

# Den forebyggende børneundersøgelse i almen praksis – hvad gør vi?

## Deskriptiv undersøgelse af den praktiske håndtering

Alment praktiserende læge Kirsten Lykke,  
alment praktiserende læge Pia B. Koefoed &  
professor Anders Håkansson

Forskningsenheden i Frederiksborg Amt

### Resumé

**Introduktion:** Formålet med undersøgelsen var at beskrive dele af den praktiserende læges håndtering af de forebyggende helbredsundersøgelser af børn og samarbejdet med kommunernes socialforvaltning samt at relatere dette til de faglige retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen. Den praktiserende læge har via de forebyggende børneundersøgelser en central rolle ved forebyggelse, tidlig opsporing af sygdom og opsporing af børn med særlige behov.

**Materiale og metoder:** Undersøgelsen er foretaget på baggrund af en deskriptiv spørgeskemaundersøgelse blandt 500 praktiserende læger med en svarprocent på 72.

**Resultater:** Mere end halvdelen af lægerne brugte mindst 20 min på børneundersøgelsen, og 70% udførte undersøgelsen uden hjælp fra personale. Alle børn blev vejlet og målt, sanserne undersøgt ved de relevante aldre. Audiometri er ved at få en fremtrædende plads. Lægerne tager regelmæssigt emner om forebyggelse op. Hver femte læge indkalder børn, som udebliver fra børneundersøgelsen. Inden for de sidste par år havde 52% opfordret til genoptagelse af sundhedsplejerskens besøg. Samarbejdet i øvrigt med socialforvaltningen er sparsomt.

**Diskussion:** Børneundersøgelsen prioriteres højt vurderet ud fra de resurser, der afsættes til undersøgelsen. Der er en god overensstemmelse mellem Sundhedsstyrelsens retningslinjer, og undersøgelsens resultater af lægernes angivelser af, hvad de udfører. Intentionerne i Sundhedsstyrelsens retningslinjerne om et planlagt og udbygget samarbejde mellem lægerne og forvaltningerne er imidlertid ikke opfyldt.

Børneprofylakse indgår i mange landes sundhedsprogrammer. Internationalt diskuteres der formål, indhold og organisering i forhold til resurser og viden om effekten af de forebyggende tiltag. I den engelske vejledning i børneprofylakse fra 1996 er fokus flyttet fra *child health surveillance* til *child health promotion* med fokus på den foreliggende forskningsbaserede viden [1]. I Sverige afholdte man i 1999 en *State-of-the-art*-konference om præventive børneundersøgelser [2] for at diskutere: Hvordan monitoreres børns udvikling, hvad er opgaverne i forhold til styrkelse af forældre-barn-relationen, og hvordan løses opgaven at styrke resurser og mindske risi-

kofaktorer? Nærværende undersøgelse skal ses som et led i den danske diskussion.

De forebyggende børneundersøgelser er værdsatte af forældrene [3], og deltagelsesprocenten er høj (>90%) [4]. Siden en stor undersøgelse af småbørnsprofylaksen i årene 1979-1981 [5] har der kun været en sporadisk forskningsindsats på området. De nuværende retningslinjer er i stor udstrækning baseret på traditioner, klinisk erfaring og politiske værdier, og der foreligger kun sparsom forskningsbaseret viden [1].

### Materiale og metoder

Børneundersøgelserne er fastlagt ved lov fra Sundhedsministeriet om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Indholdet i undersøgelserne er beskrevet i vejledende faglige retningslinjer, udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og de lægelige organisationer. Undersøgelserne omfatter en samtale om barnets trivsel, udvikling og sygelighed, en undersøgelse af barnet og en vejledning af forældrene.

Undersøgelserne tilbydes, når barnet er fem uger, fem måneder, 12 måneder, to år, tre år, fire år og fem år, og sideløbende tilbydes vaccination af barnet.

Formålet med undersøgelserne er at medvirke til at give barnet de bedste betingelser for en sund udvikling fysisk, psykisk og socialt. Den praktiserende læge får via børneundersøgelserne en central rolle ved forebyggelse og tidlig opsporing af sygdom, tidlig opsporing af børn med særlige behov og ved forebyggelse af ulykker [6].

Retningslinjerne fra 1996 lægger vægt på den sundhedspædagogiske indsats og på det tværfaglige samarbejde mellem den praktiserende læge og sundhedsplejersker og sagsbehandlere i socialforvaltningen [6]. »Barnets bog«, hvor forældrene, sundhedsplejersken og den praktiserende læge noterer forhold vedrørende barnets udvikling, trivsel, sygdomme og vaccinationer anbefales.

### Studiepopulation

Af 500 indbudte praktiserende læger returnerede 368 spørgeskemaet, 358 i udfyldt tilstand, svarende til 71,6%. De enkelte spørgsmål er besvaret af 96,4-100% af lægerne.

Lægerne havde arbejdet fra få måneder til 38 år i praksis (medianværdi 13 år, interkvartilspændvidden 6-20 år). 38% af deltagerne var kvinder. Fordelingen på solo- og kompagnispraksis, på samarbejdspraksis og på delepraksis svarer til landsfordelingen.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Næsten alle havde hjælp i praksis, 81% af en sekretær og 50% af en sygeplejerske. Disse fordelinger er ikke signifikant forskellige fra de nyeste landsgennemsnit bortset fra, at signifikant flere læger havde sygeplejerske i praksis i vores materiale (i 1999 var landsgennemsnittet 29%).

**Metode**

En deskriptiv enqueteundersøgelse blev udført i juni 2002 på anbefaling af multipraksisudvalget. Fem hundrede tilfældigt udvalgte praktiserende læger fik enqueten tilsendt pr. post. Tre uger efter den primære henvendelse blev der udsendt en rykker til de ikke-responderende. Inden da havde man lavet en pilotundersøgelse med 26 returnerede skemaer. Pilotundersøgelsen gav anledning til justeringer, men ikke til nye spørgsmål.

Enqueten var opdelt i fem hovedafsnit: 1) konkrete spørgsmål vedrørende lægen og dennes praksis, 2) oplysninger om den praktiske afvikling af børneundersøgelsen, 3) samtaleemner i forbindelse med børneundersøgelsen, 4) journalføring, og 5) kontakt til socialforvaltning.

Ved spørgsmål, hvor der blev spurgt til hyppigheder, var svarmulighederne: næsten altid, ofte, det sker og næsten aldrig/aldrig. Spørgsmålene er genereret ud fra vores viden om forløbet af den almindelige børneundersøgelse sammenholdt med anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens vejledning.

Data blev indlæst i statistikprogrammet SPSS. Kontrol for indtastningsfejl afslørede fejl i 0,67% af indtastningerne, men man fandt ingen systematiske fejl. Resultaterne fremlægges primært deskriptivt, og hvor der er analyseret for forskelle mellem grupper, er der brugt nonparametrisk statistik ( $\chi^2$ -test).

**Resultater****Praktisk udformning**

Der afsættes fra ti til 45 min. til en børneundersøgelse. Mere end halvdelen af lægerne brugte mindst 20 min. på børneun-

dersøgelsen (Tabel 1). Det planlagte tidsforbrug var uafhængigt af lægens antal år i praksis, antallet af tilmeldte børn og af om der var en sygeplejerske i praksis. Kvindelige læger brugte signifikant længere tid end mandlige på alle børneundersøgelser på nær på femugersundersøgelsen.

Børneundersøgelsen blev udført uden assistance af 70% af lægerne. Under 1% af lægerne foretog børneundersøgelse på grupper af børn sammen med barnets sundhedsplejerske eller i hjemmet.

**Indhold i undersøgelsen**

Lægerne blev spurgt om udvalgte undersøgelser (Tabel 2), og det fremgår, at alle børn blev vejjet og målt ved alle undersøgelser. Næsten alle fik lavet synstest ved 4-års-alderen. Mere end halvdelen af lægerne otoskoperede ved alle BU, og hver tiende læge foretog tympanometri. Lidt over en tredjedel af lægerne lavede audiometri ved 5-års-undersøgelsen. Endvidere tog lægerne regelmæssigt emner om forebyggelse op (Tabel 3).

**Journalføring, registrering og indkaldelse**

Næsten alle læger (97%) noterede i Barnets bog ved alle børneundersøgelser. Ved 5-års-undersøgelsen, som er den sidste undersøgelse inden skolestart, skrev kun 10% næsten altid et notat i bogen til skolelægen.

En tredjedel af lægerne registrerede udeblivelser fra børneundersøgelser, og en femtedel foretog genindkaldelser (Tabel 4).

Det samme mønster sås ved vaccinationer, når der ses bort fra MFR-vaccinationen, hvor mere end trefjerdedele af lægerne registrerede udeblivelser og indkaldte disse igen.

**Samarbejde med socialforvaltningen**

Inden for de sidste par år havde 52% af lægerne opfordret til genoptagelse af sundhedsplejerskebesøg, 67% havde opfordret forældre til at kontakte socialforvaltningens sagsbehandler og 34% havde 1-2 gange inden for de sidste par år underrettet kommunalbestyrelsen på mistanke om fysisk eller psykisk vantrivsel hos et barn.

43% af lægerne angav, at de havde regelmæssig kontakt med socialforvaltningen i form af kontakter ved behov. Kun ti læger havde formaliserede møder med sagsbehandlere i forvaltningen, og 43 ud af 353 læger mødtes regelmæssigt med sundhedsplejersken.

Tabel 1. Tidsforbrug ved de enkelte børneundersøgelser. Tabellen angiver andel af læger i procent.

	10-15 min	20-45 min
5 uger	29	71
5 mdr. og 1 år	39	61
2 år, 3 år og 4 år	48	52
5 år	45	55

Tabel 2. Hyppigheden af udvalgte undersøgelser. Procent af antallet af læger, som udfører de udvalgte undersøgelser ved forskellige børneundersøgelser.

	5 uger	5 mdr.	1 år	2 år	3 år	4 år	5 år
Højde/vægt	100	100	100	100	100	100	100
Synsprøve	-	-	-	-	44	92	77
Otoskopi	52	67	76	75	71	69	69
Audiometri	-	-	-	-	-	13	38
Tympanometri	-	-	10	11	12	12	14
Motorisk vurdering	88	95	76	97	93	90	90
Sproglig vurdering	-	32	66	97	96	93	86

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Tabel 3.** Forebyggelse. Lægerne angav for hvert emne, hvor hyppigt de tog emnet op ved de relevante børneundersøgelser. De fire svarmuligheder: næsten altid, ofte, det sker, aldrig/næsten aldrig er reduceret til to kategorier. Andel af læger i procent.

	Næsten altid + ofte
<b>Forebyggelse af ulykker</b>	
Fald fra puslebord	51
Fastspænding under bilkørsel	23
Forbrændinger, farlige væsker og elinstallationer og lign.	28
Vejledning i førstehjælp	7
Trafik og brug af cykelhelmet	16
Farligt legetøj	17
<b>Andre forebyggelsesemner</b>	
Amning	94
Allergi	71
Tobak	77
Kost	87
Vitaminer	69
Vaccinationsbivirkninger	87

**Tabel 4.** Registrering af udeblivelser. Lægenes registrering af børn, som udebliver fra børneundersøgelser og vaccinationer, samt opgørelse over, hvor ofte de indkalder udeblevne børn. De fire svarmuligheder: næsten altid, ofte, det sker, aldrig/næsten aldrig er reduceret til en kategori. Andel af læger i procent.

	Næsten altid + ofte
<b>Børneundersøgelsen</b>	
Registrering	35
Indkaldelse	21
<b>MFR-vaccination*</b>	
Registrering	76
Indkaldelse	78
<b>Øvrige børnevaccinationer</b>	
Registrering	43
Indkaldelse	30

a) Siden begyndelsen af 1990'erne har amterne tilsendt de praktiserende læger lister over børn på 15 måneder og 12 år med henblik på indkaldelse til MFR-vaccination.

## Diskussion

### Metodediskussion

Den høje såvel eksterne som interne besvarelsesprocent tyder på, at emnet var relevant for de inviterede deltagere, og at spørgeskemaet var forståeligt.

Undersøgelsens formål var at beskrive den praktiske håndtering af børneundersøgelserne i almen praksis. En spørgeskemaundersøgelse, der kan inkludere et stort antal informanter og beskrive forekomster og hyppigheder, egner sig godt til formålet, med det forbehold, at der er tale om en subjektiv beskrivelse af egen adfærd og ikke en beskrivelse af observeret adfærd, og at det kun er udvalgte områder, der kan beskrives ved en spørgeskemaundersøgelse. En mere dybdegående undersøgelse vil kræve en prospektiv registrering eller et observationsstudie.

### Resultatdiskussion

#### Praktisk udformning

Børneundersøgelserne prioriteres højt. Mere end halvdelen af de adspurgte læger afsatte dobbelt eller tredobbelt tid til en børneundersøgelse og udførte selv hele undersøgelsen. Sammen med de profylaktiske graviditetsundersøgelser giver børneundersøgelserne den praktiserende læge et godt kendskab til familien og det enkelte barns sundhed og trivsel.

Flere læger har tidligere udviklet andre måder at lave børneundersøgelser på, bl.a. for grupper af børn sammen med barnets sundhedsplejerske eller ved hjemmebesøg [7, 8, 9]. Ingen af disse er imidlertid slået an.

#### Indhold i undersøgelsen

Vækstmonitorering er en enkel undersøgelse, som forældre forventer, og den er et godt udgangspunkt for en snak om trivsel, kost og motion. Der er imidlertid ikke evidens for [1], at rutinemæssig måling af højde og vægt hos børn, der er i trivsel, har betydning. Afvigelser på vækstkurven er stort set aldrig det eneste tegn på betydningsfuld organisk sygdom, og

kun hos en meget lille del af børn med vækstretrædering vil psykosociale faktorer være årsagen.

Sanserne undersøges ved de relevante aldre. Audiometri, tympanometri og otoskopi har en fremtrædende plads. Hver tiende læge foretager tympanometri, som er en god diagnostisk procedure, til påvisning af væske i mellemøret, men pga. dens høje sensitivitet over for forbigående og mindre betydningsfulde dysfunktioner, egner den sig ikke til screening [1]. Det samme gælder otoskopi som udføres hos halvdelen af alle børn ved alle børneundersøgelser og anbefales i vejledningen ved 5-måneders-, ved 1-års- og ved 4-års-undersøgelsen. Vurdering af motorik og sprog er en vigtig del af børneundersøgelserne; hvordan den udføres, giver denne undersøgelse ikke svar på, men det er et vigtigt fremtidigt forskningsområde.

Mulige og vigtige indsatsområder over for børn er ulykker, allergi, tobak, kost og motion. Den hyppigste dødsårsag for børn er ulykker, og her tegner trafikulykker sig for den største andel [10]. Under en fjerdedel af lægerne tager ofte emner vedrørende trafikikkerhed op, lidt flere tager emner vedrørende ulykker i hjemmet op, især fald fra puslebord. Tilsyneladende opfatter praktiserende læger ikke forebyggelse af ulykker som deres område, derimod tages emner vedrørende sygdomsforebyggelse hyppigt op.

#### Journalføring, registrering og indkaldelse

Barnets bog udfyldes af lægerne, men benyttes stort set ikke til et notat til skolelægen, selv om der lægges op hertil i retningslinjerne fra Sundhedsstyrelsen. Der er i flere udgaver af Barnets bog heller ikke beregnet plads til det. Måske et tegn på den ofte sporadiske kontakt mellem skolesundhedsplejen og almen praksis.

I 1977 var der et signifikant større antal børn med et skønnet særligt behov, som udeblev fra børneundersøgelsen [11], og der er ikke grund til at tro, det har ændret sig. Det virker at

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

indkalde børn, som udebliver [4], men forholdsvis få læger gør det. Kun udeblivelse til MFR-vaccinationen registreres af et flertal af lægerne, og børnene indkaldes via de lister, amterne udsender over udeblevne børn. Denne praksis kunne udvides til at omfatte børneundersøgelser og øvrige vaccinationer.

### Samarbejde med socialforvaltningen

Samarbejdet med sundhedsplejerske og sagsbehandler i socialforvaltningen er sporadisk og tilfældigt. I bekendtgørelsen til loven fra 1996 står der, at det »skal sikres, at der etableres et effektivt samarbejde mellem den praktiserende læge og den kommunale sundhedspleje« [6]. Dette er tilsyneladende ikke blevet fulgt op med konkrete tiltag. En dyberegående undersøgelse af samarbejdes betingelser, relevans og udviklingsmuligheder skønnes vigtig.

Inden for de sidste par år har 32% underrettet kommunalbestyrelsen pga. mistanke om fysisk/psykisk dårlig trivsel hos et barn en eller flere gange. Den skærpede underretningspligt tages tilsyneladende alvorligt.

### Konklusion

Lægerne prioriterer børneundersøgelserne højt, vurderet ud fra afsat tid og ud fra det faktum, at de fleste udfører undersøgelserne selv uden brug af personale.

Der er en god overensstemmelse mellem Sundhedsstyrelsens retningslinjer, og hvad lægerne angiver, de gør for de forhold, der er undersøgt både i den fysiske undersøgelse, og de emner, som tages op med forældrene.

Tilslutningen til børneundersøgelsen og børnevaccinationerne er stor. I Sundhedsstyrelsens retningslinjer opfordres lægerne til at registrere og indkalde udeblevne børn. Det sker for MFR-vaccinationen, hvor amterne bakker lægerne op, men i langt mindre grad for selve børneundersøgelserne og de øvrige vaccinationer.

Lægerne samarbejder med sundhedsplejerskerne og sagsbehandlere i socialforvaltningen i deres område i forbindelse med konkrete problemstillinger vedrørende det enkelte barn. De færreste har et på forhånd aftalt samarbejde, sådan som der lægges op til i retningslinjerne fra Sundhedsstyrelsen.

Korrespondance: Kirsten Lykke, Roskildevej 13A, DK-4300 Holbæk.  
E-mail: kirstenlykke@dadlnet.dk

Antaget: 7. maj 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

### Litteraturliste

1. Hall DB, ed. Health for all children. Oxford: Oxford University Press, 1996.
2. Sundelin C, ed. The importance of the child health services to the health of children. Proceedings of the conference on Child Health Services, 1999 23-25 september, Sigtuna, Sweden. Acta Pædiatrica 2000;89 (suppl 434).
3. Mathiesen PR. Børneundersøgelsen i almen praksis. Månedsskr Prakt Lægegern 1999;77:1579-85.
4. Flachs L, Melgaard K. Tilslutningen til børneundersøgelsen og vaccinationer. Månedsskr Prakt Lægegern 1999;77:249-56.
5. Almind G. Forebyggende arbejde med småbørnsfamilier i almen praksis og sundhedspleje [disp]. Københavns Universitet, Institut for Almen Medicin: Holbæk Trykkeri, 1984.
6. Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen, 1995.
7. Lassen LC, Larsen JH, Steendahl E. Gruppebørneundersøgelser i almen praksis – I. Evaluering af forældrenes sundhedspædagogiske udbytte. Ugeskr Læger 1986;148:2367-70.
8. Larsen JH, Lassen LC, Steendahl E. Gruppebørneundersøgelser i almen praksis – II. Evaluering af den sociale netværksskabende effekt og betydningen for læge/patientforholdet. Ugeskr Læger 1986;148:2370-2.
9. Lægehusgruppen i Billund. Hvordan ændres behandlerrollen. København: Lægeforeningens forlag, 1980:54-76.
10. Nielsen A, Pedersen C, Madsen M, eds. Børn og børnefamiliernes sundhed og velfærd i Danmark – og udviklingen siden 1984. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2001.
11. Almind G, Pedersen J. Udebliven fra profylaktiske børneundersøgelser. Ugeskr Læger 1979;141:2001-4.