

Forening for ledere af sundhedsordninger for børn og unge i Danmark

05.07.2006.

Sundhedsordning for børn og unge – overblik over opgaverne SKAL eller KAN fastlagt iflg. Lovgivningen på området.

Funktion	Sundhedsplejerske	Læge	Begge	Bemærkninger
Gravide familier og familier, der lige har fået barn	Ja			Besøg hos gravide familier (Få steder del af det generelle tilbud) men mest efter behov (kun de udsatte grupper). <i>Kan opgave.</i> Barselsbesøg (1 – 2 stk.) til familier der kommer hjem efter ambulans fødsel eller indenfor 2 overnatninger på sygehuset. <i>Kan opgave.</i> ”Klar til barn” Familieforberedelse initieret af Socialministeriet og Styrelsen for Social Service. Indført pga. Satspuljebestilling for at forebygge spædbørns vold. Kommunerne kan søge penge – 900.000 ud af 4 mio. delt ud her i begyndelsen af sommeren ¹ . <i>Kan opgave.</i>
Funktionsundersøgelser og vejledning i hjemmene	Ja			<i>Skal – opgave (men antallet ikke præciseret)</i> 7 besøg i gennemsnit anbefalet i 1. leveår – generel sundhedsfremme Mange kommuner giver 3 – 5 hjemmebesøg. Formål: fremme at mødre, der gerne vil amme, kan gennemføre det – styrke relationerne mellem forældre og barn – Mad og spisevaner – Motorisk udvikling – søskende forhold og forældres indbyrdes forhold hyppigt tema. Mødregupper startes af sundhedsplejersken – eller familiegupper
Ind- og udskolingsundersøgelse		Ja		<i>Skal – opgave (2 undersøgelser 1 først- og 1 i slutningen af skoleforløbet)</i>
Overvågning af børn og unges sundhedstilstand			Ja	Overvågning – Databasen i Københavns Amt ³ Indberetning til sundhedsstyrelsen fra læge/sundhedsplejerske (<i>skal opgave</i>)
Undersøgelse, opsporing og vejledning omkring børn med særlige behov			Ja	Tværfaglig gruppe omkring udsatte børn. <i>Skal opgave.</i> Henvisning til praktiserende læge som har behandlingskompetencen ved sygdom hos barnet. Til andre ved behov (socialforvaltning mv.)

¹ Eksempel på et godt tilbud med svag finansiering

Generel sundhedsfremme og forebyggelse	Ja				<p>Kan opgave (ud over pkt. 2)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yderligere tiltag børn 0 – 5 år 2. Regelmæssige sundhedssamtaler i skolen <i>Skal opgave</i>² 3. Evt. gruppevirksomhed i skolen 4. Informationer til forældre i skolen (fx kost, alkohol, pubertet og sex, lus og hygiejne) <p>Medvirke ved generelle sundhedsfremmende forhold – Sundhedsråd i skolerne – Indførelse af Sundhedstegnet etc.</p>
Rådgivning og vejledning af faggrupper og myndigheder (herunder dagtilbud, skoler og døgntilbud)	Ja				<p>For ledende sundhedsplejersker: Kan opgaver</p> <p>Medvirker ved forsøgsvirksomhed (UFC-rapport³) (sundhedscentre pt.). Sundhedsråd i Kommunen. Sundhedsplaner, koordination mellem almen praksis og kommunerne, koordination og udvikling mellem amter og kommuner.</p> <p>For almindelige sundhedsplejersker: Håndhygiejne³ som det bedst kendte eksempel (kan hjælpe med til at forhindre forkølelser og infektionssygdomme – nedgang ved effektivt tilbud ca. 30%)</p> <p>Mange eksempler på Børn og kost, bevægelse og motion på dagtilbuds- og skoleområdet. Kan opgaver</p>
Udvikling af journalsystemer Overvågning af børnesundheden	Ja				<p>Sundhedsplejersker har medvirket ved udviklingen af 2 forskellige journalsystemer, der sælges af private firmaer. DSI-sund - Novax Børnedatabasen i Københavns Amt³. Bygger på oplysninger fra sundhedsplejerskejournaler. Data går elektronisk ind fra de to systemer.</p>
Særlig fokus på udsatte grupper	Ja				<p>Sundhedsplejersker har taget nye metoder i brug: Kan opgaver</p> <p>Gruppeaktiviteter for unge sårbare mødre med omfattende tværfagligt samarbejde (det har givet færre anbragte børn og mere trivsel³).</p> <p>MarteMeo (videometode der forbedrer relationerne mellem forældre og børn – MPH-afhandling³ dokumenterer effekten på overbevisende måde)</p> <p>Tilbud i forbindelse med efterfødselsreaktioner³ (i samarbejde med jordemødre)</p> <p>Børn og sorg sundhedsplejersker med i sorg- krise beredskab på mange skoler landet over</p> <p>Styrkelse af skoleungdoms muligheder for at styrke sundheden³: ”Du bestemmer metoden” – ”Aktive vurderinger” er metoder der i disse år</p>

² Det diskuteres om regelmæssigt kan være 2 gange i skoleforløbet – Sundhedsstyrelsen taler om årlige kontakter – her er vi enige med Sundhedsstyrelsen.

³ Dokumentation i form af rapporter findes

Særlige opmærksomhedspunkter for sundhedsordningerne for børn og unge.

Brugertilfredshed. Ved brugerundersøgelser (senest i Århus kommune i 2006) er tilfredsheden meget stor med den bistand familierne får fra sundhedsplejersken. Der er her tale om familier med småbørn. Og det har været karakteristisk for de undersøgelser, der har været udført om forældres erfaringer igennem de seneste 10 – 15 år, at sundhedsplejerskens tilbud er efterspurgt, og noget familier generelt set er glade for. Cirka 1 promille (dvs. 1 ud af tusinde) afslår ved den første kontakt at modtage sundhedsplejerskens besøg. Sundhedspleje er for alle fra kronprinseparret til den socialt udsatte enlige mor, der er gået ud af 9. klasse. Har sundhedsplejersken bekymring på baggrund af en families afslag om at komme på besøg, henvender hun sig til Forvaltningen i kommunen (hun gør selvfølgelig familien opmærksom på det).

Skolebørn deltager også i stor stil, når sundhedsplejersken tjekker syn, hørelse, højde, vægt og den almindelige trivsel hos barnet/den unge. Sundhedssamtaler hos sundhedsplejersken viser sig at sætte sundhed på dagsordenen på en god måde, og mange børn efterlyser at skolen lægger mere vægt på sundhed, og her er det sundhedspersonerne (der er ikke skelnet mellem læger og sundhedsplejersker), børnene peger på (senest i to rapporter fra Børnerådet, hvor børnene, der medvirkede, gik i 8 og 9 klasse). Sundhedsplejersker har lært nye metoder ("Du bestemmer" og "Aktive vurderinger") til brug for børn og unge i skolen. Og de metoder viser sig at give unge en større modstand at stå imod med, - blandt andet hvis de skal tabe sig eller træffe andre væsentlige og vanskelige beslutninger om deres eget liv (rygning, alkohol, sex etc). Men det er kompliceret og kræver langt mere tid end der er til rådighed – derfor findes dette (fx omkring overvægtige børn) som projektaktiviteter betalt af puljemidler.

Der har været meget opmærksomhed omkring de to lægeundersøgelser i ind- og udskolingsfasen samt de store vanskeligheder, der har været med at tiltrække kvalificerede læger til området. I perioden 1999 – 2004 er der sket en stigning i lægetid pr. 1.000 børn på 1 ½ % (det svarer til knapt 2 stillinger på landsplan). Foreningen for ledere af sundhedsordninger for børn og unge har i et brev til Indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen i sommeren 2005 fremført forskellige kreative løsningsforslag, som efter foreningens opfattelse kan være med til at styrke den lægefaglige side af sundhedsordningerne.

De generelle tilbud nedtones pga. ressourcemangel. Et interessant træk ved sundhedsplejerskernes arbejde er, at hvis sundhedsplejersken gør sit arbejde godt, så føler familien eller den unge at de får det bedre, fordi de "vokser med opgaven". I en PhD afhandling hvor et lokalområde med lidt sundhedspleje blev sammenlignet med et område, der havde et fyldigere tilbud, svarede mange flere kvinder om hvor de havde kendskab til amning fra: "Det var noget jeg selv vidste" i området med fyldig sundhedspleje sammenholdt med området, hvor der var færre sundhedsplejerskeressourcer til stede. Kvinderne fra området med det fyldige sundhedsplejetilbud svarede dog også, at de havde fået mere viden fra sundhedsplejersken end kvinderne i området med lidt sundhedspleje. (Der var tale om signifikante forskelle). I dette arbejde betød fyldig sundhedspleje

færre henvendelser til lægevagten, flere børn ammet, flere børn med korrekt kost og vitamindråber og generelt set forældre, som følte større sikkerhed og tryk overfor barnets sundhed.

I perioden 1999 – 2004 er der sket et fald i sundhedsplejersketid pr. 1.000 børn på 8%. Det svarer til, at der relativt set er blevet 129 sundhedsplejerskestillinger færre i Danmark på 5 år. Det kan mærkes i det daglige, og det bekymrer og slider på sundhedsplejerskegrupperne. Det har også betydning for mange nyuddannede sundhedsplejersker i de senere år ikke har kunnet få arbejde som sundhedsplejersker på grund af manglende stillinger. De søger i stedet over i andre grene af sygeplejen (alle er jo uddannet sygeplejersker først). Dette finder vi er ressourcespil. Samtidig er der i den samme periode kommet flere opgaver til. Fx at familierne udskrives tidligere med det nyfødte barn (efter 1 – 2 overnatninger) – det er faktisk udmærket. Men der er tale om en ufinansieret opgaveglidning fra sygehuset til sundhedsplejen. Sundhedsplejersken skal tage sig af at bistå med at få amningen godt i gang, og hjælpe med til at familien får en god start med det lille nye familiemedlem.

Dagtilbuddene og den sociale forvaltning efterlyser også mere af sundhedsplejerskens tid fx i forbindelse med hygiejne i dagtilbud, mad og måltider eller tilbud for udsatte familier. De flere kompetencer sundhedsplejerskerne har erhvervet sig gennem projektaktiviteter, nye metoder mv. vinder langsomt indpas, fordi det er vanskeligt at pege på hvilke opgaver sundhedsplejerskerne kan slippe. Igennem de seneste 10 år har den stadigt stigende opmærksomhed på de udsatte børn og unge betydning for de generelle tilbud, som gælder alle børn og unge, nedtones. Det betyder samtidig en afsvækkelse af sundhedsplejerskernes muligheder for at opspore familier og børn i vanskeligheder.

Sundhedsplejerskernes uddannelse. Der har været nedsat et udvalg i Sundhedsstyrelsen som i foråret 2005 kom med et forslag til en ny sundhedsplejerskeuddannelse. Med den styrkelse af sundhedsfremme og forebyggelse, man er midt i, i forbindelse med kommunalreformen, er en ny og styrket uddannelse både hensigtsmæssig og påkrævet. Der blev indsendt høringsvar i juni sidste år, og foreningen har forespurgt Indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen, hvad der sker i sagen. Vi har fået et venligt svar, blandt andet at man vil se med stor interesse på foreningens synspunkter. Vi venter dog stadig på initiativer og forhåbentlig bliver det snart muligt at træffe de nødvendige beslutninger. Vi er klar over at ministeren har vanskeligt ved at finde midler til området (svar til Karin Nødgård (MF) og Lone Møller (MF) i juni 2006). Vi er også klar over at vanskelighederne består i et nedslidt sundhedsvæsen, som vi dagligt er tilskuere til ikke altid fungerer efter hensigten. Men for os som ledere hæster det med at få sat den ny uddannelse i værk.

Nye opgaver i forbindelse med strukturreformen. Sundhedsplejerskegruppen imødeser med glæde de mange nye opgaver kommunerne. Det er den rigtige strategi! Vi ser også at sundhedsplejerskegruppen bliver en nøglegruppe, da vi har lang erfaring og kompetencer indenfor sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse målrettet børn og unge. De kompetencer kan selvfølgelig også med stor fordel udvides til andre befolkningsgrupper. Vi ser endvidere at sundhedsplejersker med en styrket uddannelse vil kunne varetage nogle af de opgaver, som fx læger ansat i kommunerne varetager i dag. Dette kunne frigive lægerressourcer til behandlingsformål, som vi ved, der er stor og akut mangel på fx indenfor almen praksis og på de pædiatriske afdelinger.