger løbende. Desuden har vi arbejdet på at få de unges egne mål og delmål gjort klare, så det har været muligt at bakke op omkring dem på bedste vis. Vi har justeret mål og delmål løbende, for derigennem at lave en mere realistisk målsætning, som i sidste ende gerne skulle føre til succes for deltagerne, og give dem en oplevelse af at lykkes og forandre sig.

Børneafdelingen, Regionshospitalet Viborg har stået for de indledende undersøgelser af børnene. Desuden har Børneafdelingen varetaget kost- og motiverende samtaler med et vågent øje på børnenes fysiske tilstand og med fokus på følgetilstande til overvægten: fx gener fra bevægeapparatet

Projekt ROS har i høj grad tydeliggjort, at vi er afhængige af hinanden i varetagelsen af børnene og familierne. Vi kan noget forskelligt og samlet set kommer der ressourcer frem, som bevirker en smittende og sund dynamik.

og astma. Deltagerne er blevet undersøgt og vurderet mht. vægt, højde, hofte-taljemål og blodtryk. Alle deltagerne har fået taget en blodprøve, der er blevet analyseret for lipidprofil, leverenzymmer og fasteinsulin og -blodsukker. Vi har været særligt interesserede i at finde markører for prædiabetes, insulinresistens og diabetes. Der er desuden et samarbejde med Klinisk Biokemisk afdeling, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus mhp. specielle blodanalyser.

Et udviklingsprojekt

Vi vidste, at det var vigtigt at få hele familien medinddraget, at ansvaret for en reduktion i BMI hos børnene skulle bæres af så mange i familien som muligt. Dette har vi blandt andet gjort gennem samtaler i ambulatoriet og madaftener, hvor dele af familien har været inviterede. Ansvarligheden hos familien har været tiltænkt at skulle opbygges gennem læring, motivation, trænings-, kost- og sundhedsvejledning. Vi har betragtet det som et udviklingsprojekt, hvor dygtiggørelse og udbygning af erfaringer hos sygeplejersker, læger, psykologer, diætister, fysioterapeuter og idrætsledere har været prioriteret højt. De pædagogiske tiltag, afprøvning af forskellige tilgange til motivation, forankring af de gode vaner og motion i hverdagen ligger højt på listen over vigtige arbejdsområder. Litteratursøgning på området har vist, at kun et fåtal af lignende projekter kunne



vise signifikante væggtab hos gruppen af deltagende børn. Børn vokser kraftigt i denne alder, nogle har ligefrem deres mest markante højdevækst i disse år. En reduktion i BMI er derfor et mere realistisk bud på et positivt slutresultat – hvis vi i det hele taget kan tale om en afslutning.

Gladere børn

Overordnet har de positive tilkendegivelser været mange og de negative få. Forældrene har ved de første opfølgende samtaler i Børneambulatoriet givet udtryk for, at deres børn er blevet gladere. En vigtig tilkendegivelse, som bærer motivationen i sig selv. Nogle af børnene havde allerede efter tre måneder haft et meget markant væggtab (>9 kg). Vi ved, det kan være svært at fastholde et væggtab, specielt i puberteten, og forankringen i de gode vaner er næste arbejdsopgave.

Det bliver spændende at se, hvorledes fremtiden ser ud efter Projekt ROS. Ønsket er, at vi bliver en etableret del af den politiske dagsorden, at der bliver afsat penge til at imødegå den multidisciplinære opgave, det er at få børn og unge ned i en mere sund størrelse, og at den udvikling i arbejdet med overvægtige børn og deres forældre vi har været igennem på Børneafdelingen, i idrætsklubberne og fra Viborg Kommunes side ikke bortkastes, men bliver forankret i dagligdagen – og hermed bliver et varigt tilbud til børn og unge med overvægt. ■

TYKKE TEENAGERE – et individuelt og et samfundsmæssigt problem

■ Anders Lindelof, ph.d.-studerende, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

For 50 år siden var der så godt som ingen tykke mennesker i gadebilledet. I dag er vi midt i en fedmeepidemi. De tykke er ofte de dårligst uddannede, har de ringeste boliger og har en lavere løn end de slanke. Det er med andre ord de ressourcetsvage, der bliver tykke. Hvordan kan det være?

Jeg lader spørgsmålet hænge lidt og vender opmærksomheden mod mit ph.d.-projekt. Jeg har gennem en årrække fulgt en gruppe tykke teenagere og deres forældre for at undersøge, hvorfor de selv mener, de er blevet tykke, samt hvad der skal til, for at de taber sig.

De tykke kommer sjældent til orde

Projektet er baseret på feltarbejde og individuelle samtaler med de tykke teenagere og deres forældre. Men, kan man indledningsvis spørge om, hvorfor er tykke menneskers egen mening interessant? Handler det ikke om, de er dovne, spiser usundt og – hvis det er tykke børn – har nogle forældre, der ikke formår at opdrage dem? Fokus i den videnskabelige tilgang til fedme er ofte relateret til gener, metabolisme, tv-forbrug og andre forhold, der kan undersøges i laboratorierne eller tælles. Inden for den etablerede forskning kommer de tykke yderst sjældent selv til orde – og det er uheldigt. For fedme handler i høj grad om, at det enkelte individ i sin dagligdag har nogle uhensigtsmæssige vaner, der gør, at han indtager flere kalorier, end han forbrænder. Men *hvorfor* har han disse uhensigtsmæssige vaner? – det kan man ikke undersøge i laboratorier eller tælle sig frem til. Dette er dog væsentligt at vide, hvis en effektiv forebyggelse/behandling skal etableres.

Pizza og chips giver glæde og mening

Hvorfor er tykke teenagere så tykke? Det korte svar er, at de holder af den livsstil, der sætter sig på kroppen. De holder af at

ligge på sofaen og se tv samtidig med, at de synes junk food, pizza og chips smager rigtig godt. Modsat bryder de sig ikke om at bevæge sig, og mange er ikke specielt begejstrede for frugt og grønt, og synes brød uden smør er tørt. Her er også svaret på, hvorfor de ikke taber sig. Som andre mennesker kan tykke teenagere ikke leve et liv, de ingen glæde og mening finder i. Det vil sige, de kan ikke uden videre underkende deres lyst til det magelige og fødemæssigt usunde og erstatte det med sundhedsmæssigt mere hensigtsmæssige vaner. Et sådant skift strider mod deres natur.

Det interessante er imidlertid, hvorfor der findes unge mennesker i Danmark, der ikke bryder sig om at bevæge sig og spise frugt og grønt regelmæssigt? Ikke overraskende viser min undersøgelse, at det hænger sammen med familiens og netværkets kultur og vaner: Hvis barnet er vokset op med, at det er i orden at se tv dagen lang, blive kørt i skole og implicit forståelse af, at det er bedre at slide på bilen end på benene, så vil han naturligvis have samme tilgang som ung og voksen. Og, hvis han er vant til at få slik, junk food og smagsløse æbler fra discountbutikker, så får han ikke lært værdien af at spise sundt og varieret. Det er med andre ord i opdragelsen, at barnet lærer værdien ved en sund livsstil. Fedme handler om socialisering og om værdier.

Forældre har forskellige ressourcer

Men er det så ikke forældrenes skyld? Naturligvis er det det, og det ville da være

rart, hvis forældrene lærte deres barn glæden ved et sundt liv. De børn, der bliver tykke, kommer ofte fra ressourcetsvage familier, hvor man netop ikke formår eller prioriterer at gøre de ting, som lægerne, diætisterne, sportskyndige og andre uddannede eksperter foreslår. Den enlige mor med tre tykke børn kan ikke bare lige slukke for morgen-tv og servere *rugbrød med lidt rørag, skinke og tomat* eller *smoothies* til morgenmad. Hun formår heller ikke at give børnene *grovpitabrød fyldt med grøntsager, krydderurter og kyllingestykker* med i skole. Hun får heller ikke fundet en *natursti* eller kan *gøre det til en leg ikke at sidde ned i 60 minutter*. Ej heller kan hun gøre onsdag til *vanddag* med længdespring i sandet. De kursiverede eksempler er taget fra Sundhedsstyrelsens nyligt udsendte pjece *En lettere barndom*⁽¹⁾, der skal hjælpe familier med overvægtige børn. Efter min mening er pjecen mere stigmatiserende end hjælpsom.

For hvorfor er det, at den uddannede enlige mor ikke magter disse ellers udmærkede forslag eller sagt på en anden måde, hvorfor er antallet af tykke mennesker steget epidemisk de sidste 50 år? Det er det, fordi vi langsomt har opbygget et samfund, hvor det ikke længere er det mest naturlige at bevæge sig og spise sundt. Eksempelvis sker udviklingen af infrastrukturen på bilernes vilkår, og der er børne-tv, inklusiv reklamer for usund mad, døgnet rundt. Samtidig er udbuddet af usund mad eksploderet og tilgængeligt

alle steder – selv i børnenes daglige arenaer, som skoler og sportshaller. Den store forskel fra tidligere er derfor, at sundhed er blevet et tilvalg, den enkelte familie skal prioritere. Og som altid, når der skal prioriteres, kan alle os med de gode uddannelser vælge 'rigtigt' – vi kan cykle vores børn i skole, sætte begrænsninger på tv-forbrug og købe god og appetitlig frugt. Men de andre kan ikke – ikke fordi de er dumme eller ikke holder af deres børn, men fordi de har nogle andre værdier og derfor prioriterer anderledes.

Fedmeepidemien er et samfundsanliggende

Hvad gør vi ved det? Hvordan får vi den enlige mor med tre tykke børn til at vælge det sunde liv? Som nævnt tror jeg, at fedme handler om socialisering og værdier. Simpelt sagt lærer barnet værdier gennem familiens socialisering, mens familien socialiseres af samfundet. Jeg tror, at den eneste måde at hjælpe hende og hendes børn på er, at samfundet prioriterer almindelig dagligdags bevægelse og sund mad og dermed signalerer, at et godt liv indeholder såvel frugt og

grønt som daglig bevægelse. Samfundet er i den forbindelse os alle. Det vil sige politikere, institutioner, eksperter, private virksomheder og alle os, der har ressourcer til at gøre en forskel. Jeg tror ikke, vi får vendt fedmeepidemien, før vi som samfund erkender, at fedme er et samfundsmæssigt problem, der kræver en samfundsmæssig håndtering. ■

REFERENCE

[1] En lettere barndom – gode råd om børn og overvægt. Sundhedsstyrelsen, 2009 - www.enletterebarndom.dk

Går rygeforebyggelsen op i røg?

Hver fjerde 15-årig ryger regelmæssigt. Hver 10. elev er dagligryger – det svarer til 2-3 elever i hver 9. klasse. Kræftens Bekæmpelse arbejder for, at andelen af rygere mellem 13 og 20 år skal være halveret i 2015.

■ Lena Theilgaard Andersen, Forebyggelseskonsulent i Kræftens Bekæmpelse – Region Midtjylland

Antallet af rygere får måske ikke alarmklokkerne til at ringe, men mange af de unge er allerede i fuld gang med en karriere som rygere. Nogle af folkeskolens festrøgere bliver dagligrygere, og det bliver sværere og sværere at stoppe igen.

Antallet af unge, der begynder at ryge, er heldigvis faldet. I 2000 røg 17% af eleverne i 9. klasse hver dag. I 2006 var det halvt så mange. Informationer fra flere kommuner kunne dog tyde på, at den positive udvikling er ved at vende.

Problemet med de rygeforebyggende indsatser er, at de ofte bygger på korte og sporadiske tiltag med fokus på information. Der er gode intentioner bag, men det er desværre ikke nok til at holde de unge røgfri. Det er nødvendigt med veldokumenterede effektive indsatser, så vi sikrer, at de kommunale forebyggelseskroner bruges effektivt. Men det kræver, at vi samarbejder om at skaffe dokumentationen.

Elementer i god rygeforebyggelse Viden, regler og holdninger

Studier viser, at en kort informationsindsats i skolen ingen effekt har på de unges rygning – der skal brede og langsigtede tiltag til.

Erfaringer fra Norge og Sverige viser, at hvis rygeforebyggelse skal have en effekt, er det ikke kun viden og refleksion, der skal stoppes ind i hovederne på de unge. De skal møde en klar holdning til rygning fra omgivelserne. Regler og holdninger i skolen, hjemme og i fritiden skal tilsammen signalere, at unge og rygning ikke hører sammen.



Projekt X:IT

Evidensbaseret rygeforebyggelse

Kræftens Bekæmpelse har med rygeforebyggelsesprojektet X:IT udviklet et projekt, der bygger på international forskning om, hvordan vi holder de unge røgfri.

Målet med projektet er at reducere antallet af rygere i folkeskolens ældste klasser med 25% – og ikke mindst at dokumentere effekten.

Projekt X:IT er et samarbejde mellem kommuner og Kræftens Bekæmpelse. Folkeskoler fra kommuner over hele landet har meldt sig til projektet. I den midtjyske region deltager Viborg og Syddjurs Kommune, og flere kommuner er på vej.

Projektet er målrettet folkeskolens 7.-9. klasser med start i skoleåret 2010/11. Projektet løber over tre år og evalueres af TrygFondens Forebyggelsescenter.¹

• SKOLEN rygeregler og undervisning

Rygeregler på skoler har stor betydning for, om unge ryger. Jo slappere regler for rygning, jo flere elever ryger. Undervisning i rygning og tobak kan, hvis det foregår parallelt med andre indsatser, være med til at forebygge, at unge begynder at ryge. I projekt X:IT undervises efter Kræftens Bekæmpelses materiale "Gå op i røg".

• RØGFRI KONTRAKTER mellem unge og voksne

Kontrakten forpligter den unge til ikke at ryge

i løbet af skoleåret og giver samtidig forældrene en anledning til at snakke med deres barn om tobak. Eleven får første gang en kontrakt i 7. klasse, herefter skal den fornys i starten af 8. og 9. klasse.

• FORÆLDRE information og inddragelse

Forældre er de voksne, hvis adfærd og holdninger har størst betydning for, om unge begynder at ryge. Hvis forældre tager tydeligt afstand fra rygning og spørger ind til deres barns tanker om og oplevelser med tobak, er der mindre risiko for, at den unge begynder at ryge. – Og det gælder, hvad enten forældrene er rygere eller ej.

Skolernes rygeregler

står i vejen for rygeforebyggelse

I rekrutteringen af skoler til projekt X:IT er vi stødt på flere barrierer. Den væsentligste årsag skolerne peger på for ikke at deltage i projektet er, at de "ikke har tid og overskud til at deltage i flere projekter". Taget i betragtning at rygning stadig er vores alvorligste sundhedsproblem, er det problematisk, at skolerne føler sig så pressede, at de ikke har overskud til en indsats for at forebygge rygestart. Det bør give anledning til at overveje, hvordan vi som samfund prioriterer vores forebyggelsesindsats.

En anden væsentlig barriere for X:IT har været kravet om røgfri skoler. Eleverne må ifølge loven ikke ryge på skolen, men sådan forholder det sig ikke for skolens ansatte. En aktuel rundringning til folkeskoler i Århus viser, at mange skoler har rygerum eller tillader medarbejderne at ryge på skolens område. Og sådan ser det formentlig ud i mange andre kommuner. Set i lyset af lærernes status som rollemodel for eleverne er det problematisk.

Et dansk studium blandt elever i 9. klasse viser, at elever, der oplever, at lærerne ryger udendørs, har 80% højere risiko for selv at ryge. Et helt nyt studium fra USA finder det samme: Elever, der ser voksne ryge på skolens område, har højere risiko for selv at ryge. Heldigvis er der også skoleledere, der ytrer ønske om at forbyde rygning, men de peger på, hvor meget lettere det ville være, hvis beslutningen kom politisk. På den måde kan en kommunal beslutning om at gøre skolerne røgfri lette opgaven med at forebygge rygning hos eleverne.

Røgfri miljøer er populære

Skoler i Ålborg og Herning Kommune har i sidste skoleår afprøvet projekt X:IT og er begejstrede. De fleste elever skriver kontrakter, lærerne roser materialerne, og forældrene er glade for anledningen til at tale med deres børn om rygning.

Ålborg er også en af de kommuner, der er gået foran og har taget ansvar for rygning på

skolerne. De indførte for flere år siden røgfri skoler uden de store problemer.

Tilsvarende har vi set med *loven om røgfri miljøer*. Før loven blev indført i 2007, var der stor diskussion og modstand, men allerede et par år efter tyder det på, at vi er klar til en yderligere stramning. Fx syntes 84% godt eller meget godt om at "forbyde rygning i nærheden af børn" og "forbyde rygning på skoler og steder for børn under 18 år, fx efterskoler og ungdomsskoler".² ■

NOTER

1. TrygFondens Forebyggelsescenter, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København: www.forebyggelsescenter.dk

2. Tal fra Rygevanundersøgelsen, dec. 2009, udført af Userneeds for Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Lungeforening, Hjerterforeningen og Sundhedsstyrelsen.

LINK

www.xit-web.dk
www.cancer.dk/tobak
www.liv.dk

Lægevagten

Interview med Karsten Rejkjær Svendsen, formand for lægevagtsudvalget i Region Midtjylland

Godt hver fjerde henvendelse til lægevagterne i Danmark drejer sig om børn på under ti år. Det viser en opgørelse fra Sundhedsstyrelsen 2009.

■ Karl Jack, journalist



Karsten Rejkjær Svendsen
FOTO: Karl Jack

At godt hver fjerde henvendelse til de danske lægevagter omhandler børn under 10 år er *ikke nødvendigvis* udtryk for et overforbrug, hvis man spørger Karsten Rejkjær Svendsen. Han har adskillige års erfaring som vagtlæge og er derudover praktiserende læge i Tim og formand for lægevagtsudvalget i Region Midtjylland. Det mønster, han ser i henvendelserne, har nogle hovedtræk:

- Henvendelserne i lægevagten handler ofte om helt små børn
- Typiske symptomer er feber, hoste og/eller smerter
- Forældrene er bekymrede og ofte usikre
- De forventer en hurtig afklaring.

Forældrenes usikkerhed

– Man kunne ønske, at forældrene til syge børn turde stole mere på deres egne observationer. Omvendt skal vi også acceptere, at lægevagten skal vurdere flere henvendelser, end vi retrospektivt kan se var nødvendigt. Ellers vil der være børn, som vi ikke fanger i tide, siger Karsten Svendsen.

Forældrenes usikkerhed hænger sammen med, at det ofte er svært at vurdere, hvad særligt mindre børn fejler. Og nervøsiteten forstærkes af, at de ikke har den samme træning som tidligere generationer i omgang med syge børn. Bedsteforældre kan måske hjælpe med gode råd. Men de er tit blevet mere forsigtige, end da de selv havde små børn.

Svar her og nu

– Tempoet i vores liv er højt, og det gælder ikke mindst børnefamilierne. Vi er vænnet til i dagligdagen at få svar på mange ting her og nu, og det forventer vi også af vagtlægen, siger Karsten Svendsen.

Det er dog vigtigt at understrege, at lægevagten er til akutte sygdomme eller forværning i allerede eksisterende sygdomme. Ikke-akutte sygdomsproblematikker håndteres bedst og til alles fordel af egen læge.

Udfordringen i lægevagten er hele tiden at visitere det syge barn rigtigt, ikke at afvise så mange som muligt. Det er derfor, det er

vigtig med en lægefaglig visitation i lægevagten.

– Ofte er en god lægefaglig vurdering over telefonen tilstrækkelig. Hvis man får vendt situationen grundigt med forældrene, er en personlig kontakt måske ikke nødvendig, pointerer Karsten Svendsen.

Uanset om det drejer sig om en undersøgelse eller en telefonisk kontakt med forældrene, er det væsentligt at have en god dialog med forældrene og at lytte til dem. Det kan tage tid, fordi forældrene og lægen ikke kender hinanden i forvejen, men den tid er givet godt ud.

– Der er allerede i dag etableret samarbejde mellem sygeplejerske og vagtlæge i nogle af lægevagtkonsultationerne. Det samarbejde har vi gode erfaringer med, og det ville være en stor fordel, hvis det blev udbredt til hele regionen. Sygeplejersken vil kunne være med til at tage godt imod syge børn og nervøse forældre og observere og rådgive dem, vurderer Karsten Svendsen.

Ord på bekymringen

– Jeg prøver som vagtlæge at spørge ind til, hvad der *egentlig* bekymrer forældrene, og hvorfor de *egentlig* har henvendt sig til lægevagten. De svar, jeg får, bliver jeg altid klogere af. Og måske også lidt overrasket over.

Et eksempel kan være, at forældre ønsker et forkølet barn med feber undersøgt. Barnet er ikke sløvt og virker i det hele taget ikke særlig sygt. Min undersøgelse af barnet bekræfter min opfattelse. Men så viser det sig, at den lille patient har en fætter på Sjælland, og at der har været et tilfælde af meningitis i fætterens børnehave.

Vi får sat ord på bekymringen og skabt sammenhæng mellem det, jeg som læge ser, og det, der får forældrene til at reagere. Og de bliver beroliget, fortæller Karsten Svendsen. Med andre ord handler det om god kommunikation. Den kan optimeres. For når vagtlægen og børnefamilierne forstår hinanden, sparer det i sidste ende både tid og penge. ■



FORÆLDREVEJLEDNINGER: Som hjælp til forældre med syge børn er der udarbejdet 22 skriftlige vejledninger vedrørende børns sygdomme. Vejledningerne skal ses som et supplement til og understøttelse af den vejledning, der gives af almen praksis, vagtlæger, personalet på børneafdelingernes modtageafdelinger og sundhedsplejerskerne. Pjecerne er udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af de fire børneafdelinger i Region Midtjylland. Link: <http://www.rm.dk/sundhed/b%3%b8m+og+unge/for%c3%a6ldrevejledninger>

Børnemodtagelsen på Regionshospitalet Herning

Interview med assisterende afdelingsleder Lisbeth Møjbæk og Kristians mor

Godt to af tre børn, der kommer, sendes hjem igen. Sundheds- pædagogisk rådgivning er blevet en vigtig og udfordrende del af de ansattes job.

■ Karl Jack, journalist



Lisbeth Møjbæk i samtale med Karenmarie Sø, Kristians mor.
FOTO: Per Larsen, Kommunikation, Hospitalsenheden Vest

Nutidens forældre er nogle gange mere utålmodige, men også mere usikre, siger sundhedsplejerske Lisbeth Møjbæk. Begge dele slår igennem på Børnemodtagelsen, som har til huse i den gamle del af Regionshospitalet Herning, og kan måske medvirke til, at flere 'småsyge' børn henvises. Godt to tredjedele af børnene mellem 0 og 15 år sendes hjem efter endt undersøgelse, behandling og relevant rådgivning. Men 30 procent indlægges og bliver der i hvert fald til næste dag. De indgår så i statistikken, hvor over 20% af danske børn oplever en indlæggelse, måske flere.

– Vi ser ikke bare flere børnepatienter, men også en større andel lettere tilfælde, som kan afsluttes ret hurtigt, siger Lisbeth Møjbæk. Hun er som assisterende afdelingsleder den ansvarlige for Børnemodtagelsen og var en af pionererne, da den åbnede for ti år siden.

Siden har dagligdagen ændret sig markant. Det daglige arbejde består nu for en stor del af vejledning og rådgivning af forældre og stiller andre krav til børnesygeplejerskerne.

– Vores job er blevet mere udfordrende, siger hun med et smil. Og hun har fuld



forståelse for, at vagtlæger sender børn på hospitalet, selv om det efterfølgende viser sig at have været mindre nødvendigt. I Børnemodtagelsen kan man nemlig ikke vide præcist, hvad de har reageret på ved den første kontakt. Derfor hellere en henvisning for meget end en for lidt.

Forskrækkede forældre

Kristian på to år er en af Lisbeth Møjnbæks patienter den onsdag, *mi(d)t Liv* besøgte hende. Han blev indlagt aftenen forinden med ret høj feber og blod i urinen. Nu virker han lidt mere frisk, som han sidder på sin mors skød, med en grøn John Deere traktor på bordet foran sig. Men flere undersøgelser af blod og urin samt en scanning venter. Kristian har ellers været en sund lille dreng og har ikke været indlagt før. Men hans forældre blev noget forskrækkede, da de så blod i hans ble samtidigt med, at han var sløj af feber. Lægevagten i Region Midtjylland blev kontaktet. Her var beskeden, at de kunne køre ham til vagtlægekonsultationen i Ringkøbing fra bopælen i Tim. Men det mente de ikke var forsvarligt. De ønskede et besøg af vagtlægen, som kom ret hurtigt efter.

– Vagtlægen kunne ikke sige præcis, hvad Kristian fejlede. Han anbefalede en indlæggelse. Jeg kørte selv Kristian til sygehuset i Herning, siger hans mor, Karenmarie Sø, og fortsætter:

– I Børnemodtagelsen var der noget ventetid, men også nogle søde ansatte, der gav gode svar på bekymrede spørgsmål. Kristian blev undersøgt for blærebetændelse. Det var der ikke tale om. Flere prøver blev taget, og mor og barn fik hver en seng, så Kristian kunne holdes under observation og udredningen fortsætte dagen efter.

Kristian er nu feberfri og vil gerne hjem. Det kommer han også straks efter. Men der er stadig lidt blod i urinen, og scanningen gør en ny tur til Herning nødvendig.

Karenmarie Sø:

– Jeg har fået en åben hotline til Børnemodtagelsen. Det er meget betryggende. For jeg er ikke rolig, før jeg ved, hvad der er i vejen med Kristian, og hvad der kan gøres for ham.

De nye forældre

Denne mor har i forvejen fire børn og derfor god erfaring med pasning af dem ved sygdom. Men hendes ønske om en hurtig reaktion fra sundhedssystemet er typisk for den nye forældre generation, mener Lisbeth Møjnbæk. Hun siger:

– ‘Institutionsbørnene’ er nu blevet forældre. De har normalt ikke det samme store familienetværk og de samme brede erfaringer med syge børn at trække på som tidligere generationer. Mange af dem har været på internettet for at læse om børnesygdomme. Det kan medvirke til, at nogle af dem bliver usikre og nervøse.

I de fleste kommuner er antallet af sundhedsplejerskebesøg også blevet skåret ned. Det kan også medvirke til, at forældre synes, de står mere alene med deres bekymringer omkring barnets pleje under sygdom.

Mange af de nye forældre opfatter det heller ikke som en naturlig ting, at små børn jævnligt får feber, og at det normalt hurtigt går over. På samme tid føler de sig måske under pres fra deres arbejdspladser for at få en afklaring af, hvor længe de

bliver væk – om barnets første sygedag er nok.

Alt dette kan let føre til, at mange af de nye forældre føler det nødvendigt at gå efter en hurtig ekspertvurdering af deres barns sygdom. Det vil ofte betyde ønske om en tur til sygehuset frem for kontakt med den praktiserende læge, som vil have begrænset tid til den enkelte patient og måske endda har lukket.

Vigtig rådgivning

Lisbeth Møjnbæk deler Børnemodtagelsens opgaver i to. Den ene er at udrede og behandle. Men ved siden af den *sundhedsfaglige* opgave er der en vigtig *sundheds-pædagogisk* opgave. For rådgivning – også i skriftlig form – af usikre og nervøse forældre er vigtigere og mere nødvendig end nogensinde.

I den forbindelse findes forældrevejledninger i pjeceform. For at gøre rådgivningen af småbørnsforældre mere ensartet har børneafdelingerne i Region Midtjylland revideret og sammenskrevet deres pjecer om de mest almindelige småbørnssygdomme (jf. side 21).

– Pjecerne er oprindeligt tænkt som et supplement til den almene rådgivning, personalet giver forældre omkring børns sygdom, pasning og pleje. Derfor bør pjecerne aldrig stå alene, men bruges konstruktivt sammen med den sundhedspædagogiske vejledning, siger Lisbeth Møjnbæk.

Når det handler om familier med ‘særlige behov’, bruger Børneafdelingen ofte ved udskrivelsen at organisere et netværksmøde med relevante samarbejdspartnere, fx hjemkommunen og den praktiserende læge. Her supplerer Børneafdelingen med anbefalinger om, hvordan børn og forældre støttes bedst muligt.

– I arbejdet med børn og familier vil plejepersonalet altid fungere som barnets advokat, lover Lisbeth Møjnbæk. ■

Sundhedsplejersketelefonen i Region Midtjylland gøres nu permanent

Som førstegangsfødende var det guld værd at kunne ringe. Jeg kom hjem fra hospitalet fredag og ringede allerede lørdag. Den hjælp jeg fik, og den beroligende samtale jeg havde med sundhedsplejersken, var en 'life-saver'. Så kort kan konklusionen af Sundhedsplejersketelefonens brugerundersøgelse sammenfattes med en mors egne ord.

■ Marianne Sloth, koordinerende sundhedsplejerske, Odder Kommune & Ingeborg Kristensen, regionssundhedsplejerske, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

Sundhedsplejersketelefonen i Region Midtjylland er en sundhedsaftale mellem regionen og kommunerne. Driften koster ca. en halv million kroner om året, som deles ligeligt mellem regionen og de deltagende kommuner i forhold til de enkelte kommuners fødselstal.

En sundhedsservice i borgerhøjde

Første årsrapport er netop offentliggjort. Rapporten indeholder en registrering af alle opkald i 2009, samt en brugerundersøgelse gennemført blandt alle der ringede til rådgivningen i november 2009. Endvidere beskrives baggrunden for at etablere rådgivningen, og det dokumenteres, at Sundhedsplejersketelefonen er en velfungerende og billig sundhedsservice i borgerhøjde.⁽¹⁾ Der var 1.725 opkald, svarende til 16% af fødselsårgangen. 60% af alle opkald kom

fra førstegangsførelse, 40% fra forældre med flere børn. 80% af opkaldene drejede sig om børn under seks måneder.

Forældrene ringer til rådgivningen om en lang række forskellige emner, fx omhandlede 66% amning, se figur 1.

Småinfektioner og urolige børn er to andre emner, se figur 2, som mange forældre havde behov for vejledning om på tidspunkter, hvor de ikke havde mulighed for at træffe deres egen sundhedsplejerske. Især mødre ringer til Sundhedsplejersketelefonen, men 12% af opkaldene er fra fædre.

Tilfredse brugere

Brugerundersøgelsen havde en svarprocent på 96. Heraf svarede 98% af forældrene, at de var *tilfredse* eller *meget tilfredse* med

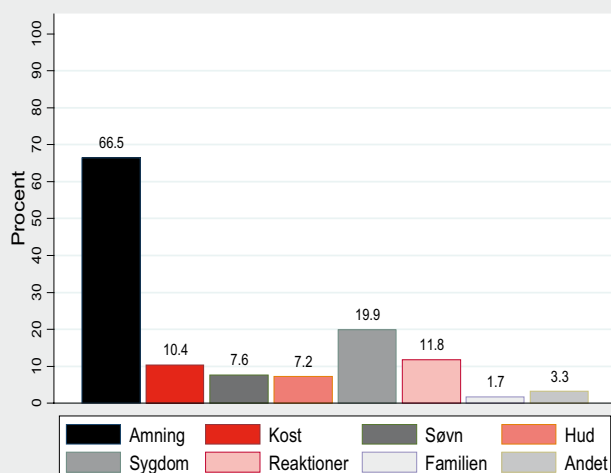
kontakten til rådgivningen, og 90% oplevede, at de blev afklarede med det problem, de havde henvendt sig om.

64% af henvendelserne blev afklaret ved rådgivningen, de øvrige blev henvist til egen sundhedsplejerske, egen læge, vagtlæge og i enkelte tilfælde til skadestuen.

En brugerkommentar: *Det var rart at kunne kontakte en, som havde en anden vinkel på tingene, og lyttede til det jeg fortalte. Det var i weekenden, og der var ingen andre 'professionelle', som havde kendskab til det problem, jeg stod med.*

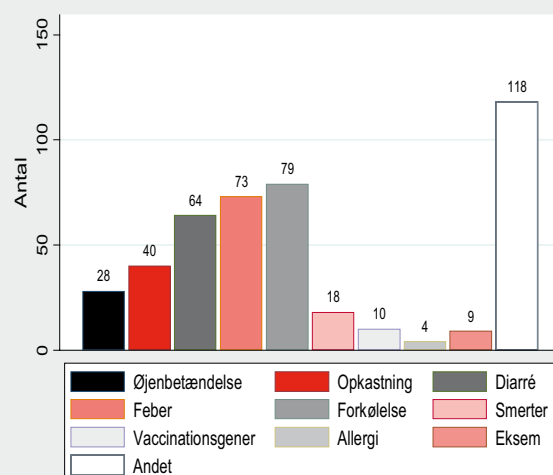
44% fortalte, at de ville have ringet til vagtlægen, hvis de ikke havde haft mulighed for at kontakte Sundhedsplejersketelefonen. 45% ville have kontaktet egen sundhedsplejerske.

Figur 1: Årsager til henvendelse



Periode: 1.jan.-31.dec.2009 - Samlet antal henvendelser: N = 1698

Figur 2: Sygdom



Periode: 1.jan.-31.dec.2009 - Samlet antal henvendelser: N = 1698

En brugerkommentar: *Været frustreret en periode. Talt med vagtlægen flere gange. Godt at sundhedsplejersken kunne forstå, at det var svært. Superpositivt at hun bakkede op, så jeg ikke følte mig helt tosset.*

80% af brugerne har kendskab til ordningen fra deres egen sundhedsplejerske. Dette viser, at informationen kan forbedres, så det fremover sikres, at forældrene er opmærksomme på tilbuddet, inden de udskrives efter fødsel.

Netop på baggrund af de korte indlæggelsestider i forbindelse med fødsel har Sundhedsplejersketelefonen en særlig betydelighed. Det er især førstegangsfødende, der benytter ordningen, men der kommer også mange opkald fra flergangsførelde. Generelt er det især forældre til de helt små børn, der benytter rådgivningen.

Sundhedsplejersketelefonen er attraktiv og billig forebyggelse, der er med til at aflaste både den primære og den sekundære sundhedssektor. Det er derfor blevet besluttet at gøre ordningen permanent. ■



SUNDHEDSPLEJERSKETELEFONEN
www.sundhedsplejersketelefonen.dk

Der er ansat 16 sundhedsplejersker.
 Åbningstiden er fredag, lørdag, søndag og helligdage fra kl. 17-20.
 Telefon 7020 8018

REFERENCE

- (1) Årsrapport 2009. Dokumentation af sundhedsplejersketelefonen i Region Midtjylland. Rapporten kan ses og hentes på: www.sundhedsplejersketelefonen.dk/index.php?id=48

Børn mærker altid, at der er noget galt – erfaringer fra arbejdet med børn af syge forældre

Interview med psykolog Rikke Lerche

■ Anette Larsen, socialfaglig konsulent, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

Uanset om mor eller far er alvorligt fysisk eller psykisk syg, eller er terminalt syg, er det vigtigt at informere og involvere barnet.

– Børn vil altid være angst, når der sker et eller andet med mor eller far. Men er forældrene gode til at snakke med deres børn om, hvad der sker, bliver de mindre utrygge og mindre angst. Børnene skal lukkes ind i den sorg eller krisetilstand, som de alligevel er en del af, siger psykolog Rikke Lerche.

Tankegangen kan virke paradoks, fordi mange forestiller sig, at børnene bliver mere angst, hvis de får sandheden at vide.

– Men børn ved altid, hvad der foregår. Har mor fået en kræftdiagnose eller anden svær fysisk sygdom, og mor og far går og snakker om det og er ked af det uden at involvere børnene, så ved børnene, at der foregår et eller andet. Det kan gøre børnene meget bange for, hvad der sker. Skal mor og far skilles? Er mor ved at dø? Og så vil de danne en masse hypoteser, bevidst eller ubevidst. Det er tit mere angstprovokerende end at blive delagtiggjort i tingene, mener psykolog Rikke Lerche. Hun har stor erfaring i arbejdet med børn, hvis forælder er syg, fra en række år ved PPR, Pædagogisk-Psykologisk Rådgivning i Herning. Rikke Lerche er ikke i tvivl om, at åbenhed og information tilpasset barnets alder er vigtigt.

Psykisk sygdom hos en forælder påvirker tilsvarende et barn. Hendes egen hypotese er, at når mor eller far lider af en alvorlig psykisk sygdom, er der ofte mange usagte ting i familien. Der er tit store svingninger i humør, energi og tempo, når mor den ene dag er i godt humør, og den næste dag er helt i bund og ligger i sengen.

– De børn af psykisk syge forældre, jeg har mødt, er tit meget undrende. De har mange spørgsmål, men ved godt en hel masse om deres forældres sygdom, uden at forældrene har fortalt dem det. Den slags registrerer normalt begavede børn. Uden at de kender diagnoser, kan de for eksempel beskrive stort set alle karakteristika fra diagnosemanualen omkring deres forælder, fortæller Rikke Lerche og fortsætter:

– Men ængsteligheden fylder tit meget, hvis det er en selvmordstruet forælder. Hvornår kan mor finde på at tage sit eget liv? Børnene er ofte meget bange for, at der sker et eller andet alvorligt, eller at de skal klare sig selv. Lerches erfaring er, at det er svært at forholde sig til nogen, når man ikke helt ved, hvordan de svinger psykisk. Og det er meget sværere for børn end for voksne. – En uforudsigelig adfærd er ikke nær så karakteristisk for mennesker med fysisk sygdom, selv om man selvfølgelig også i den situation kan være humørsvingende med angst, sorg og fortvivlelse det ene øjeblik og i det næste føle, at man har styr på situationen.

Børns angst og sårbarhed

Rikke Lerche har set børns angst komme til udtryk på forskellige måder:

- Barnet kan få svært ved at falde i søvn eller vågne af mareridt
- Barnet kan blive ked af det på nogle tidspunkter i skolen eller institutionen uden at kunne forklare helt hvorfor
- Barnet kan vælge at være mere hjemme og ikke se så meget til legekammerater eller vælge fritidsaktiviteter fra.

Hendes erfaring er, at angst kan manifestere sig i hverdagslivet ved, at barnet bliver mere sårbart og skrøbeligt.

– Mange børn vil danne sig en skal og fortrænge angsten. Det kan også godt gå et stykke tid, men så vil forandringerne typisk slå igennem, og så vil blandt andre lærere eller pædagoger registrere forandringer hos barnet, siger Rikke Lerche og giver en række eksempler:

– Nogle børn bliver mere triste og indadvendte. Andre reagerer med at blive aggressivt udadvendte. Bag aggressiviteten og den indadvendte adfærd ligger stort set altid angst. Småbørn begynder måske at slå, eller falder tilbage til nogle mønstre, der har været tidligere i udviklingen, altså det der hedder regrediering. Et barn, der er holdt op med at bruge sut, kan insistere på at få sin sut igen, og et lidt ældre barn, der er holdt op med at komme ind og sove hos mor og far om natten, vil måske komme tilbage for at sove hos forældrene igen.

Rikke Lerche peger på, at familien med fordel kan udpege en person, der kan støtte og holde øje med barnet, eksempelvis en bedsteforælder, en nabo eller en lærer. Hvis vedkommende ikke kan findes i netværket, kan familien snakke med kommunen om, at der i en periode bliver udpeget en støttekontaktperson.

Åbenhed når en forælder skal dø

Rikke Lerche understreger, at involvering af barnet også er vigtigt, hvis en forælder er døende.

– Forskning og undersøgelser peger på, at involvering af barnet fra starten skaber den bedste sorgproces i længden. Åbenhed omkring problemstillingerne er afgørende. Men det er selvfølgelig vigtigt, at man tænker over, hvordan man formidler informationerne og hvilke begreber, man bruger over for barnet. Her kan det være godt, hvis forældrene har nogen at rådføre sig med. Nogle forældre kontakter PPR for rådgivning, men det er typisk kun de ressourcerstærke forældre. Hvor langt man skal gå i involveringen af barnet kan diskuteres.

– Nogle professionelle går faktisk så vidt som til at mene, at barnet skal med til samtalerne på hospitalet eller til en kemobehandling. Men det kommer nok lidt an på børnenes alder, tænker jeg.

Faktisk er det lidt paradoksalt. De fleste børneafdelinger har meget støtte til det syge barn og forældrene, også i form af psykolog og personale, der er uddannet til sorgarbejde. Men på de almindelige somatiske afdelinger er der kun støtte til den syge voksne. Det med at tænke netværk og helhed er man knap så gode til inden for det voksne, somatiske felt. Dog er Kræftens Bekæmpelse en undtagelse, men generelt mangler den netværkstankegang, hvor også børnene indgår, påpeger Lerche.

Sorgplaner og sorggrupper

Mange skoler og institutioner har en sorgplan, altså en procedure for hvordan lærerne og pædagogerne bør reagere over for barnet og gruppen af børn som helhed. Nogle steder træder sorgplanen i kraft allerede i terminalfasen, andre steder først, når en forælder er død.

– Involvering fra starten af daginstitution og skole er helt centralt. Det kan være vanskeligt, fordi forældrene i sådan en situation helt klart er i underskud. Men det er rigtig vigtigt, at der er mange omkring barnet, som har kendskab til situationen. Det giver barnet mulighed for at slappe af og slippe for at spekulere på, om jeg selv skal fortælle det, og hvordan jeg får det sagt – eller om det skal være en hemmelighed. Hvis man lader være med at involvere barnet, begynder barnet at opbygge en slags ansvarsfølelse for selv at tage sig af nogle ting. Mange børn vil ikke magte det, og så kommer der nemt en utilstrækkelighedsfølelse oven i hele sorgen, siger Rikke Lerche.

Et barn, der har mistet en forælder, kan komme i en sorggruppe, enten kommunens eller for eksempel via Kræftens Bekæmpelse. Rikke Lerche ser en særlig dimension ved sorggruppen:

– I en sorggruppe er der nogen, der har

prøvet det samme som en selv. Den spejling og følelse af at der er nogen, der har det ligesom en selv, er enorm værdifuld. Især hvis det er nogen, der aldersmæssigt ligner en selv.

Derimod mangler hun et tilsvarende tilbud til børn af alvorligt syge forældre:

– Jeg ser ikke, at der er det samme udbud af gruppetilbud til børn, hvis forældre er alvorligt og langvarigt syge. Nogle foreninger for de større sygdomme tilbyder telefonrådgivning til forældrene, eller en samtale med psykolog eller socialrådgiver om, hvordan man skal håndtere sygdom, og muligvis rådgivning om, hvordan man takler det i forhold til familien. Men nogen decideret hjælp til børnene kan man ikke sige, der er. ■



Rikke Lerche
FOTO: Center for Folkesundhed

RIKKE LERCHE er ansat i Center for Folkesundhed, Klinisk Socialmedicin, Herning-afsnittet. Hun har været psykolog i 10½ år, heraf 8 år på PPR i Herning Kommune.

PPR - Pædagogisk psykologisk rådgivning er en kommunal instans, hvor børn med indlæringsmæssige, psykiske og udviklingsmæssige vanskeligheder kan blive udredt og støttet. PPR samarbejder med personale på skoler og institutioner.

Familieambulatoriet i Region Midtjylland

■ Joan Dürr, cheffjordemoder, Gynækologisk-Obstetrisk afd. 9, Århus Universitetshospital, Skejby



Region Midtjylland får i løbet af 2010 et Familieambulatorium. Det får til opgave at forebygge medfødte skader og sygdomme hos nyfødte, der i fostertilværelsen har været udsat for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medikamenter. Efter fødslen følges en del af børnene regelmæssigt ind til skolealderen for at forebygge evt. fejludvikling, omsorgssvigt og overgreb.

Umiddelbart kan det undre, at der bevilges forholdsvis mange penge til en så lille gruppe gravide/familier og deres børn, men der er faktisk en mening med galskaben.

Børn med medfødte rusmiddelskader rammes af mange og alvorlige sygdomme, såsom misdannelser, retarderet udvikling og større risiko for tidlig fødsel. Dernæst følger en del sociale problemstillinger som tilknytningsproblemer, adfærdsforstyrrelser og indlæringsvanskeligheder.

Der er altså tale om børn, som i mange tilfælde er potentielt genetisk sunde og derfor fra begyndelsen af fostertilværelsen har et stort potentiale til at blive født raske – men på grund af påvirkninger fra rusmidler reduceres dette potentiale betydeligt.

Det kan være en livslang kamp for det enkelte barn, og senere voksne menneske, at kompensere for skader opstået i fostertilværelsen. Skader, der potentielt kunne være undgået. De skader, som barnet får, betyder endvidere en økonomisk udgift i form af behandling på børneafdelinger, ophold på institutioner etc.

Det er således ikke kun fornuftigt i forhold til det enkelte barn og den tilhørende familie at tilbyde en ekstra indsats. Det er også en fornuftig måde at bruge samfundets økonomiske ressourcer på.

Tidlig og intensiv intervention

Familieambulatoriet skal arbejde efter en interventionsmodel, som bygger på en tværfaglig, tværsektoriel og helhedsorienteret tilgang, hvor forebyggelse og behandling skal iværksættes tidligt og intensivt i forhold til kvindens og hendes families samlede livssituation. Der er ofte tale om en langvarig intervention, der over tid inddrager mange aktører og instanser på tværs af sektorer.

Familieambulatoriet vil som hovedregel have det overordnede ansvar for koordi-

neringen af den sundhedsfaglige indsats under graviditeten – og som minimum så længe moderen og/eller barnet er indlagt efter fødslen.

Efter fødslen er det muligt at følge børnene i ambulatoriet med henblik på deres fysiske og psykosociale udvikling samt den generelle omsorgssituation, og familien bistås med lægelig, psykologisk og social rådgivning.

Familieambulatoriets tværfaglige team skal som minimum være sammensat af: speciallæger, jordemødre, socialrådgivere, psykologer og sekretærer. Det tværfaglige team skal sikre faste kontaktpersoner og kontinuitet i forhold til den gravide. Selve opgaveporteføljen er beskrevet i en vejledning fra Sundhedsstyrelsen.⁽¹⁾

– organisering

Region Midtjyllands Familieambulatorium etableres som en specialiseret regionsfunktion i forbindelse med fødeafdelingen på Århus Universitetshospital, Skejby med et formaliseret samarbejde med fødeafdelingen ved Regionshospitalet Herning.

Familieambulatoriet vil i visse tilfælde have udgående funktioner fra Skejby og Herning til de øvrige fødesteder i regionen. Efter en konkret vurdering af faglige behov og geografiske hensyn vil der i hvert enkelt tilfælde blive truffet afgørelse om, hvorvidt den udgående funktion skal ske fra Skejby eller Herning.

Hvis det skal lykkes

Der er en række forudsætninger, der er væsentlige at medtænke, hvis familieambulatoriet i Region Midtjylland skal lykkes med sine opgaver (se boksen):

- Der skal udvikles effektive metoder til at identificere de gravide, der vil have udbytte af et kontaktføreløb i familieambulatoriet.
- Samarbejdspartnere i det kommunale system, og på de andre fødesteder i regionen, skal have en oplevelse af, at familieambulatoriet fungerer som en koordinerende enhed og dermed bidrager til at reducere kompleksiteten i sagsbehandlingen.
- Der skal skabes synlige og dokumenterbare resultater af den tilbudte indsats.

Gravide, der kan have fordel af et forløb i familieambulatoriet, henvender sig ofte via deres egen læge/jordemoder eller sociale instanser, der kender kvinden i forvejen. Erfaringer fra familieambulatoriet i Hvidovre viser desuden, at den åbne visitation, hvor kvinden kan henvende sig fra gaden, også fungerer som en vej ind i ambulatoriet.

Der er en formodning om, at langt flere gravide i Region Midtjylland har et risiko-forbrug af rusmidler end det antal, vi har kendskab til i dag. En metode til at komme i kontakt med gravide, der har et risiko-forbrug af rusmidler eller afhængigheds-skabende medikamenter, er via et spørgeskema, der udsendes til alle nye gravide. Spørgeskemaet identificerer både kvindens forbrug inden og under graviditeten, ligesom der spørges til partnerens forbrug. Det forventes således, at spørgeskemaet

vil være en effektiv screeningsmetode til at identificere de gravide, der har brug for hjælp, og som ikke ville komme i kontakt med familieambulatoriet via de vanlige indgange.

Til enhver graviditet knytter der sig forhåbninger til et rask barn og et godt familieliv. En rask nyfødt har meget bedre muligheder for at klare livets udfordringer, og et barn har bedst af at vokse op i en familie, der har overskud til at tage vare på det. Familieambulatoriet får her en væsentlig opgave – og vi glæder os til at komme i gang. ■

REFERENCE

- [1] Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier med henblik på specialiseret svangreomsorg for gravide med rusmiddelproblemer – og specialiseret opfølgning af børn, som i fosterlivet har været eksponeret for rusmidler. Sundhedsstyrelsen, 2009: www.sst.dk/publ/Publ2009/CF/gravide/Vejjr49_etabl_famamb.pdf

REGIONALE FAMILIEAMBULATORIER

Et bredt flertal i Folketinget har besluttet at afsætte 26 millioner årligt til driften af et familieambulatorium i hver af de fem regioner. Familieambulatorierne skal etableres med udgangspunkt i de erfaringer, der er opnået på Hvidovre Hospital, som igennem en årrække har haft et ambulatorium.

Startfasen er en projektperiode på fire år, herefter vil regionerne få udbetalt penge til driften af familieambulatorierne over bloktilskuddet.

FAMILIEAMBULATORIETS HOVEDOPGAVER

- Rådgivende samtale
- Tovholder på tværsektorielle koordinationsmøder med bla. praktiserende læger, kommunale sundhedsplejersker og øvrige relevante aktører
- Planlægning af behandlingsforløbet for graviditeten
- Profylaktiske svangrekonsultationer hos jordemoder
- Udarbejdelse af plan for behandling af moderen under fødslen og i barselsperioden
- Udarbejdelse af plan for observation og behandling af barnet efter fødslen
- Efter fødslen omfatter indsatsen: observation og behandling af den nyfødte, observation og støtte af mor/barn-kontakten samt behandling og støtte til moderen i barselsperioden og under barnets indlæggelse
- Medvirker i planlægningen og koordineringen af den kommunale forvaltnings beslutning om støtteforanstaltninger for mor og barn efter udskrivningen
- Udarbejdelse af udskrivningsbrev/forløbsbeskrivelse til brug for den kommunale forvaltning og praktiserende læge, herunder plan for familieambulatoriets opfølgning
- Opfølgende børneundersøgelser hos psykolog og læge.

Regionshospitalet Randers og Randers Kommune samarbejder om sårbare familier med børn

Nogle af de børn, der indlægges på børneafdelingen på Regionshospitalet Randers, er ikke syge i somatisk forstand. I nogle tilfælde kan symptomer som ondt i maven, hovedpine eller afføringsbesvær være tegn på psykosociale problemer i hjemmet. Dette ses oftere hos børn, som kommer fra sårbare familier.

■ Lene Jensen, sundhedschef, Randers Kommune



Regionshospitalet Randers og Randers Kommune samarbejder om at blive klogere på de sårbare familier, og hvordan man kan hjælpe dem gennem en forebyggende og sammenhængende indsats. Aftalen er en del af den bilaterale sundhedsaftale mellem Region Midtjylland og Randers Kommune. Samarbejdet involverer Børneafdelingen, Fødeafdelingen og Jordmodercenter fra Regionshospitalet Randers samt Børn og familieafdeling og Sundhedsplejen fra Randers Kommune. Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har været behjælpelig med at lave analyse og rapportskrivning.

Sammenhængende indsats

Formålet med projektet har været at tilvejebringe og formidle viden om det nuværende tværsektorielle samarbejde for på den vis at kunne initiere en proces, der leder frem til en forbedret tværsektoriel indsats. Projektet skulle skabe fælles initiativer for en sammenhængende indsats på børneområdet. Projektet har været opdelt i to faser. I den før-

ste fase blev der fokuseret på at få afgrænset og opnå en fælles forståelse af *uspecifikke somatiske symptomer*. Fokus var på at identificere og opgøre antal børn med uspecifikke somatiske sygdomme, antal underretninger m.v., og i forlængelse heraf blev det forsøgt at lave en karakteristik af sårbare familier: Hvem er de? Hvilke problemstillinger viser sig? På baggrund af syv valgte diagnoser blev i alt 55 journaler udvalgt og gennemgået.

Den anden fase omfattede udarbejdelse af cases som eksempler på, hvordan der samarbejdes tværsektorielt, når børn fra sårbare familier indlægges med uspecifikke somatiske sygdomme. Herefter blev der afholdt en workshop for ledere og medarbejdere i de to sektorer. De udarbejdede cases dannede grundlag for drøftelser blandt deltagerne om, hvilke problemstillinger der findes – og hvilke løsninger der kan peges på.

Hvad viste analysen

Ved journalgennemgangen viste det sig, at der inden for de valgte syv diagnoser kun var relativt få børn med uspecifikke somatiske sygdomme. I alt blev der identificeret 14 børn i alderen 1-15 år. Antallet af børn i undersøgelsen er altså ikke tilstrækkelig stort til, at det er muligt at generalisere fra denne gruppe. Det skal bemærkes, at antallet af børn med uspecifikke somatiske sygdomme sagtens kan være større, da de kan være at finde på andre diagnoser end de syv.

Til trods for det lave antal børn var det alligevel muligt at tegne et nuanceret og rea-

listisk billede af børnene og deres familier, et billede som har dannet grundlag for det videre arbejde med at beskrive det nuværende tværsektorielle samarbejde. Hovedparten af dette arbejde foregik på den tidligere nævnte workshop, hvor i alt ca. 50 ledere og medarbejdere fra hhv. regionshospitalet, kommune og almen praksis deltog. Input fra workshoppen blev analyseret og per-

OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER

I arbejdet med de sårbare familier med børn kan følgende opmærksomhedspunkter være relevante:

- Medicinsk behandling er ikke nødvendig
- Eventuelle undersøgelser er normale
- Akut indlæggelse som virker ubegrundet, indlæggelsen kan evt. være forudgået af mange tidligere indlæggelser
- Børneafdelingens psykolog har været i kontakt med barnet/familien
- Forældre har søgt om at få psykologhjælp
- Der har været en familiekonsulent i hjemmet
- Konflikter i hjemmet (forældrene skændes meget indbyrdes eller skændes meget med barnet)
- Der er alkohol- og/eller misbrugsproblemer i hjemmet
- Aleneforældre (alenemor eller alenefar)
- Flere end to børn
- Skiftende samlever/partnere
- Barnet har forsøgt selvmord
- Dårlig relation mor/barn/far
- Forældrene er ikke i stand til at tilsidesætte egne behov
- Det kniber med at dække barnets basale behov
- Dårligt parforhold
- Belastende oplevelser tidligere i livet – vold/misbrug o.a.

spektiveret af projektgruppen og DSI. Det førte til en lang række opmærksomhedspunkter og anbefalinger til det videre arbejde på tværs af sektorerne (se boksene).

Den videre proces

Regionshospitalet Randers og Randers Kommune har besluttet, at der skal arbejdes videre med alle anbefalingerne. Det er et ønske og et mål, at samarbejdet styrkes på tværs af sektorerne, så børn fra sårbare familier hurtigt – og tidligst muligt – får den relevante hjælp fra de rette fagpersoner.

Gør de ikke det, risikerer vi, at deres problemer forværres, at der ikke er sammenhæng i selve indsatsen, og at der bruges mange ressourcer i sundhedsvæsenet med et ikke optimalt resultat til følge. Vi har derfor en fælles interesse i at træde sammen.

Der er etableret en styregruppe og en arbejdsgruppe, der er i gang med at udarbejde helt konkrete løsningsforslag på de skitserede områder (jf. opmærksomhedspunkter og anbefalinger).

Det er også aftalt, at løsningsforslagene skal fremlægges på en fælles temadag for ledere og medarbejdere i de to sektorer – helt i tråd med intentionerne om at styrke samarbejdet og kendskabet til hinanden.

Endelig er der allerede nu lavet en konkret aftale om, at samarbejdet fremadrettet skal formaliseres på ledelsesplan ved at parterne mødes hvert halve år. Herved sikres, at samarbejdet også udvikles fortløbende, så eventuelle problemer tages i opløbet og løsninger udvikles i fællesskab. ■

ANBEFALINGER

Udfordringer/barrierer i samarbejdet omkring sårbare familier med børn	Mulige løsningsforslag, der kan arbejdes videre med
Det er svært at afgøre, om man bør være bekymret	Vejledning og undervisning i hvilke faresignaler og opmærksomhedspunkter der kan være, og hvordan man konkret kan handle i forhold til en bestemt sagstype
Den svære dialog med familien	Der bør iværksættes foranstaltninger i afdelingerne, der støtter medarbejderne i at gennemføre den svære samtale
Tidspres	Ledelsesmæssig prioritering af opgaven med at identificere alle børn fra sårbare familier, herunder også familier hvor der er grund til tvivl.
Tvivl om kommunen handler på underretninger	<u>På det generelle plan:</u> Mere kendskab til og forståelse for hinanden gennem tværsektorielle temadage, workshops, studieture o. lign. <u>På det konkrete plan:</u> Mere åbenhed gennem brug af samtykke og en vejledning om informationsudveksling
Hvilke handlemuligheder er der? Hvad kan kommunen tilbyde?	Vejledning, der skaber overblik over tilbud suppleret med 'en kommunal stifinder', som sundhedspersonalet kan ringe til
Sundhedsplejen informeres ikke hyppigt nok om indlæggelser på børneafdelingen, og den får heller ikke altid at vide, når hospitalet er bekymret for et barn eller en gravid	Fælles afklaring af hvordan hospital og Sundhedsplejen i fremtiden kan blive bedre til at udveksle informationer og til at bruge hinanden i indsatsen over for børn fra sårbare familier
Det er uklart, hvornår hvilke kommunikationsformer er hensigtsmæssige	Vejledning om kommunikationsformer
Der er brug for en fælles afklaring af, "hvad er den gode underretning?"	Vejledning samt ressourceperson (sparring, undervisning og introduktion af nye medarbejdere samt opdatering af vejledningen)
Der er brug for en fælles afklaring af, "hvad er det gode stormøde?"	Vejledning samt ressourceperson (se ovenstående)
Hvordan sikres en koordineret indsats for det sårbare barn?	Brug af Randers Kommunes samarbejdsmodel kombineret med udpegning af koordinerings- og kontaktpersoner
Hvordan sikres en koordineret indsats for den sårbare gravide?	Løsning bør udarbejdes i fællesskab

Børn og unge med psykisk sygdom

Der er kommet et stærkt øget politisk og mediemæssigt fokus på børn og unge med psykisk lidelse samtidigt med, at behovet for udredning og behandling er øget kraftigt. I børne- og ungdomspsykiatrien oplever vi en langt større efterspørgsel på vores ekspertise fra forældre, men også fra samarbejdspartnere, herunder PPR, skolevæsenet, praktiserende læger m.fl.

■ Per Hove Thomsen, overlæge, professor, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Aarhus Universitetshospital, Risskov

Danske befolkningsundersøgelser af psykisk lidelse blandt børn og unge er sparsomme, men de få eksisterende undersøgelser tyder på, at omkring 15% af skolebørn opfylder kriterierne for en psykisk lidelse. Børn befinder sig i en udvikling, hvor såvel den motoriske som den sociale og kognitive funktion skal integreres i den rigtige balance. Kriterierne for at give en psykiatrisk diagnose i barnealderen er således, at udviklingen på et eller flere områder ikke er alderssvarende.

Generelt har antallet af børn og unge henvist til børne- og ungdomspsykiatrien været stærkt stigende gennem de seneste 10-15 år. De væsentligste forklaringer kan være en aftaubisering af psykiske lidelser, en generel øget erkendelse af barndommens betydning, et øget informationsniveau blandt forældre, lærere og andre professionelle, bedre diagnostik samt for nogle diagnosegrupper ændring af kriterier.

Ud over disse faktorer har de samfundsmæssige krav også ændret sig med den mulige konsekvens, at disponerede eller sårbare børn og unge i højere grad er udsat for pres. Bl.a. har den danske folkeskole i de seneste år undergået en udtalt forandring i undervisningsstruktur og stil. Endvidere er den sociale mobilitet øget, og der er sket en ændring af familiestrukturen, som kan lægge et større pres på sårbare børn og unge.

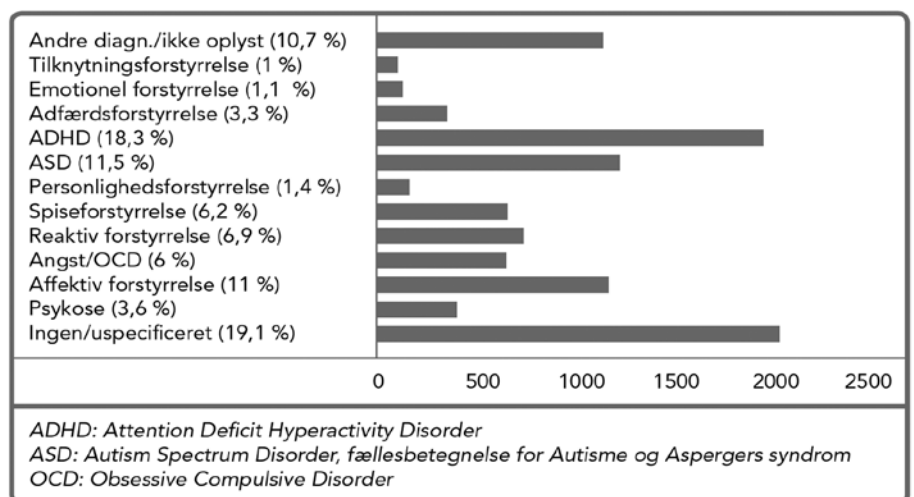
Diagnoser

De hyppigste tilstande i børne- og ungdomspsykiatrien er gennemgribende udviklingsforstyrrelser (autismetilstande), hvor barnet har en afvigende udvikling af kontakt og kommunikation og ofte et stereotypt adfærdsmønster. Prognosen for denne gruppe er forskellig, afhængig af generel intelligens og sværhedsgraden af symptomerne.

En anden stor gruppe er børn med ADHD, som har vanskeligheder med opmærksomhed, styring af impulsivitet og hyperaktivitet. OCD, angsttilstande og depression ses

som en anden stor gruppe. Ved OCD har man svære tvangshandlinger og -tanker, som man ikke kan slippe for. Ved angsttilstande har barnet en sygelig og ukontrolleret angst over for enten separation fra forældre, at være sammen med andre mennesker eller en generaliseret angsttilstand. Spiseforstyrrelser, især i form af anorexia nervosa, har hyppigt debut i de tidlige ungdomsår, og også her er prognosen forskellig. Psykoser (bl.a. skizofreni) ses sjældent før puberteten. Psykotiske symptomer kan ses som led i depression, mens skizofreni oftest debuterer efter 13-14-årsalderen.

Figur 1: Henvisningsdiagnoser blandt nyhenviste børn og unge



En bio-psyko-social forståelsesmodel

Årsagerne til psykisk lidelse hos børn og unge er vidt forskellige. Generelt arbejdes ud fra en bio-psyko-social forståelsesmodel, hvor såvel medfødte biologiske, psykologiske som sociale forhold spiller ind. Ved tilstande som gennemgribende udviklingsforstyrrelse, ADHD og skizofreni ved vi, at arvelige faktorer spiller en altafgørende rolle, mens sociale og psykologiske forhold også spiller ind ved depression, OCD, angsttilstande og spiseforstyrrelser i barnealderen.

Psykisk lidelse hos børn og unge forløber meget forskelligt afhængig af debutalder, sværhedsgrad af symptomerne, og hvorledes sygdommen påvirker barnet/den unges generelle funktion. De børn og unge, vi møder i børne- og ungdomspsykiatrien, har mange vidt forskellige tilstande med mange forskellige bagvedliggende årsagsfaktorer, forskellige behandlingsbehov og yderst forskellig prognose.

En tredelt indsats

Indsatsen over for børn og unge med psykisk sygdom er tredelt.

Generel og specifik forebyggelse. Den universelle forebyggelse kan bestå i oplysning om psykiske lidelser generelt, en god svangreforebyggelse, samarbejde mellem børne- og voksenpsykiatrien med henblik på behandling af forældre. Den selektive forebyggelse over for risikogrupper indebærer en tidlig opsporing af risikofamilier og tidlig diagnose, et øget samarbejde mellem PPR og børnepsykiatrien.

Behandling. Indsatsen er helt afhængig af, hvilken tilstand vi taler om. Generelt tilstræber vi i børne- og ungdomspsykiatrien en så målrettet og effektiv behandlingsindsats som muligt, som ud over at have effekt på tilstandens symptomer (fx angstsymptomer, OCD) også inddrager aspekter som livskvalitet, barnets sociale funktion samt familiens måde at takle vanskelighederne på.

Opfølgning. Indsatsen over for børn og unge med kroniske tilstande er meget forskellig. Således vil mange børn med autisme have brug for livslang støtte, fx i form af institutionsophold, beskyttet bolig og planlagte aktiviteter, mens andre kan følge et tilrettet undervisningsforløb, fuldføre en uddannelse og etablere sig mere selvstændigt.

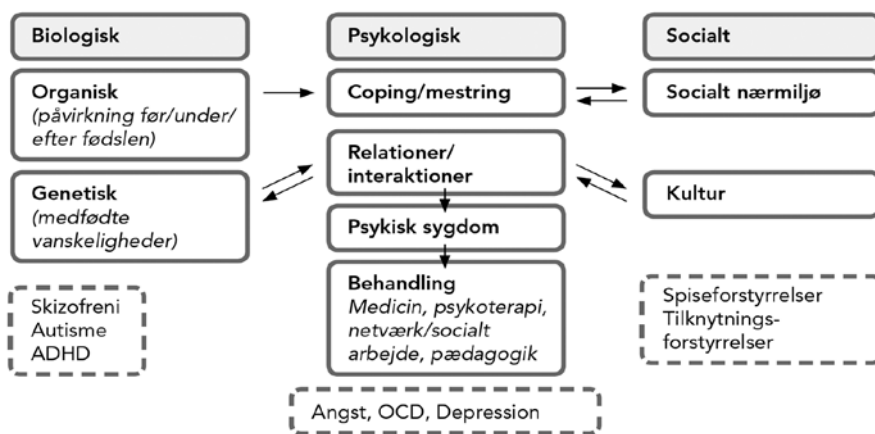
Ved ADHD er tæt opfølgning vigtig, herunder er det afgørende at føre unge med ADHD gennem de *kritiske ungdomsår*.⁽²⁾ Unge med ADHD vil ligesom alle andre helst være raske og kommer – måske mere end andre unge – i opposition til autoriteter og forældre, hvilket kan betyde, at de ikke vil samarbejde om deres behandling og herunder ikke tage deres nødvendige medicin. I de eksisterende ADHD-klinikker sættes via konsultationer med forældre og unge og deltagelse i netværksmøder på at følge behandlingen tæt og fastholde de unge i et positivt udviklingsforløb.

Børne- og ungdomspsykiatrien bruger ganske mange ressourcer på at følge diagnosticerede patienter, men dette er en nødvendig investering, hvis de unge ikke skal tabes på gulvet. Det er langt fra altid tilstrækkeligt blot at få stillet den korrekte diagnose, hvis ikke den nødvendige efterbehandling og opfølgning finder sted.

At leve med et sårbart sind

At leve med en kronisk psykisk sygdom eller med et sårbart sind med periodevis forværringer i tilstanden har naturligvis store konsekvenser, såvel for barnet/den unge som for familien og de nært knyttede personer. Således ved vi fra flere danske og udenlandske undersøgelser, at det at have ADHD betyder vanskeligheder på en lang række områder: i hjemmet, i skolen,

Figur 2: Sårbarhedsmodel for udvikling af psykisk sygdom hos børn og unge



i relationer til andre. Dels betyder barnets symptomer i form af hyperaktivitet, manglende evne til at koncentrere sig og udtalt impulsiv adfærd, at der nemmere opstår konflikter derhjemme med forældre eller søskende, at indlæringen bliver besværliggjort i skolen, og at relationen til kammerater bliver svær. Vi ved om langtidskonsekvenserne af ADHD, at det ofte medfører øget risiko for kriminalitet og misbrug, risiko for social marginalisering, manglende fuldendt uddannelsesforløb og som voksen problemer i privatlivet med mange afbrudte forhold, et påvirket forhold til egne børn osv.

Et projekt, vi gennemførte i samarbejde med OCD-foreningen, viste, at OCD (svære tvangstanker og -handlinger) havde en række konsekvenser for barnet/den unges dagligdag.⁽³⁾ Tilstanden betød ikke kun hyppige skoleforsømmelser, men også at hele familien som sådan var forholdsvis involveret og påvirket af barnets symptomer. Mange forældre havde haft langvarige sygdommeldinger, og enkelte var tilmed blevet fyret pga. fravær i forbindelse med deres barns voldsomme symptomer.

Om depression hos børn ved vi fra efterundersøgelser, at ca. 40% fire år efter første depressive periode har fået tilbagefald med ny depression.

Den psykiske sygdom eller udviklingsforstyrrelse medfører nedsat livskvalitet, et påvirket selvværd og en påvirket relation til andre mennesker samt ofte en nedsat evne til at gennemføre en uddannelse og til at overskue og fastholde et arbejde.

Samarbejde afgørende for succes

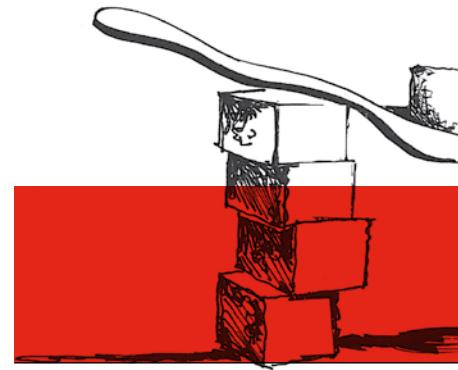
I Danmark er der sket en væsentlig udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien

gennem de seneste år. I Region Midtjylland dækker Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center afdelinger placeret i Risskov, Herning og Viborg.

Arbejdet med udredning og behandling af psykisk syge børn er i høj grad en tværfaglig opgave, idet en psykisk sygdom ikke blot påvirker det enkelte barn, men også har stor betydning socialt og psykologisk for familien. En stor del af opfølgningen og implementeringen af den nødvendige indsats over for børn og unge med psykisk lidelse ligger i det kommunale regi, når det drejer sig om pædagogiske og sociale tiltag. Derfor er et godt samarbejde mellem kommunerne og regionens børne- og ungdomspsykiatri afgørende for en succesrig indsats. ■

REFERENCER

- (1) Thomsen PH. Børn og unge i risiko. I: Jørgensen P, Nordentoft M & Videbech P. Forebyggelse af psykiske sygdomme. København: Munksgaard, 2010.
- (2) Damm D, Thomsen PH. Om børn og unge med ADHD. Intervention over for barn, familie og netværk. København: Hans Reitzels Forlag, 2006.
- (3) Sørensen CB, Kirkeby L, Thomsen PH. Quality of life with OCD. A self-reported survey among members of the Danish OCD Association. *Nordic Journal of Psychiatry* 2004;58:231-236.



- Henriette Qvist, sygeplejerske, Børnediabetesteamet, Regionshospitalet Randers & Kurt Kristensen, overlæge, Børneafdelingen, Århus Universitetshospital, Skejby

”For første gang siden Mikkel fik diabetes for fem år siden, har vi igen en dreng, der synes, livet er værd at leve.”

– Så klart udtrykte en mor sig i et brev til Børneafdelingen to måneder efter, at deres dreng på 9 år havde fået insulinpumpe på. Kommentarer som denne og mange andre lignende tilbagemeldinger fra diabetesbørn og deres forældre gav os troen på, at vi skulle arbejde videre ud fra vores vision om, at diabetesbehandling ikke kun er et spørgsmål om god metabolisk kontrol, men at oplevelsen af livskvalitet er en ligeså vigtig faktor.

I Danmark har man gennem de seneste år ændret behandlingen af diabetesbørn pga. af nye insulin typer og gennembruddet med brug af insulinpumper til børn. Ved at indføre brugen af de nye insulin typer og insulinpumper til børn fik vi den ene positive tilbagemelding efter den anden fra familierne, hvor de beskrev, hvordan de oplevede en hverdag med frihed og livskvalitet. Noget de ikke havde oplevet før i den tid, diabetes havde været en del af deres liv. Vi blev derfor meget optaget



Oplevelse af livskvalitet giver overskud til at mestre en krævende behandling

af livskvalitetens positive betydning for behandlingen og af at understøtte en udvikling heraf. Motivationen og engagementet i diabetesteamet er vokset og vokset – også hos familierne, som har været uvurderlige samarbejdspartnere under hele forløbet.

Fra kontrol til frihed

Nogle af de ting som familier med et diabetesbarn fremhæver og værdsætter mest, når de tænker på, hvad der giver mest livskvalitet i behandlingen, er, at behandlingen skal være let og forståelig, og så skal man føle sig *fri*.

Det at kunne spise frit, dvs. kunne spise når man er sulten og lade være, når man ikke har lyst – men selvfølgelig stadig efter samme anbefalinger som gælder for 'almindelige' børn og voksne. Desuden fremhæves friheden til at sove længe. Det er dræbende for en teenager at skulle op tidligt for at have insulin. – Det at kunne rykke morgenmaden til senere på formiddagen i weekenderne er af afgørende betydning og har vist sig at være en god indfaldsvinkel til dialog om diabetesbehandling med denne patientgruppe.

Friheden til selv at kunne bestemme over sin diabetes, og ikke være styret af sin sygdom, har givet familien/diabetikeren et nyt perspektiv på den kroniske sygdom og overskud til selv at tage ansvar. Følelsen af at kunne gennemskue behandlingen og forudse resultatet/virkningen af insulin/mad giver overblik, så der kan træffes kvalificerede valg – også ved spontane indfald.

Med den nye behandling er det diabetikeren, der styrer sygdommen, og ikke sygdommen der styrer diabetikeren.

Barnets velvære

Børn, der havde en pæn HbA1c-værdi (se fakta s. 34) på den traditionelle diabetesbehandling, og som blev betragtet som velbehandlede i forhold til denne parameter, kunne beskrive store ændringer i følelsen af velvære efter omstilling til den nye behandling. Deres HbA1c-værdi forblev ofte uændret eller steg en lille smule i starten, men barnet og familien beskrev markante forbedringer af barnets livskvalitet.

Forældrene brugte ofte vendinger som, "at de havde fået et helt andet barn", eller "nu kan vi kende ham/hende igen". Deres barn havde ikke humørsvingninger grundet svingende blodsukkerværdier, hvilket tidligere ofte gav anledning til konflikter med søskende, forældre og kammerater, men fungerede langt mere harmonisk i takt med opnåelsen af en stabil blodsukkerværdi. Fra skolen beskrev forældrene positive tilbagemeldinger om markante faglige fremgange. I et enkelt tilfælde så markant en fremgang, at barnet gik fra at have behov for ekstraundervisning til at ligge som en af de dygtigste elever i klassen. Det gav os et billede af, hvor store konsekvenser et svingende blodsukker har for evnen til at koncentrere sig og dermed for et barns indlæringssevne og udvikling.

Det bedste er, at jeg kan spise ligesom de andre, når jeg er til børnefødselsdag.
(Dreng, 10 år)

Nu skal jeg ikke ind og spise, inden frikvarteret er slut, men kan spille fodbold sammen med de andre, til det ringer ind.
(Dreng, 9 år)

10-årig pige

Har haft diabetes i seks år

FØR insulinpumpe

Metabolisk velbehandlet med en HbA1c-værdi på 7,5. Familien oplever imidlertid noget andet, nemlig svingende blodsukker. I skolen påtaler lærerne begyndende koncentrationsproblemer, indlæringsvanskeligheder og samarbejdsproblemer. Der iværksættes støtteforanstaltninger. Der er svær 'stikkeangst', som fylder meget i hverdagen både hos barn og forældre.

EFTER insulinpumpe

Forældrene beskriver pigen som værende mere glad og ligevægtig – og hun giver nu spontane knus til forældre og lillebror. Hendes indlæringsvanskeligheder forbedres væsentligt. Kan nu læse, og der gives støtteundervisning i betydelig mindre omfang.

Overskud til mestring

Hvad kommer først – hønen eller ægget? God kontrol giver livskvalitet, eller god livskvalitet giver overskud til god kontrol? Vores erfaringer er, at oplevelse af frihed og muligheder – i stedet for kontrol og begrænsninger – er vigtige faktorer for en families livskvalitet. Frihed giver overskud, som udmøntes i, at barn og forældre kan mestre de mange nødvendige gøremål i forhold til diabetesbehandlingen. Barnet og familien kan gennemskue behandlingsprincipperne, hvilket gør dem i stand til at styre egen sygdom og tage ansvar for egen situation. Belønningen for disse anstrengelser er et mere harmonisk og velfungerende barn. Børnene fungerer ofte langt bedre i sociale relationer og har en langt bedre indlæring, når de ikke forstyrres af udsving i blodsukkerværdien. ■

5 1/2-årig dreng

Har haft diabetes i to et halvt år (er tvilling).

FØR insulinpumpe

Metabolisk ikke tilfredsstillende behandlet med en HbA1c-værdi på mellem 8,5-12,5. Familien måler rigtig mange blodsukkerværdier. Hele dagen er styret af hans blodsukker. Drengen har mange humørsvingninger. Børnehaven melder pas i forhold til ekstra støtte.

EFTER insulinpumpe

Mere glad og aktiv dreng. HbA1c-værdien falder langsomt til 8,0. Dog fortsat meget svingende blodsukker (familien måler 12-15/døgn). Begynder at klage over ondt i maven. Får diagnosen Cøliaki (allergi for gluten). Efter opstart af glutenfri kost bliver den metaboliske kontrol optimal, og HbA1c-værdien falder til 7,0.

Hvor er det dejligt, at vi kan give ham en is eller et stykke kage. Det er en af de ting, vi som bedsteforældre nyder – at forkæle vores børnebørn. Det kunne vi ikke på den måde, han fik insulin på før. (Bedsteforældre til dreng på 4 år)

Når jeg kan få insulin på denne måde, gør det ikke noget, at jeg har diabetes. (Dreng på 9 år)

Behandlingen er jo logisk – sådan vil jeg også have insulin!

(Far til pige med nyopdaget diabetes, hvor han havde haft diabetes i flere år)

9-årig pige

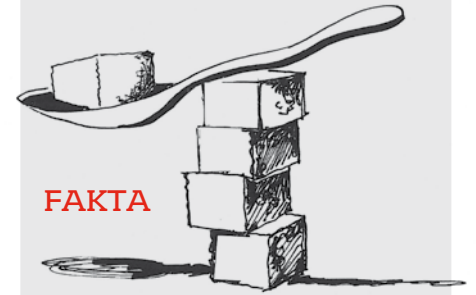
Har haft diabetes i to et halvt år

FØR insulinpumpe

Har en konstant stigende HbA1c-værdi. Mange målinger pga. svingende værdier. Pigens humørsvingninger er meget udtalte. Skolen giver udtryk for bekymring på såvel det faglige som det sociale område. Moren er lidt skeptisk, da vi foreslår insulinpumpe. Hun mener, den er en klods om benet og træls at rende rundt med hele tiden. Indvilger dog til sidst.

EFTER insulinpumpe

Nu iflg. moren: "En helt anden pige". Fortæller fx spontant om skoledagen og har ingen hysterianfald. Skolen melder tilbage: "En helt anden pige, som nu også fungerer socialt". HbA1c-værdien falder til 7,5 på godt en mdr.



FAKTA

BEHANDLING

- Børn med diabetes behandles på regionens børneafdelinger
- Diabetes behandles med injektioner af insulin i underhuden – ofte gennem en lille plastikslange (Insuflon), som skiftes hver tredje dag
- De fleste børn (56%) behandles med basal insulin 2 x i døgnet, suppleret med hurtigvirkende insulin til alle måltiderne
- 44% af alle regionens behandlingskrævede diabetesbørn behandles med insulinpumpe
- Ved kontrollen måles bl.a. en langtidspøve (HbA1C), der siger noget om barnets gennemsnitlige blodsukkerniveau over de sidste måneder. Værdien skal hos børn være under 7,5
- Den årlige udgift til insulinpumpebehandling svarer til ca. 18.400 kr. pr. person.

DIABETES

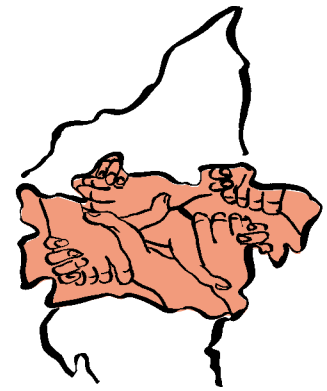
- Diabetes viser sig hos børn som træthed, vægttab, tørst og store vandladninger – evt. nyopstået natteværdi
- Lægen måler blodsukker og undersøger evt. urinen for sukker
- Diabetes viser sig ved et forhøjet fastebloodsukker (over 7) eller ved diabetessymptomer og et vilkårligt blodsukker over 11.
- 510 børn i Region Midtjylland har behandlingskrævede diabetes (april 2010)
- Antallet af nye tilfælde er stigende i Danmark, især blandt de yngste børn (under 6 år)
- Børn kan få diabetes gennem hele barndommen, men debuterer oftest mellem 4-6 år eller tidligt i puberteten
- Der er ingen god forklaring på den stigende tendens
- Diabetes er en livslang kronisk sygdom.

TEAM

- Børnediabetesteam findes i Viborg, Herning, Randers og Århus
- Består af læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere og diætister
- For flere informationer se Region Midtjyllands Diabetesudvalgs hjemmeside: www.diabetesmidt.dk

Nyt liv i Sundhedsaftalerne

■ Jens Bejer Damgaard, kontorchef, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland



Der er en ny generation af sundhedsaftaler på vej. Sundhedsaftalernes fornemmeste opgave er at skabe sammenhæng for patienter i samarbejdstrekanten: kommuner-hospitaler-almen praksis. Første generations sundhedsaftaler havde fokus på at få organiseringen til at hænge sammen på lokalt klyngeniveau og på regionsniveau. Organiseringen er nu velkonso- lideret på begge niveauer.

Kommuner, almen praksis og region bekender sig med sundhedsaftalerne til *LEON-princippet*: Lavest Mulige Effektive Omkostningsniveau. Det betyder groft sagt, at en opgave skal placeres i den sektor, der bedst og billigst løser den. Og det siger sig selv, at sundhedsaftalesystemet er som skabt til den type diskussioner.

Nyskabelser

Triple Aim-metodik. Next step for sundhedsaftalerne har været at 'triple aim'e dem. *Triple aim* er en metodik til evaluering af sundhedssystemer. Det betyder populært sagt, at man måler sundhedssystemer i forhold til: a) brugernes/patienternes oplevelser, b) udvikling i en populations sundhedstilstand og 3) økonomien. Sidstnævnte er jo den evige følgesvend!

Udgangspunktet er derfor, at det sundheds-system, vi har i Region Midtjylland, skal kunne måles og evalueres ved hjælp af den metodik, man anvender internationalt. Samtidig har arbejdet været underlagt det generelle krav, at der ikke skulle foretages nyregistreringer, men anvendes eksisterende data. Det har flere konsekvenser. For det første skal brugernes/patienternes opfattelser af de tildelte ydelser/behandlinger indarbejdes som evalueringsredskab. For det andet skal populationers sundhedstilstand følges. Her skal det understreges, at en popu-

lation kan være flere ting: en gruppe patienter (fx samme sygdom, tilknyttet en gruppe praktiserende læger), borgere fra samme kommune/kommunedistrikt eller med samme alder/køn mm. Endelig skal økonomien i sundhedssystemet følges.

Tredelt interessenttilretning. En anden markant nyskabelse er, at sundhedsaftalerne nu rettes direkte mod de enkelte interessenter: sundhedsfagligt personale, administrato- rer og politikerne. Det betyder, at sundheds- aftalerne er delt i tre.

Den generelle politiske aftale er kort. På ca. 40 sider aftales den overordnede rolleforde- ling på de obligatoriske områder: indlæggelse, udskrivning, træning, behandlingsredskaber og træningsmidler, psykiatri, sundhedsfremme og forebyggelse og utilsigtede hændelser (et nyt obligatorisk kapitel). Læg dertil de frivillige aftaler om børn, unge og gravide, aftale om opgaveoverdragelse og kapacitetsændringer samt aftale om økonomi og opfølgning. – Samlet er der tale om en meget kompakt politisk aftale.

Politisk fastsatte målsætninger. Et væsentligt triple aim-aspekt er tilføjet den politiske aftale: Der er indføjet politisk fastsatte målsætninger på hvert eneste område. Det betyder, at Sundhedskoordinati- onsudvalget (med to repræsentanter for almen praksis, fem kommunale og fem regionale politikere) har fastsat krav til kommuner, almen praksis og region for samarbejdet. Det betyder også, at de samme politikere har 'bestilt' opfølgninger på målene for den kommende periode. Mål, der kun kan opfyldes, hvis personalet i kommu- ner og region samt de alment praktiserende læger deltager. Og deltagelse kræver kendskab til indholdet af sundhedsaftalerne.

Der forestår derfor en mægtig *implemente- ringsopgave* i de enkelte sektorer, for at de tusindvis af medarbejdere, der arbejder i/ med sundhedsvæsenet, bliver bekendt med, hvad der ønskes politisk.

Ny håndbogsudgave. Når sundhedsafta- lerne er endelig godkendt i region og kommunalbestyrelser udarbejdes der i foråret 2011 en "Lommehåndbog". Håndbogen udkommer både i en elektro- nisk og i en trykt udgave og erstatter den nuværende, der allerede er uddelt i flere tusind eksemplarer. Den kommende udgave indeholder også et kapitel for psykiatrien.

Det videre arbejde

Se, det er jo mange nyskabelser. Heldigvis er der også kendte elementer, og den bærende værdi er stadig sammenhæng for patienten og initiativpligt for den sektor, der har patienten.

Forhandlinger mellem hospitaler/region, almen praksis og kommuner kører for fuld damp hen over sensommer og efterår. I november forventes de fleste kommuner at kunne godkende sundhedsaftalerne, således at Regionsrådet kan godkende dem på deres møde i december. Herefter er de godkendt til implementering pr. 1. januar 2011. I januar 2011 indsendes de til Sundhedsstyrelsen, der kan bede om uddybninger, tilføjelser eller justeringer, hvis de skønner det nødvendigt.

De generelle aftaler kan se på: www.rm.dk (vælg: sundhed / samarbejde med kommunerne). ■

Nyt fra samarbejdskonstruktionen

Folkesundhed i Midten

www.fim.rm.dk

Tildeling af 2009-midler

Følgende projekter har fået støtte:

- Modelprojekt for en styrkelse af det tværfaglige sundhedssamarbejde for borgere/patienter med kronisk sygdom – afprøvning af auditmetoden i det faglige samarbejde og fokusgrupper som metode i dialogen mellem de sundhedsprofessionelle og borgerne/patienterne.
- Social ulighed i kræftrehabilitering.
- Forebyggelse af multisygdom blandt sårbare.
- Evaluering af forløbsprogram for patienter med hoftebrud.

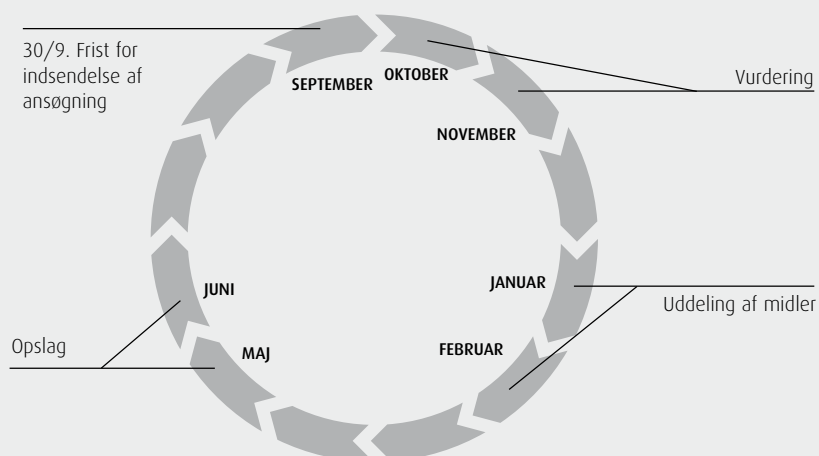
Tildeling af 2010-midler

I forbindelse med ansøgning om midler skal der udarbejdes en projektansøgning, som bliver vurderet i det faglige udvalg.

- Ansøgeren skal være kommune, region eller klynger. Enkeltpersoner kan således ikke ansøge om midler.
- Ansøgning om støtte fra 2010-midler skal indsendes inden den 30. september 2010 kl. 12.00.

For flere informationer, ansøgningsskema o.lign. se hjemmesiden: www.fim.rm.dk. Læs også artiklerne i *mi(d)t LIV* nr. 1, 2010 (s. 10-11 og s. 27).

SAMARBEJDSKONSTRUKTIONENS ÅRSJUL FOR 2010-2011



SÆRLIGE INDSATS- OG TEMAOMRÅDER 2009-2010

Samarbejde over sektorer

Det medicinske område

Kronikerområdet

Demens- og depressionsområdet