



Lægeforeningen  
J.nr. 2006-2885  
Dok.  
Sign. PK  
Dato: 12. oktober 2006

## **Børns sundhed og kommunallægens undersøgelser Notat om ind- og udskolingsundersøgelser i den kommunale børnesundhedsindsats**

### **1. Lægeforeningen vil bevare kommunallægens ind- og udskolingsundersøgelser**

Af hensyn til kvaliteten og udbyttet af den kommunale forebyggende indsats bør kommunallæger deltage aktivt i forebyggelse på børneområdet. Det gælder ikke mindst ind- og udskolingsundersøgelserne.

Ind- og udskolingsundersøgelserne har en værdi for det enkelte barn fordi det er relevant at undersøge for helbredsproblemer ved skiftet fra daginstitution til skole og skiftet fra folkeskole til uddannelse og erhverv.

Undersøgelserne er desuden et enestående datagrundlag for lægerne til at formidle viden til kommunale politikere og forvaltninger m.h.p. rådgivning og planlægning af kommunernes forebyggende indsats på børneområdet. Det er også konklusionen i Sundhedsstyrelsens bog "Skolesundhedsarbejdet" fra 2005. Den lægelige undersøgelse er krumtappen i vidensgrundlaget for rationelt funderet forebyggelse på lokalsamfundsniveau.

Ind- og udskolingsundersøgelserne kan give gunstig ramme for de udvidede sundhedsopgaver i kommunerne.

Forebyggelsesindsatsen i f.t. børn og unge skal oprustes - ikke afvæbnes. Lægeforeningen synes derfor ikke, at tiden er inde til at trække kommunallægerne ud af ind- og udskolingsundersøgelserne, der koster knap 390 kr. pr barn.

### **2. Hvad er kommunallægens opgaver**

Ind- og udskolingsundersøgelserne foretages i dag af kommunallæger som en del af deres opgaver for kommunen. Kommunallægen har imidlertid også andre opgaver i kommunerne.

#### **Fakta om kommunallægen**

Der er i dag ca. 100 fuldtidsbeskæftigede kommunallæger, og det skønnes på baggrund af en undersøgelse af deres uddannelsesbaggrund, at godt 80% har en speciallægeuddannelse i bl.a. almen medicin, pædiatri, arbejds- samfundsmedicin. Herudover har mange kommuner ansat alment praktiserende læger som kommunallæger på deltid. Se i øvrigt "Fremtidens kommunallæge - en nytænkning af lægernes arbejde i kommunerne", DADL 2006.

I det følgende beskriver vi kort, hvordan ind- og udskolingsundersøgelserne indgår i kommunallægens skolesundhedsarbejde på tre niveauer jf. Sundhedsstyrelsens bog "Skolesundhedsarbejde" fra 2005.

1. Individniveau
2. Gruppeniveau
3. Lokalsamfundsniveau

Ind- og udskolingsundersøgelserne og diagnosticeringen, der følger heraf, er grundlaget for mange af de gruppe- og samfundsrettede sundhedsaktiviteter, kommunerne har ansvar for. Det ses af oversigten over kommunallægernes opgaver nedenfor.

## **Fakta om kommunallægens opgaver ved ind- og udskolingsundersøgelserne**

### **Individniveau**

Formålet med indskolingsundersøgelsen er at:

- Gøre status over barnets helbredstilstand i samarbejde med barn og forældre
- Opfange sundhedsmæssige problemer
- Vurdere barnets sociale tilpasning
- Vurdere betydningen af helbredsmæssige problemer og vejlede om muligheder for behandling, støtte og kompenserende undervisning
- Vurdere barnets forudsætninger for at klare skolegangen
- Drøfte og give vejledning om barnets trivsel og udvikling
- Handle på observationerne

Formålet med udskolingsundersøgelsen er at:

- Gøre status over den unges sundhed
- Vurdere den unges psykosociale udvikling og sociale tilpasning
- Opfange og vurdere sundhedsmæssige problemer på overgangen til voksentilværelsen
- Opfange og vurdere sundhedsmæssige problemer i forhold til uddannelse eller erhverv og vejlede om muligheder for behandling, støtte og kompenserende foranstaltninger
- Orienterer om specifikke kroniske sygdommes betydning for erhvervsvalget
- Drøfte spørgsmål, der vedrører den unges livskvalitet, livsstil, levevilkår og sundhedsvaner
- Drøfte spørgsmål om prævention, brug af rusmidler og tobak og andre forhold, som den unge har behov for svar på
- Bevidstgøre den unge om sundhed som bredt begreb samt eget ansvar og egne muligheder for at påvirke egen sundhed

### **Gruppeniveau**

Kommunallæger kan som kommunens lægefaglige ekspertise varetage en række opgaver i form af vejledning, undervisning, sundhedspædagogiske aktiviteter og sundhedsplanlægning. Derudover har kommunallægen med sit brede kendskab til kommunens børn mulighed for at påpege behov for speciel indsats på gruppeniveau.

### Lokalsamfundsniveau

- Analyse og bearbejdning af data fra individuelle undersøgelser
- Formidling af ny samfundsmedicinsk viden
- Vejledning om smitsomme sygdomme
- Hygiejnetilsyn
- Samarbejde med embedslægeinstitutionen
- Samarbejde på tværs – de alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger, børneafdelinger, børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger
- Konsulentarbejde i den kommunale forvaltning
- Sundhedspædagogiske aktiviteter i kommunen
- Kommunal og regional sundhedsplanlægning"

Kilde: "Skolesundhedsarbejde" Sundhedsstyrelsen 2005 s. 128-144

### Forskellig brug af kommunallægen – forskelle i udbytte

Kommunerne har tilrettelagt kommunallægernes arbejde meget forskelligt, hvilket giver dem forskelligt udbytte af det lægelige arbejde. I nogle kommuner omfatter lægestillingerne stort set kun ind- og udskolingsundersøgelser, mens andre kommuner udnytter lægens kompetencer i det generelle forebyggende arbejde og i det tværfaglige arbejde for børn med særlige behov.

En del kommunallæger har dobbeltfunktionen som både børn- og ungelæger og sociallæger med lægekonsulentfunktion på voksenområdet. Her møder de nogle af de samme familier og har derfor flere indgangsvinkler på familierne.

I kommuner, hvor lægen alene foretager ind- og udskolingsundersøgelser, fraskriver kommunen sig dels den tværgående viden om borgerne, dels den "strategiske overbygning" som især arbejdet på lokalsamfundsniveau giver i f.t. generelle initiativer tilpasset kommunens sundhedsprofil og initiativer i f.t. bestemte grupper af borgere som fx indvandrere, socialt udsatte mv.

### **3. Kommunallægen skal foretage ind- og udskolingsundersøgelsen**

Det er vigtigt, at det er kommunallægen, der foretager ind- og udskolingsundersøgelserne. Dels har børnene behov for en lægelig undersøgelse i denne fase af deres udvikling. Dette indebærer, at der skal stilles diagnoser, hvilket det kun er læger, der kan gøre. Dels sker ind- og udskolingsundersøgelserne i tæt samarbejde med klasse-lærer/skole og en række samarbejdspartnere i sundheds- og socialektoren. Og endelig er undersøgelserne som nævnt ovenfor grundlaget for den overordnede lokale forebyggelsesindsats.

#### 3.1 Børnene har behov for ind- og udskolingsundersøgelser (individniveau)

I forbindelse med skolestart og skoleslut er der behov for at revurdere diagnoser, symptomer, medicin, udvikling mv., hos børnene i forhold til det "arbejds miljø" (fysisk, psykisk og socialt) de nu befinder sig i. Ved skolestart stilles der f.eks. krav til motorik, koncentration, social forståelse osv.

Derfor er ind- og udskolingsundersøgelserne ikke blot en screening for hidtil uopdagede sygdomme, men også en status over barnets sundhed i bred betydning i forhold til skolegang og i forhold til uddannelse/erhvervsliv.

Kommunallægen gør nytte for det enkelte barn bl.a. ved at sørge for:

- Information til børn og forældre vedr. allerede stillede diagnoser og medicin, og revurdering af diagnoser /medicin da f.eks. overfølsomhedssygdomme ændrer sig i løbet af barnealderen
- Information til lærere/pædagoger om, hvad en given sygdom betyder for barnet, så skoleforhold kan tilpasses barnet
- Afklare helbredsmæssige problemstillinger vedr. psykosomatik
- Psykiske/adfærdsmæssige problemer viser sig hos mange børn først ved starten i skolen (eller senere) og her kan lægen deltage i udredningen

Lægen er således det vigtige bindeled mellem skole, pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR), praktiserende læge, psykiatrisk afd., sociale myndigheder mv.

Udskolingsundersøgelsen gør ligeledes status for barnets sundhed i en overgangsfase mellem folkeskolen og en ny tilværelse, hvor barnet i langt højere grad skal kunne tage vare på egen sundhed. Det er derfor vigtigt at revurdere tidligere symptomer, diagnoser, behandling og sygdomsadfærd, livsstil, og at diskutere og rådgive om uddannelse og erhvervsvalg i forhold til sundhed/sygdom.

### 3.2. Børnenes sundhedsmæssige problemer ved ind- og udskoling

De sundhedsmæssige problemer, kommunallægerne finder (diagnosticerer) hos børnene ved hhv. ind- og udskoling, er dokumenteret i 2 publikationer<sup>1</sup>.

Lægeforeningen har herudover i sommeren 2006 spurgt 25 kommunallæger, hvilke diagnoser, de stiller ved ind- og udskolingsundersøgelserne (se bilag A).

#### **Fakta vedr. børnenes sundhedsproblemer ved ind- og udskoling**

##### **Indskolingsundersøgelsen viser at:**

- 60% af børnene får en eller flere diagnoser ved skolestart (øvre luftvejslidelser, allergi/atopi, øjenlidelser, problemer ved arme/ben, ufrivillig vandladning/afføring, udviklingsmæssige problemer, adfærdsproblemer osv.)
- 14,7% har en kronisk eller langvarig lidelse eller handicap, 3,3% har aktivitetsindskrænkninger i dagligdagen pga. sygdommen og 3,4% tager medicin (sygdommene er mellemørebetændelse, astma/bronkitis, langvarige forkølelser, hudlidelser, allergi, bevægehandicap, epilepsi, mavetarmlidelser og "andet")
- 10% har væsentlige problemer med helbred, 7% med sanser, 7% med motorik, 8% med udvikling, 11% med trivsel, 14% med sociale forhold

<sup>1</sup> "Indskolingsundersøgelsen" ("Børns sundhed ved skolestart 1988/89" fra Statens Institut for Folkesundhed, 1991) - og "Udskolingsundersøgelsen" ("Børns sundhed ved slutningen af skolealderen. En undersøgelse blandt elever i 8. og 9. klasse i 1996/97" fra Statens Institut for Folkesundhed, 2000).

**Udskolingsundersøgelsen viser at:**

- 42% af børnene har diagnoser ved udskolingsundersøgelsen
- 37% af udskolingsbørnene drøfter helbredsproblemer med betydning for uddannelsesvalget/erhvervsvalget med lægen (29% af børnene i 8. klasse og 40% i 9. klasse)
- Hos 18,4% af børnene fandt lægen erhvervsbegrænsende lidelser (se nedenfor)
- Hos 2,7% af børnene fandt lægen helbredsproblemer med betydning for det ønskede erhverv
- Hos 15,7% af børnene fandt lægen helbredsproblemer med betydning for andre erhverv end det ønskede (bevægeapparat, allergiske lidelser, sansedefekter mv.,- men også hudsygdomme, fedme, sukkersyge, epilepsi mv.)
- Efterfølgende blev 27% af udskolingsbørnene (914 børn) diskuteret ved tværfaglig konference, og der blev foretaget henvisning til sundhedsplejerske, praktiserende læge, speciallæge, skolevejleder, psykolog mv.

Det fremgår at børnene har både somatiske og en række alvorlige psykosociale og psykiske problemer. Problemerne kræver lægefaglig kompetence til diagnosticering og videre henvisning til nærmere udredning og behandling.

Herudover kræves en god indsigt i de kommunale tilbud, kontakt til institutionerne for at følge op i f.t. barnets tilværelse i skole mv. Dette er en central del af opfølgningen på de objektive fund ved skoleundersøgelserne.

Den sammensætning af kompetencer har en kommunallæge, og derfor er det vigtigt i f.t. indsatsen i forhold til barnet, at det er kommunallægen, der foretager undersøgelserne.

De få, eksisterende undersøgelser af evidensen for effekten af undersøgelser (screening) af børn og skolebørn understøtter værdien af dette (bilag B).

### 3.3 Nytte ved ind- og udskolingsundersøgelser på gruppe- og lokalsamfundsniveau

Kommunallægernes fund ved ind- og udskolingsundersøgelserne og børneundersøgelserne kan som nævnt tidligere bearbejdes og formidles. De kan således være grundlag for politiske og administrative beslutninger om kommunens sundhedsfremmende og forebyggende indsats samt i forhold til sundhedstjenestens ydelser.

Lægens deltagelse i ind- og udskolingsundersøgelserne er vigtig i f.t. kommunens sundhedsfremmende og forebyggende indsats fordi:

- Lægen skal fremme at forebyggelse sker på evidensbaseret grundlag
- Lægen får et samlet indtryk af børnesundheden, opfanger (nye) sundhedsproblemer
- Lægen kan på videnskabeligt grundlag dokumentere behov for forebyggelsesindsatser mv.
- Næsten alle børn deltager i undersøgelserne, hvilket giver grundlag for et helt enestående materiale til at udarbejde sundhedsprofiler som kan anvendes til at følge

tendenser i børnesundheden, til monitorering, kvalitetssikring og evaluering af lægernes arbejde på samme måde som tandplejens database. Resultaterne kan anvendes i forebyggelsen, politisk på kommunalt, regionalt og nationalt niveau

- Nogle sygdomme fedme, infektionssygdomme, adfærdsforstyrrelser, allergiske sygdomme, spiseforstyrrelser, bør lægen følge på individplan, på gruppeplan, og på lokalsamfundsplan da de i et vist omfang kan relateres til socialgrupper, til skoler, - til boligområder
- Lægen kan beskrive sundhed/sygdom i relation til sociale parametre mhp. indsatser for at mindske den sociale ulighed i sundhed

I forhold til kvaliteten i sundhedstjenestens ydelser:

- Når lægen er sammen med sundhedsplejerske ved indskolingsundersøgelsen betyder det en fælles linje i den kommunale sundhedstjeneste og en ensartethed i ydelsen
- Lægens rådgivning i f.t. sundhedsplejerskerne og formidling af sundhedsforskning til sundhedsplejersker er vigtig
- Ind- og udskolingsundersøgelser er knyttet til tværfaglige konferencer vedr. børn med særlige problemer. Her kan lægen bidrage væsentligt
- Hvis lægerne ikke deltager i ind- og udskoling, kommer de heller ikke med til det tværfaglige samarbejde vedr. behovsbørn

Sammenfattende er argumenterne, at kommunallægen skal foretage ind- og udskolingsundersøgelserne fordi:

- De kan deltage i udredning af et barn med f.eks. adfærdsmæssige eller koncentrationsmæssige problemer eller et barn med allergi, - hvilket kræver et tæt samarbejde med skolen, - herunder evt. kendskab til de fysiske forhold på skolen
- De kender de lokale forhold, de kommunale tilbud, PPR, SSP, specialmuligheder på skolen/i SFO, socialrådgiver mv. Kommunallægen er tæt på alle disse samarbejdspartnere, og kan deltage i møder med forældre, med skole osv.
- Ved at se alle børn får de et bredt kendskab til børnesundheden i kommunen og et enestående datamateriale til videre brug i arbejde vedr. sundhed/sygdomme, sundhedsadfærd mv. i kommunalt regi
- De praktiserende læger kan få en lægelig samarbejdspartner i kommunen - et samarbejde vedr. skolebørns sundhed, der vægtes højt i lovgivningen.
- Der er politisk enighed om at forebyggelsen i kommunerne skal styrkes, ligesom der er behov for øget specialisering i forebyggelsen. Det er derfor et forkert signal at trække den lægefaglige ekspertise ud af kommunerne

#### **4. Forbedringer af børnesundhedstjenesten**

Nuværende organisation og praksis omkring børnesundheden i kommunerne er ikke optimal og Lægeforeningen vil gerne samarbejde om forbedringer.

#### 4.1. Bedre samarbejde med almen praksis

Der er behov for strukturer, der underbygger en god dialog mellem praktiserende læge og kommunallæger. Det gælder ikke mindst de børn, der har langvarig sygdom, handicaps eller som skal udredes for f.eks. børnepsykiatrisk sygdom.

Almen praksis skal nemt kunne komme i kontakt med og være i dialog med den kommunale sektor i f.m. konstatering eller mistanke om behov for en social/sundhedsfaglig indsats. Tilsvarende skal kommunallægen nemt kunne henvise og følge op i f.t. almen praksis. Strukturer for samarbejde mellem almen praksis og kommunallægerne kan bidrage til implementering af sundhedsaftalerne.

#### 4.2. Landsdækkende monitorering af børnesundhed

Fra flere sider efterspørges monitorering af børns sundhedstilstand for at danne overblik over udviklingen i børnesundheden. Kommunallægerne kan forestå de kommunale bidrag til landsdækkende monitorering af børnesundhed. Med det formål har en gruppe af kommunallæger fra flere regioner sammen med SIF og Institut for Folkesundhed ved Aarhus Universitet udviklet en model for et børnesundhedsindikatorprojekt. Kommunallægerne ser monitoreringen af børnesundheden som et element, der kan være udløber af bl.a. ind- og udskolingsundersøgelserne, børneundersøgelserne mv.

#### 4.3 Dokumentation af forebyggende sundhedsordninger

Dokumentationen af evidensen for forebyggende sundhedsordninger er ikke fyldestgørende. Kommunallægerne medvirker vi gerne i et (landsdækkende) projekt, hvor man undersøger de forebyggende sundhedsordninger under ét.

#### 4.4 Sikre at kommunallægens kompetence udnyttes

Lægeforeningens undersøgelse af kommunallægernes arbejde viser bl.a. at mange oplever, at kommunerne ikke udnytter kommunallægens kompetence fuldt ud. For at sikre at kommunerne udnytter kommunallægens kompetence f.t. sundhedsplanlægning i lokalsamfund skal jobindholdet generelt bredes ud i f.t. den nu, hvor mange kommunallæger alene foretager ind- og udskolingsundersøgelser. Kommunallæger, der er ansat af kommunen, bør være indplaceret tæt på forvaltningschefen, så kommunen har nem adgang til sundhedsrådgivning. Der er herudover en række eksempler på, hvordan kommunallæger kan gøre gavn ved andet end ind- og udskolingsundersøgelser, men hvor disse undersøgelser udgør et fundament, for indsatsen (bilag C). Kommunallægen benyttes også som ekstern lektor i socialmedicin (bilag C).

### **5. Rekrutteringssituationen nu, hvad er tendensen, hvad foreslår vi**

Vi kan konstatere, at flere kommuner opruster den lægefaglige kompetence, idet eksisterende stillinger opnormeres og udvides med flere opgaver end alene ind- og udskolingsundersøgelserne. Kommunernes Landsforening har tilsyneladende samme opfattelse, og forventer at opgave- og strukturreformen forventes vil medføre videreudvikling af kommunale lægers funktion set i lyset af kommunernes nye, større rolle på

forebyggelses- og sundhedsområdet. På den baggrund opfordrer KL til at se tiden an til ind i 2007, inden man begynder at overveje ændringer i det nuværende opgavesæt.

De seneste år har nogle kommuner – især i tyndtbefolkede områder - haft betydelige problemer med at rekruttere tilstrækkeligt med kommunallæger til at løse de lov- bundne opgaver. Den forestående kommunesammenlægning kan bidrage til at løse dette problem. Samtidig betyder opgavereformen på sundhedsområdet, at kommunernes behov for lægefaglig kompetence vokser. Der er således grund til at overveje, hvordan kommunerne kan sikre den nødvendige rekruttering til kommunallæge stillingerne – herunder ind- og udskolingsundersøgelserne.

### 5.1 Attraktive stillinger

En hurtig spørgeskemaundersøgelse blandt kommunallæger viser at kommunallægerne betragter en stilling som attraktiv, hvis følgende faktorer er til stede. Faktorerne er i vilkårlig rækkefølge:

- Tilstrækkelig normering
- Alsidige opgaver
- Høj placering i hierarkiet
- Godt fagligt fællesskab/faglig sparring
- Kurser/efteruddannelse m.h.p. nye opgaver

Af kommentarerne fremgår det også, at mange har lyst til at gå yderligere ind i det socialmedicinske felt, og at arbejdet med handicappede og kronisk syge børn bør op-prioriteres.

### 5.2 Fremsynede kommuner

Herudover kan vi konstatere, at flere kommuner allerede opruster den lægefaglige kompetence i kommunerne ved bl.a. at opnormere de eksisterende lægestillinger.

Det er Lægeforeningens opfattelse, at kommunerne kan styrke deres rekruttering af lægefaglig kompetence ved at følge Lægeforeningens anbefalinger vedr. tilrettelæggelse af ind- og udskolingsundersøgelserne som en del af den generelle børnesundhedsindsats i kommunerne.



## Bilag A

Ved en hurtig rundspørge DADL foretog blandt 25 kommunallæger i august 2006 vedr. fund ved ind,- og udskolingsundersøgelsen nævnes følgende "nyopdagede" diagnoser/problemer:

### Indskoling:

- Overvægt/fedme
- Testes ikke i scrotum
- Scolioser
- Encoprese
- Enuresis nocturna et diurna
- Vækst
- Uerkendt/underbehandlet astma
- Svær hjertemislyd (barnet opereret ugen efter)
- Vaccinationsstatus (især familiesammenførte børn)
- Anæmi
- Lægelig synsvinkel på adfærdsproblemer (ADHD, Asperger, Tourette, andet)
- Svære motoriske problemer
- Trivselsproblemer

### Udskoling:

- Ubehandlet svær acne
- Utilstrækkeligt behandlet eksem
- Vækst
- Scolioser
- Spiseforstyrrelser
- Overvægt
- Mb. Crohn
- Colitis ulcerosa
- Depression, ensomhed
- Psykose
- Misbrug
- Selvmutilering
- Eksem/allergi
- Familieproblemer
- Vold i familien
- Problemer i skolen (pjæk, mobning)
- Syn, hørelse
- Overvægt

## Bilag B

### Evidens

Der har været talt om evidens for screeningsundersøgelser af børn. Hvis WHO's krav vedr. screening skal opfyldes, er der kun få sygdomme, man vil opdage ved screening af raske børn. Men formålet med børneundersøgelserne i skoleregiet er netop langt bredere end en screening. I øvrigt bliver der - som beskrevet ovenfor - diagnosticeret en del sygdomme og andre helbredsproblemer ved ind- og udskolingsundersøgelserne.

Der er ikke en "standard" for, hvordan man måler evidens af det forebyggende arbejde på børneområdet. Der kan vælges mange forskellige parametre - fra diagnoselister (jf. ovenfor) til spørgeskemaer om tilfredshed med ydelsen, til spørgsmål om ny viden og ændret adfærd, og til indsamling af data vedr. faktiske ændringer i adfærd osv.

### **Kommunallægens undersøgelser**

I forbindelse med "Udskolingsundersøgelsen" blev børnene spurgt om lægeundersøgelsen. Resultaterne var bl.a.:

- 53% af børnene vurderede samtalen/undersøgelsen med lægen som "tilfredsstillende", - 38% svarede "nogenlunde", 2,8% svarede "ikke tilfredsstillende", 3,4% svarede "ved ikke" og 2,9% var fraværende til undersøgelsen
- Emner, der blev diskuteret ifølge eleverne: Helbred: 86%, erhvervsønsker: 75%, motion: 73%, rygning: 56%, alkohol: 49%, medicin: 32%, narkotika: 18%, graviditetsforebyggelse: 17%, kønssygdomme/AIDS: 19%, kost 46% (og en lang række andre emner)
- 15% ville gerne have drøftet yderligere problemstillinger med lægen. Det er især helbred og graviditetsforebyggelse, som børnene ønskede yderligere lægesamtale om (hvv. 29% og 15% af denne gruppe)

### **Sundhedsplejerskens samtaler/undersøgelser**

Hvad er der af evidens for sundhedsplejerskens samtaler/undersøgelser virker? Umiddelbart er der tilsyneladende ingen undersøgelser vedr. sundhedssamtalernes betydning på længere sigt for barnets helbred eller adfærd

Sundhedsplejerskernes tilbud gives til det enkelte barn eller til grupper. Ina Borup (sundhedsplejerskeuddannet) har lavet en undersøgelse, som mandede ud i en afhandling fra Nordiska Hälsovårdshögskola i Göteborg i 1999 (Learning about health. The pupils and the school health nurses assessment of the health dialogue"). Børnene i hhv. 5., 7. og 9. klasse er blevet spurgt om tilfredsheden med den sidste sundhedssamtale.

Børnenes tilfredshed med samtalen:

- 65% af pigerne og 71% af drengene vurderede samtalen "meget god" eller "god"
- 24% af pigerne og 18% af drengene svarede at samtalen var "nogenlunde"
- 4% af pigerne og 2% af drengene vurderede samtalen som "dårlig"
- 7% af pigerne og 8% af drengene svarede "ved ikke"

Ina Borup refererer sin afhandling i bogen "Sundhed på vippen" fra 2001. Hun har bl.a. spurgt børnene om, hvorvidt de har lært noget af sundhedssamtalen. Her svarer ca. en fjerdedel af børnene i socialgruppe I, at de har lært noget, og ca. en tredjedel af eleverne i socialgruppe IV og V og hver anden elev i socialgruppe VI). Desuden skriver hun, at de yngste elever siger, at de har lært mere end de ældste.

Emnerne ved samtalerne er for pigerne: *"Menstruation, forhold til forældre/kammerater, hovedpine, mavepine, tristhed.*

Drengesamtalerne drejede sig om *lektier, sport, ondt i ryggen, alkohol og hvad de var gode til .*

Mht. de emner, der bliver diskuteret hos hhv. læge og sundhedsplejerske må det altså konstateres, at de er meget forskellige. Ved lægesamtalerne er der tale om en mere systematisk gennemgang af helbredsforhold og faktorer med indflydelse på helbredet (motion, medicinforbrug, brug af rusmidler mv.), mens sundhedsplejerskesamtalerne drejer sig om helt andre forhold.

#### ***Praktiserende lægers forebyggende børneundersøgelser:***

Gert Alminds disputats er fra 1984 og baserer sig på undersøgelser fra 1979. Konklusionen var, at børneundersøgelserne i store træk var et velfungerende tilbud, som småbørnsfamilierne var glade for, og som de professionelle anså for et vigtigt arbejde.

Der mangler således nyere tal vedr. effekten af de praktiserende lægers forebyggende undersøgelser. Susan Ishøy fra Statens Institut for Folkesundhed er i gang med et projekt vedr. "De forebyggende undersøgelser i almen praksis". Projektet er angiveligt kun i sin vorden.

## Bilag C

Eksempler på tværfaglige samarbejder og eksterne lektorater

### EKSEMPEL 1

" I min dagligdag er jeg fast tilknyttet udvalgte tværfaglige fora bestående af sagsbehandler, psykolog, skoleledelse, repræsentanter fra institutioner, sundhedsplejerske mv. Der er stor respekt om hinandens faglighed og jeg bliver brugt meget.

Nogle skoler har indskolingsklassekonferencer allerede her i efteråret, hvor vi taler om "prik-børnene", d.v.s. de, der skiller sig ud eller har specielle behov. De vil så blive indskolingsundersøgt meget tidligt m.h.p. tværfaglig støtte omkring børnene.

For børn med støttebehov laver vi årligt et status møde, for at vurdere om de får den rette støtte, og til dette møde indkaldes udover forældre efter behov også psykologer, lærere og ledere.

Efter vi nu fast laver sundhedsprofil i udskolingen, hvor jeg har talt mig varm for at forældrene skal orienteres om dette allerede ved indskolingen, holder jeg foredrag på nogle af skolerne ved indskolingsforældremøderne om sundhed og indlæring, dvs. de trends i tiden, der kan være problematiske i forhold til indlæring. Jeg har fået positive tilbagemeldinger fra lærere og forældre, så jeg tror at det rykker lidt på sundhedsadfærden."

### EKSEMPEL 2

" Vi er 4 distriktsrelaterede teams, bestående af en læge, en psykolog og en pædagog – enten en specialpædagog for småbørn, eller en AKT-lærer for skolebørn, de fleste deltidsansatte. Lægen er en allerede lokalt arbejdende børn- og ungelæge, som derfor kender området, har kontakt til socialforvaltningen, institutioner, praktiserende læger etc., og som i sit øvrige arbejde i forvejen ser mange forskellige børn.

Psykologen er PPR ansat som almindelig skolepsykolog i sin øvrige tid, også oftest i samme distrikt.

AKT-lærerne er skolelærere (oftest specialklasselærere) ved siden af, kun småbørnspædagogerne er fuldtidsansatte.

Vi tager, efter henvisning fra PPR, børn- og ungelæge eller kommunal sagsbehandler, ud og vurderer børn med mistanke om børnepsykiatriske problematikker, fortrinsvis ADHD og gennemgribende udviklingsforstyrrelser i autismespektret ud fra vores respektive faglige synsvinkler. Vi har faste møder med børnepsykiatere som konsulenter og sparringspartnere.

Alt efter vores vurdering kan vi efterfølgende henvise barnet "grydeklart", d.v.s. med fyldestgørende baggrundsmateriale, til børnepsykiatrisk hospital, eller selv give fornøden vejledning, sætte sociale foranstaltninger i værk, oplyse om barnets vanskeligheder mm.

Fordelene er først og fremmest en mere målrettet og præcis henvisningspraksis og at undgå at alt står stille i ventetiden. Behovet ses på antallet af henvisninger!"

### EKSEMPEL 3

"Kommunallægen er en kombinationsstilling mellem sociallæge og børn og unge-læge. Kommunallægen varetager den primære rådgivning af daginstitutionerne i fh.t. smitsomme sygdomme, kost osv., og udgiver i den forbindelse faste nyhedsbreve om udvalgte sygdomme.

Kommunallægen ser alle børn i 1. klasse og 9. klasse - og varetager rådgivningen af sundhedsplejersker ifht fedme, vækstforstyrrelser osv. Om end ikke dagligt så ofte fanger børn og unge-lægen forhold hos børnene, som sundhedsplejersken har overset - det være sig fedme, skoliose, astma, hjertefejl, depression samt ikke mindst vækstforstyrrelser. Takket være sociallægedelen foregår en stor del af det socialpædiatriske arbejde ifht fx psykiske syge forældre og misbrugende forældre i socialforvaltningen. Kommunallægen spiller en vigtig rolle i kommunens håndtering af sygedagpenge-sager, herunder for det forhold, at kommunen de senere år har sparet mange millioner takket være en effektiv visitation tidligt i sygeforløbet, hvilket forhindrer udstødelse fra arbejdsmarkedet. Kommunallægen er involveret i såvel sociale sager på voksenområdet som børneområdet. Kommunallægen har opbygget et tæt samarbejde op med kommunens praktiserende læger, og fungerer som brobygger. Der er faste samarbejds møder samt kommunallægen udgiver fast nyhedsbrev til alle kommunens prakt. læger samt kommunens relevante medarbejdere hvori indgår relevante emner - herunder vejledninger vedr. konkrete forhold - fx p-piller til unge piger.

Styrken ved denne stillingskombination er, at kommunallægen er meget synlig for kommunen - herunder spiller en ganske væsentlig rolle for kommunens økonomi - ikke kun i f.t. forebyggelse men også konkret og på kort sigt. Herudover er der grobund for tæt tværfagligt samarbejde som sikrer en helhedsorienteret indsats."

### EKSEMPEL 4

I flere kommuner deltager kommunallæger som eksterne lektorer i faget Klinisk Socialmedicin. Man uddanner kommende læger i socialforvaltningerne i hvordan sociale forhold påvirker sygdom m.h.p. at optimere samarbejdet mellem den medicinske og den sociale sektor.