

CRUNCH NOTAT 2:2017

# ØJEBLIKSBIJLEDET 2017

SUNDHEDSORDNINGER FOR BØRN OG UNGE 1.1.2017

KØBENHAVN 2017

## ØJEBLIKSBILLEDET 2017

© 2017 CRUNCH og FALS

CRUNCH er et samarbejde mellem SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, Aarhus Universitet, Københavns Universitet, Center for Børneliv og Frederiksberg Kommune. CRUNCH er støttet af Innovationsfonden. <http://crunch.sfi.dk>

### Kontakt:

Miriam Wüst

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd  
Hertuf Trolles Gade 11  
1052 København K  
Tlf. 33 48 08 00  
[sfi@sfi.dk](mailto:sfi@sfi.dk)  
[www.sfi.dk](http://www.sfi.dk)

Denne publikation kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

# INDHOLD

<b>1</b>	<b>FORORD</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>RESUME OG KONKLUSIONER</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>DATAGRUNDLAG</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>STRUKTUR, ORGANISATORISK PLACERING OG LEDELSE I SUNDHEDSPLEJEN</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>SUNDHEDSPLEJENS GENERELLE TILBUD</b>	<b>15</b>
	Tilbud til gravide og kommende forældre	15
	Tilbud til familier med spædbørn	17
	Tilbud til skolebørn	19
	Andre tilbud og projekter	20
<b>6</b>	<b>BEHOVSSUNDHEDSPLEJEN – UDVALGTE ASPEKTER</b>	<b>23</b>
	Behovsbesøg i hjemmet til småbørnsfamilier	23
	Screening og indsatser for efterfødselsreaktioner hos mor og far	24
	Det kommunale tværfaglige samarbejde om sårbare familier	26

7	KAPACITET I SUNDHEDSPLEJEN	29
8	BILAG	33
	LITTERATUR	35

## FORORD

Foreningen for ledere af sundhedsordninger for børn og unge i Danmark (FALS) og CRUNCH-Center for Research in Universal Child Policies udgiver i år i fælleskab *Øjebliksbilledet 2017 – Sundhedsordninger for børn og unge 1.1.2017*. Notatet er det ottende i rækken af Øjebliksbilleder. Formålet med serien er at give et overblik over nogle fællestræk og forskelle i de 98 kommunale ordninger i Danmark samt at beskrive nogle udvalgte udviklingstendenser over tid.

Samarbejdet mellem FALS og CRUNCH er et led i bestræbelserne på at skabe mere samarbejde mellem forskning og praksis til gavn for et bedre vidensgrundlag om betydningen af sundhedsplejerskeordningen. Dette vidensgrundlag er afgørende for den fremtidige udvikling af ordningen til gavn for børn og deres familier.

Siden ordningens introduktion i 1937 har den kommunale sundhedspleje udviklet sig fra at promovere ”ro, renlighed og regelmæssighed” til at fokusere på børns og familiens sundhed og trivsel i Danmark i dag – med nye udfordringer og opgaver. I dag er der stor fokus på betydningen af en tidlig og målrettet indsats for børn og familier for at sikre lige livsmuligheder og afhjælpe negativ social arv – både i international forskning og i den danske politiske debat. Men hvordan investerer vi (i en dansk kontekst) bedst i børn og unges udvikling? Hvilke indsatser gavner og for hvem? Disse spørgsmål er højt på agendaen for både praktikere, forskere og beslutningstagere, og der er stor interesse i sundhedsplejerskeordningens rolle. Første skridt for at kunne definere denne rolle er at kortlægge ordningen og dens elementer. Næste skridt er at undersøge betydningen af sundhedsplejerskeordningens forskellige elementer for børn og deres familier.

Årets Øjebliksbilledet er baseret på besvarelser fra 88 kommuner, som helt eller delvist har udfyldt vores spørgeskema. Vi takker alle, som har taget sig tid til at besvare spørgeskemaet. Else Guldager, konsulent og sundhedsplejerske ph.d., har været faglig sparringsperson og ekstern referee. Notatet er udarbejdet af Miriam Wüst (seniorforsker, SFI) og Ida Lykke Kristiansen (student, SFI). For FALS har bestyrelsesmedlemmerne givet kommentarer og sparring.

Ulla Dupont  
Formand FALS

Miriam Wüst  
SFI, Projektleder CRUNCH



## RESUME OG KONKLUSIONER

Dette notat giver et indblik i kerneydelserne i sundhedsplejerskeordningerne i de danske kommuner anno 2017 og beskriver variationen i udformningen af ordningen både på tværs af kommuner og over tid. Det er hensigten med den kommunale sundhedstjeneste, at (lovpligtige) kerneelementer kombineres med lokale indsatser, som tager højde for familiernes behov og specifikke forhold i kommunerne.

Med henblik på kapaciteten i sundhedsplejen, målt som sundhedsplejersketimer pr. 1.000 børn, tegner der sig et billede af stabilitet siden sidste dataindsamling i 2015: Hvor landsgennemsnittet i Øjebliksbilledet 2015 var 50 ugentlige timer pr. 1.000 børn, er gennemsnittet i 2017 49,8 timer pr. 1.000 børn. Sammenholder vi antal af sundhedsplejersketimer pr. 1.000 børn med antal timer i 2011 for de 73 kommuner, som har svaret i begge år (2011 og 2017), så har 58 pct. af disse 73 kommuner et stort set uændret antal sundhedsplejersketimer pr. 1.000 børn (inden for en margin af 5 timer). 34 pct. af kommunerne har et højere, og 8 pct. af kommunerne har et lavere timeantal i 2017 end i 2011 (dvs. de indberetter mere end 5 timer afvigelse i deres timeantal pr. 1.000 børn). Ligesom i tidligere år kan vi konstatere, at der er forholdsvis stor variation på tværs af kommuner i antal af sundhedsplejersketimer pr. 1.000 børn. Denne variation kan skyldes mange faktorer (som fx organiseringen og prioriteringen af ordningen i forskellige kommuner eller forskelle i socioøkonomiske karakteristika kommunerne imellem). Vi kan ikke sige noget om det optimale antal sundhedsplejersketimer ud fra disse opgørelser. Der mangler viden om sammenhæng mellem kapaciteten i sundhedsplejen og børn og familiers sundhed og trivsel.

En universel adgang for alle familier til sundhedsplejen har altid været en hjørnesten i ordningen. Mens de fleste kommuner tilbyder graviditetsbesøg til kommende forældre, fokuserer disse besøg overordnet set på familier med særlige behov. Samtidig tilbyder lidt over halvdelen af kommunerne forældreforberedelse, typisk målrettet alle gravide familier med første barn. Der tegner sig et billede med regional variation i dette tilbud, som evt. kan skyldes forskel i samarbejde med de regionale fødesteder (flertallet af kommuner, som tilbyder forældreforberedelse, gør dette i samarbejde med fødestederne). Samarbejde på tværs af sektorer om nye familier allerede i graviditeten er afgørende for at tilbyde en tidlig indsats, og vores opgørelse viser, at der er stort potentiale til at forbedre samarbejdet.

98 pct. af kommunerne følger Sundhedsstyrelsens (SST) anbefaling om barselsbesøg til kvinder efter en ambulansfødsel. 86 pct. af kommunerne lever op til SST's vejledning med hensyn til besøg i

barnets første leveår for familier, der får det første barn. Selvom disse tal ikke er helt sammenlignelige over tid, så tyder de på en stigning i andelen af kommuner, som lever op til SST's vejledninger. Samtidig angiver et flertal af kommuner, omkring 70 pct., ligesom i 2015, at de ikke tilbyder hjemmebesøg, efter at barnet er fyldt 1 år.

Kommunerne gør flittigt brug af deres mulighed for at udforme dele af sundhedsplejerskeindsatsen efter lokale behov. Kommunerne bruger, ligesom dokumenteret i tidligere år, forskellige former for specielle mødregrupper, indsatser mod overvægt og forældrekurser. Andelen af kommuner, som bruger disse forskellige tilbud, er stort set uændret. Andelen af kommuner, der benytter sig af konsultation som erstatning for hjemmebesøget, er på et uforandret niveau ift. 2015 (33 pct.). Hvor tidligere opgørelser pegede på en stigning i brug af konsultationsvirksomhed, virker det ikke, som om denne trend fortsætter. Samtidig er andelen af kommuner, som har særlige tilbud til fædre, uændret lav (6 pct.).

I forhold til sundhedsplejen i skolerne er der i år ingen kommuner, som har angivet, at de tilbyder sundhedssamtaler på alle klassetrin. I langt de fleste kommuner er det sundhedsplejerskerne alene, som står for ind- og udskolingsundersøgelsen. Kun 17 pct. af kommunerne angiver, at der overhovedet er afsat lægetimer i 2017. Disse tal illustrerer, at samarbejdet med kommunale læger fortsat mister betydning. Vi ved ikke, hvad denne nedprioritering betyder for børnesundheden.

Ud over ordningens generelle tilbud til alle børn og familier har der i de kommunale sundhedsordninger altid været fokus på indsatser særligt rettet imod familier med særlige sundhedsmæssige behov og sårbare børn og familier. Selvom svarprocenten er lavere i denne opgørelse, tyder de indberettede svar på forholdsvis stor variation ift. brug af behovsbesøg. Mangel på gode, sammenlignelige tal (over tid og på tværs af kommuner) for brug af behovsbesøg gør det svært at sige meget om brug af behovsbesøg og deres betydning. Desuden angiver et flertal af kommuner (57 pct.), at de allokere behovsbesøg baseret på sundhedsplejerskens faglige skøn. Behovsbesøg, deres allokering og betydning er et område, som vi ønsker mere viden om, givet, at disse besøg er en mulighed for at give en særlig indsats til familier med behov, fx med hensyn til barnets sundhed, udvikling, tilknytning mellem forældre og barn eller sociale belastninger i familien. Vi ved i dag ikke meget om, hvilke tiltag der i sundhedsplejen er særligt effektive for familier med forskellige typer af vanskeligheder.

Et område med stigende bevågenhed er screening og tilbud til forældre med efterfødselsreaktioner. Stort set alle kommuner fokuserer på efterfødselsreaktioner hos mor, og der er stigende fokus også på far. Det er stadig fædre, som ikke får tilbudt specialiserede tilbud i samme omfang som mødre. Der er dog en stigende andel af kommuner, som benytter sig af familieorienterede kurser og tilbud og dermed inkluderer fædre i langt højere grad i deres tilbud end tidligere.

Det tværfaglige samarbejde om sårbare familier i kommunerne beskrives positivt af de fleste sundhedsplejersker: Stort set alle kommuner har i dag tværfaglige fora, og sundhedsplejerskerne er overordnet set tilfreds med disse.

Øjebliksbilledet 2017 illustrerer både fællestræk og forskelle i de kommunale sundhedsplejerskeordninger. Det er vigtigt at fremhæve, at vores notat ikke er en fyldestgørende beskrivelse af alle elementer af ordningen, men at vi har udvalgt elementer, som vi mener er centrale.

Desuden er det vigtigt at fremhæve, at vores opgørelse ikke kan afgøre, hvilke indsatser eller former for organisering der er mest effektive eller anvender ressourcerne mest hensigtsmæssigt. Det er afgørende for den fremtidige udvikling af sundhedsplejerskeordningen at etablere et solidt vidensgrundlag. Vi ved i dag alt for lidt om betydningen af de forskellige elementer i sundhedsplejen for børn og familiernes sundhed og udvikling – det gælder både den brede indsats og de mere specialiserede tilbud til sårbare familier. Selvom der er stor opmærksomhed på betydningen af tidlige indsatser for børns ud-



vikling og sundhed på kort og længere sigt, så ved vi ikke meget om, hvilke former for indsats vi skal satse på i Danmark.

For at sige mere om sundhedsplejens effekter – både i den brede, universelle indsats og i den målrettede indsats for sårbare familier – skal vi fortsat have fokus på et bedre samarbejde mellem praksis og forskning. Et vedvarende problem i forhold til at etablere mere viden om effekterne af sundhedsplejerskeordningen er, at der på trods af omfattende registreringer af data i kommunerne er mangel på data, som kan tilgås af forskere. For at skabe viden om, hvad vi skal satse på i fremtiden, skal forskere have adgang til data om specifikke elementer i sundhedsplejerskeindsatsen sammen med data om relevante udfaldsmål for børn og familier. Vi håber, at vi i fremtiden – blandt andet i tæt samarbejde mellem praksis og forskerne i CRUNCH samarbejdet – kan bidrage til et større fokus på udnyttelse af eksisterende data om sundhedsplejerskeordningen for at etablere mere viden om ordningens effekter.



## DATAGRUNDLAG

Årets øjebliksbillede er primært baseret på et elektronisk spørgeskema udsendt til de ledende sundhedsplejersker i alle 98 danske kommuner i februar 2017. Vi baserer vores opgørelser for 2017 på 83 komplette besvarelser af spørgeskemaet og 5 delvise besvarelser. For 10 kommuner har vi ikke besvarelser. Som tabel 3.1 illustrerer, er det især kommuner med et lavere børnetal, som ikke har besvaret spørgeskemaet eller kun har besvaret delvist. De 10 pct. af kommunerne, som ikke har besvaret, udgør kun 7 pct. af det samlede antal børn.

TABEL 3.1

Antal besvarede spørgeskemaer og børnetal i de kommuner, som har besvaret spørgeskemaet, besvaret ufuldendt og ikke besvaret.

	Kommuner		Antal børn	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Besvarede spørgeskemaer (komplette)	83	85	990.631	90
Ukomplette besvarelser	5	5	29.507	3
Ubesvarede	10	10	78.015	7
Total	98	100	1.098.153	100

Anm.: Antal børn består af antal børn bosat i kommunen pr. 1. januar 2016 i alderen mellem 0 og 16 år.

Kilde: Børnetal: [www.statistikbanken.dk/BY2](http://www.statistikbanken.dk/BY2)

Besvarelserne er ikke ligeligt fordelt på regionerne. Af tabel 3.2 fremgår det, at mens 90 pct. af kommunerne i Region Hovedstaden, Syddanmark og Midtjylland har besvaret skemaet, har kun 71 pct. af kommunerne i Region Sjælland besvaret spørgeskemaet.

TABEL 3.2

Besvarelser fordelt på region. Kun komplette besvarelser er medregnet.

	Antal besvarelser	Antal kommuner i alt	Pct. besvaret
Region Hovedstaden	26	29	90
Region Sjælland	12	17	71
Region Syddanmark	20	22	91
Region Midtjylland	17	19	90
Region Nordjylland	8	11	73
Total	83	98	85

Hvor det har været muligt, inddrager vi også data og opgørelser fra tidligere Øjebliksbilleder i vores beskrivelser: Vi har inddraget kommune-niveau data fra året 2011. Vi har ikke haft adgang til data fra andre år end 2007 og 2011. Vi refererer desuden til aggregerede tal fra notaterne for 2007, 2011, 2013 og 2015, hvor det er muligt at sammenligne over tid. Vi bruger sammenligningen med tidligere data og notater til at beskrive overordnede udviklingstendenser over tid.

## STRUKTUR, ORGANISATORISK PLACERING OG LEDELSE I SUNDHEDSPLEJEN

I 68 pct. af kommunerne er sundhedsordningerne placeret under børneområdet (Børn og familie, Børn og unge, Skole og uddannelse, Børn og kultur), mens 32 pct. af kommunerne har lagt sundhedsordningerne under sundhedsområdet (Social og Sundhed eller Sundhedsudvalget), (bilagstabel B8.1).

I de fleste kommuner har lederen af den kommunale sundhedspleje ansvar for både budgettet, ansættelser og afskedigelser. Derudover er mange af lederne også med i den overordnede strategiske ledelse. 69 pct. af de daglige ledere har desuden ansvar for andre faggrupper end sundhedsplejersker, fx familiekonsulenter, terapeuter, kommunale læger, specialpædagoger mv. (bilagstabel B8.2).

Denne vifte af opgaver stiller store krav til lederen af de kommunale sundhedsplejerskeordninger. Spurgt efter kvalifikationerne af den daglige leder i den kommunale sundhedstjeneste pr. 1.1.2017 svarer langt de fleste kommuner, at lederen har en sundhedsfaglig uddannelse.<sup>1</sup> Kun 13 pct. af kommunerne svarer, at de har en daglig leder med en anden faglig baggrund. Ligesom rapporteret i Øjeblikksbilledet 2015 er det i størstedelen af kommunerne, nemlig 72 pct. (2015: 76 pct.), en ledende sundhedsplejerske, som har ansvaret for det daglige arbejde i sundhedstjenesten.

TABEL 4.1

Hvem er ansvarlig for det daglige arbejde i sundhedstjenesten? (N = 88).

	Antal	Pct.
Ledende sundhedsplejerske	63	72
Koordinator (sundhedsplejerske)	5	6
Teamleder (sundhedsplejerske/sygeplejerske)	7	8
Anden leder uden sundhedsfaglig baggrund	12	13
Chef med anden baggrund	1	1

Kommunerne er også blevet spurgt om, hvem der pr. 1.1.2017 er den nærmeste overordnede for lederen af sundhedsordningerne. 82 pct. af kommunerne svarer, at den nærmeste overordnede er

<sup>1</sup> Vi ved fra tidligere opgørelser, at mange ledende sundhedsplejersker desuden har taget diplomuddannelser i ledelse, MPH-uddannelse eller lignende.

chef/direktør/vicedirektør. Størstedelen af kommunerne er derfor placeret med direkte reference til det øverste lag i ledelseshierarkiret. De resterende 18 pct. af kommunerne er placeret under en afdelingsleder eller lignende.

## SUNDHEDSPLEJENS GENERELLE TILBUD

Sundhedsplejens overordnede formål er at ”bidrage til at sikre alle børn en sund opvækst gennem sundhedsfremmende og forebyggende indsatser og aktiviteter.” (SST, 2011: s. 67) De konkrete opgaver for den kommunale sundhedspleje er bestemt i sundhedslovens § 121-122. Overordnet skal sundhedsplejen tilbyde:

- individuel støtte og rådgivning til alle gravide, spæd- og småbørnsforældre
- støtte og opfølgning til sundhedsmæssigt truede børn og familier
- funktionsundersøgelser og kontakt til skolebørn og deres forældre
- gruppeaktiviteter og tværfaglige aktiviteter i lokalsamfundet/kommunen, bl.a. samarbejde med andre aktører til fremme af sundhed i kommunen.

Hvor Sundhedsstyrelsen har formuleret vejledninger for kerneelementerne i sundhedsplejen (som fx hjemmebesøgene i spædbørnssundhedsplejen og ind- og udskolingsundersøgelserne), er der betydeligt og ønsket rum for kommunal variation i den konkrete udformning af sundhedsplejens arbejde. Helt konkret skal indsatsen tilrettelægges ”i overensstemmelse med familiernes behov og således, at lokalt prioriterede indsatser indgår som en del af helheden.” (SST, 2011: s. 13).

I de følgende afsnit giver vi et overblik over udvalgte kerneelementer i sundhedsplejen (dvs. elementer, som indgår i SST's vejledning) og udformningen af kommunale prioriteringer.

### TILBUD TIL GRAVIDE OG KOMMENDE FORÆLDRE

De fleste kommuner (80, 94 pct.) har i dag et tilbud om graviditetsbesøg af sundhedsplejerske. Kun 5 kommuner svarer, at de slet ikke tilbyder graviditetsbesøg. Tabel 5.1 illustrerer, at et stort flertal af de kommuner, som tilbyder besøget, tilbyder graviditetsbesøg til familier, som skønnes at have et særligt behov, mens 14 pct. af kommuner med tilbuddet svarer, at de tilbyder besøg til alle førstegangsfødende.

I 2015 angav 73 pct. af de adspurgte kommuner, at de tilbyder graviditetsbesøg efter behovsvurdering, og 26 pct. af kommunerne graviditetsbesøg til alle førstegangsfødende (Øjebliksbilledet, 2015).<sup>2</sup>

TABEL 5.1

Hvem tilbydes graviditetsbesøg? Mulighed for flere svar pr. kommune. Kommuner, som tilbyder graviditetsbesøg (N = 80).

	Antal	Pct.
Alle	16	20
Alle førstegangsfødende	11	14
Alle, der venter mere end et barn	2	3
Udelukkende graviditetsbesøg efter behov	61	76

Et andet tilbud til kommende forældre er forældreforberedelse. Lidt over halvdelen af kommunerne tilbyder pr. 1.1.2017 en form for forældreforberedelse. Tabel 5.2 viser, at der er store regionale forskelle på andelen af kommuner, som angiver, at de tilbyder forældreforberedelse. Mens samtlige kommuner i Region Nordjylland, som har besvaret spørgeskemaet, svarer, at de tilbyder forældreforberedelse, er det kun 30 pct. af kommunerne i Region Hovedstaden, som svarer det samme.

Forskelle i samarbejdet med hospitalerne i de forskellige regioner kan være en del af forklaringen: 71 pct. af kommunerne, som tilbyder forældreforberedelse, udfører det i samarbejde med de regionale fødesteder. Dette tal varierer mellem 56-88 pct. på tværs af regionerne.

TABEL 5.2

Tilbyder i pr. 1.1.2017 forældreforberedelse, fordelt på region (N = 85).

	Antal	Pct.
Region Hovedstaden	8	30
Region Sjælland	9	69
Region Syddanmark	14	70
Region Midtjylland	9	53
Region Nordjylland	8	100
Total	48	56

Samarbejde mellem den kommunale sundhedspleje og fødestederne (primært jordemødrene) er ikke kun potentielt vigtigt for selve gennemførelsen af forældreforberedelsen. Samarbejdet kan være afgørende for overhovedet at etablere en tidlig kontakt mellem sundhedsplejen og den gravide kvinde og hendes partner og dermed muliggøre en tidlig kommunal indsats. Over halvdelen af kommunerne oplever udfordringer med at få kendskab til de gravide i kommunen. Udfordringerne er især store i Region Sjælland og Hovedstaden, hvor henholdsvis 85 og 70 pct. af kommunerne svarer, at de oplever udfordringer med at få kendskab til de gravide i deres kommune. Denne faktor gør det vanskeligt at tilbyde indsatser i graviditeten og dermed at opspore potentielle problemer tidligt.

<sup>2</sup> Tallene fra 2013 er 99 pct. for besøg efter behov og 14 pct. for besøg til alle førstegangsfødende, der er dog blevet spurgt på en lidt anden måde i de foregående år.



TABEL 5.3

Oplever I udfordringer med at få kendskab til de gravide kvinder i jeres kommune? Fordelt på region (N = 85).

	Antal	Pct.
Region Hovedstaden	19	70
Region Sjælland	11	85
Region Syddanmark	9	45
Region Midtjylland	6	35
Region Nordjylland	3	38
Total	48	56

## TILBUD TIL FAMILIER MED SPÆDBØRN

### BARSELSBESØG EFTER AMBULANT FØDSEL

I Danmark er andelen af ambulante fødsler (dvs. fødsler, hvor kvinder og deres nyfødte børn ikke bliver indlagt på hospitalet) steget støt siden introduktionen af de første forsøgsordninger med ambulante fødsler for flergangsfødende i starten af 1990'erne (LUP, 2016). I dag kan både første- og flergangsfødende uden komplikationer udskrives ambulant, og der er variation i udskrivningspraksis og opfølgning på tværs af regioner. Vi har dog stadig begrænset viden om betydningen af kortere indlæggelser efter fødslen for børn og deres familier, samt hvilke interventioner og tilbud der kan afhjælpe potentielle negative effekter (Nilsson, 2016; Sievertsen & Wüst, 2015).

Som led i omsorgen for kvinder og børn, som udskrives ambulant, anbefaler Sundhedsstyrelsen et barselsbesøg efter en ambulant fødsel (4-5 dage efter fødslen). 98 pct. af kommunerne følger denne anbefaling. Halvdelen af kommunerne angiver, at de tilbyder barselsbesøg også i weekender og helligdage, mens 46 pct. af kommunerne kun tilbyder barselsbesøg i hverdage. Selvom tallene fra Øjebliksbillederne i 2013 og 2015 ikke er helt sammenlignelige, ser vi en tendens til en opprioritering af barselsbesøg over de sidste 5 år.<sup>3</sup> I 2013 angav 32 pct. af de adspurgte kommuner, at de tilbød to hjemmebesøg efter ambulant eller hjemmefødsel. I 2015 angav 85 pct. af kommunerne, at de tilbød et barselsbesøg på dag 4-5.

TABEL 5.4

Tilbyder I pr. 1.1.2017 barselsbesøg 4-5 dage efter fødslen ved tidlig udskrivning? Fordelt på region (N = 84).

	Nej		Ja, inkl. weekend og helligdage		Ja, kun hverdage	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Region Hovedstaden	0	0	7	27	19	73
Region Sjælland	1	8	5	38	7	54
Region Syddanmark	1	5	11	55	8	40
Region Midtjylland	0	0	16	94	1	6
Region Nordjylland	0	0	4	50	4	50
Total	2	2	43	51	39	47

### HJEMMEBESØG TIL FAMILIER MED BØRN UNDER 1 ÅR

Sundhedsstyrelsens vejledning er, at kommuner som minimum tilbyder 5 hjemmebesøg i løbet af barnets første leveår. For førstegangsfødende angiver 86 pct. af kommunerne, at de tilbyder 5 eller flere hjemmebesøg i barnets første leveår. For efterfølgende børn tilbyder 75 pct. af kommunerne 5 eller fle-

<sup>3</sup> Spørgsmål har været formuleret lidt anderledes i de foregående år.

re hjemmebesøg i løbet af barnets første leveår (tabel 5.5). Sammenlignet med data fra 2015 er der sket en stigning i antallet af kommuner, som lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om 5 hjemmebesøg: I 2015 angav 66 pct. af kommunerne, at de tilbød 5 eller flere hjemmebesøg hos familier ved det første barn.<sup>4</sup> For alle efterfølgende børn var tallet 47 pct. (Øjebliksbillede, 2015).

Af tabel 5.5 fremgår det endvidere, at størstedelen af kommunerne ikke tilbyder hjemmebesøg, efter at barnet er født 1 år. Henholdsvis 69 og 71 pct. af kommunerne tilbyder ikke hjemmebesøg til førstegangsfødende, når barnet er 13-24 måneder og 25-36 måneder. Samme tendens gør sig gældende ved tilbuddet om hjemmebesøg for efterfølgende børn.

TABEL 5.5

Antal hjemmebesøg fordelt på førstegang og efterfølgende børn samt barnets alder (N = 84).

	Førstegangsfødende		Efterfølgende børn	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
<i>0-12 måneder</i>				
3 eller mindre	3	4	6	7
4	7	8	13	16
5	23	27	28	34
6	36	43	33	39
7 besøg eller mere	13	16	2	2
Ubesvaret	2	2	2	2
Total	84	100	84	100
<i>13-24 måneder</i>				
0	58	69	61	73
1	14	17	11	13
2 besøg eller mere	9	10	9	10
Ubesvaret	3	4	3	4
Total	84	100	84	100
<i>25-36 måneder</i>				
0	60	71	60	71
1	15	18	12	14
2 besøg eller mere	7	9	10	13
Ubesvaret	2	2	2	2

#### ANDRE TILBUD TIL FAMILIER MED SPÆDBØRN

Ud over tilbuddet om hjemmebesøg tilbyder man i 92 pct. af kommunerne åbent hus/konsultation med eller uden tidsbestilling, hvor spædbørnsfamilier kan få rådgivning. I nogle kommuner tilbyder man udelukkende åbent hus/konsultation ved spidsbelastninger, fx ferie eller sygdom. Denne prioritering antyder, at man ikke opfatter åbent hus eller konsultation som en ligeværdig erstatning for hjemmebesøget i disse kommuner.

I 33 pct. af de danske kommuner tilbyder man konsultation som egentlig erstatning/alternativ til et eller flere hjemmebesøg. Disse kommuner arbejder altså med denne form for forældrekontakt også i perioder, hvor der ikke er spidsbelastninger (pga. ferie eller sygdom). Denne andel af kommuner, som erstatter hjemmebesøg med konsultation, er på samme niveau som i Øjebliksbilledet 2015.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> I Øjebliksbilledet 2015 refereres til dette tal, som er taget fra "Børns sundhed", for 82 af landets kommuner.

<sup>5</sup> Tallene om konsultation er ikke baseret på identiske spørgsmål, og derfor er der lidt usikkerhed om sammenlignelighed af opgørelsen over tid.

TABEL 5.6

Kommuner, der pr. 1.1.2017 tilbyder åbent hus/konsultation. Mulighed for flere svar pr. kommune (N = 83).

	Antal	Pct.
Åbent hus med tidsbestilling og fx vejning af børn og rådgivning	10	12
Åbent hus kun ved spidsbelastninger (ferie/sygdom)	5	6
Åbent hus/konsultation uden tidsbestilling til fx vejning af børn og rådgivning	52	63
Konsultationer kun ved spidsbelastninger (ferie/sygdom)	26	31
Konsultation, fx vejning af børn, undersøgelse og rådgivning som erstatning for hjemmebesøg	27	33

Spurgt til, hvilke kriterier de benytter, når de erstatter konsultation med et hjemmebesøg, svarer halvdelen af kommunerne (52 pct.), at de har udarbejdet skriftlige kriterier. 37 pct. af kommunerne har ingen skriftlige kriterier, men bruger den enkelte sundhedsplejerskes faglige skøn.

## TILBUD TIL SKOLEBØRN

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommuner som minimum tilbyder børn i skole en ind- og udskolingsundersøgelse, tre samtaler i løbet af skolegangen samt sundhedspædagogiske aktiviteter. Det anbefales endvidere, at der er undersøgelser eller sundhedspædagogiske aktiviteter på alle klassetrin.

De fleste kommuner angiver, at det er sundhedsplejersken, som alene står for ind- og udskolingsundersøgelsen. I enkelte kommuner er ind- og udskolingen et samarbejde mellem læge og sundhedsplejerske. I 5 pct. af kommunerne er det en læge, som alene står for udskolingen.

TABEL 5.7

Hvem står for ind- og udskolingen i jeres kommune? Antal, procent i parentes (N = 86).

	Sundhedsplejerske alene	Læge og sundhedsplejerske	Læge alene
Indskoling	83 (97 pct.)	3 (3 pct.)	0 (0 pct.)
Udskoling	79 (92 pct.)	3 (3 pct.)	4 (5 pct.)

Når vi spørger om lægetimer mere generelt, så er der i 83 pct. af kommunerne ingen lægetimer i 2017. For de kommuner, som har en læge tilknyttet, er der 0-20 ugentlige lægetimer i 7 kommuner, og flere end 20 timer i 8 kommuner. At flertallet af kommunerne ikke bruger samarbejde med en kommunal læge, markerer fortsættelsen af en trend, som vi har set over de sidste mange år siden en lovændring i 2008, som gav kommunerne mulighed for at overdrage ansvar for ind- og udskolingsundersøgelsen til sundhedsplejen: I Øjeblikkbilledet 2007 angav 81 pct. af kommunerne, at de havde en læge tilknyttet. Siden lovændringen året efter har tallet været faldende.

Ingen af kommunerne, som har besvaret spørgeskemaet, angiver, at de tilbyder sundhedssamtaler på alle klassetrin. Tabel 5.8 viser, hvor mange kommuner der tilbyder sundhedssamtaler på de forskellige klassetrin. Ud over sundhedssamtaler tilbydes der i gennemsnit 3,2 sundhedspædagogiske aktiviteter i skoleforløbet.

TABEL 5.8

På hvilke skoletrin har I sundhedssamtaler i skoleforløbet ud over ind- og udskoling? Mulighed for at angive flere svar (N = 83).

	Antal	Pct.
1. klasse	46	55
2. klasse	7	8
3. klasse	19	23
4. klasse	23	28
5. klasse	38	46
6. klasse	30	36
7. klasse	18	22
8. klasse	10	12

## ANDRE TILBUD OG PROJEKTER

De fleste kommuner har en bred vifte af tilbud til både småbørnsfamilier og familier med skolebørn. Mange af disse tilbud introduceres som udviklingsprojekter, dvs. finansieret med eksterne midler fx fra satspuljen. Oversigten i tabel 5.9 illustrerer, at kommunerne vælger forskellige lokale tiltag i overensstemmelse med intentionen om at tilbyde tiltag, som vurderes gavnlige i de lokale forhold.<sup>6</sup> Der er nogle fællestræk:

Spurgt efter konkrete og programbaserede forældrekurser angiver 62 pct. af kommunerne, at de tilbyder enten ”Klar Til Barn”, ”Familie Iværksætterne”, ”En god start sammen” eller selvudviklede familiekurser (ofte med afsat i eksisterende programmer). Disse gruppeaktiviteter henvender sig typisk til alle gravide og deres partnere eller alle førstegangsfødende samt deres partnere. I 2015 var tallet på et lignende niveau med ca. 63 pct. af kommunerne, som tilbød forældrekurser.<sup>7</sup> Derudover tilbyder, ligesom rapporteret i 2015, lidt over en tredjedel af kommunerne mere behandlingsorienterede forældreprogrammer, som henvender sig til særligt udsatte grupper.

I forhold til udsatte gravide arbejder 71 pct. af kommunerne med specialmødregupper, fx til unge mødre. Størstedelen af disse kommuner har indført specialmødregupper som en del af driften. 90 pct. af kommunerne har tilbud til overvægtige skolebørn, enten som en del af driften eller som en del af et projekt, og også en målrettet indsats for småbørn med overvægt er udbredt i landets kommuner. Til gengæld angiver uændret meget få kommuner (sammenlignet med 2015), at de har tilbud målrettet fædre (6 pct. af kommunerne).

<sup>6</sup> Vores oversigt er givetvis ikke dækkende for alle tilbud i kommunerne, men giver et overblik over nogle af de mest typiske tilbud baseret på tidligere års undersøgelser.

<sup>7</sup> I 2015 er der blevet spurgt i lidt andre kategorier.

TABEL 5.9

Har I pr. 1.1.2017 følgende tilbud i jeres kommune? Mulighed for flere svarmuligheder pr. kommune (N = 86).

	Ja, tilbydes som en del af et projekt	Ja, tilbydes som en del af driften	Total
<i>Forældrekurser</i>			
Klar til barn	1	12	13 (15 pct.)
En god start sammen	1	3	4 (5 pct.)
Familieiværksætterne	4	19	23 (27 pct.)
Selvudviklede forældrekurser	8	9	17 (20 pct.)
<i>Tilbud målrettet fædre</i>			
Gruppe/legestue for fædre	1	4	5 (6 pct.)
<i>Generel forebyggelse</i>			
Unge og alkohol	5	16	21 (25 pct.)
Håndhygiejne	4	45	49 (57 pct.)
Anti-mobning	0	10	10 (12 pct.)
<i>Unge</i>			
Tilbud til ungdomsuddannelse	4	12	16 (19 pct.)
<i>Udsatte grupper</i>			
Specialmødregupper (fx for unge)	7	54	61 (71 pct.)
Mentorordning	2	5	7 (8 pct.)
Gruppe for etniske minoriteter	5	26	31 (36 pct.)
Småbørn og overvægt	11	37	48 (56 pct.)
Skolebørn og overvægt	26	51	77 (90 pct.)
Børn og unge i skilsmisse	5	19	24 (28 pct.)
Børn og unge i sorg	1	17	18 (21 pct.)
Marte Meo	2	42	44 (51 pct.)
Behandlingstilbud (fx sårbare gravide og småbørn)	18	32	50 (58 pct.)
ADBB – Alarm Distress Baby Scale	4	8	12 (14 pct.)
<i>Forældre programmer - behandlingsorienteret</i>			
ICDP	1	14	15 (17 pct.)
PREPP	2	7	9 (10 pct.)
De utrolige år - Baby	4	8	12 (14 pct.)
<i>Struktur og personale</i>			
Familiehus (sammen med andre faggrupper)	6	19	25 (29 pct.)
Sundhedsplejerske med IBCLC certifikat	6	46	52 (60 pct.)

Vi har i år spurgt kommunerne om deres arbejde med IBCLC-certificering (International Board Certified Lactation Consultant). Certificeringen giver sundhedsplejerskerne specialviden om støtte og rådgivning om amning. Øget brug af certificeringen kan være tegn på, at en videreuddannelse af sundhedsplejersker på dette område er blevet mere efterspurgt i takt med stigningen af tidlige udskrivninger fra hospitalet og øget fokus på barselsbesøget i sundhedsplejen (Sygeplejersken, 2011).

Figur 5.1 viser udbredelsen af IBCLC-certificering over tid i de danske kommuner. I dag har man sundhedsplejersker med IBCLC-certifikat i 52 kommuner (60 pct.). De fleste kommuner, som arbejder med IBCLC, har fået deres første certificerede sundhedsplejerske inden for de seneste 5 år. 60 pct. af disse kommuner har mere end én sundhedsplejerske med IBCLC certifikat.

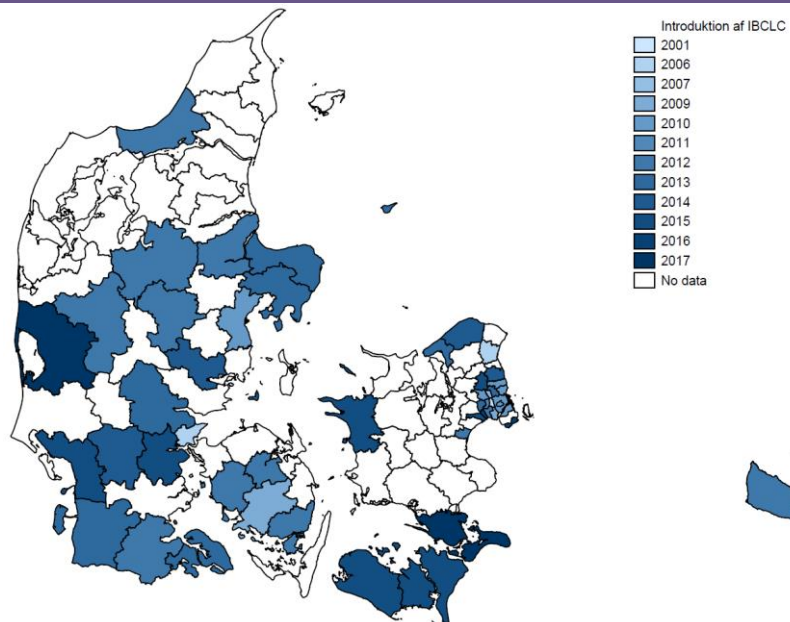
Der er lige nu ikke forsket i effekten af en større udbredelse og arbejde med IBCLC i sundhedsplejerskeordningerne i Danmark på ammevarigheden eller senere udfaldsmål for børnene. Tidligere studier viser, at en systematisk videreuddannelse af sundhedsplejersker kan have stor betydning for deres virke ift. vejledning og støtte til amning (Kronborg m.fl., 2008).

---

FIGUR 5.1

Kommuner fordelt efter, hvornår de fik deres første IBCLC-certificerede sundhedsplejerske.

---



## BEHOVSSUNDHEDSPLEJEN – UDVALGTE ASPEKTER

### BEHOVSBESØG I HJEMMET TIL SMÅBØRNSFAMILIER

Samtlige kommuner tilbyder familier med særlige behov en yderligere indsats fx igennem behovsbesøg. Men hvordan allokeres disse særlige tilbud? Vi har spurgt kommunerne om, hvordan de vurderer småbørnsfamiliernes behov for ekstra sundhedsplejerskebesøg. I 57 pct. af kommunerne er der ingen skriftlige kriterier for vurderingen, men behovet vurderes ud fra sundhedsplejerskens faglige skøn. I 26 pct. af kommunerne har man selv udarbejdet skriftlige kriterier for vurderingen. Derudover benytter man også Børnelinealen, Opsporingsmodellen eller en anden tværfaglig model. Denne forskellighed antyder, at man bruger behovsbesøg ret forskelligt i kommunerne.

Der er – sammenlignet med 2015 – en større andel af kommuner, som angiver, at de bruger sundhedsplejerskens faglige skøn og ikke andre, udarbejdede kriterier for at allokere behovsbesøg. Det er ikke kortlagt, hvilken betydning denne form for praksis har for hverken niveauet for behovssundhedsplejen eller børn og familiers sundhed og trivsel.

TABEL 6.1

Har I udarbejdet kriterier for vurdering af familiers behov for ekstra sundhedsplejerskebesøg? (N = 83).

	Antal	Pct.
Vi har ingen kriterier, det er sundhedsplejerskens faglige skøn	47	57
Vi bruger Børnelinealen	5	6
Vi bruger Opsporingsmodellen udarbejdet af KORA	5	6
Vi bruger en anden tværfaglig model	4	5
Vi har skriftlige kriterier udarbejdet i sundhedsplejerskegruppen	22	26

Vi har spurgt kommunerne, hvor mange behovsbesøg i alt de har aflagt i 2016, samt hos hvor mange børn. Desværre har ikke alle kommuner bevaret dette spørgsmål, hvorved svarprocenten er lav. Tallene

i tabellerne 6.2 og 6.3 skal derfor fortolkes med det forbehold, at ikke alle kommuner arbejder med elektroniske journalsystemer, som kan levere dette tal.<sup>8</sup>

Tabel 6.2 viser antal børn, som har modtaget mindst et behovsbesøg i 2016 i de 45 kommuner, som har vurderet, at de kan svare på spørgsmålet. Tallet er omregnet til antal børn med behovsbesøg pr. 1.000 børn i kommunen, så tallet er mere sammenligneligt mellem regionerne. Kommunerne har i gennemsnit aflagt besøg hos 41 ud af 1.000 børn i 2016. Ser man på antallet af behovsbesøg i alt, så har kommunerne i gennemsnit aflagt 86 behovsbesøg pr. 1.000 børn i 2016. Der er regionale forskelle i disse tal – og der er stor variation i antal børn med behovsbesøg og antal besøg på tværs af kommuner i samme region.<sup>9</sup> Det er ud fra vores tal uklart, om disse forskel skyldes lokale prioriteringer eller forskelle i kommunernes befolkningssammensætning.

Vi har i dag ingen opgørelser over tid om, hvilke børn og familier der typisk modtager behovsbesøg i de forskellige kommuner. Derfor er det i dag svært at sige mere om udviklingen i brug af behovsbesøg og betydningen dette.

TABEL 6.2

Hvor mange børn har I aflagt behovsbesøg hos i år 2016 (0-7 år)? Pr. 1.000 børn, fordelt på region (N = 45).

	Gennemsnit	Minimum	Maksimum
Region Hovedstaden	44	15	75
Region Sjælland	41	15	56
Region Syddanmark	40	16	73
Region Midtjylland	36	12	45
Region Nordjylland	38	36	40
Total	41	12	75

Anm.: Mange kommuner angiver, at de ikke kan aflæse tallet i deres journalsystem, og at de derfor ikke har svaret.

TABEL 6.3

Hvor mange behovsbesøg har I aflagt i år 2016 (0-7 år)? Pr. 1.000 børn, fordelt på region (N = 47).

	Gennemsnit	Minimum	Maksimum
Region Hovedstaden	84	20	147
Region Sjælland	76	3	141
Region Syddanmark	100	40	165
Region Midtjylland	84	12	137
Region Nordjylland	74	59	94
Total	86	3	165

Anm.: Mange kommuner angiver, at de ikke kan aflæse tallet i deres journalsystem, og at de derfor ikke har svaret på spørgsmålet.

## SCREENING OG INDSATSER FOR EFTERFØDSELSREAKTIONER HOS MOR OG FAR

En god tidlig kontakt mellem forældre og barn er afgørende for barnets udvikling. Efterfødselsreaktioner hos forældrene er én faktor, som kan forstyrre denne kontakt. Vi har spurgt kommunerne om deres praksis ift. screening af og tilbud til forældre med efterfødselsreaktioner.

<sup>8</sup> Afrapporteringen var også mangelfuld i 2015, og derfor blev der ikke afrapporteret tal for behovsbesøg (antal og antal børn). Der er heller ikke afrapporteringer for behovsbesøg i tidligere års Øjebliksbilleder. Vi kan derfor konkludere, at området er ganske sparsomt belyst.

<sup>9</sup> Da svarprocenten som nævnt er lav, er tallene forbundet med en relativt stor usikkerhed.



Emnet nyder i dag en stor bevågenhed. 98 pct. af kommunerne screener mødre for efterfødselsreaktioner. Men tallet er langt lavere for fædre. 63 pct. af kommunerne screener for efterfødselsreaktioner hos fædre.

TABEL 6.4

Tilbyder I pr. 1.1.2017 screening for efterfødselsreaktioner? (N = 84).

	Mor		Far	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Ja	82	98	53	63
Nej	2	2	31	37

96 pct. af kommunerne, som screener mødre for efterfødselsreaktioner, bruger EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) til at screene for efterfødselsreaktioner. 70 pct. af kommunerne, som screener fædre, bruger EPDS, imens 81 pct. af kommunerne, som screener fædre for efterfødselsreaktioner, benytter Gotland-skalaen.

I 2015 har 84 pct. af kommunerne rapporteret, at de screener forældre med EPDS, og 33 pct. har angivet, at de screener med Gotland – men vi har ikke oplysninger om, hvilke forældre (altså mødre og fædre), som fik tilbud om screening.<sup>10</sup>

TABEL 6.5

Hvilket screeningsværktøj bruger I til at undersøge for efterfødselsreaktioner? Mulighed for flere svar pr. kommune (Mor: N = 82, Far: N = 53).

	Mor		Far	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
EDPS	79	96	37	70
Gotland	27	33	43	81
Ingen af de ovenstående/andre	3	4	3	6

Anm.: Ud over EPDS og Gotland nævnes også spørgsmål fra Svend Åge Madsen og "spørgeskemaet på Gaia-institutts hjemmeside".

Der er også forskel i, hvilke tilbud mødre og fædre med efterfødselsreaktioner får i landets kommuner. Imens 57 pct. af kommunerne, som screener for efterfødselsreaktioner, har gruppetilbud til mødre, har kun 9 pct. dette tilbud til fædre. For fædre er henvisning til egen læge det hyppigste tilbud. Denne henvisning er ikke i sig selv et specialiseret tilbud. 18 og 25 pct. af kommunerne, som screener, henviser hhv. mødre og fædre til en psykolog. Vi kan ikke ud fra disse tal konkludere, om forskelle i tilbud er baseret på forskelle i forældrenes ønsker, faglige beslutninger i sundhedsplejen eller ressourcemæssige begrænsninger i kommunerne.

<sup>10</sup> Vi refererer til tallene fra side 8 i notatet fra 2015.

TABEL 6.6

Hvilke tilbud har I til forældre, som scorer højt på screening for efterfødselsreaktioner? Mulighed for flere svar pr. kommune (Mor: N = 82, Far: N = 53).

	Mor		Far	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Lyttebesøg	16	20	7	13
Gruppetilbud	47	57	5	9
Ekstra besøg af sundhedsplejerske	31	38	18	34
Henvisning til egen læge	25	30	23	43
Henvisning til psykolog	15	18	13	25

## DET KOMMUNALE TVÆRFAGLIGE SAMARBEJDE OM SÅRBARE FAMILIER

95 pct. af kommunerne angiver, at de har etableret tværfaglige fora omkring indsatsen over for sårbare familier i kommunen. Fra sundhedsplejens side er der generelt tilfredshed omkring det tværfaglige samarbejde i kommunen, og de vurderer, at de tværfaglige fora understøtter et godt samarbejde omkring de sårbare familier. På en tilfredshedsskala fra 1-5, hvor 1 betyder slet ikke tilfreds, og 5 betyder tilfreds i høj grad, svarer kommunerne i gennemsnit 3,8.

TABEL 6.7

Findes der et eller flere tværfaglige fora i kommunen om sårbare familier? (N = 83).

	Antal	Pct.
Ja	79	95
Nej	4	5

Tabel 6.8 viser, hvilke områder der typisk er repræsenteret i de tværfaglige fora. Det er typisk repræsentanter for Børn og Familie forvaltningen, pædagogisk og psykologisk rådgivning og repræsentanter fra daginstitutioner og skoleområdet, som er repræsenteret i de tværfaglige fora i kommunerne. Læger og regionalt ansatte jordemødre er involverede i mindre grad.

TABEL 6.8

Hvilke områder er repræsenteret i dette/disse fora? Mulighed for flere svar pr. kommune (N = 79).

	Antal	Pct.
Daginstitution- og skoleområdet	61	77
Pædagogisk Psykologisk Rådgivning	62	78
Kultur- og fritid	1	1
Børn/familie området – myndighed	74	94
Socialområdet (fx handicap, psykiatri og udsatte) – myndighed	28	35
Job og beskæftigelse – myndighed	6	8
De praktiserende læger	10	13
Jordemødre fra fødestederne	27	34
Andre	17	22

30 pct. af kommunerne, som har tværfaglige fora, svarer, at de har formelt beskrevne målgrupper og arbejdsgange omkring samarbejdet. 12 pct. arbejder mest ad hoc fra sag til sag, mens 58 pct. af kommunerne arbejder med en kombination af et formaliseret samarbejde og ad hoc samarbejde.

Vi har desuden spurgt, om sundhedsplejen involveres i forskellige konkrete samarbejder. I to tredjedele af kommunerne vurderer sundhedsplejerskerne, at de har et tæt samarbejde med daginstitutionerne med henblik på at styrke børnesundheden i kommunen. Gode modeller for samarbejdet mellem sundhedsplejen og daginstitutionen kan hjælpe med at sikre en sammenhængende indsats specielt for sårbare familier. Dette samarbejde er potentielt afgørende, da der ofte bliver henvist til tab af informationer om børns trivsel og sundhed ved overgangen fra hjemmet til daginstitutionen (og senere skolen).

I 77 pct. af kommunerne inddrages sundhedsplejen i udarbejdelser af § 50 undersøgelser. Flertallet af kommunerne gennemfører desuden tværfaglige kurser for medarbejdere. Denne type kurser kan potentielt være vigtige for at sikre et godt tværfagligt samarbejde om sårbare familier.

TABEL 6.9

Angiv, hvorvidt nedenstående udsagn passer til arbejdet i din kommune. Mulighed for flere svar pr. kommune (N = 83).

	Ja	Nej	Ved ikke
Har sundhedsplejen et tæt samarbejde med dagtilbud og skole med henblik på at styrke den almene børnesundhed i kommunen?	64 (77 pct.)	13 (16 pct.)	6 (7 pct.)
Inddrages sundhedsplejen ved udarbejdelse af § 50 undersøgelser af spæd- og småbørn?	64 (77 pct.)	17 (21 pct.)	2 (2 pct.)
Kan sundhedsplejerske fungere som mentor i jobcentret?	1 (1 pct.)	59 (71 pct.)	23 (28 pct.)
Gennemføres der tværfaglige kurser for medarbejdere på tværs af kommunen?	66 (79 pct.)	13 (16 pct.)	4 (5 pct.)



## KAPACITET I SUNDHEDSPLEJEN

I overensstemmelse med tidligere Øjeblikk-billeder viser de følgende tabeller et billede af kapaciteten i de kommunale ordninger.<sup>11</sup>

Tabel 7.1 viser antal sundhedsplejersketimer (pr. uge) pr. 1.000 børn i udvalgte år mellem 1999-2017. Fokuserer man på landsgennemsnittet, tegner der sig et billede af stabilitet i det gennemsnitlige antal sundhedsplejersketimer pr. 1.000 børn.<sup>12</sup>

TABEL 7.1

Gennemsnitlige antal timer pr. 1.000 børn i udvalgte år mellem 1999-2017.

År	Timer pr. 1.000 børn
1999	52
2004	47,8
2007	46,9
2008	47,8
2009	46,6
2010	48,8
2011	46,7
2013	49,0
2015	50,0
2017	49,8

Anm.: Tallene for 1999-2015 kommer fra Øjeblikk-billedet 2015.

Der er forskel på, hvor mange sundhedsplejersketimer pr. 1.000 børn der er i de forskellige kommuner. Figur 7.1 viser landets kommuner inddelt i kvartiler baseret på deres gennemsnitlige antal sundhedsplejersketimer pr. uge pr. 1.000 børn – dvs. kommunerne er inddelt i 4 lige store grupper baseret på deres kapacitet. 1. kvartil består af de 25 pct. af kommunerne, som har laveste kapacitet pr. 1.000 børn pr. uge i 2017, men 4. kvartil består af de 25 pct. af kommunerne, som har den højeste kapacitet pr. 1.000 børn

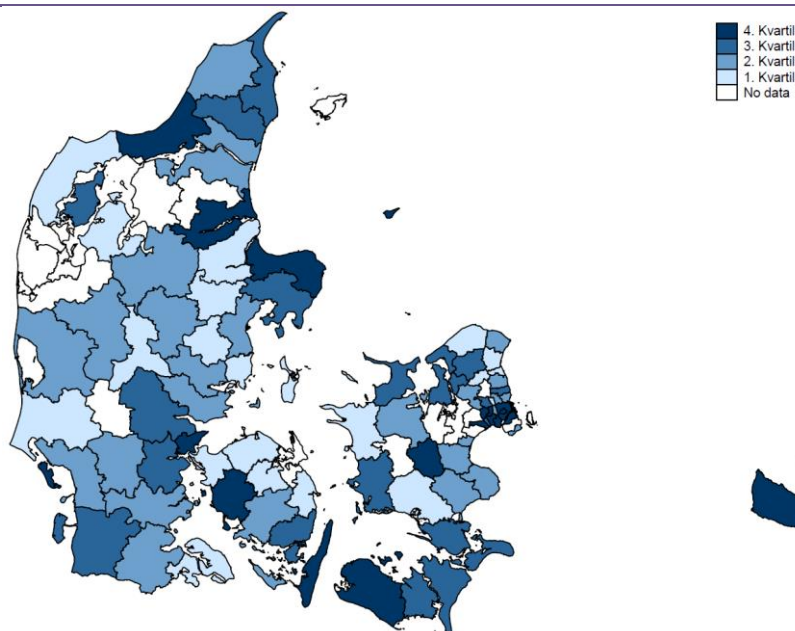
<sup>11</sup> Selvom vi har anvendt det samme spørgsmål som i tidligere år, har der været usikkerhed om besvarelserne hos et antal kommuner. Derfor skal tallene om antal sundhedsplejersketimer i kommunerne fortolkes med et vist forbehold.

<sup>12</sup> 18 kommuner skriver, at de har ubesatte sundhedsplejersketimer. I 2017 er der i alt 586 ubesatte sundhedsplejersketimer pr. uge. I 2015 var tallet 407.

pr. uge i 2017. Figuren viser, at der er kommuner med relativt set høje og lave kapaciteter i alle landets regioner. Region Nordjylland har forholdsvis mange kommuner med relativt høj kapacitet, det samme gælder Region Hovedstaden.

FIGUR 7.1

Antal sundhedsplejersketimer pr. uge i 2017 pr. 1.000 børn i kommunen mellem 0-16 år (børnetal pr. 1.1.2016), kommunerne er inddelt i kvartiler.



Tabel 7.2 viser det gennemsnitlige antal sundhedsplejersketimer pr. 1.000 børn i kommunerne fordelt på regionerne. Disse tal kan vi sammenholde med regionale forskelle i 2015. Ligesom for opgørelsen på landsplan er der kun mindre forskydninger, dvs. antallet af sundhedsplejersketimer pr. 1.000 børn er på samme niveau som i 2015.

Også når vi går længere tilbage og på kommuneniveau ser data fra 2011, viser tallene forholdsvis høj stabilitet i antal sundhedsplejersketimer pr. 1.000 børn over tid: Sammenholder vi besvarelser for de 73 kommuner, som har svaret i begge år (2011 og 2017), så indberetter 58 pct. timer inden for 5 timers margin, dvs. de har stort set uændret antal sundhedsplejersketimer i 2011 og 2017. 34 pct. af kommunerne indberetter faktisk flere sundhedsplejersketimer, imens 8 pct. af kommunerne indberetter færre.<sup>13</sup>

Vores opgørelse af sundhedsplejersketimer i 2011, 2015 og 2017 siger ikke i sig selv meget om det optimale antal timer pr. 1.000 børn. Vi kan kun konstatere, at kapaciteten i ordningen virker til at være på et relativt stabilt niveau.

<sup>13</sup> Gruppen af kommuner med flere/færre sundhedsplejersketimer er defineret som kommuner, som indberetter mere end 5 timer pr. 1.000 børn mere/mindre i 2017 end i 2011.

TABEL 7.2

Det gennemsnitlige antal sundhedsplejersketimer pr. uge i 2017 pr. 1.000 børn i kommunen mellem 0-16 år (pr. 1.1.2016), fordelt på regioner (N = 83).

	Gennemsnit	Minimum	Maximum
Region Hovedstaden	52,6	36,8	78,6
Region Sjælland	50,4	41,0	68,4
Region Syddanmark	48,4	33,4	68,0
Region Midtjylland	45,2	38,0	63,4
Region Nordjylland	52,2	39,8	60,4
Total	49,8	33,4	78,6

Anm.: 2 ugyldige svar.





## BILAG

## BILAGSTABEL B8.1

Hvilket område hører sundhedsordningerne under? (N = 88).

	Antal	Pct.
Børn og Familie	12	14
Børn og Unge	17	19
Social og Sundhed	11	13
Sundhedsudvalget	17	19
Skole og uddannelse	28	32
Børn og kultur	3	3

## BILAGSTABEL B8.2

Hvilke beføjelser har den ledende sundhedsplejerske/koordinator? Mulighed for flere svar pr. kommune (N = 88).

	Antal	Pct.
Budgetansvar	70	80
Ansvar for ansættelser	75	85
Ansvar for afskedigelser	70	80
Med i den overordnede strategiske ledelse	74	84
Forelægger sager for politiske udvalg	48	55
Leder for flere faggrupper	61	69



# LITTERATUR

- FALS (2007): Ledelsesforhold og kapacitet – et øjebliksbillede. Sundhedsordningerne for børn og unge 1.1.2007.
- FALS (2011): Ledelsesforhold og kapacitet – et øjebliksbillede. Sundhedsordningerne for børn og unge 1.1.2011.
- FALS (2013): Ledelsesforhold og kapacitet – et øjebliksbillede. Sundhedsordningerne for børn og unge 1.1.2013.
- FALS (2015): Ledelsesforhold og kapacitet – et øjebliksbillede. Sundhedsordningerne for børn og unge 1.1.2015.
- Kronborg, H., M. Væth, J. Olsen & I. Harder. (2008): "Health Visitors and Breastfeeding Support: Influence of Knowledge and Self-Efficacy." *The European Journal of Public Health* 18.3: s. 283-288.
- LUP (2016): Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende 2016.
- Nilsson, I.M. (2016). "Less is more. Early Discharge following Birth – How do we Support Mothers to Effective Breastfeeding?" PhD dissertation, Aarhus University.
- Sievertsen, H.H. & M. Wüst (2015): "Discharge on the Day of Birth, Parental Response and Health and Schooling Outcomes". SFI Working Paper 01:2015.
- Sygeplejersken (2011): Petersen, S. & B. Dam: "Certificerede specialister i amning." *Sygeplejersken, Sygeplejefaglige artikler*, nr. 11, s. 46-48.
- Sundhedsstyrelsen, SST (2011): Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge.