

EVALUERING AF DE FOREBYG-
GENDE BØRNEUNDERSØGELSER
I ALMEN PRAKSIS

2007

Evaluering af de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis

Susan Ishøy Michelsen¹, Maj Kastanje¹, Esben Meulengracht Flachs¹, Grethe Søndergaard¹, Sofie Biering-Sørensen¹, Mia Madsen¹, Anne-Marie Nybo Andersen¹

¹Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Evaluering af de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis

Forfattere: Susan Ishøj Michelsen, Maj Kastanje, Esben Meulengracht Flachs, Grethe Søndergaard, Sofie Biering-Sørensen, Mia Madsen, Anne-Marie Nybo Andersen. Alle Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet.

Redaktion:
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Emneord: evaluering, børn, almen praksis, sundhedsfremme forebyggelse, screening

Sprog: Dansk

URL: <http://www.sst.dk> eller www.si-folkesundhed.dk

Version: 1,0

Versionsdato: 09. oktober 2007

Kategori: Udredning

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-554-5

Format: pdf

Publikationen kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2007

Forord

I 2005 gennemførte Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsen en kortlægning af alle de forebyggende helbredsundersøgelser til børn og unge. Kortlægningen var første fase i et projekt og skulle følges op af egentlige evalueringer af de enkelte indsatsområder. Nærværende rapport er resultatet af en evaluering af børneundersøgelserne i almen praksis.

Alle danske førskolebørn tilbydes syv forebyggende helbredsundersøgelser hos den praktiserende læge. For at støtte små børns trivsel bedst muligt er det vigtigt at kende effekten af den indsats de praktiserende læger yder. Der er ikke siden 1979 gennemført større undersøgelser der udforsker, hvorledes de praktiserende læger medvirker til at give barnet ”de bedste betingelser for en sund udvikling både fysisk, psykisk og social” og hvad brugerne, i dette tilfælde forældrene, har af forventninger til, udbytte af og ønsker for børneundersøgelserne. Praktiserende læge Gert Almind fandt i 1979 at børneundersøgelserne i store træk var et velfungerende tilbud som småbørnsfamilierne var glade for, og som de professionelle anså for et vigtigt arbejde. Formålet med dette projekt er at afklare, hvordan de forebyggende børneundersøgelser fungerer i dag, 25 år senere.

Lov om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge (Sundhedsloven – lov nr. 546 af 24. juni 2005) og Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge (Bekendtgørelse nr. 1183 af 28. november 2006, vedrørende ovennævnte lov) danner sammen med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggende sundhedsydelse til børn og unge (Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Anbefalinger. 2007. Kapitel 5 og bilag 10) grundlaget for børneundersøgelserne. Anbefalingernes faglige indhold er uændret siden 1995. Nærværende evaluering har undersøgt det faktiske indhold af børneundersøgelserne og sat dette i relation til intentionen i lovgrundlaget og anbefalingerne med henblik på, om der skal iværksættes tiltag for at bringe disse i bedre overensstemmelse med hinanden. Deltagelsen i børneundersøgelserne er også grundigt blevet udforsket.

Vi vil gerne benytte lejligheden til at takke de alment praktiserende læger og forældre, som har brugt tid til at foretage de registreringer, som er baggrunden for forskningsprojektet, og for det meget konstruktive bidrag til arbejdet medlemmerne af såvel projektets følgegruppe som styregruppe har ydet i hele processen, og understrege at Statens Institut for Folkesundhed har det faglige ansvar for denne rapports endelige udformning.

Oktober 2007

Finn Kamper-Jørgensen
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed
Syddansk Universitet

Anne-Marie Nybo Andersen
Forskningsleder
Statens Institut for Folkesundhed
Syddansk Universitet

Morten Hjulsager
Kontorchef
EME
Sundhedsstyrelsen

Indhold

1	Baggrund	9
1.1	Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge	9
1.2	Børneundersøgelser	10
1.3	Evaluering af de forebyggende ordninger for børn og unge	11
2	Formål	12
3	Anvendte metoder og datakilder	13
3.1	Evalueringsdesign	13
3.2	Spørgeskemaer	13
3.3	Individuelle interviews	16
3.4	Registre	18
3.5	Etik og anonymitet	22
4	Registerundersøgelse af ikke-deltagelse	23
4.1	Børneundersøgelse	23
4.2	Børnevaccination	28
5	Læger, forældre, børn og børneundersøgelser i spørgeskemaundersøgelsen	34
5.1	Praktiserende læger	34
5.2	Forældre og børn	34
5.3	Børneundersøgelser	35
6	Spørgeskemaundersøgelse af generelle forhold i 415 lægepraksis	37
6.1	Formål og relevans	37
6.2	Planlægning	38
6.3	Rammer	39
6.4	Vurdering af struktur og forslag til forbedringer	42
6.5	Børnevaccination	46
7	Spørgeskemaundersøgelse om lægers erfaringer med 1198 børneundersøgelser	48
7.1	Tidsforbrug og personale	48
7.2	Undersøgelser	50
7.3	Samtaleemner	56
7.4	Udbytte og tilfredshed	62
7.5	Børnevaccination	67
8	Individuelle interviews med syv praktiserende læger	69
8.1	Fokus og indhold i børneundersøgelserne	69
8.2	De enkelte børneundersøgelser	80
	Evaluering af de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis	3

8.3	Udbytte af børneundersøgelserne	83
8.4	Antal og fordeling af børneundersøgelserne	87
8.5	Den praktiserende læges rolle i forhold til børneundersøgelserne	89
8.6	Den gode børneundersøgelse	93
8.7	Sammenfatning	94
9	Spørgeskemaundersøgelse om forældres erfaringer med 920 børneundersøgelser	98
9.1	Forventninger	98
9.2	Planlægning	100
9.3	Rammer	101
9.4	Samtaleemner	102
9.5	Udbytte	104
9.6	Tilfredshed	107
9.7	Forslag til forbedringer	110
9.8	Børnevaccination	113
10	Individuelle interviews med otte forældre	116
10.1	Formålet med børneundersøgelserne - forventninger og forberedelse	116
10.2	Børneundersøgelsesens indhold og forløb	117
10.3	Udbytte af børneundersøgelserne	123
10.4	Den praktiserende læges rolle	127
10.5	Behov og motivation for at komme til børneundersøgelse	132
10.6	Sammenfatning	136
11	Sammenhæng mellem lægers og forældres beskrivelse af 900 børneundersøgelser	139
12	Sammenfattende diskussion	142
12.1	Tilrettelæggelse af og rammer for børneundersøgelsen	142
12.2	Indhold af og fremmøde ved børneundersøgelsen	145
12.3	Udbytte af og tilfredshed med børneundersøgelsen	149
12.4	Børnevaccination	152
12.5	Love og anbefalinger omkring børneundersøgelsen i almen praksis	153
12.6	Konklusion	157
12.7	Metodeovervejelser	158
13	Referencer	162

Bilagsoversigt

Bilag 1 Karakteristik af læger, forældre og børn i spørgeskemaundersøgelsen

Bilag 2 Spørgeskema om generelle forhold ved børneundersøgelsen – lægen udfylder

Bilag 3 Spørgeskema om en konkret børneundersøgelse – lægen udfylder

Bilag 4 Spørgeskema om børneundersøgelse – forældre udfylder

Resumé

De forebyggende børneundersøgelser hos egen læge er en del af de forebyggende sundhedsydelse, som alle børn og unge i Danmark tilbydes. Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området er sidst fagligt revideret i 1995. Nærværende rapport evaluerer børneundersøgelse rammes, indhold, resultat og forældrenes tilfredshed med tilbuddet. Undersøgelsen er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt læger og forældre, interview af forældre og læger, samt en registerundersøgelse af fremmødet ved børneundersøgelserne. Resultaterne sættes i relation til anbefalingerne med henblik på, om der skal iværksættes tiltag for at bringe disse i bedre overensstemmelse med hinanden.

Rammer

Børneundersøgelserne foregik primært om formiddagen, samt for de største børn tillige om eftermiddagen. Langt de fleste børn var ledsaget af deres mor, mens både far og mor var med til en mindre del af de tidlige undersøgelser. Ved en del undersøgelser deltog tillige søskende. Få læger indkaldte familierne til børneundersøgelse. En del forældre og nogle læger mente, at familierne burde indkaldes. Samtidig beskrev en del læger at dette var praktisk vanskeligt at gennemføre fra praksis, hvorfor man kunne forestille sig at det var hensigtsmæssigt med en indkaldelse centralt fra. En del læger var tillige ikke opmærksomme på at de måtte indkalde.

De fleste praktiserende læger gennemførte selv børneundersøgelsen, mens der ved en mindre del af undersøgelserne deltog en sygeplejerske eller sekretær. Næsten alle læger havde indrettet venteværelse med børnevenlige effekter, mens lidt færre havde indrettet konsultationsrummet specielt med henblik på børn. De fleste forældre var tilfredse med rummets børnevenlighed, mens nogle forældre manglede f.eks. intakt legetøj og bedre forhold til at skifte og amme deres barn i.

Struktur

Der var social ulighed i brugen af børneundersøgelserne. Børn af bl.a. enlige forældre og forældre med lav uddannelse og lav husstandsindkomst tog sjældnere imod tilbuddet om de forebyggende undersøgelser. Man kunne forestille sig at deltagelsen ville øges ved indkaldelse af alle børn.

En børneundersøgelse varede i gennemsnit 20 minutter. De fleste læger og forældre mente der var tid nok. Forældrene gav udtryk for at det snarere var lægens væremåde end længden af undersøgelsen, der var afgørende. Nogle forældre og læger udtrykte et vist pres over at anvende tid på raske børn, når venteværelset var fuldt med syge mennesker, hvilket indikerer at tankerne bag forebyggelse ikke er slået igennem hos alle.

Indhold

For lægerne var et vigtigt formål med børneundersøgelsen kontakten til børnefamilierne. I modsætning til ved almindelige konsultationer blev der her set på barnet som helhed og der blev f.eks. samlet op på henvendelser, der havde været siden sidste børneundersøgelse. Flere læger, der havde været mange år i praksis gav udtryk for at fokus havde flyttet sig til problemer med kostvaner, overvægt og forælderrollen. Samtidig mente flere dog, at der ved børneundersøgelsen blev gjort fund, der ellers let kunne overses ved de almindelige konsultationer i praksis.

Lægerne lagde vægt på at børneundersøgelserne var behovsorienterede, men i øvrigt typisk havde fokus på barnets generelle udvikling. De fleste børn fik under børneundersøgelsen plottet højde og vægt ind på en vækstkurve, hvilket kan være en indgangsvinkel til at tale

om kost, motion og spisevaner. De fleste børn fik vurderet motorik, sprog, opmærksomhed og koncentration ved børneundersøgelserne. Børnenes syn og hørelse blev primært undersøgt i 4-5-årsalderen, mens nogle læger tillige undersøgte sanserne hos de mindre børn. De kliniske undersøgelser som et flertal af læger gennemførte var relevante. Det forekommer dog alligevel vigtigt at der for hver enkelt undersøgelse ligger en faglig begrundelse for, hvorvidt Sundhedsstyrelsen anbefaler den på det pågældende alderstrin.

De hyppigste samtaleemner ved børneundersøgelserne var kost (og amning), trivsel, udvikling og vækst. Barnets sociale og psykiske funktion (f.eks. søskendeproblematikker, sprog og pasning) var andre hyppige samtaleemner, mens forebyggelse af ulykker og familiodynamiske problematikker mindre hyppigt var de fremtrædende emner. En del læger efterspurgte netop flere efteruddannelses tilbud, hyppigst omhandlende familiens trivsel eller børnenes psykosociale udvikling. Selvom efteruddannelse i forebyggelse af ulykker også var ønsket, beskrev flere læger generel ulykkesprofylakse som svær at nå på den afsatte tid, samt tillige svær at passe naturlig ind i børneundersøgelsens forløb. Der blev talt knap så hyppigt om håndtering af syge børn, hvilket flere læger ellers mente var relevant.

Forældre og læger var til en vis grad enige om, hvad der havde været talt om. Dog var der en del emner hvor lidt flere læger end forældre følte at emnet var blevet debatteret. Dette gjaldt f.eks. mad, spisevaner, barnets fysiske leg og forælderrollen. Forældre og lægers opfattelse af, hvornår der har fundet en samtale sted kan være forskellig, men det forekommer vigtigt at lægerne ved om deres budskaber når forældrene.

Udbytte og tilfredshed

En af børneundersøgelsens formål er tidlig opsporing af sygdom. Ved én ud af tre undersøgelser blev der gjort nye fund og ved hver syvende børneundersøgelse blev der gjort et nyt fund, der af lægen karakteriseredes som væsentligt. De fleste fund var somatiske, som f.eks. sansedefekter, overvægt, eksem og infektioner. Fundene blev gjort på alle alderstrin. Børneundersøgelsen udgør en uhyre effektiv somatisk screening med flere fund end de fleste andre forebyggende screeninger. Det var overraskende nok ikke helt anerkendt blandt læger.

De fleste somatiske fund resulterede i rådgivning, opfølgning i praksis eller henvisning til speciallæge. Ved en mindre del af børneundersøgelserne, hyppigst efter 1-årsalderen blev gjort psykiske eller sociale fund, hos barn eller forældre. Det drejede sig f.eks. om sprog- og kontaktvanskeligheder hos barnet, samt forældrenes arbejdsløshed og problemer i parforholdet. Børnenes psykiske og sociale vanskeligheder resulterede oftest i rådgivning, mens der ikke typisk var anført en handling på fund hos forældre.

Henvisning til behandling eller undersøgelse af barnet udenfor praksis var hyppigst i 2-4-årsalderen, hvor godt hver tiende barn til børneundersøgelse blev viderehenvist.

For lægerne var et vigtig udbytte af børneundersøgelserne at opretholde en god kontakt med børnefamilierne og lægerne oplevede desuden, at børneundersøgelserne gav forældrene tryghed. Dette blev bekræftet af forældrene, der ofte var blevet mere rolige for deres barns udvikling efter børneundersøgelsen. En mindre del af forældrene havde tillige fået mere selvtillid med hensyn til forælderrollen.

Ved hver femte børneundersøgelse angav forældrene at de havde lært noget nyt, hyppigst om mad, spisevaner og børns udvikling. Forældre til børn på alle alderstrin havde lært noget nyt, dog lidt oftere forældre til børn under 1 år.

Forældrenes erfaringer med børneundersøgelser var præget af at de var usikre på formålet med undersøgelse. Langt de fleste forældre syntes dog at undersøgelsen var forløbet godt og at lægen havde en god kontakt til dem og deres barn.

Konklusion

Børneundersøgelserne har en klart lægelig indikation, idet der ved hver syvende undersøgelse gøres væsentlige, primært somatiske fund, som udløser en handling.

Emner som kost og børnenes sociale og psykiske funktion, bliver hyppigere diskuteret ved børneundersøgelserne i dag, sammenlignet med for 25 år siden. Dette er positivt og tyder på at lægerne har øget deres forebyggende indsats ved børneundersøgelserne. Forældrene efterspurgt dog mere samtale om familiedynamiske problematikker.

Nogle læger og en del forældre mente at andre faggrupper, f.eks. sundhedsplejersker, med fordel kunne overtage en eller flere af de sene børneundersøgelser. Det er dog vigtigt at betragte læger og forældres udgangspunkt for disse vurderinger. I interviewdelen beskrev lægerne således, at de ikke mente de fandt noget særligt ved børneundersøgelserne eller at det de fandt, ville være fundet alligevel. Dette er ifølge spørgeskemaundersøgelsen ikke korrekt og det forekommer ikke sandsynligt at de somatiske fund ville være gjort ved akutte konsultationer i praksis eller af pædagogisk personale.

Forældrene manglede i høj grad viden om formålet med børneundersøgelserne og dette kan have præget deres svar. I interviewdelen beskrev forældrene således det ”lægelige tjek” som en vigtig motivationsfaktor for at komme til børneundersøgelse.

Retningslinjerne bør revideres, så de fremstår i en mere overskuelig og praktisk anvendelig form samt med opdateret faglig viden indenfor de enkelte områder. Man kunne forestille sig, at der tillige udarbejdedes en vejledning til forældrene med både overordnede forebyggelsesbetragtninger, samt konkrete formål med de enkelte børneundersøgelser.

Der er social ulighed i hvem, der deltager i børneundersøgelse og børnevaccination. Det bør sikres at alle modtager tilbuddet og man kunne forestille sig, at en indkaldelse centralt fra ville øge tilslutningen.

1 Baggrund

1.1 Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge

Børnedødeligheden er faldet markant i Danmark gennem de seneste 100 år. Udviklingen var særlig markant i den første halvdel af 1900-tallet (1), men også indenfor de sidste 30 år er dødeligheden for børn under 6 år mere end halveret (2). En forklaring på dette fald er, at dødsårsager har ændret sig (1). Hvor dødsårsagen ofte tidligere var infektioner, er det i dag en sjældenhed, at de resulterer i dødsfald. Denne ændring skyldes bl.a. forbedret hygiejne, børnevaccinationer, brug af antibiotika mv.

Trods nedgangen i børnedødelighed er der stadig potentiale for, at flere dødsfald kan forebygges; samt for at nedbringe sygeligheden. Eksempelvis skyldes dødelighed blandt 1-4-årige børn ofte ulykker og vold (2). Ligeledes kan overvægt, der er et stigende problem blandt børn (3), samt sygdomme, som f.eks. astma og allergi, i større eller mindre grad forebygges i barndommen (4). Da sygelighed og vækst i barndommen kan være af stor betydning for helbredet senere i livet (5), (6), (7), understreger dette relevansen af at forebygge sygdomme og derved bidrage til, at børn vokser op under de bedst mulige vilkår.

Historie

I 1908 oprettede man det første forebyggende tilbud til børnefamilier i form af børneplejestationer, der skulle medvirke til at sænke den høje spædbørnsdødelighed (8). Igennem 1930'erne kom der igen fokus på børnesundheden. I 1937 kom den første lov om spædbørns sundhedspleje, og i 1946 blev Lov om lægeundersøgelse af børn, samt skolelæge-loven vedtaget (9). I 1995 samledes alle de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge i en "Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge" (Lov nr. 428 af 14. juni 1995) og bestemmelserne herfra videreførtes i den gældende Sundhedslov fra 2005 som "Lov om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge" (Lov nr. 546 af 24. juni 2005). Dog har børnevaccinationsprogrammet og børne- og ungdomstandplejen selvstændige lovgivninger.

De første retningslinjer for de forebyggende børneundersøgelser kom i 1947 og har været de gældende retningslinier helt frem til 1995, hvor de igen blev revideret (10). I retningslinjerne fra 1995 blev der lagt vægt på at psykosomatiske sygdomme og trivselsproblemer var centrale problemer og at behovet for en sundhedspædagogisk, tværsektoriel og tværfaglig indsats derfor var øget betydeligt. Som følge af den nært forestående kommunalreform kom i 2006 en ny bekendtgørelse (Bekendtgørelse nr. 1183 af 28. november 2006) om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge og tillige nye retningslinjer, der samtidig ændrede navn til anbefalinger (11).

Ændringerne i 2006 bestod i, at det nu var regionsrådene, i stedet for amterne, der tilbød de forebyggende helbredsundersøgelser til førskolebørn, samt at det nu var regionsrådene og kommunalbestyrelserne, der skulle samarbejde om indsatsen på sundhedsområdet. Det faglige indhold af anbefalingerne var uændret i forhold til de tidligere retningslinjer. Da undersøgelsen, der ligger til grund for denne rapport, påbegyndtes før retningslinjerne blev til anbefalinger, vil der i resten af rapporten blive refereret til Sundhedsstyrelsens retningslinjer eller blot retningslinjerne. Ligeledes refereres til forebyggende sundhedsordninger og ikke til forebyggende sundhedsydelse, som er den korrekte betegnelse i dag.

Indhold af de forebyggende sundhedsordninger i dag

Formålet med de forebyggende sundhedsordninger i dag er både en generel sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats, samt en individorienteret indsats til alle børn frem til slutningen af skolegangen. Desuden en øget indsats til børn med særlige behov. Det sundhedsfaglige personale: sundhedsplejersker, praktiserende læger, og kommunallæger er centrale ved gennemførelse af indsatsen. Men Sundhedsloven pålægger tillige regioner og kommuner at koordinere den forebyggende indsats overfor børn og unge. Dette skal gøres sammen med nøglepersoner i barnet miljø, fra f.eks. almen praksis, sundhedsplejen, dagtilbud, skole eller social- og sundhedsforvaltning. Samarbejdet forventes i øvrigt at inkludere grupper som børnelæger og jordemødre.

Ifølge den danske lovgivning tilbydes gratis forebyggende børneundersøgelser i dag hos henholdsvis den praktiserende læge, sundhedsplejersken og kommunallægen. Sundhedsplejersken tilser primært børn i det første leveår, samt igen i skolealderen. Den praktiserende læge tilbyder syv forebyggende undersøgelser i førskolealderen og børnene skal tillige ifølge loven tilbydes undersøgelse af en læge (typisk kommunallæge) ved ind- og udskoling. Derudover tilbydes vaccination af barnet ved den praktiserende læge ifølge det danske børnevaccinationsprogram (12).

1.2 Børneundersøgelser

De i loven omtalte ”forebyggende helbredsundersøgelser for børn hos praktiserende læge” er det man i daglige tale kalder børneundersøgelser, og denne kortere betegnelse vil blive anvendt i resten af rapporten.

Ifølge Sundhedsloven skal regionerne tilrettelægge forebyggende sundhedsydelse, som kan bidrage til en sund opvækst og sund voksentilværelse. Dette skal bl.a. gøres ved at tilbyde førskolebørn syv forebyggende helbredsundersøgelser med samtale, vejledning og undersøgelse hos en alment praktiserende læge. Der tilbydes i alt syv forebyggende børneundersøgelser til førskolebørn. Ifølge loven skal tre, så vidt det er muligt, tilbydes i barnets første leveår og ifølge retningslinjerne på følgende alderstrin: 5 uger, 5 måneder, 12 måneder, 2 år, 3 år, 4 år og 5 år. Børnevaccination finder sted på følgende alderstrin: 3 måneder, 5 måneder, 12 måneder, 15 måneder, 5 år og 12 år.

Lægerne aflønnes med en fast takst pr. børneundersøgelse uanset barnets alder. Pr. 1. august 2006 er taksten kr. 181,47 (13). Taksten for en børnevaccination er kr. 41,05, dog med et tillæg på kr. 70,73, når denne ikke ligger samtidig med en børneundersøgelse.

Sundhedsstyrelsens retningslinjer indeholder et separat afsnit om børneundersøgelserne, ligesom en konkret vejledning til hver type af børneundersøgelse findes i bilagsform. Retningslinjerne beskriver den praktiserende læge som eneste sundhedsfaglige person, der ser familie og barn fra andet leveår og til skolealder. Lægens opgave defineres til at være en undersøgelse og vurdering af barnet med henblik på at yde forældrene vejledning og rådgivning. At det er den praktiserende læge, der skal foretage børneundersøgelsen, forklares med at denne har en central rolle i forhold til forebyggelse, tidlig opsporing af sygdom, tidlig opsporing af børn med særlige behov og forebyggelse af ulykker hos børn.

Retningslinjerne er inddelt i et kortere kapitel om børneundersøgelserne generelt, herunder at lægerne bør indkalde børn, der ikke kommer til børneundersøgelse, samt skrive et notat efter 5-årsundersøgelsen ved behov.

Kapitlet afsluttes med nogle gode råd omkring omgivelser ved børneundersøgelsen og rækkefølgen af de enkelte elementer. I bilagsform forefindes en konkret vejledning for hvert alderstrin, der indeholder fem elementer: en beskrivelse af det normale barn, generelle emner for forældresamtalen, særlige forebyggelsestemaer, samt observationer og undersøgelser, der er relevante for pågældende alderstrin. Det anbefales at børneundersøgelserne foregår i omgivelser, der tilgodeser børnenes behov for tryghed og aktivitet. Den enkelte læge bestemmer selv rækkefølgen af børneundersøgelsens elementer, men det foreslås at starte med samtale og slutte med vaccination. Det foreslås tillige at de forebyggende emner bringes på bane med udgangspunkt i barnets alder og hverdag. Undervejs bør lægen observere barnet samt samspillet mellem barnet og forældrene.

1.3 Evaluering af de forebyggende ordninger for børn og unge

Praktiserende læger, forældre og børn, bruger tid på børneundersøgelser. De voksnes tid koster tillige penge. Hvad vi får for denne tid og disse penge? Får vi sundere børn?

Forebyggelse som denne i almen praksis er dels at undgå, at sygdom opstår, dels at opdage sygdom tidligt så følgerne kan minimeres. Sidstnævnte kan evalueres ved en beskrivelse af hvilke og hvor mange sygdomme eller vanskeligheder, der identificeres ved det forebyggende tiltag. Den egentlige primære forebyggelse er det sværere at måle effekten af. Man kan ikke randomisere børn til deltagelse eller ikke deltagelse i et fungerende forebyggende tilbud. Alt for mange andre faktorer indvirker på børns sundhed til, at vi kan måle effekten af netop børneundersøgelserne på anden vis. Men vi kan beskrive hvad undersøgelserne indeholder, hvilket udbytte forældrene har af undersøgelserne. Endelig kan forældrenes tilfredshed med undersøgelserne analyseres.

I slutningen af 1970'erne gennemførtes en større undersøgelse af de forebyggende børneundersøgelser hos den praktiserende læge i Danmark (14-16). Den viste blandt andet, at der ved 42 % af undersøgelserne blev gjort fund. Almind konkluderede på denne baggrund, at undersøgelserne var væsentlige i forhold til påvisning af risikofaktorer og tidlig diagnostik. Almind konstaterede dog, at det ikke var alle børn, der benyttede sig af tilbudet om forebyggende børneundersøgelser (17). Tilsvarende viste en dansk kortlægningsundersøgelse af de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge fra 2005, at det ikke var alle børn, der kom til undersøgelserne ved lægen (18). Hvor det er muligt er resultater fra nærværende rapport sammenlignet med resultaterne fra Almind's undersøgelse i 1979(14-16). I resultatafsnittene menes således denne undersøgelse, når der henvises til tal fra 1979.

Dette er en del af anden fase af et større projekt, der har til formål at evaluere de forebyggende sundhedsydelse (tidligere sundhedsordninger). Første fase var en kortlægning af de forebyggende sundhedsordninger, dog undtaget tandlægedelen. Denne rapport vedrører udelukkende en evaluering af den forebyggende indsats i almen praksis.

2 Formål

Det overordnede formål med denne undersøgelse er at evaluere de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis.

Evalueringen omfatter en beskrivelse af organisation, indhold og udbytte, samt tilfredshed med de forebyggende børneundersøgelser. Information om og rammer for børnevaccination beskrives. Endvidere undersøges, om forældre til børn, der ikke benytter sig af børneundersøgelser og/eller børnevaccination, adskiller sig socioøkonomiske og demografiske fra øvrige forældre.

Resultaterne bliver sat i relation til intentionen i lovgrundlaget og de vejledende retningslinjer med henblik på, om der skal iværksættes tiltag for at bringe disse i bedre overensstemmelse med hinanden.

3 Anvendte metoder og datakilder

Undersøgelsen har anvendt flere forskellige datakilder og metoder; dels spørgeskemaer til læger og forældre, dels individuelle samt gruppediskussioner med læger og forældre. Formålet med at anvende så forskellige metoder har været at få forskellige typer af information. Fokusgruppediskussioner har givet en overordnet introduktion til læger og forældres erfaringer med børneundersøgelse. Register-undersøgelsen har beskrevet karakteristika ved deltagende og ikke-deltagende familier. I spørgeskemadelen har læger og forældre konkret beskrevet et repræsentativt udsnit af børneundersøgelser, hvor interviewdelen har givet et detaljeret indblik i holdninger og oplevelser. Resultaterne fra de forskellige dele af evalueringen supplerer hinanden. Dette er med til at sikre en bred evaluering, der beskriver børneforebyggelsen i almen praksis både i tal og i ord.

En følgegruppe med repræsentanter fra Dansk Selskab for Almen Medicin, Praktiserende Lægers Organisation, Forskningsenheden for Almen Praksis, Børns Vilkår, Dansk Pædiatrisk Selskab, faggruppen for Udviklingspsykologi ved Institut for Psykologi, Københavns Universitet, Statens Serums Institut, Amdsrådsforening og Kommunernes Landsforening har fulgt projektets gennemførelse. Projektets styregruppe med repræsentanter fra Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Center for Forebyggelse, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Statens Institut for Folkesundhed har tillige deltaget i følgegruppemøderne.

3.1 Evalueringsdesign

Nærværende rapport er resultatet af en ekstern evaluering af de forebyggende børneundersøgelser struktur, indsats, proces og resultat, samt en brugervurdering af indsatsen.

Strukturen er beskrevet ved tilrettelæggelse af børneundersøgelse og børnevaccination, herunder tid, indkaldelse og fysiske rammer. Indsatsen vurderes ved de vejledende retningslinjer (nu anbefalinger) for de forebyggende børneundersøgelser. Processen evalueres ved at beskrive børneundersøgelse indhold, herunder undersøgelser af barnet, samtaleemner og vaccination. Familier, der ikke benytter sig af de forebyggende børneundersøgelser og/eller børnevaccination karakteriseres. Resultatet af undersøgelserne beskrives ved nye fund og de praktiserende lægers handling på disse fund. Resultatet beskrives også ved ændringer i forældrenes viden og tryghed. Endelig beskrives forældres tilfredshed med ordningerne. Dette gøres bl.a. ved at se på tilfredshed med fysiske rammer, tid, forældre og barns kontakt til lægen, samtaleemner, samt en helhedsvurdering af børneundersøgelsen/børnevaccinationen.

3.2 Spørgeskemaer

Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført blandt et udsnit af praktiserende læger og deres børnefamilier over hele Danmark.

De praktiserende læger, der blev inviteret til at deltage, var udvalgt, således at de bedst muligt udgjorde et repræsentativt udsnit af børneundersøgelser. Dette blev sikret ved, at et tilfældigt udsnit af børneundersøgelser udført i år 2005 blev identificeret i Yderregistret. Herefter blev de ydernumre, der havde udført børneundersøgelserne identificeret. Børneundersøgelser bliver registreret på ydernummer, ikke på den enkelte læge og flere læger kan dele et ydernummer. Den læge, der i yderregistret var nævnt først under de pågældende

de ydernumre, fik herefter tilsendt spørgeskemamaterialet med invitation til at han/hun eller en kompagnon kunne deltage. Efter 1-2 måneder fik de praksis, der endnu ikke havde svaret et brev, og efter yderligere 1-2 måneder blev lægerne forsøgt telefonisk kontaktet.

Tre forskellige spørgeskemaer indgik. Et spørgeskema til de praktiserende læger om generelle forhold vedrørende børneundersøgelse i netop deres praksis, tre spørgeskemaer om specifikke børneundersøgelser til at udfylde efter de næstkommende tre børneundersøgelser i praksis og endelig tre spørgeskemaer til forældre. Forældrene i undersøgelsen var de forældre, der var til de pågældende børneundersøgelser i de udtrukne praksis. De fik udleveret et spørgeskema og en svarkuvert af deres læge efter børneundersøgelsen.

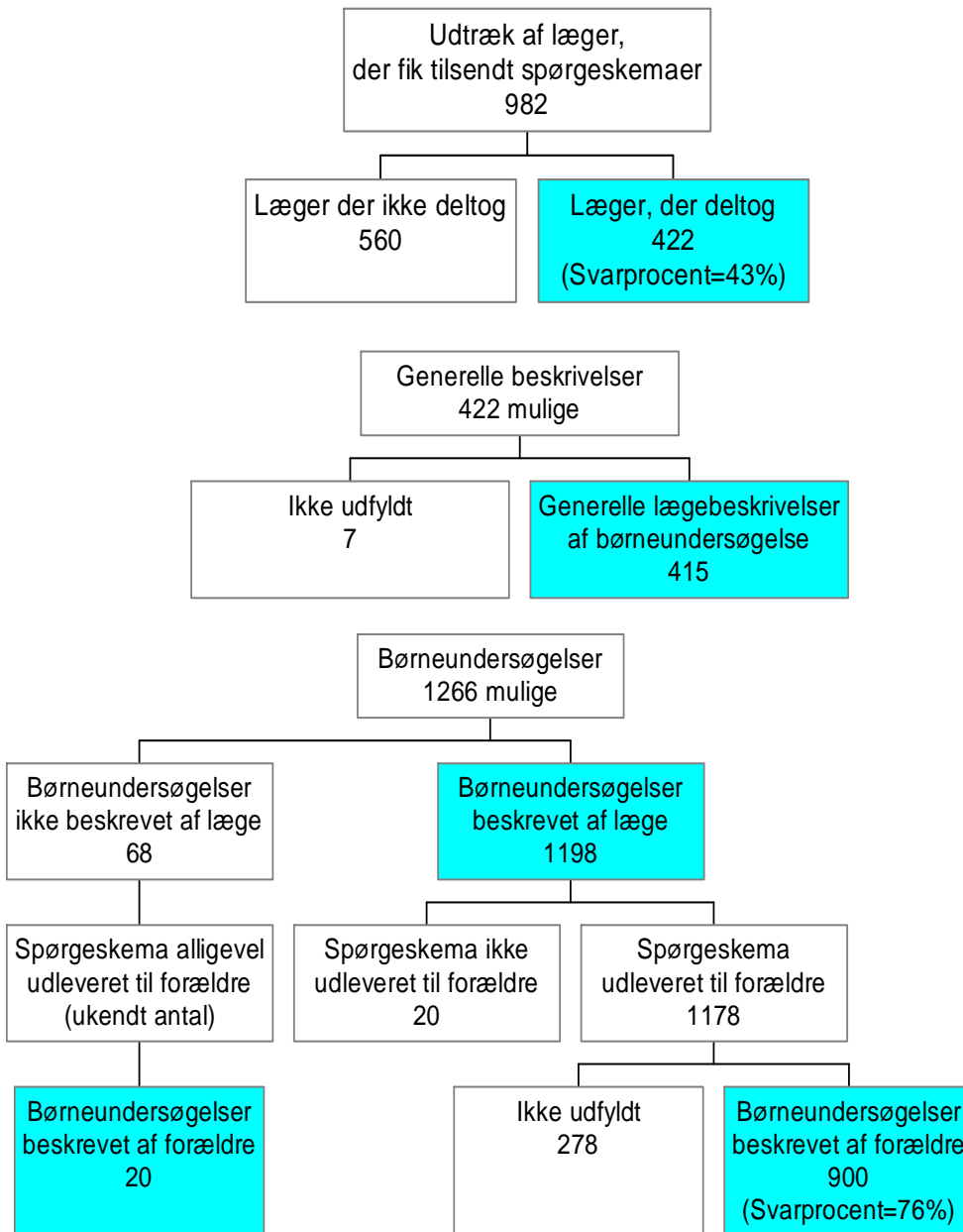
Spørgeskemaerne blev dels udviklet med udgangspunkt i Gert Alminds spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger i 1979, dels med udgangspunkt i indholdet af Sundhedsstyrelsens gældende retningslinjer på området fra 1995. Udkast til spørgeskemaer blev diskuteret i projektets følgegruppe med eksperter og repræsentanter for interessenter på området.

Spørgeskemaerne blev revideret efter gennemførelse af to fokusgruppediskussioner med henholdsvis seks praktiserende læger og seks forældre til børn til børneundersøgelse. Formålet med fokusgruppediskussionerne var at komme rundt om emnet forebyggende børneundersøgelser og få et godt indblik i lægers og forældres forskellige holdninger til emnet.

Spørgeskemaerne afprøvedes herefter i en pilottest. 30 læger fra det tilfældige udtræk beskrevet ovenfor blev inviteret til at deltage, dog kun med en enkelt børneundersøgelse hver. Ti læger og otte forældre returnerede udfyldte spørgeskemaer, efter telefonisk kontakt til de læger, der ikke svarede i første omgang. Udover en lav svarprocent var erfaringen herfra, at Yderregistret ikke var fuldt opdateret, således at enkelte læger var holdt op med at praktisere eller var flyttet. Der var ingen læger eller forældre, der ønskede at udfylde skemaet på Internettet og denne idé blev derfor forladt. Desuden førte pilottesten til en revision af spørgeskemaerne.

Fra august til oktober 2006 blev udsendt spørgeskemaer og invitation til deltagelse til i alt 982 læger. Dataindsamlingen forløb herefter fra frem til februar 2007. I alt 422 praktiserende læger og 920 forældre har udfyldt og returneret spørgeskemaer. Det svarer til en svarprocent på 43% for lægerne og 76% for forældrene. Figur 1 viser detaljer omkring dataindsamlingen.

Figur 1. Oversigt over spørgeskemabesvarelser



De fleste læger udfyldte spørgeskemaer om i alt tre børneundersøgelser, samt et generelt spørgeskema om børneundersøgelse i deres praksis. Enkelte læger udfyldte spørgeskemaer efter 1-2 børneundersøgelser og fem læger valgte kun at udfylde det generelle spørgeskema. Forældrene udfyldte ét spørgeskema efter én børneundersøgelse. I alt 1198 børneundersøgelser er beskrevet af læge og 920 af forældre. 900 børneundersøgelser er beskrevet af både forældre og læge.

Ved 98% af børneundersøgelserne udleverede lægen et spørgeskema til forældrene. Årsagerne til, at der ved knap 2% af børneundersøgelserne (20 i alt) ikke blev udleveret et spørgeskema til forældrene var, at lægen glemte at udlevere skemaet eller ikke havde skemaet til forældrene (7), at forældre ikke havde tilstrækkelige danskundskaber (6), at fami-

lien ikke ønskede at deltage (4), at lægen ikke mente, at det var hensigtsmæssigt at belaste familien (2) eller andre årsager (7). Der var ofte flere årsager ved samme børneundersøgelse, f.eks. at familien ikke havde tilstrækkelige danskundskaber og ikke ønskede at deltage.

I rapporten er resultater fra hver af de tre spørgeskemaer afreporteret hver for sig. Generelle forhold ved børneundersøgelsen er beskrevet af læger kapitel 6, de konkrete børneundersøgelser er beskrevet af læger i kapitel 7 og af forældre i kapitel 9.

Resultaterne præsenteres ved deskriptiv statistik. Som følge af det meget store antal sammenligninger er statistiske test vurderet at være meningsløse. Alle procenter er afrundet til nærmeste hele. Ved procenter mellem 0,50 og 1 er derfor rundet op til 1, mens der ved procenter under 0,50 er brugt betegnelsen <1. I nogle spørgsmål er et manglende svar det samme som et nej og der er derfor i disse tilfælde ingen manglede svar. Manglende svar i de fleste øvrige spørgsmål (spørgsmål hvor hverken ja, nej eller andre svarmuligheder er afkrydset) er ekskluderede.

I nogle spørgsmål med mange underkategorier kan et manglende svar dog betyde nej. Hvis svarpersonen et eller flere steder har krydset af i underkategorier i det samme spørgsmål er det sandsynligt, at svarpersonen ikke har brugt tid på at udfylde resten af underkategorierne med et nej. Derfor er disse underkategorier i så fald omkodet til et nej. Hvis en person slet ikke har svaret på et spørgsmål udgår denne person af den pågældende analyse.

3.3 Individuelle interviews

Den kvalitative del af evalueringen omfattede 15 individuelle, kvalitative interviews med hhv. syv praktiserende læger og otte forældre. Mens data fra spørgeskema- og registerundersøgelsen bidrager med information om udbredelsen af forskellige forhold vedrørende de forebyggende børneundersøgelser, bidrager data fra de kvalitative interviews med detaljeret information vedrørende enkeltpersoners oplevelser, forståelser og holdninger til børneundersøgelserne.

Interviewene blev ikke benyttet som et redskab til at opnå et repræsentativt billede af forhold vedrørende børneundersøgelserne, men til at få en dybere indsigt i nogle af de argumenter og bagvedliggende forhold der har indflydelse på oplevelsen af børneundersøgelserne.

Med de individuelle interviews ønskede vi bl.a. at undersøge, hvordan læger og forældre vurderer udbyttet af de forebyggende børneundersøgelser, samt hvilke forhold der kan have indflydelse på vurderingen af udbyttet, herunder ønsker såvel som kritik.

Fra lægernes side ønskede vi derudover et indblik i:

- holdninger til børneundersøgelseernes nuværende antal og placering
- hvilke elementer de lagde vægt på til børneundersøgelserne og hvorfor
- hvad de ville betegne som en 'god' børneundersøgelse
- argumenter for at netop de praktiserende læger skal varetage børneundersøgelserne
- hvordan lægerne oplevede forældrenes rolle og forventninger til undersøgelsen

Fra forældrenes side ønskede vi at få uddybet:

- hvad de oplevede som formålet med børneundersøgelserne
- hvordan de så lægens rolle i forhold til børneundersøgelserne
- hvad de fik ud af at komme til børneundersøgelse
- hvilken motivation de havde for at komme til børneundersøgelse med deres børn
- hvilke behov og forventninger de havde til en børneundersøgelse

Desuden ønskede vi for begge gruppers vedkommende at belyse forhold vedrørende vaccinationspraksis, brugen af Barnets Bog, og for lægernes vedkommende Sundhedsstyrelsens retningslinier.

Rekruttering

Interviewpersonerne blev rekrutteret ud fra et ønske om at få belyst ovenstående valgte emner fra så mange forskellige sider som muligt. Der blev derfor udvalgt personer, der adskilte sig indenfor forskellige områder, som kunne have indflydelse på deres opfattelse af og erfaringer med børneundersøgelserne.

De interviewede læger praktiserede i forskellige områder i Danmark, og adskilte sig desuden hvad angik antal år i praksis og køn, da vi havde en forestilling om, at både antallet af udførte børneundersøgelser og lægens køn kunne have betydning for bl.a. holdninger til og oplevelser af børneundersøgelserne. Enkelte af de deltagende læger blev bedt om at medvirke i interviewet i forlængelse af, at de havde vist stor interesse for projektet ved at kontakte forskerne bag undersøgelsen. Vi formodede derfor, at de netop havde reflekteret over emnet og således grundigt ville kunne uddybe forhold vedrørende børneundersøgelserne.

De interviewede forældre var ligesom lægerne geografisk spredt over Jylland, Fyn og Sjælland. Vi valgte at udelukke at rekruttere mødre, da det primært er dem der møder op til børneundersøgelse (14), og de dermed ville kunne give os et indblik i de forhold vi ønskede svar på. Forældrene adskilte sig hvad angik uddannelsesniveau og antal børn, idet vi forestillede os, at mødrenes uddannelsesniveau havde betydning for forventninger, oplevelse og udbyttet af børneundersøgelserne samt at disse desuden kunne være forskellige, alt efter barnets alder og efter deres erfaring som forældre. Derfor interviewede vi tre mødre, der havde relativt små børn uden nogen ældre søskende og fem mødre med større børn eller børn med ældre søskende.

Gruppen af læger og forældre havde ingen officiel forbindelse til hinanden, idet ingen af de interviewede mødre eller deres børn var patienter hos nogen af de interviewede læger.

Gennemførelse af interviews

Interview med lægerne blev foretaget i lægens praksis, mens interview med forældrene foregik hjemme hos forældrene selv (et enkelt interview foregik hos sundhedsplejersken). Forud for interviewene modtog alle interviewpersoner en informationskrivelse, hvor projektet kort blev beskrevet. Alle interviewpersoner blev orienteret om, at interviewene ville blive optaget på bånd, og at de ville blive behandlet fortroligt. Endelig blev deltagerne forsikret om, at alle ville blive anonymiseret i den endelige rapport.

Interviewene blev gennemført som semi-strukturerede. Semi-strukturerede interviews er kendetegnet ved at være styret af en interviewguide med visse fastlagte temaer samtidig med, at der levnes plads til, at interviewet også kan bevæge sig i andre retninger. Der blev således under interviewene lagt vægt på, at de fastlagte temaer blev dækkede, men også at interviewpersonen kunne introducere emner, de fandt relevante for børneundersøgelserne.

Mødrene blev ikke interviewet direkte i forbindelse med en børneundersøgelse og det var derfor varierende, hvor længe siden det var, de sidst havde været til børneundersøgelse.

Interviewene varede mellem ca. 40 og 75 minutter og alle deltagere blev honoreret for deres medvirken.

Interviewene blev optaget på disc og efterfølgende transskriberet.

Analyse

Da alt materiale var transskriberet blev hhv. et lægeinterview og et forældreinterview gennemlæst af personerne i forskerteamet hver især. På denne baggrund blev der identificeret forskellige tværgående emner, der blev stillet op i en 'skabelon', som dannede baggrund for kodningen af resten af interviewene. Undervejs gennem kodningen blev skabelonen udbygget, eftersom flere relevante emner udsprang fra materialet. Da alle interview var kodet i henhold til skabelonen, blev materialet gennemgået og emner, der var stærkt relateret til hinanden blev lagt sammen eller lagt under hinanden. På baggrund af emnerne blev det muligt at konstruere de overordnede kategorier, der ligger til grund for analysen og fremstillingen i kapitel 8 og 10 i denne rapport.

3.4 Registre

Familier der deltager, respektivt ikke deltager i de forebyggende børneundersøgelser hos alment praktiserende læge, blev karakteriseret ved hjælp af data fra Danmarks Statistik.

Datamateriale

Datamaterialet blev dannet med udgangspunkt i to kohorter. Kohorte 1 bestod af alle børn født fra 1/7 1998 til 30/6 1999 (N=70.891). Børnene i denne kohorte blev tilbudt deres 4- og 5-årsundersøgelser i 2002, 2003 og/eller 2004. Kohorte 2 bestod af alle børn født i 2002 (N=65.995). Disse børn blev tilbudt deres 5 uger, 5 måneder og 12 måneder undersøgelse ligeledes i 2002, 2003 og 2004. For ikke at få en alt for lang observationsperiode blev 2- og 3-årsundersøgelserne ikke analyseret. Årsager til ikke-deltagelse ved disse undersøgelser formodedes at ligne årsager ved 4-årsundersøgelsen.

I kohorte 1 var 686 børn dødfødte, og 3.016 børn befandt sig ikke i Danmark i hele perioden 1/1 2002-1/1 2004. Disse børn blev ekskluderet, og kohorte 1 bestod derved af 67.191 børn. I kohorte 2 var 468 børn dødfødte eller døde inden for det første år, mens 1.879 ikke befandt sig i Danmark i hele perioden 1/1 2002-1/1 2004. Disse børn blev ekskluderet og kohorte 2 bestod derved af 63.648 børn.

Der blev anvendt oplysninger om brug af forebyggende børneundersøgelser fra Sygesikringsregistret. Oplysninger om barnets køn, dets fødselsdato og dets nummer i søskendeflokken (nummer i søskendeflok baseret på biologisk mor) stammede fra Fertilitetsdatabasen. I Sygehusbenyttelsesregistret fik vi oplysninger om barnets årlige antal hospitalsindlæggelser (fraset indlæggelse ved fødsel). Vi anvendte derudover IDA-databasen, hvorfra vi udtrak oplysninger om forældrenes indkomst (kombineret mor og far, samt vægtes efter antal børn og voksne i husstanden), uddannelse (højest opnåede), beskæftigelsesstatus, etnicitet (inddeling baseret på FNs definition) og bopælskommunens urbaniseringsgrad. Oplysninger om antallet af søskende og forældrenes samlivsstatus, køn og alder stammede fra Befolkningsregistret.

Sygesikringsregistret

Kohorte 1 blev via Sygesikringsregistret sammenkoblet med ydelsesnumre for 4 og 5-årsundersøgelsen samt for 5-årsvaccinationen, og kohorte 2 blev sammenkoblet med ydelsesnumre for 5 uger, 5 og 12-månedersundersøgelsen samt 3, 5, 12 og 15 måneders vaccinationerne. Dette blev gjort for årene 2002-2004.

Frem til et barn bliver navngivet eller døbt, har det ikke selv et sygesikringsbevis. Barnets mor eller fars sygesikringsbevis benyttes i stedet, når barnet er i kontakt med sundhedsvæsenet, og ydelserne kobles til forældrenes CPR-nummer. Forældrenes CPR-nummer blev i denne undersøgelse anvendt til at identificere ikke-navnegivne/udøbte børn, som havde fået børneundersøgelser/vaccinationer. Det var kun ved 5 uger og 5 måneders børneundersøgelserne samt 3 og 5 måneders vaccinationerne at børnemarkeringer var af betydning, da alle børn skal være navngivet/døbt senest 6 måneder efter fødslen, og herefter får deres eget sygesikringsbevis.

Vi inddrog dog også forældrenes CPR-nummer ved 12-månedersundersøgelsen samt 12 måneders vaccinationen for at sikre, at eventuelle registreringer på denne, også blev inddraget i undersøgelsen. Undersøgelser registreret via forældrenes CPR-nummer blev lagt sammen med ydelser registreret på børns CPR-nummer for hver af børneundersøgelserne. Der var registreret i alt 9.934 børneundersøgelser på morens CPR-nummer og 128 undersøgelser på farens CPR-nummer. Vaccinationer registreret via forældrenes CPR-nummer blev tilsvarende lagt sammen med ydelser registreret på børns CPR-nummer for hver af vaccinationerne.

I tilfælde, hvor et barn var registreret til at have fået foretaget den samme børneundersøgelse eller vaccination flere gange, blev barnet inkluderet i datamaterialet, men den pågældende børneundersøgelse optrådte i analyserne kun som én undersøgelse. Den børneundersøgelse, der lå tættest på det tidspunkt, hvor børneundersøgelsen kunne forventes at foreligge, blev valgt til at indgå i analyserne.

Registre om socio-økonomi og demografi

Efter kohorterne var sammenkoblet med Sygesikringsregistret, blev de sammenkoblet med udvalgte registre, der indeholdt oplysninger om familien og barnet. Oplysninger om familien blev baseret på den familie, som barnet boede sammen med, og blev trukket pr. 1/1 i 2002, 2003 eller 2004.

Tidspunktet hvorpå oplysningerne blev trukket blev bestemt ud fra det enkelte barns fødselsdato samt den forventede dato for børneundersøgelsen, som barnet blev tilbudt. Den konkrete børneundersøgelse/vaccination blev opgjort i dage, måneder eller år og blev lagt sammen med barnets fødselsdato. Lå datoen for undersøgelsen før d. 1/7, blev oplysninger trukket pr. 1/1 samme år. Lå datoen efter d. 1/7, blev oplysningerne trukket pr. 1/1 det efterfølgende år. Dette skete dog ikke for børn, der skulle have foretaget deres 5 ugers og 5-månedersundersøgelse samt 3 og 5 måneders vaccination. For disse børn, blev oplysningerne trukket per 1/1 2003, hvilket skyldes, at langt størstedelen af børnene i denne gruppe, ikke var født per 1/1 2002, hvorfor det ikke var muligt at indhente oplysninger om den familie, de boede sammen med på dette tidspunkt (Figur 2 og 3).

Sygehusbenyttelsesregistret

Oplysninger om antallet af hospitalsindlæggelser skulle afspejle barnets sygelighed i tiden op til børneundersøgelsen/vaccinationen. De blev derfor så vidt muligt indhentet før det forventede tidspunkt for børneundersøgelsen/vaccinationen. Som følge deraf blev oplysningerne om antallet af hospitalsindlæggelser for 5 ugers, 5 måneders, 12 måneders og 4-

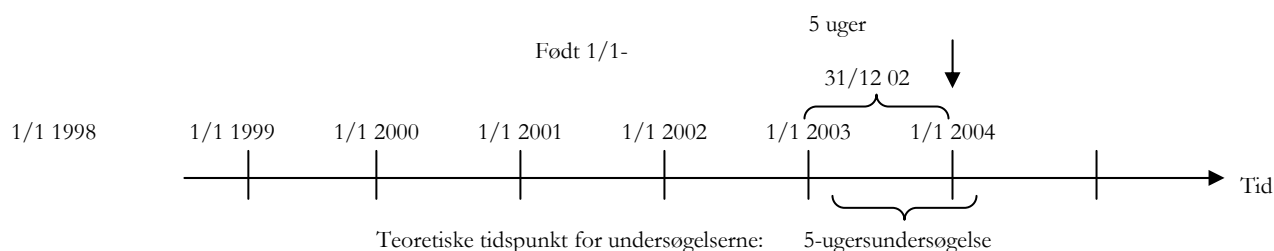
årsundersøgelserne indhentet ved udgangen af år 2002 og for 5-årsundersøgelsen blev de indhentet ved udgangen af år 2003 (Figur 2 og 3).

Figur 2 og 3 viser for henholdsvis hver børneundersøgelse og hver børnevaccination, hvornår kohorten blev født, hvornår børneundersøgelsen teoretisk skulle finde sted og hvornår oplysningerne er trukket.

Figur 2. Oversigt over børneundersøgelserne

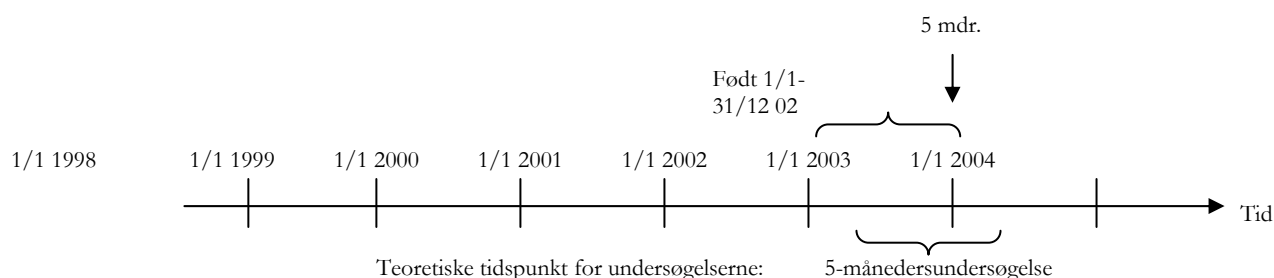
5-ugersundersøgelsen

Oplysninger trukket om socioøkonomi og demografi



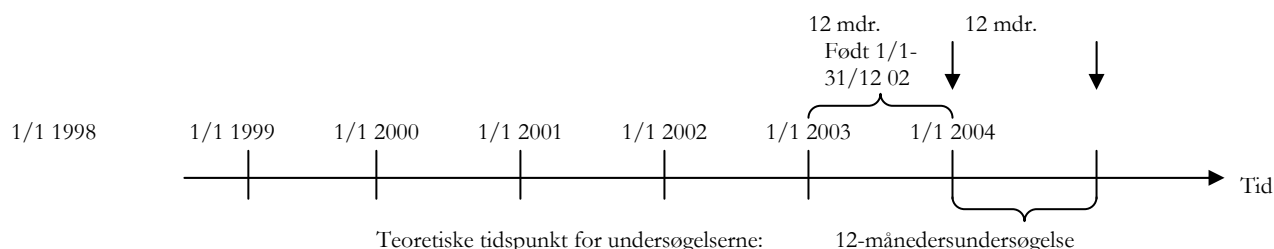
5-månedersundersøgelsen

Oplysninger trukket om socioøkonomi og demografi

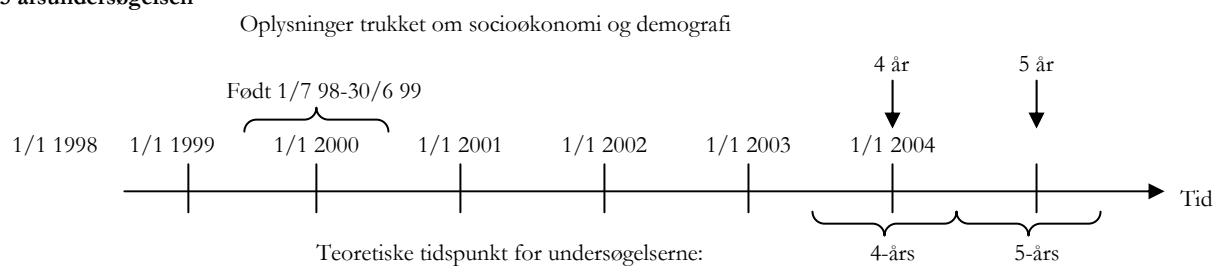


12-månedersundersøgelsen

Oplysninger trukket om socioøkonomi og demografi

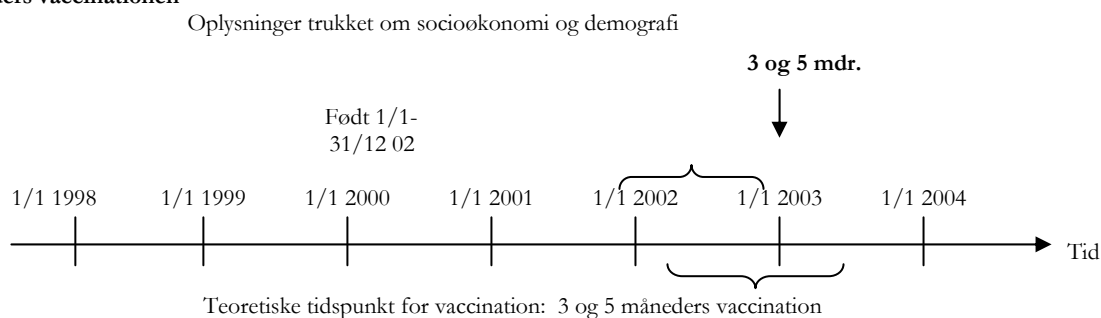


4 og 5 årsundersøgelsen

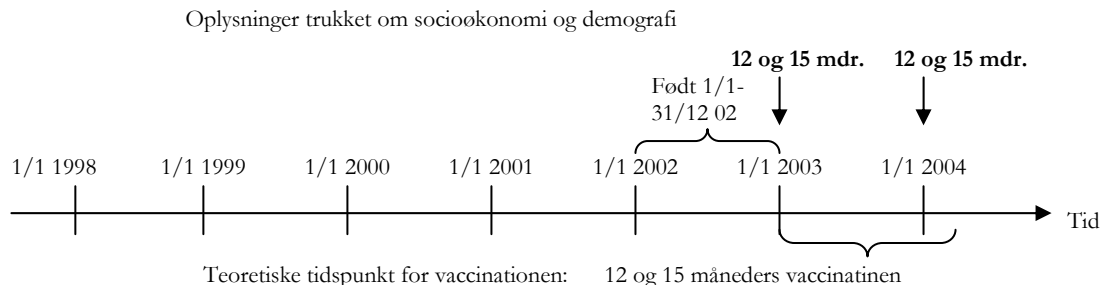


Figur 3. Oversigt over børnevaccinationerne

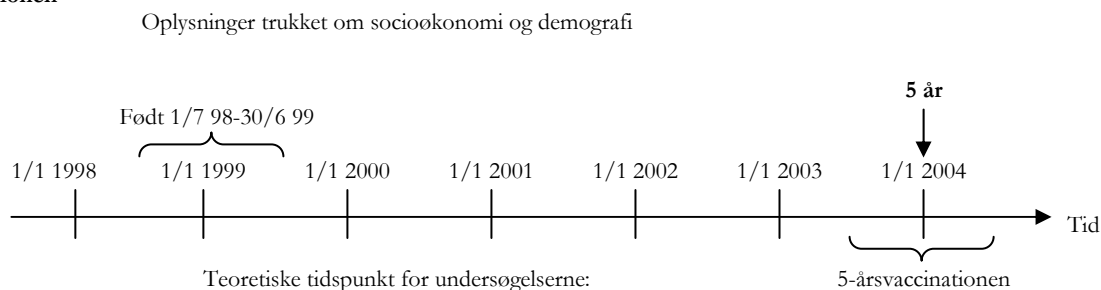
3 og 5 måneders vaccinationen



12 og 15 måneders vaccination



5-årsvaccinationen



Den statistiske analyse af datamaterialet blev foretaget ved hjælp af logistisk regressionsanalyse. Vi estimerede odds ratio for ikke-deltagelse i børneundersøgelserne (odds for ikke-deltagelse sammenlignet med odds for deltagelse). Det blev testet, om variablene var signifikante på et 5 %-niveau ved hjælp af χ^2 -test.

Den endelige model inkluderede følgende variable: Barnets køn og nummer i den biologiske søskendeflok, antal indlæggelser barnet havde haft, sammensætning af barnets familie, forældrenes alder, uddannelses- og beskæftigelsesstatus, etnicitet og oprindelsesland, husstandsindkomst og urbaniseringsgrad i bopælskommune. Først blev alle familie- og børnekaraktistikas sammenhæng med ikke-deltagelse undersøgt hver for sig (univariate analyser med rå OR-værdier). Derefter blev alle karakteristika samlet i én model, hvorved familie- og børnekaraktistika med selvstændig betydning for deltagelse (efter at der var taget højde for de øvrige familie- og børnekaraktistika) blev identificeret (multivariat analyse med justerede OR-værdier for ikke-deltagelse).

3.5 Etik og anonymitet

Alle læger og forældre, der har deltaget i evalueringen fremstår anonyme i denne rapport og ingen enkeltpersoner vil kunne genkendes.

Personer, der har deltaget i registerundersøgelsen, er ligeledes anonyme for forskerne, der har gennemført undersøgelsen, idet analyserne er lavet på baggrund af datasæt liggende i Danmarks Statistik, hvor personidentificerbare oplysninger er krypteret.

Læger, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen er kendt af forskerne, men ved analyser er lægerne kun identificeret ved et løbenummer. Forældre, der deltager i spørgeskemaundersøgelsen er kendt af lægen, der har gennemført børneundersøgelsen og som naturligvis har tavshedspligt. Forældrene i spørgeskemaundersøgelsen er ukendte for forskerne.

Forældre og læger, der har deltaget i individuelle interview eller fokusgruppediskussion er kendt af forskerne, men optræder anonymt i enhver form for offentliggørelse af resultater.

Alle oplysninger er behandlet strengt fortroligt.

4 Registerundersøgelse af ikke-deltagelse

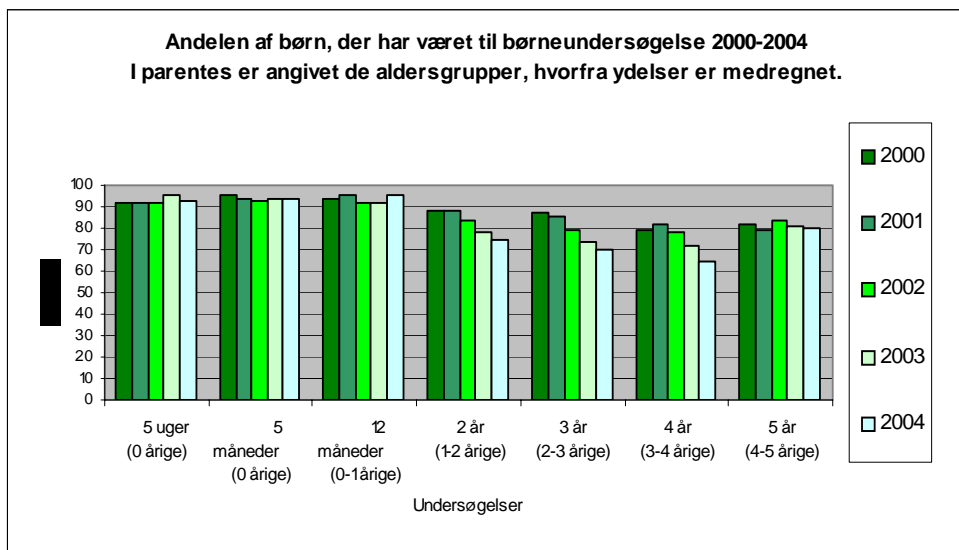
De forebyggende børneundersøgelser og det danske børnevaccinationsprogram er et tilbud til børnefamilier i Danmark. Alle børneundersøgelser og børnevaccinationer hos de praktiserende læger bliver registreret via Sygesikringen, og det er derfor muligt via registre at karakterisere børnefamilier, der modtager henholdsvis ikke modtager disse tilbud.

4.1 Børneundersøgelse

Forud for denne evaluering blev tilslutningen til de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge kortlagt, herunder også børneundersøgelserne(18). Fra 2000 til 2004 var der et markant fald i tilslutningen til 2 år, 3 år og 4-årsundersøgelserne, hvilket faldt samtidigt med, at den orale poliovaccine begyndte sin udfasning i 2001.

Tilslutningen til de første tre undersøgelser samt 5-årsundersøgelsen var forholdsvis stabil i samme periode. I 2004 lå deltagelsen i undersøgelserne i barnets første leveår på 93-95 %. Ved de følgende undersøgelser faldt deltagelsen, og ved 4-årsundersøgelsen var den nede på 65 %, hvorefter den ved 5-årsundersøgelsen steg til 80% . Figur 4 viser udviklingen i deltagelsesprocenter ved de syv børneundersøgelser fra 2000 til 2004.

Figur 4. Udvikling i deltagelsen ved de syv børneundersøgelser



Børnefamilier, der har fravalgt at komme til børneundersøgelse, blev i denne undersøgelse karakteriseret ved hjælp af registeroplysninger.

Tabel 1 viser demografiske og socioøkonomiske karakteristika betydning for risiko for ikke-deltagelse i børneundersøgelse. Hvert karakteristika er analyseret for sig (univariat analyse med rå odds ratio). Her vises kun resultater fra 5 måneder og 4-årsundersøgelsen, da resultaterne fra alle fem undersøgelser hovedsageligt viste den samme tendens og kun adskilte sig ved, at sammenhængen var mere udtalt i 4 og 5-årsundersøgelserne end i de

øvrige undersøgelser. 5 måneders og 4-årsundersøgelsen er meget forskellige, idet der ved 5-månedersundersøgelsen hører en børnevaccination og deltagelsesprocenten for 5-månedersundersøgelsen er meget højere end for 4-årsundersøgelsen.

Tabel 1: Deltagelsesprocenter og risiko for ikke-deltagelse ved børneundersøgelse (rå odds ratio)

	5 mdr.s undersøgelse			4 års undersøgelse		
	N	Deltagelses% %	rå OR (95% CI)	N	Deltagelses% %	justeret OR (95% CI)
Barnets køn						
Pige	32724	93.7	1,00	34291	76.7	1.00
Dreng	30924	94.0	1.05 (0.98 to 1.12)	32900	76.7	1.00 (0.96 to 1.03)
Antal biologiske søskende						
0	26951	95.2	1,00	28232	80.6	1.00
1	23654	93.8	1.31 (1.21 to 1.42)	25145	76.7	1.26 (1.21 to 1.32)
2	9242	91.9	1.74 (1.59 to 1.91)	9584	71.0	1.69 (1.60 to 1.78)
3+	3609	89.2	2.42 (2.15 to 2.72)	3579	61.8	2.56 (2.38 to 2.75)
Antal indlæggelser (fraset ved fødslen)						
0	50197	94.0	1,00	62295	76.9	1.00
1	9902	93.6	1.08 (0.99 to 1.18)	3830	75.0	1.11 (1.03 to 1.20)
2+	3549	92.3	1.31 (1.15 to 1.49)	1066	68.2	1.56 (1.37 to 1.77)
Barnet bor med						
To voksne	58862	94.2	1,00	57455	78.7	1.00
Enlig mand	106	85.9	2.69 (1.55 to 4.64)	502	52.0	3.41 (2.86 to 4.07)
Enlig kvinde	4434	90.0	1.82 (1.64 to 2.02)	8920	65.4	1.96 (1.87 to 2.05)
Ingen voksne (institution)	192	68.2	7.59 (5.59 to 10.30)	314	68.4	1,70 (1.34 to 2.16)
Mors alder ved fødslen						
< 25	6942	93.0	1.22 (1.10 to 1.34)	10533	70.5	1.54 (1.47 to 1.62)
25-34	43887	94.2	1,00	46361	78.6	1.00
> 34	12442	93.6	1.11 (1.02 to 1.21)	1162	72.5	1.19 (1.13 to 1.25)
Fars alder ved fødslen						
< 25	2443	93.2	1.28 (1.09 to 1.51)	3692	71.5	1.57 (1.45 to 1.69)
25-34	35289	94.6	1,00	37287	79.8	1,00
> 34	21231	93.7	1.17 (1.09 to 1.26)	16977	77.1	1,17 (1.12 to 1.22)
Mors etnicitet						
Dansk	54421	94.4	1,00	58049	78.7	1.00
Invandret fra udviklet land	2321	92.2	1.45 (1.24 to 1.69)	2207	65.8	1.92 (1.76 to 2.11)
Invandret fra mindre udviklet land	5868	91.0	1.66 (1.51 to 1.83)	5640	63.6	2.11 (2.00 to 2.24)
Efterkommer	619	91.3	1.60 (1.20 to 2.11)	408	68.9	1.67 (1.35 to 2.06)
Fars etnicitet						
Dansk	50915	94.6	1,00	50707	80.1	1.00
Invandret fra udviklet land	2276	93.0	1.32 (1.12 to 1.56)	2069	70.0	1.73 (1.57 to 1.91)
Invandret fra mindre udviklet land	5239	91.4	1.65 (1.49 to 1.83)	4799	65.2	2.15 (2.02 to 2.29)
Efterkommer	454	89.4	2.07 (1.53 to 2.80)	302	68.9	1.82 (1.43 to 2.33)
Mor uddannelses- og beskæftigelsesstatus						
I arbejde, mere end basal uddannelse	34397	95.4	1,00	39639	81.3	1.00
I arbejde, basal uddannelse	7106	93.6	1.40 (1.26 to 1.56)	9599	74.1	1.52 (1.45 to 1.60)
Ikke i arbejde, mere end basal uddannelse	9776	93.2	1.50 (1.37 to 1.65)	7580	73.8	1.55 (1.46 to 1.64)
Ikke i arbejde, basal uddannelse	9545	90.5	2.15 (1.97 to 2.34)	7756	63.8	2.47 (2.35 to 2.61)
Fars uddannelses- og beskæftigelsesstatus						
I arbejde, mere end basal uddannelse	39944	94.8	1,00	40142	81.1	1.00
I arbejde, basal uddannelse	10983	93.8	1.22 (1.11 to 1.33)	11370	76.2	1.34 (1.28 to 1.41)
Ikke i arbejde, mere end basal uddannelse	3538	92.8	1.42 (1.24 to 1.62)	2808	69.0	1.93 (1.78 to 2.10)
Ikke i arbejde, basal uddannelse	2963	90.6	1.91 (1.67 to 2.17)	2464	63.9	2.43 (2.23 to 2.64)
Husstandsindkomst (percentiler)						
< 1 %	634	79.8	5.82 (4.89 to 6.93)	668	51.5	3.39 (2.97 to 3.87)
1% - 4,9 %	2537	87.7	2.81 (2.45 to 3.23)	2676	57.1	3.37 (3.09 to 3.67)
5 % - 24,9 %	12680	91.5	1.86 (1.69 to 2.05)	13376	66.6	2.25 (2.14 to 2.38)
25 % - 49,9 %	15850	94.5	1.17 (1.06 to 1.30)	16719	78.3	1.25 (1.18 to 1.31)
50 % - 74,9 %	15853	95.5	0.95 (0.85 to 1.05)	16719	82.4	0.96 (0.91 to 1.02)
75 % - 100 %	15848	95.3	1,00	16719	81.8	1.00

Både i 5 måneders og 4-årsundersøgelsen var køn uden betydning for barnets deltagelse. Børn, der ikke deltog i de to børneundersøgelser, havde i højere grad flere ældre biologiske søskende, havde i større udstrækning været indlagt på hospitalet og boede i højere grad kun sammen med deres mor, sammenlignet med børn deltog i børneundersøgelse.

De ikke-deltagende børns forældre adskilte sig fra deltagende børns forældre på en række områder. Forældre til børn, der ikke deltog i undersøgelserne, var i højere grad unge (under 25 år) og ældre (over 34 år). I begge undersøgelser havde forældre til ikke-deltagende børn i højere grad grundskole eller gymnasial uddannelse og var i større udstrækning arbejdsløse, uddannelsessøgende samt udenfor arbejdsstyrken. De havde tillige oftere en lav husstandsindkomst og var hyppigere indvandrere eller efterkommere.

I tabel 2 er risikoen for ikke-deltagelsen i alle børneundersøgelserne vist som resultat af én samlet analyse for hver børneundersøgelse, hvor alle karakteristika er med (multivariat analyse, justerede odds ratio). Det giver mulighed for at konkludere, hvilke karakteristika der har en selvstændig betydning for deltagelsen, selv efter at der er taget højde for øvrige karakteristikas betydning.

Tabel 2. Risiko for ikke-deltagelse ved børneundersøgelse (justerede odds ratio)

	5 uger	5 måneder	12 måneder	4 år	5 år
Barnets køn					
Pige	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Dreng	0,99 (0,92 to 1,06)	1,07 (1,00 to 1,14)	1,08 (1,01 to 1,15)	0,98 (0,95 to 1,02)	1,04 (0,99 to 1,08)
Antal biologiske søskende					
0	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
1	1,05 (0,96 to 1,14)	1,38 (1,27 to 1,50)	1,46 (1,35 to 1,59)	1,40 (1,34 to 1,47)	1,70 (1,61 to 1,79)
2	1,12 (1,01 to 1,26)	1,72 (1,55 to 1,92)	1,86 (1,67 to 2,07)	1,81 (1,71 to 1,93)	2,32 (2,17 to 2,48)
3+	1,30 (1,12 to 1,52)	1,91 (1,64 to 2,22)	2,19 (1,89 to 2,52)	2,22 (2,03 to 2,43)	3,14 (2,86 to 3,45)
Antal indlæggelser (fraset ved fødsel)					
0	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
1	1,41 (1,29 to 1,55)	1,09 (0,99 to 1,20)	1,08 (0,98 to 1,18)	1,07 (0,99 to 1,16)	1,05 (0,95 to 1,16)
2+	2,79 (2,51 to 3,11)	1,23 (1,08 to 1,41)	1,31 (1,15 to 1,49)	1,56 (1,36 to 1,79)	1,66 (1,41 to 1,96)
Barnet bor med					
To voksne	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Enlig mand	4,66 (2,17 to 10,01)	0,80 (0,19 to 3,38)	1,10 (0,48 to 2,55)	3,43 (2,85 to 4,14)	3,86 (3,27 to 4,54)
Enlig kvinde	1,22 (1,04 to 1,44)	1,15 (0,97 to 1,35)	1,39 (1,20 to 1,61)	1,58 (1,46 to 1,71)	1,57 (1,45 to 1,70)
Mors alder ved fødslen					
< 25	1,08 (0,95 to 1,22)	0,98 (0,86 to 1,11)	1,15 (1,03 to 1,29)	1,30 (1,23 to 1,38)	1,33 (1,24 to 1,42)
25-34	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
> 34	1,06 (0,96 to 1,16)	0,95 (0,86 to 1,05)	0,92 (0,83 to 1,01)	0,99 (0,93 to 1,05)	1,02 (0,95 to 1,09)
Fars alder ved fødslen					
< 25	1,01 (0,83 to 1,23)	1,08 (0,89 to 1,31)	1,10 (0,93 to 1,31)	1,25 (1,14 to 1,36)	1,32 (1,20 to 1,45)
25-34	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
> 34	1,03 (0,95 to 1,23)	1,04 (0,95 to 1,13)	0,99 (0,91 to 1,08)	1,02 (0,97 to 1,07)	1,05 (0,99 to 1,11)
Mors etnicitet					
Dansk	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Indvandret fra udviklet land	1,25 (1,03 to 1,53)	1,13 (0,92 to 1,38)	1,08 (0,89 to 1,31)	1,45 (1,30 to 1,62)	1,50 (1,33 to 1,70)
Indvandret fra mindre udviklet land	1,17 (0,98 to 1,40)	0,86 (0,71 to 1,03)	0,80 (0,67 to 0,96)	1,19 (1,07 to 1,32)	1,07 (0,95 to 1,20)
Efterkommer	1,09 (0,77 to 1,55)	1,27 (0,92 to 1,76)	1,42 (1,05 to 1,90)	1,21 (0,96 to 1,53)	1,06 (0,81 to 1,37)
Fars etnicitet					
Dansk	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Indvandret fra udviklet land	1,05 (0,85 to 1,30)	0,99 (0,80 to 1,23)	1,08 (0,88 to 1,33)	1,07 (0,94 to 1,21)	1,07 (0,93 to 1,23)
Indvandret fra mindre udviklet land	0,93 (0,76 to 1,14)	0,96 (0,78 to 1,18)	0,98 (0,81 to 1,20)	0,95 (0,84 to 1,08)	0,98 (0,86 to 1,12)
Efterkommer	0,92 (0,60 to 1,42)	1,72 (1,21 to 2,44)	1,06 (0,71 to 1,58)	1,25 (0,96 to 1,63)	1,36 (1,01 to 1,81)
Mors uddannelses- og beskæftigelsesstatus					
I arbejde, mere end basal uddannelse	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
I arbejde, basal uddannelse	1,13 (1,01 to 1,27)	1,32 (1,18 to 1,47)	1,30 (1,18 to 1,45)	1,31 (1,24 to 1,38)	1,40 (1,32 to 1,49)
Ikke i arbejde, mere end basal uddannelse	1,08 (0,98 to 1,20)	1,28 (1,16 to 1,42)	1,17 (1,05 to 1,29)	1,19 (1,12 to 1,27)	1,24 (1,15 to 1,33)
Ikke i arbejde, basal uddannelse	1,37 (1,22 to 1,54)	1,51 (1,35 to 1,70)	1,57 (1,41 to 1,75)	1,45 (1,35 to 1,55)	1,56 (1,44 to 1,68)
Fars uddannelses- og beskæftigelsesstatus					
I arbejde, mere end basal uddannelse	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
I arbejde, basal uddannelse	1,03 (0,93 to 1,13)	1,06 (0,97 to 1,17)	1,13 (1,03 to 1,24)	1,15 (1,09 to 1,22)	1,15 (1,09 to 1,23)
Ikke i arbejde, mere end basal uddannelse	1,05 (0,90 to 1,23)	1,01 (0,86 to 1,19)	1,12 (0,96 to 1,31)	1,28 (1,16 to 1,41)	1,22 (1,09 to 1,36)
Ikke i arbejde, basal uddannelse	0,97 (0,82 to 1,16)	1,19 (1,01 to 1,40)	1,24 (1,06 to 1,46)	1,29 (1,16 to 1,43)	1,31 (1,16 to 1,46)
Husstandsindkomst (percentiler)					
< 1 %	3,69 (2,82 to 4,83)	3,19 (2,41 to 4,22)	1,82 (1,35 to 2,45)	2,09 (1,74 to 2,51)	2,07 (1,71 to 2,51)
1% - 4,9 %	1,47 (1,18 to 1,82)	1,65 (1,34 to 2,05)	1,61 (1,32 to 1,96)	1,39 (1,23 to 1,57)	1,64 (1,44 to 1,87)
5 % - 24,9 %	1,13 (0,99 to 1,29)	1,27 (1,11 to 1,45)	1,24 (1,09 to 1,41)	1,22 (1,12 to 1,31)	1,40 (1,29 to 1,53)
25 % - 49,9 %	0,87 (0,78 to 0,97)	0,93 (0,84 to 1,04)	0,94 (0,85 to 1,05)	0,98 (0,92 to 1,04)	1,10 (1,02 to 1,17)
50 % - 74,9 %	0,89 (0,81 to 0,99)	0,87 (0,78 to 0,97)	0,90 (0,81 to 1,00)	0,89 (0,84 to 0,94)	1,00 (0,93 to 1,07)
75 % - 100 %	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Børn, der kun boede med deres far eller mor, havde generelt en overrisiko for ikke at deltage i forhold til børn, der boede med begge deres forældre. Ved 4-årsundersøgelsen var denne overrisiko på 1,58 (1,46-1,71) for enlige mødre og 3,43 (2,85-4,14) for enlige fædre. Ved sene børneundersøgelser havde børn af mødre og fædre under 25 år tillige en overrisiko for ikke at deltage.

Jo flere ældre biologiske søskende et barn havde, jo mere steg dets overrisiko for ikke at deltage i de to børneundersøgelser. Børn, der havde én ældre søster eller bror, havde en

overrisiko på 1,38 (1,27-1,50) ved 5-månedersundersøgelsen og 1,70 (1,61-1,79) ved 5-årsundersøgelsen i forhold til børn uden ældre søskende.

Risikoen for ikke at deltage i de to undersøgelser steg med antallet af indlæggelser, særligt ved 5-ugersundersøgelsen.

Mødrenes uddannelses- og beskæftigelsesstatus var af betydning for barnets deltagelse. Sammenlignet med børn af mødre i arbejde med en erhvervs- eller videregående uddannelse havde børn af mødre, der var i arbejde men havde en almen uddannelse, en overrisiko på 1,32 (1,18-1,47) ved 5-månedersundersøgelsen og på 1,31 (1,24-1,38) ved 4-årsundersøgelsen for ikke at deltage. Kombinationen af at være uden for arbejdsmarkedet og med almen uddannelse øgede risikoen for ikke-deltagelse ved alle børneundersøgelser.

Børn af mødre, der ikke var i arbejde, og som havde en almen uddannelse, havde således de største overrisici for ikke-deltagelse; 1,57 (1,41-1,75) ved 1-årsundersøgelsen, sammenlignet med mødre i arbejde med en erhvervs- eller videregående uddannelse. Fædrenes uddannelses- og beskæftigelsesstatus var ligeledes af betydning for barnets deltagelse i undersøgelserne, dog mest udtalt ved de sene undersøgelser. Børn fra familier med en husstandsindkomsten under 25 % percentilen, havde en overrisiko for ikke-deltagelse. Jo lavere indkomst, jo større overrisiko.

Sammenlignet med børn af danske mødre havde børn af indvandremødre fra Norden og de vestlige lande overrisici for ikke-deltagelse i 5 uger, 4 og 5-årsundersøgelsen. Børn af indvandremødre fra resten af verden havde kun en overrisiko ved 4-årsundersøgelsen og de havde en underrisiko ved 12-månedersundersøgelsen. Fars etnicitet (bortset fra fædre af efterkommere ved enkelte undersøgelser) havde ingen betydning for deltagelsen, når der blev taget højde for øvrige karakteristika som f.eks. uddannelse, erhverv og indkomst.

De fleste af de børnefamilier, der ikke deltog i børneundersøgelser op til og med 1-årsalderen, fravalgte kun én enkelt undersøgelse. I kohorte 2 (født 2002) deltog således 0,43 % af børnene ikke i nogen af undersøgelserne. 2,2 % deltog ikke i to af undersøgelserne, mens 13,7 % ikke deltog i én af undersøgelserne. Det var lidt hyppigere de samme børn, der fravalgte 4- og 5-årsundersøgelsen. I kohorte 1 (født 1998-1999) kom således cirka 10 % af børnene ikke til nogen af undersøgelserne, mens cirka 21 % kun kom til én af dem.

Deltagelsesprocenten var højst i de tidlige undersøgelser. Man kunne derfor tro, at den relativt lille gruppe børn, der ikke deltog i 5-månedersundersøgelsen, var en mere selekteret gruppe end de børn, der ikke deltog i 4-årsundersøgelsen. Men det modsatte var tilfældet. I 4-årsundersøgelsen var sammenhængen mellem ikke-deltagelse og henholdsvis socioøkonomiske og demografiske faktorer stærkere end i 5-månedersundersøgelsen, hvilket viser, at den sociale ulighed i tilgangen til undersøgelsen øges med barnets alder.

Der var endvidere flere karakteristika, der var af betydning i alle fem undersøgelser. Dette gjaldt for barnets nummer i den biologiske søskendeflok, antal indlæggelser barnet havde haft, moderens uddannelses- og beskæftigelsesstatus samt husstandsindkomsten. Disse karakteristika må derfor være af særlig grundlæggende betydning for hvilke børn, der deltager, uafhængig af barnets alder og børneundersøgelse. De tre sidstnævnte karakteristika viser, at de socioøkonomiske forhold i barnets familie har betydning for deltagelsen i alle fem undersøgelser.

4.2 Børnevaccination

Børnefamilier, der havde fravalgt at komme til børnevaccinationer, blev ligeledes karakteriseret ved hjælp af registeroplysninger. Deltagelsesprocenter for vaccinationerne er vist i tabel 3. Tallene stammer fra kortlægningen af de forebyggende sundhedsordninger i 2005(18)

Tabel 3. Deltagelsesprocenter 2004

Børnevaccination	Børn der blev vaccineret (%)
3 måneder Di-Te-Ki-Pol-Hib 1	92
5 måneder Di-Te-Ki-Pol-Hib 2	92
12 måneder Di-Te-Ki-Pol-Hib 3	93
15 måneder MFR 1	91
5 år Di-Te-Ki-Pol revac.	81

Børnefamilier, der ikke deltog i børnevaccinationer, lignede i høj grad børnefamilier, der ikke deltog i børneundersøgelser. Således havde børn, der ikke deltog i børnevaccinationer, i højere grad flere ældre biologiske søskende, mens barnets køn var uden betydning for deltagelsen. Det var dog kun børn, der ikke havde fået 5-årsvaccinationen, der oftere havde været indlagt på hospital. De ikke-vaccinerede børns forældre var ligesom forældrene til børn, der ikke deltog i børneundersøgelse, i højere grad unge og ældre, ligesom det for både mor og far gjaldt, at de i større udstrækning havde grundskole eller gymnasial uddannelse som højeste uddannelse og oftere var arbejdsløse. De havde oftere en lav husstandsindkomst og var hyppigere indvandrere eller efterkommere.

I tabel 4-7 vises de forskellige demografiske og socioøkonomiske forholds betydning for deltagelsen ved vaccinationerne. Tabel 4 og 5 viser resultater fra analyser med hver karakteristika for sig (univariate analyser, rå odds ratio), mens tabel 6 og 7 viser resultater fra en samlet analyse hvor alle karakteristika er med (multivariate analyser, justerede odds ratio). Sidstnævnte analyser klargør, om de forskellige demografiske og socioøkonomiske karakteristika har en selvstændig betydning (og størrelsen af denne betydning), når der er taget højde for andre karakteristika.

Tabel 4. Risiko for ikke-deltagelse i de fem børnevaccinationer (Rå odds ratio (OR) for deltagelse sammenlignet med ikke-deltagelse)

	Rå OR for ikke-deltagelse i de forebyggende børnevaccinationer				
	3 måneder	5 måneder	12 måneder	15 måneder	5 år
Barnets køn					
Pige	1	1	1	1	1
Dreng	1,00 (0,94-1,06)	1,03 (0,97-1,09)	1,04 (0,98-1,09)	1,06 (1,01-1,11)	1,04 (1,0-1,8)
Antal ældre søskende					
0	1	1	1	1	1
1	1,20 (1,12-1,29)	1,20 (1,12-1,28)	1,22 (1,15-1,30)	1,53 (1,44-1,62)	1,41 (1,35-1,47)
2	1,36 (1,25-1,49)	1,36 (1,25-1,49)	1,40 (1,30-1,52)	2,06 (1,93-2,21)	1,95 (1,84-2,06)
3+	1,63 (1,45-1,83)	1,63 (1,45-1,83)	2,01 (1,81-2,23)	2,78 (2,54-3,04)	3,11 (2,89-3,35)
Antal indlæggelser (inklusive fødsel)					
1	1	1	1	1	1
2	0,91 (0,83-0,99)	0,98 (0,90-1,06)	0,95 (0,88-1,03)	0,96 (0,90-1,03)	1,07 (0,99-1,17)
3+	0,99 (0,87-1,13)	1,14 (1,01-1,29)	1,08 (1,00-1,21)	1,10 (1,00-1,22)	1,71 (1,48-1,98)
Sammensætning af familien					
To voksne	1	1	1	1	1
Single far	5,27 (3,44-8,09)	2,26 (1,33-3,84)	2,91 (1,96-4,31)	2,31 (1,57-2,40)	3,06 (2,63-3,56)
Single mor	1,74 (1,58-1,93)	1,55 (1,41-1,71)	1,76 (1,62-1,91)	1,95 (1,81-2,10)	1,84 (1,76-1,93)
Køn ukendt	3,18 (1,60-6,33)	4,45 (2,42-8,18)	2,82 (1,14-7,00)	1,66 (0,63-4,36)	
Ingen voksne (institution)	9,18 (6,86-12,28)	4,84 (3,52-6,65)	2,07 (1,39-3,09)	1,40 (0,93-2,11)	2,16 (1,73-2,70)
Mors alder ved fødslen					
< 25	1,16 (1,05-1,28)	1,13 (1,03-1,25)	1,22 (1,13-1,32)	1,20 (1,12-1,29)	1,38 (1,31-1,45)
25-34	1	1	1	1	1
>34	1,18 (1,09-1,27)	1,12 (1,04-1,21)	1,12 (1,04-1,20)	1,27 (1,19-1,35)	1,26 (1,20-1,33)
Fars alder ved fødslen					
< 25	1,24 (1,06-1,45)	1,19 (1,03-1,39)	1,20 (1,06-1,36)	1,32 (1,18-1,47)	1,47 (1,36-1,59)
25-34	1	1	1	1	1
>34	1,14 (1,07-1,22)	1,17 (1,10-1,25)	1,09 (1,03-1,16)	1,24 (1,17-1,30)	1,23 (1,18-1,29)
Mors etnicitet					
Dansk	1	1	1	1	1
Indvandrer fra udviklede lande	1,64 (1,43-1,88)	1,21 (1,04-1,40)	1,34 (1,17-1,52)	1,07 (0,95-1,21)	1,66 (1,51-1,82)
Indvandrer fra mindre udviklede lande	1,26 (1,14-1,39)	1,20 (1,09-1,32)	1,23 (1,12-1,34)	1,01 (0,93-1,10)	1,76 (1,65-1,87)
Efterkommer	1,28 (0,96-1,71)	1,53 (1,18-1,98)	1,31 (1,02-1,68)	1,20 (0,96-1,51)	1,12 (0,89-1,42)
Fars etnicitet					
Dansk	1	1	1	1	1
Indvandrer fra udviklede lande	1,43 (1,24-1,66)	1,07 (0,92-1,26)	1,24 (1,08-1,43)	1,04 (0,91-1,18)	1,48 (1,34-1,64)
Indvandrer fra mindre udviklede lande	1,23 (1,11-1,37)	1,21 (1,09-1,34)	1,32 (1,20-1,44)	1,09 (0,99-1,18)	1,78 (1,67-1,91)
Efterkommer	1,44 (1,04-1,99)	1,43 (1,05-1,95)	1,13 (0,82-1,54)	1,29 (0,99-1,68)	1,47 (1,13-1,91)

Tabel 5. Risiko for ikke-deltagelse i de fem børnevaccinationer (Rå odds ratio (OR) for deltagelse sammenlignet med ikke-deltagelse)

Rå OR for ikke-deltagelse i de forebyggende børnevaccinationer					
	3 måneder	5 måneder	12 måneder	15 måneder	5 år
Mors uddannelses- og beskæftigelsesstatus					
I arbejde og erhvervs-/vidergående udd.	1	1	1	1	1
I arbejde og almen uddannelse	1,14 (1,03-1,26)	1,26 (1,14-1,38)	1,26 (1,15-1,37)	1,36 (1,27-1,47)	1,50 (1,42-1,58)
Ikke i arbejde og erhvervs-/vidergående udd.	1,25 (1,14-1,36)	1,35 (1,24-1,47)	1,29 (1,19-1,40)	1,39 (1,29-1,49)	1,50 (1,42-1,60)
Ikke i arbejde og almen uddannelse	1,62 (1,50-1,76)	1,61 (1,49-1,75)	1,83 (1,70-1,97)	1,99 (1,87-2,12)	2,37 (2,24-2,51)
Fars uddannelses- og beskæftigelsesstatus					
I arbejde og erhvervs-/vidergående udd.	1	1	1	1	1
I arbejde og almen uddannelse	1,14 (1,05-1,24)	1,09 (1,00-1,18)	1,19 (1,11-1,29)	1,40 (1,31-1,49)	1,29 (1,22-1,36)
Ikke i arbejde og erhvervs-/vidergående udd.	1,19 (1,04-1,36)	1,29 (1,14-1,45)	1,26 (1,12-1,42)	1,32 (1,19-1,47)	1,77 (1,62-1,93)
Ikke i arbejde og almen uddannelse	1,42 (1,24-1,63)	1,48 (1,30-1,68)	1,72 (1,53-1,93)	1,75 (1,58-1,94)	2,25 (2,06-2,47)
Husstandsindkomst					
<1%	5,21 (4,30-6,30)	3,63 (2,97-4,43)	3,16 (2,58-3,87)	2,85 (2,34-3,47)	3,76 (3,21-4,41)
1%-4,9%	2,03 (1,77-2,33)	1,97 (1,72-2,24)	2,31 (2,04-2,60)	2,86 (2,57-3,19)	3,29 (3,01-3,59)
5%-24,9%	1,52 (1,39-1,66)	1,34 (1,23-1,46)	1,64 (1,52-1,78)	2,00 (1,86-2,15)	2,25 (2,16-2,38)
25%-49,9%	1,06 (0,97-1,16)	1,04 (0,95-1,13)	1,09 (1,01-1,19)	1,44 (1,34-1,54)	1,33 (1,26-1,40)
50%-74,9%	0,97 (0,88-1,06)	0,93 (0,85-1,02)	1,03 (0,95-1,12)	1,12 (1,04-1,21)	1,05 (0,99-1,11)
75%-100%	1	1	1	1	1

Tabel 6. Risiko for ikke-deltagelse i de fem børnevaccinationer (Justerede odds ratio (OR) for deltagelse sammenlignet med ikke deltagelse

Justerede OR-værdier for ikke-deltagelse i de forebyggende børnevaccinationer					
	3 måneder	5 måneder	12 måneder	15 måneder	5 år
Barnets køn					
Pige	1	1	1	1	1
Dreng	1,00 (0,94-1,07)	1,03 (0,97-1,10)	1,04 (0,99-1,10)	1,06 (1,00-1,12)	1,04 (1,00-1,08)
Antal ældre søskende					
0	1	1	1	1	1
1	1,10 (1,02-1,19)	1,25 (1,16-1,34)	1,28 (1,20-1,37)	1,61 (1,51-1,71)	1,54 (1,47-1,61)
2	1,14 (1,02-1,26)	1,39 (1,25-1,53)	1,44 (1,31-1,57)	2,06 (1,91-2,23)	2,02 (1,90-2,15)
3+	1,13 (0,97-1,32)	1,49 (1,29-1,71)	1,82 (1,61-2,06)	2,49 (2,23-2,78)	2,70 (2,47-2,95)
Antal indlæggelser (inklusive fødsel)					
1	1	1	1	1	1
2	0,92 (0,84-1,01)	0,99 (0,91-1,08)	0,95 (0,88-1,03)	0,94 (0,87-1,01)	1,05 (0,96-1,15)
3+	1,01 (0,88-1,16)	1,12 (0,99-1,27)	1,04 (0,93-1,17)	1,03 (0,92-1,14)	1,60 (1,37-1,87)
Sammensætning af familien					
To voksne	1	1	1	1	1
Single far	2,90 (1,26-6,67)	0,65 (0,16-2,71)	1,57 (0,85-2,93)	1,49 (0,84-2,63)	3,02 (2,57-3,55)
Single mor	1,18 (1,01-1,37)	1,16 (1,00-1,35)	1,33 (1,17-1,51)	1,55 (1,38-1,74)	1,48 (1,37-1,59)
Køn ukendt Ingen voksne (institution)					
Mors alder ved fødslen					
< 25	0,93 (0,83-1,06)	1,01 (0,90-1,14)	1,04 (0,94-1,14)	1,07 (0,98-1,17)	1,26 (1,18-1,34)
25-34	1	1	1	1	1
>34	1,08 (0,99-1,19)	0,99 (0,91-1,08)	0,99 (0,92-1,08)	1,03 (0,96-1,10)	1,01 (0,95-1,08)
Fars alder ved fødslen					
< 25	1,01 (0,84-1,22)	1,07 (0,90-1,28)	1,07 (0,93-1,24)	1,15 (1,01-1,31)	1,27 (1,16-1,39)
25-34	1	1	1	1	1
>34	1,09 (1,01-0,18)	1,10 (1,02-1,18)	1,00 (0,93-1,07)	1,09 (1,02-1,16)	1,04 (0,99-1,10)
Mors etnicitet					
Dansk	1	1	1	1	1
Indvandrere fra udviklede lande	1,21 (1,01-1,46)	0,99 (0,82-1,20)	1,12 (0,95-1,32)	0,87 (0,74-1,01)	1,33 (1,19-1,50)
Indvandrere fra mindre udviklede lande	0,86 (0,71-1,03)	0,78 (0,66-0,94)	0,69 (0,59-0,82)	0,56 (0,48-0,65)	0,98 (0,88-1,10)
Efterkommer	1,03 (0,73-1,45)	1,23 (0,91-1,67)	1,04 (0,78-1,39)	0,83 (0,63-1,10)	0,88 (0,68-1,13)
Fars etnicitet					
Dansk	1	1	1	1	1
Indvandrere fra udviklede lande	0,98 (0,80-1,19)	0,87 (0,71-1,07)	0,96 (0,80-1,15)	0,82 (0,69-0,97)	1,04 (0,92-1,19)
Indvandrere fra mindre udviklede lande	0,87 (0,71-1,07)	0,92 (0,76-1,12)	1,02 (0,85-1,22)	0,84 (0,71-0,99)	0,94 (0,83-1,07)
Efterkommer	1,10 (0,74-1,63)	1,34 (0,94-1,91)	1,12 (0,79-1,58)	1,21 (0,89-1,65)	1,10 (0,83-1,47)

Tabel 7. Risiko for ikke-deltagelse i de fem børnevaccinationer (Justerede odds ratio (OR) for deltagelse sammenlignet med ikke deltagelse)

	Justerede OR-værdier for ikke-deltagelse i de forebyggende børnevaccinationer				
	3 måneder	5 måneder	12 måneder	15 måneder	5 år
Mors uddannelses- og beskæftigelsesstatus					
I arbejde og erhvervs-videregå udd.	1	1	1	1	1
I arbejde og almen uddannelse	1,10 (0,99-1,22)	1,23 (1,12-1,36)	1,18 (1,08-1,29)	1,25 (1,15-1,35)	1,32 (1,25-1,40)
Ikke i arbejde og erhvervs-videregå udd.	1,13 (1,02-1,24)	1,26 (1,15-1,38)	1,17 (1,07-1,27)	1,25 (1,16-1,35)	1,19 (1,11-1,27)
Ikke i arbejde og almen uddannelse	1,38 (1,24-1,54)	1,35 (1,22-1,50)	1,43 (1,31-1,58)	1,57 (1,45-1,71)	1,49 (1,39-1,60)
Fars uddannelses- og beskæftigelsesstatus					
I arbejde og erhvervs-videregående udd	1	1	1	1	1
I arbejde og almen uddannelse	1,05 (0,96-1,15)	1,04 (0,95-1,13)	1,10 (1,02-1,19)	1,28 (1,19-1,37)	1,11 (1,05-1,17)
Ikke i arbejde og erhvervs-videregå udd	0,90 (0,77-1,05)	1,14 (0,99-1,31)	1,06 (0,93-1,21)	1,17 (1,04-1,32)	1,19 (1,08-1,32)
Ikke i arbejde og almen uddannelse	1,00 (0,84-1,18)	1,21 (1,04-1,42)	1,28 (1,11-1,47)	1,34 (1,19-1,52)	1,26 (1,13-1,41)
Husstandsindkomst					
<1%	3,67 (2,82-4,77)	2,53 (1,93-2,32)	2,02 (1,56-2,61)	1,70 (1,33-2,18)	1,90 (1,58-2,29)
1%-4,9%	1,55 (1,26-1,92)	1,38 (1,13-1,68)	1,35 (1,13-1,61)	1,40 (1,20-1,65)	1,50 (1,32-1,70)
5%-24,9%	1,33 (1,17-1,51)	1,07 (0,95-1,21)	1,21 (1,09-1,36)	1,40 (1,27-1,54)	1,33 (1,23-1,45)
25%-49,9%	0,98 (0,89-1,08)	0,89 (0,81-0,98)	0,93 (0,85-1,01)	1,10 (1,02-1,19)	1,06 (1,00-1,13)
50%-74,9%	0,96 (0,87-1,05)	0,88 (0,81-0,97)	0,98 (0,90-1,07)	1,03 (0,95-1,11)	0,98 (0,92-1,04)
75%-100%	1	1	1	1	1

Jo flere ældre biologiske søskende et barn havde og jo senere vaccination, der var tale om, jo mere steg barnets overrisiko for ikke at være blevet vaccineret. Børn, der havde én ældre søster eller bror, havde en overrisiko på 1,25 (1,16-1,34) ved 5 måneders vaccinationen, mens børn der havde to ældre søskende havde en overrisiko på 2,02 (1,90-2,15) ved 15 måneders vaccinationen, sammenlignet med børn uden ældre søskende ved de pågældende undersøgelser.

Overrisikoen for ikke at være vaccineret steg kun med antallet af indlæggelser for de 5-årige. 5-årige børn, der havde været indlagt to eller flere gange, havde således en overrisiko på 1,60 (1,37-1,87) i forhold til børn uden indlæggelser.

Børn, der kun boede med deres far eller mor, havde en overrisiko for ikke at være vaccineret. For enlige mødre var der en overrisiko på 1,33 (1,17-1,51) ved 12 måneders vaccinationen.

Børn af fædre, der var over 34 år, da barnet blev født, havde en lille overrisiko for ikke at blive vaccineret, bortset fra ved 1-årsvaccinationen. Børn af mødre og fædre, der var under 25 år, da barnet blev født, havde en overrisiko for ikke at få 5-årsvaccinationen, og børn af de unge fædre tillige 15 måneders vaccinationen.

Sammenlignet med børn af danske mødre havde børn af indvandremødre fra Norden og de vestlige lande en overrisiko for ikke at blive vaccineret i henholdsvis 3 måneder og 5-årsalderen, mens børn af indvandremødre fra resten af verden generelt hyppigere blev vaccineret end børn af danske mødre. Børn af indvandrefædre fra vestlige lande, samt resten af verden blev tillige hyppigere vaccineret i 15 måneders alderen end børn af danske fædre. For de øvrige vaccinationer havde etnicitet ingen betydning. Der var ingen forskel på vaccinationsdeltagelse for børn af efterkommere og fædre sammenlignet med børn af danske forældre.

Forældrenes uddannelses- og beskæftigelsesstatus var af betydning for barnets deltagelse. Børn af forældre med almen uddannelse havde generelt en overrisiko for ikke at blive vaccineret. Børn af mødre uden for arbejdsmarkedet havde ligeledes en overrisiko for ikke at blive vaccineret, men uddannelsesniveau betød mere end erhvervsstatus.

Børn fra familier med en indkomst under 25 % percentilen havde en overrisiko for ikke-deltagelse i alle vaccinationer.

5 Læger, forældre, børn og børneundersøgelser i spørgeskemaundersøgelsen

Læger, forældre og børn i spørgeskemaundersøgelsen er karakteriseret i dette afsnit, samt mere udførligt i tabelform i bilag 1.

5.1 Praktiserende læger

I alt 422 læger deltog i spørgeskemaundersøgelsen, heraf har 415 udfyldt det generelle spørgeskema. Læger og deres praksis er sammenlignet med karakteristika for alle læger i Yderregistret.

Blandt de praktiserende læger, der deltog, var andelen af kvinder større, end den er i den samlede stand af praktiserende læger i Danmark. Man skal være opmærksom på, at de inviterede læger blev udtrukket på baggrund af, hvor mange børneundersøgelser de udførte. Læger der udførte mange børneundersøgelser, havde således større sandsynlighed for at blive inviteret til at deltage.

De deltagende læger var mellem 26 og 65 år. Gennemsnitsalderen for de deltagende læger var 52 år, hvilket også er gennemsnitsalderen blandt alle praktiserende læger. Dog deltog lidt flere læger under 40 år og over 60 år. De deltagende læger havde været fra under 1 år til 35 år i praksis.

En fjerdedel af de deltagende praksis var solopraksis. Fordelingen af de deltagende læger på region, svarede til fordelingen af ikke-deltagende læger.

5.2 Forældre og børn

I alt 920 børn og deres forældre til børneundersøgelse deltog i spørgeskemaundersøgelsen.

Langt de fleste børn boede med begge deres forældre. Under 10% af børnene havde forældre, der var født udenfor Danmark. Næsten alle fædre var i erhverv, en del af mødrene var formentlig på barsel og ca. halvdelen af forældrene havde en mellemlang eller lang videregående uddannelse

Blandt de deltagende familier var der færre enlige forsørgere, sammenlignet med alle familier med 0-5-årige børn i Danmark.

Knap en tredjedel af børnene var enebørn og halvdelen havde søskende i alderen 0-7 år, mens en fjerdedel havde ældre søskende. Antallet af børn i de deltagende familier var nogenlunde som blandt alle familier med 0-5-årige børn i Danmark.

42% af forældrene angav at have oplevet en eller flere belastninger i husstanden det sidste år. De hyppigste belastninger var særligt stressende arbejde og megen sygdom blandt børn eller voksne. Ved 15% af børneundersøgelserne beskrev lægerne at have kendskab til sociale problemer hos forældrene. Belastningerne var hyppigst problemer i parforholdet eller psykiske problemer.

Ved de børneundersøgelser, hvor forældrene valgte ikke at udfylde spørgeskemaet kendte lægen til sociale problemer hos 21% af forældrene.

12% af børnene havde været indlagt på hospital det sidste år. En fjerdedel af børnene havde haft mere end fire kontakter, mens hvert femte barn slet ikke havde haft kontakt til praksis det sidste år. Ved hver femte børneundersøgelse havde lægen kendskab til at barnet tidligere havde modtaget særlig støtte, f.eks. ved kontakt til speciallæge eller sundhedsplejerske.

3% af forældrene havde en fornemmelse af at deres børn var mere sygt end jævnaldrende børn. Ved 41% af børneundersøgelserne havde lægen i forvejen kendskab til somatisk problemer hos barnet, som f.eks. hyppig mellemørebetændelse eller luftvejsinfektion, eksem, astma eller allergi. Ved 6% af undersøgelserne havde lægen på forhånd kendskab til psykiske eller sociale problemer hos børn eller forældre. Der var ikke forskel på sygeligheden blandt deltagende og ikke-deltagende børn

5.3 Børneundersøgelser

Alle børneundersøgelser var repræsenteret i spørgeskemaundersøgelsen. Det var oftest mor der ledsagede barnet, mens både far og mor var med ved en mindre del af særligt de tidlige undersøgelser. Ved hver femte børneundersøgelse deltog søskende. Næsten alle spørgeskemaer er udfyldt af mor. Langt de fleste forældre havde kendt deres læge i mindst 2 år og lægen angav at kende de fleste familier godt eller rigtig godt. Tabel 8 beskriver børneundersøgelserne i spørgeskemaundersøgelsen.

Tabel 8. Karakteristik af børneundersøgelser

Type af og deltagere i børneundersøgelserne	Forældre om 920 børneundersøgelser	Læger om 1198 børneundersøgelser	Læger om 294 børneundersøgelser, ikke beskrevet af forældre (bortfald af forældre)
Fordeling i %			
Type af undersøgelse (%)			
5-ugersundersøgelse	17	16	15
5-månedersundersøgelse	17	16	12
12-månedersundersøgelse	17	18	20
2-årsundersøgelse	11	11	11
3-årsundersøgelse	11	12	12
4-årsundersøgelse	12	12	12
5-årsundersøgelse	15	15	18
Barnets ledsager til børneundersøgelsen (%)			
Mor	80	78	72
Far	5	6	11
Både mor og far ¹	15	15	18
Har udfyldt spørgeskema (%)			
Mor	92	-	-
Far	6	-	-
Både mor og far	1	-	-
Søskende deltog i undersøgelsen (%)	21	19	15
Antal år forælder har kendt lægen (%)			
0-1 år	12	-	-
2-5 år	37	-	-
6-9 år	18	-	-
10-20 år	19	-	-
>20 år	14	-	-
Lægens kendskab til familien (%)			
Rigtig godt	-	31	25
Godt	-	46	50
Mindre godt	-	19	19
Slet ikke	-	4	5

¹Både mor og far deltog hyppigst i børneundersøgelser før 1-årsalderen.

Blandt de forældre, der valgte ikke at udfylde spørgeskemaet efter børneundersøgelsen, var der lidt flere fædre og lidt færre forældre, lægen angav at kende rigtig godt.

6 Spørgeskemaundersøgelse af generelle forhold i 415 lægepraksis

Dette afsnit er baseret på 415 praktiserende lægers svar på et spørgeskema omhandlende børneundersøgelser i deres praksis.

Enkelte af spørgsmålene er en gentagelse af spørgsmål besvaret af 391 praktiserende læger i 1979, og i disse tilfælde har vi set på udvikling over disse godt 25 år.

6.1 Formål og relevans

Formålet med børneundersøgelserne er i dag ifølge loven ”at medvirke til at give barnet de bedste betingelser for en sund udvikling både fysisk, psykisk og socialt”. Vi ønskede at undersøge, hvilke formål med børneundersøgelserne lægerne i dag betragter som vigtige, samt om disse formål var andre end for 25 år siden.

Næsten alle læger i dag vurderede først og fremmest børneundersøgelsen som værende af stor værdi for lægens kontakt til børnefamilierne (tabel 9). Kontakten til familien blev også i 1979 vurderet højt af de fleste læger, men mens de fleste læger i 1979 derudover lagde hovedvægten på at opspore sygdomme, beskrev flere læger i dag børneundersøgelserne som et godt middel til at forebygge sygdomme. Ligeledes beskrev flere læger i dag børneundersøgelsen som et middel til at støtte såvel børnenes psykiske og sociale udvikling som samspillet med forældrene. Dette er i overensstemmelse med, at retningslinjerne i 1995 blev ændret i retning af at fokusere mere på trivselsmæssige problemer og en sundhedspædagogisk indsats. Andelen af læger, der var direkte negative overfor børneundersøgelsen som et middel til at støtte børnenes psykiske og sociale udvikling eller barn-forældresamspillet, er faldet fra 9-13% i 1979 til 2-4 % i dag.

Tabel 9. Formål med børneundersøgelsen

Andel af læger, der er positive over for børneundersøgelsen som:	1979 (%)	2006/07 (%)
Middel til forebyggelse af sygdomme	59	71
Middel til at opspore sygdomme	73	76
Middel til at støtte børnenes psykiske og sociale udvikling	58	75
Middel til at støtte barn-forældresamspillet	52	70
Anledning til at identificere passende støtte-tilbud til børnefamilier	54	56
Værdi for lægens kontakt til børnefamilier	86	94

96% af lægerne var i dag positive overfor mere end et af formålene med børneundersøgelsen, 32% af lægerne var positive overfor alle de nævnte formål, mens 2% ikke var positive overfor nogen af formålene.

18% af lægerne beskrev andre vigtige formål med børneundersøgelsen end ovenstående. Mange beskrev at det var vigtigt for dem at se barnet, når det var rask, at det var vigtigt at vænne barnet til at gå til læge og samtidig skabe et tillidsfuldt forhold mellem barn og læge. Et andet vigtigt formål for flere af lægerne var at blive opmærksom på familier, der havde det svært og var sårbare. For flere var børneundersøgelserne også en god anledning til at gøre status over barnets vaccinationer og øvrige henvendelser til praksis, og det blev

desuden anført, at børneundersøgelserne var med til at støtte op om vaccination og dermed øge dækningen. Nogle beskrev børneundersøgelserne som et middel til at komme i god kontakt med indvandrerfamilier og tale om bl.a. kostvaner. Andre anførte, at børneundersøgelserne tjente til at give forældrene bekræftelse, selvtillid og tryghed. Til sidst beskrev nogle læger børneundersøgelserne som vigtige for lægen selv, idet de gav viden om det sunde barns normale udvikling, samt var hyggelige åndehuller i en travl og symptomorienteret hverdag.

Langt de fleste (89%) af lægerne mente, at det var relevant at tilbyde børneundersøgelser til alle børn i dag. 10% mente, at det ville være relevant kun at tilbyde undersøgelserne til udvalgte børn. Under 1% (3 læger) mente ikke, det var relevant i dag at prioritere forebyggende helbredsundersøgelser til børn. Mandlige læger, læger der havde været mere end 10 år i praksis, læger i byområder og læger der ikke havde sygeplejerske ansat mente oftere, at børneundersøgelserne kun burde tilbydes udvalgte børn.

6.2 Planlægning

Det er op til de praktiserende læger selv at planlægge, hvordan børneundersøgelser skal foregå i praksis.

Indkaldelse

Alle børn under den undervisningspligtige alder skal tilbydes syv børneundersøgelser ved alment praktiserende læge. Der står ikke noget i loven om, at lægen skal indkalde til børneundersøgelse, men i bekendtgørelsen står, at lægerne kan indkalde familien i de tilfælde, hvor barnet udebliver fra en børneundersøgelse. Ifølge de vejledende retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen bør lægen være opmærksom på, om forældrene tager imod tilbuddet om børneundersøgelse og vaccination. Hvis dette ikke er tilfældet, bør lægen ifølge vejledningen tage kontakt til forældrene opfordre dem til at tage imod tilbuddet.

Næsten ingen læger (6 i alt) indkaldte alle børn til børneundersøgelse, mens 14% af lægerne indkaldte forskellige grupper af børn. 7% af lægerne indkaldte således børn, der skønnes at have særlige behov, 8% indkaldte børn, der ikke var kommet til børneundersøgelse af sig selv, og 7% indkaldte børn, der udeblev fra en børneundersøgelse, de havde bestilt tid til. 11% indkaldte børn, som de på anden måde blev opmærksom på ikke havde været til børneundersøgelse. Læger i praksis, der havde sekretær, men ikke sygeplejerske ansat, læger i praksis med færre børn pr. læge, samt læger i kommuner med næsten udelukkende byområder, indkaldte oftere børn til børneundersøgelse.

I 1979 var der lidt flere læger, der indkaldte børn. Således indkaldte 7% alle børn, mens 21% indkaldte såkaldte behovsbørn eller udeblivere.

Vi spurgte de læger, der ikke indkaldte børn til børneundersøgelse, om årsager til dette. 92% mente, at det var forældrenes ansvar at komme til børneundersøgelse. 50% var ikke klar over at lægen måtte indkalde, og for 37% af lægernes vedkommende var det ikke praktisk muligt i hverdagen. 6% af lægerne angav som årsag, at det ikke er vigtigt at børnene kommer til børneundersøgelse. 11% angav andre årsager til, at de ikke indkaldte, f.eks. at de ikke havde overvejet det, at det tog for meget tid, at de manglede et system her til eller at de ikke blev honoreret for det.

Flere nævnte dog, at det ikke var nødvendigt at indkalde, da familierne alligevel kom og fordi de der ikke kom, blev mindet om det af lægen ved andre lejligheder i løbet af året. Enkelte aftalte alle børneundersøgelser i forbindelse med graviditeten eller 5-

undersøgelsen. En enkelt angav, at indkaldelse ville give indtryk af overvågning. Læger i kompagniskabspraksis, samt læger med mange patienter mente oftere, at det var praktisk umuligt at indkalde børnene. Kvindelige læger og læger med færre år i praksis var oftere ikke klar over, at de måtte indkalde til børneundersøgelse.

26% af lægerne syntes at forældrene skulle inviteres til børneundersøgelse, f.eks. pr. brev, mens 44% ikke fandt dette nødvendigt (30% af lægerne havde ikke en holdning til dette). Læger under 50 år, læger med færre børn, samt læger i kommuner med en stor andel byområder syntes oftere at forældrene skulle inviteres.

Tid

Alle læger (på nær én) tilbød børneundersøgelser i dagtid efter tidsbestilling og 44% tilbød børneundersøgelser om aftenen efter tidsbestilling. 2% af lægerne tilbød børneundersøgelse i åben konsultation i dagtiden og <1% i åben konsultation om aftenen. I 1979 tilbød mange flere, nemlig 27% af lægerne børneundersøgelse i åben konsultation. Lidt flere, 53%, tilbød i 1979 børneundersøgelse om aftenen.

Lov eller retningslinjer angiver ingen fast tid lægen skal bruge på de enkelte børneundersøgelser. Undersøgelserne honoreres med en fast takst uanset barnets alder. Tabel 10 viser den tid, lægerne angav generelt at afsætte til børneundersøgelse. For konkret afsatte og forbrugte tider, se kapitel 7.

Tabel 10. Afsat tid til børneundersøgelse

	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år
Tid afsat i alt (%)							
10 minutter	2	2	2	3	4	4	3
15 minutter	25	32	34	3	43	42	37
20 minutter	25	28	27	28	27	28	28
25 minutter	3	3	3	1	2	1	2
30 minutter	42	33	32	22	22	23	28
Andre tider	2	2	2	2	2	2	3
Median tid (min. og max)	20 (10-45)	20 (10-36)	20 (10-35)	20 (10-35)	20 (10-35)	20 (10-35)	20 (10-45)

Mediantiden for en børneundersøgelse var 20 minutter, og der var ikke forskel på den tid, der blev afsat ved de forskellige børneundersøgelser. Læger med mange år i praksis, og læger med få børn i praksis afsatte længere tid til børneundersøgelse. Desuden afsatte kvindelige læger mere tid til børneundersøgelser til og med 1-årsalderen.

6.3 Rammer

Det er naturligt, at barnet er i centrum ved børneundersøgelsen. Sundhedsstyrelsen anbefaler i retningslinjerne, at undersøgelserne foregår i omgivelser, der tilgodeser barnets behov for tryghed og aktivitet. Desuden anbefales det, at barnet ved undersøgelsen betragtes under leg med f.eks. klodser og bolde.

Indretning af venteværelse og undersøgelsesrum

Sammenlignet med i 1979 havde mange flere praktiserende læger i dag indrettet venteværelse og undersøgelsesrum med børnemøbler, legetøj og bøger (se tabel 11).

Tabel 11. Fysiske rammer for børneundersøgelse

	% af lægerne 1979	% af lægerne 2006/07
Venteværelsesfaciliteter		
Særligt venteværelse for børn	4	9
Børnemøbler	ikke spurgt til	96
Legetøj/bøger til børn under 1 år	33 (til 5 mdr.)	92
Legetøj/bøger til børn 1-2 år	62 (til 15 mdr.)	99
Legetøj/bøger til børn 3-5 år	63-71 (til 3 år og 5 år)	99
Andet	ikke spurgt til	11
Faciliteter i undersøgelsesrum		
Særligt undersøgelsesrum for børn		8
Børnemøbler	18	31
Legetøj/bøger til børn under 1 år	21 (til 5 mdr.)	77
Legetøj/bøger til børn 1-2 år	30 (til 15 mdr.)	82
Legetøj/bøger til børn 3-5 år	25-31 (til 3 år og 5 år)	75
Udsmykning for børn		66
Andet		9
Legetøj og bøger i undersøgelsesrummet		
Til alle tre aldersgrupper		70
Til to (ud af tre) aldersgrupper		13
Til én (ud af tre) aldersgrupper		3
Intet		15

Langt de fleste læger brugte samme venteværelse og undersøgelsesrum til både børn og voksne.

Lidt flere havde et særligt venteværelse for børn, sammenlignet med i 1979. Venteværelset var hos næsten alle læger udstyret med både børnemøbler og legetøj/bøger relevant for hele aldersgruppen 0-5 år. 8% havde dog ikke legetøj til børn under 1 år. 11% nævnte andre faciliteter i deres venteværelse, f.eks. akvarium, tegnemateriale, Anders And blade, bøger til ældre børn, TV med video, computer, gyngehest, et gammelt stetoskop og pusleplads.

De fleste, men ikke alle læger havde indrettet undersøgelsesrummet, specielt med henblik på de yngste patienter. 70% af lægerne havde legetøj eller bøger til alle alderstrin af børn, mens 15% ikke havde legetøj og bøger i undersøgelsesrummet. Knap hver tredje læge havde børnemøbler. 9% nævnte andre faciliteter, f.eks. et "børnehjørne" med et blødt gulvtæppe, en uro, børnemålestok eller at børnene fik en ballon, lidt slik eller en gave. Flere læger nævnte, at børnene valgte legetøj i venteværelset til at have med ind i konsultationen. Nogle anførte at have et puslebord/undersøgelsesbord specielt til børn.

Kvindelige læger, læger der havde været færre år i praksis, samt læger med mange børn i praksis havde oftere børnemøbler, legetøj og udsmykning for børn i undersøgelsesrummet. Læger i solopraksis og læger med mange år i praksis havde oftere særligt undersøgelsesrum til børn.

Pjecer

Sundhedsstyrelsen udgiver en pjecce, der beskriver de forebyggende børneundersøgelser, samt en række pjeccer målrettet specifikke emner vedrørende 0-5-årige børn. Tabel 12 be-

skriver lægernes brug af pjecer i praksis. Godt halvdelen af lægerne havde pjecer til familier med 0-5-årige børn i deres venteværelse, mens 14% ikke var klar over, om de havde det. 16% af lægerne udleverede rutinemæssigt pjecer i forbindelse med børneundersøgelser.

Tabel 12. Pjecer

		% af lægerne			
Anvendelse af pjecer til familier med 0-5-årige børn					
Forefindes i venteværelset og udleveret rutinemæssigt					12
Anvendes rutinemæssigt i forbindelse med børneundersøgelser, men forefindes ikke i venteværelset					4
Forefindes i venteværelset, men anvendes ikke rutinemæssigt					40
Anvender ikke pjecer rutinemæssigt og har ingen pjecer i venteværelset (inkl. læger der ikke ved om der er pjecer i venteværelset)					43
Udgiver af de rutinemæssigt anvendte pjecer					
Offentlig myndighed					95
Privat virksomhed					60
Egen faglig organisation					37
Patientorganisationer					35
Andet					12
Vurdering af pjecer fra offentlig myndighed (i parentes kun ud af læger, der bruger pjecer)					
	Fuldt ud	Delvist	Nej	Ved ikke	
Dækkende emnemæssigt	8 (12)	33 (44)	12 (13)	48 (32)	
Af høj kvalitet	10 (12)	35 (49)	7 (5)	49 (35)	
Ofte nok er tilgængelige på Internet	2 (2)	6 (8)	12 (17)	80 (73)	
Bliver opdateret tilstrækkeligt ofte	3 (3)	8 (10)	11 (15)	79 (71)	

Læger med mange børn og læger i kommuner med en stor andel byområde havde oftere pjecer i venteværelset, mens læger med få patienter sjældnere havde pjecer i venteværelset. Kvindelige læger, læger der havde været færre år i praksis og læger i kommuner med en stor andel byområde brugte oftere pjecer rutinemæssigt ved børneundersøgelserne. De rutinemæssigt anvendte pjecer ved børneundersøgelser kom oftest fra offentlig myndighed og næsthyppigst fra privat virksomhed (f.eks. medicinalfirma eller bleproducent), mens også pjecer fra lægernes faglige organisation og patientorganisationer anvendtes.

Mange læger havde ikke umiddelbart mening eller viden om pjecerne fra offentlig myndighed. Knap halvdelen af lægerne vidste ikke, om pjecerne fra offentlig myndighed var dækkende emnemæssigt eller om de var af høj kvalitet, mens ca. 80% af lægerne ikke vidste, om pjecerne ofte nok var tilgængelige på Internettet eller blev opdateret tilstrækkeligt ofte. Disse tal faldt til henholdsvis en tredjedel og godt 70%, hvis man kun spurgte læger, der opgav at de brugte pjecer. Af de læger, der vurderede pjecerne fra offentlig myndighed, var de fleste delvist tilfredse med emnemæssig bredde og kvalitet, mens halvdelen ik-

ke mente, at pjecerne ofte nok var tilgængelige på Internettet eller blev opdateret tilstrækkeligt ofte.

Godt halvdelen af lægerne manglede pjecer om forebyggende emner, enten som erstatning for information givet ved børneundersøgelsen eller blot til supplement. Halvdelen af lægerne manglede ligeledes pjecer, der er tilgængelige på Internettet.

Som kommentar til spørgsmålet om hvorvidt lægerne manglede pjecer, nævnte enkelte at de ”drukner i pjecer”. 5% af lægerne manglede pjecer om specifikke emner, bl.a. nævntes kost, overvægt, motion, om alkohol til større børn, rygning i hjemmet, allergi og ajourførte vaccinationsprogramspjecer. Også overskuelige, gennearbejdede pjecer, der kunne ”holde” i mange år blev efterlyst, idet mange af de nuværende blev vurderet som for omfattende og for svære at læse. Andre manglede pjecer om ulykker og børnesikring af hjemmet, børneopdragelse og om, hvordan man håndterer syge børn. En foreslog desuden en pjeces omhandlende sociale problemstillinger som håndtering af skilsmisser og nye familieformer, livet som enlig forælder og vigtigheden af et socialt netværk. Også en pjeces indeholdende en litteraturliste om relevante bøger blev foreslået.

25% af lægerne udleverede pjecer til børnefamilier (men ikke nødvendigvis ved børneundersøgelser), på andet sprog end dansk. Blandt disse manglede 63% pjecer oversat til andre sprog (blandt alle læger manglede 47% pjecer oversat til andre sprog). 6% af de læger, der udleverede pjecer på andre sprog end dansk, mente at pjecerne fra offentlig myndighed var oversat til et fuldt ud tilfredsstillende antal andre sprog, 24% at de delvist var det, og 28% at de ikke var det. 42% svarede ”ved ikke” til dette.

6.4 Vurdering af struktur og forslag til forbedringer

Lægerne beskrev i spørgeskemaerne deres holdninger til opbygningen af det nuværende system med børneundersøgelser.

Hvem skal udføre børneundersøgelser?

De forebyggende børneundersøgelser er i Danmark placeret hos de praktiserende læger. Børnelæger, kommunallæge og sundhedsplejersker udgør andre sundhedsfagligt uddannede grupper, der også er i kontakt med børn og børnefamilier.

Vi spurgte de praktiserende læger om deres holdning til opbygning af det nuværende system (tabel 13).

Tabel 13. Fagpersoner bag og antal børneundersøgelser

	% af lægerne
Andel læger der mener børneundersøgelsen med fordel kan gennemføres af anden faggruppe	25
Faggrupper, der ifølge de praktiserende læger med fordel kan gennemføre børneundersøgelser	
Praktiserende læger (mener ikke at andre med fordel kan overtage)	75
Børnelæger	4
Kommunallæger	1
Sundhedsplejersker	9
Sundhedsplejersker eller børnelæger	1
Sundhedsplejersker eller kommunallæger	2
Sundhedsplejersker eller børnelæger eller kommunallæger	4
Børnelæger eller kommunallæger	1
Andre	3
Er syv forebyggende børneundersøgelser et passende antal?	
Ja (6% heraf synes ikke at alderstrinene er relevante)	75
Nej, for mange	11
Nej, for få	14

De fleste praktiserende læger mente, at de forebyggede børneundersøgelser fortsat skulle gennemføres af praktiserende læger, mens 25% mente at andre faggrupper med fordel kunne overtage opgaven. Ser man på, hvilke faggrupper lægerne ville foreslå, var det 16%, der mente at sundhedsplejersker med fordel kunne overtage, mens 18% mente at en anden lægefaglig person kunne overtage. Mange af lægerne angav flere mulige alternativer til den praktiserende læge og 7% mente således, at både en sundhedsplejerske og en lægefaglig person med fordel ville kunne overtage.

3% mente at en anden faggruppe kunne overtage, hyppigst en praksissygeplejerske. Enkelte læger kommenterede spørgsmålet med, at børneundersøgelserne kunne udføres af andre, men at det ikke var en fordel, hyppigt begrundet med vigtigheden i kendskabet til familien. Flere bemærkede, at det kun var børneundersøgelser efter 1-2-årsalderen, der kunne overgå til andre, samt at det eventuelt kunne være dele af børneundersøgelserne, der overgik til andre. Endelig foreslog enkelte, at pædagoger i daginstitutionerne med fordel kunne overtage med den begrundelse, at børneundersøgelserne efter 12 måneder primært var en pædagogisk indsats.

Læger med få patienter og læger uden sygeplejerske i praksis mente oftere at sundhedsplejersken kunne overtage. Læger fra solopraksis, læger uden sygeplejerske i praksis og læger med få patienter og få børn mente oftere, at børnelæger med fordel kunne overtage børneundersøgelserne. Der var en tendens til, at mandlige læger oftere mente at børnelæger kunne overtage, mens lægens alder og tid i praksis ingen betydning havde. Yngre læger og læger med få børn og få patienter mente oftere at kommunallæger med fordel kunne overtage.

Antal

Tre fjerdedele af lægerne mente, at syv var et passende antal forebyggende børneundersøgelser og langt de fleste af disse læger mente, at de valgte alderstrin for børneundersøgel-

serne var relevante. 18 læger mente dog, at de syv undersøgelser kunne fordeles bedre. De fleste af disse læger ønskede at erstatte én eller flere af undersøgelserne i 3-5-års-alderen med én eller flere senere undersøgelser. Hvor nogle foreslog en opfølgende undersøgelse efter skolestart, i 6-årsalderen, ønskede hovedparten en undersøgelse indført i 12-15-årsalderen. Enkelte mente desuden, at der var for langt mellem 5 måneders og 1-årsundersøgelsen.

Blandt de 14% af lægerne der mente, der var for få undersøgelser, ønskede godt halvdelen 2-4 ekstra undersøgelser, mens resten blot ønskede én ekstra undersøgelse. Blandt de læger, der ønskede mere end én ekstra undersøgelse, var de fleste interesseret i flere undersøgelser efter 5-år-alderen. Blandt dem, der ønskede flere undersøgelser, mente 51% således, at der mangler forebyggende børneundersøgelser efter 12-års-alderen, 65% at der mangler undersøgelser for 8-12-årige, 30% at der mangler for 6-7-årige, 11% at der mangler undersøgelser i 2-5-årsalderen og 21% at der mangler undersøgelser i det første leveår. Nogle af de læger, der ønskede flere senere undersøgelser, anførte, at det bl.a. var manglen på kommunallæger der gjorde disse undersøgelser nødvendige. De, der efterlyste undersøgelser i forbindelse med puberteten, ønskede at behandle emner som alkohol, rygning, seksuel adfærd, herunder prævention, psykiske problemer, kost og motion samt for tidlig og for sen udvikling. Kvindelige læger syntes oftere, at der var for få børneundersøgelser.

Blandt de 11% af lægerne der mente, at der var for mange undersøgelser, mente næsten alle at det var undersøgelser i 2-4-års-alderen, hyppigst 4-årsundersøgelsen, der kunne undværes. De fleste mente, at to af undersøgelserne kunne undværes (typisk 2 og 4-årsundersøgelsen eller 3 og 4-årsundersøgelsen). Blandt dem, der ønskede færre undersøgelser, mente 52% at 2-årsundersøgelsen kunne undværes, 59% at 3-årsundersøgelsen og 70% at 4-årsundersøgelsen kunne undværes. 15% mente at 5-årsundersøgelsen kunne undværes. Det blev foreslået, at børneundersøgelserne efter 1-årsalderen kunne aftales med familier efter behov, så f.eks. 3- og 4-årsundersøgelserne kun blev tilbudt til familier i særlig risiko. Mandlige læger og læger med mange børn i praksis mente oftere, at der var for mange børneundersøgelser.

Barnets Bog

Barnets Bog anvendtes af 98% af lægerne ved børneundersøgelserne. Vi spurgte lægerne, hvordan de brugte Barnets Bog. 99% af lægerne skrev i Barnets Bog for at forældrene kunne læse det, 91% for at sundhedsplejersken kunne læse det og 57% for at kommunallægen kunne læse det. 80% af lægerne læste hvad andre havde skrevet, mens 4% af lægerne brugte Barnets Bog på anden vis. Hyppigst nævnte de, at de selv brugte bogen til at følge barnets udvikling, herunder vaccinationer. Det blev bemærket, at der var for lidt plads at skrive på. Blandt læger, der havde mange børn i praksis, var der relativt flere, der læste hvad andre havde skrevet i Barnets Bog, samt skrev for at kommunallægen kunne læse det. Blandt læger, der havde været kortere tid i praksis var der flere, der skrev for at kommunallægen kunne læse det og færre, der læste hvad andre havde skrevet.

Kommentarer til Sundhedsstyrelsens retningslinjer

Loven beskriver ikke, hvordan børneundersøgelserne skal udføres. Bekendtgørelsen fastslår, at undersøgelserne skal omfatte samtale om barnets trivsel, udvikling og eventuel sygelighed, undersøgelse af barnet, samtale med og vejledning af forældrene, samt vaccination. Sundhedsstyrelsens retningslinjer giver derimod en detaljeret beskrivelse af det normale barn, emner og temaer for samtaledelen, samt observationer og undersøgelser, der er relevante for de forskellige undersøgelser. 54% af lægerne var positive overfor Sundhedsstyrelsens retningslinjer, 44% var hverken positive eller negative, mens 2% var negative. Næsten ingen af lægerne læste ofte i retningslinjerne før en børneundersøgelse, men 54% læste i dem en gang i mellem før en børneundersøgelse og 54% bad nye læger i praksis læ-

se dem. 26% af lægerne brugte aldrig retningslinjerne. 27% af lægerne mente, at der var behov for en revision af retningslinjerne. Blandt dem mente godt hver fjerde, at der var brug for helt nye retningslinjer, hver tiende at en revision på mange områder var påkrævet, mens knap halvdelen mente, at de burde revideres på få områder.

Lægernes forslag til en eventuel revision af retningslinjerne var mange. For det første angav flere, at de nuværende retningslinjer var urealistiske i forhold til den tid og den honorering, der er afsat. Flere foreslog, at retningslinjerne skulle gøres mere enkle og overskuelige, f.eks. med milepæle, tjeklister osv. således at man kunne være sikker på at få de vigtigste forhold tjekket. Andre efterlyste, at retningslinjerne blev mere operationelle med flere vejledninger i inddragelse af barnet og konkrete tests (bl.a. motoriske og sproglige). En læge foreslog indførelse af samsynstest, som vedkommende havde haft succes med i mange år. Øget fokus på kost og motion blev også foreslået af flere læger, samt generel opdatering med den nyeste viden indenfor de forskellige emner.

Nogle læger ønskede tillige mere fokus og vejledning indenfor pædagogiske og sociale områder, herunder børneopdragelse og familiodynamik, barnets psykiske og sociale udvikling og netværk, mor-barn kontakten og særlige ”faresignaler” her indenfor, samt sociale problemer i udsatte familier og hos enlige forældre. På den anden side angav andre af lægerne, at det var udenfor deres felt og uddannelse at vejlede forældre i pædagogisk relaterede emner.

En læge efterlyste desuden, at retningslinjerne behandlede lægens tavshedspligt og var opdateret på lovgivningen herom. Desuden foreslog et par læger, at der udvikledes et spørgeskema til forældrene til udfyldelse inden børneundersøgelsen, således at lægen kunne være bedre forberedt på de emner forældrene ønskede belyst. Et særskilt spørgeskema omhandlende mor-barn kontakten blev også efterlyst. Andre anbefalinger fra lægerne inkluderede inspiration fra et velegnet EDB system brugt ved børneundersøgelserne på Helsestationerne i Norge, samt indførelse af urinstix til måling af sukker, blod og infektion ved indskolingsundersøgelsen.

Behov for efteruddannelsestilbud

En tredjedel af de praktiserende læger efterlyste flere efteruddannelsestilbud for at kunne gennemføre børneundersøgelserne optimalt. Tabel 14 viser på hvilke områder lægerne ønskede efteruddannelse.

Tabel 14. Behov for efteruddannelsestilbud

	% af lægerne
Har behov for efteruddannelsestilbud i forbindelse med gennemførelse af børneundersøgelser	33
Barnets psykiske udvikling	25
Barnets sociale udvikling	20
Familiens trivsel	18
Barnets helbred	16
Kontakt til barnet	5
At tale med barnet	4
At tale med forældrene	4
Vejlede om forælderrollen	11
Vejlede i forebyggende emner	16
Andet	2

Det var primært inden for det psyko-soziale område, lægerne ønskede at styrke deres viden, og en del læger ønskede tillige efteruddannelse i familiens trivsel og i hvordan de kunne vejlede om forælderrollen. Men 16% af lægerne ville tillige gerne have suppleret deres viden om børns helbred. Ligeledes 16% af lægerne efterspurgte mere viden om, hvordan forældre vejledes i forebyggende emner. Enkelte angav andre områder end de nævnte. Disse var kost, motion, allergi, kontakt med kommunale tilbud. Én læge efterlyste desuden en gennemgang af børneundersøgelsen med henblik på udvikling og forslag til f.eks. motoriske undersøgelser på hvert alderstrin og én læge bemærkede, at undervisningen i forebyggelse var nedprioriteret på studiet og i turnus. Yngre læger, læger med kort tid i praksis og læger, der havde få børn og få patienter i praksis havde oftere behov for flere efteruddannelses tilbud.

6.5 Børnevaccination

Næsten alle læger var helt positive overfor børnevaccinationsprogrammet. Dog var 5% af lægerne kun delvist positive og 1% var neutrale i holdningen hertil. Som årsag til ikke at være helt positiv angav mange læger, at de manglede en eller flere bestemte vacciner (se nærmere under forslag til forbedringer af børnevaccinationsprogrammet). Ingen læger nævnte, at de ikke var positive overfor vaccination af børn.

Diskussion af vaccination med forældre

Konfronteret med forældre, der ikke ønskede deres barn vaccineret, argumenterede 77% af lægerne for vaccination, 19% fortalte at det var deres holdning, at børn skal vaccineres, mens én enkelt læge accepterede forældrenes valg uden diskussion. 4% nævnte andre holdninger til forældre, der ikke vil have deres barn vaccineret, herunder at de spurgte ind til forældrenes årsager til at afvise vaccination for at rette eventuelle misforståelser, og for at opfordre dem til at overveje det igen. Flere anførte, at de tog emnet op igen ved senere lejligheder, men at det var forældrenes valg og ansvar at få børnene vaccineret. To læger anførte, at de bad forældrene finde en anden læge, hvis de ikke ville tillade vaccination af deres børn. Læger i kompagniskabspraksis og læger i kommuner med en stor andel land-områder nøjedes oftere med at fortælle, at det er deres holdning at børn skal vaccineres, mens læger i solopraksis og læger i byområder oftere argumenterede for vaccination.

17% af lægerne havde oplevet, at forældre skiftede læge eller undgik børneundersøgelse efter en diskussion om vaccination. Læger i byområder havde oftere oplevet dette.

Indkaldelse

Vaccinationstilslutningen frem til og med 15 måneders alderen var høj og nogenlunde den samme for de tre Di-Te-Ki-Pol-Hib vaccinationer samt MFR 1(91-93%), mens den var noget lavere nemlig 81% ved Di-Te-Ki-Pol-revaccinationen i 5-årsalderen (se afsnit 5.2). Med begrundelse i en ikke-tilstrækkelig tilslutning til MFR vaccinationen, fremsendes til de praktiserende læger pr. 1. januar hvert år en liste over børn der fylder 15 måneder (samt 12 år) det kommende år. Ligeledes fremsendes reminderkort og labels til familierne, som lægerne kan bruge ved indkaldelse. En lignende ordning findes ikke for de øvrige vaccinationer.

93% af lægerne indkaldte til MFR vaccination. Således indkaldte 40% alle børn, 52% indkaldte børn der ikke kom af sig selv og 36% indkaldte børn de blev opmærksomme på ikke var vaccineret. En del læger gjorde opmærksom på, at de indkaldte alle børn til både MFR 1 og MFR 2. 11% af lægerne indkaldte børn til de øvrige vaccinationer, 7% indkaldte børn, der ikke kom af sig selv, 8% indkaldte børn, de på anden måde blev opmærksomme på ikke var vaccineret, mens kun 1% indkaldte alle børn. 62% af lægerne angav, at de

uden besvær kunne identificere børn, der ikke havde fået MFR vaccination, mens 46% angav at de uden besvær kunne identificere børn, der ikke havde fået de øvrige vaccinationer. Læger med få patienter indkaldte oftere til andre vaccinationer end MFR.

29% havde forslag til forbedring af børnevaccinationsprogrammet. En stor del foreslog, at Hepatitis B og A blev inkluderet. Nogle tillige HPV, Pneumokok og Rotavirus og en enkelt savnede en skoldkoppevaccine. Derudover blev en central registrering af alle børns vaccinationsstatus foreslået, således at man kunne indkalde udeblevne børn. Flere understregede, at indkaldelse skulle komme fra offentlig myndighed og ikke lægen selv. Standardisering i EU blev også foreslået. I forbindelse med MFR 2 blev det foreslået at tilkoble en børneundersøgelse for at øge vaccinationsdækningen, samt at tetanusvaccinere ved samme lejlighed.

7 Spørgeskemaundersøgelse om lægers erfaringer med 1198 børneundersøgelser

Dette afsnit er baseret på praktiserende lægers beskrivelser af 1.198 børneundersøgelser. Resultaterne er løbende sammenholdt med beskrivelserne af de enkelte undersøgelser i Sundhedsstyrelsens retningslinjer.

Enkelte af spørgsmålene er en gentagelse af spørgsmål, besvaret af 391 praktiserende læger i 1979, og i disse tilfælde har vi set på udvikling over disse godt 25 år.

7.1 Tidsforbrug og personale

Deltagende fagpersoner

88% af børneundersøgelserne blev gennemført af den praktiserende læge alene, mens der ved 7% tillige deltog en sygeplejerske og ved 3% en sekretær. Se tabel 15 for fordelingen ved de enkelte undersøgelser. Ved knap 2% af undersøgelserne deltog en anden person sammen med lægen, f.eks. en lægestuderende, en uddannelseslæge, en jordemoder, en laborant eller en social- og sundhedsassistent.

Tabel 15. Personale ved undersøgelsen

% af de enkelte børneundersøgelser	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Alle undersøgelser
Personale der deltog								
Læge alene	88	87	88	91	86	89	85	88
Læge og sygeplejerske	6	10	7	5	7	4	11	7
Læge og sekretær	6	3	4	2	4	4	2	3
Læge og anden fagperson	<1	<1	1	2	2	3	2	2

Den del af børneundersøgelsen, der hyppigst blev udført af andre end lægen, var måling af højde og vægt og dette blev således ved 10% af undersøgelserne foretaget af en sygeplejerske eller (mindre hyppigt) af en sekretær. Derudover var det ved 1-2% af børneundersøgelserne en sygeplejerske (hyppigst) eller sekretær (mindre hyppigt) der testede barnets syn/hørelse, vurderede sproget, den sociale eller den motoriske funktion eller gennemførte en samtale om forebyggende emner. Blandt læger fra kommuner med meget byområde, samt læger med mange patienter, men få børn i praksis, var der flere børneundersøgelser, hvori en sygeplejerske deltog.

I 1979 deltog sygeplejersker og sekretærer tilsyneladende oftere ved børneundersøgelserne. Således oplyste lægerne dengang, at en sekretær og sygeplejerske rutinemæssigt deltog ved henholdsvis 37% og 31% af undersøgelserne. Lægerne er dog dengang spurgt generelt til praksis vedrørende ikke-lægeligt personale, mens lægerne i denne undersøgelse er spurgt til personale-deltagelsen ved 1198 konkrete børneundersøgelser, hvilket kan have betydning for svaret.

Tidspunkt for børneundersøgelse

Børn op til 1-års-alderen blev hyppigst undersøgt om formiddagen, mens de ældre børn lige hyppigst blev undersøgt om for- og eftermiddagen (tabel 16). Under 10% af børnene blev undersøgt i aftenkonsultation, hyppigst de 2-5-årige. Andelen af børn, der blev undersøgt formiddag, eftermiddag og aften var nogenlunde den samme i 1979.

Tabel 16. Personale og tidspunkt for undersøgelse

% af de enkelte børneundersøgelser	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Alle undersøgelser
Tid på dagen, børneundersøgelsen blev gennemført								
8 til 12	68	72	48	59	41	52	41	55
Mellem 12 og 16	30	25	46	33	52	40	51	39
16 til 20	2	2	6	9	7	8	9	6

Tid

En børneundersøgelse varede i gennemsnit 20 minutter. Der blev brugt nogenlunde lige lang tid på børneundersøgelsen på de forskellige alderstrin og den tid, der var afsat i alt, var nogenlunde den samme som den tid, der faktisk blev forbrugt. Tabel 17 viser den tid, der blev afsat og forbrugt ved børneundersøgelserne, dels den samlede tid i alt og dels den tid, der blev brugt ved andre end lægen.

Tabel 17. Tid anvendt af læge og andre fagpersoner

Tid i minutter	5u		5m		12m		2år		3år		4år		5år	
Tid i alt	A	F	A	F	A	F	A	F	A	F	A	F	A	F
Afsat = A														
Forbrugt = F														
10	1	2	2	2	1	1	2	1	3	1	4	1	2	2
15	24	18	22	17	31	20	39	29	41	30	36	22	32	23
20	25	26	39	35	26	29	25	34	31	36	32	38	29	28
25	5	17	6	17	3	16	5	14	4	7	4	14	6	14
30	38	20	28	17	33	19	27	13	19	17	22	13	27	15
Andre tider	7	17	4	13	5	15	3	9	2	10	1	13	4	17
Median tid	20	21	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Min. tid	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Max. tid	60	60	45	35	60	60	35	35	40	40	30	35	90	45
Heraf tid hos anden faggruppe	A	F	A	F	A	F	A	F	A	F	A	F	A	F
0	87	88	82	86	87	87	92	92	90	88	92	91	84	85
5	5	7	8	9	6	8	4	5	4	7	3	4	6	7
10	4	2	7	4	3	2	2	2	4	3	3	2	5	3
15	2	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	2	2
20, 25 eller 30	3	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
Andre tider	0	0	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	2	2
Median tid*	10	5	8	5	6	5	6	5	10	5	5	5	10	5
Min.	5	5	3	2	3	2	5	3	5	2	2	2	3	3
Max. tid	30	30	25	20	30	30	15	15	20	20	20	20	60	20

*For de børneundersøgelser, hvor der deltog andre faggrupper

Ved de 12% af børneundersøgelserne, hvor der deltog andre faggrupper, var den forbrugte tid hos andre faggrupper typisk lidt mindre end den afsatte. Den afsatte median tid hos andre faggrupper var således 10 minutter, mens den samlede forbrugte median tid hos andre faggrupper var 5 minutter.

Børneundersøgelser med læger, der havde få børn i praksis, varede ofte lidt længere. Børneundersøgelser med enlige forældre, forældre med kun ét barn og med familier, der havde været i praksis mere end én gang det sidste år, varede tillige længere.

7.2 Undersøgelser

Børneundersøgelsen ene hoveddel er en konkret undersøgelse og vurdering af barnet. Typen af undersøgelser varierede naturligvis med barnets alder.

Konkrete undersøgelser

Tabel 18 viser hvor stor en andel af børnene, der fik undersøgt syn, hørelse, hjerte, lunger, motorik, sprog, psykisk og social funktion ved de forskellige børneundersøgelser. Det er ikke alle undersøgelser, der er relevante ved alle aldre, og den maksimale andel er derfor ikke altid 100%. Ved undersøgelsen af sten i pungen er der dog taget højde for dette og andelen er angivet ud af antallet af drenge.

Tabel 18. Undersøgelser

% af børneundersøgelser, hvor nedenstående undersøgelser blev gennemført	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år
Vægt	100	100	100	99	99	100	100
Højde/længde	100	100	100	99	100	100	100
Indsat på vækstkurve under konsultationen	90	88	93	91	93	91	91
Indsat på vækstkurve efter konsultation	7	10	6	7	4	6	8
Ikke indsat på vækstkurve	3	2	1	2	3	3	1
Skelen	56	79	87	88	83	88	72
Syn bedømt uden tavle	8	18	18	24	26	10	11
Syn bedømt med tavle	0	0	0	4	43	92	83
Otoskopi (kig i øret gennem tragt)	34	59	76	71	72	80	81
Tympanometri (bestemmelse af trykket i mellemøret)	0	2	14	10	17	17	15
Hørelse uden audiometri	15	30	31	42	41	59	60
Audiometri (bestemmelse af hørelse vha. lyde i høretelefoner)	0	0	0	0	2	5	19
Hjertestetoskopi (lytte på hjertet)	100	100	98	91	90	94	93
Lungestetoskopi (lytte på lungerne)	99	99	97	89	87	91	86
Palpation af abdomen (mærke på maven)	100	96	84	77	75	72	77
Hofter undersøgt for luxation (under- søge om hofte sidder som den skal)	96	52	20	5	2	2	3
Palpation af scrotum (mærke om stenene er i pungen) (% af drenge)	99	90	69	60	53	61	58
Grovmotorik (grovere bevægelser, f.eks. hop og løb)	91	98	100	97	97	98	95
Finmotorik (finere bevægelser, f.eks. tegne og samle perler op)	25	63	83	85	83	82	85
Sprog	6	34	72	94	98	99	98
Barnets opfattelsesevne	45	76	87	94	94	97	93
Barnets opmærksomhed	97	99	99	99	97	98	96
Barnets følelsesmæssige udvikling	42	77	83	86	85	91	86
Barnets samspil med far/mor	88	99	99	99	97	96	99
Andet (f.eks. hoved, fontanelle, ryg, fødder, hud)	44	22	25	26	18	28	32

Frem til og med 1-årsundersøgelsen skal alle børn ifølge retningslinjerne måles og vejes. Herefter fremgår det ikke helt klart om vægt- og højdemåling kun skal finde sted, hvis det skønnes relevant. Praktisk talt alle børn blev dog vejet og målt, og ved langt de fleste børneundersøgelser plottede lægen højde og vægt ind på en vækstkurve med det samme. Ved ca. 7% af børneundersøgelserne blev vægt og højde først plottet ind efter konsultationen, mens vækstkurver ikke blev benyttet ved 2% af undersøgelserne. Ved børneundersøgelser, hvor der deltog søskende, blev vægt og højde oftere først plottet ind senere.

For mange af de øvrige undersøgelser gælder, at de ikke er lige relevante for alle aldersgrupper. Tabel 19 viser andelen af læger, der fandt udvalgte undersøgelser irrelevante ved de forskellige børneundersøgelser. For de undersøgelser, der ikke er nævnt i tabellen gælder at antallet af læger, der fandt dem irrelevant, var lille i alle aldersgrupper.

Tabel 19. Irrelevante undersøgelser

% undersøgelser skønnet irrelevant¹ ved de enkelte børneundersøgelser	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år
Syn bedømt uden tavle	75	65	53	33	10	15	21
Syn bedømt med tavle	81	78	67	43	10	2	5
Otoskopi (kig i øret gennem tragt)	34	12	5	7	4	8	6
Tympanometri (bestemmelse af trykket i mellemøret)	64	34	17	19	9	13	16
Hørelse uden audiometri	61	40	28	18	6	8	6
Audiometri (bestemmelse af hørelse vha. lyde i høretelefoner)	75	63	40	33	13	13	11
Hofter undersøgt for luxation (undersøge om hoften sidder som den skal)	2	27	48	59	72	67	72
Palpation af scrotum (mærke om stenene er i pungen) (% af drenge)	1	3	9	6	12	11	19
Finmotorik (finere bevægelser, f.eks. tegne og samle perler op)	51	16	3	2	1	0	1
Sprog	80	47	19	2	0	0	0
Barnets opfattelsesevne	45	14	4	1	0	0	1
Barnets følelsesmæssige udvikling	43	14	6	2	0	0	0

¹Det skal dog bemærkes at lægerne for hver undersøgelse blev bedt om at krydse én af tre muligheder af: undersøgelsen er gennemført, undersøgelsen er ikke gennemført eller undersøgelsen er irrelevant. Det var ikke muligt både at krydse ja til at have udført undersøgelsen og samtidig mene, at undersøgelsen var irrelevant. Det er således primært blandt de læger, der ikke havde gennemført de pågældende undersøgelser, at andelen, der fandt dem irrelevante er undersøgt.

Ved børneundersøgelser før 3-årsalderen fik børnene hyppigere undersøgt hørelse end syn, mens det omvendte var tilfældet ved børneundersøgelser i 3-5-årsalderen. Årsagen til, at ikke alle børn fik undersøgt syn og hørelse ved undersøgelser op til og med 1-årsalderen var, ofte at, lægerne ikke fandt disse undersøgelser relevante i aldersgruppen. Derimod kunne årsagen til ikke at undersøge syn og hørelse ved 2-3-årsundersøgelsen kun delvist og i 4-5-årsalderen slet ikke forklares med, at lægerne fandt undersøgelserne irrelevante.

I retningslinjerne nævnes undersøgelse af syn først direkte fra 2-årsalderen. Ved 5-undersøgelsen anbefales det dog at undersøge øjenkontakt og ved 5-månedersundersøgelsen at bemærke, om barnet griber efter ting. Ved 2-årsundersøgelsen anbefales det, at lægen får et indtryk af barnets syn, ved 3 og 4-årsundersøgelsen, at der

gennemføres en egentlig synstest med figurtavle (ved 4-årsundersøgelsen med hvert øje for sig) og ved 5-årsundersøgelsen at undersøge synet, hvis der tidligere har været problemer. Ved de fleste 4 og 5-årsundersøgelser og ved knap halvdelen af 3-årsundersøgelserne blev barnets syn undersøgt med brug af synstavle. De fleste læger mente, at undersøgelse af syn med synstavle var irrelevant før 2-årsalderen og knap halvdelen mente, at det tillige var irrelevant ved 3-årsundersøgelsen. Synet blev vurderet uden brug af synstavle ved en mindre del af alle børneundersøgelserne, dog sjældent ved 5-undersøgelsen.

Ifølge retningslinjerne er en relevant undersøgelse i 5 ugers alderen om barnet reagerer på lyd, samt i 1-2-årsalderen barnets hørelse. Ved 4 og 5-årsundersøgelsen anbefales, at hvis der er tvivl om barnets hørelse, kontrolleres yderligere f.eks. ved audiometri. Knap hver femte barn fik hørelsen undersøgt ved hjælp af audiometri ved 5-årsundersøgelsen, mens få børn fik det ved de øvrige undersøgelser. Et flertal af lægerne mente, at audiometri var irrelevant ved børneundersøgelser før 1-årsalderen. Lægerne var delt i holdning til, hvorvidt undersøgelsen var relevant i 1-2 alderen, mens få læger mente at audiometri var irrelevant ved 3-5-årsundersøgelsen. Over halvdelen af børnene fik vurderet deres hørelse uden audiometri ved 4 og 5-årsundersøgelsen, knap halvdelen ved 2-3-årsundersøgelsen og knap en tredjedel ved undersøgelser i det første leveår. 70% af alle børn fik undersøgt deres hørelse med eller uden audiometri ved 5-årsundersøgelsen.

For vurdering af syn og hørelse uden henholdsvis synstavle og audiometri gjaldt overordnet at et flertal af lægerne mente, undersøgelserne var irrelevante før 1-årsundersøgelsen. Lægerne var herefter delt i meningen, om hvorvidt undersøgelserne var relevante ved 1-2-årsundersøgelsen, mens et flertal mente, at de var relevante i 3-5-årsalderen.

De fleste børn blev otoskopert og ca. 15% fik foretaget tympanometri ved børneundersøgelse i 1-5-årsalderen. En tredjedel af lægerne mente, at otoskopi var irrelevant ved 5-undersøgelsen, mens få læger mente, det var irrelevant ved de øvrige børneundersøgelser. Næsten to tredjedele af lægerne mente, det var irrelevant at foretage tympanometri ved 5-undersøgelserne, én tredjedel ved 5-månedersundersøgelsen og 9-19% ved de senere børneundersøgelser. Retningslinjerne anbefaler otoskopi ved 5 måneder, 1 og 4-årsundersøgelsen. Der er ingen anbefalinger om tympanometri i retningslinjerne.

Hjerte- og lungestetoskopi anbefales i retningslinjerne ved 5 ugers og 1-årsundersøgelsen. Frem til 1-årsalderen anbefales, at der trykkes på barnets mave, for at undersøge for forstørrede organer. Stort set alle børn blev lyttet på lunger og hjerte, samt trykket på maven ved hver børneundersøgelse. Årsagen til, at få børn ikke blev lyttet på lungerne eller trykket på maven efter 1-årsalderen, var ikke, at lægerne fandt undersøgelsen irrelevant.

Ifølge retningslinjerne er relevante undersøgelser ved 5-undersøgelsen bl.a. at barnets hofter undersøges for bevægelighed, og for drenges vedkommende en undersøgelse af om stenene er på plads i pungen. Stort set alle børn fik da også undersøgt hofterne for luxation 5 uger gamle, halvdelen fik det tillige ved 5-månedersundersøgelsen og 20% ved 1-årsundersøgelsen. Ved senere undersøgelser blev meget få undersøgt og hovedårsagen var, at lægerne i hovedtræk ikke fandt undersøgelsen relevant. Ligeledes fik stort set alle drengebørn tjekket om stenene var på plads i pungen ved 5 ugers og 5-månedersundersøgelsen. Ved 1-5-årsundersøgelser blev over halvdelen af drengene undersøgt for, om stenene var i pungen, og få læger fandt undersøgelsen irrelevant (dog 19% ved 5-årsundersøgelsen).

Ved 5-undersøgelsen anbefales det i retningslinjerne, at barnets motorik vurderes og fra 5 måneders alderen at fin- og grovmotorik vurderes hver for sig. Ved næsten alle børneundersøgelser blev barnets grovmotorik undersøgt. 8% fandt det dog irrelevant ved 5-undersøgelsen. Ved en fjerdedel af 5-undersøgelserne undersøgte lægen barnets

finmotorik, mens halvdelen af lægerne her fandt undersøgelsen irrelevant. Ved knap to tredjedele af 5-månedersundersøgelsen blev finmotorikken undersøgt, og her mente 16% af lægerne, at undersøgelsen var irrelevant. Over 80% fik undersøgt deres finmotorik ved 1-5-årsundersøgelsen, og næsten ingen læger anså dette for irrelevant.

I retningslinjerne beskrives vurdering af barnets opmærksomhed som relevant i 5 ugers alderen, vurdering af psykisk udvikling i 5 måneders alderen og vurdering af opfattelsesevnen i 1-årsalderen. Fra 1-årsalderen nævnes sprogudviklingen.

Barnets opmærksom og samspil med mor eller far blev vurderet ved stort set alle børneundersøgelserne. Dog blev samspillet ikke vurderet ved 12% af 5-ugersundersøgelserne, primært begrundet med, at lægerne ikke fandt undersøgelsen relevant. Langt de fleste børn fik undersøgt deres sprog, opfattelsesevne og følelsesmæssige udvikling i 2-5-årsalderen. Stort set ingen læger fandt disse undersøgelser irrelevante. Flertallet af børnene fik deres sprog vurderet i 1-årsalderen og nogle fik det i 5 måneders alderen. De fleste læger vurderede tillige barnets opfattelsesevne og følelsesmæssige udvikling ved 5-månedersundersøgelsen, og en del gjorde det ved 5-ugersundersøgelsen. Manglende vurdering af sprog, opfattelsesevne og følelsesmæssig udvikling før 1-årsalderen var primært forklaret ved, at lægerne fandt undersøgelserne irrelevante ved disse børneundersøgelser.

29% af lægerne beskrev andre forhold, der var bedømt eller undersøgt ved børneundersøgelserne. Det drejede sig oftest om forhold ved 5-ugersundersøgelsen; f.eks. var undersøgelse af hoved og fontanelle hyppigt nævnt. Begge dele er da også ifølge retningslinjerne relevante undersøgelser i 5 ugers og 5-månedersundersøgelsen. Derudover blev undersøgelser af ryg, hud og fødder nævnt. Hud nævnes i retningslinjerne som relevant at undersøge i 5 ugers alderen og en gennemgang af skelet inkl. fødder nævnes under 5-årsundersøgelsen. Andre forhold, der blev bedømt, var f.eks. navle, reflekser, gangfunktion, farvesyn, skolemodenhed og samspil med læge eller søskende.

Undersøgelser i dag, sammenlignet med i 1979

Da nogle af spørgsmålene, stillet i denne spørgeskemaundersøgelse, helt eller delvist stammer fra en tidligere undersøgelse af de forebyggende børneundersøgelser i 1979, er det muligt at se på udviklingen i hvilke undersøgelser, der indgår i undersøgelserne. Tabel 20 viser indholdet af undersøgelsesdelen ved børneundersøgelserne i 1979 sammenlignet med 2006/07. Det skal bemærkes, at der angives samlede procenter for alle aldersgrupper, og at denne værdi ikke i sig selv er meningsfuld. Da variationen mellem de forskellige aldersgrupper (med undersøgelsen af hoftelid som en enkelt undtagelse) er nogenlunde den samme i 1979 og i dag, giver en sammenligning procenterne fra 1979 og 2006/07 mening. I 1979 var der dog ni børneundersøgelser fra 5 uger til 6-årsalderen.

Tabel 20. Sammenligning af indhold af børneundersøgelser i 1979 og i 2006/2007

% af børneundersøgelser, hvor nedenstående undersøgelser blev gennemført	1979	2006/2007
Vægt	99	100
Højde/længde	99	100
Syn bedømt med tavle	28 ¹	30
Audiometri (bestemmelse af hørelse vha. lyde i høretelefoner)	1	4
Hjertestetoskopi (lytte på hjertet)	98	96
Hofter undersøgt for luxation (undersøge om hoften sidder som den skal)	61	31
Grovmotorik (grovere bevægelser, f.eks. hop og løb)	85	96
Finmotorik (finere bevægelser, f.eks. tegne og samle perler op)	40	71
Sprog	40-56 ²	68
Barnets følelsesmæssige udvikling	43	77
Barnets samspil med far/mor	34-78 ³	97

¹ i 1979 dog "egentlig synsprøve"

² i 1979 40% fik bedømt "talesprog/ordforråd" og 56% fik bedømt "udtale"

³ i 1979 34% fik bedømt på samspillet på stedet og 78% fik bedømt samspillet ved samtale med ledsager

Sammenlignet med i 1979 fik flere 3-5-årige børn i dag undersøgt synet med synstavle, mens færre børn fik bedømt deres hørelse i alle aldersgrupper. Der var en tendens til, at lidt flere i dag fik foretaget en egentlig høreprøve (audiometri) i 3-5-årsalderen, sammenlignet med i 1979. Den gennemsnitlige andel af børn, der fik undersøgt deres hofteled, var lavere i dag sammenlignet med i 1979. Dette skyldtes dog primært, at mange børn i 1979 i alderen 2-6 år fik undersøgt deres hofter. Stort set alle børn fik i 1979 og får også i dag undersøgt deres hofter. I dag fik lidt flere børn vurderet deres grovmotorik og en del flere vurderet deres finmotorik sammenlignet med i 1979. Dette gjaldt i alle aldersgrupper. Tillige fik flere børn i dag vurderet deres følelsesmæssige udvikling, og barnets samspil med mor eller far blev ligeledes oftere vurderet sammenlignet med i 1979.

Kendskab til barnets funktionsniveau

Omfanget af undersøgelser ved børneundersøgelsen afhænger formentlig af, hvor ofte lægen ellers har undersøgt og set barnet. Vi spurgte derfor tillige lægerne, hvor godt de efter børneundersøgelsen kendte barnets funktionsniveau.

Tabel 21 viser hvor godt lægerne efter børneundersøgelserne mente at kende barnets funktionsniveau.

Tabel 21. Lægernes kendskab til barnets funktionsniveau efter børneundersøgelsen

Fordeling af børneundersøgelser efter lægens kendskab til barnets funktionsniveau (%)	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Samlet
Motorisk funktion								
Rigtig godt	24	38	28	28	30	29	30	29
Godt	68	61	70	68	68	68	67	67
Mindre godt	7	1	1	5	1	2	3	3
Psykisk funktion								
Rigtig godt	13	25	19	21	22	24	21	20
Godt	55	64	71	72	69	70	72	67
Mindre godt	32	11	10	7	9	7	7	13
Social funktion								
Rigtig godt	15	26	19	17	21	19	21	19
Godt	51	58	67	65	65	65	67	63
Mindre godt	35	17	13	15	13	16	12	18

Efter børneundersøgelsen angav næsten alle lægerne at de kendte barnets motoriske funktion ”godt eller ”rigtig godt”, 87% af de kendte barnets psykiske funktion ”godt” eller ”meget godt” og 82% at de kendte barnets sociale funktion ”godt” eller ”meget godt”. Kendskabet til barnets psykiske og sociale funktion afhæng af barnets alder og var oftest mindre før 1-årsalderen. Andelen af børn, hvor lægen kendte barnets psykiske og sociale funktion mindre godt var dog stadig henholdsvis 6-10% og 11-17% ved 2-5-årsundersøgelserne. Læger der kendte familien rigtig godt og læger, der havde været længe i praksis, kendte oftere barnets funktionsniveau rigtig godt efter børneundersøgelsen

Afklædning af barnet

Tabel 22 viser andelen af børn, der var afklædt ved de forskellige børneundersøgelser. Ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer skal børnene undersøges afklædt ved 5 ugers og 5-månedersundersøgelsen, mens de ved de senere undersøgelser anbefaler en mindre omfattende objektiv undersøgelse og ikke nævner obligatorisk afklædning af barnet. Til og med 1-årsalderen var næsten alle børn helt afklædt eller i undertøj/ble. Ved de senere undersøgelser have hovedparten af børnene enten en mindre del af tøjet af eller var i undertøj, mens ca. hvert femte barn slet ikke var afklædt.

Tabel 22. Afklædning af barnet ved undersøgelsen

% børn afklædt ved de enkelte børneundersøgelser	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år
Helt afklædt	84	65	41	20	1	4	4
Var i ble eller undertøj	16	34	50	44	42	40	50
Havde en mindre del af tøjet af	0	1	7	16	34	39	29
Var ikke afklædt	1	1	2	20	22	17	16

7.3 Samtaleemner

Samtalen med forældrene er den anden vigtige del af børneundersøgelsen. Ifølge anbefalingerne skal denne indeholde både generelle emner og særlige forebyggelsestemaer.

Konkrete samtaleemner

Der blev talt om mange forskellige emner ved børneundersøgelserne. Både om barnets fysiske udvikling, trivsel og sociale relationer til andre. Der blev talt mindre hyppigt om familiens funktion og de voksnes livsstil i form af rygning og alkohol. Vi bad lægerne rapportere de tre vigtigste samtaleemner ved den pågældende børneundersøgelse. Tabel 23 viser de vigtigste samtaleemner ved 1033 børneundersøgelser listet efter, hvor hyppige de var.

Tabel 23. Vigtigste samtaleemner ved børneundersøgelsen

Vigtigste samtaleemner	Antal
Kost (inkl. vitaminer og mineraler)	300
Trivsel (inkl. normalitetsbegreb, børns forskellighed, hverdag, gråd, ro og uro)	226
Udvikling (inkl. Psykomotorisk, stimulation og milepæle)	205
Højde+vægt (overvægt, undervægt)	168
Amning (inkl. gylp)	101
Søskendeforhold (inkl. jalousi)	100
Sprog	89
Social og psykisk funktion	87
Pasning (inkl. trivsel ved start i daginstitution)	81
Søvn (inkl. sut)	75
Motorik	74
Familiodynamik og familie-problemer	54
Forebyggelse af ulykker (inkl. sovestilling)	52
Astma og allergi	48
Øre- og luftvejsproblemer	43
Hudproblemer (inkl. eksem og hormonknopper)	41
Renlighed	35
Diverse konkrete fund	35
Forælderrollen og opdragelse (inkl. barnets tarv)	30
Fødsel og tiden lige efter (inkl. prævention)	29
Bevægeapparat	29
Motion/aktivitet	28
Forældretrivsel og parforhold	28
Maveproblemer inkl. Kolik	28
Vaccination	27
Samspil/kontakt med forældre	21
Skolestart	20
Kronisk sygdom, handicap og misdannelser	16
Tidligere sygdom	16
Kontakt til specialist	15
Sundhedsfremme og generel forebyggelse	13
Familiens sociale forhold	12
Infektioner	11
Håndtering af sygdomme	11
Fars eller mors sygdom	8
Tænder og tandbørstning	8
Vandladningsgener	6
Om børneundersøgelse og lægen (inkl. angst for lægen)	5
Rygning	5
Feberkramper	3
Sorg, smerter og frygt for barns død	1
Hygiejne	1
Vagtlægekontakt	1

Kost, trivsel og udvikling blev hyppigst nævnt som vigtigste samtaleemner.

Derudover blev lægerne på en liste over en række samtaleemner bedt om at krydse af, hvilke emner samtalen, ved den pågældende børneundersøgelse, havde indeholdt. Tabel 24 viser brugen af en række samtaleemner ved de forskellige børneundersøgelser. Det er ikke alle emner, der er relevante ved alle aldre, og den maksimale andel er derfor ikke altid 100%. Ved forhold til søskende er der dog taget højde for dette, og andelen er angivet ud af antallet af børn, hvor forældrene har angivet, at der bor andre børn i husstanden.

Tabel 24. Samtaleemner

% af børneundersøgelser, hvor nedestående samtaleemner indgik	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år
Barnets højde/vægt	93	91	91	86	87	83	79
Syn	21	27	29	39	64	75	70
Hørelse	22	31	41	54	63	57	60
Sygdom	40	54	67	67	59	58	51
Amning	93	75	15	2	1	0	0
Kost	48	92	85	77	79	64	61
Spisevaner	51	66	67	70	69	61	50
Søvn	79	70	55	42	34	27	26
Renlighed	2	0	6	32	64	35	28
Forstoppelse/ andre problemer med afføringen	32	23	15	11	11	11	4
Barnets sprog	6	22	61	89	88	74	60
Barnets følelsesmæssige udvikling	32	38	51	67	63	55	45
Barnets fysisk aktive leg/ motion	11	38	71	78	78	74	73
Barnets leg med andre børn	3	11	36	63	70	62	66
Forhold til søskende	54	59	62	66	70	57	53
Pasning udenfor hjemmet	4	28	70	76	69	60	53
Skolestart	0	0	0	0	1	6	51
Fødselsforløb	71	3	2	2	0	2	1
Opdragelse /forælderrollen	31	20	28	32	25	19	15
Hvordan familien fungerer	53	42	37	43	35	27	26
Rygning i hjemmet	21	12	8	13	9	2	5
De voksnes alkoholvaner	3	1	2	1	0	2	0
Forebyggelse af allergi/astma	17	12	11	15	17	9	6
Andet	17	9	10	5	8	4	11
Forebyggelse af ulykker	20	27	40	33	18	13	18
Forebyggelse af vuggedød	37	-	-	-	-	-	-
Børn i trafikken	10	11	4	12	10	15	25

Sundhedsstyrelsens retningslinjer beskriver kost under afsnittet om ”særlige forebyggelsestemaer” ved alle undersøgelser, på nær 5-årsundersøgelsen. Det forklares bl.a. at sund kost og gode spisevaner er vigtigt, men risiko for eller forebyggelse af overvægt nævnes ikke. Barnets motorik nævnes i retningslinjerne under ved de fleste undersøgelser, men

kun i 4 og 5-årsundersøgelsen nævnes kort vigtigheden af at barnet udfolder sig fysisk. Under 3-årsundersøgelsen lægges f.eks. vægt på udvikling af finmotorik.

Ved næsten alle undersøgelser blev der talt om barnets højde og vægt. Kost og fysisk aktiv leg var også hyppige samtaleemner. Således blev der ved næsten alle 5 ugers og 5-månedersundersøgelser talt om henholdsvis amning og kost. Ved mange, men ikke alle, børneundersøgelser i 1-5-årsalderen blev talt om kost og spisevaner. Få læger fandt det irrelevant at tale om disse emner. Ved tre ud af fire børneundersøgelser efter 1-årsalderen blev der talt om barnets fysiske leg, og ved stort set ingen af børneundersøgelserne i denne aldersgruppe fandt lægerne dette emne irrelevant.

Sygdom blev diskuteret ved over halvdelen af undersøgelserne. Ved mange undersøgelser, særligt efter 1-årsalderen, blev der talt om syn og hørelse. Søvn og renlighed var ligeledes hyppige samtaleemner.

Retningslinjerne beskriver sprogudvikling under særlige forebyggelsestemaer fra 1-årsalderen. Barnets følelsesmæssige og kognitive udvikling beskrives ligeledes fra 1-årsalderen, men i mere diffuse vendinger. Det er særligt barnets selvstændighed og afprøvning af grænser der nævnes. Desuden nævnes ved 2-årsundersøgelsen kort barnets personlighed og eventuel generthed. Ved 3-årsundersøgelsen nævnes temperament og ved 4-årsundersøgelsen beskrives barnets reaktion med gråd og raseri på sine følelser. Desuden nævnes barnets koncentration. Barnets sprog og følelsesmæssige udvikling indgik i mange samtaler fra 1-årsalderen. Få læger fandt samtale om sprog og følelsesmæssig udvikling irrelevant.

Ifølge retningslinjerne er det ved 1-årsundersøgelsen relevant at tale om barnets forhold til eventuelle søskende og ved 2-4-årsundersøgelsen om, hvordan barnet fungerer med andre børn. Barnets leg med andre børn blev diskuteret ved to ud af tre børneundersøgelser fra 2-årsalderen og stort set ingen læger fandt dette emne irrelevant. Der blev ligeledes hyppigt talt om barnets forhold til søskende, dette allerede fra 5-ugersundersøgelsen. Retningslinjerne lægger op til samtale om pasning udenfor hjemmet fra 5 måneders alderen og om skolestart ved 5-årsundersøgelsen. Pasning uden for hjemmet blev hyppigt diskuteret ved 1-3-årsundersøgelserne, og ved halvdelen af 5-årsundersøgelserne blev skolestart omtalt.

Emner som direkte vedrørte forældrene og familien som helhed blev der talt mindre hyppigt om. Ifølge retningslinjerne er relevante emner til samtalen ved 5-månedersundersøgelsen bl.a., om forældrene finder hverdagen harmonisk, og fra 1-årsalderen, hvordan forældrene klarer konflikter og hvilke forventninger de har til barnet. Ved 4-årsundersøgelsen nævnes som relevant emne familiens funktion. Forælderrollen, opdragelse og hvordan familien fungerede, blev der talt om ved under halvdelen af undersøgelserne. Rygning i hjemme blev primært nævnt ved 5-ugersundersøgelsen, mens forebyggelse af allergi og astma blev diskuteret ved en mindre del af undersøgelserne i alle aldersgrupper.

Ved 10% af børneundersøgelserne, hyppigst 5-ugersundersøgelsen, nævnte lægerne andre samtaleemner. Disse var f.eks. hudproblemer, tackling af det febersyge barn, moderens følelsesliv og sygdom, samt barnets kontakt og opmærksomhed. Flere af lægerne havde desuden talt om forældrenes sociale situation, herunder orlov, arbejde, netværk og bolig samt barnets tidligere sygdomme. Andre havde talt om emner som tænder, fodstilling/gang, vaccination og udlandsrejser, barnets konkrete sygdomme og fund hos barnet samt eventuel viderehenvisning.

Ifølge retningslinjerne er pludselig uventet spædbarnsdød et relevant forebyggelsestema ved 5-ugersundersøgelsen og risiko for ulykker ved børneundersøgelser i de resterende aldersgrupper. Ved 37% af 5-ugersundersøgelserne blev talt om forebyggelse af vuggedød (pludselig uventet spædbarnsdød). Der blev primært talt om sovestilling men også rumtemperatur, rygning og barnets beklædning blev anført. Enkelte skrev, at sundhedsplejersken havde informeret eller at de forventede at sundhedsplejersken ville informere om emnet. To anførte, at have uddelt en pjece.

Ved i gennemsnit 25% af børneundersøgelserne blev der talt forebyggelse af ulykker, hyppigst i 1 og 2-årsalderen. Rigtig mange talte om forebyggelse af fald, farlige kemikalier og medicin i hjemmet, forebyggelse af skoldning og forbrænding (især i forbindelse med barnets ophold i køkkenet), forebyggelse af fremmedlegemer i mund/hals, el-apparater i hjemmet og særligt farlige steder (døre, havebassiner, trampolin, værksted). Enkelte anførte, at der skulle afsættes mere tid i konsultationen til forebyggelse af ulykker, hvis emnet skulle dækkes ordentligt. Læger, der afsatte længere tid til børneundersøgelse, talte oftere om forebyggelse af ulykker. Børneundersøgelser med familier med kun ét barn indeholdt ligeledes oftere samtale om forebyggelse af ulykker.

Der blev talt relativt sjældent om børn i trafikken, hyppigst ved 5-årsundersøgelsen. Emnerne var i givet fald fastspænding i barnevogn, cykelanhænger og bil, herunder passende autostol, cykling og brug af cykelhjelm samt generel trafiktræning og opsyn ved leg i nærheden af trafik. Børneundersøgelser, hvor der var sat længere tid af, og hvor der ikke deltog søskende, samt børneundersøgelser med enlige forældre, indeholdte oftere samtale om børn i trafikken.

Over halvdelen af lægerne rapporterede, at de brugte mindst en fjerdedel af børneundersøgelsen på forebyggende emner, mens 40% af lægerne næsten ingen tid brugte (tabel 25). I retningslinjerne fylder de særlige forebyggelsestemaer en del i afsnittene om forældresamtalen. Det skal dog bemærkes at en del af emnerne både er relevante fra et forebyggelses- og behandlingssynspunkt (f.eks. kostvaner og allergi), så det kan være svært at definere, hvornår der er tale om samtale om forebyggelse.

Tabel 25. Tid brugt på forebyggende emner

% af børneundersøgelsens tid der blev brugt på samtale om forebyggende emner	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år
Mere end halvdelen	0	2	1	1	2	3	0
Halvdelen	14	8	14	13	16	15	10
En fjerdedel af tiden	44	47	47	50	48	41	46
Næsten ingen tid	41	42	38	37	34	41	44

Samtaleemner i dag og i 1979

Den tidligere omtalte undersøgelse fra 1979 af børneundersøgelserne belyste også samtaleemner. Selvom formuleringen af spørgsmålene ofte er lidt forskellige, er det alligevel muligt at se på udviklingen i nogle af samtaleemnerne, der indgår i børneundersøgelserne. Tabel 26 viser indholdet af samtaledelen ved børneundersøgelserne i 1979 sammenlignet med 2006/07. Det skal bemærkes, at der angives samlede procenter for alle aldersgrupper og at denne værdi ikke i sig selv er meningsfuld. Da variationen mellem de forskellige aldersgrupper dog er nogenlunde den samme i 1979 og i dag, giver en sammenligning af procenterne fra 1979 og 2006/07 mening. I 1979 var der ni børneundersøgelser i aldersrummet 5 uger til 6 år.

Tabel 26. Sammenligning af samtaleemner i 1979 og 2006/07

% af børneundersøgelser, hvor nedenstående samtaleemner indgik	1979	2006/07
Amning	21	32
Kost ¹	68	72
Spisevaner ²	29	62
Søvn ³	24	50
Renlighed ⁴	17	21
Barnets leg med andre børn ⁵	35	41
Forhold til søskende (ud af alle børn)	31	41
Fødselsforløb	18	14
Opdragelse /forælderrollen ⁶	7-13	24
Hvordan familien fungerer ⁷	9	38
Sygdom ⁸	38	56
Forebyggelse af ulykker ⁹	15	25

¹i 1979 "kost/kostvaner"

²i 1979 "spisesituationen"

³i 1979 "indsovningsvaner/sovevaner"

⁴i 1979 "renlighedstræning"

⁵i 1979 "legekammerater"

⁶i 1979 7% ved "usikkerhed i forælderrollen" og 13% ved "børneopdragelse i øvrigt"

⁷1979 "roller i familien"

⁸i 1979 "børns sygdomme"

⁹i 1979 "ulykkesprofylakse"

Der blev i dag hyppigere talt om kost/kostvaner, søvn, familiens funktion og barnets sygdom sammenlignet med i 1979.

Samtale om syge børn

Ifølge retningslinjerne anbefales det, at lægen ved 1-årsundersøgelsen vejleder forældrene i førstehjælp, så de kan handle hensigtsmæssigt, hvis der sker en ulykke. Ved 4% af 1-årsundersøgelsen og lidt færre ved de øvrige børneundersøgelser skete dette. Forældrene blev her vejledt i førstehjælp ved fremmedlegemer i halsen/kvælning, hovedtraumer og forbrænding/skoldning. Enkelte anførte, at vejledning ikke var nødvendig da en eller begge forældre var læger, og enkelte anførte, at have uddelt en pjece om emnet. Én anførte at mangle tid til vejledning.

Ligeledes ifølge retningslinjerne anbefales det, at lægen ved 5-måneders-undersøgelsen fortæller forældrene, hvordan de skal forholde sig ved sygdom hos barnet. Herunder hvor- når det er nødvendigt at søge lægehjælp og hvordan et febrilt barn plejes. Ved 1-årsundersøgelsen anbefaler retningslinjerne at lægen understreger vigtigheden af, at barnet er helt rask før det kommer i institution igen, og ved 2-3års-undersøgelsen nævnes brug af vagtlæge. Derudover beskriver retningslinjerne, at sygdom hos barnet skal diskuteres, hvis barnet har været syg (ved 1-3-årsundersøgelsen). 10% af forældrene til børneundersøgelse blev vejledt i, hvad de gør når barnet er sygt, dog 16% ved 1-årsundersøgelsen. Læger, der havde afsat længere tid til børneundersøgelsen, vejledte hyppigere familierne i håndtering af et sygt barn.

Ved børneundersøgelser med børn, der tidligere havde haft psykiske eller sociale problemer, blev forældrene oftere vejledt i handling ved sygt barn. Der blev bl.a. vejledt i tegn på og handling ved feber/feberkrampe, ørepine, hoste, mavesmerter, forkølelse (herunder forskellen på en virus og en bakteriel infektion), manglende trivsel, reaktioner på vaccination, diarre/forstoppelse og udslet. Desuden blev der vejledt i dosering af medicin. Mange angav, at vejledning i handling ved sygt barn ikke var nødvendigt, da dette enten var sket ved tidligere lejlighed, at en eller begge forældre var sundhedsfagligt uddannet eller at de i forvejen var velinformeret andet steds fra.

Tabel 27 viser andelen af de forskellige børneundersøgelser, hvor vejledning i førstehjælp eller i handling ved et sygt barn fandt sted.

Tabel 27. Vejledning af forældre i førstehjælp og sygt barn

% af børneundersøgelser, hvor forældrene blev vejledt i nedenstående emner	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Alle undersøgelser
Førstehjælp	2	1	4	0	1	2	1	2
Handling, når barnet er sygt	13	12	16	7	5	4	4	10

7.4 Udbytte og tilfredshed

Børneundersøgelsens udbytte kan bl.a. måles ved nye fund hos barnet og afdækning af andre problemer i familien.

Fund

Et af formålene med børneundersøgelserne er at opspore sygdom. En måde at måle nytte af børneundersøgelserne på er derfor at se på, om lægerne gjorde fund ved børneundersøgelserne, samt hvilke handlinger de eventuelle fund førte til. Man skal dog være opmærksom på, at hvorvidt der gøres fund ved en børneundersøgelse, afhænger af barnets sygelighed og familiens trivsel. Man kan derfor argumentere for at hvis et andet af børneundersøgelsens formål, nemlig forebyggelse af sygdom, er opfyldt, vil barnets sygelighed være lav og fundene færre.

I spørgeskemaet er spurgt til såkaldte ”nye fund”. Begrebet fund er lånt fra spørgeskemaundersøgelsen i 1979 og med det menes forhold ved barnet eller familien, der har påkaldt sig lægelig opmærksomhed. Det kan således være både objektive fund, identificeret ved undersøgelse af barnet og forhold i barnets udvikling eller hverdag erfaret ved samtale med forældrene. Med nye fund menes, at det er fund, lægen ikke tidligere har gjort.

Ved 32% af børneundersøgelserne blev der gjort nye fund. En del af disse fund, blev af lægerne kategoriserede som banale, mens der ved 14% af børneundersøgelserne blev gjort væsentlige fund. De fleste fund var somatiske fund, men også psykiske eller sociale vanskeligheder hos barnet eller sociale problemer hos forældrene blev fundet.

Tabel 28. Alvorligheden af fund

% af de enkelte børneundersøgelser med nye fund, fordelt efter alvorlighed	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Alle undersøgelser
Udviklingstruende	0	0	0	0	0	0	<1	<1
Væsentlige	10	7	17	15	17	16	18	14
Banale	20	19	19	16	20	23	12	18
Ingen	69	74	64	69	64	61	71	68

Tabel 29. Type af fund

% af de enkelte børneundersøgelser med nye fund, fordelt efter type	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Alle undersøgelser
Somatisk	27	23	30	23	26	27	19	25
Psykisk eller socialt hos barnet	0,5	0,5	1	7	11	6	8	4
Socialt hos forældre	4	2	3	5	5	1	6	4
Andet	1	2	4	3	3	5	4	3
Mere end én type fund	2	2	3	6	7	1	7	4
Intet fund	69	74	64	69	64	61	71	68

Tabel 30. Antal af fund

% af de enkelte børneundersøgelser med nye fund, fordelt efter antal fund pr. børneundersøgelse	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Alle undersøgelser
3 eller flere fund	0	0	0	0	1	0	1	0,5
2 fund	2	2	3	6	5	1	6	3
1 fund	29	24	33	25	28	38	23	28
Ingen	70	74	64	69	64	61	71	68

Børneundersøgelser, hvor der var afsat længere tid, resulterede oftere i banale og væsentlige somatiske fund hos barnet. Børneundersøgelse af børn, der i forvejen havde et somatisk problem, og børn der var kommet hyppigt i praksis det sidste år, resulterede ligeledes oftere i fund.

Tabel 28-30 viser fordeling af fund efter alvorlighed, type af fund og antal fund ved de forskellige børneundersøgelser.

Både væsentlige og banale fund blev identificeret, mens kun ét udviklingstruende fund blev identificeret. Fundene var fordelt på alle typer af børneundersøgelse. De væsentlige fund var dog hyppigst fra 1-årsalderen. Tabel 31 viser hvilke konkret fund, der blev gjort ved de 1.198 børneundersøgelser. Andelen i % af både det samlede antal børneundersøgelser og af de enkelte børneundersøgelser er angivet.

Tabel 31. Forekomst af konkrete fund

Forekomst af konkrete fund ved de forskellige børneundersøgelser	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Samlet
Andelen af somatiske fund i alt (andelen af de enkelte fund er angivet nedenfor)	27	23	30	23	26	27	19	25
Overvægt	0	2	1	1	4	4	2	2
Synshandicap	0	1	0,5	0	3	4	4	2
Hørehandicap	0	1	2	2	3	2	2	1
Medfødt misdannelse	2	2	1	1	2	0	1	1
Akut sygdom	2	3	5	2	1	2	2	2
Eksem	6	4	5	1	5	1	1	3
Undervægt	2	2	5	3	1	0	0	2
Astma / astmatisk bronkitis	1	1	1	1	2	1	0	1
Motorisk funktionsnedsættelse	2	1	2	0	1	2	3	2
Andet	12	10	10	15	9	13	6	10
Andelen af psykiske eller sociale fund hos barnet i alt (andelen af de enkelte fund er angivet nedenfor)	0,5	0,5	1	7	11	6	8	4
Sprog	0	0	0	2	5	1	3	1
Kontakt	0	0	0	2	6	1	2	1
Kognition/indlæring	0	0	0,5	0	2	1	4	1
Koncentration	0	0	0	0	1	0	1	0,5
Psykiatrisk diagnose	0	0	0	0	0	0	1	0,1
Andet	0	0	0	2	2	2	3	1
Andele af børneundersøgelser med socialt fund hos forældrene i alt (andelen af de enkelte fund er angivet nedenfor)	4	2	3	5	5	1	6	4
Alvorlige økonomiske problemer	0	0	0,5	0	0	1	0	0,2
Arbejdsløshed	1	1	2	2	1	1	0	1
Manglende socialt netværk	1	1	0	1	0	0	1	0,5
Problemer i parforholdet	2	1	1	2	2	1	3	2
Psykiske problemer	0	0	0,5	2	0	0	0	0,5
Alkoholmisbrug	1	0	0	0	0	1	0	0,2
Andet misbrug	1	0	0	0	0		0	0,1
Kriminalitet	1	0	0	0	0	0	0	0,1
Andet	1	1	1	2	2	1	3	1
Andele af børneundersøgelser med andre fund	1	2	4	3	3	5	4	3

Eksem og akut sygdom var typiske fund børneundersøgelser op til 1-årsalderen, mens synshandicap og overvægt var det ved 3-5-årsundersøgelsen.

I kategorien ”andet” udgjorde forskellige infektioner hovedparten, herunder mellemøreinfektioner og tilhørende problematikker (dræn, mat trommehinde), hudinfektioner (vorter, svampeinfektioner, børnesår), forkølelser, øjenbetændelse og mandler/polypper. Også spædbarnsrelaterede problematikker blev typisk anført, bl.a. gulsot, jordbærmærker, væskende navle og navlebrok, kranieskævhed, gylp og kolik. Fund vedrørende bevægeapparatet forekom deslige (hypermobilitet, hoftedysplasi, forkert fodstilling og gang, dropfinger) samt skader (forbrænding, tandskade og vaccinationsskade). Desuden blev nogle fund relateret til kønsorganerne anført, herunder manglende sten i pungen, væske i pungen, for-

hudsforstuvring og hyppig vandladning. Andre somatiske fund inkluderede forstoppelse, skelen, hjertemislyde, komælksallergi, modermærker og forsinket udvikling.

”Andre” psykiske og sociale fund hos børnene var bl.a. renlighedsproblemer, generthed og tilbageholdenhed, temperament og jalousi samt manglende empati og social kontakt.

”Andre” sociale fund hos forældrene inkluderede kronisk sygdom eller dødsfald i familien, dårlige boligforhold og flytning, og skilsmisse. En enkelt nævnte særegen religion/kultur som et socialt fund hos forældrene. Også enlige eller unge forældre blev anført, samt identifikation af aflastningsbehov.

De fleste somatiske fund resulterede i enten rådgivning, henvisning til opfølgning i egen praksis eller henvisning til speciallæge. Andre handlinger var behandling i egen praksis (podninger, penslinger, dyrkelse af urinstix, blodprøver og frysning af vorter), henvisning til undersøgelse på sygehus eller støtteforeninger, udlevering af pjecer samt sikring af, at forældrene fulgte op på kontakten til henholdsvis talepædagoger, fysioterapeuter og tandpleje. De psykologiske eller sociale fund hos barnet, der oftest var sprog eller kontaktvanskeligheder, resulterede i rådgivning. Flere læger anførte, at forældrene allerede havde taget kontakt til relevant behandling eller støtte. Derudover nævntes støtte til igangværende tiltag og snak/diskussion. De sociale fund hos forældrene var f.eks. arbejdsløshed og problemer i parforholdet. Disse fund var der oftest ikke angivet en reaktion på. Enkelte anførte dog at have haft en samtale om fundet eller fulgt op på allerede igangsatte relevante tiltag.

Fund i dag og i 1979

Mens vi i dag fandt fund ved 32% af børneundersøgelserne fandt man i 1979 fund ved lidt flere, nemlig 42% af børneundersøgelserne. Andelen af væsentlige fund blandt somatiske fund var nogenlunde den samme som i dag. Fund er dog spurgt til og opgjort på lidt forskellige måder i dag og i 1979 og nærmere sammenligning er derfor ikke mulig.

Afdækning af andre problemer i familien

6% af børneundersøgelserne, hyppigst i 1-2-årsalderen blev indgang til afdækning af andre problemer i familien (se tabel 32). Her var der overvejende tale om moderens sygdom, problemer og bekymringer (sorg) samt moderens fertilitet, herunder graviditet og prævention. Fremtrædende var også faderens og søskendes helbredsproblemer og forældrenes overvægt. Derudover var børneundersøgelsen ofte indgang til afdækning af familiedynamiske problemer, typisk forholdet til stedforældre og (sted)søskende, herunder jalousiproblemetikker og familiens håndtering af barnets sygdom. Desuden anførtes problemer i parforholdet (arbejdsdeling i hjemmet), skilsmisse, barnets manglende forhold til faderen samt forældrenes arbejdssituation. Enkelte anførte, at børneundersøgelsen havde været indgang til afdækning af et misbrugsproblem i familien. Til sidst havde en enkelt opdaget, at barnet manglede en vaccination.

Tabel 32. Børneundersøgelsen som indgang til problemer i familien

	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Samlet
Andel af børneundersøgelsen, der var indgang til afdækning af helt andre problemer i familien	5	5	8	9	7	2	6	6

Tilfredshed med børneundersøgelsens forløb

Ved langt de fleste børneundersøgelser syntes lægerne efterfølgende, at de var forløbet godt, og at de havde haft en god kontakt til såvel barn som forældre (se tabel 33).

Tabel 33. Lægernes vurdering af børneundersøgelseernes forløb og deres kontakt til familien

Tilfredshed med undersøgelsen	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Samlet
Forløb i alt								
Særdeles godt	51	53	45	42	49	50	57	50
Nogenlunde godt	45	42	50	47	46	44	37	45
Hverken særligt godt eller særligt dårligt	4	4	5	10	4	6	6	5
Temmelig dårligt	0	1	0	1	1	0	0	<1
Særdeles dårligt	0	0	<1	0	0	0	0	<1
Kontakt til barnet								
Fin	57	87	68	54	64	75	75	69
Overvejende god	31	13	29	34	33	24	24	27
Ingen særlig kontakt	8	<1	2	11	3	1	<1	4
Ved ikke								1
Kontakt til forældre								
Fin	84	92	84	85	89	88	87	87
Overvejende god	16	7	15	14	10	11	13	13
Ingen særlig kontakt	0	<1	<1	1	0	1	0	<1

Halvdelen af børneundersøgelseerne forløb ifølge lægerne særdeles godt, mens knap halvdelen forløb nogenlunde godt. 5% af børneundersøgelseerne forløb hverken godt eller dårligt, mens meget få børneundersøgelser efter lægernes mening var forløbet temmelig dårligt (fire undersøgelser) eller særdeles dårligt (én undersøgelse).

Lægerne beskrev ved langt de fleste børneundersøgelser en fin kontakt til forældrene og en fin eller overvejende god kontakt til børnene. Ved i gennemsnit 4% af børneundersøgelserne beskriver lægerne, at de ikke havde nogen særlig kontakt til barnet. Dette var hyppigst 5 ugers og 2-årsundersøgelsen. Det var meget få børneundersøgelser, hvor lægen ikke havde nogen særlig kontakt til forældrene.

Børneundersøgelse med familier, som lægen kendte godt, forløb oftere særdeles godt og lægen havde oftere fin kontakt til barn og forældre.

Næsten alle læger fandt varigheden af børneundersøgelsen tilpas (tabel 34)

Tabel 34. Lægernes vurdering af tiden ved børneundersøgelserne

Tilfredshed med tiden ved undersøgelsen	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Samlet
Varigheden af undersøgelsen var (%)								
For kort	3	4	4	5	4	2	5	4
Passende	97	96	94	95	94	97	93	95
For lang	<1	1	2	0	2	1	3	1

7.5 Børnevaccination

Der hører kun børnevaccination med til børneundersøgelserne i 5 mdr., 12 mdr. og 5-årsalderen og det er disse vaccinationer, der konkret blev spurgt til i spørgeskemaundersøgelsen. Vaccinationerne var derfor Di-Te-Ki-Pol-Hib 2 og 3, samt Di-Te-Ki-Pol revaccinationen. 94% af børnene til de pågældende undersøgelser, blev vaccineret. Hos næsten alle de børn, der ikke blev vaccineret, var der tale om, at vaccinationen blev udsat på grund af barnets tilstand. Hos et enkelt barn var årsagen, at forældrene ikke ønskede vaccination og hos en mindre gruppe, at de allerede var vaccineret ved anden lejlighed. En enkelt læge anførte at være løbet midlertidigt ud for vaccine og en anden, at man havde glemte at vaccinere barnet, der derfor ville blive indkaldt. Hos én skulle barnets vaccinationsstatus først undersøges pga. hidtidige bopæl i udlandet.

Information

I 9% af tilfældene var lægen involveret i forældrenes beslutning om vaccination.

Retningslinjerne anbefaler at lægen ved 5-undersøgelsen orienterer forældrene om det danske vaccinationsprogram og mulige bivirkninger, samt udleverer en pjece om børnevaccinationer. Vaccination blev diskuteret ved de fleste af de børneundersøgelser, hvor vaccination skulle finde sted (5 måneder, 1 og 5 år), ved halvdelen af 5-undersøgelserne, samt ved en mindre del af de børneundersøgelser, hvortil der ikke hørte vaccination (tabel 35).

Tabel 35. Samtale om vaccination ved børneundersøgelsen

	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år
% af børneundersøgelser, hvor samtale om vaccination indgik	55	85	87	34	27	32	80
% af børneundersøgelser med enebørn, hvor samtale om vaccination indgik	64	88	85	52	26	32	82

Ved børneundersøgelser med enebørn, blev der lidt hyppigere talt om vaccination ved 5-undersøgelsen.

De emner, der hyppigst blev drøftet ved vaccinationerne, var hyppige mindre alvorlige bivirkninger ved vaccinationen, hvilke sygdomme der blev vaccineret mod, samt smerte ved selve vaccinationen (se tabel 36)

Tabel 36. Børnevaccination

	5mdr	12 mdr.	5 år
Emner drøftet ved vaccination (%)			
Hvilke sygdomme der blev vaccineret mod	40	39	68
Risici ved de sygdomme, der vaccineres mod	7	9	11
Hyppige mindre alvorlige bivirkninger ved vaccination	63	63	39
Sjældne alvorlige bivirkninger ved vaccination	5	5	5
Vigtigheden af en høj vaccinationsdækning	3	8	5
Smerte ved selve vaccinationen	35	33	56
Andet	5	7	2

Under ”andet” var typisk nævnt, at der var blevet informeret om de fleste af ovenstående emner ved tidligere lejlighed (én anførte at have uddelt pjece). Det blev også beskrevet at moderen var sundhedsfagligt uddannet og derfor allerede var velinformeret. Derudover blev den forestående MFR vaccination drøftet af flere, samt forløbet og bivirkninger ved tidligere vaccinationer. En enkelt anførte at have informeret om dækningsvarighed og én om efterfølgende ømhed på vaccinationsområdet. Det blev desuden anført af én læge, at sygeplejersken informerede om vaccination.

Forløb af vaccinationen

Lægen gav selv vaccinationen ved 89% af undersøgelserne, mens en sygeplejerske vaccinerede de resterende 11% af børnene. Ved to børneundersøgelser var barnet blevet vaccineret af en laborant. Ved 3-4% af 5 mdr. og 12 mdr. vaccinationerne og 13% af vaccinationerne i 5-årsalderen blev der brugt EMLA creme.

De fleste læger syntes efterfølgende, at vaccinationen var gået særdeles godt (tabel 37)

Tabel 37. Børnevaccination

	5mdr	12 mdr	5 år
Forløb af vaccination (%)			
Særdeles godt	72	60	71
Nogenlunde godt	25	35	21
Hverken særlig godt eller særligt dårligt	3	4	6
Temmelig dårligt	0	1	2
Særdeles dårligt	0	0	0

8 Individuelle interviews med syv praktiserende læger

Følgende kapitel behandler de individuelle interviews, der blev foretaget med alment praktiserende læger. Der blev interviewet syv læger mellem 37 og 62 år, der sad i solo- eller kompagniskabspraksis og havde gjort det mellem tre og 29 år. Heraf var tre kvinder og fire mænd. To af lægerne praktiserede i Jylland, mens resten praktiserede på Sjælland i en række provinsbyer og forstæder hhv. nord og syd for København.

Kapitlet er opbygget på baggrund af de temaer, der fremkom ved analyse af interviewene. Nogle af temaerne følger naturligt de på forhånd fastlagte temaer i interviewguiden, mens andre er udsprunget af de emner, de interviewede læger lagde vægt på.

8.1 Fokus og indhold i børneundersøgelserne

De interviewede læger fokuserede på mange forskellige ting under børneundersøgelserne, afhængigt af barnets alder, deres egne interesser samt emner, som forældrene tog op. Flere eller hovedparten af de interviewede læger kom under interviewene ind på følgende emner, da de blev spurgt om, hvad de fokuserede på, og hvordan de oplevede indholdet af børneundersøgelserne:

Dialog med forældrene og barnet, observation af barnet og dets kontakt til forældrene, en objektiv undersøgelse af barnet og snak om primær forebyggelse. Derudover fortalte nogle om gennemsigtighed i forbindelse med observation og den objektive undersøgelse, samt opfølgning og udfordringer i samme forbindelse. Nogle af lægerne fortalte desuden, hvordan deres fokus under børneundersøgelserne havde udviklet sig i løbet af årene.

Af forhold, der kunne have indflydelse på indholdet og fokus til børneundersøgelserne, fortalte lægerne om arbejdsdelingen i konsultationen, den tid og de rammer der var til rådighed til børneundersøgelserne, Sundhedsstyrelsens retningslinier samt brugen af Barnets Bog.

Det overordnede fokus

Hovedparten af de interviewede læger karakteriserede barnets generelle udvikling som det overordnede hovedfokus ved de forebyggende børneundersøgelserne. Ved de enkelte alderstrin blev der lagt vægt på forskellige elementer i barnets udvikling. Nogle af lægerne nævnte, at de havde en 'skabelon' i baghovedet, der var opbygget på baggrund af Sundhedsstyrelsens retningslinier, deres individuelle interesser og erfaring gennem årene samt arbejdsdelingen i praksis. Denne skabelon lå til grund for hver børneundersøgelse og indeholdt typisk en objektiv undersøgelse samt snak om trivsel, kost og de konkrete problemstillinger, der kunne gøre sig gældende på de enkelte alderstrin. En væsentlig pointe blandt lægerne var, at de, supplerende til skabelonen, havde mulighed for at lægge mere eller mindre vægt på andre emner til børneundersøgelserne, og de kunne desuden udmønte deres forskellige interesser ved f.eks. at vælge selv at lave kontroller i stedet for at henvise til speciallæge. En læge, der havde mange års erfaring sagde:

"...vi kommer jo aldrig ud over, at vi er forskellige i almen praksis, og det er forskellige ting, vi kan. Og vi har muligheden stadigvæk, synes jeg, for alligevel at dyrke de ting vi er gode til. Vi har stadigvæk muligheden for at sende den type patienter til speciallæge og sådan noget. Selvfølgelig skal vi være meget brede. Så

der vil altid være forskel på de her ting, for det er der jo på vores arbejde indenfor alle områderne, og det er der også indenfor børneundersøgelserne.”

De interviewede læger var derudover enige om, at de fleste børneundersøgelser var meget behovs- eller problemorienterede. Der var således ofte stort fokus på de emner, forældrene tog op i forbindelse med den enkelte undersøgelse. Det betød, at den eventuelle skabelon over ting, der skulle gennemgås til undersøgelsen, indimellem trådte i baggrunden til fordel for det dominerende konkrete problem, som f.eks. kunne være eksem, maveproblemer, fodstilling eller andre forhold, som institutionspersonalet havde påpeget ved barnet, herunder adfærdsproblemer. Nogle af lægerne oplevede dette som irriterende, men de fleste læger oplevede det som positivt, idet de fremhævede vigtigheden af, at børneundersøgelserne ikke blev for skematiske og mekaniske, og at det var vigtigt at holde fokus på det enkelte barn frem for at sammenligne. I denne forbindelse sagde en yngre læge:

”Vi vil gerne over for forældrene lægge vægt på, at det der med at måle og veje og sammenligne med gennemsnittet, det er noget vi gerne vil bruge, hvis der er noget, der går skævt. Ellers så er vi som hovedregel ret ligeglade med, om barnet ligger lidt over eller lidt under gennemsnittet. Det er det enkelte barn, det handler om. Og vi skal kigge på barnet.”

Det var da heller ikke alle læger, der havde noget fast program til børneundersøgelserne. Mange tog det mere ad hoc.

Dialog

Dialog under børneundersøgelserne blev beskrevet som vigtigt for at gøre børneundersøgelserne til en positiv oplevelse i en tryk ramme – noget flere læger fremhævede som et af de vigtigste elementer ved børneundersøgelsen. Den trykke ramme blev beskrevet som vigtig i forhold til at skabe tillid til lægen og nødvendig, hvis lægen skulle få indblik i eventuelle psykosociale problemer og barnets psykomotoriske udvikling, idet trykke rammer ville medføre, at barnet opførte sig mere afslappet, og få forældrene til at åbne mere op for emner, der ellers kunne være tabubelagte.

Mange af lægerne spurgte forældrene ind til deres opfattelse af barnets udvikling, ’fordi de jo trods alt er de bedste observatører’. Dermed blev dialogen en indgangsvinkel til af-dækning af barnets helbredsproblemer. En læge beskrev det således:

”... dialogen med forældrene er sådant set ligeså vigtig - eller mere vigtig - end at stetoskopere barnet. Det kan i den forbindelse være fuldstændig ligegyldigt, for som jeg sagde før, det burde vi have afsløret og har formentlig også afsløret for lang tid siden. Og det afslører man så ofte ved at spørge ud til barnets aktivitet. Sidder barnet op langs væggen, når de andre løber? Eller hvordan ter barnet sig? Vil det ikke følge med de andre? Er der noget hæmmet i den fysiske udfoldelse? Så får man selvfølgelig en mistanke dér - nogen gang lettere end ved at stetoskopere barnet. Så oplysningerne er meget vigtige.”

Flere læger oplevede, at selvom forældrene ikke umiddelbart havde konkrete bekymringer i forhold til barnets udvikling, dukkede der ofte noget op, når lægen spurgte ind til det, og den gode dialog blev etableret. De fleste læger lagde op til en snak i begyndelsen af undersøgelsen og fortsatte derefter ind i den eventuelle fysiske undersøgelse, med de ting forældrene havde fortalt in mente.

Dialogen med forældrene var altså både en indgangsvinkel til at gøre børneundersøgelserne til en tryk og positiv oplevelse for børn og forældre, samt en kilde til information om barnets adfærd og formåen i hverdagen.

De fleste læger lagde også vægt på at have en god dialog med barnet ved de sidste børneundersøgelser. En læge beskrev bl.a., hvordan en snak med barnet om indholdet af dets madpakke både var en indgangsvinkel til at få indblik i barnets begrebsverden samt den daglige kost.

Observation

Lægens umiddelbare observationer af barnet havde indflydelse på, hvad de efterfølgende lagde vægt på til undersøgelsen. En læge sagde herom:

”Mange af tingene, som man fanger, er nogle ting, som man næsten ikke tænker over, at man fanger. Man har et barn, der kommer ind, og som bare bevæger sig fuldstændigt normalt. Så begynder man jo ikke at problematisere barnets fysiske formåen. For man kan oplagt se, at det bare er i orden. Og man kan høre, at barnet taler perfekt. Så går man jo heller ikke ind i sprog og hørelse, for man ved jo, at de ting fungerer, for ellers ville barnet jo ikke tale sådan.”

Andre af de interviewede læger havde, ligesom den ovenfor citerede, svært ved at beskrive, hvad de præcist observerede. Kontakten mellem barnet og forælderen samt barnets adfærd i konsultationen var dog noget, stort set alle lægerne lagde vægt på at observere. I forbindelse med observation spillede den enkelte læges erfaring en væsentlig rolle. En læge der havde siddet 28 år i praksis sagde:

”Så der er jo mange, mange signaler, de sender til mig, når jeg bare forstår at kigge efter dem. Så det er jo sådan set det, at man efter mange års erfaring egentlig kan få en mistanke ved bare at kigge på, hvordan foregår samspillet imellem forældre og barn. Så det er vigtigt med den erfaring, som man så efterhånden har fået.”

Observationen ved børneundersøgelserne foregik altså mere eller mindre ubevidst og blev beskrevet som noget, der udvikledes med lægens erfaring.

Objektiv undersøgelse og gennemsigtighed

Nogle af de interviewede læger lagde vægt på altid at gennemføre en objektiv fysisk undersøgelse i forbindelse med en børneundersøgelse, mens andre, efter barnets første leveår, kun gennemførte disse efter behov eller ved konkret mistanke. Især beskrev flere det som svært at gennemføre en fysisk undersøgelse, når barnet var 2 år og ofte meget reserveret. En læge nævnte f.eks., at barnet ikke blev klædt af og undersøgt ved 2-årsundersøgelsen, hvis vedkommende i forvejen kendte barnet godt og vidste, at det ikke fejlede noget.

Både i forbindelse med de objektive undersøgelser og lægens observation fortalte flere læger, at de fik en rigtig god respons fra forældrene, når de fortalte præcist hvad de gjorde og så efter - og hvorfor. Det kunne dog også blive for meget, mente flere, og der var heller ikke altid tid til at fortælle om formålet med hvert enkelt trin i undersøgelsen. En læge sagde:

”...jeg synes, det er en fantastisk god respons, jeg får tilbage, når det er jeg fortæller, hvad det er jeg gør. Og de kan jo heller ikke se forskel på, når du kommer og laver en undersøgelse og siger 'nu kigger jeg inde i øret' og 'nu kommer jeg og tager trykket inde i øret'. 'Hvorfor gør han det?' Men sådan er det jo med mange

ting. Men kan jo også forklare os ihjel selvfølgelig (...) Altså, det kan blive for meget, hvis man hele tiden skal forklare, hvad det er man gør. Og så blev man jo heller aldrig færdig”.

Flere af lægerne mente, at der især var en god gennemsigtighed ved undersøgelserne af de lidt ældre børn, idet lægerne netop spurgte forældrene ind til barnets trivsel og formåen i hverdagen, og deres dagsorden var derfor på ingen måde skjult. Derudover beskrev nogle af de interviewede læger, hvordan de lagde en dagsorden for hver enkelt undersøgelse. Her fortalte de forældrene og barnet, hvad der skulle foregå både af snak om relevante emner på det pågældende udviklingstrin og eventuelle tests. En læge betegnede denne fremlægning af undersøgelsens dagsorden som meget vigtig,

”for ellers så lander vi tit på den der med at lytte på hjerte og lunger og mærke på maven, og det giver ikke noget”.

Primær forebyggelse

De fleste forebyggelsesemner blev taget op, når de var relevante for alderen, eller når der var noget konkret at hænge dem op på, men det var som regel ikke til hver eneste børneundersøgelse.

Forebyggelse af ulykker blev f.eks. typisk taget op ved 1-årsundersøgelsen, idet barnet var begyndt at kravle og lettere kunne komme til skade. En af lægerne talte dog konsekvent ikke om ulykker til børneundersøgelserne:

”Det gjorde jeg i gamle dage, men nu gør jeg det ikke mere. Jeg gør det ikke, fordi det synes jeg, at det gør sundhedsplejersken (...) På et eller andet tidspunkt, der fik jeg det sådan, at nogle af tingene, dem må folk selv søge oplysninger om...”

I den pågældende læges kommune var der udviklet en større mappe, der bl.a. omhandlede ulykkesprofylakse, som sundhedsplejersken delte ud til forældrene.

Flere af lægerne oplevede, at familierne i deres område var meget opmærksomme på f.eks. rygning, og der var ofte ikke behov for forebyggelse på dette område. Derudover var emnet for det meste blevet diskuteret med moderen i forbindelse med graviditeten. Det blev dog taget op til børneundersøgelserne, hvis det forekom relevant, f.eks. i forbindelse med gentagne forkølelsesproblemer eller allergi hos barnet. I denne forbindelse blev der ofte også diskuteret husdyr.

Kost fyldte en del i flere af lægernes børneundersøgelser, men der blev kun talt om overvægt, hvis det var et åbenlyst problem hos familien. Tilfælde af overvægt blev som regel flyttet over i andre forebyggelseskonsultationer. Flere udtrykte en let opgivende holdning overfor behandlingen af overvægt. En læge sagde:

”Overvægt snakker vi da noget om, hvis det er relevant, og vi kan se, at familien er vældig overvægtige, og søskende måske er vældig overvægtige. Der kan vi da ligesom godt prøve - eller der prøver vi da - og det kan du da godt kalde primær forebyggelse - at vi går ind og snakker om, hvad vi kan gøre for at undgå, at den sidstfødte nu ikke også bliver overvægtig, men det er jo også en kamp op ad bakke. Men snakke om det, jo, det gør vi da (...) men jeg bliver tit frustreret og skuffet, hvis f.eks. det er overvægt, vi snakker om”.

Hos en anden læge blev overvægtige patienter eller familier tilbudt kontrolvejning hos sygeplejersken hver anden uge, men dette var ikke relateret specielt til børneundersøgelserne.

I forbindelse med de sidste børneundersøgelser talte flere af de interviewede læger med barnet selv om kost. En læge nævnte, at en af de vigtigste ting ved 5-årsundersøgelsen var at sikre sig, at de gode kostvaner var grundlagt, men at dette i sidste ende var forældrenes ansvar.

Vaccination – hvordan lægerne oplevede og håndterede vaccination

Nogle af de interviewede læger vaccinerede selv i forbindelse med børneundersøgelserne, mens det hos andre var sygeplejersken, der stod for vaccinationen og den evt. medfølgende snak. Derfor var lægen ikke altid vidende om, hvad der blev oplyst om og diskuteret i forbindelse med vaccination.

I langt de fleste tilfælde var forældrene indstillede på, at barnet skulle vaccineres, og lægerne oplevede en høj dækningsgrad.

Mange af lægerne informerede primært om forhold vedrørende vaccinationen, hvis de blev spurgt af forældrene. Spørgsmål fra forældre drejede sig ofte om umiddelbare bivirkninger af vaccinerne, der kunne gøre barnet sygt. Om den almindelige vaccinationspraksis sagde en læge:

”Altså længere informationer omkring vaccinationerne og de enkelte sygdomme som vaccinationerne...det gør man jo ikke....altså det begrænser sig meget til at sige, at det er noget, vi gør for at beskytte børnene mod sygdomme. Men sådan at udpenle det i detaljer, det tror jeg forvirrer mere, end det gavner.”

Alle de interviewede læger fortalte, at de kun ganske sjældent oplevede, at forældrene var i tvivl, om deres børn skulle vaccineres. De fortalte, at de fleste diskussioner havde udspillet sig i begyndelsen af 90'erne omkring MFR-vaccinen, og derefter var det drevet over. Af samme grund oplevede lægerne sjældent, at der var behov for at argumentere særligt meget for, hvorfor børnene skulle vaccineres. Hos de enkelte tvivlende forældre var de interviewede læger dog deres ansvar meget bevidst. F.eks. sagde en læge:

”Der er noget omkring vacciner, som der kan være nogle forældre, der er i tvivl om, og det er i hvert fald et af de steder, hvor vi synes, at der må vi være os vores ansvar bevidst, når vi bliver spurgt af forældrene og gå ind og sige det, vi er ansat til at sige af Sundhedsstyrelsen.”

Alle de interviewede læger tydeliggjorde deres holdning overfor tvivlende forældre og flere argumenterede på forskellige vis for, hvorfor det var vigtigt at få vaccineret børnene. En anden læge fremlagde det således:

”Jeg har hele tiden signaleret, at jeg gik ind for dette her system. Ikke fordi jeg stod som repræsentant for det, men fordi jeg synes sådan og sådan, og jeg har prøvet at passe mæslinge børn, og det skulle de bare vide, at sådan noget skulle vi ikke have igen.”

En anden læge tvivlede på, hvorvidt argumenterne til de tvivlende forældre rent faktisk rykkede noget:

”Hvor jeg så siger, at der i Sundhedsstyrelsen faktisk ligger en undersøgelse, der viser, at antallet af hjerneskader er større, hvis man ikke er vaccineret, end hvis

man er vaccineret osv., ikke? Og et eller andet sted er det jo meget følelser, og det der argument, jeg ved ikke, hvor meget det preller af, det gør det jo nok. Og så siger jeg det, og så siger jeg, at det er jeres valg, men hvis I spørger mig, så synes jeg, at jeres barn skal vaccineres. Og jeg går ikke ind i en stor kampagne-diskussion, det gør jeg altså ikke. Men jeg siger hvorfor, og jeg siger, at jeg synes, at det er vigtigt, at alle i et samfund bliver vaccineret, for at der ikke kommer en epidemi...”

Mange af lægerne oplevede, at let tvivlende forældre godt kunne være modtagelige overfor argumenter, men at de, der allerede havde besluttet sig, sjældent kunne overbevises, som ovenstående citat viser. Derfor gav lægerne klart udtryk for deres holdning, men de fleste forsøgte ikke direkte at presse forældrene til vaccinationen. En læge sagde:

”Altså, hvis det handler om, at man har taget stilling, så er det fint nok, det beslutter forældrene. Og det ansvar tager de på sig så.”

Med hensyn til antal og placering af vaccinationerne var de fleste læger tilfredse. En enkelt nævnte, at 12-års MFR-vaccinen måske kunne flyttes ned sammen med di-te-ki-pol ved 5-årsundersøgelsen.

Derudover nævnte en læge, at vaccinationen ved 5-årsundersøgelsen var medvirkende til, at forældrene mødte op og ved samme lejlighed fik børnene så foretaget en børneundersøgelse.

Opfølgning og udfordringer

Lægerne fortalte, at børneundersøgelserne af og til kunne lede til forskellige former for opfølgning, det være sig henvisninger til speciallæge, kontrolbesøg hos den praktiserende læge eller advisering af de sociale myndigheder. Emner der typisk kunne lede til opfølgning og kontrol var forstyrret/forsinket vækst, over- eller undervægt, skelen, adfærdsforstyrrelser og trivselsproblemer.

Opfølgning hos lægen kunne også være en konsekvens af, at det af en eller anden grund ikke havde været muligt at gennemføre børneundersøgelsen tilfredsstillende, f.eks. fordi barnet ikke ville undersøges, eller hvis en eventuel mellemøbetændelse vanskeliggjorde en retvisende høreprøve. I andre tilfælde blev forældrene bedt om at måle eller veje derhjemme, hvis barnet havde været uvillig til dette hos lægen, og derefter ringe resultaterne ind.

Flere læger nævnte, at det var en svær udfordring, når der skulle følges op på fund af social karakter, men at dette ikke var enestående for børneundersøgelserne. I disse situationer handlede det om at træde varsomt og skabe en alliance med forældrene, i stedet for straks at råbe vagt i gevær. En læge fremlagde det således:

”Og hvis man har en formodning om, at det ikke fungerer, så er det jo et spørgsmål om at inddrage kommunen i en vurdering af barnet. Uden at man på nogen måde skaber en konflikt overfor forældrene. Fordi i de fleste tilfælde er det jo et spørgsmål om, at de skal modtage noget hjælp. Men mange opfatter det som en kritik at blive udsat for, hvis man bliver tilrådet at skulle have hjælp fra kommunen... støtteordninger og sådan noget. Så man skal passe på, hvordan man griber det an, for de kan vælge at fravælge systemet fuldstændigt. Til ulempe for barnet.”

En måde at gribe mindre sociale fund an på var at foreslå forældrene at komme til nogle kontrolbesøg og ekstra samtaler om barnets trivsel. Nogle læger oplevede, at de herigen-

nem havde mulighed for netop at fange nogle ting i opløbet, inden det eventuelt endte med en underretning til kommunen. Gennem kontroller og samtaler kunne de sikre sig, at familien var på rette spor. En læge sagde:

”...jeg synes, at børneundersøgelserne er en god indgangsvinkel til, at man kan få et par ekstra kontakter, indtil man er sikker på barnets udvikling, og at barnets tarv er i orden. Så det bruger jeg det til, og det tager forældrene godt imod. De kommer til kontrollerne.”

Selvom lægerne oplevede, at det kunne være en barriere at handle på sociale fund, var alle de interviewede læger meget bevidste om deres underretningspligt.

Forældrenes forventninger

Flere af de interviewede læger havde ikke noget klart indtryk af, hvilke forventninger forældrene havde, når de mødte op til børneundersøgelserne. Nogle oplevede, at forældrene havde medbragt en lang liste med - primært fysiske - forhold ved barnet, som de forventede at drøfte med lægen, mens andre ikke havde indtryk af, at forældrene havde forberedt noget. Dette var især tilfældet, hvis det en gang imellem var en anden end den sædvanlige forælder, der mødte op, og som derfor ikke vidste, hvordan børneundersøgelsen normalt foregik. En læge nævnte, at vedkommende gennem de første børneundersøgelser havde lært forældrene, at der udover en objektiv undersøgelse af barnet også hørte en snak med til en børneundersøgelse. Lægen sagde:

”... de forventer vel det, jeg giver dem. Og det er det, de kommer til (...) Men der har det været sådan meget tydeligt, at jeg opdrager dem. At der er nogle forventninger, som jeg har lagt i det.”

Lægen mente derfor, at forældrene i høj grad forventede det, der rent faktisk foregik til børneundersøgelsen – hvilket var en snak om, hvordan det gik og en undersøgelse af barnet. Andre af lægerne oplevede ikke, at forældrene forventede eller var forberedt på en generel snak om barnets trivsel, men at de var mere fokuserede på eventuelle problemer med barnets helbred. En læge sagde:

”Altså de forventer jo sygdomme, ikke? Men de forventer ikke, at jeg spørger ind til, ’hvordan leger dit barn med andre børn’.”

Det var ofte tilflyttere eller andre, der endnu ikke kendte lægen så godt, der havde disse forventninger til børneundersøgelsen. De åbnede kun op for en snak, hvis lægen direkte lagde op til det og spurgte ind til barnets generelle velbefindende. Generelt oplevede flere af lægerne, at forældrene forventede, at der blev målt højde og vægt, og at de blev skuffede, hvis ikke barnet blev plottet ind på kurverne.

En af lægerne oplevede, at hvis forældrene mente, der var forhold ved barnet, der skulle handles på, havde de ofte en klar forventning om, hvad lægen i den forbindelse skulle foretage sig. Lægen sagde:

”De er meget sporede ind på, om der er et konkret problem og har som regel svar på forhånd. Og i det fleste tilfælde har de konkretiseret, hvad problemet er. Sådan at de nærmest forventer, at ’problemet er det og det, skal vi videre til en anden undersøgelse’. Sådan vil det typisk være i hvert fald.”

På denne måde kunne en børneundersøgelse ofte komme til at handle primært om forældrenes liste af faktuelle ting omkring barnet og mindre om generel snak om barnets trivsel.

Udvikling i lægernes fokus til børneundersøgelserne

Flere af de interviewede læger talte også om, at der var sket en udvikling i, hvad de fokuserede på under børneundersøgelserne – noget der bl.a. hang sammen med lægernes personlige erfaring. En læge nævnte, at han gennem årene havde øget sit fokus på observation af barnets kontakt til og samspil med forældrene, og at han lagde mere vægt på dialog med forældrene til undersøgelsen frem for kun at kigge på barnet. En anden meget erfaren læge forklarede, hvordan vedkommende i dag, mere end tidligere, fokuserede på barnet som del af en helhed, frem for et isoleret individ:

”...vi går ligesom mere op i egentlig, hvordan trives det her barn i det danske samfund, faktisk. Og vil det kunne udfylde den plads, som det ønsker at udfylde fremover i det liv, som nu er afsat til det barn. Det er nok mere kommet frem igennem årene med udviklingen.”

Ifølge flere af de interviewede læger havde forældrene og forældrenes forventninger også udviklet sig, hvilket påvirkede lægens fokus. En af lægerne oplevede, at nutidens forældre var meget mere fokuserede på deres eget liv og ego, end det tidligere var tilfældet. Vedkommende havde indtryk af, at de mange fritidsaktiviteter, som forældrene i dag gerne ville dyrke, gjorde det svært at opnå en balance i familielivet. Travlheden medvirkede også til, at forældrene i højere grad stillede krav til, at deres barn altid var glad og lykkeligt. Lægens forklarede om den ny type forældre:

”Jeg ser lidt den der med, at de er jo vældig gode til fællesskaber, men de er sørme også meget meget gode til at fastholde deres eget ego. Og det er lidt det, jeg ser, når de kommer ind i familien, og der skal være den her dynamik omkring, at man er en familie, og man så må påtage sig at være vågen et par nætter for at gå med sit barn op og ned ad gulvet, når det har ondt i ørerne. At det er ikke naturligt for dem. Første gang mor vendte sig om, efter jeg havde undersøgt barnet og hun havde fortalt om den der nat, og jeg siger ’Jamen, sådan er det’: Hun så bare på mig og sagde: ’Jamen, hvad med mig?’ Og sådan kan man høre det tydeligt, at forældrene mener, at der skal gøres noget for barnet, men så sandelig også for dem.”

Udviklingen betød for den citerede læge, at indholdet og fokus til børneundersøgelserne ofte kredsede om ovenstående problemstilling, hvor lægen forklarede, at man som forældre måtte indregne og påtage sig bl.a. de lange vågne nætter. Børneundersøgelserne havde for den pågældende således udviklet sig til et forum, der sommetider omhandlede forældrenes problemer mere end barnets.

Arbejdsdeling i konsultationen

Flere af de interviewede læger havde andet sundhedsfagligt personale ansat i praksis. Hvad disse læger fokuserede på ved børneundersøgelserne, var influeret af arbejdsdelingen i praksis, der bl.a. afspejlede den enkelte læges interesse. Nogle havde en sygeplejerske ansat, som i større eller mindre grad var involveret i børneundersøgelserne, bl.a. i forbindelse med vaccinationerne. En læge fortalte:

”Da jeg kom ind for fem år siden, da var det sådan, at børneundersøgelserne foregik inde hos sygeplejerskerne, hvor sygeplejerskerne målte og vejede og klædte børnene af, og så kom den praktiserende læge ind og sådan ”hmm - hmmm” lige lyttede og så gik igen. (ler) Så al råd og vejledning, det var sygeplejerskerne, der gjorde det, stort set. Så det var det.”

Den pågældende læge havde insisteret på selv at varetage undersøgelserne, da vedkommende var interesseret i at se interaktionen mellem barn og forælder, i stedet for at komme ind til et allerede afklædt barn. De andre læger i den pågældende kompagniskabspraksis fortsatte dog som hidtil. En anden læge fortalte, at børneundersøgelserne i vedkommendes praksis altid var en dobbelt-tid, med et kvarter hos lægen og et kvarter hos sundhedsplejersken, der var ansat til formålet. Således tog sundhedsplejersken sig af hovedparten af de forhold, der ikke var strikt lægefaglige, såsom kost, amning, familieproblematikker, hørelse, højde og vægt samt trivsel og vaccination. Derudover opdaterede hun i dagligdagen lægerne omkring forskellige emner, bl.a. anbefalingerne om hvordan spædbørn skal ligge og sove. Argumentet for denne arbejdsdeling blev beskrevet således:

”Vi synes, at hvis vi skal køre det her med børneundersøgelserne over, så synes vi, at vi sikrer kvaliteten ved at det er hende, men sin specialuddannelse, der tager sig af det. Ja. Så det er vigtigt for os, at der er kvalitet i det, der bliver lavet, så det ikke bare skal lyses af.”

I den samme praksis var 4-årsundersøgelsen helt overgået til sundhedsplejersken, bl.a. fordi den kom til at ligne 3- og 5-årsundersøgelsen for meget, og det blev svært at differentiere de tre undersøgelser. Arbejdsdelingen fungerede fint, og den citerede læge fortalte, at også forældrene havde taget godt imod ordningen. Dog havde de kommunalt ansatte sundhedsplejersker været skeptiske, da de frygtede at blive kørt ud på et sidespor i forhold til sundhedsplejersken i lægens praksis.

Lægens fokus ved børneundersøgelserne var altså influeret af, hvilken arbejdsdeling der var i praksis. Arbejdsdelingen beroede bl.a. på lægens egne interesser samt - for den ovenfor citerede læges vedkommende - en vurdering af, hvordan vedkommende kunne levere børneundersøgelser af bedst mulige kvalitet.

Rammer og tid

Andre forhold, der havde indflydelse på, hvad der var i fokus ved børneundersøgelserne, var rammerne, og den tid der var til rådighed. De fleste af de interviewede læger satte mellem et kvarter og ½ time af til en børneundersøgelse, typisk lidt mere til de yngste og til dem, hvor de på forhånd vidste, der var et eller flere problemer, der skulle diskuteres. I og med at mange af børneundersøgelserne blev beskrevet som behovsstyrede, var det for mange af lægerne svært at vurdere, hvor meget tid der skulle sættes af til den enkelte. Flere sagde, at tiden ofte blev overskredet eller at det, de ellers skulle have fokuseret på ved undersøgelsen, trådte i baggrunden, hvis barnet f.eks. havde en infektion eller andet af mere akut art. I disse tilfælde blev der af og til lavet en ekstra tid til selve børneundersøgelsen. Tiden til børneundersøgelserne blev derudover begrænset af de mange papirer, der skulle udfyldes. En læge nævnte, at det kunne være særligt svært at nå at gennemføre de ønskede ting, hvis der var flere børn til stede:

”...det er det, der er problemet, at få nået at sætte alle krydserne det rigtige sted, ved de rigtige børn. Særligt hvis der er to på én gang. Så du skal holde styr på alt det praktiske.”

I forbindelse med at have flere børn på én gang mente en anden læge, at det kun var i orden at gennemføre en børneundersøgelse med to søskende på én gang, hvis ikke der var nogen problemer, der skulle diskuteres med forældrene. I sådanne tilfælde blev de bedt om at komme igen, med et barn ad gangen.

En anden læge nævnte, at vedkommende så vidt muligt ikke lavede børneundersøgelser efter kl. 15-16 om eftermiddagen, da børnene simpelthen var for trætte på dette tidspunkt. En så sen undersøgelse blev beskrevet som værende hæmmende for den gode snak om barnets trivsel, pga. for megen uro og støj.

Derudover nævnte en læge, at de i vedkommendes praksis forsøgte at lade sekretæren sprede børneundersøgelserne ud på dagen, således at lægen ikke endte med at skulle lave mange børneundersøgelser på den samme dag. En eftermiddag med 4-5 undersøgelser blev beskrevet som trættende, fordi de samme ting skulle gentages igen og igen.

Hos flere af de interviewede læger var der indrettet et specielt børne-rum med legetøj, plakater og andet. En læge havde lavet forskellige kasser med forskelligt legetøj til hvert alderstrin, der så blev brugt til bl.a. at tjekke øje-hånd-koordination, syn, koncentration mv. Vedkommende fortalte, at legetøjet gjorde det sjovt for børnene at være til undersøgelse og samtidig hjalp lægen til at vurdere barnets færdigheder.

Sundhedsstyrelsens retningslinier

Brugen af Sundhedsstyrelsens retningslinier til børneundersøgelserne var desuden et forhold, der havde indflydelse på lægens fokus til børneundersøgelserne. Næsten alle de interviewede læger fortalte, at de primært anvendte retningslinierne i forbindelse med uddannelseslægerne i praksis og mindre grad til deres egne børneundersøgelser. En læge sagde:

”Altså jeg bruger dem, når de udkommer. Så kigger jeg dem som regel lige igennem for at se, om der er noget nyt under solen (...) Men ellers, så nej. Jeg har læst dem igennem og ved, hvad de står for. Jeg bruger dem nogen gange som opslagsværk, og jeg bruger dem også, når vi skal have uddannelseslæger, som skal lave børneundersøgelser.”

Citatet repræsenterer næsten alle de interviewede lægers brug af retningslinierne. De fleste mente, at den ’skabelon’ de kørte efter til børneundersøgelserne var udsprunget af retningslinierne, men flere havde ikke læst i dem, siden de blev revideret i 1995. Derfor havde de svært ved at svare på, hvor de eventuelt mente, at retningslinierne kunne trænge til en revidering. Flere nævnte dog, at det var godt, at retningslinierne var der, især i forbindelse med uddannelseslægerne, men også fordi de som praktiserende læger ikke havde tid til at sætte sig ind i, hvad der var vigtigt ved de enkelte alderstrin. En læge mente, at især de læger, som ikke selv havde haft små børn i mange år, kunne have svært ved at huske, hvordan udviklingen hos et 2-årsbarn adskilte sig fra udviklingen hos et 4-årsbarn. Vedkommende gennemgik retningslinierne, når der kom uddannelseslæger, og mente, at de kunne hjælpe til at sørge for, at hver undersøgelse blev relevant:

”Jeg synes, det er godt, der er nogle retningslinier, fordi de gør det lettere for os at differentiere undersøgelserne, så de ikke bare bliver en sludder for en sladder, og det samme vi går ind og siger, for det skal det ikke være.”

På denne måde kunne retningslinierne altså være med til at sikre kvaliteten af børneundersøgelserne, idet de kunne hjælpe til at skelne de enkelte undersøgelser fra hinanden.

Enkelte af de interviewede læger havde forslag til forbedringer af retningslinierne. En nævnte, at der skulle lægges mere vægt på forebyggelse af overvægt. Vedkommende oplevede det som et overvældende problem og mente, at børneundersøgelserne var en god mulighed for at gribe fat i familierne. En anden læge savnede mere udførlige instruktioner til

at tjekke barnets psykomotoriske udvikling, samt hvilke spørgsmål man kunne stille de ældre børn, for at få indblik i deres motorik, f.eks. om de kunne cykle uden støttehjul.

Til sidst foreslog en læge, at retningslinierne kunne opdeles i to: Helt overordnede ting som lægen skulle gennemgå og noget eventuel baggrundslæsning, der lå for sig. Vedkommende sagde:

”Jeg synes, at hvis man skal lave nye retningslinier, så bør det mere være overordnet, men at det så også er dét, der bliver gjort, i stedet for at det er det hele. Og så kan man sige, at resten det er behovsbestemt.”

Lægen mente, at en ’læs-let-udgave’ udgave ville højne kvaliteten af børneundersøgelserne, idet lægen kunne have den relevante side liggende på bordet foran sig ved hver enkelt undersøgelse. Og dermed lettere kunne sikre sig, at de beskrevne ting blev gennemgået.

Barnets Bog

Hvor meget lægerne skrev i Barnets Bog i forbindelse med børneundersøgelserne varierede. De fleste skrev ganske kort en ’blåstempling’ af barnets helbred og udvikling, typisk fin/flink pige/dreng. Herom sagde en læge:

”...så skriver vi ”fin pige”. Det, jeg mener med det, er, at jeg har lavet de for mig og barnet relevante undersøgelser og fundet alt ok. Det er det, der ligger i det.”

Nogle af lægerne skrev lidt mere til forældrene eller ønskede i hvert fald at gøre det, men gav udtryk for, at det var svært at finde tid til det. Nogle fortalte, at f.eks. 5-årsnotatet helt eller delvist blev droppet pga. manglende tid. Indimellem læste de, hvad sundhedsplejersken havde skrevet om barnet i de første år, men mange gjorde det kun, hvis der var et konkret problem, igen pga. manglende tid.

Bogen blev derfor primært set som en service til forældrene og kun sekundært som et egentligt kommunikationsmiddel mellem lægen og sundhedsplejersken, også fordi sundhedsplejersken eller skolelægen i dag kunne nås over mail eller pr. telefon. Lægerne oplevede til gengæld, at forældrene var glade for bogen, og at de kun sjældent glemte den. Lægerne opfattede bogens primære formål som at bekræfte forældrene i, at barnets udviklede sig, som det skulle. Dette blev anset for vigtigt, da mange af lægerne oplevede, at forældrene gik meget op i, at deres barn lå normalt i forhold til de forskellige kurver. Derudover noterede nogle læger i bogen, hvis der var ting, der skulle følges op på næste år, som f. eks. en platfod eller lignende.

Ét forhold, der havde indflydelse på brugen af Barnets Bog, var dens størrelse og udformning. Bogen udarbejdes af kommunerne selv, og to af lægerne nævnte, at bogen i deres kommuner var en større A4 mappe, der desværre bevirkede, at den var besværlig at medbringe, og at kun den side, lægen skulle skrive på, blev medbragt. Dermed havde lægen ikke altid mulighed for at læse eventuelle kommentarer fra sundhedsplejersken, som var opført på en anden side. På denne baggrund blev det anset for vigtigt, at bogen var et lille hæfte, der let kunne medbringes i tasken.

På den anden side efterspurgt flere læger en Barnets Bog med mange flere fortrykte informationer til forældrene – som den i forvejen er i nogle kommuner. Det blev bl.a. foreslået, at den skulle indeholde information om barnets almindelige udvikling, de mest almindelige infektionssygdomme, samt hvordan forældrene skulle forholde sig til disse, herunder hvornår de skulle opsøge læge. Andre emner, der ønskedes dækket, var vækstkurver

som barnet kunne plottes ind på, information om moderermælksstatning og forstoppelse samt en smule om de forskellige sygdomme, der blev vaccineret mod.

Desuden foreslog en læge, at Barnets Bog skulle indeholde information om, hvad der som minimum ville blive gennemgået ved hver enkelt børneundersøgelse. På denne måde ville forældrene bedre kunne følge med i forløbet og under den konkrete konsultation. Lægen sagde:

”Men jeg synes, at det der med en lille information om, ’hvad det egentlig er, han er ude efter, når det er, vi kommer op med vores barn?’ Det tror jeg faktisk, og man kan sige, at hvis Sundhedsstyrelsen går ind og kigger lidt på det, så kan man sige, jamen, hvem sætter vi i fokus? Jamen vi sætter altså familien i fokus. Det er dem, der skal vide, hvad der skal foregå.”

Den citerede læge foreslog desuden, at der i Barnets Bog kunne være et lille skema, hvor lægen kunne skrive udfaldet af de tests, der blev gennemført ved undersøgelsen.

8.2 De enkelte børneundersøgelser

5-ugersundersøgelsen og 5-månedersundersøgelsen

Alle lægerne gennemførte en grundig fysisk undersøgelse af barnet ved 5-ugersundersøgelsen. Mange af lægerne lagde desuden meget vægt på at observere, om der var god kontakt mellem moderen og barnet, og på hvordan forældrene håndterede barnet – også når det f.eks. græd. Herom sagde en læge:

”Så 5-ugeren, det er jo en gennemgang af barnet, og jeg synes, jeg er meget bevidst om at snakke om kontakt. Altså, hvis jeg skal sætte en hoveddiagnose på det, så er det at vise dem, at børn gerne må være kede af det. Og se hvordan de reagerer på det.”

For den citerede læge var 5-ugersundersøgelsen en god mulighed for at opspore eventuelle fødselsdepressioner. En anden læge lagde ved 5-ugersundersøgelsen stor vægt på at tale med moderen om fødselsoplevelsen. Vedkommende oplevede, at det var meget vigtigt, at moderen ’kom af med oplevelsen’, der jo både kunne være god og dårlig. Desuden var erfaringen, at mødre kunne føle sig lidt glemt efter at have været i fokus under hele graviditeten. Først efter snakken med moderen gik lægen videre til at undersøge og rose barnet.

Udover den fysiske undersøgelse, var bl.a. amning, søvn og søskendejalousi i fokus ved 5-ugersundersøgelsen. En læge introducerede desuden børneundersøgelserne og deres formål til forældrene ved 5-ugersundersøgelsen.

Til 5-månedersundersøgelsen gennemførte de interviewede læger ligeledes en grundig fysisk undersøgelse af barnet. Herunder blev der eksempelvis lagt vægt på tjek af hjertet og eventuelle mislyde, palpation af scrotum (mærke om stenene er i pungen hos drengebørne) og at barnet generelt var velnæret og udviklede sig tilfredsstillende motorisk. Hvis sidstnævnte ikke var tilfældet, blev forældrene vejledt i at stimulere denne udvikling.

Et emne der fik specielt opmærksomhed ved 5-månedersundersøgelsen, var desuden kosten, da mange på dette tidspunkt var begyndt at tænke på overgangen fra amning til skemad. Herudover nævnte en læge, at der ved 5-månedersundersøgelsen også blev snakket prævention med moderen.

1-årsundersøgelsen

1-årsundersøgelsen blev af flere af de interviewede læger benyttet til at tale om infektioner, idet mange børn på dette tidspunkt var begyndt i daginstitution og var udsat for øget smittefare.

Også ulykker var et hyppigt forekommende tema, da børnene i denne alder var blevet mere mobile og lettere kunne få fat i f.eks. skarpe genstande eller medicin, samt falde ned ad trapper eller lignende.

Når det kom til den fysiske undersøgelse havde lægerne forskellige holdninger og praksisser. Nogle gennemgik igen barnet fra top til tå og foretog en undersøgelse på lejet. Andre brugte det mere efter behov. En læge sagde:

”Og jeg siger ved 1-årsundersøgelsen, at det er fint, hvis der er nogle specielle ting, men vi behøver ikke at tage tøjet af barnet denne her gang, for nu har vi gjort det to gange, og der er ikke noget specielt fysisk, som jeg ikke burde have fundet med mindre der er noget, der bekymrer dig.”

1-årsundersøgelsen blev også nævnt som en lejlighed til at diskutere den forestående MFR-vaccine med de forældre, der var i tvivl, om deres barn skulle vaccineres. Andre emner var kost og vitaminer, om barnet var begyndt at sove igennem, fravæning fra sutteflaske og pasning af barnet. En læge nævnte desuden, at mange forældre på dette tidspunkt var begyndt at overveje, om de skulle have et barn mere, og at 1-årsundersøgelsen var en god lejlighed til at diskutere dette.

2-årsundersøgelsen

Mange af lægerne oplevede 2-årsundersøgelsen som en udfordring, især hvad angik kontakt til barnet. Flere nævnte, at det 2-årige barn var reserveret, hvilket besværliggjorde en fysisk undersøgelse. Den blev derfor ofte droppet til fordel for afdækning af barnets helbred gennem observation og snak med forældrene. Om dette sagde en læge:

”Og så kommer 2-års. Den er anderledes. Der gider de ikke noget. ’The Terrible Two’. Der gider de ikke gå til lægen, og de vil ikke måles, og de vil ingenting. Og da tager jeg ikke tøjet af dem. Jeg får lige, altså, da hører jeg...ja, ’hvordan synes I hun har det?’ (...) Så kan jeg jo se alt det der og spørge forældrene, hvordan går det med det og det, og kan hun pille ærter op når hun sidder og spiser, og kan hun hoppe og danse og...men der undersøger jeg ikke særligt meget.”

En læge mente, at 2-årsundersøgelsen som sådan var overflødig for de børn der trivedes, men at et godt tillidsforhold mellem lægen og forældrene kunne føre til en god snak om barnets trivsel, hvorigenennem den gode kontakt mellem familien og lægen blev vedligeholdt. Netop den gode snak blev af flere af de interviewede læger anset som meget vigtigt til 2-årsundersøgelsen og desuden afgørende for dens berettigelse. En læge fortalte:

”For nogle år siden tog jeg faktisk på sådan et børneundersøgelserprogram i flere dage, som lægeforeningen har, for at lære at lave 2-årsundersøgelser, som jeg sagde. Og der skete det sådan, at vandene skiltes, for der var nogle, der slet ikke forstod problematikken. De tror, dem der kører det sådan rent fysisk, at de gør det, som de skal.”

Derudover blev emner som søvn, sprogudvikling, hørelse og motorik nævnt som vigtigt fokus i forbindelse med 2-årsundersøgelsen.

3-årsundersøgelsen

3-årsundersøgelsen blev af flere af de interviewede læger gennemført meget behovsorienteret. Det var altså ofte emner, som forældrene tog op, der blev behandlet ved denne lejlighed. Jævnligt blev det til en snak om sociale kompetencer og social kontakt, eftersom de fleste børn på dette tidspunkt var startet i børnehave, eller en snak om overgangen fra børnehave til vuggestue.

En af lægerne nævnte, at modsat ved 2-årsundersøgelsen, blev det nu forventet, at barnet kunne og ville samarbejde, og 3-årsundersøgelsen udmærkede sig ved, at lægen selv kunne få en lille snak med barnet, bl.a. om kost.

Emner som sprog, motorik, søvn og familiens generelle velbefindende blev desuden nævnt i forbindelse med 3-årsundersøgelsen.

4-årsundersøgelsen

Syn, trivsel, motorik og sprog var i fokus ved 4-årsundersøgelserne, der ellers oplevedes som meget lig 3-årsundersøgelserne. At 4-årsundersøgelsen i høj grad var en trivselsundersøgelse, havde ligeledes været begrundelsen for, at de hos en af lægerne havde valgt at flytte hele denne undersøgelse over til sundhedsplejersken, der var ansat i praksis. Herom sagde lægen:

”Vi skal ikke have noget stetoskop op ad lommen ifølge vejledningen til 4-årsundersøgelsen. Der hører noget syn med og trivsel og motorik med, og der blev vi enige om, at det var faktisk bedre at lave et samlet tilbud. Hvor der så er meget mere snak om trivsel og motorik der. Og så er det selvfølgelig også problemorienteret på den måde, at er der det mindste, jamen så kommer der en læge ind også.”

En anden læge lagde desuden specielt vægt på barnets sociale udvikling og kompetencer i børnehavereggi og på, at barnets gerne skulle være glad og åben i konsultationen samt have lidt begrebsverden – ligeledes hovedfokus på trivselsrelaterede forhold.

5-årsundersøgelsen

5-årsundersøgelsen blev af alle de interviewede læger anset som vigtig, bl.a. fordi børnene skulle overgå til skolelæge-/sundhedsplejerskesystemet, og der skulle gøres status på deres helbredstilstand. Den var en anledning til at gå i dybden med nogle emner for at sende børnene videre på en god måde. At mærke efter om stenene var i pungen og tjek af syn, hørelse og renlighed var i fokus. Om 5-årsundersøgelserne sagde en læge:

”...det er sådan set nok dem, jeg synes der er de vigtigste, fordi så kan vi jo risikere, at vi ikke får fulgt op senere hen på udviklingen af barnet med hensyn til, at der jo ikke er så forfærdelig mange skolelæger mere... ikke fordi sundhedsplejerskerne er jo udmærkede, men der er det ligesom om, vi slipper børnene, når de bliver 5 år.”

Flere af lægerne var bekymrede for manglen på skolelæger, og én af de interviewede læger undersøgte for antydninger af skoliose, da vedkommende var bekymret for, om dette overhovedet ville blive opdaget, hvis barnet ikke rutinemæssigt blev undersøgt.

Et emne, flere af lægerne lagde vægt på ved 5-årsundersøgelsen, var barnets kost, og der blev snakket direkte med børnene om, hvad de havde med på madpakken, og om hvilken mad der var hhv. sund og usund. En af lægerne anså de gode kostvaner som det vigtigste ved 5-årsundersøgelsen.

Hos en anden af lægerne blev barnet bedt om at lave en tegning på forhånd og have den med til undersøgelsen. Denne var så udgangspunkt for at komme i kontakt med barnet og afdække nogle af dets kompetencer.

Om barnet rent socialt var modent til at komme i skole, var også i fokus ved 5-årsundersøgelsen hos flere af lægerne. Herunder blev der bl.a. fokuseret på, om barnet kunne finde ud af at have kammerater og tage imod en besked fra en voksen.

8.3 Udbytte af børneundersøgelserne

Overordnet beskrev de interviewede læger hovedudbyttet af børneundersøgelserne som kontakt til familien, tryghed for familien og fund. I denne forbindelse fremkom diskussioner og forskellige holdninger til børneundersøgelserne berettigelse, bl.a. i relation til deres styrker og særlige funktion i forhold til almindelige konsultationer. Et tema under udbyttet af børneundersøgelserne var ligeledes oplevelsen af, hvordan barnets og familierne behov havde udviklet sig gennem årene. Derudover diskuteredes antallet og fordelingen af de nuværende børneundersøgelser, fremmøde samt hvorvidt de med fordel kunne tilbydes en mindre andel af familier med særlige behov.

Kontakt til familien

Hovedparten af de interviewede læger lagde vægt på kontakten til familierne som et meget vigtigt eller det vigtigste udbytte af børneundersøgelserne. Igennem de regelmæssige børneundersøgelser blev der skabt og vedligeholdt et tillidsforhold mellem lægen og familien, der ifølge flere af de interviewede læger bevirkede, at familierne var mere trygge ved at henvende sig, når der opstod problemer, både af fysisk og social karakter. En erfaren læge sagde:

”Jeg mener egentligt, at deres betydning mere er det, at du bevarer en tæt kontakt, og selv har en oplevelse af et forløb, og at forældrene ligesom har en tryk oplevelse af, at hvis der så opstår sygdom i forbindelse med et eller andet, så har du noget at hænge det op på.”

Der blev også lagt stor vægt på, at børneundersøgelserne var en mulighed for at opbygge en god kontakt mellem lægen og barnet selv. Flere læger beskrev det som vigtigt, at lægen ikke kun mødte børnene, når de var syge, men også når de var raske og glade. Derigennem havde lægen mulighed for at danne sig et helhedsindtryk af barnet. Desuden blev det fremhævet som vigtigt, at barnet havde haft nogle gode oplevelser oppe hos lægen:

”Altså, det går begge veje: Dels at jeg ser, hvordan de ser ud, når de har det godt (...) Jeg synes også det er vigtigt, at børnene kender mig som én, der er sød og rar, og det er hyggeligt at komme herved. At det ikke kun er en væmmelig ting jeg gør; at det faktisk også kan være sjovt at være herved.”

Den gode kontakt, der opstod gennem børneundersøgelserne, blev altså beskrevet som noget både den praktiserende læge, familien og barnet selv fik noget ud af. Børn, der var i regelmæssig behandling eller kontrol et andet sted, f.eks. på sygehuset eller hos speciallæge, kom i følge én af de interviewede læger typisk ikke til børneundersøgelser. Derfor opnåede lægen ikke tæt kontakt med disse familier, hvilket blev beskrevet som et savn.

Tryghed

At børneundersøgelserne gav familierne tryghed, nævnte de interviewede læger også som et hovedudbytte. Lægerne oplevede, at forældrene blev afstivet i deres rolle, når de blev bekræftet i, at alt var i orden, og deres barn ikke stak uden for normen. En læge fortalte, at

”de får et slags blåt stempel”, og at dette kunne medvirke til at gøre forældrene mere ’selvkørende’. Nogle af de interviewede læger beskrev også børneundersøgelserne som et godt forum netop at vejlede forældrene i, hvordan de selv kunne tage hånd om deres barn, når der opstod sygdom. En læge sagde herom:

”For jeg tror, at hvis vi har snakket det hele igennem, hvad det er for nogle ting, der er vigtige at lægge mærke til, når dit barn har feber, og de ligesom får trygheden i det, så tror jeg, vi kan afværge meget (...). Så de ved ligesom, hvordan de skal håndtere det, det tror jeg, er vigtigt. Ikke kun samfundsøkonomisk, men også tryghedsmæssigt.”

En anden af de interviewede læger ’underviste’ også forældrene i selv at håndtere bl.a. mindre infektionssygdomme, men oplevede dog, at forældrene på trods heraf henvendte sig med feberbørn i praksis og hos lægevagten. Alligevel informerede lægen fortsat om håndtering af febersygdomme, fordi vedkommende håbede, at det en dag ville lykkes at gøre forældrene i stand til selv at tage hånd om det syge barn. Derudover fortalte flere læger, at børneundersøgelserne også blev brugt til at svare på de spørgsmål, forældrene ofte havde samlet sammen til lejligheden.

Tryghed og bekræftelse var altså noget, som lægerne mente, at forældrene fik ud af børneundersøgelserne. Nogle af lægerne havde desuden oplevet, at de gange, hvor vaccinationsprogrammet var blevet revideret, bl.a. da poliosukkeret var blevet afskaffet, havde forældrene haft svært ved at se, hvorfor de så skulle komme til lægen med barnet. Dette var dog gået over, efterhånden som forældrene havde forstået, at børneundersøgelsen var en anledning til at få foretaget en generel helhedsvurdering af barnets helbred. En læge sagde i forbindelse med afskaffelse af en vaccination:

”Der har nogle givet udtryk for, at ’skal hun ikke vaccineres i dag’, underforstået: ’hvad skal vi her så?’ Og det synes jeg ikke, vi oplever. Der er meget med vaccinationerne de første år, men så har vi jo ikke vaccinationer ved 2, 3, 4 år, og de kommer jo! Og de glemmer det ikke, og det er vel et udtryk for, at de gerne vil det. For der har jeg engang imellem tænkt: Kan det her bære? Og det kan det altså.”

Citatet vidner om, at lægen i øvrigt lagde en del af de vaccinationsfri børneundersøgelser berettigelse i forældrenes fremmøde. Flere af de interviewede læger havde indtryk af, at forældrene var tilfredse med børneundersøgelserne, primært fordi de mødte op. Dette blev desuden af nogle læger set som et udtryk for, at forældrene havde behov for børneundersøgelserne, hvilket var et yderligere argument for deres berettigelse.

Fund

Lægerne beskrev, at de indimellem gjorde fund ved børneundersøgelserne. Det kunne både være fund af fysisk og social karakter, som derefter blev fulgt op enten gennem rådgivning, videre kontroller hos lægen eller henvisning til speciallæge, sygehus eller i sjældne tilfælde socialforvaltning. En af lægerne oplevede fund som et hovedudbytte ved børneundersøgelserne, og havde bl.a. diagnosticeret hjertemislyde hos 3-5-års-børn, netop i forbindelse med børneundersøgelserne.

Hovedparten af de interviewede læger lagde dog ikke vægt på fund som det primære udbytte af børneundersøgelserne, og de oplevede, at der efter 1-årsundersøgelsen forekom relativt få fund. Flere af lægerne mente, at det, der skulle findes, allerede var blevet fundet ved de første børneundersøgelser eller i almindelig konsultation. Derudover mente de, at de fund, der trods alt blev gjort i forbindelse med børneundersøgelserne, sandsynligvis ville være blevet gjort relativt kort tid efter i forbindelse med en almindelig konsultation,

hvis barnet ikke havde været til børneundersøgelse. Flere af lægerne mente selv, at netop de sad i et område med meget velfungerende familier, der stort set altid reagerede og bestilte tid, hvis der var noget galt, og de mente, at dette var en medvirkende årsag til, at der ikke forekom så mange fund:

”Vi sidder i et område med velfungerende familier (...) Derfor kan man selvfølgelig godt i sådan et langt forløb spørge sig selv, hvad det er, vi gør? Hvad vi finder ved dem? Det synes jeg også er interessant, for det spørgsmål har jeg i hvert fald stillet mig selv mange gange. Men mit svar er så, at jeg få en utrolig god kontakt med familierne. - Som jeg så bruger hen ad vejen, når de også bliver større.”

Hvorvidt de relativt få fund, især hos de ældre børn, anfægtede børneundersøgelsesens berettigelse, var der delte meninger om. På den ene side blev der lagt vægt på, at de enkelte fund, der blev gjort, netop var de mange børneundersøgelser værd. En af de interviewede læger kritiserede derudover tendensen til at fokusere på fund og resultater som mål for effektiv udnyttelse af de praktiserende lægers tid:

”Der skal næsten være noget at finde, en sygdom eller et eller andet ved hver eneste konsultation, for at vi udnytter vores tid effektivt nok. Og det er selvfølgelig noget pjat, fordi forebyggelse er jo netop for at komme tingene i forkøbet, inden der overhovedet opstår sygdom”.

På den anden side udtryktes det, at de relativt få fund lægerne oplevede, medvirkede til at udvande børneundersøgelserne hos de ældre børn. En læge sagde:

”...man kan også nogen gange have på fornemmelsen, når man så har lavet en børneundersøgelse, og det er gået rigtig godt, så har det bare været en hyggestund. Og så kan man sige, at hvad var der så her? Der var ikke noget, men det var hyggeligt.”

Flere læger talte om, at det var vigtigt, at de selv sammen med forældrene fandt noget relevant at putte ind i børneundersøgelserne hos de ældre børn. Det kunne være spørgsmål eller forhold omkring barnets trivsel forældrene ville diskutere, eller at lægen spurgte ind til eller fortalte om emner, der svarede til barnets alder og udviklingstrin.

Børneundersøgelsesens særlige funktion sammenlignet med almindelige konsultationer
Hovedparten af de interviewede læger var enige om, at der især efter et-årsalderen forekom relativt få fund i forbindelse med børneundersøgelserne, samt at potentielle fund sandsynligvis ville være blevet gjort inden for kort tid, hvis barnet ikke havde været til børneundersøgelse. Alligevel blev børneundersøgelserne af flere beskrevet som et godt forum til netop at gøre fund, der kunne overses ved de almindelige konsultationer, hvor det kunne være svært at vurdere barnet på andre områder end det akutte. En læge udtrykte forskellen mellem en børneundersøgelse og en almindelig konsultation således:

”Vi er ligesom trænet til at arbejde med, at vi har en eller anden fejl i et apparat her, nu kigger vi på den fejl og prøver at reparere den og så færdig med dét. Med ved børneundersøgelserne, der synes jeg måske nok, at vi er fokuseret på at lede efter nogle specifikke ting og måske afslutte det i en helhed sammen med forældrene...”

Derudover oplevede en læge, at børneundersøgelserne var velegnede til at samle op på de sygdomme eller problemer, der havde været henvendelser omkring siden sidste børneundersøgelse og evt. tage stilling til, hvorvidt der skulle gøres en samlet indsats overfor pro-

blemet. Som eksempel herpå nævntes børn med maveproblemer, f.eks. forstoppelse, og piger med blærebetændelse, der gik og småtissede i bukserne. På samme måde kunne børneundersøgelserne være en anledning til at samle op på evt. brug af medicin. En læge sagde:

”Så er det sådan et godt sted at samle op og sige: ’Det her, hvordan har det været med det, det sidste år’ (...) Så man kan godt sige, at børneundersøgelserne kan også godt, profylaktisk set, have den funktion, at der bliver taget samlet hånd om situationen. I stedet for, at det er sådan nogle små-henvendelser (...) Der kan man sige, at til børneundersøgelsen har vi tid til at sidde ned, og så tager vi fat.”

Herudover blev børneundersøgelserne beskrevet som et positivt input i dagligdagen for lægerne selv. En læge fortalte, hvor fantastisk givtigt det var, når nogle af de råd, der blev givet i forbindelse med børneundersøgelserne, lettede hverdagen for familierne. En anden læge beskrev, hvordan der i løbet af årene var blevet mindre og mindre tid til almindelig snak med patienterne, og i særdeleshed efter den tilkomne sygeplejerske i konsultationen havde overtaget mange af de lettere funktioner. I den forbindelse oplevede vedkommende, at børneundersøgelserne gav mulighed og tid til at snakke med familierne og høre om andre ting end sygdomme og bekymringer. En anden læge var enig, og sagde om børneundersøgelserne i forhold til almindelig konsultation:

”Der er lidt mere tid til også til at snakke om udviklingsforløb. Forældrene kan også være forberedte på at stille nogle spørgsmål omkring andet, end lige netop sådan et akut sygdomstilfælde. Så det plejer at være ligesom en god oplevelse at have en børneundersøgelse. Det giver sådan også et positivt input i dagligdagen. Så det ikke altid handler om sygdomme, ikke? Hvor det handler om også at kunne sige til folk, at det her, det ser ud til, at det kører som det skal.”

Derimod sagde en anden læge om børneundersøgelserne med de velfungerende familier:

”Og jeg synes selvfølgelig, at det har været et luft hul, men jeg bliver også irriteret over det. For der var så meget andet jeg kunne lave”.

Lægen oplevede nogle af børneundersøgelserne som en ineffektiv måde at bruge sin tid. Dette hang sammen med lægens oplevelse af sjældent at finde nogle forhold hos børnene, der påkaldte sig lægelig opmærksomhed. Netop i forbindelse med, at mange af de interviewede læger oplevede relativt få fund til børneundersøgelserne, talte flere om deres oplevelse af udviklingen i børnenes og forældrenes behov for børneundersøgelserne. En læge sagde f.eks. at

”...den lægelige grund til at man lavede børneundersøgelserne fra 50-60 år siden, da børnene var i mistrivsel, den er der jo ikke mere, så vi må jo lægge nogle andre ting i det.”

En anden læge talte om, at hyppigheden af lægebesøg samt kontakt til andre faggrupper, som f.eks. pædagoger, var afgørende for familiernes behov for især de senere børneundersøgelser. Lægen sagde:

”Men når man tænker på, at vi selv har været til børneundersøgelser og aldrig kom til læge - vi kom kun den gang - dér kunne være noget at tale om for lægen. Noget fysisk og se om børnene er i orden. Men der er så mange mennesker, der kigger på børn nu til dags, så jeg føler ikke der er nogen, der går rundt og bliver ’misset’. Der har vi set dét, vi skal se.”

På denne måde mente flere af lægerne, at behovet for børneundersøgelserne rent lægeligt var blevet mindre, eftersom børns trivsel generelt var blevet bedre, fordi de i øvrigt oftere blev set af en læge og fordi institutionspersonalet i dag også holdt øje med børnenes udvikling.

8.4 Antal og fordeling af børneundersøgelserne

Om antallet og fordelingen af børneundersøgelserne var alle de interviewede læger enige om, at det første leveårs undersøgelser var vigtige, lå godt og skulle bibeholdes. Småbørnsundersøgelserne blev betegnet som vigtige i forhold til bl.a. at opspore eventuelle fødselsdepressioner (5-ugersundersøgelsen), tjekke barnet grundigt fysisk og sikre om der var en god kontakt mellem forældre og barn. De interviewede læger var også enige om, at 5-årsundersøgelsen var vigtig at holde fast i, især fordi den indeholdt vaccination og en statusopgørelse, fordi barnet derefter skulle overgå til skolelæge/sundhedsplejerskesystemet.

Når det kom til 2-, 3- og 4-årsundersøgelserne var meningene og argumenterne mere blandede. Nogle af lægerne var godt tilfredse med disse undersøgelser og lagde vægt på samtale med barnet, især om kost, tjek af psykomotorikken samt at orientere børneundersøgelsens indhold efter, hvad forældrene tog op. En af lægerne oplevede 3- og 5-årsundersøgelserne som de vigtigste børneundersøgelser, da vedkommende her var meget opmærksom på at tjekke barnets sociale og funktionelle udvikling. Derudover blev der lagt vægt på vigtigheden af, at eventuelle fund på sanseorganerne blev opdaget og behandlet så hurtigt som muligt, så barnets udvikling ikke blev hæmmet på andre områder.

Andre af de interviewede læger betegnede undersøgelserne hos de ældre børn som 'tynde, lægeligt set' og 'ikke så nødvendige', også med hensyn til fund. En læge sagde:

"Så synes jeg, at når vi kommer længere op og snakker om 3-4-5-årsundersøgelser, så er det jo meget børneundersøgelser, hvor vi kender børnene. De har været her tit pga. febersygdomme, de har også været her med andre ting. Folk bestiller jo meget hurtigt tid hos lægen. Så der kan man sige, at man godt kan sidde med et barn, man måske har set tre gange det samme år og kender lidt til det; så er der ikke så meget kød på børneundersøgelsen."

Hypigheden af almindelige konsultationer og de for lægerne at se relativt få fund syntes ifølge flere af lægerne at være med til at gøre disse undersøgelser indholdsløse. Derudover blev det beskrevet som svært at få kontakt med barnet ved 2-årsundersøgelsen, hvor det naturligt var reserveret overfor fremmede. For nogle af lægerne betød det manglende konkrete indhold dog ikke, at de tre undersøgelser blev unødvendige eller meningsløse: De mente, at undersøgelserne var 'svage', men de var bekymrede for konsekvenserne af at skære dem væk. En læge argumenterede for, at nødvendige fysiske undersøgelser ved akut sygdom samt vaccination ville være et overgreb på barnet, hvis ikke den gode kontakt var blevet skabt gennem børneundersøgelserne. Derudover ville kontinuiteten gå tabt. Andre af de interviewede læger argumenterede for, at en sammenlægning eller afskaffelse af 2-, 3- eller 4-årsundersøgelserne ikke ville have nogen særlige konsekvenser, idet de alligevel ville se barnet ved almindelige konsultationer i perioden. En læge sagde:

"Altså jeg synes altid, at vi har den aftale med forældrene - eller jeg har i hvert fald - at de skal komme, hvis der er noget, de ikke synes fungerer. Og de lader sig ikke binde op af børneundersøgelserne - det gør de altså ikke - og de kommer jo

også i anden anledning, hvor man ligesom har mulighed for at vurdere, om der er noget, der kører skævt her.”

Flere af de interviewede læger var da heller ikke afvisende overfor at gøre nogle af børneundersøgelserne behovsbestemte og således kun tilbyde dem fast til familier, der blev vurderet som havende specielt behov for dem. En af lægerne, der havde siddet 12 år i praksis, mente, at lægen ved afslutningen af første leveårs børneundersøgelser med fordel kunne udvælge, hvilke familier der fast skulle tilbydes de følgende undersøgelser. På denne måde ville der blive skabt plads til at tage hånd om de familier, der havde ekstra behov:

”Men man kan sige, at nu er det også sådan, at man kan vælge eller lade være at komme til børneundersøgelse. Så dem vi gerne vil have fat i, de smutter alligevel. De smuttede måske mindre, hvis man kunne sige ’jeg er specielt glad, hvis du kommer - sådan og sådan’. For det ville give mig mulighed for at prioritere min tid noget bedre, og prioritere mere tid til sådan en konsultation end jeg gør nu, hvor jeg skal sprede dem på alle børnene. Det kunne være jeg kunne komme ned på at skulle lave en tredjedel af de børneundersøgelser, og den tid kunne jeg så bruge på de børn. Nu skal jeg ligesom bruge den sparsomme tid der er på alle.”

Hvorvidt en sådan ordning ville virke tabuiserende og stigmatiserende på de familier, der så blev tilbudt børneundersøgelserne, afviste den citerede læge ikke helt, men vedkommende så det som et spørgsmål om prioritering af ressourcer:

”For mig ville det da ikke være noget tabu at hjælpe folk, der har et problem. Og lade være at hjælpe nogen, der ikke har noget problem. Jeg ser mere på, at vi har begrænsede ressourcer, og vi vil gerne bruge de ressourcer rigtigt.”

Diskussionen tager ligeledes fat på en problemstilling, som flere af de interviewede læger kom ind på: At de der havde mest brug for børneundersøgelserne - tit af sociale årsager, der også ledte til fysiske problemer - ofte også var dem, der slet ikke mødte op. En læge mente, at der var to grupper at forældre, der ikke kom til børneundersøgelse med deres børn:

”Der er dem, der siger: ’Mit barn har det enormt godt herhjemme, det kan lige vente’. Og så er der dem, der bliver væk, fordi de er bekymrede. Dem er der også nogen af. Lav-ressourcefamilier, som vi gerne vil fange.”

Flere af lægerne vurderede dog, at sidstnævnte gruppe ofte blev opfanget i forbindelse med almindelige konsultationer, og at man havde set de fleste af børnene i praksis i løbet af et år, bl.a. i forbindelse med feber. Såfremt familien eller barnet ikke virkede velfungerende i disse sammenhænge, mente flere af lægerne, at det ville blive tjekket, om barnet havde været til børneundersøgelse, og familien ville blive tilbudt en eller flere ekstra konsultationer.

Ingen af de interviewede læger havde indkaldelsesprocedurer i forbindelse med børneundersøgelserne. Både et manglende overvågningssystem men også det etiske aspekt var årsag til dette. En læge sagde:

”Vi har det sådan, at de profylaktiske børneundersøgelser er et tilbud, som folk kan vælge at tage imod eller lade være. Så det synes vi også, at det ville være at bryde ind i folks personlige integritet, hvis vi kommer brasende og siger ’hør, skal vi ikke lige have set på jeres børn’.”

Desuden mente en anden læge, at indkaldelser alligevel ikke ville gøre nogen forskel for fremmødet. En tredje fortalte dog, at hvis familien ikke mødte op til en allerede bestilt børneundersøgelse, ville de blive indkaldt, fordi de så havde vist, at de faktisk gerne ville komme.

Umiddelbart efterspurgte de interviewede læger ikke direkte flere børneundersøgelser. Flere nævnte dog, at manglen på skolelæger kunne afføde et behov for en børneundersøgelse i barnets 6. eller 7. år. En læge sagde:

”Det, vi jo oplever, er, at de børn, der er lettere psykomotorisk retarderede, de bliver typisk opfanget af skolevæsenet (...) Så dem får vi jo egentligt først præsenteret indirekte, ved at de bliver henvist fra skolepsykologer eller klasselærere, som føler, at der er problemer. Og der kunne man måske også have glæde af at have undersøgelser også i 6. og 7. år...”

Udover de nævnte problemer blev trivsel i forbindelse med indskolingen nævnt som et relevant indhold i en sådan undersøgelse.

Adspurgt var mange af de interviewede læger positive overfor at lægge en børneundersøgelse i puberteten, både som supplement til skolelægens udskolingsundersøgelse på 8. eller 9. klassetrin eller som erstatning hvis denne, pga. lægemangel, ikke kunne finde sted. Hertil blev der foreslået emner som seksualitet, pubertet og eventuelle psykiske problemer som depression eller spiseforstyrrelser. Det blev også nævnt, at man kunne tilkoble en børneundersøgelse til MFR-vaccinationen, når barnet er 12 år.

Andre af de interviewede læger mente, at det ikke var nødvendigt med flere børneundersøgelser, da disse i forvejen blot blev aftalt efter behov.

8.5 Den praktiserende læges rolle i forhold til børneundersøgelserne

De interviewede læger havde flere forskellige argumenter for, at netop de skulle varetage børneundersøgelserne frem for andre faggrupper. For det første lagde flere vægt på lægens høje faglighed, som en styrke i forhold til at kunne vurdere børnenes helbred. For det andet blev der argumenteret for, at lægens langvarige kendskab og gode kontakt til familierne havde skabt et tillidsforhold, der bl.a. bevirkede, at familierne var trygge ved at henvende sig og tage svære emner op til diskussion ved børneundersøgelserne. Derudover kunne kendskab til familien være en styrke i forhold til at følge op på eventuelle problemer og håndtere familiernes bekymringer. Til sidst mente nogle af lægerne, at almen praksis som institution var neutral og fungerede som et fristed for familierne (i modsætning til f.eks. daginstitutionerne), mens en anden argumenterede for, at dette ikke kunne tages for givet.

Lægens faglige kompetencer

Flere af de interviewede læger lagde vægt på den objektive undersøgelse af barnet, samt fokus på psykomotorikken som deres faglige kernekompetencer i forhold til at varetage børneundersøgelserne. Dette var bl.a. baggrunden for, at mange ikke mente, at sundhedsplejerskerne skulle overtage børneundersøgelserne, specielt ikke det første år. En læge nævnte desuden, at den praktiserende læge, med sin faglighed, kunne vurdere det enkelte barns udvikling i forhold til barnet selv, frem for at vurdere det i forhold til et gennemsnit. En anden lagde vægt på, at de praktiserende lægers høje faglighed i øvrigt gjorde dem i stand til at vurdere barnet umiddelbart, uden at skulle henvise videre til andre. En læge sagde:

”...jeg tror, den moderne praktiserende læge er jo både fokuseret på det fysiske, men også på det psykomotoriske, ikke også? Og der kan vi det hele (...) Og der har vi jo alligevel den der ballast, at vi kan tillade os at sige ”jamen, det barn fejler ikke noget. Jeg har undersøgt det. Jeg ved, at det ikke fejler noget”. Så ligesom få kombineret det der. Og det synes jeg er en styrke.”

Lægens faglighed gjorde dem altså også i stand til sikkert at be- eller afkræfte eventuelle bekymringer hos forældrene, via deres faglighed.

Lægens kendskab til familien

Udover det rent faglige, blev den praktiserende læges forhold til familierne set som en styrke. På samme måde som kontakten til familierne var et hovedudbytte ved børneundersøgelserne, oplevede de interviewede læger også kontakten og kendskabet til familierne som en af de praktiserende lægers unikke styrker i forhold til at varetage børneundersøgelserne. Gennem den faste kontakt og det langvarige kendskab var der, ifølge lægerne, skabt et tillidsforhold, også for barnet, og et forum, hvor forældrene lettere kunne tage de lidt svære, men vigtige, ting op. En læge sagde:

”Og hvorfor skal det være os? Jamen, det skal det jo, fordi det er jo os, der har den daglige kontakt med børnene, ikke? (...) Også fordi jeg tror, at forældrene har meget tillid til os, som de kender, ikke, og er der ét eller andet som er svært, så tror jeg, det er lettere, at jeg tager fat i det, end at én eller anden fremmed udefra tager fat i det, ikke?”

Den tætte kontakt og det langvarige kendskab blev af flere af lægerne brugt som argument for, at netop denne faggruppe skulle varetage børneundersøgelserne. Både kendskabet i bredden – dvs. til flere familiemedlemmer - og kendskabet i dybden – familiens sociale situation og eventuelle sygdomme - blev anset som væsentlig, idet lægen på denne baggrund kunne danne sig et helhedsindtryk, der bl.a. kunne bruges ved behandling af barnet. En læge sagde:

”... hele det der baggrundskendskab vi som regel har til forældre og børn og familiers sygdomsforløb og symptomer i øvrigt, det kan vi udmønte i den der børneundersøgelse og sige; ’jamen, hvordan går det nu?’ med drengen til hende her moderen, der har epilepsi, og som først opdagede meget sent i graviditeten, at hun faktisk var gravid. Hvordan går det med ham nu her ved 1 eller 2-årsundersøgelsen? Er der tegn på, at han har taget skade af noget? Hvordan går det med det her barn, hvis mor nu, hvor barnet er ½ år, kommer og siger, at hun er begyndt at drikke igen?”

Lægens viden om familiens sygdomme eller problemer fra tidligere, kunne altså øge mulighederne for tidlig opsporing af sygdomme hos barnet eller være anledning til ekstra opmærksomhed på mulige problemer. Også når det kom til problemer af mere social karakter, kunne lægens kendskab til familiehistorien også give bedre mulighed for at forstå og håndtere familierne. En læge fortalte:

”Og det ved vi jo godt, at der er nogle, der har haft oplevelser f.eks. mistet et barn, og det er klart, at de går selvfølgelig hyppigere til læge. Og er mere ængstelige. Og dem, der er udenforstående, de kan jo ikke forstå det, at de kommer ind hver gang deres barn er en lille smule snottet, men hvis man på forhånd ligesom ved, hvad de på forhånd har været ude for af alvorlige ting, så kan du bedre forholde dig til det, ikke?”

En anden læge oplevede, at familiehistorien også kunne være en indgangsvinkel til at tilbyde familier hjælp af forskellige art, noget der var plads til at tage op bl.a. til børneundersøgelserne. Havde lægen f.eks. kendskab til, at den ene eller begge forældre havde haft psykiske problemer tidligere, kunne vedkommende bedre gennemskue, hvad der foregik hos familien, og hvordan de bedst kunne hjælpes. Også den praktiserende læges kendskab til moderen gennem svangerskabsundersøgelserne, gjorde lægen i stand til at følge op på eventuelle problemer i familien. En læge fortalte:

”...vi har haft moderen til graviditetsundersøgelser, og hvis der var noget, følger vi også op på det. Har hun været i tvivl, om hun skulle have det her barn? Har der været skilsmissetanker, har der været et eller andet? Det har vi måske mere styr på end en eller anden, ude-satelit-klinik, der sagde, at nu laver vi alle børneundersøgelserne.”

Citaterne viser, at det også i høj grad var den sociale støtte til familierne, der var i fokus i forhold til børneundersøgelserne, og at den gode kontakt og tillidsforholdet var et argument for, at netop de praktiserende læger skulle varetage børneundersøgelserne, ligesom disse også, som tidligere beskrevet, blev oplevet som et udbytte af børneundersøgelserne.

Almen praksis som institution

Nogle af lægerne lagde også vægt på, at almen praksis som institution kunne være et fristed for familierne, der gjorde det trygkere at henvende sig. Hvor bl.a. sundhedsplejersken af mange familier blev oplevet som en form for kontrol, repræsenterede klinikken ifølge lægerne et mere neutralt sted, hvor familierne kunne få en snak om problemerne med barnet. Flere oplevede, at forældrene henvendte sig eller tog det op til børneundersøgelserne, når institutionspersonalet havde påpeget et eller andet forhold ved deres barn. En af lægerne mente, at forældrene ikke havde den samme irritation overfor lægen, som de f.eks. kunne føle overfor pædagoger eller andet institutionspersonale i hverdagen, fordi de så lægen mere sjældent. Også det, at de praktiserende læger var der 'i lyst og i nød' skabte en tillid, som nogle af lægerne oplevede som vigtig at fastholde. Den ovenfor citerede læge sagde bl.a.:

”Jeg tror, at de fornemmer, at vi har vores tavshedspligt, og at vi lukker inde, og vi kan rumme det. Og så samtidig på et meget menneskeligt plan. Vi er ikke læger på et sygehus. Vi sidder her hele tiden...”

Tilgængeligheden og trygheden ved altid at kunne henvende sig til sin egen praktiserende læge, mente nogle af lægerne altså spillede en rolle. En læge var dog uenig i, at det var den praktiserende læge i sig selv, der medførte et godt tillidsforhold. For det første oplevede vedkommende, at et sådant forhold beroede på, om familien havde haft nogle kriser, som man havde gennemlevet sammen med dem. Derudover mente lægen, at en god og engageret sundhedsplejerske ville kunne opnå et mindst ligeså godt tillidsforhold med familien. Lægen sagde:

”Så det er meget personafhængigt. Man har jo ikke pr. titel lige tillid og det hele. Så for nogen, så ja, der har jeg en særstilling, og for andre så er jeg jo bare her. Og når jeg ikke er her, så er der en anden (...) Men tillid fordi jeg sidder her, det er jeg ikke sikker på. Man skal lave noget arbejde, tror jeg. Nu til dags. I gamle dage da de boede i en hvid villa og kørte rundt i en hvid bil, der havde de sikkert en aura af et eller andet. Det tror jeg, det er væk”

Den citerede læge lagde netop vægt på kendskabet mere end titlen, som afgørende for tillidsforholdet, for *”...en god læge du ikke kender, er jo ikke nogen god læge.”* Kendskabet

var dermed et argument for at den praktiserende læge skulle varetage børneundersøgelsen, samtidig med, at vedligeholdelsen af kontakten og kendskabet af lægerne blev beskrevet som et udbytte.

Lægen i forhold til andre faggrupper

Lægernes faglighed og rolle overfor familierne, kontakten og det langvarige kendskab var alle kompetencer, som lægerne oplevede som en styrke i forhold til deres varetagelse af børneundersøgelserne. Disse var også argumenter for, at de praktiserende læger var bedre egnede end andre faggrupper til at varetage børneundersøgelserne – noget hovedparten af de interviewede læger var enige om. En læge opsummerede det på denne måde:

”For man kan sige, drejede det sig bare om at veje og måle barnet og høre hvad det fik at spise til middag, om det var blevet renlig, jamen så kunne det ligeså godt være et sundhedscenter nede i byen, hvor man gik ind og trak et nummer. Men jeg synes at familiehistorien, forældrehistorien, fortiden sammen med nutiden, det er dét de kan.”

Generelt blev børneundersøgelserne hos lægen og sundhedsplejerskens arbejde set af lægerne som to tilbud, der supplerede hinanden godt, og som gav familierne mulighed for at gå flere steder hen med deres spørgsmål og problemer.

Det var dog ikke alle de interviewede læger, der mente, at alle børneundersøgelserne nødvendigvis skulle varetages af den praktiserende læge. Hos en af de interviewede læger havde man, som tidligere nævnt, ansat en sundhedsplejerske i praksis, der varetog halvdel af hver børneundersøgelse og hele 4-årsundersøgelsen for at sikre kvaliteten.

En anden af lægerne mente, at både 2-, 3- og 4-årsundersøgelserne med fordel kunne varetages af en anden faggruppe, og at børnene så kunne henvises til lægen efter behov. Vedkommende sagde:

”Der tror jeg mere på tanken om, at en sundhedsplejersken kunne overtage 2-3-4. For hun ser jo også børnene som små og kan sige, ’nu har de gennemgået tre eller fire grundige fysiske undersøgelser, nu tager jeg over på de her udviklingsting’. Det ville jeg være tryk ved, hvis det var mit barn. For selv om vi gjorde sådan, så ville det jo ikke være sådan, at forældrene ikke kunne henvende sig hos os og sige ’tror du, at hun har helt ret i det?’”

Den citerede læge argumenterede for, at 2-, 3- og 4-årsundersøgelserne i høj grad var trivselsundersøgelser, som den praktiserende læge ikke nødvendigvis var den bedst egnede til at varetage. Lægen eksemplificerede med overvægtsproblematikken og forklarede, at de praktiserende læger ikke sad med det apparat, der skulle til, for at gribe ordentligt fat i et overvægtproblem. Lægen sagde:

”Når de kommer herved, og vi ser, at de har et vægtproblem, så kan vi jo gribe fat, men der skal nogle støre mekanismer til (...) Jeg påpeger det, og jeg kan gøre dem opmærksom på det, men igen, så ved man godt, hvornår det sker. Og det ved daginstitutionen også, de kender jo også de her børn og ved det fra madpakkerne, hvad er det, der er galt her. For der er nogle, der sidder mere tæt på. Hvor vi igen kunne få dem behovshenvist, hvis det var.”

Citatet viser, den manglende kontakt i det daglige, blev oplevet som en barriere i forhold til både at forebygge og intervenere overfor f.eks. overvægt. Her mente lægen, at institutionspersonalet var bedre rustet til at tage fat og det på et tidligere tidspunkt. At defekter på

sanseorganerne ikke ville blive opdaget, hvis ikke lægen varetog de omtalte børneundersøgelser, var ikke noget, den citerede læge var nervøs for. Vedkommende argumenterede for, at det i forvejen ofte var sygeplejersker, ansat i praksis, der testede sanserne, og at det jo derfor godt kunne være en anden sundhedsfaglig gruppe, der varetog dette.

8.6 Den gode børneundersøgelse

Med udgangspunkt i et spørgsmål fra spørgeskemaet, blev flere af lægerne under interviewet spurgt om, hvad der egentligt var succeskriterierne ved en børneundersøgelse; Hvornår lægen ville betegne en sådan som forløbet godt eller mindre godt. Det var svært for lægerne at beskrive det, men forklaringerne kredsede om oplevelsen og følelsen af, at alle parter havde fået noget ud af det. En læge forklarede således om sin opfattelse af den 'gode' børneundersøgelse:

"...at man får lavet det fornuftigt, og der er plads til dem, og vi lige hygger, men at der også lige er nogle ting, som vi skal snakke om. Og det er derfor, de er her. Og at vi kommer igennem de her ting, sådan at hvis der er noget, der bekymrer dem, at vi får det frem. At jeg kan høre, at det går godt, og jeg har interesseret mig for det, det drejer sig om. At vi så kommer rundt om de fysiske ting, som er relevant for den alder, og jeg signalerer, at det er dét, der er det væsentlige nu (...) Så har vi gjort det, vi skulle, og vi har lavet et stykke arbejde. Set fra mig, og de har også fornemmet det. Og det har kunnet rumme både barn og forælder."

Derudover oplevede den citerede læge det også som positivt og tilfredsstillende, når barnet gennem konsultationen fik øget tillid til lægen, og når det med de ældre børn blev muligt at få en fornuftig snak.

Rummeligheden i børneundersøgelsen og at forældrenes eventuelle bekymringer kom frem og blevet taget seriøst, gik igen i en anden læges udlægning af den 'gode' børneundersøgelse:

"Altså det er en følelse af, at være kommet hele vejen rundt, ikke? Og en følelse af, at forældrene er kommet af med det, de vil af med. At dét jeg har noteret mig, at jeg har bragt det på bane, at vi sammen ligesom har fundet ud af, jamen, I har et sundt og dejligt barn. Eller I har et sundt og dejligt barn, men det ville være rigtig godt, hvis I satte ind med noget mere stimulation. Og ligesom sådan have søgt rundt i alle hjørnerne og konkluderet et eller andet. Tænker jeg. Og ligesom vide med forældrene, at de har fået svar på det, de havde på hjertet, og jeg er kommet af med det, jeg er kommet af med, og det går op i en højere enhed."

For den citerede læge handlede den gode børneundersøgelse altså også om samarbejdet med forældrene under konsultationen samt om selv at få handlet på eventuelle fund evt. i form af gode råd og støtte.

Manglende handling på bekymringer eller fund ved en børneundersøgelse var noget, der af den ovenfor citerede læge blev oplevet som negativt. Det kunne især være svært at intervenere på opdragelsesrelaterede forhold, og lægen karakteriserede en utilfredsstillende børneundersøgelse således:

"Det er måske en fornemmelse af at have observeret noget, og så ikke helt have bragt det helt til dørs, ikke? Et eller andet med hvis der har været...f.eks. en mor der skælder meget ud på sit barn. For den er svær at intervenere på et kvarter, ik-

ke? (...) Jeg prøver at sige til mine uddannelseslæger: 'Hvornår er der en god stemning', ikke? Jamen, hvis du selv synes, der er rart at være. Hvis du synes, der er rart og hyggeligt at være der, så er der nok en god stemning. Hvis det er sådan at man tænker, 'Åhh...puh ha, det er ikke sjovt at være barn derhjemme', så er der et eller andet, man skal reagere på. Og det kan være svært lige at sige, hvad det er, men det tror jeg er rigtig vigtigt."

Det var altså bl.a. lægens egen håndtering af børneundersøgelsen, der i flere tilfælde var afgørende for, om børneundersøgelsen blev oplevet som noget positivt eller noget negativt.

8.7 Sammenfatning

Det, som generelt var hovedfokus ved børneundersøgelserne, var ifølge de interviewede læger barnets generelle udvikling. Mens nogle havde en 'skabelon' i baghovedet, der var formet af egne erfaringer og sundhedsstyrelsens retningslinier, tog andre det mere ad hoc. Der blev desuden lagt vægt på, at hver enkelt læge havde mulighed for at udmønte sine interesser ved at fokusere på bestemte områder eller f.eks. selv lave opfølgning i stedet for at henvise til speciallæge.

Børneundersøgelserne blev af alle de interviewede læger opfattet som meget behovs- og problemorienterede. Også de, der havde en grundskabelon, de gik frem efter, fokuserede ofte på forhold, der relaterede sig til barnets alder, hvad de opfattede som relevant i den givne situation, især hvad forældrene bragte på bane. Ofte oplevede de, at hele undersøgelsen kom til at dreje sig om et konkret dominerende problem, som forældrene ønskede undersøgt og diskuteret. Dette kunne både være fysiske problemer, eller mere adfærdsrelaterede problemer, der typisk var blevet påpeget af institutionspersonale.

Lægerne beskrev desuden dialog med forældrene og barnet som et vigtigt fokus under børneundersøgelserne. Dialogen var især vigtig, da den bidrog til at skabe en tryk ramme i konsultationen og til, at både børn og forældre følte sig tilpas. Dette betød for lægen, at det blev lettere at få et indblik i barnets sociale og psykomotoriske udvikling, samt at få viden fra forældrene om eventuelle problemer vedrørende barnet eller familien som helhed. Nogle læger lagde desuden vægt på at få en dialog med de lidt ældre børn, ofte omkring deres kost.

Observation af barnet var også noget, der ifølge de interviewede var i fokus ved børneundersøgelserne. Det var svært for lægerne at beskrive konkret, hvad de observerede, da det foregik meget ubevidst og desuden var en evne, der udvikledes med erfaringen. Kontakten mellem barnet og moderen var dog et forhold de fremhævede som meget vigtigt i denne sammenhæng.

Det varierede mellem de interviewede læger, om de altid gennemførte en objektiv undersøgelse af barnet. Flere undersøgte ikke barnet afklædt efter det første år, med mindre de havde en konkret mistanke. Mange havde problemer med at gennemføre objektive undersøgelser på de to-årige børn, da de oplevede, at børnene var meget reserverede overfor fremmede.

Lægerne oplevede, at de fik god respons fra forældrene, når de fortalte formålet med og resultatet af de fysiske undersøgelser under konsultationen, men flere mente, at det også kunne blive for meget og tage for lang tid, hvis de skulle uddybe hvert enkelt skridt.

Emner relateret til primær forebyggelse blev som oftest diskuteret, når der var en konkret årsag hertil. F.eks. talte lægerne typisk om ulykker ved 1-årsundersøgelsen, når børnene var begyndt at blive mobile, og om rygning ved gentagne forkølelser eller allergi hos barnet. Mens de fleste talte om kost med de ældre børn, følte nogle sig frustrerede i forhold til forebyggelse af overvægt, da de indtil videre ikke havde haft særlig succes på området.

De interviewede læger oplevede, at langt de fleste forældre ønskede deres børn vaccineret, og at de diskussioner om MFR-vaccinen, der tidligere fyldte en del, ikke længere var fremtrædende. Forældrene ønskede i dag primært information om umiddelbare bivirkninger af vacciner mere end om senfølger.

Overfor de forældre, der var i tvivl om deres børn skulle vaccineres, fortalte de interviewede læger, at de var deres ansvar bevidst og klart gav udtryk for deres holdning om, at alle børn skulle vaccineres. Dog oplevede flere af lægerne at de forældre, der allerede havde taget stilling og ikke ønskede deres børn vaccineret, ikke var modtagelige overfor argumenter, og lægerne pressede dem derfor ikke yderligere.

Hos flere læger tog sygeplejersken sig af vaccination, og lægerne var derfor ikke altid vidende om, hvad der blev informeret om og diskuteret i den forbindelse. Hos én af de interviewede læger tog en ansat sundhedsplejerske sig ikke kun af vaccination, men af alle de emner i børneundersøgelserne der ikke var strikt lægefaglige. Da 4-årsundersøgelsen i denne praksis blev anset for en trivselsundersøgelse, var denne blevet flyttet helt over til sundhedsplejersken og lægen blev således kun tilkaldt når der var særlig grund hertil. Denne ordning var ifølge lægen kommet på plads med det formål at sikre kvaliteten af undersøgelserne, da de anså sundhedsplejersken som bedst til at tage sig af trivselsrelaterede forhold.

Generelt havde de interviewede læger ikke noget klart indtryk af, hvilke forventninger forældrene havde, når de kom til børneundersøgelse. Flere oplevede, at forældrene primært forventede, at de skulle tale om sygdomme, og at de var meget målrettede, når de mente, at der var noget, der skulle tages hånd om. Ifølge lægerne var forældrene mindre forberedt på en generel snak om barnets trivsel. Bl.a. derfor havde en anden af de interviewede læger 'opdraget' familierne til, hvordan børneundersøgelserne skulle forløbe.

Den samme læge oplevede, at børneundersøgelserne ofte kom til at handle netop om forældrene, da de i dag var meget mere fokuserede på deres eget liv, end det tidligere var tilfældet. Lægen havde indtryk af, at forældrene mindre end tidligere var parat til at gå på kompromis med deres ambitioner, og at det derfor var svært for dem at få familielivet til at hænge sammen, især når børnene var syge og vågne hele natten. Børneundersøgelserne kom derfor ofte til at kredse om denne problemstilling, og blev på denne måde ligeså meget et forum centreret omkring forældrene og deres problemer, som et forum der havde fokus på børnene.

De interviewede læger anvendte primært Sundhedsstyrelsens retningslinier for de forebyggende børneundersøgelser til uddannelseslægerne og i mindre grad i forbindelse med deres egne børneundersøgelser. Hovedparten havde ikke kigget i retningslinierne, siden de blev revideret i 1995, og havde derfor svært ved at kommentere dem og komme med forslag til forbedringer.

En læge foreslog, at retningslinierne helt praktisk kunne opdeles i et mere omfattende baggrundskapitel for de interesserede samt en tjekliste til brug under undersøgelserne. Ifølge lægen ville dette højne kvaliteten af undersøgelserne, idet tjeklisten skulle sikre, at de vigtigste forhold blev gennemgået hver gang.

Barnets bog blev af lægerne primært opfattet som en service til forældrene, mere end et kommunikationsmiddel med sundhedsplejersken. Det varierede hvor meget lægerne selv skrev i bogen, og de havde ofte svært ved at finde tid til det. Manglende tid var igen en af årsagerne til, at flere af lægerne primært læste, hvad sundhedsplejersken havde skrevet i bogen, hvis der var et konkret problem. Desuden var bogen i nogle kommuner så stor, at forældrene ofte kun medbragte den side, lægen selv skulle skrive på. Hovedparten af lægerne var tilfredse med systemet og forslag til forbedringer rettede sig primært mod mere information til forældrene i bogen.

Flere af de interviewede læger nævnte, at vedligeholdelsen af en tæt kontakt mellem lægen og familierne var det vigtigste udbytte af børneundersøgelserne. De oplevede, at den tætte kontakt medvirkede til at skabe og bevare et tillidsforhold, der gjorde familierne mere trygge ved at henvende sig med deres problemer. Derudover blev tryghed for forældrene fremhævet som et vigtigt udbytte af børneundersøgelserne. Nogle af lægerne nævnte, at forældrene fik 'det blå stempel' idet de blev bekræftet i, at deres barn var sundt og normalt. Dette gav ifølge lægerne forældrene selvtilid, der gjorde forældrene trygge og i stand til bedre selv at tage hånd om eventuelle mindre problemer som f.eks. febersygdomme.

Hovedparten af lægerne mente, at børneundersøgelsesens berettigelse primært bestod i netop bekræftelsen og tryghedsudbyttet for familien, men andre i tillæg lagde vægt på de fund, der blev gjort. Flere oplevede fundene ved børneundersøgelserne som relativt få, og forklarede selv dette med, at børn i dag generelt var meget sundere end dengang børneundersøgelserne blev oprettet. De mente ikke, at få fund anfægtede børneundersøgelsesens berettigelse og en læge argumenterede for, at børneundersøgelsesens fokus netop var på forebyggelse.

Derudover blev der lagt vægt på, at der til børneundersøgelserne var mere tid og plads til at snakke bl.a. om barnets trivsel som helhed end ved almindelige konsultationer, hvor lægen var fokuseret på et specifikt problem. De fleste af de interviewede læger oplevede personligt børneundersøgelserne som et positivt input i hverdagen.

På samme måde som kontakten og kendskabet til familierne ifølge lægerne var et udbytte af børneundersøgelserne, var det også et af argumenterne for, at netop de praktiserende læger skulle varetage børneundersøgelserne. De interviewede læger argumenterede for, at familierne havde tillid til dem, og at deres langvarige kendskab til familiehistorien bevirkede, at de havde en bedre forståelse og indsigt i familiernes problemer. Desuden mente nogle af lægerne, at almen praksis som institution var et fristed for familierne, og et mere neutralt forum for henvendelser end f.eks. daginstitutionerne. Til sidst argumenterede lægerne for, at de havde en faglig bredde, der spændte over både fysiske og psykomotoriske aspekter, hvilket var en fordel i forhold til andre faggrupper. Enkelte mente dog, at sundhedsplejersken med fordel kunne overtage én eller flere af 2-, 3- og 4-årsundersøgelserne, da disse var mere fokuserede på trivsel.

De fleste af lægerne var umiddelbart tilfredse med antallet og fordelingen af børneundersøgelserne. De var enige om, at de første tre børneundersøgelser var vigtige, især i forhold til at gennemtjekke barnet fysisk samt tjekke kontakten mellem barnet og moderen. Derudover mente de, at 5-årsundersøgelsen var vigtig, da der skulle gøres status, inden barnet skulle videre til skolelægen. (dog nævnte flere, at de ofte ikke havde tid til at lave et grundigt 5-årsnotat).

I forbindelse med de mellemliggende undersøgelser, 2-, 3- og 4-årsundersøgelserne, oplevede flere af de interviewede læger dem som 'svage' og indholdsløse, især hvis de ikke formåede at få en god snak med forældrene. Dette skyldtes både en oplevelse af relativt få fund, en oplevelse af velfungerende familier i optageområdet samt hyppige almindelige konsultationer. Desuden mente en læge, at børnenes kontakt til pædagoger og andet fagpersonale var med til at mindske behovet for børneundersøgelser på børn over et år. Der var delte meninger om, hvorvidt det manglende konkret lægelige indhold burde føre til afskaffelse af disse lægeundersøgelser, og der blev på den ene side argumenteret for vigtigheden af barnets kontinuerlige kontakt til lægen og på den anden side for den rette prioritering af de sparsomme ressourcer. Flere af lægerne var positivt indstillede overfor ekstra børneundersøgelser ved 6-7-årsalderen og i begyndelsen af puberteten, bl.a. set i lyset af situationen med mangel på skolelæger.

Generelt var de interviewede læger glade og positive overfor børneundersøgelserne. De karakteriserede 'den gode børneundersøgelse' som en undersøgelse, der både kunne rumme barnet, den fremmødte forælder og de nødvendige fysiske undersøgelser. Flere anså det desuden som afgørende, at forældrene havde fået svar på deres spørgsmål, at de havde fået en god og åben snak og at de selv havde handlet på de eventuelle fund.

9 Spørgeskemaundersøgelse om forældres erfaringer med 920 børneundersøgelser

I alt 920 forældre beskrev efter en konkret børneundersøgelse deres erfaringer med denne i et spørgeskema.

Enkelte spørgsmål blev også beskrevet i 400 børneundersøgelser i 1979 og i disse tilfælde har vi set på udvikling over disse godt 25 år.

9.1 Forventninger

Forældrenes forventninger er beskrevet ved deres vurdering af hvor nødvendigt det var at komme til børneundersøgelsen, ved deres viden om, hvad børneundersøgelsen ville indeholde og ved deres ønsker til, hvad der skulle indgå i børneundersøgelsen.

Nødvendigheden af at komme til børneundersøgelse

De fleste forældre mente, det var helt nødvendigt at komme til børneundersøgelsen og meget få mente det var unødvendigt at komme (tabel 38).

Forældre til børneundersøgelse hos læger, som kendte familien godt, mente oftere, at det var helt nødvendigt at komme til børneundersøgelse. Forældre til børn, hvor lægen havde beskrevet kendte somatiske, psykiske eller sociale vanskeligheder eller barnet havde været til speciallæge, mente ligeledes oftere, at det var helt nødvendigt at komme. Forældrene, der havde kendt lægen i længere tid mente også oftere, at det var helt nødvendigt at komme.

Sammenlignet med i 1979 var der i dag lidt flere forældre, der mente, det var helt nødvendigt at komme, og lidt færre der mente, det blot kunne være nødvendigt.

Tabel 38. Vurdering af nødvendighed af at komme til børneundersøgelse

Forud for børneundersøgelsen mente forældrene at...	Lægerne i 1979 (%)	Lægerne i 2006/07 (%)
Det var helt nødvendigt	48	73
Det kunne være nødvendigt	44	20
Det var unødvendigt	4	4
Ved ikke/ubesvaret	4	3

Forhåndsviden om børneundersøgelsens indhold

47% af forældrene vidste helt og 47% vidste delvist, hvad der skulle foregå ved børneundersøgelsen. 5% vidste ikke, hvad der skulle foregå. Forældre, der havde kendt lægen i flere år og forældre til børneundersøgelsen hos læger, der angav at kende familien godt, vidste oftere helt, hvad der skulle foregå.

87% af forældrene til 2-5-årige børn havde forberedt barnet på børneundersøgelsen. Næsten alle havde fortalt, at lægen ville måle og veje barnet, og halvdelen at lægen ville tale med barnet. Næsten halvdelen af forældrene havde desuden omtalt, at lægen ville undersøge syn, kigge i ørerne og lytte med stetoskop. Lidt færre havde forberedt barnet på, at lægen ville undersøge hørelse, trykke på maven og i øvrigt tale med barnets forældre. 2% af

forældrene havde forberedt børnene på anden måde, hvoraf de fleste blot havde fortalt barnet, at det skulle til lægen og undersøges. Nogle havde fortalt børnene, at de ikke skulle stikkes, og flere havde fremhævet de gode ting ved at komme til lægen; at der var spændende legetøj og at barnet ville få slik/tyggegummi hos lægen. Flere havde desuden sammen med barnet læst børnebøger omhandlende lægebesøg, og en enkelt havde købt et relevant legesæt til lejligheden. En havde fortalt barnet, at det ikke ville gøre ondt, men havde efterfølgende opdaget at barnet også skulle vaccineres.

Ønsker til børneundersøgelsens indhold

Forældres forventninger til børneundersøgelsen kan bl.a. beskrives ved de elementer, forældrene på forhånd havde tænkt, de gerne ville have til at indgå. Tabel 39 viser hvilke emner, forældrene meget gerne ville have til at indgå i børneundersøgelsen.

Tabel 39. Forventning til børneundersøgelsens indhold

Andel af forældre, der anså nedenstående emner som meget vigtige forud for børneundersøgelsen	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Alle
Mål og vægt af barnet	89	83	88	82	75	77	86	83
Undersøgelse af om barnet hører og ser normalt	71	74	80	85	89	98	97	84
Undersøgelse af om barnet fysisk udvikler sig normalt	97	95	97	94	95	95	95	96
Undersøgelse af om barnet psykisk udvikler sig normalt	70	75	87	85	80	86	85	81
Undersøgelse af om barnet socialt udvikler sig normalt	51	64	73	71	72	78	74	69
Samtale om hvordan familien fungerer	32	29	34	40	29	35	44	35
Samtale om sund levevis (f.eks. mad og motion)	25	34	50	44	37	42	50	40
Samtale om hvordan man undgår ulykker blandt børn	26	28	35	31	20	25	18	26

Næsten alle forældre anså det for meget vigtigt, at barnet blev undersøgt for om det udviklede sig fysisk normalt, mens flertallet også anså det for vigtigt, at barnets hørelse, syn og psykiske udvikling blev undersøgt. Lidt færre anså det for meget vigtigt, at barnets sociale trivsel blev inddraget ved undersøgelserne. Hver fjerde forælder anså samtale om henholdsvis familiens funktion, sund levevis og forebyggelse af ulykker meget vigtig.

Vigtigheden af nogle emner afhang meget af barnets alder. Færre forældre til de yngste børn fandt det f.eks. vigtigt, at barnets hørelse og syn, samt psykiske og sociale funktion blev undersøgt sammenlignet med forældre til børn i 1-5-årsalderen. Dette var også tilfældet for samtale om sund levevis, mens andelen, der fandt det meget vigtig at tale om, hvordan familien fungerer, ikke så ud til at afhænge af barnets alder. Flere forældre med

børn i 1-2-årsalderen anså det for meget vigtigt at tale om forebyggelse af ulykker sammenlignet med de øvrige alderstrin.

3% af forældrene nævnte andre emner ved børneundersøgelsen end dem i tabel 39. Disse var udover specifikke kendte sygdomme eller problemer hos det enkelte barn: Information om børnesygdomme, håndtering af symptomer på sygdom, barnets fremtidige udvikling, dybdegående forklaring af vaccination og opmærksomhed omkring mors sundhed og trivsel. Det blev desuden efterlyst, at lægen spurgte direkte til, om forældrene havde noget at spørge om. Enkelte forældre bemærkede, at det var begrænset, hvad man kunne nå af de emner der kunne afkrydses. Andre anførte, at de principielt set mente, at barnets psykiske og sociale udvikling, samt familietrivsel, sund levevis og forebyggelse af ulykker var vigtige emner, men at de ikke var relevante for den pågældende familie. De var i forvejen informeret, enten via sundhedsplejersken eller fordi de havde erfaringer fra ældre børn.

Andre forventninger til børneundersøgelsen var en snak om allergi, overgangskost og for fleres vedkommende moderens helbred og trivsel. Andre emner, som forældrene gerne ville have til at indgå var motorik, medicinering, renlighed, opdragelse og trodsalder.

Selvom det er barnet, der er til undersøgelse, er forældrenes trivsel naturligvis vigtig for barnet. 8% af forældrene svarede, at de bl.a. kom til børneundersøgelsen for at tale med lægen om egne eller familiens problemer. Forældre til børn, der havde haft kontakt til praksis indenfor den sidste måned, kom hyppigere for at tale om egne eller familiære problemer. Forældre, hvor lægen havde kendskab til tidligere sociale problemer hos forældrene, kom også oftere af denne grund.

Næsten alle oplyste, at de fik talt med lægen om det pågældende problem. To ud af tre fik talt fuldt ud med lægen herom og næsten alle de øvrige talt delvist med lægen. 8% af forældrene, der kom med et problem, fik ikke talt med lægen herom. I 1979 kom 11% af forældrene bl.a. til lægen for at tale om egne eller familiens problemer.

9.2 Planlægning

57% kendte til børneundersøgelser, før de fik børn.

Indkaldelse

3% af forældrene var indkaldt til børneundersøgelsen. 48% af de resterende forældre ville gerne have modtaget et brev om, at det var tid til en børneundersøgelse, 44% ønskede ikke en indkaldelse, mens 8% ikke vidste, om de ønskede at blive indkaldt. Enlige forældre ønskede oftere at blive indkaldt.

Praktiske vanskeligheder

17% af forældrene havde praktiske vanskeligheder med at komme til børneundersøgelsen. Dette var hyppigst som følge af egen arbejdstid (7%) eller vanskeligheder med at få tid hos lægen (7%). En mindre del af forældrene beskrev problemer med pasning af andre børn (2%) og transport frem og tilbage (1%). I kategorien "andre årsager" nævnte enkelte forældre at det var svært at få til at passe med barnets spise eller sovetid, eller at barnet var sygt. Nogle mødre til helt små børn havde desuden fysisk svært ved at klare turen til lægen. Enten fordi de ikke kunne løfte som følge af kejsersnit eller bækkenløsning, eller fordi de havde fået tvillinger og det var svært at klare uden hjælper. Andre havde haft problemer med at komme igennem til lægen og få en tid, samt at parkere i nærheden.

Andel af forældre med praktiske vanskeligheder og årsagerne hertil var nogenlunde som i 1979. Dengang havde 15% praktiske vanskeligheder, f.eks. 9% som følge af egen arbejdstid, 4% som følge af transportproblemer og 3% som følge af pasning af andre børn. Andelen af forældre, der havde vanskeligheder med at få tid hos lægen, er ikke afrapporteret i undersøgelsen fra 1979, formentlig fordi den var meget lille. Denne barriere kan derfor være hyppigere i dag, hvor andelen var 7%.

Årsag til fravalg af børneundersøgelse

5% af forældrene havde på et tidligere tidspunkt undladt at komme til børneundersøgelse med dette eller et andet af deres børn. 3% havde undladt én børneundersøgelse og 2% havde undladt mere end én børneundersøgelse. Det var hyppigst 2, 3 og 4-årsundersøgelserne, der blev fravalgt. Meget få forældre havde fravalgt 5 uger eller 5-årsundersøgelsen.

Forældre uden uddannelse og forældre, der havde kendt lægen i kortere tid fravalgte oftere børneundersøgelser. Årsagen til undladelse var hyppigst at familien glemte at møde op eller at barnet var helt rask. Andre årsager var at barnet var blevet undersøgt af anden læge eller at der var praktiske årsager, som f.eks. at få fri fra arbejde eller transportproblemer. Af andre årsager blev der anført, at barnet for nyligt havde været ved den praktiserende læge og forældrene følte derfor yderligere undersøgelse unødvendig. Én skrev at barnet var sygt og derfor ikke skulle vaccineres og en anden havde udskudt undersøgelsen pga. tvivl om vaccination. Ét barn havde været indlagt på tidspunktet for undersøgelsen og et andet boet i udlandet med familien. Andre nævnte, at familien havde haft for travlt, at de ikke kendte tilbuddet om børneundersøgelserne eller at barnet var bange for lægen og desuden raskt.

9.3 Rammer

Både de fysiske rammer og personalet ved børneundersøgelserne varierede.

Tilfredshed med venteværelse og undersøgelsesrum

De fysiske rammer for børneundersøgelsen kan bl.a. beskrives ved venteværelse og undersøgelsesrum. Tabel 40 beskriver forældrenes tilfredshed med disse lokaler.

Tabel 40. Vurdering af venteværelse og undersøgelsesrum

	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Samlet
Andel af forældre, der oplevede venteværelset som velegnet til deres barn	74	74	85	91	92	94	95	85
Andel af forældre, der oplevede undersøgelsesrummet som velegnet til deres barn	72	74	80	76	83	88	84	79

Næsten alle forældre med børn i alderen 2-5 år oplevede venteværelset som velegnet til deres barn, mens hver fjerde forældre til de helt små børn ikke var tilfredse. Blandt disse savnede næsten halvdelen bøger, legetøj eller blot legetøj, der ikke var gammelt og i stykker. Nogle forældre nævnte specifikt, at de manglede babylegetøj, andre at legetøj til større børn manglede (f.eks. blade eller computer).

Mange forældre manglede desuden en pusleplads. En forælder beskrev, at det ville være rart ikke at skulle skifte barnet på toiletgulvet. Flere manglede tillige et sted at lægge et mindre barn fra sig, mens de tog tøjet af, fandt sygesikringskort frem m.m. Én forælder

nævnte, at venteværelsets stole ikke var så nemme at amme og flere nævnte, at de gerne ville have et sted at amme. En anden foreslog en lille sofa, hvor barnet kunne ligge ved siden af forældrene, mens en del forældre nævnte, at der var for lidt plads i venteværelset.

Hovedparten af forældrene fandt undersøgelsesrummet velegnet til deres barn, mens 12-28% ved de forskellige børneundersøgelser ikke fandt det velegnet. Der var flest utilfredse forældre blandt de helt små børn, samt de 5-årige børn. Oftest manglede forældrene legetøj eller bøger, der kunne aktivere barnet, mens lægen talte med forældrene. Enkelte ville gerne af med de ting, der stod fremme i børnehøjde, som børnene ikke måtte røre ved, og nogle efterlyste at rummet var mere børnevenligt f.eks. med farver på væggen eller en højdemåler med børnemotiver. Nogle af de forældre, der var tilfredse, bemærkede, at de hverken havde brug for pusleplads, legetøj eller børnemøbler, da de jo var kommet for at tale med lægen og blive undersøgt.

Deltagende fagpersoner

Ved de fleste børneundersøgelser var lægen alene med barnet og familien, men ved 10% af undersøgelseerne deltog tillige en sygeplejerske eller sekretær. Ved 3% af undersøgelseerne deltog andre personer, hvilket næsten altid var lægestuderende eller praksisreservelæger.

9.4 Samtaleemner

Der blev hyppigst talt om fysiske undersøgelser, sygdom og sprog. Kost og barnets fysiske leg var andre emner, der ofte var inddraget i samtalen. Mindre hyppige emner ved børneundersøgelserne var følelsesmæssig udvikling, forebyggelse af ulykker og forhold i familien.

Tabel 41 viser samtaleemnerne ved de forskellige børneundersøgelser. Det er ikke alle emner, der er relevante ved alle aldre, og den maximale andel er derfor ikke altid 100%. Ved forhold til søskende er der dog taget højde for dette og andelen er angivet ud af antallet af børn, hvor forældrene har angivet, at der bor andre børn i husstanden.

Tabel 41. Samtaleemner

Andel af børneundersøgelser hvor nedenstående emner indgik	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år
Barnets højde/vægt	99	99	100	98	97	98	100
Syn	39	37	37	42	62	95	89
Hørelse	27	29	48	57	63	75	77
Sygdom	34	40	75	73	62	55	54
Amning	82	61	16	1	0	0	0
Mad	18	77	70	61	49	39	41
Spisevaner	29	41	55	61	48	44	41
Søvn	56	53	36	28	20	15	11
Renlighed	5	2	2	26	55	24	21
Forstoppelse/ andre problemer med afføringen	37	19	10	8	9	7	2
Barnets sprog	6	15	44	85	81	71	55
Barnets følelsesmæssige udvikling	16	16	30	43	35	31	35
Barnets fysisk aktive leg/ motion	10	34	54	74	58	61	62
Barnets leg med andre børn	0	5	20	41	42	41	40
Forhold til søskende (ud af dem der bor med andre børn)	48	49	49	56	53	39	37
Pasning udenfor hjemmet	2	11	48	55	52	36	31
Skolestart	0	0	1	0	0	1	35
Fødselsforløb	48	3	1	0	0	0	1
Opdragelse /forælderrollen	9	4	12	22	11	5	6
Hvordan familien fungerer	35	27	22	25	20	15	19
Rygning i hjemmet	13	6	5	7	2	3	2
De voksnes alkoholvaner	2	0	3	1	0	1	1
Forebyggelse af allergi/astma	10	10	8	9	19	9	6
Vaccination	55	87	91	27	14	13	92
Andet	22	18	21	13	10	17	8
Forebyggelse af ulykker	8	16	22	22	11	6	5
Forebyggelse af vuggedød	23	-	-	-	-	-	-
Børn i trafikken	6	10	2	8	5	10	23
Forældrene blev vejledt i førstehjælp	1	2	1	0	1	0	1
Forældrene blev vejledt i hvad de gør, når barnet er sygt	5	6	7	5	3	4	2

Ved næsten alle undersøgelser blev der talt om barnets højde og vægt. Ved en del, flest efter 1-årsalderen, blev der tillige talt om syn og hørelse. Ca. hver femte forælder fandt det irrelevant at tale om syn og hørelse før 1-årsalderen, herefter fandt få det irrelevant. Sygdom blev diskuteret ved de fleste undersøgelser i 1-3-årsalderen og næsten ingen forældre fandt dette irrelevant.

Amning blev diskuteret ved de fleste 5-ugersundersøgelser og mange af 5-månedersundersøgelserne. Næsten ingen forældre fandt dette irrelevant. Mad var hyppigst samtaleemne ved 5 måneder, 1 og 2-årsundersøgelserne, og et lidt sjældnere emne ved de senere undersøgelser. Henholdsvis 16%, 24% og 30% af forældrene fandt da også

emnet irrelevant ved 3, 4 og 5-årsundersøgelsen. Der blev talt om spisevaner ved knap halvdelen af undersøgelseerne efter 5 ugers alderen, henholdsvis 12%, 20% og 28% af forældrene mente emnet var irrelevant i 3, 4 og 5-årsalderen.

2-årsundersøgelsen var der, hvor flest talte om sprog, men i 4 og 5-årsalderen var det et lidt mindre hyppigt emne. Få forældre fandt dog samtale om barnets sprog irrelevant efter 1-årsalderen. Ved ca. 1/3 af undersøgelseerne fra 1-årsalderen blev talt om barnets følelsesmæssige udvikling. Fra 2-årsalderen var det dog få forældre, der fandt emnet irrelevant.

Ved mange, men ikke alle børneundersøgelser, blev der talt om barnets fysiske leg/motion, samt barnets leg med andre børn. Få forældre fandt dette irrelevant fra 2-årsalderen.

Skolestart blev diskuteret ved hver tredje 5-årsundersøgelse, hver fjerde forældre fandt dette emne irrelevant. Dette kan muligvis forklares med, at barnet først skal i skole året efter.

Halvdelen af forældrene talte med lægen om fødselsforløbet ved 5-ugersundersøgelsen og meget få mente dette emne var irrelevant på dette tidspunkt.

Ved få børneundersøgelser blev der talt om opdragelse/forælderrollen og familiens funktion. Dette kunne kun til dels forklares ved, at en del forældre fandt emnerne irrelevante. Det samme gjaldt samtale om allergi og astma.

16% af forældrene angav andre samtaleemner, herunder emner der relaterede sig til forældrenes helbred og trivsel (faderens sygdom, moderens prævention, nye graviditet, efterfødselsforløb). Flere anførte desuden at have talt om barnets motorik, fodstilling/gang, hjerte, kraniefacon og hudproblemer, herunder eksem. Også kolik hos barnet samt mellemørebetændelse og dræn blev nævnt af flere. Andre emner var rejser med barnet, medicinering af barnet, tænder, feberkræmper, vokseværk, polypper og barnets psykiske velbefindende. Til sidst havde nogle talt om arvelige sygdomme og om forløbet med sundhedsplejersken.

9.5 Udbytte

Udbyttet ved børneundersøgelsen blev beskrevet ved om lægen fandt problemer ved barnet, ved handlinger udført som følge af børneundersøgelsen, ved styrkelse af forældrenes selvtillid, samt ved om forældrene lærte noget nyt ved børneundersøgelsen.

Problemer med barnets helbred eller udvikling

Forældrene beskrev, at lægen fandt problemer med barnets helbred eller udvikling ved 8% af børneundersøgelserne. 50% af disse børn blev henvist til undersøgelse eller behandling andetsteds, 4% blev henvist til sundhedsplejerske og med 30% blev der aftalt kontrol hos egen læge. 11% af børnene, hvor lægen ifølge forældrene fandt problemer, fik en recept med hjem. Blandt børn, der var kommet ofte i praksis, børn, der havde været indlagt på hospital, samt børn hvor lægen tidligere havde registreret somatiske problemer, fandt lægen oftere problemer med helbred eller udvikling

7% af forældrene var bekymrede for, om der var noget helbredsmæssigt i vejen med barnet. Knap hver tredje af disse forældre fik bekræftet deres mistanke, mens godt halvdelen fik mistanken afkræftet. 5% var bekymret for barnets udvikling. Hos 41% af disse børn passede bekymringen til det lægen fandt, mens halvdelen fik deres mistanke afkræftet. I 1979 var det henholdsvis 12% og 3% der var bekymrede for om der var noget helbredsmæssigt i vejen med barnet eller barnets udvikling. Forældre uden for arbejdsmarkedet,

forældre, der angav mindst en alvorlig belastning i husstanden det sidste år, samt forældre til børn, der havde været indlagt på hospitalet, var hyppigere bekymrede for deres børns helbred og udvikling.

Handling efter børneundersøgelse

Ved 18% af børneundersøgelserne foretog lægen ifølge forældrene efterfølgende en handling, hyppigst at henvise barnet til en kontrol hos egen læge eller henvise barnet til behandling/undersøgelse et andet sted. Børn i 2-4-årsalderen blev hyppigst henvist til andre, mens børn i 1-årsalderen hyppigst blev henvist til kontrol hos egen læge. 4% af børnene fik en recept med hjem. De forskellige handlinger er vist i tabel 42.

Tabel 42. Handling efter børneundersøgelse

Andel af børneundersøgelser, hvor nedenstående handling fandt sted	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Samlet
Henvisning til behandling eller undersøgelser af barnet andetsteds	3	5	9	10	12	14	5	8
Aftalt kontrol af barnet hos egen læge	4	7	16	5	5	8	5	7
Recept til barnet	4	4	2	4	5	5	5	4
Aftalt kontakt med sundhedsplejerske	2	3	1	0	1	0	0	1
Mindst én handling blev foretaget	12	16	25	17	21	25	15	18

Selvtillid hos forældre

65% af forældrene var blevet mere rolige for barnets udvikling eller sundhed efter børneundersøgelsen, mens 3% var blevet mere urolige. 12% af forældrene havde fået mere selvtillid med hensyn til forælderrollen, mens under 1% (3 forældre) havde fået mindre selvtillid med hensyn til forælderrollen. Forældre udenfor arbejdsmarkedet, samt forældre med enebørn var oftere blevet mere rolige omkring barnets udvikling og sundhed efter børneundersøgelsen.

Ny viden

Ved 22% af børneundersøgelserne lærte forældrene noget nyt indenfor et eller flere områder (se tabel 43).

Tabel 43. Erhvervet ny viden ved børneundersøgelsen

Andel af børneundersøgelser, hvor forældrene følte de lærte noget nyt	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Samlet
Antal områder med ny viden								
Ingen	71	71	83	79	84	82	83	78
På ét område	18	15	13	10	13	13	11	13
På to områder	4	8	1	7	2	1	5	4
På tre eller flere områder	7	6	3	4	1	5	1	4
Type af ny viden								
Mad og spisevaner	9	13	9	4	6	6	6	8
Motion og fysisk aktiv leg	1	4	1	3	1	4	2	2
Barnets leg og udfoldelse	2	5	2	6	1	2	2	3
Udvikling af barnets færdigheder	7	8	4	9	5	9	5	7
Barnets opdragelse	0	1	2	1	1	3	0	1
Dit eget forhold til barnet	9	3	1	1	1	5	2	3
Rygning	1	0	0	1	0	1	0	1
Alkohol	0	0	0	0	0	1	0	1
Søvn	8	7	1	2	0	2	1	3
Sovestilling	5	2	0	0	0	1	0	2
Forebyggelse af ulykker	1	3	2	5	3	1	1	2
Sikkerhed i trafikken	1	1	0	2	1	1	1	2
Handling ved sygt barn	3	7	4	1	1	2	2	3
Andet	9	1	1	5	1	5	3	4

Hos de helt små børn lærte forældrene især om søvn, mad og spisevaner, samt udvikling af barnets færdigheder og om deres eget forhold til barnet. Forældre til 2-årige børn lærte hyppigst noget om mad og spisevaner, barnets leg og udfoldelse samt forebyggelse af ulykker, mens forældre til de lidt større børn hyppigst lærte om mad og spisevaner, samt udvikling af barnets færdigheder.

De 48 forældre, der have lært andet end de opstillede kategorier for ny viden, have bl.a. lært noget om barnets afføring, amning/mælk til det spæde barn, håndtering af følelser hos 2-årigt barn, forhud og penis på en lille dreng, nattesøvn og vådliggeri, optagelse af D-vitamin, sproglig udvikling/screening ved talepædagog, tegn på sygdom, symptomer på astma, ører og dræn, øvelser til at afhjælpe mavekneb. En del anførte, at de ikke havde lært noget nyt, fordi de i forvejen var bekendt med emnerne i de opstillede kategorier, fordi de havde ældre børn eller via sundhedsplejersken. Nogle forældre havde desuden lært noget nyt om barnets reflekser, beklædning og temperatur, samt hvordan barnets angst for dyr kunne afhjælpes.

Forældre til 5 ugers eller 5-månedersundersøgelse lærte oftere noget nyt. Forældre med enebørn, forældre med børn, der passes hjemme, og forældre der ikke var på arbejdsmarkedet lærte ligeledes oftere noget nyt ved børneundersøgelsen.

I 1979 lærte 18% af forældrene noget nyt ved børneundersøgelsen. 14% havde lært nyt om børns udvikling, 5% om barnets forhold til andre, 5% om sig selv som forældre og 4% om barnets daglige pasning. Andelene, der lærte nyt om de enkelte emner, kan ikke direkte sammenlignes, da spørgsmålsformuleringerne er forskellige.

9.6 Tilfredshed

Børneundersøgelserne er et tilbud til børnefamilierne. Det er vigtigt at vide om familierne er tilfredse med tilbuddet. Tabel 44 viser forældrenes tilfredshed fordelt på typen af børneundersøgelse.

Tabel 44. Forældres tilfredshed med børneundersøgelsen

	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Samlet
Forløb i alt								
Særdeles godt	55	62	61	63	63	66	77	64
Nogenlunde godt	34	27	31	32	31	26	21	29
Hverken særligt god eller særligt dårligt	11	8	9	5	6	8	2	7
Temmelig dårligt	0	2	0	0	0	0	0	<1
Særdeles dårligt	0	1	0	0	0	0	0	<1
Lægens kontakt til barnet								
Fin	85	86	74	71	84	81	89	82
Overvejende god	13	10	21	24	15	18	11	16
Ingen særlig kontakt	3	3	5	5	1	0	1	3
Lægens interesse i at tale med barnet								
Meget interesseret	62	64	61	64	76	74	81	68
Interesseret	33	32	32	33	21	25	19	28
Ikke interesseret	3	3	6	3	2	1	0	3
Lægens interesse i at undersøge barnet								
Meget interesseret	69	73	67	64	75	69	78	71
Interesseret	31	26	32	35	25	31	20	28
Ikke interesseret	0	1	1	0	0	0	2	<1
Lægens kontakt med forældrene								
Fin	79	83	80	91	89	88	90	85
Overvejende god	17	11	16	9	10	12	8	12
Ingen særlig kontakt	4	6	3	0	1	0	2	3
Lægens interesse i at tale med forældrene								
Meget interesseret	61	59	58	64	66	61	63	62
Interesseret	36	36	37	33	31	39	36	35
Ikke interesseret	2	4	3	1	1	0	1	2

64% af forældrene syntes at børneundersøgelsen forløb særdeles godt, mens 29% følte at den forløb nogenlunde godt. 7% af forældrene vurderede at undersøgelsen hverken forløb særlig godt eller særlig dårligt. Forældre til børneundersøgelse hos læger, der havde sat længere tid af, kendte familien godt og havde legetøj til alle tre grupper af børn, syntes oftere at børneundersøgelsen var forløbet særdeles godt. Forældre, der ikke havde haft kon-

takt til praksis den sidste måned og forældre, der ikke havde oplevet alvorlig belastning i husstanden det sidste år, synes ligeledes oftere at undersøgelsen var forløbet særdeles godt.

De fleste forældre syntes, at lægen havde en fin kontakt til både dem og deres barn og at lægen var meget interesseret i at tale med både dem og barnet. 3% af forældrene syntes dog ikke lægen havde nogen særlig kontakt til dem. Stort set alle forældre syntes at lægen var meget interesseret eller interesseret i at undersøge deres barn.

Mødre uden uddannelse og forældre, der havde kendt lægen længe, syntes oftere at lægen havde en fin kontakt og var meget interesseret i at tale med dem som forældre. Forældre til børneundersøgelse hos læger, der kendte familien godt og havde sat længere tid af til børneundersøgelsen syntes, ligeledes oftere at lægen var meget interesseret i at tale med dem og havde en fin kontakt med dem som forældre.

Mødre uden uddannelse og forældre til børneundersøgelse hos læger, der kendte familien rigtig godt, syntes oftere at lægen havde en fin kontakt til barnet og var meget interesseret i at tale med barnet.

Forældrenes vurdering af lægens kontakt til dem og deres barn, samt lægens interesse for dem og deres barn var ikke afhængig af lægens køn, alder eller tid i praksis.

Der er i dag flere forældre, der syntes at lægens kontakt til og interesse for barnet var god, sammenlignet med i 1979. Der var ligeledes lidt flere, der i dag syntes at lægen var interesseret i at tale med forældrene (se tabel 45).

Tabel 45. Forældrenes vurdering af lægens kontakt til og interesse for barnet

	1979	2006/07
Lægens kontakt til barnet (%)		
Fin	63	82
Overvejende god	26	16
Ingen særlig kontakt	10	3
Lægens interesse i at tale med barnet (%)		
Meget interesseret	59	68
Interesseret	33	28
Ikke interesseret	5	3
Lægens interesse i at undersøge barnet (%)		
Meget interesseret	64	71
Interesseret	34	28
Ikke interesseret	2	<1
Lægens interesse i at tale med forældrene (%)		
Meget interesseret	56	62
Interesseret	42	35
Ikke interesseret	3	2

De fleste af forældrene følte, at der var tid nok ved børneundersøgelsen. Men 12% følte efter børneundersøgelsen ikke, at der havde været tid nok og 15% havde enten ubesvarede spørgsmål eller noget de gerne ville have talt med lægen om, som de ikke talte om. Tabel 46 viser disse andele fordelt på de forskellige børneundersøgelser.

Tabel 46. Tid og ubesvarede spørgsmål

	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Samlet
Andel af forældre, der ikke følte at der var tid nok (%)	10	17	10	11	8	13	11	12
Andel af forældre, der havde ubesvarede spørgsmål eller de gerne ville have talt om, som der ikke blev talt om (%)	18	18	15	11	15	14	10	15

5-månedersundersøgelsen var den undersøgelse, hvor flest forældre følte, at tiden ikke slog til. Forældrenes vurdering af, om der var tid nok ved børneundersøgelsen, var ikke afhængig af hvor lang tid, der var sat af til undersøgelsen. Ligeledes havde lægens køn, alder og tid i praksis ikke betydning for forældrenes følelse af om der var tid nok.

Forældre til børneundersøgelser før 1-årsalderen havde hyppigst ubesvarede spørgsmål. Forældre til børneundersøgelse hos yngre læger havde oftere ubesvarede spørgsmål. Forældre til enebørn og mødre med kort eller længere uddannelse havde ligeledes oftere ubesvarede spørgsmål. Lægens køn havde ingen betydning for andelen af forældre med ubesvarede spørgsmål.

Den hyppigste årsag til at forældrene havde ubesvarede spørgsmål var, at de glemte at spørge (8% af alle forældre) eller der var for lidt tid (6% af alle forældre). Meget få forældre angav som årsag, at de ikke følte at spørgsmål var velkomne eller at de var bange for at spørge. Enkelte forældre beskrev, at barnet til børneundersøgelse græd meget eller at deltagende søskende medførte, at der ikke var ro til spørgsmål. Nogle forældre nævnte også som årsag, at de ikke helt vidste, hvad børneundersøgelsen gik ud på og derfor ikke vidste, om det var ok at spørge og bruge tid på f.eks. stress i hverdagen. Én oplevede ikke at have fået ordentligt svar på sit spørgsmål fra lægen, én fik ikke selv spurgt uddybende nok og én ville hellere spørge sundhedsplejersken.

Andre årsager var, at det var svært at spørge, når barnet var til stede og forstod alt, samt at spørgsmålene ikke drejede sig om barnet, men om den voksne. Flere var desuden kommet i tanke om spørgsmål efter at have udfyldt den foregående del af spørgeskemaet og nogle var blevet opmærksom på, at langt flere emner kunne indgå i børneundersøgelsen, der derfor også krævede mere tid.

For en del børn er den praktiserende læge den primære eller eneste kontakt med sundhedsnet. Næsten alle forældre til 3-5-årige børn vurderede, at børneundersøgelsen havde været en god oplevelse for deres barn (se tabel 47). Det gjorde ligeledes flertallet af forældre til de 0-2-årige børn. Man skal være opmærksom på at børnenes oplevelse af børneundersøgelsen kan hænge sammen med, om de er blevet vaccineret (vaccination finder sted ved 5 og 12 måneder samt 5 år), måske særligt i 1-årsalderen, hvor børnene sammenlignet med børn i 5 måneders alderen er meget bevidste, men sammenlignet med 5-årige børn forstår meget lidt af selve vaccinationssituationen.

Tabel 47. Barnets oplevelse af børneundersøgelsen

Barnets oplevelse af børneundersøgelsen (vurderet af forældrene) (%)	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Samlet
Som en god oplevelse	51	65	55	72	93	95	90	72
Som en hverken god eller dårlig oplevelse	33	27	31	21	6	4	8	20
Som en dårlig oplevelse	2	1	9	4	0	1	2	3
Ved ikke	14	7	4	3	1	0	0	5

Ved børneundersøgelser, hvor lægen havde været meget interesseret i at tale med barnet og hvor kontakt med barnet var fin, var der flere forældre, der tillige vurderede, at børneundersøgelsen var en god oplevelse for deres barn. Det samme var tilfældet for børneundersøgelser, hvor forældrene oplevede venteværelse og undersøgelsesrum som velegnet til deres barn.

Forældre til børneundersøgelse hos læger med legetøj til alle aldersgrupper, læger der kendte familien godt og læger i landområder, mente oftere, at børneundersøgelsen havde været en god oplevelse for deres barn. Det samme var tilfældet med forældre, der havde mere end ét barn og forældre, der havde kendt lægen i længere tid.

Pjecer

29% af forældrene kendte Sundhedsstyrelsens pjecer ”Forebyggende børneundersøgelser og vaccinationer” (2004). 85% var tilfredse med denne, <1% var ikke tilfredse, mens 14% ikke vidste, om de var tilfredse.

7% af forældrene modtog pjecer ved børneundersøgelsen og næsten alle mente, at de ville få læst dem. Forældre til læger, der havde afsat længere tid til børneundersøgelsen og til læger i byområder, modtog oftere pjecer.

9.7 Forslag til forbedringer

64% af forældrene følte, at de havde indflydelse på børneundersøgelsens indhold. De fleste af dem, der ikke følte, at de havde indflydelse, var tilfredse med dette, mens 18% af dem godt ville have haft mere indflydelse.

Hvem skal udføre børneundersøgelser?

I alt 46% af forældrene mente at børneundersøgelserne med fordel kunne gennemføres af andre faggrupper. En del af disse forældre mente én bestemt faggruppe kunne tage over, mens andre mente flere forskellige faggrupper var mulige. Tabel 48 viser andelen af forældre, der mente at sundhedsplejersker, børnelæger eller kommunallæger med fordel kunne overtage.

Tabel 48. Faggrupper til børneundersøgelsen

Andel af forældre der mente at nedenstående faggrupper med fordel kunne overtage børneundersøgelserne (%)	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Samlet
Børnelæger	13	20	17	6	3	7	11	12
Kommunallæger	1	1	1	3	6	6	5	3
Sundhedsplejersker	20	9	19	19	12	16	6	15
Sundhedsplejersker eller børnelæger	8	6	9	2	5	7	6	7
Sundhedsplejersker eller kommunallæger	3	4	8	7	8	8	5	6
Sundhedsplejersker eller børnelæger eller kommunallæger	7	8	9	3	7	8	5	7
Børnelæger eller kommunallæger	3	4	3	6	4	5	5	4
Andre	1	1	1	1	1	0	2	1
Ingen	44	47	33	53	54	55	45	46

I alt 34% mente at sundhedsplejerskerne, 31% at børnelæger og 21% at kommunallægerne kunne overtage. 2% foreslog andre helt andre faggrupper som f.eks. fysioterapeut/ergoterapeut (screening af motorisk udvikling), kiropraktor eller i samarbejde med skolelærere og børnehavepædagoger. En del mente, at en praksissygeplejerske, evt. med særlig ekstraudannelse, med fordel kunne varetage børneundersøgelserne. Nogle foreslog desuden, at en sundhedsplejerske og læge kunne udføre børneundersøgelsen i fællesskab, idet sundhedsplejersken blev anset som bedre til at tage sig af familierelaterede og opdragelsesmæssige problematikker.

Forældre uden for arbejdsmarkedet, enlige forældre og forældre med flere børn syntes oftere, at sundhedsplejersken med fordel kunne overtage børneundersøgelsen. Forældre til børneundersøgelse hos læger, der afsatte kortere tid til børneundersøgelser, læger der havde været få år i praksis, samt læger, der kendte familien mindre godt, syntes ligeledes oftere at sundhedsplejersker med fordel kunne overtage børneundersøgelsen.

Forældre til børn, der tidligere havde haft psykiske eller sociale problemer, forældre til børn, der havde været indlagt på hospital og børn der var født for tidligt, mente oftere børnelæger med fordel kunne overtage. Forældre til børneundersøgelse hos læger, der havde været få år i praksis, samt havde få børn i praksis mente oftere at børnelæger med fordel kunne overtage.

Forældre til børn, der tidligere havde haft psykiske eller sociale problemer, samt forældre med skolebørn i husstanden, mente oftere at kommunallæger med fordel kunne overtage. Forældre til børneundersøgelse hos ældre læger, læger med få børn i praksis og læger der afsatte kortere tid af til børneundersøgelse syntes oftere at kommunallæger med fordel kunne overtage.

Hvorvidt forældrene mente, at børneundersøgelsen kunne overtages af en anden faggruppe og i så fald hvilken faggruppe, afhang af hvilken børneundersøgelse, de netop havde været til. Tabel 49 viser variationen i andel af forældre, der mente henholdsvis sundhedsplejersker, børnelæger og kommunallæger kunne overtage.

Tabel 49. Andre faggrupper

Andel af forældre der mente at nedenstående faggrupper med fordel kunne overtage, fordelt på type af børneundersøgelse (%)	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år	Samlet
Sundhedsplejersker	38	27	46	32	32	38	22	34
Speciallæger i børns sygdomme	32	39	39	18	20	28	27	31
Kommunallæger (tidl. "skolelæge")	16	17	22	20	25	27	20	21
Andre	2	3	7	9	5	2	3	2

Der var flere forældre til 1-årsundersøgelsen, der mente at sundhedsplejersken kunne overtage, mens færre forældre til 5-årsundersøgelse mente, at sundhedsplejersken kunne overtage. Flere forældre til børneundersøgelse op til og med 1-årsalderen mente at speciallæger i børns sygdomme kunne overtage, mens færre forældre til 2 og 3-årsundersøgelse mente de med fordel kunne overtage. Færrest forældre til 5 ugers og 5-månedersundersøgelse og flest til 3 og 4-årsundersøgelse mente, at kommunallæger med fordel kunne overtage.

Antal børneundersøgelser

87% af forældrene syntes at syv var et passende antal børneundersøgelser og næsten alle fandt de valgte alderstrin relevante. En enkelt forælder foreslog dog, at 5-ugersundersøgelsen blev flyttet til 10 uger, da 5-ugersundersøgelsen faldt sammen med sundhedsplejerskebesøg.

7% syntes der var for få børneundersøgelser og knap 1% at der var for mange. 5% vidste ikke, hvad de syntes om antallet. Blandt de 7% af forældrene der syntes, at der var for få børneundersøgelser, savnede flest forældre undersøgelser i 6-7-årsalderen eller 8-12-årsalderen, en del savnede undersøgelser i 0-1-årsalderen eller 2-3-årsalderen og færrest savnede flere undersøgelser i 4-5-årsalderen eller efter 12-årsalderen. De fleste af de forældre, der syntes der var for få undersøgelser, manglede 1-2 ekstra undersøgelser, mens et mindre antal forældre ønskede 3-5 ekstra undersøgelser. Blandt de få forældre (7 i alt) der mente at der var for mange undersøgelser, var der flest der mente at 2-årsundersøgelsen kunne undværes og ingen der mente at 5-årsundersøgelsen kunne undværes.

8% af forældrene beskrev i spørgeskemaet netop deres forslag til ændring af det nuværende antal og alderstrin for børneundersøgelser. Det blev foreslået, at der skulle indføres en 6-årsundersøgelse, hvor man kunne få en snak om skolemodenhed og skolestart, motion og barnets psykiske helbred. Det blev også i denne forbindelse nævnt, at de børn, der ventede et år med at starte i skolen, også skulle tilbydes en undersøgelse, da de ikke kom til kommunallægen. Også i alderen mellem 5 og 14 år blev der givet udtryk for ønske om flere børneundersøgelser. For nogles vedkommende bundede dette i manglen på kommunallæger, samt at forældrene ikke havde god kontakt med den eventuelle kommunallæge vedrørende tilbagemelding på undersøgelsen. Den praktiserende læges kendskab til barnet blev også nævnt som en grund til, at denne skulle varetage undersøgelser i skolealderen.

Andre anførte, at der var for langt mellem 5-månedersundersøgelsen og 1-årsundersøgelsen og foreslog derfor en undersøgelse ved 9 måneder. Enkelte ønskede en ekstra ved 18 måneder og enkelte ønskede, at der var børneundersøgelser hvert halve år. Enkelte efterlyste desuden en speciel børneundersøgelse til adoptivbørn ved ankomsten, hvor også forældrene kunne blive sat ind i vaccinationsprogrammet og programmet for børneundersøgelserne, herunder få udleveret en Barnets Bog.

Det blev også foreslået at afskaffe nogle af børneundersøgelserne og f.eks. kun have børneundersøgelserne hvert andet år. Argumentet var her hovedsageligt, at mange børn kom meget ofte til lægen i forbindelse med infektioner og blev undersøgt ved disse lejligheder, hvilket gjorde nogle af børneundersøgelserne overflødige. Desuden blev der argumenteret med, at man altid kunne bestille en tid, hvis man vurderede, at der var brug for det. Af samme årsag mente nogle, at der kun skulle være børneundersøgelser, når barnet alligevel skulle til lægen og vaccineres. Flere anså 5-ugersundersøgelsen for overflødig, fordi sundhedsplejersken var meget tilstede på dette tidspunkt. Andre anførte at nødvendigheden af denne samt 5-månedersundersøgelsen netop var afhængige af, hvordan sundhedsplejerskesystemet fungerede i den enkelte kommune og familie.

Til sidst anførte nogle at de ikke kendte det nuværende antal og placering af børneundersøgelserne og ønskede mere klar information herom. Også information fra sygehuset om 5 dages undersøgelsen blev efterlyst, da flere først havde hørt om dette tilbud ved 5-ugersundersøgelsen.

Barnets Bog

75% af forældrene medbragte Barnets Bog til børneundersøgelsen. Forældre, der havde kendt lægen i kortere tid, samt enlige forældre og forældre med kun ét barn havde oftere ikke Barnets Bog med. Ved 6% af de undersøgelser, hvor forældrene havde medbragt Barnets Bog skrev lægen ikke i den. Ved børneundersøgelser, hvor lægen havde sat kortere tid af, skrev lægen oftere ikke i Barnets Bog. Godt to tredjedele af de øvrige forældre var tilfredse med det lægen skrev, mens knap hver fjerde gerne ville have haft at der stod noget mere. Meget få forældre havde angivet, at de ikke forstod det lægen havde skrevet. 1% af forældrene angav andre årsager til ikke at være tilfredse med det lægen skrev, hyppigst kunne forældre ikke eller kun delvist læse, hvad lægen havde skrevet. Forældre til børneundersøgelse hos læger de havde kendt i længere tid eller forældre til børneundersøgelser, hvor der var afsat længere tid, var oftere tilfredse med det lægen skrev.

9.8 Børnevaccination

438 af børnene til børneundersøgelserne blev vaccineret. Det drejede sig om 5 måneders, 1-års og 5-årsvaccinationen, samt for enkelte børn om 3 måneders og 15 måneders vaccinationen, selvom disse normalt ikke falder sammen med en børneundersøgelse. Vi spurgte forældrene om deres erfaringer fra vaccinationen.

Information

45% af forældrene havde søgt eller fået information om vaccination inden de kom til børnevaccinationen. Informationen kom hyppigst fra Barnets Bog/vaccinationskort, egen læge, bøger/pjecer eller sundhedsplejersken. Forældre med lav uddannelse havde sjældnere søgt eller fået information, mens forældre til enebørn oftere havde det. Forældre til børn, der havde været i praksis i løbet af den sidste måned og forældre til børneundersøgelse i byområder, havde tillige oftere søgt eller fået information om vaccination.

Tabel 50 viser forældrenes informationskilder.

Tabel 50. Kilder til information om vaccination inden børneundersøgelse med vaccination

Andel af forældre der havde søgt eller fået information fra nedenstående kilder (%)	
Egen læge	16
Barnets Bog eller vaccinationskort	29
Sundhedsplejerske	11
Mødregruppe	13
Familie	5
Venner	6
Bøger eller pjecer	6
TV/Aviser	1
Internet	7
Andet	3

5% af forældrene, der var til vaccination med barnet, havde været i tvivl, om de skulle lade deres barn vaccinere. De fleste begrundede usikkerheden med, at de havde hørt at børn kunne blive alvorligt syge af vaccinationen og at de manglede information om vaccinationen og eventuelle langsigtede, ukendte bivirkninger. En følte det provokerende at skulle sprøjte sygdom ind i et raskt barn og en var i tvivl om børnesygdomme muligvis var gavnende.

De fleste usikre forældre nævnte som medvirkende årsag til, at de valgte vaccination at det anbefales af Sundhedsstyrelsen, deres læges holdning og information, samt en generel tryghed ved lægen. Andre årsager anført af forældrene var, at de ikke kunne overskue at lade være, fordi det ikke var noget godt alternativ og at barnet alligevel var startet på vaccinationsprogrammet, så man kunne lige så godt fortsætte.

30% af forældrene havde modtaget information om vaccination på selve vaccinationsdagen. Tabel 51 viser andelen af alle forældre, der på dagen for vaccination blev informeret om forskellige emner.

Tabel 51. Type af information på dagen for vaccination

Andel af forældre der fik information om følgende emner	%
Hyppige mindre alvorlige bivirkninger	19
Sjældne, alvorlige bivirkninger ved vaccinationen	5
Alvorligheden af de sygdomme, der vaccineres imod	8
Vigtigheden af at alle børn vaccineres for at udrydde sygdomme	6
Den praktiske gennemførelse af vaccinationen (smerte, ømhed m.m.)	18
Skriftlig information	3
Andet	4

De blev oftest informeret om hyppige, mindre alvorlige bivirkninger, samt den praktiske gennemførelse af selve vaccinationen. En mindre gruppe blev desuden informeret om alvorligheden af de sygdomme der vaccineres mod, vigtigheden af at alle børn vaccineres for at udrydde sygdomme, samt om sjældne alvorlige bivirkninger.

Ved 8% af 5-ugersundersøgelserne og meget få af de øvrige undersøgelser blev Sundhedsstyrelsens pjecer om børnevaccination udleveret.

86% af de børn, der blev vaccineret var blevet forberedt på dette af deres forældre

Diskussion af vaccination ved børneundersøgelse

Vaccination blev diskuteret ved næsten alle de børneundersøgelser, hvor vaccinationer fandt sted (tabel 52). Det blev sjældnere diskuteret ved de øvrige undersøgelser. Ved 5-ugersundersøgelsen fandt få forældre emnet irrelevant, mens mange forældre gjorde det ved 2-4-årsundersøgelserne.

Tabel 52. Samtale om vaccination ved børneundersøgelse

	5u	5m	12m	2år	3år	4år	5år
% af børneundersøgelser, hvor samtale om vaccination indgik	55	87	91	27	14	13	92

Hvem gav vaccinationen?

Ved 90% af vaccinationerne deltog lægen og ved 12% deltog en sygeplejerske. 98% af forældrene var tilfredse med hvem der vaccinerede deres barn, mens 6 forældre hellere ville have haft at lægen vaccinerede og 3 forældre hellere ville have haft at sygeplejersken vaccinerede. En enkelt forælder, der foretrak lægen, begrundede dette med at lægen af sig selv forklarede noget om vaccinationens indhold, mens en anden kommenterede at lægen gerne måtte have været til stede, når praktikanten vaccinerede. Flere skrev, at de ikke betød noget om det var lægen eller sygeplejersken, der vaccinerede.

Rammer

94% oplevede de fysiske rammer for vaccinationen som velegnede for dem og deres barn. De 6% der ikke var tilfredse, manglede noget at aflede barnet med, et varmere rum, et puslebord barnet kunne ligge/sidde ordentligt på og en større forståelse for barnets gråd og forståelse for at man som forælder bliver ked af det, en hyggeligere stemning/lys og en lukket dør ind til lokalet.

Tilfredshed

79% af forældrene syntes at vaccinationen forløb særdeles godt og 17% at den forløb nogenlunde godt. 3% af forældrene syntes hverken at vaccinationen forløb særligt godt eller særligt dårligt. Forældre til børn, der fik 5-årsvaccinationen syntes lidt oftere at det var forløbet særdeles godt.

Årsager til ikke-vaccination

2% (22) af forældrene, der var til børneundersøgelse med deres barn, havde på et tidspunkt fravalgt at lade barnet eller andre børn vaccinere. For 13 af børnenes vedkommende drejede det sig om MFR vaccinationen, for tre af børnene 5-årsvaccination, for to af børnene kighoste, for ét barn DiTeKiPol Hib 2 og 3, og for to af børnene alle vaccinationer.

Et barn havde fået skubbet alle sine vacciner ½-1 år. 10 af forældrene angav frygt for alvorlige bivirkninger som årsag, én forælder havde hørt meget negativ omtale i medier, én forælder mente at børnesygdomme er gavnlige og én forælder at barnet havde godt af at danne sit eget immunforsvar, én forælder var blevet frarådet vaccination af lægen generelt, én forælder syntes på det tidspunkt, at det var synd for barnet, at det skulle stikkes og én forælder havde oplevet, at en større søskende fik kramper efter en vaccination. For 6 af børnene var årsagen, at barnet var sygt eller havde været syg. Én anførte at barnet allerede havde haft den sygdom der skulle vaccineres mod (kighoste).

10 Individuelle interviews med otte forældre

Følgende kapitel behandler de interviews, der blev gennemført med otte forældre, alle mødre, fordelt over Jylland, Sjælland og Fyn. De interviewede var i alderen 25 år til 39 år, og de havde et til tre børn hver, i alderen fem måneder og op til ni år. Mødrenes uddannelsesmæssige baggrund varierede.

Flere af de interviewede havde skiftet læge i forbindelse med flytning og deres vurdering af børneundersøgelserne var derfor ofte baseret på oplevelser med flere forskellige læger. Ingen af kvinderne var patienter hos de praktiserende læger, der blev interviewet til denne evaluering, og interviewene foregik ikke i direkte forbindelse med en børneundersøgelse.

Kapitlet er bygget op over de temaer, der fremkom under analysen af interviewene. Nogle af temaerne følger de emner, der på forhånd var opstillet i interviewguiden, mens andre er udsprunget af de emner, de interviewede lagde vægt på.

10.1 Formålet med børneundersøgelserne - forventninger og forberedelse

Det var kendetegnende for hovedparten af de interviewede mødre, at de både var usikre på formålet med børneundersøgelserne og på, hvad de konkret kunne forvente til den enkelte børneundersøgelse. Om det overordnede formål sagde en mor således:

”Jeg ved heller ikke, hvad der ligger i det fra statens side. Jeg forestiller mig, bare at der ligger et eller andet seriøst element i det på en eller anden måde...”

Citatet illustrerer det, som størstedelen af de interviewede mødre oplevede – at formålet med børneundersøgelserne var diffust. I løbet af interviewene gjorde flere af mødrene sig dog nogle tanker om dette. En mente, noget af meningen med børneundersøgelserne måtte være, at lægen fokuserede på observation af barnet og dets adfærd i konsultationen for at vurdere dets udvikling. En anden af de interviewede mødre, der havde to børn, sagde om formålet med børneundersøgelserne:

”Jamen, formålet, synes jeg, er, at man får en eller anden fornemmelse af, at man bliver klogere som forældre til at kunne støtte barnet i det næste skridt, de skal tage - den næste udvikling, de skal igennem. Sådan at man kan få nogle redskaber til det (...) Det er den ene side af det, så man selv kan være aktiv. Den anden side er sådan set også at få at vide, om tingene er, som de skal være. Om der er noget normalt eller unormalt både fysisk og psykisk. Jeg synes begge sider er centrale i forhold til de undersøgelser.”

Andre af de interviewede mødre nævnte, at børneundersøgelserne primært måtte være til for at opfange de børn, der virkelig havde problemer af helbredsmæssig eller social karakter – som i de fleste tilfælde ikke var deres egne børn.

På samme måde som de interviewede mødre ikke havde viden om det overordnede formål med børneundersøgelserne, vidste de heller ikke ret meget om, hvad der var det konkrete formål med hver enkelt børneundersøgelse. En enkelt af mødrene havde i Barnets Bog

læst, hvad der skulle ske til børneundersøgelserne, og en anden havde engang set nogle retningslinier for, hvad lægen kunne gennemgå og spørge ind til. Resten bestilte tid og mødte op uden videre konkrete forventninger til, hvad der skulle foregå. Dette havde stor indflydelse på deres oplevelse af forløbet, idet de ikke stillede specifikke krav til indholdet af undersøgelsen og efterfølgende havde noget konkret at holde undersøgelsen forløb op imod. De fleste havde dog en forventning om, at lægen ville tjekke barnets generelle helbred, men de kunne ikke definere det nærmere. Derudover forventede mødrene den vacciner, ved de børneundersøgelser hvor det var relevant.

Den manglende viden om, hvad der konkret skulle ske, betød ikke kun, at det var svært at have nogle forventninger til undersøgelsen. Det betød også, at det var svært at være forberedt og på den måde få stillet relevante spørgsmål. En anden af de interviewede mødre sagde om dette:

”...altså, hvis jeg på forhånd havde vidst, hvad det var, det skulle handle om (...) så kunne jeg også selv være forberedt, og så kunne jeg måske selv stille nogle spørgsmål til det, hvis der var noget, jeg var i tvivl om. Men fordi jeg ingenting ved om, hvad der skal foregå til den der undersøgelse, så er det enormt svært selv at være forberedt til det...”

Den citerede mor oplevede, at hun ikke fik stillet de spørgsmål, hun måske egentligt havde, eller i hvert fald ikke stillet dem på den rigtige måde – og derfor ikke fik tilfredsstillende svar. Som eksempel nævnte hun, at lægen havde spurgt ind til barnets renlighed, men at den dialog, de så havde haft omkring dette, var utilfredsstillende, fordi hun ikke selv havde været forberedt på at tale om emnet.

At mødrene var usikre på mulighederne i børneundersøgelserne, påvirkede dem også på den måde, at de til tider valgte slet ikke at stille spørgsmål, som de ellers ønskede svar på. En mor fortalte, at de derhjemme havde snakket om at diskutere barnets mad og ernæring med lægen, men at de havde været i tvivl om børneundersøgelsen hos den praktiserende læge var det rette forum til emnet. Ved børneundersøgelsen havde de valgt ikke at tage emnet op.

10.2 Børneundersøgelsesernes indhold og forløb

Den konkrete børneundersøgelse

De interviewede mødre havde meget forskellige oplevelser af forløbet under børneundersøgelsen. Nogle fortalte, at det havde været en meget positiv oplevelse, at der havde været mulighed for at stille spørgsmål og få en god snak med lægen om barnets udvikling. Flere af mødrene havde svært ved at skelne mellem børneundersøgelserne og andre konsultationer. Der blev dog lagt vægt på, at de ved børneundersøgelserne havde mulighed for at fokusere på nogle andre ting, der ikke var så akutte som ved almindelige konsultationer. En sagde:

”Man kommer der ikke med nogen sådan specifik ting, udover at...der lige er nogle ting, der skal tjekkes i hvert fald. Og så kan der jo lige blive skudt noget ind fra højre, hvis man lige kommer i tanke om det.”

De ting mødrene tog op ved børneundersøgelsen, var ofte mindre og mere trivselsrelaterede ting, som de interviewede, der havde yngre børn, gav udtryk for, at de normalt ville tage op med sundhedsplejersken frem for lægen. Det kunne f.eks. være spørgsmål om amning og kost og mindre problemer, de mente ellers ville løse sig af sig selv inden for kort tid.

Flere af mødrene havde svært ved at huske, hvad der helt konkret var foregået til undersøgelserne, hvilket bl.a. blev forklaret ud fra det faktum, at der ikke havde været nogen helbredsmæssige problemer med deres barn. Det, de fleste huskede fra børneundersøgelsen, var de fysiske/objektive undersøgelser, lægen havde foretaget på barnet, vaccinen, og i mindre grad om lægen havde været generelt observerende samt hvad der evt. var blevet snakket om. Der var hos nogle af mødrene generel tilfredshed med dette, og hovedparten af de interviewede mente da også, at lægen havde et godt indblik i deres barns færdigheder og udvikling, også selv om flere ikke altid var klar over formålet med de fysiske undersøgelser, der blev foretaget. En mor med to yngre børn sagde f.eks. om en konkret undersøgelse:

”Og han åbnede bleen og han lukkede den igen. Det tog ikke mange sekunder. Altså, jeg ved ikke hvad han skulle det for (ler), men det gjorde han, og det virkede som om, det var sådan noget rutine. At han skulle lige se, om det kunne være, at han kunne se noget, det ved jeg ikke. Det kan jeg simpelthen ikke sige.”

Citatet er sigende for den mangel på gennemsigtighed under børneundersøgelserne, som næsten alle de interviewede mødre udtrykte. Selvom de havde været til stede under undersøgelsen, var de usikre på, hvad der var foregået, også fordi de ikke havde kendt undersøgelsens formål. Mens nogle mente, at der ikke var foregået meget andet end det, der var umiddelbart observerbart for forældrene, mente andre, at lægen sandsynligvis registrerede flere ting – men de var ikke klar over hvilke og med hvilket formål. Dette gjorde det bl.a. svært at uddybe indholdet af undersøgelsen og det var også med til at gøre den uvedkommende. En mor til tre sagde:

”Men jeg synes ikke, at der er så meget i det. Det kan jo godt være, at hvis man var læge, at man så ville, ja, men når man ser et barn, så kan man jo se, om det trives, og man kan høre sproget, og man kan... jeg ved godt, at der er mange ting, man kan observere, selvom man ikke lige taler om det, men for mig som mor, så synes jeg ikke, der er så meget i det.”

Citatet viser, at den citerede mor havde en fornemmelse af, at lægen nok foretog sig noget, der var relevant for lægen selv i vurderingen af barnet. Men den manglende kommunikation af disse forhold gjorde, at undersøgelsen forekom hende uvedkommende og måske lidt unødvendig. Kommunikation og gennemsigtighed i undersøgelsen var derfor meget vigtig, for at mødrene kunne forstå undersøgelsens relevans – både overordnet men også mere konkret. En af de mødre, hvis læge var god til at fortælle, fremlagde det på denne måde:

”Det er ret vigtigt, at man forstår, hvad det er, han gør, for det kan jo godt se voldsomt ud, at han står og trykker og presser på benene og godt nok gør sundhedsplejersken det også, men det ser bare lidt voldsomt ud, ikke? Så er det meget rart at vide, hvad han gør, og hvorfor han gør det. Og han fortæller resultatet med det samme.”

Enkelte tog det dog mere som et positivt tegn, at lægen ikke fortalte så meget. En far, der havde deltaget i børneundersøgelsen, blandede sig i interviewet og sagde, at det var klart, lægen ikke havde så meget at sige, da vedkommende jo bare havde tjekket barnets velbefindende og fundet alt okay.

Det var altså kendetegnende for mødrenes oplevelse af børneundersøgelsernes indhold, at de både havde svært ved at huske, men også svært ved at gennemskue relevansen i flere af de ting der foregik. Årsagerne hertil var bl.a. mangel på viden om undersøgelsens formål

samt mangel på gennemsigtighed i lægens undersøgelser og observationer. Det blev opfattet yderst positivt, når lægen undervejs forklarede hvad der foregik, hvorfor og hvilket resultat der kom ud af det.

Dialog

Om der havde været en god dialog mellem moderen og lægen under børneundersøgelsen, var noget, der havde indflydelse på oplevelsen af forløbet. Nogle af de interviewede mødre kunne huske, at de havde haft en udmærket dialog med lægen under børneundersøgelsen, og dette blev bestemt oplevet som noget positivt. Især oplevede flere, at de som førstegangsmødre havde været glade for en god dialog med lægen ved børneundersøgelsen, fordi de følte sig usikre. Der kunne både opstå dialog i kraft af, at lægen spurgte ind til barnets hverdag og til den fremmødte forælder, og når mødrene oplevede, at der var plads til at stille spørgsmål og få udtømmende svar. En af de interviewede mødre, der var flyttet og derfor havde skiftet læge, fortalte om sin tidligere læge:

"Hun gik også ind i sådan noget med, hvordan de sov, og hvordan de trivedes der, hvor de blev passet...Men ikke på en måde, hvor hun prøvede at bore næsen ned et sted, hvor den ikke hørte til. Sådan var det ikke. Ikke på sådan en måde. Det var på en sober måde, hvor man følte, at det var med interesse, hun spurgte. Og hvor jeg fik følelsen af, at jeg kunne spørge om ting..."

Det var for den citerede mor altså afgørende, at lægen spurgte ind, for det viste, at vedkommende var interesseret i barnet. Det var dog afgørende, at der blev spurgt ind på en respektfuld måde.

Andre havde ikke oplevet, at lægen spurgte ind til noget med barnet eller familien, og flere forklarede lægens manglende spørgsmål med, at deres barn ikke var i mistriksel. En af dem sagde:

"...han har jo sikkert konstateret, at de ser ud til at trives, at de taler fint, kan gå osv. Og det er jo ikke noget, man taler om, men det ville man jo gøre, hvis der var et problem, håber jeg - at de ville tage fat i det."

Af de, der ikke havde oplevet, at lægen spurgte ind til dem eller barnet, accepterede hovedparten desuden dette, fordi de oplevede, at der som regel var plads til, at de selv kunne stille spørgsmål, hvis de havde nogen. På den måde blev børneundersøgelserne brugt til at få svar på spørgsmål, der var samlet sammen til lejligheden. En af mødrene – der havde tre børn og ofte ingen videre spørgsmål - fandt det dog sommetider lidt pinligt at komme til børneundersøgelsen, fordi hendes børn ikke fejlede noget. Hun oplevede det på denne måde:

"Og når jeg så kommer der ned, så sidder jeg gud-døde-mig dernede og tænker: Ej nu må jeg altså også finde på et eller andet meget intelligent at spørge om. Der her... Uha... jeg kan da ikke bare..... og jeg har faktisk også lidt følelsen af - det er sikkert ikke sådan ment - men jeg har lidt følelsen af, at lægen han sådan sidder: "Nåh, hvorfor kommer du så?" Fordi sådan er det jo, når du ellers går til læge. Så er det jo sådan altid: "Det gør ondt her". Men her der kommer jeg, og jeg ved godt, at det er forebyggende, men jeg synes bare, at sådan "ej, men så skal jeg da spørge om noget klogt". Det er ikke sådan altid, at jeg synes, det er sådan særligt klogt, og jeg får den der dårlige samvittighed, når lægen så siger "nåh, men er der ellers noget sådan?" Hmmm, jeg kan jo ikke sidde om finde på noget, hvis man ikke synes, at der er noget. Så bliver det sådan lidt påtaget eller lidt følt på en måde."

Selvom den citerede mor altså var klar over, at børneundersøgelsen skulle være forebyggende, kunne det alligevel føles akavet at komme til lægen, uden at der var noget konkret at snakke om. Denne oplevelse af den forebyggende børneundersøgelse hænger tæt sammen med opfattelsen af den praktiserende læges rolle, der behandles i et følgende afsnit.

Dialog var et vigtigt indhold af børneundersøgelsen for de interviewede mødre, og det blev oplevet som positivt, når lægen spurgte ind til barnets hverdag og færdigheder. Fravær af dialog blev bl.a. forklaret ud fra barnets gode helbredstilstand – derfor var der ikke så meget at snakke om, men det kunne også opleves som pinligt ikke at have noget at tale med lægen om.

Tid

Den tid, der var til rådighed ved børneundersøgelsen hos lægen, havde indflydelse på, hvordan undersøgelsen blev oplevet. Når de interviewede mødre talte om tiden under børneundersøgelserne, blev den i flere tilfælde målt op mod den tid sundhedsplejersken havde til rådighed, når hun besøgte familierne i hjemmet, i stedet for op mod almindelige konsultationer hos lægen. Hovedparten oplevede derfor, at børneundersøgelserne foregik relativt hurtigt, men ikke *for* hurtigt - i forhold til de ting, de oplevede der rent faktisk foregik til undersøgelsen. Desuden var det ikke tiden i sig selv, der var afgørende for de interviewede mødre. De lagde mere vægt på, om de blev stresset eller følte, at de blev 'hældt ud ad døren', når de var der. Så længe indholdet var tilfredsstillende, gjorde det ikke så meget, at tiden var knap. En mor sagde:

"...jeg tror sidste gang var jeg ikke derinde længere end 10 minutter, fordi det hele bare var, som det skulle være, og jeg havde ingen spørgsmål eller noget. Gangen før var jeg måske inde i et kvarter, tror jeg (...) Men jeg ved i hvert fald, at det var forholdsvis hurtigt, men ikke for hurtigt. Ikke presset eller noget. Slet ikke."

Citatet viser, at også tiden, som mange andre forhold vedrørende børneundersøgelserne, blev forklaret med, at barnet var velfungerende og ikke fejlede noget. En mente, at børneundersøgelserne nok blev direkte nedprioriteret hos lægen, hvis børnene umiddelbart så sunde og raske ud, til fordel for evt. mere akutte patienter i venteværelset. På denne måde blev indholdet opfattet som bestemmende for den tid, der blev brugt på børneundersøgelsen, og flere oplevede da også, at lægen også tog sig tid til at snakke eller pludre med barnet – noget der blev opfattet positivt.

Omvendt var tiden også bestemmende for indholdet ved børneundersøgelsen. Sammen med tiden kunne antallet af patienter i venteværelset være en stressfaktor, der betød, at mødre ikke oplevede, at der var plads til at tage vigtige ting op. En af de interviewede, der havde et enkelt barn på ca. halvandet år, fortalte:

"...det føles ikke, som om der virkelig er tid til at komme derned og sige, jeg har lyst til at kaste ham ud af vinduet. Man kan ikke overskue at tage ting op, som er lidt alvorlige, fordi man tænker pyha, der sidder så mange og venter, og tiden er jo snart gået, hvad så, hvis jeg siger sådan nogle ting?"

Den citerede mor oplevede desuden, at lægen ofte talte i telefon, når hun kom ind ad døren, også ved børneundersøgelserne, hvilket var medvirkende til at skabe en hektisk stemning og et uegnet forum til at snakke om alvorlige, men vigtige emner. Oplevelsen af, om der var god tid under børneundersøgelsen, var altså et tema, de interviewede mødre lagde vægt på som afgørende for at få en positiv oplevelse ud af børneundersøgelsen.

Vaccination

Næsten ingen af de interviewede mødre havde været i tvivl om, om deres børn skulle vaccineres, og derfor var det heller ikke noget, der var blevet diskuteret med lægen. Flere af mødrene havde end ikke overvejet, at det kunne være en mulighed ikke at få vaccineret deres barn. En mor til to sagde:

”...det synes jeg bare, at det gør man. Jeg har egentligt ikke tænkt over det, for det siger de bare, at man skal, så det gør man. Synes jeg. For lægen må da vide bedst...”

Mange oplevede også, at det havde ligget som en selvfølge fra lægernes side, at børnene skulle vaccineres – noget der blev oplevet positivt. En anden mor til to børn sagde:

”Jeg tror bare, at lægerne som udgangspunkt antager, at de skal vaccineres, når man kommer med dem. Det er ikke sådan noget med ’skal de vaccineres?’. Nej, det har bare været sådan at ’det skal de vel’. Det er jo også det, jeg ligesom har fornemmet; at lægerne tror også på det her vaccinationsprogram. Og det har jeg oplevet alle de steder, vi er kommet.”

At lægerne ikke spurgte ind til, hvad mødrene syntes om vaccination, blev oplevet mere som en tryghed end som noget dårligt. På denne måde kunne mødrene mærke, at lægerne ikke var i tvivl, og at de derfor heller ikke selv behøvede at være det – og måske heller ikke behøvede at tage så meget stilling. En af mødrene oplevede det som direkte ubehageligt at skulle bestemme, at barnet skulle vaccineres, fordi der jo altid var en lille risiko for, at det blev sygt af det.

Nogle få mødre, der havde været utrygge ved vaccination, havde bragt det op og fået en god snak med lægen om det, der var mundet ud i, at deres børn var blevet vaccineret. Deres spørgsmål handlede mere om umiddelbare bivirkninger end om senfølger. En førstegangsmor fortalte:

”Jeg tog det op, simpelthen. For jeg ville godt lige høre engang, hvad det er for nogle bivirkninger, der kan komme og sådan noget. Og det ville jeg godt lige have helt styr på. Og jeg blev beroliget i hvert fald, fordi jeg sådan lige fik styr på, hvordan er det lige, hvis de får meget høj feber, hvad gør man så? Det behøver ikke betyde, at det er helt galt og sådan.”

Andre af de mødre, der ønskede informationer om bivirkninger samt de enkelte vacciner, havde selv søgt information gennem familie, bøger eller på Internettet, og de havde ikke diskuteret det med lægen. Ganske få havde altså diskuteret vaccination med deres læge, da de ikke havde været i tvivl om deres barn skulle vaccineres.

Barnets Bog

Som nævnt bliver Barnets Bog udfærdiget af hver enkel kommune og varierer derfor hvad angår størrelse og indhold. I nogle bøger er der således afsnit om amning, ulykkesprofylakse og førstehjælp, mens der i andre alene er plads til lægens og sundhedsplejerskens notater.

De interviewede mødre var generelt glade for Barnets Bog og mente, at ideen med bogen grundlæggende var god. Alle de interviewede fortalte, at mens sundhedsplejersken skrev længere passager om barnet samt gode råd, skrev den praktiserende læge kortere notater. De fleste var glade for sundhedsplejerskens lange beskrivelse og ønskede, at lægen skrev mere og længere. Det blev desuden nævnt, at dette også ville hjælpe på gennemsigtigheden

i børneundersøgelsen, idet de ville kunne se præcist, hvad lægen havde tjekket, og hvilket resultat der var kommet ud af det.

Barnets Bog havde ikke umiddelbart en overordnet funktion, men derimod flere mindre funktioner for de interviewede mødre. De fleste kiggede ikke ret meget i den, især ikke efter det første barn, men de mente alligevel, at den havde sin berettigelse.

For det første blev bogen brugt til at huske forældrene på, hvornår det var tid til at bestille tid til en børneundersøgelse – selvom flere fortalte, at de ofte glemte at tage bogen med til selve børneundersøgelsen. For det andet brugte nogle af de interviewede mødre bogens notater til at huske evt. problemer, der var blevet drøftet ved børneundersøgelsen, i de tilfælde hvor lægen havde været god til at få noteret disse i bogen. Desuden fik mange en vækstkurve skrevet ind eller lagt ved i forbindelse med børneundersøgelsen. For det tredje blev det nævnt, at det første barns Barnets Bog kunne bruges i forbindelse med det andet barn til at sammenligne og huske på, hvordan man som forælder kunne håndtere forskellige forhold ved barnet. En mor til to børn på hhv. syv og tre år sagde:

”Så det synes jeg egentlig er meget rart, og jeg synes, det er meget skægt, når man sidder og kigger tilbage, og man også har fået et andet barn og kan kigge lidt tilbage og ’det var i øvrigt det samme med Marie, er der noget jeg kan finde om det, eller hvad skrev sundhedsplejersken lige jeg skulle gøre til det’. Der har faktisk været et par ting, hvor ’nå, ja, det var det jeg skulle gøre’. Hvor jeg ikke lige kunne huske hvad det var, men bare huske at det var det samme med Marie, så på den måde synes jeg det er rigtig godt, når de skriver nogle ting, som man synes, man kan bruge til noget.”

Dette relaterede sig dog primært til de ting sundhedsplejersken havde noteret i bogen, da lægens notater var mere sparsomme.

For det fjerde oplevede flere, at bogen tjente som et kommunikationsmiddel mellem lægen og sundhedsplejersken eller var i hvert fald glade for den mulighed for kommunikation som bogen tilbød. Til sidst blev det nævnt, at Barnets Bog var hyggelig at have som et minde om de første år med barnet, da man ofte selv glemte at notere milepæle i udviklingen.

Derudover var flere glade for Barnets Bog i forbindelse med deres første barn, hvor de var mere i tvivl om tingene og havde brug for at få de gode råd ned på skrift. Igen var det her sundhedsplejerskens notater, der blev lagt vægt på. Udover at mange glemte at medbringe bogen, var det også forskelligt, om lægen spurgte efter den i forbindelse med børneundersøgelsen, og om lægen slog op og læste hvad sundhedsplejersken havde skrevet. En af de interviewede mødre mente, at manglende problemer eller sygdom var årsagen til, at hendes læge ikke læste, hvad sundhedsplejersken havde skrevet. Således blev barnets gode helbred og trivsel igen udtrykt som en forklaring på et forhold ved børneundersøgelserne.

Nogle af de interviewede mødre var dog lidt i tvivl om formålet med Barnets Bog. Udover at flere ofte glemte bogen, brugte de den sjældent selv og fandt den derfor unødvendig. En mor til to børn sagde:

”Altså sundhedsplejersken hun kunne selvfølgelig selv bruge den til at læse om, hvad det var der skete sidste gang. Så måske for hende har den haft en funktion. Men jeg ved ikke hvorfor jeg skulle have den, kan man sige.”

Det fremstod altså uklart for flere, hvad det egentlige formål med bogen var. Desuden nævnte en af de interviewede mødre, at bogen i hendes kommune virkede noget utidssvarende, og som om den ikke længere passede ind i lægens og sundhedsplejerskens system. Hun sagde:

”Det er jo en stor ting med baby og barn, så jeg synes da godt man kunne lave den sådan at det var nemt, at - de har jo nogle systemer, når de printer, så man kunne få det ud og sætte det ind i bogen, i stedet for at man får løse ark, som ikke passer til bogen.”

Selv om tiden måske var løbet fra bogens konkrete udformning, ønskede den citerede mor bestemt at holde fast i at få de nedskrevne notater fra lægen og sundhedsplejersken udleveret.

10.3 Udbytte af børneundersøgelserne

Udbyttet af børneundersøgelserne faldt indenfor temaerne tryghed og bekræftelse, oparbejdelse af en god relation mellem barnet og lægen, mulighed for at få svar på spørgsmål og en god dialog. Mens dele af udbyttet relaterede sig til lægens personlighed og lægen som udenforstående person, var andet bundet på lægens specifikke faglighed.

Tryghed

Næsten alle de interviewede mødre sagde, at de, allerede inden de gik til børneundersøgelse, havde en fornemmelse af, at deres barn udviklede sig normalt og i øvrigt trivedes godt. Det, de bl.a. fik ud af at komme til børneundersøgelser, var derfor, at de som forældre blev bekræftet i dette. De havde som udgangspunkt ikke været bekymrede over noget, men de følte alligevel tilfredshed ved at kunne gå hjem og have *'sat flueben ved, at nu har vi gjort det, vi skal'*. En af de interviewede sagde:

”...mange af tingene ved man jo egentligt godt, synes jeg. Altså man ved jo godt nogenlunde, hvad han vejer, og at alt er i orden sådan på den måde.”

Alligevel oplevede mødrene, at det var rart, at en udenforstående person, i dette tilfælde lægen, bekræftede dem i, at alt gik som det skulle. Især blev det nævnt, at det var trygt for førstegangsforældre, at der var en anden, der fulgte med i barnets udvikling:

”Ej, jeg vil nok ikke kalde det bekymret, men man kan hurtigt gå og forestille sig en hel masse oppe i sit hoved eller gøre sig en masse tanker, som er rart enten at få be- eller afkræftede. Når det er første gang, man får barn og sådan noget. Men ved ikke helt altid, hvad man skal gribe og gøre i. Så er det meget rart lige at kunne...at der bliver holdt sådan lidt hånd i hanke med, om det nu går som det skal, ikke?”

På denne måde var børneundersøgelserne altså med til at be- eller afkræfte nogle tanker, og det gav mødrene tryghed. Derudover nævnte én, at lægen, fordi han så så mange børn i sin praksis, havde mulighed for at vurdere, hvad der lå indenfor det normale og gennemsnitlige, bl.a. vægtmæssigt.

Den generelle bekræftelse relaterede sig ikke nødvendigvis til lægens faglighed, men mere til at lægen var udenforstående og vant til at se på børn.

Den mere specifikke bekræftelse relaterede sig dog til, at lægen med sin faglighed og ekspertise kontrollerede, at barnet ikke fejlede en uopdaget alvorlig sygdom. En mor nævnte, at hun jo selv kunne måle og veje, hvis det skulle være, men det med at lægen lyttede på barnet, satte hun stor pris på. På denne måde relaterede trygheden sig til, at lægen tjekkede de ting, man som forældre ikke selv ville opdage eller kunne diagnosticere. En mor til to sagde:

”Ja, altså det giver mig i hvert fald den tryghed, at jeg ved, at der ikke er noget alarmerende galt. Jeg går jo rundt i en eller anden forestilling om, at det alt sammen er godt nok. Og så må jeg gå ud fra, at han også mener det. Så på den måde giver det en tryghed.”

En anden af de interviewede mødre, der var førstegangsmor til et barn på ca. et halvt år, var enig, men lægens mangel på information om, hvad han i grunden tjekkede til undersøgelsen gjorde udbyttet mere diffust. Hun sagde:

”Altså det er fint nok, men jeg ville nok også have klaret mig uden. Det er jo selvfølgelig rart nok, at der er den der ekstra sikkerhed og man føler, at hvis nu der var et eller andet galt, så ville det blive opdaget. Så på dén måde synes jeg, at det er fint...”

Lægens faglighed blev altså fremhævet både som noget, der gav et udbytte til mødrene i form af tryghed og et udbytte til barnet i form af opsporing af eventuelle sygdomme.

Relationen mellem barnet og lægen

Nogle af de interviewede mødre beskrev forholdet mellem lægen og barnet som et vigtigt udbytte af børneundersøgelserne. De lagde vægt på, at børneundersøgelserne var et godt forum for barnet at oparbejde en god relation til lægen. Mødrene gav udtryk for, at denne relation var vigtig i forhold til, at barnet kunne føle sig mere tilpas i andre sammenhænge hos lægen – f.eks. ved akut sygdom. En af førstegangsmødrene formulerede det sådan:

”...og netop også fordi jeg synes, det er vigtigt, at et barn vænner sig til det med at gå til lægen, og ser det som en rar og positiv ting, for det er ikke til at vide, hvor mange gange man skal derop, enten der eller på skadestue - det er selvfølgelig noget andet, men det er stadigvæk den verden, kan man sige...”

Den citerede mor så altså børneundersøgelserne som en indgangsvinkel til at introducere barnet til ikke blot lægen, men sundhedssystemet generelt. En anden lagde også vægt på, at barnet og lægen ikke skulle møde hinanden første gang i en situation, hvor hun måske selv var lidt i panik. Dette kunne påvirke barnet til at få et anspændt eller dårligt forhold til lægen. For de interviewede mødre var den gode relation mellem barnet og lægen altså endnu et udbytte af børneundersøgelserne.

Den gode snak

Et andet udbytte af børneundersøgelserne var muligheden for at få svar på egne spørgsmål og få be- eller afkræftet eventuelle mistanker om mindre skavanker eller udviklingsproblemer hos barnet. En god dialog med lægen om sådanne spørgsmål oplevedes meget tilfredsstillende. En god snak om barnets generelle udvikling blev især oplevet som vigtigt for en mor, hvis barn var født for tidligt og var undervægtigt. Hun satte stor pris på at blive bekræftet i, at hun selv gjorde de rigtige ting for at sikre barnets udvikling og var desuden glad for, at lægen kunne give råd og vejledning omkring de ting, hun eventuelt skulle lave om på. Hun fortalte om udbyttet på denne måde:

”...De fortæller, hvad der er rigtig rigtig godt og fortæller måske også, hvad der er knapt så godt. Men de gør det på en måde, så man ikke føler sig som en dårlig mor. Nu er hun jo meget lille, og man føler nogen gange sådan, ’åh, hvad gør jeg galt’, selvom jeg ved, at det er noget der kom ved fødslen og at hun tager det på, som hun skal, og som et normalt barn ville gøre. Men derfor kan man godt nogen gange tænke, at man er en dårlig mor, fordi man ikke får hende til at tage endnu mere på, fordi hun er så lille. Og der siger de, at det kan man jo ikke, fordi det er ikke noget, man kan tvinge hende til, bare at spise en hel masse, selvom hun spiser det, hun skal. Så jeg synes det er positivt, at de ligesom får vendt ens tanker over på det rigtige spor, så man ligesom ikke modarbejder sig selv derhjemme.”

Citatet viser, hvordan den citerede mor oplevede, at børneundersøgelsen fungerede som et slags forum for sparring omkring håndteringen og udviklingen af det for tidligt fødte barn. Hun gav desuden udtryk for, at hun sommetider lærte noget nyt til børneundersøgelserne.

At lære noget nyt ved en børneundersøgelse eller begynde at gøre tingene anderledes var noget, kun én anden af de interviewede mødre, end den overfor citerede, oplevede. Hun fortalte:

”Jeg kan huske, at vi snakkede om det der med, at hun vågnede om natten, hvor hun havde nogle ideer til, hvad jeg kunne gøre. Men dér tror jeg mere, det måske var som mor, hun havde det. Hvor vi snakkede sammen om, hvad man kunne gøre.”

I dette tilfælde var kilden til udbyttet en dialog med lægen, der mere var bundet op på lægens personlige erfaringer end på fagligheden. Ellers var ny viden eller nye vaner ikke et fremtrædende udbytte af børneundersøgelserne hos de interviewede mødre.

Tilfredshed

Under interviewet blev mødrene spurgt om, hvilken følelse de havde, når de forlod en børneundersøgelse. Det kom der vidt forskellige svar på. I tråd med det varierede udbytte beskrevet ovenfor, var flere af mødrene positive og en svarende følgende på spørgsmålet:

”Det var egentlig med en god fornemmelse. Men det var også fordi de ting, vi gerne ville have tjekket op på - det var med hans vægt og det var med hans tand og sådan nogle ting - at vi egentlig kom rundt om dem.”

For den citerede mor var det afgørende, at hun havde fået svar på de ting, hun havde spurgt om. Den positive fornemmelse var altså bl.a. et resultat af, at undersøgelsen havde opfyldt hendes forventning, der primært var at få svar på egne spørgsmål.

Et andet forhold mødrene oplevede, der påvirkede deres tilfredshed, var, at man havde været med i det, der var foregået og havde forstået det. Herom sagde en mor til to:

”Jamen, det er positivt hver gang. Selv de gange der har været bekymringer, har de været positivt, vil jeg sige. De fortæller ligesom, hvad de gør, og hvad de undersøger. De viser på skærmene, hvordan det skal se ud, og hvordan det her så ser ud og giver gode råd til, hvad man kan gøre, hvis der skal gøres noget. Og lytter, hvis man spørger ind til et eller andet, der har med barnet at gøre.”

Citatet viser det som næsten alle mødrene lagde vægt på; at undersøgelsens gennemsigtighed var afgørende for tilfredsheden med undersøgelsen. En anden mor, der havde et barn på ca. et halvt år, fortalte, at hun følte sig taget seriøst, samt at lægen havde været omkring

både det fysiske, men også nogle mere trivsels- og udviklingsrelaterede forhold. Hun sagde om sin følelse, da hun var gået fra børneundersøgelsen:

”Jamen det var tilfredsstillende på den måde, at vi blev mødt sådan, som vi gerne vil mødes, og blev taget seriøst, om man så må sige. Og at det ikke bare er sådan en hurtig... Og han er interesseret i Magnus og i at se, hvad han er for en dreng også. At tjekke ham både lægeligt, men også menneskeligt, havde jeg nær sagt. Altså se, hvad sker der med ham, hvor er han henne i sin udvikling, også sådan mentalt, ikke? At der er gang i den, og at han er meget interesseret. Og sådan nogle ting ikke? Det synes jeg er utroligt rart, at man får det aspekt med ved sådan en undersøgelse.”

For den citerede mor var det afgørende at hun oplevede, at lægen var grundig og viste interesse for barnet.

På den anden side nævnte flere af mødrene, at deres primære fornemmelse, når de gik hjem fra en børneundersøgelse, var, at de havde gjort deres pligt som forældre. Nogle oplevede ligefrem, at de havde spildt tiden og ligeså godt kunne være blevet hjemme i stedet for at gå til børneundersøgelse. Den tomme eller utilfredse fornemmelse var ofte relateret til den måde, hvorpå børneundersøgelsen var forløbet. F.eks. sagde en mor til to børn:

”Altså jeg vil nok sige det sådan, at hver eneste gang jeg er gået derfra, så har jeg tænkt: Hvad skulle jeg egentligt bruge det til? Og det har været fra de var helt små, og de kom der første gang, så trykkede han dem lidt på maven og sagde 'det er fint'. Og det tog 2 sekunder, og så ud igen. Så blev de vejret, og det er selvfølgelig også godt nok. Men jeg har en fornemmelse af, at jeg ved ikke selv, hvad jeg skal bruge det til. Og jeg ved ikke, om min læge ved, hvad han skal bruge det til. Så det er den fornemmelse.”

Den citerede mor oplevede, at lægen håndterede børneundersøgelserne useriøst, og da hun heller ikke selv kendte hverken formålet med undersøgelsen som helhed eller de enkelte lægeundersøgelser af barnet, følte det lidt ligegyldigt at have brugt tid og energi på at møde op. Hun gav udtryk for, at hun ofte var ligeså forvirret, når hun gik, som da hun kom og hun sagde:

”Jeg havde nok lidt en fornemmelse af, at jeg ved ikke rigtigt, hvorfor jeg skulle derhen, sådan kan man sige det. Og jeg havde også en fornemmelse af, at lægen han synes, det var vanvittigt, at jeg skulle komme.”

Citatet viser, hvordan manglende viden om undersøgelsens formål, havde indflydelse på hvordan den citerede mor gik derfra.

Ligesom god gennemsigtighed og dialog blev beskrevet som positivt ved børneundersøgelserne, kunne mangel på disse begrænse udbyttet væsentligt for mødrene. En mor til tre børn sagde:

”...jeg vil ikke have det til at lyde som om, at jeg går derfra og tænker, at jeg er usikker, men jeg går derfra og tænker: det er sgu da godt, jeg selv kan tænke. Det er da godt, at jeg selv kan vurdere og tage stilling og søge oplysninger og sammenligne...”

På trods af, at flere af de interviewede mødre altså var gået fra børneundersøgelserne 'som måske lidt et spørgsmålstegn' var der ingen af dem, der ville undlade at bestille tid og møde op til den næste børneundersøgelse.

10.4 Den praktiserende læges rolle

De interviewede mødres oplevelser af børneundersøgelseernes formål, indhold og udbytte var stærkt relateret til deres erfaringer og opfattelser af den praktiserende læges rolle og kompetencer. Eftersom sundhedsplejersken i de fleste kommuner følger familierne tæt og mødrene generelt var meget glade for hende, blev hun ofte sammenligningsgrundlaget, hvorfra lægens rolle blev diskuteret. Tre af de interviewede mødre fik stadig besøg af sundhedsplejersken, fordi de havde børn under et år, mens resten ikke længere fik besøg.

Mens sundhedsplejersken blev brugt til at tale om emner som kost, ernæring, søvn, amning, familiedynamik, samliv med partneren osv., opfattede de interviewede mødre den praktiserende læge som én de brugte i tilfælde af sygdom. En mor, som havde et barn på knapt et år, udtrykte det således:

"Men for mig, så ville det være fint, at man brugte lægen, når man synes, at nu er han syg, og man må gøre et eller andet og have tjekket og få de der vaccinationer, og så sundhedsplejersken til de der ting hvis... især sådan noget med, hvis man synes i familien, at der er nogle problemer eller et alle andet, så ville det da være sundhedsplejersken, og ikke lægen, jeg ville snakke med. Og også sådan noget med, i forhold til hans udvikling så ville jeg også snakke med sundhedsplejersken - skulle han ikke kunne kravle nu, eller et eller andet, ikke? Lægen synes jeg altså lidt mere - altså, det er sygdom."

Flere af de interviewede delte dette syn på arbejdsdelingen mellem de to fagpersoner – sundhedsplejersken og den praktiserende læge. Den ekstra tid som sundhedsplejerskerne havde til rådighed, samt det, at hun kom hjem til familierne, gjorde, at flere følte sig tættere knyttet til hende end til lægen. Den kontinuerlige kontakt til sundhedsplejersken gennem de første måneder af barnets liv, at hun selv spurgte ind til barnet og familien og at de oplevede at kunne ringe til hende når som helst, betød for flere af mødrene, at de følte de kunne tale med sundhedsplejersken om rigtig mange ting - og "lige så meget det ydre som det indre."

Det lå som nævnt forholdsvis fast for de interviewede mødre hvilke emner, der hørte til hos hhv. sundhedsplejersken og den praktiserende læge. Dette var måske en af grundene til, at de var i tvivl om formålet og de muligheder, der lå i børneundersøgelserne hos lægen. Den ovenfor citerede mor - der ligesom mange af de andre primært relaterede lægen til sygdomme, sagde:

"...altså jeg tænkte lige på, lige nu her, at hvis det var, at det er meningen, at man skal bruge lægen på anden måde end det, som vi gør nu, så synes jeg, at der mangler information om det. Og i forhold til noget af det, du har spurgt om, så tænker jeg: Gad vide om altså det er meningen, at man skal bruge lægen på en anden måde?"

Citatet indikerer, at lægens rolle bliver defineret meget snævert – og at det brede formål med børneundersøgelserne ikke har bundfældet sig hos den citerede mor. En anden af mødrene havde også haft en fasttømret opfattelse af lægens rolle, men havde, da hun be-

gyndte at gå til børneundersøgelser, forsøgt at revidere denne for at få mere ud af børneundersøgelserne. Hun sagde om lægen og sundhedsplejersken:

“Og det er jo så noget, vi beslutter inde i vores hoved og med os selv, hvad vi synes, de er til. Det kan jo godt være, at der er mere plads hos lægen, end vi måske har defineret for os selv, at vi synes, der er. Det er jo meget tænkeligt, at der egentlig ville være fin mulighed for at spørge om nogle af de ting, som vi ellers sådan har puttet over i sundhedsplejerske-kassen.”

Den citerede mor er inde på, at de selv som forældre er med til at definere og begrænse, hvad lægen kan bruges til, og hvad der tages op ved børneundersøgelserne. Andre mente da også, at de godt kunne spørge lægen om emner, der ellers traditionelt blev forbundet med sundhedsplejersken, og at der var mange områder, hvor de to faggrupper overlappede hinanden. Det blev dog nævnt, at sundhedsplejersken måske havde mere erfaring indenfor småbørnstrivsel, og der blev udtrykt forbehold for at optage lægens tid med disse emner.

Hvem skal varetage børneundersøgelserne?

Som tidligere nævnt fyldte sundhedsplejersken meget for de interviewede mødre, især for de der stadig fik besøg af hende, og hun tjente desuden som sammenligningsgrundlag i forhold til den praktiserende læge, når det kom til børneundersøgelserne. Derfor blev det af flere af de interviewede mødre diskuteret, hvorvidt sundhedsplejersken helt kunne overtage børneundersøgelserne fra den praktiserende læge. Dette var der delte meninger om. Diskussionen var i øvrigt igen præget af usikkerhed om børneundersøgelseens formål og indhold, hvilket bl.a. kom til udtryk gennem usikkerhed om sundhedsplejerskens kompetencer i forhold til at varetage børneundersøgelserne. En mor der stadig havde besøg af sundhedsplejersken sagde:

”Ja, nu ved jeg ikke, hvad der foregår til de der undersøgelser, om det er noget man skal være uddannet læge for, eller om sundhedsplejersken lige så godt kunne gøre det. For er det sådan, så ville jeg synes, at det var fint, hvis det var hende.”

Den citerede mor var altså positiv overfor, at sundhedsplejersken overtog børneundersøgelsen, men var usikker på hendes kompetencer i forhold til undersøgelseens indhold og formål. Også en anden af de interviewede mødre var positiv overfor at lade en anden faggruppe overtage børneundersøgelserne. Hun havde børn på hhv. fire og ca. et halvt år og fremlagde det sådan:

”Altså hvis lægen har meget at se til og har travlt, så ville det ikke genere mig, at det var sundhedsplejersken eller en eller anden, der specialiserede sig i børneundersøgelser (...) Som forælder vil jeg sige, at det er næsten lige meget, hvem der gør det, bare man får at vide, at barnet er okay.”

Citatet indikerer, at tryk i forhold til barnets udvikling og trivsel, for denne mor var det absolut mest vigtige udbytte af børneundersøgelserne, samt at hun havde stor tillid til, at de, der af sundhedssystemet blev sat til at varetage undersøgelserne, var kompetente – selvom det ikke lige var den praktiserende læge.

Nogle af de interviewede var meget klare omkring, at de hellere ville have sundhedsplejersken til at varetage børneundersøgelserne, da hun blev opfattet som en bedre hjælp og støtte end lægen. Der blev der argumenteret for, at hun bedre kunne vurdere barnets trivsel og udvikling, da hun havde mulighed for at observere barnet i dets egne trygge omgivelser – og ikke i klinikken, hvor barnet ofte var mere tilbageholdende.

Der var for nogles vedkommende desuden tiltro til, at sundhedsplejersken kunne opspore eventuelle problemer og sende barnet videre, hvis der var forhold, der lå uden for hendes kompetence. En mor til to børn på hhv. tre et halvt og et halvandet år sagde:

”Altså jeg ville meget hellere til en sundhedsplejerske. Det er jeg slet ikke i tvivl om. Det er nok også, hvad for nogle personlige oplevelser man hver især har haft. Fordi jeg har da også en forestilling om, at de har så meget indblik, at de ville kunne videresende én, hvis der er noget sådan alvorligt. Eller noget de mistænker, der ikke er i orden. Så kunne man jo blive sendt til læge, ikke? Men hvis det bare er for en samtale og for at finde ud af, om barnet er velfungerende, så synes jeg egentligt, at den sundhedsplejerske jeg har mødt har bedre kompetencer, end den læge jeg har.”

Igen illustrerer citatet en vis usikkerhed om børneundersøgelseernes formål og indhold. Den citerede mors mistanke om, at børneundersøgelsen måske mest handler om trivsel, betyder at hun foretrækker sundhedsplejersken, som hun oplever som mere kompetent på dette område. En anden mente, at hendes læge var meget dygtig, men konstaterede blot, at han ikke interesserede sig for børn eller børneundersøgelser. Desuden foreslog en af de andre interviewede mødre, at sundhedsplejersken, der kom i hjemmet i det første år, kunne vurdere, hvem der havde brug for at komme til en lægeundersøgelse, og at børneundersøgelserne således ikke blev tilbudt bredt til alle børn.

Andre var dog meget tilfredse med det parallelle forløb med lægen og sundhedsplejersken i barnets første år. De mente ikke, at sundhedsplejersken kunne overtage børneundersøgelserne, da hun ikke havde kompetence til at tage hånd om de fysiske undersøgelser af barnet. En af de interviewede fremlagde det på denne måde:

”Fordi at jeg har det sådan, at til at tage stilling til, om der virkelig er et eller andet galt med mit barn - altså om der er et eller andet sygdomsmæssigt galt - det er en læge, der skal tage stilling til det. Det er ikke en sundhedsplejerske, der skal det.”

Flere af de andre var enige med den citerede mor. De lagde især vægt på lægens uddannelsesbaggrund i forhold til sundhedsplejerskens, og de gav udtryk for, at lægen bedre kunne opspore eventuelle sygdomme. Udover det fysiske mente nogle, at lægens kendskab til familien var en fordel i forhold til børneundersøgelserne. En førstegangsmor til et barn på ca. et halvt år sagde:

”Og han kender jo min forhistorie og har fulgt mig under graviditeten og sådan. Og det er som om, at det har været et godt forløb, der så er løbet videre ud i at han har indsigt i Magnus og hans... ja, tilstand og hvordan det er med ham (...) Og så føler man sig... bedre forstået, havde jeg nær sagt. Man skal heller ikke forklare så mange ting, fordi han kender os godt og han ved godt hvordan og hvorledes vi er skruede sammen, og hvad der evt. har været, eller kan være af ting. Så det synes jeg er rigtig godt.”

For den citerede mor lå der en tryghed i, at lægen havde kendskab til hende, og at de havde opbygget et godt forhold til hinanden gennem længere tid – noget der ikke gjorde sig gældende med sundhedsplejersken. Hun mente desuden, at lægens kendskab til hendes forhistorie betød, at han lettere kunne håndtere familien.

En anden af de interviewede mødre mente, at lægen bedre ville kunne gennemskue eventuelle sygdomme, når han - som i hendes eget tilfælde - kendte flere generationer af familien. Om denne baggrundsviden sagde hun:

”Jamen det giver også meget, at man ligesom kan snakke med ham, hvor han siger ‘jamen, det har din far jo også, så det må være et eller andet arveligt I har’ (...) Det tror jeg faktisk er meget vigtigt for mange ting og forklarer mange ting - i stedet for bare at tage det boglige.”

Der lå med andre ord en tryghed i, at lægen også havde kendskab til resten af familien og dens sygehistorie og ikke alene lænede sig op ad den objektive undersøgelse af den individuelle patient.

Forholdet til lægen

Uanset hvem de interviewede mødre ønskede til at varetage børneundersøgelsen, og uanset hvilket udbytte børneundersøgelsen havde givet dem, var det kendetegnende, at deres eget forhold til lægen spillede en stor rolle i deres vurderinger. Som udgangspunkt var de, der i forvejen havde et godt forhold til deres læge, positive overfor børneundersøgelserne og de, der ikke havde det store forhold til deres læge, mindre positive.

Et forhold som flere oplevede som bidragende til et godt forhold til lægen var netop, at vedkommende kunne huske, hvem man var. Herom sagde den også ovenfor citerede mor, hvis læge behandlede hele familien:

”... han kan simpelthen huske det. Det er som om han danner sig billeder af folk, meget personligt og meget privat. Og det synes jeg er rigtig lækkert (...) Man føler sig som næsten en familie eller del af en vennekreds, når man kommer derop. Det er så naturligt, så det gør man bare.”

Den citerede mor var kommet ganske ofte hos lægen, fordi hendes barn havde haft nogle helbredsproblemer, der skulle følges tæt, hvilket - sammen med lægens kendskab til resten af familien - kan være med til at forklare hendes tætte forhold til lægen. Hendes oplevelse af, at de havde gennemgået noget sammen med lægen, at han havde støttet dem, havde medvirket til at bidrage til deres gode forhold, som igen smittede af på oplevelsen af børneundersøgelserne.

På samme måde som det gav de interviewede et positivt indtryk, at lægen kunne huske hvem de var, kunne det omvendt opleves som meget frustrerende, hvis lægen havde glemt, hvilke forhold der gjorde sig gældende i forbindelse med patienten. En mor sagde:

”... vi ammede ikke, for det gik helt dårligt til at starte med, så det var ligesom sådan... jamen så de næste undersøgelser igen, så spurgte hun, ‘hvordan går det med amningen?’ – ‘Jamen altså vi ammer jo ikke - det gjorde vi i 14 dage. Det er long gone! Det gør vi ikke mere!’ (...) ...man har heller ikke indtryk af, at hun har kigget på skærmen, hvem der skulle være den næste patient. For det er lidt sådan, at man skal sige de samme ting om og om igen.”

Det var altså med til at påvirke oplevelsen af børneundersøgelsen i en negativ retning, når lægen var upersonlig på den måde, at vedkommende ikke huskede relevante forhold eller opdaterede sig inden undersøgelsen.

Det var tydeligt, at de, der tidligere havde været til børneundersøgelse hos en eller flere andre læger, var mere bevidste om, hvad de mente var godt, og hvad de mente var dårligt

ved en læge, idet de havde noget at sammenligne deres nuværende læge med. En mor til tre, der havde skiftet læge pga. en flytning sagde:

”Men ham jeg havde i Korsør var jeg super glad for, han havde også børn på mine børns alder og det gør en forskel, at han er mere på niveau . Og ham her han er utrolig sød - altså det er ikke fordi jeg synes... Men der var bare bedre kontakt.”

Udover bedre at kunne identificere hvad der var vigtigt pga. sammenligningsgrundlaget, viser citatet, at det opleves som positivt, at man har noget tilfælles med lægen – i dette tilfælde børn på samme alder.

Der var dog også nogle, der selv var glade for lægen, men som ikke oplevede, at vedkommende var ret god til at håndtere børnene, noget der kom til at betyde rigtig meget for mødrene og som medførte, at flere havde forsøgt at finde en anden læge. Én fortalte, at selv om hun havde gode erfaringer med lægens håndtering af børnenes sygdomme – han havde været hurtig til at gennemskue, hvad der var galt, og hvordan de skulle videre i systemet - var hans facon overfor børnene så upædagogisk, at de nærmest var bange for ham. Dette betød for den pågældende mor, at hun overvejede at finde en ny læge.

”Den gode børneundersøgelse” - ønsker til børneundersøgelserne hos praktiserende læge

De interviewede mødre havde mange forslag til, hvordan børneundersøgelserne hos den praktiserende læge kunne forbedres. Centralt i forhold til at forbedre børneundersøgelserne var, ifølge nogle af de interviewede mødre, at lægen tog selve børneundersøgelsen mere seriøst, og også tog dem, mødrene, mere seriøst.

En mor til to sagde:

”Men i forhold til at de skal tage det seriøst, og man selv, overfor sin arbejdsgiver, skal holde en fridag, fordi man skal til lægeundersøgelse, så synes man også et eller andet sted, at det skal være fordi det er noget, vi skal tage seriøst. Jeg har hele tiden antaget, at det er noget, man skal tage seriøst det her. Man der var da et tidspunkt hvor jeg var sådan lidt i tvivl om, hvor seriøst er det lige det er, det her.”

For den citerede mor, var hendes tidligere læges gode og seriøse håndtering af børneundersøgelsen afgørende for, at hun alligevel fastholdt at møde op. Derudover var vaccinationsprogrammet med til, at hun fortsat kom. En anden mor fortalte, at lægens arbejdsdeling med sygeplejersken i konsultationen var med til at sende et signal om, hvorvidt lægen tog børneundersøgelserne seriøst. I hendes tilfælde var det sygeplejersken, der målte, vejede og var der, mens barnet blev klædt af, hvorefter lægen ganske kort kom ind og kiggede på barnet, hvilket hun opfattede som en nedprioritering fra lægens side.

En mor oplevede det også som afgørende, at man kunne mærke, at lægen tog hende selv seriøst, bl.a. når hun stillede spørgsmål. Hun havde selv haft en traumatisk fødsel, men oplevede hverken at lægen kunne rumme den eller de andre ting, hun syntes, der var svært. Hun sagde:

”Jeg kunne på en måde godt tænke mig, at hun sagde sådan: ”Ja, det kan også være svært, men man kan godt få nogle følelser, hvor man har lyst til at kaste ham ud af vinduet” og komme ind på det på den måde, i stedet for at sige: ”Nej, men det er da også meget fint, han er jo smilende og nem”. Vorherre bevares. Det er sikkert meget nemt for dem, der kan det. Men jeg kunne godt tænke mig, at hun

havde den indfaldsvinkel, at det er ok at tude, og at alt ikke altid fungerer, som det skal.”

Den citerede mor efterlyste altså i høj grad en børneundersøgelse, hvor det også var muligt som mor at få snakket de svære ting igennem med lægen. Hun oplevede at lægen affærdigede hende, bl.a. fordi der ikke var tid til det andet.

Tiden ved børneundersøgelsen var noget, der i høj grad var med til at signalere, om lægen tog undersøgelsen seriøst. Flere af de interviewede lagde vægt på, at de godt kunne tænke sig, at lægen tog sig bedre tid – især de der tidligere havde haft en læge, som gjorde det.

God tid medførte som regel, ifølge mødrene, at lægen snakkede med barnet og spurgte mødrene ind til, hvordan det gik, og om de selv havde spørgsmål. En af mødrene oplevede netop, at der ikke blev inviteret til den store dialog ved børneundersøgelsen, og det derfor kunne være svært at få stillet de spørgsmål, hun egentlig gerne ville have svar på.

Et andet og meget dominerende ønske fra mange af de interviewede mødre var, at der var en større gennemsigtighed under børneundersøgelsen, så de vidste, hvad der rent faktisk var foregået – også selv om lægen havde fundet alt normalt. Flere havde svært ved at gennemskue formålet med de forskellige undersøgelser lægen foretog og ønskede, at lægen satte flere ord på, hvad han eller hun gjorde.

Én af de interviewede mødre med tre børn havde flere ideer til, hvordan børneundersøgelserne kunne forbedres. For det første efterlyste hun nogle mere standardiserede mål for, hvad børn skulle kunne på de forskellige alderstrin, selv om hun erkendte, at det kunne være svært at opstille sådanne mål. Samtidig ønskede hun, at lægen tog mere affære, hvis barnet så faldt uden for disse mål og aktivt vejledte forældrene. Hun sagde:

”Hvorfor er det så forbudt at sige, at vi synes, dit barn er for tykt? (...) Og der synes jeg måske, at det ville være givende, hvis det var lægen, familielægen, der sagde: ’Jeg kan se sådan og sådan, hvad siger du til det? Er det også sådan, I oplever det, eller er jeg helt...?’ - Det synes jeg ikke, de gør.”

Hun mente, at man ikke skulle være så bange for at vurdere børnene og at lægen skulle tage fat i de forhold, der i dag var relevante for børn og deres behov, såsom overvægt. På denne måde mente hun, at børneundersøgelserne kunne blive mere tidssvarende og komme til at opfylde nogle vigtige behov hos nutidens børn. Ønsket var selvfølgelig formet af hendes egen oplevelse ved børneundersøgelsen, hvor hun ikke havde indtryk af, at lægen tjekkede, om hendes barn kunne de ting det skulle i forhold til dets alder eller snakkede om nogen form for primær forebyggelse.

10.5 Behov og motivation for at komme til børneundersøgelse

De interviewede mødres udbytte af og ønsker til børneundersøgelserne var i høj grad influeret af deres oplevede behov for overhovedet at komme til børneundersøgelse i dens nuværende form. Også på dette punkt spillede de interviewede mødres manglende kendskab til børneundersøgelsernes formål ind, idet behovet for at få en børneundersøgelse var betinget af dennes formål. En mor til to børn på hhv. 2 og 3 år sagde:

”Hvad ser de efter? Er det kun sundhed, for så vil jeg da sige, at vi går til læge rigeligt i forvejen, synes jeg. Men jeg ved ikke, hvor meget der skal være i sådan nogle lægeundersøgelser.”

Citatet illustrerer, at de hyppige lægebesøg, bl.a. pga. gentagne infektioner fra institutionerne, mindskede behovet for at komme til børneundersøgelse med de lidt større børn.

Flere af de interviewede mødre udtrykte, at de oplevede et behov for at komme til børneundersøgelserne i barnets første leveår. De var glade for ikke at blive ladet helt alene, efter de kom hjem fra hospitalet, og de lagde desuden vægt på at præsentere det nye familiedlem for deres læge. En enkelt, der havde et barn på under et år, oplevede den første undersøgelse som overflødig og følte det tilstrækkeligt med de forholdsvis hyppige sundhedsplejerskebesøg. Hun forestillede sig dog, at hun ville føle større behov, når hendes barn blev ældre, og sundhedsplejerskebesøgene faldt væk.

Flere nævnte desuden, at de oplevede et større behov for at komme til børneundersøgelse med deres første barn end med andet og evt. tredje barn, fordi de selv, som forældre, var mindre usikre på tingene ved de næste. En mor nævnte, at hun ved barn nummer to og tre var blevet mere rolig og var begyndt at stole mere på sin egen intuition og erfaringer. Derfor oplevede hun at behovet for børneundersøgelserne var aftagende efter det første barn, eftersom hun havde mere erfaring.

Desuden var flere af de interviewede mødre inde på, at behovet for at komme til børneundersøgelse var større ved de små børn, end det var hos de lidt større. Den ovenfor citerede mor, med børn på hhv. ni, fire, og halvandet sagde om dette:

”Man kan jo ikke vide, om det er fordi, der er noget galt, at de græder, altså det er svært, men altså de store kan man jo spørge, om det gør ondt nogle steder. Det er mere simpelt. Men hvis vi snakker fra 2 år og frem, så har jeg sådan en følelse af, hvorfor skal jeg egentlig... hvorfor går jeg egentlig derned?- og tænker, ‘ej det er også spild af tid’ (...) Og så tænker jeg, gad vide om ikke min læges tid kunne bruges bedre på nogle andre end mig. Altså nogle, der har mere behov.”

Den citerede mor havde ikke noget behov for at komme til børneundersøgelse med børnene, når de var mere end to år gamle. Derudover oplevede hun, at de større børn alligevel ikke blev undersøgt så grundigt fysisk, bl.a. blev de ikke klædt af ved børneundersøgelsen. Hun mente også, at hun selv burde vide det, hvis børnene ikke trivedes og i så fald opsøge den relevante hjælp. Alligevel mødte hun op til børneundersøgelserne med de større børn.

En anden af de interviewede mødre syntes heller ikke, at hun fik ret meget ud af at komme til børneundersøgelse med sit ældste barn på nu tre et halvt. Hun mente dog ikke, at hun selv kunne vurdere barnet og udtrykte behov for at få en professionel vurdering af bl.a. barnets sprog, motorik og sociale kompetencer – Men ikke fra lægen. Hun sagde:

”Altså hvis det skulle være helt optimalt, så savner jeg mere som forælder, at der er én, som kan observere mit barn sammen med andre børn (...) Men når han så går ind og spørger om sprog, lægen, så har jeg ikke et begreb om, om det er godt nok eller skidt (...) Og pædagogerne i børnehaven har enormt travlt, så der kan jeg ikke sådan bruge en masse af deres tid på, at de kan snakke med mig om det (...) Der fungerer det ikke, at man kommer hen til en læge og han kigger på ham i fem minutter, og han siger ‘er det ok?’ og jeg siger ‘ja’”

Citatet viser, at fordi moderen oplevede, at lægen spurgte hende om barnets udvikling på flere områder, følte hun sig derfor selv ansvarlig for at vurdere barnets udvikling ved børneundersøgelsen – mere end at det var lægen, der gjorde det. Hun forestillede sig, at en sundhedsplejerske eller en pædagogisk uddannet, der ikke kendte børnene i forvejen, kun-

ne komme og observere og vurdere børnene. Hun ville gerne have professionel sparring, så hun bedre kunne støtte barnet på de områder, hvor udviklingen evt. haltede en smule, og hun foreslog, at det kunne ligge som en større undersøgelse en enkelt gang i løbet af børnehveårene. Hun foreslog også, at denne så kunne blive fulgt op af en forældresamtale – som i skolen - hvor man kunne få nogle af de informationer og redskaber, som hun følte manglede i årene mellem sundhedsplejerskens besøg og samtalerne på skolen.

Flere af de interviewede mødre oplevede altså ikke umiddelbart noget behov for at komme til børneundersøgelse med de større børn. Hvorfor bestilte de alligevel tid og mødte op til de tilbudte undersøgelser? Flere havde svært ved at sætte en finger på, hvorfor. For nogle vedkommende var vaccinationen (ved de undersøgelser hvor denne medfulgte) en medvirkende faktor til, at de mødte op. Andre udtrykte, at de kom, fordi de ønskede at få et generelt tjek af barnets helbred – især for de der ellers sjældent kom til lægen. Desuden ønskede nogen af opbygge et godt forhold mellem lægen og barnet.

Mest fremtrædende var dog, at flere af de interviewede mødre ganske enkelt kom, fordi børneundersøgelserne eksisterede, og de ikke kunne lide at blive væk. Mange opfattede børneundersøgelserne som en 'regel' eller en 'pligt' mere end et tilbud. En førstegangsmor til et barn på knapt et år sagde:

"Jamen, det er sådan lidt, at det skal man jo. Altså det står jo i bogen, at man skal møde op til den tid, så det gør man. Ja, og man er jo bare på barsel, så tiden er der jo også til det. Jeg tænker bare, at især nok, når man også er førstegangsmor, så tænker man nok, at man gør dét, der står, at man skal, ikke? Så hvis der står, at jeg skal til læge, så ringer jeg og bestiller en tid..."

Nogle mente, at de ville få dårlig samvittighed og føle sig som en dårlig mor, hvis ikke de tog imod de tilbud, der nu engang var, herunder børneundersøgelserne. Dette var tæt forbundet med en angst for ikke at have gjort sit bedste for, at eventuelle sygdomme hos barnet blev opdaget, selvom de egentligt selv vurderede, at barnet var raskt. En af de interviewede, der havde tre børn, sagde:

"Og så har jeg tænkt, ej det er sgu også åndssvagt. Hvorfor skal jeg bruge tid på det? Der er jo ikke noget i vejen. Og så kommer den der løvemor - eller hvad det nu er - der siger, ej men tænk, hvis nu der er noget. Hvordan skulle man så opdage det, hvis jeg ikke går til de ting, der er stillet op som en mulighed? Og det er da helt vildt dårligt, hvis jeg ikke gør det. Og det bør jeg gøre. Og hvordan kan jeg overhovedet tænke på at lade være med det? Det er så den diskussion, jeg kan have med mig selv."

Selvom den citerede mor efter en børneundersøgelse godt kunne føle, at det måske havde været lidt spild af tid, ville hun alligevel blive ved med at komme. Flere andre af de interviewede mødre delte denne ambivalens hvilket igen hang sammen med, at flere ikke mente, at de reelt vidste, hvad der egentligt skulle foregå til undersøgelsen og hvorfor det var vigtigt at de kom. En mor sagde:

"Det er sådan lidt mærkeligt, ikke. For jeg har godt nok gået derfra med den fornemmelse at det behøvede jeg ikke, men man har alligevel den der, 'hvis nu, han skulle spørge om noget'. Altså jeg ved ikke, hvad der skal foregå til de der børneundersøgelser, vel? - så hvis nu han skulle spørge om noget, jeg ikke havde tænkt over, så er det jo vigtigt at få med. Så derfor kommer jeg. Og vil blive ved med det."

Citatet fortæller desuden, at der lå en forventning om, at lægen med sin faglighed kunne byde ind med noget vigtigt.

Et andet forhold, der også spillede ind på de interviewede mødres motivation for at komme, var praktiske omstændigheder. Flere nævnte, at det var svært, til 5-ugersundersøgelsen at komme af sted og være hos lægen til tiden. Der var det lettere, når sundhedsplejersken kom til hjemmet. Med et spædbarn kunne det være svært både at skulle bestille tid, komme ud af døren med barn, pusletaske og papirer samt at tilrettelægge det i forhold til barnets søvn.

Hos nogle af dem, der havde lidt ældre børn, kunne det også være en udfordring at skulle få fri fra arbejde og passe det ind i forhold til familiens andre børn, der skulle hentes og bringes.

Desuden var behovet for at komme til børneundersøgelse influeret af, hvilke andre kilder til tryghed og information om barnets udvikling de interviewede mødre havde til rådighed. Familie, venner i samme situation og mødregruppen blev alle nævnt som kilder til støtte og generel information bl.a. om vaccination. Også bøger og Internettet var populære. En mor sagde:

”Jeg bruger egentlig meget Internettet, og er også inde på en hjemmeside, der hedder Babyklar, hvor der er en masse, der skriver. Og der læser man om, at nu er der nogen, der har været nede og få den der vaccination, og så er det gået sådan og sådan. Så det er egentlig mere derfra, at jeg ved tingene, end jeg føler, jeg får det at vide nede ved lægen. Og fra bøger og så sundhedsplejersken, synes jeg, det sådan har været meget godt.”

Den citerede mor, som havde et barn på ca. 1 år, brugte altså mange andre kilder til information end lægen. Hun fik desuden megen information ved at tale med andre mødre til babyrytmik og efterfødselsgymnastik, og hun oplevede, at hun fik sine behov opfyldt i disse fora. Hun mente, at *”hvis man ikke gjorde det, så ville det jo være smadderrart at komme til lægen”* og hun tænkte, at børneundersøgelserne især var vigtige for de, der gik mere alene derhjemme.

En anden faktor, der spillede ind på behovet og motivationen for at komme til børneundersøgelser var, om man overhovedet havde kendskab til tilbuddet om de syv børneundersøgelser. Flere af de interviewede var meget usikre på, hvornår børneundersøgelserne lå i forhold til vaccination, og hvorvidt der fulgte en undersøgelse med ved hver vaccination. En enkelt havde indtil kort før interviewet ikke vidst, at der var tilbud om børneundersøgelser udenfor vaccinationsprogrammet, da hun primært havde koncentreret sig om vaccinationsbogen. Hun fortalte:

”Og det var så også det, jeg sagde, da jeg blev spurgt, om jeg ville være med i det her, at det er så dejligt at være færdig med de der 15-måneders vaccinationer. For så behøver vi jo ikke tage til lægen, før de er 5 år igen. Og så er der én, der siger ’ups, der er altså 3-årsundersøgelsen og 4-årsundersøgelsen’. Den er fuldstændig svipset. Vi går jo til lægen hele tiden alligevel.”

Den citerede mor havde brugt vaccinationsbogen og ikke Barnets Bog til at tjekke, hvornår hun skulle til lægen med børnene – og var i øvrigt ikke blevet gjort opmærksom på undersøgelserne ad andre veje. Hun var positiv overfor at blive indkaldt til børneundersøgelserne, da hun mente, at man – på samme måde som med tandlægen – så ville huske at kom-

me. Desuden ville børnene synes, det var sjovt at få et brev eller postkort adresseret til dem selv.

De fleste andre af de interviewede mødre havde ikke problemer med at huske at bestille tid til børneundersøgelse. Enten blev de mindet om det via mødregruppen, Barnets Bog, Vaccinationsbogen (til de hvor der hører vaccination med) eller via sundhedsplejersken (hos de der havde yngre børn). Ingen af de adspurgte var umiddelbart negative overfor indkaldelse, og flere mente, at man på den måde bedre kunne få fat i dem, som ikke mødte op til børneundersøgelse – og som måske i virkeligheden havde brug for det.

10.6 Sammenfatning

Hovedparten af interviewene om de forebyggende børneundersøgelser med mødre bar præg af, at de var usikre på formålet med børneundersøgelserne. Sammen med usikkerheden om, hvad der skulle foregå til de konkrete undersøgelser, betød det, at flere ikke havde nogen videre forventninger til børneundersøgelsen. Det betød også, at nogle oplevede, at de ikke fik stillet deres eventuelle spørgsmål, enten fordi de var i tvivl om forummet var det rette, eller fordi de ikke havde været forberedt på, at emnet kunne komme op. Den sparsomme viden om det overordnede såvel som det konkrete formål med børneundersøgelserne var noget, der i høj grad prægede oplevelsen af børneundersøgelsesernes forløb.

Flere af de interviewede havde svært ved at huske, hvad der konkret var foregået ved børneundersøgelserne – noget der bl.a. blev forklaret ud fra det faktum, at deres barn ikke fejlede noget. For det første var det kendetegnede, at mange af de interviewede mødre primært havde bidt mærke i de fysiske/objektive undersøgelser, lægen havde foretaget på barnet, samt vaccinen, og i mindre grad om lægen havde været generelt observerende og havde spurgt ind. Nogle mente desuden, at lægen sandsynligvis også observerede på forskellige andre forhold under undersøgelsen – men de var ikke klar over hvilke, og med hvilket formål.

Det var et generelt billede, at der manglede gennemsigtighed under børneundersøgelserne, så forældrene kunne være mere med i hvad lægen foretog sig og hvorfor.

For det andet lagde flere af de interviewede mødre vægt på, at børneundersøgelsen var et forum de brugte til at stille spørgsmål. De ting mødrene spurgte om, var ofte nogle, de ellers ikke ville have gået til lægen med – var der noget, de ønskede lægen skulle kigge på, bestilte de normalt tid til en almindelig konsultation med det samme. Derfor var det ofte trivselsrelaterede småting, som de mente ville gå i sig selv igen, eller ting, som de mødre, der stadig så sundhedsplejersken, ellers ville have spurgt hende om i forbindelse med næste besøg.

En god dialog med lægen stod desuden frem som noget meget vigtigt ved børneundersøgelserne og især savnede flere, at lægen spurgte mere ind til barnets og familiens trivsel.

For det tredje spillede oplevelsen af tiden en rolle for mødrene. Selvom hovedparten af de interviewede derfor oplevede at børneundersøgelserne forløb relativt hurtigt, lagde de mere vægt på, om man blev stresset eller følte, at man blev 'hældt ud ad døren,' når man var der. Det var afgørende, at man følte, der var tid nok.

Igen var raske børn en forklaring på de korte børneundersøgelser, idet mange mente, at der egentligt ikke var så meget at tale om. På denne måde blev indholdet oplevet som bestemmende for den tid, der blev brugt på børneundersøgelsen. Omvendt kunne tiden også være bestemmende for indholdet ved børneundersøgelsen, idet den korte konsultation, sammen

med et venteværelse fyldt med patienter, kunne være en stressfaktor, der for den fremmødte forælder betød, at der ikke var plads til at tage vigtige ting op.

For det fjerde lagde de interviewede mødre vægt på vaccinationen, når de skulle fortælle om indholdet af børneundersøgelserne. Stort set ingen havde været i tvivl om, om deres børn skulle vaccineres, og derfor var det heller ikke noget, der var blevet diskuteret med lægen. Flere af mødrene havde end ikke overvejet, at det kunne være en mulighed ikke at få vaccineret deres barn. At lægerne ikke selv begyndte at diskutere vaccination med mødrene oplevedes dog ikke som noget negativt, men nærmere som en bekræftelse af, at de gjorde det rigtige. Det betød desuden for mødrene, at de i mindre grad selv skulle tage stilling til vaccination.

Til sidst var Barnets Bog også en del af forløbet med børneundersøgelserne. Flere af de interviewede mødre var i tvivl om bogens egentlige formål, men den blev alligevel brugt på mange forskellige måder: til at huske hvornår det var tid til børneundersøgelsen, som et kommunikationsmiddel mellem lægen og sundhedsplejersken, til at huske hvad der var blevet drøftet med lægen og sundhedsplejersken, til at sammenligne søskendes udvikling og til sidst tjente notaterne i bogen som et fint minde om barnets første år.

Lægens notater i Barnet Bog blev igen af de interviewede mødre evalueret i forhold til sundhedsplejerskens noget længere notater, som de var meget glade for. Flere ønskede, at lægen skrev mere og længere, da det ville give dem øget indblik i formålet med og resultatet af de gennemførte undersøgelser.

En del af de interviewede mødres udbytte ved børneundersøgelserne bestod i, at en udenforstående person bekræftede dem i, at deres barn udviklede sig normalt og trivedes godt. Derudover blev der lagt vægt på, at lægen med sin faglighed kunne tjekke barnet for ting, som mødrene ikke selv følte, de havde mulighed for at opdage. De interviewede gav udtryk for, at de ofte ikke havde kendskab til formålet eller karakteren af ret mange af de konkrete undersøgelser, der kunne forsikre dem om, at deres barn ikke fejlede noget alvorligt. Alligevel havde de tiltro til at lægen foretog disse undersøgelser og de stolede på resultatet. Dette gav også mødrene en følelse af trykthed.

Nogle af mødrene fremhævede desuden børneundersøgelserne som et forum hvor barnet kunne oparbejde et godt forhold til lægen. Det blev anset som vigtigt, at barnet fik nogle gode oplevelser med lægen og sundhedssystemet, som de senere kunne få gavn af.

De, der var gået tilfredse fra børneundersøgelserne, var det, fordi de havde fået svar på deres spørgsmål og en rigtig god snak med lægen omkring barnets trivsel. Andre oplevede, at de, når de gik hjem, var ligeså forvirrede omkring undersøgelsens formål og indhold, som da de kom og at det havde været lidt spild af tid. Kun enkelte havde oplevet at komme derfra og have lært noget nyt. Alligevel ville ingen af dem droppe at komme til de næste børneundersøgelser.

Generelt sammenlignede de interviewede mødre meget børneundersøgelserne med det parallelle tilbud hos sundhedsplejersken, både hvad angik rammerne, herunder tiden, indholdet og udbyttet af konsultationerne. Næsten alle de interviewede havde været meget glade for sundhedsplejersken, som de fleste anså som havende en mere bred tilgang samt bedre tid til at kigge på barnet. Hun fyldte meget for de interviewede, der stadig fik besøg af hende, og det var svært for børneundersøgelserne at leve op til sundhedsplejerskebesøgene. Mens mange følte, at de kunne bruge sundhedsplejersken til næsten alt, var opfattelsen af lægens rolle generelt mere snæver, og lægen blev primært forbundet med opsporing og håndtering af sygdomme.

Det gode og tætte forhold til sundhedsplejersken betød for flere af de interviewede, at de hellere ville komme til børneundersøgelser hos hende. Desuden blev det fremhævet, at hun havde bedre forudsætninger for at vurdere barnets trivsel og diskutere problemstillinger, der vedrørte familien. Der var dog tvivl om, hvorvidt sundhedsplejersken besad de nødvendige kompetencer for at udføre fysiske undersøgelser af barnet, og flere var mere trygge ved at overlade dette til lægen. Derudover blev der lagt vægt på, at lægens langvarige kendskab til hele familien var vigtigt. I det hele taget var både forløbet og udbyttet børneundersøgelserne stærkt influeret af, om de interviewede personligt havde et godt forhold til lægen. Sådant et godt forhold var ofte et resultat af tæt kontakt med lægen i forbindelse med hjælp og støtte igennem en svær periode eller sygdom. Derudover var det for de interviewede afgørende at opleve, at lægen tog børneundersøgelsen seriøst og i øvrigt var god til at håndtere børnene rent pædagogisk.

De mødre, der havde flere end et barn oplevede, at de havde haft størst behov for at komme til børneundersøgelser med deres første barn, da de havde været mere usikre. Desuden oplevede de, der havde ældre børn, at de havde haft mest behov for børneundersøgelserne, da børnene var små, fordi de med de lidt større børn bedre selv kunne identificere eventuelle problemer gennem samtale.

En af de interviewede udtrykte behov for at få sit barn observeret i et forum med andre børn af en udenforstående person med mere pædagogisk baggrund og foreslog derfor en større undersøgelse i børnehaveregi, når barnet var et sted mellem tre og fem år.

Det oplevede behov for at komme til børneundersøgelse dannede desuden baggrund for den enkeltes motivation for at vælge at komme til børneundersøgelser med deres barn. For nogle var ønsket om at få et lægeligt tjek og en lægelig vurdering af barnet motivationen, samt naturligvis den medfølgende vaccination. Flere af de interviewede mødre opfattede dog børneundersøgelserne som en pligt mere end et tilbud og kom primært, fordi de ellers ville få dårlig samvittighed over ikke at have benyttet sig af chancen. Igen spillede den manglende viden om børneundersøgelsesernes formål en rolle, idet flere ikke vidste, hvorfor det var vigtigt at de kom, og derfor kunne de heller ikke overskue konsekvenserne af ikke at komme.

Generelt forklarede mødrene rigtig mange forhold ved børneundersøgelserne ud fra, at deres børn trivedes og ikke var syge. Opfattelse af lægen, som én der havde med sygdomme at gøre, betød således, at børnenes fravær af sygdom blev forklaringen på rigtig mange af de ting, der oplevedes som manglende eller sparsomme ved børneundersøgelserne: dialogen, gennemsigtigheden, tiden, lægens noter i Barnets Bog osv. Når barnet ikke fejlede noget, havde flere af de interviewede svært ved at se, hvad lægen skulle skrive, sige eller gøre til undersøgelsen. På den anden side betød sparsom dialog og gennemsigtighed, at de ikke var ret meget klogere på børneundersøgelserne og deres formål, når de gik fra lægen, end da de kom. Derfor var det også svært for de interviewede at evaluere undersøgelserne.

11 Sammenhæng mellem lægers og forældres beskrivelse af 900 børneundersøgelser

Forældre og læger har i spørgeskemaer beskrevet de samme 900 børneundersøgelserne. I dette afsnit sammenligner vi deres svar. I nogle tilfælde er læge og forældre spurgt om præcis det samme, andre gange er der blot spurgt til det samme emne.

Læger og forældre blev spurgt til samtaledelens indhold af 29 identiske emner. Tabel 53 viser hvor god overensstemmelsen var mellem læger og forældres svar.

Tabel 53. Forældre og lægers beskrivelse af samtaleemner ved børneundersøgelse

Samtaleemner ved børneundersøgelsen % af børneundersøgelser i alle aldre	Enige om at der er talt om	Talt om ifølge forældre, men ikke ifølge læger	Talt om ifølge læger men, ikke ifølge forældre
Barnets højde/vægt	87	12	<1
Syn	36	20	8
Hørelse	33	19	12
Sygdom	37	18	18
Amning	27	2	7
Mad	48	4	24
Spisevaner	37	9	25
Søvn	29	6	21
Renlighed	15	2	7
Forstoppelse/ andre problemer med afføringen	7	7	8
Barnets sprog	39	8	14
Barnets følelsesmæssige udvikling	19	10	29
Barnets fysisk aktive leg/ motion	36	12	21
Barnets leg med andre børn	19	6	21
Forhold til søskende	38	9	21
Pasning udenfor hjemmet	25	6	22
Skolestart	4	1	4
Fødselsforløb	8	2	6
Opdragelse /forældrerollen	6	3	18
Hvordan familien fungerer	14	11	22
Rygning i hjemmet	5	1	5
De voksnes alkoholvaner	<1	1	1
Forebyggelse af allergi/astma	5	5	7
Vaccination	48	12	14
Forebyggelse af ulykker	11	2	13
Forebyggelse af vuggedød (kun ved 5 uger)	18	5	16
Børn i trafikken	7	2	5
Håndtering af syge børn	3	2	7

For et meget konkret emne som barnets højde/vægt var de fleste læger og forældre enige om, hvorvidt emnet havde været berørt. Overensstemmelsen var noget dårligere for samtale om sanserne. Her var f.eks. en del forældre, der mente at have talt om hørelse ved børneundersøgelser, hvor lægen ikke mente det. Læger og forældre var ofte heller ikke enige om, hvorvidt de havde talt om sygdom. Der var lige mange børneundersøgelser, hvor forældrene men ikke læger mente at have talt om sygdom, som omvendt.

Der var stor enighed om, hvornår der var talt om amning, mens der var noget mindre enighed om, hvorvidt emnerne søvn, mad og spisevaner havde været inddraget. Ved de undersøgelser, hvor der var uenighed, var det oftest lægen, der mente at have talt om søvn, mad eller spisevaner, mens forældrene ikke mente dette.

Lægerne forældrene var oftest enige om, hvorvidt der var talt om sprog. Ved uenighed mente oftest lægen men ikke forældrene, at samtale om emnet havde fundet sted, men det omvendte var også tilfældet ved nogle af børneundersøgelserne. Barnets fysiske leg og leg med andre børn, var der nogen usikkerhed omkring. Ved uenighed var det oftest lægen, der mente at have talt om emnet, mens forældrene ikke havde angivet dette. Lægerne og forældrene var ofte uenige om, hvorvidt barnets følelsesmæssige udvikling og familiens funktion havde været et samtaleemne. Oftest mente lægen, at det havde det, mens forældrene ikke mente dette, men det omvendte var også rimeligt hyppigt tilfældet. Der var oftere enighed om, hvorvidt samtale om forældreren havde fundet sted. Ved uenighed var det typisk lægen, der mente samtale havde fundet sted, mens forældrene ikke mente det.

Hvor lang tid der går, fra børneundersøgelsen og spørgeskemaet bliver udfyldt, kan have betydning for, hvilke og hvor mange samtaleemner der huskes. Vi undersøgte derfor den tid, der gik fra lægerne og forældrene var til børneundersøgelse, til de udfyldte spørgeskemaerne.

Langt de fleste både læger og forældre udfyldte spørgeskemaet indenfor det første døgn efter børneundersøgelsen og efter en uge havde 91% af forældrene og 98% af lægerne udfyldt spørgeskemaet. Forældrene rapporterede i gennemsnit knap 8 samtaleemner, mens lægerne i gennemsnit rapporterede godt 9 samtaleemner.

For lægerne havde tiden fra børneundersøgelse ingen betydning for antallet af samtaleemner de rapporterede, mens forældre, der udfylder skemaet mere end en uge efter børneundersøgelsen, i gennemsnit rapporterede $\frac{1}{2}$ samtaleemne mere end forældre, der havde udfyldt spørgeskemaet indenfor et døgn. Denne lille forskel kan ikke forklare, hvorfor forældrene i gennemsnit rapporterede ca. $1\frac{1}{2}$ samtaleemne mindre end lægerne.

Indretningen af venteværelse og undersøgelsesrum havde betydning for forældrenes tilfredshed med de fysiske rammer. Blandt læger med bøger og legetøj til alle aldersgrupper og læger med børnemøbler oplevede flere forældre rummene som egnede til deres barn.

Tabel 54 viser sammenhængen mellem forældrenes tilfredshed med børneundersøgelsen og tid eller deltagende fagpersoner.

Ved de fleste børneundersøgelser blev afsat og forbrugt enten 15, 20 eller 30 minutter. Forældrene syntes hyppigere, at børneundersøgelsen var forløbet særligt godt, hvis der havde været afsat 30 minutter, mens forældre oftere mente at børneundersøgelsen havde været en god oplevelse for børnene, hvis den kun havde varet 15-20 minutter.

Hvorvidt hele børneundersøgelsen foregik hos lægen, eller noget af den blev varetaget af en sygeplejerske eller sekretær, havde ikke betydning for forældrenes vurdering af forløbet.

Tabel 54. Tid og fagpersoners betydning for forældre og børns vurdering af børneundersøgelsen

	Syntes at børneundersøgelsen forløb særdeles godt (%)	Vurderede at børneundersøgelsen var en god oplevelse for barnet (%)
Tid afsat i alt (minutter)		
(%)		
15	60	74
20	62	73
30	72	69
Faggrupper ved børneundersøgelsen (%)		
Kun læge	64	72
Læge og anden fagperson	66	71

12 Sammenfattende diskussion

I dette afsnit kombineres resultater fra spørgeskema, interview og registerundersøgelser, samt resultater fra både læger og forældre. Resultaterne perspektiveres og sættes i relation til bl.a. indholdet af lov og retningslinjer.

12.1 Tilrettelæggelse af og rammer for børneundersøgelsen

Evalueringen af børneundersøgelsens struktur beskrives ved læger og forældres tilrettelæggelse af børneundersøgelserne. Tillige diskuteres formålet med børneundersøgelsen.

Formål med børneundersøgelser

Lægerne var enige om, at børneundersøgelserne var af stor værdi for kontakten til børnefamilierne, og de fleste læger mente også, at børneundersøgelsen havde en vigtig funktion i forhold til såvel opsporing som forebyggelse af sygdom. En del læger var tillige positive overfor børneundersøgelsen som middel til at støtte børnenes psykosociale udvikling, samt barn-forældresamspillet. Den enkelte børneundersøgelse blev af lægerne beskrevet som meget behovs- og problemorienteret. Lægerne havde ikke et særligt klart indtryk af forældrenes forventninger til undersøgelserne, bortset fra at forældrene typisk gerne ville tale om sygdom og konkrete problemer, der skulle tages hånd om. Desuden blev det nævnt, at lægen ”opdragede” forældrene til, hvad der skulle foregå gennem de tidligere børneundersøgelser, således at en fælles forståelse og forventning opstod.

Forældrene var ikke klar over det officielle formål med børneundersøgelsen. Ganske få havde kendskab til, at der fandtes retningslinjer, og endnu færre havde set dem. Halvdelen af forældrene vidste ikke konkret, hvad de kunne forvente til den enkelte børneundersøgelse. Jo bedre forældrene kendte lægen, des oftere vidste de dog, hvad der skulle foregå.

Den manglede viden om både det overordnede og konkrete formål med børneundersøgelsen havde indflydelse på forældrenes motivation for at komme og for deres oplevelse af børneundersøgelsen i det hele taget. Det havde også indflydelse på forældrenes mulighed for at forberede sig på undersøgelsen. Nogle oplevede, at de ikke altid fik det fulde udbytte af samtaledelen, enten fordi de ikke havde været forberedt på emnerne eller fordi et ønsket emne ikke blev bragt op, idet de var i tvivl, om børneundersøgelsen var det rette forum.

Motivationen for at komme var delvist, at det blev anset for en pligt, og at de ikke kunne overskue konsekvenserne af at afvise et tilbud, som de ikke helt kendte formålet med. Nogle læger antog derimod forældrenes fremmøde som et udtryk for en efterspørgsel på børneundersøgelserne, som dermed var med til at berettiggende børneundersøgelsens eksistens. Dette paradoks sætter fokus på nødvendigheden af information til forældrene om det overordnede såvel som det konkrete formål med børneundersøgelserne.

Men en motivationsfaktor var også at få en lægelig vurdering af barnets udvikling. Næsten alle forældre havde således gjort sig klart, at de meget gerne ville have undersøgt, om barnet udviklede sig normalt fysisk (vægt, højde, sanser og fysik) og psykisk. Færre syntes på forhånd, at det var vigtigt at få barnets sociale udvikling vurderet samt få talt med lægen om familiens funktion, sund levevis og forebyggelse af ulykker. En lille gruppe forældre kom for at tale om egne eller familieproblemer og dette lykkedes oftest. Der er dog først spurgt til forældrenes tanker om, hvad de gerne ville have skulle indgå i børneundersøgelsen efter børneundersøgelsen, hvilket gør at svarene skal fortolkes med forsigtighed.

En læge foreslog, at forældrene inden børneundersøgelsen fik et spørgeskema, de kunne udfylde og medbringe til undersøgelsen. Spørgeskemaet skulle give lægen bedre mulighed for at forberede sig på, hvilke emner forældrene ønskede belyst, samt hvilke forhold der kunne være relevante for lægen at fokusere på. Fra forældreside blev det foreslået, at der også fandtes en vejledning til forældrene med formålet med og indholdet af de enkelte børneundersøgelser. Dette blev bakket op af en læge, der ønskede, at forældrenes forventninger i højere grad afspejlede det konkrete indhold i retningslinierne.

Indkaldelse

Kun 14% af lægerne indkaldte børn til børneundersøgelse og det er formentlig færre end i 1979. Stort set ingen indkaldte alle børn rutinemæssigt. Retningslinjerne lægger op til, at den praktiserende læge bør tage kontakt til forældre, der ikke tager imod tilbuddet om børneundersøgelse. Dette sker tilsyneladende sjældent og nærværende undersøgelse peger på flere sandsynlige barrierer. Dels angav hver tredje læge, at det ikke var praktisk muligt i deres hverdag at indkalde, formentlig fordi de manglede et overvågningssystem. Dels var halvdelen af lægerne ikke klar over, at de måtte indkalde. Derudover ville nogle læger af etiske grunde ikke kontakte familierne. Hver fjerde læge syntes, at forældrene skulle inviteres. Det var dog oftest læger fra mindre praksis og man kunne forestille sig, at denne andel ville blive større, hvis lægerne blev spurgt, om de syntes forældrene skulle inviteres, men uden at det gav lægerne ekstraarbejde.

Knap halvdelen af forældrene ville gerne indkaldes og ligeså mange ønskede det ikke. En indkaldelse blev sammenlignet med indkaldelse fra tandlægen og nogle forældre mente, at børnene ville synes, at det var sjovt med et postkort. Indkaldelse er videre diskuteret under ikke-deltagelsen i 12.2.

Tidspunkt for børneundersøgelse

For de små børn foregik de fleste børneundersøgelser om formiddagen. De større børn blev dog også undersøgt om eftermiddagen, mens der var få børneundersøgelser efter kl. 16. Dette stemte godt overens med, at det fra lægeside blev nævnt, at børnene var for trætte at undersøge sent om eftermiddagen idet støj og uro hæmmede en god snak om barnets trivsel.

Praktiske vanskeligheder med at komme til børneundersøgelse

17% af forældrene havde praktiske vanskeligheder med at komme til børneundersøgelsen, hyppigst som følge af egen arbejdstid eller vanskeligheder med at få tid hos lægen. Det er uvist i hvilket omfang forskellige arbejdsgivere i dag giver ret til fri i forbindelse med de forebyggende børneundersøgelser. Det er ikke konkret undersøgt hvilke vanskeligheder, der var med at få tid hos lægen, men erfaring fra denne undersøgelse (forsøg på telefonisk kontakt til godt 500 læger i forbindelse med rykning for spørgeskemaer i denne undersøgelse) viste, at det hos mange læger kan være svært at komme igennem pr. telefon både i lægens og sekretærens telefontid. I forbindelse med børneundersøgelserne af de helt små børn var der forældre, der havde fysisk svært ved at komme til lægen. F.eks. som følge af problemer med ikke at kunne løfte så meget efter et kejsersnit eller problemer med at komme ud af huset med nyfødte tvillinger. Man kunne forestille sig, at familier med disse særlige vanskeligheder blev tilbudt hjælp til at komme til børneundersøgelse eller at enkelte børneundersøgelser kunne foregå i eget hjem.

Ledsagere ved børneundersøgelser

Ved 15% af børneundersøgelserne kom begge forældre. Dette var hyppigst op til 1-årsalderen, herefter kom mor alene til de fleste børneundersøgelser. Ved en lille del af børneundersøgelserne var far dog alene med barnet. Ved hver femte børneundersøgelse deltog tillige én eller flere søskende.

Flere læger var ikke positive overfor at undersøge flere søskende på én gang, da det skabte uro i konsultationen og bevirkede, at det var svært at få diskuteret eventuelle problemer med forældrene. En mor havde i spørgeskemaet angivet, at den uro de medbragte søskende forårsagede, havde været årsag til, at hun ikke havde fået stillet ellers relevante spørgsmål. På den anden side kan det være en nem løsning for familier med to eller flere børn at lægge børneundersøgelserne sammen, især fordi nogle oplever at komme ganske ofte til lægen i forvejen grundet infektioner.

Fagpersoner ved børneundersøgelsen

Langt de fleste (88%) af børneundersøgelserne udførtes af lægen alene. I 1979 deltog der hyppigere en sygeplejerske ved undersøgelserne. En forklaring på forskellen kan være at de praktiserende læger i dag i højere grad ønsker at gennemføre børneundersøgelsen selv. Nogle yngre læger beskrev, at de ved start i ny praksis ændrede strukturen for børneundersøgelsen, således at de selv målte, vejede og vaccinerede børnene. Tiden hvor barnet blev afklædt inden lægen kom, er formentlig slut (i 1979 var hvert andet barn afklædt da børneundersøgelsen ved lægen begyndte). Flere læger nævnte i interviewene vigtigheden af at observere barnet og barnets samspil med forældrene og at afklædning bl.a. var en god lejlighed hertil. En anden forklaring kan være, at særligt sygeplejersker i almen praksis i dag har fået mange nye arbejdsopgaver, f.eks. kostvejledning og kontrol af blodtryk, og derfor af tidsmæssige årsager ikke deltager i børneundersøgelserne.

Fysiske rammer

Næsten alle læger havde indrettet venteværelse med bøger, legetøj og børnemøbler til 0-5-årige, færre havde indrettet konsultationsrummet med børneeffekter. De fleste forældre fandt både venteværelse og konsultationsrum egnet til deres barn, men henholdsvis 15% og 22% var ikke tilfredse. Typisk manglede alderssvarende eller intakt legetøj, en pusleplads, et sted til at lægge et mindre barn fra sig og et diskret sted til f.eks. at amme. Mange nævnte, at der var for lidt plads i venteværelset. I konsultationen manglede nogle forældre legetøj og andre var generet af "ikke røre" ting i børnehøjde. Desuden efterlystes børnevenlig udsmykning på væggene, så barnet følte sig velkommen. En læge havde stor succes med kasser med legetøj til hvert alderstrin i konsultationsrummet. Snævre forhold i praksis kan være svært at gøre noget ved, men mange af ovenstående ønsker burde relativt nemt kunne imødekommes.

Forskel på forebyggende børneundersøgelser og almindelige børnekonsultationer

Lægerne lagde vægt på, at der til børneundersøgelser var mere rum til at se på barnet som helhed. Dette i modsætning til almindelige konsultationer, hvor der typisk blev fokuseret på et enkelt problem. Hermed var det mere sandsynligt, at der blev gjort fund, der ellers let kunne overses. Børneundersøgelserne blev tillige beskrevet som velegnede til at samle op på henvendelser, der havde været siden sidste børneundersøgelser, samt til at tjekke vaccinationsstatus. Tillige lagde lægerne stor vægt på det pædagogiske i, at børnene oplevede, at lægebesøg ikke kun var forbundet med sygdom og ubehageligheder, men at det også kunne være sjovt at komme derop. Dette mente de var med til at opbygge et tillidsforhold mellem barnet og lægen, som ville være gavnligt i forbindelse med de mere akutte konsultationer.

Nogle forældre havde svært ved at skelne børneundersøgelser fra andre konsultationer, mens andre mente, at de ved børneundersøgelserne havde mulighed for at tale om mindre ting, som de ellers ikke ville være taget til lægen med. Flere nævnte at de havde samlet spørgsmål sammen i en periode op til undersøgelsen.

12.2 Indhold af og fremmøde ved børneundersøgelsen

Evaluering af processen ved børneundersøgelser beskrives ved fremmødet ved børneundersøgelserne, samt det faktiske indhold, herunder undersøgelser, samtaleemner og vaccination.

Ikke-deltagelse i børneundersøgelse

I Danmark er der ikke brugerbetaling på de forebyggende børneundersøgelser, hvorfor man kunne tro, at der ikke ville være social ulighed i brugen af dem. Det var der imidlertid. Lavt uddannelsesniveau, lav husstandsindkomst, ung alder, enlig forælder, indvandrerstatus samt manglende tilknytning til arbejdsmarkedet var associeret med barnets manglende deltagelse i undersøgelserne. Børn, der havde været indlagt flere gange, samt børn, der havde ældre biologiske søskende, deltog ligeledes mindre i undersøgelserne.

Flere af de fundne sammenhænge var mest udtalte ved de senere undersøgelser. En årsag til dette kan være, at forældrene ofte er på barsel, når barnet er 5 måneder. Derudover er forældre muligvis ekstra opmærksomme på deres barns velbefindende i dets første levetid og motiveres som følge deraf til at komme til undersøgelserne. En anden årsag kan være, at der i barnets første leveår er tilknyttet en sundhedsplejerske til familien, der kan minde familien om, at det er tid til børneundersøgelse, hvorfor børn, der ellers ikke ville være kommet til undersøgelsen, alligevel gør det. Man kan forestille sig at sundhedsplejersken har ekstra fokus på kendte risikogrupper som unge forældre og enlige og derfor i særlig høj grad tilskynder disse til at benytte sig af undersøgelserne.

Fremmødet til de sene børneundersøgelser er faldet netop på det tidspunkt hvor polio-vaccinen blev afskaffet. I interviewundersøgelsen blev en anden medvirkende årsag dog beskrevet. Flere forældre var i tvivl om, hvornår børneundersøgelse fandt sted og anvendte ofte vaccinationskortet til at huske det. Det betød at de ikke kom til 2-4-årsundersøgelsen, fordi de ikke figurerede på vaccinationskortet.

Registerundersøgelsen fastslog, at familier, der ikke deltog i børneundersøgelser, i højere grad, men ikke udelukkende, var familier med lavere socioøkonomisk position. Der var således også forældre med høj uddannelse og høj indkomst, der ikke kom til børneundersøgelse med deres børn. Da der ved nærværende undersøgelse er konstateret, at der ved hver syvende børneundersøgelse faktisk findes væsentlige somatiske problemer, forekommer det vigtigt, at også børn fra disse familier kommer til børneundersøgelse. Der var ikke forskel i uddannelsesniveau eller erhvervsstatus blandt forældrene til de børn, hvor der blev gjort fund og de børn, hvor der ikke blev gjort fund.

I spørgeskemaundersøgelsen havde 5% af forældrene på et tidspunkt undladt at komme til børneundersøgelse med et eller flere af deres børn. Hyppige årsager var, at forældrene havde glemt det eller forældrene skønnede, at det var unødvendigt, da barnet var helt rask.

Danske og udenlandske tiltag har vist, at deltagerprocenten i børneundersøgelserne kan øges via udsendelse af påmindelsesbreve(19,20). I Danmark bruges et sådan system i forbindelse med MFR-vaccination for at øge tilslutningen til denne, men et lignende system anvendes ikke i forbindelse med børneundersøgelserne. Danske læger er dog tilladt at udøve opsøgende virksomhed, hvis nogle af deres patienter ikke kommer til de forebyggende børneundersøgelser og en dansk undersøgelse fra 1999 fandt, at en sådan ordning øgede tilslutningen til børneundersøgelserne, men at det særligt var de relativt dårligt fungerende familier, der ikke reagerede på påmindelsen(20). Disse fund tyder derfor på, at udsendingen af påmindelsesbrevene kan øge tilgangen til undersøgelserne for de fleste, men at yderligere tiltag skal anvendes for at nå børnene i de ressourcetsvage familier. Som tidlige-

re nævnt kan en årsag til, at tilslutningen er højest til de tidlige børneundersøgelser være, at sundhedsplejersken er tilknyttet familien i barnets to første leveår og i den tid kan minde forældrene om undersøgelsen. For familier med særlige behov er det muligt at forlænge sundhedsplejerskens tilknytning til familien (10) og man kunne forestille sig at deltagelsen i børneundersøgelser kunne øges ved en sådan forlængelse.

Knap halvdelen af forældrene ønskede at blive indkaldt til børneundersøgelse. En del læger var ligeledes positive overfor idéen med indkaldelse af børn, men det praktiske arbejde med at identificere børnene i praksis beskrives som stort og eventuelt uoverkommeligt. Flere resultater i undersøgelsen pegede i retning af, at en indkaldelse af alle børn kunne være en fordel. For det første er børneundersøgelsen et effektivt somatisk screeningsinstrument, hvilket i sig selv indikerer, at alle børn bør inkluderes. For det andet var en hyppig grund til ikke at komme til børneundersøgelse simpelthen, at familien havde glemte det. For det tredje ønskede en del forældre og læger et indkaldelsessystem. Der er i denne undersøgelse desuden identificeret behov for, at særligt yngre læger informeres om, at det er lovligt (og endda tilrådeligt) at kontakte familier, der ikke tager imod tilbuddet om forebyggende børneundersøgelser. Man kunne forestille sig, at flere læger ville være positive overfor et indkaldelsessystem, hvis det blev styret centralt fra og ikke øgede det administrative arbejde i almen praksis.

Fokus ved børneundersøgelsen

Retningslinjerne beskrev ved hvert alderstrin særligt vigtige fokusområder ved både undersøgelse og samtale. Lægerne beskrev først og fremmest, at børneundersøgelserne er og bør være behovsorienterede. Det er vigtigt for dem, at fokus bliver der, hvor de enkelte forældre og børn har brug for at det er. Fokus var typisk barnets generelle udvikling, mens nogle læger beskrev at have en skabelon i baghovedet afhængigt af barnets alder. Denne skabelon var dannet ud fra dels Sundhedsstyrelsen retningslinjer, erfaring og arbejdsdeling i praksis, samt egne interesser. Der blev lagt vægt på at læger havde forskellige interesser og dermed havde forskellige prioriteringer af, hvad der blev klaret i praksis, og hvad der blev henvist videre. Læger med mange år i praksis beskrev en udvikling i fokus ved undersøgelserne, idet de i højere grad i dag gik i dialog med forældrene, frem for kun at kigge på barnet.

Forældrene havde sværere ved at huske, hvad der konkret var foregået til børneundersøgelserne og huskede primært de fysiske undersøgelser og den eventuelle vaccine.

Lægens undersøgelse af barnet

Praktisk talt alle børn blev vejret og målt og ved langt de fleste børneundersøgelser plottede lægen højde og vægt ind på en vækstkurve med det samme. Det betyder formodentlig, at der hos børn, der afveg fra gennemsnittet, er blevet talt om årsagen til dette med forældrene. En afvigelse kan være et godt udgangspunkt for samtale om kost, motion og spisevaner. Ved knap 10% af børneundersøgelserne blev vægt og højde først plottet ind efter konsultationen. Ved disse børneundersøgelser deltog oftere søskende hvilket kan have hæmmet en dybere samtale.

Børnenes syn blev primært checket i 4-5-årsalderen og hørelsen i 5-årsalderen. Det har dog i denne undersøgelse ikke været muligt at følge det enkelte barn og se om de børn, der f.eks. ikke fik undersøgt syn i 3-årsalderen, fik det i 4-årsalderen. Retningslinjerne nævner ikke syn og hørelse ret meget ved de tidlige undersøgelser. Lægerne var ikke enige om på hvilke alderstrin, undersøgelse af syn og hørelse var relevant. Få børn fik undersøgt deres hørelse med audiometri (bestemmelse af hørelse v.h.a. lyde i høretelefoner) og ligeledes få børn fik foretaget tympanometre (bestemmelse af trykket i mellemøret), sidstnævnte er ikke beskrevet i retningslinjerne. Da mange læger fandt syns- og hørenedsættelser ved bør-

neundersøgelserne er det vigtigt at sikre at alle læger har et optimalt screeningsværktøj hertil.

Børn ved børneundersøgelse i dag får hyppigere undersøgt deres motorik end i 1979. Næsten alle børn fik undersøgt deres grovmotorik, men lidt færre fik undersøgt deres finmotorik også ved de sene børneundersøgelser. Årsagen til, at nogle børn ved de sene undersøgelser ikke fik undersøgt finmotorikken, var ikke at lægerne ikke fandt det relevant.

Næsten alle børn fik undersøgt deres sprog, opmærksomhed og koncentration. Lidt færre fik vurderet deres følelsesmæssige eller psykiske udvikling. Stort set ingen læger fandt undersøgelserne irrelevante efter 1-årsalderen.

Selvom det er rimeligt at antage, at undersøgelser som et flertal af lægerne gennemfører er relevante, virker det tillige fornuftigt, at der for hver enkel undersøgelse ligger en faglig vurdering til grund for, hvorvidt denne anbefales eller ej ved hver enkelt børneundersøgelse. Da et vigtigt formål med børneundersøgelsen for både forældre og læge var, at barnet blev trygt ved lægen, er det dog tillige vigtigt at inddrage det pædagogiske element i, at barnet bliver fysisk undersøgt. Hermed stifter barnet bekendtskab med forskellige lægelige remedier som f.eks. stetoskop og otoskop og bliver vænnet til, at lægen rører ved barnet, f.eks. ved at trykke det på maven.

En meget konkret undersøgelse som f.eks. om testiklerne er på plads i pungen var lægerne muligvis ikke helt enige om relevansen af på de forskellige alderstrin. Stort set alle drenge blev checket før 1-årsalderen, herefter blev ca. halvdelen undersøgt. Selvom indikationen for undersøgelse kan afhænge meget af det enkelte barn, virker det i dette tilfælde, som om lægerne ikke undersøger børnene med samme baggrundsviden.

Flere forældre nævnte, at de var i tvivl om formålet med de forskellige fysiske undersøgelser, lægen gennemførte. Generelt blev der efterlyst mere information under de forskellige undersøgelser, og det blev især nævnt, at det var vigtigt at forstå formålet og vigtigheden af undersøgelser, der kunne være ubehagelige for barnet. Forældrene udbytte af undersøgelsen og deres motivation for at møde op næste gang var klart afhængig af, om de havde forstået og følt sig involveret i lægens undersøgelse af barnet. Det blev også af nogle læger nævnt, at de oplevede en god respons, når de gjorde sig umage med at forklare mens de undersøgte. Andre læger oplevede det at skulle forklare undersøgelserne som en belastning og noget der tog unødigt lang tid. Også i 1979 blev en øget pædagogisk kompetence fra lægens side efterlyst af forældrene. Man kunne forestille sig, at det var en fordel, hvis forældrene dels blev grundigere informeret mens lægen undersøgte barnet, dels inden børneundersøgelsen modtog en overordnet beskrivelse af undersøgelsens formål, samt af hvad lægen ville undersøge.

Nogle læger i undersøgelsen lagde vægt på altid at gennemføre en fysisk undersøgelse, mens andre mest gjorde dette efter behov efter barnets første leveår. Sidstnævnte bl.a. begrundet med at det kunne være svært at undersøge 2-årige børn, der ofte er meget reserverede. Lægerne beskrev desuden observation som en vigtig del af børneundersøgelsen. Der blev observeret på barn-forældresamspillet, barnets leg og barnets psykiske og sociale adfærd. Forældrene var ofte ikke klar over, at lægen også foretog en vurdering af barnet på baggrund af observation. Nogle mente dog, at lægen sandsynligvis registrerede flere ting, de var blot ikke klar over hvilke og hvorfor. Igen kunne bedre information både inden og under børneundersøgelsen afhjælpe denne problematik.

Tid og samtale

En børneundersøgelse varede typisk 20 minutter. Næsten alle læger og de fleste forældre følte, at der var tid nok. 12% af forældrene mente dog ikke, at der havde været tid nok. Forældrene sammenlignede ofte tiden til børneundersøgelse, med den tid sundhedsplejersken havde til rådighed ved et besøg i hjemmet. Forældrene oplevede derfor, at tiden til børneundersøgelserne var kort, men typisk ikke for kort i forhold til indholdet af undersøgelsen. Det var snarere lægens væremåde, der var afgørende for, at forældrene følte sig godt tilpas og det vigtigste var, at lægen ikke var stresset og at de følte sig 'jaget ud'. Det blev dog også beskrevet som en stressfaktor, hvis venteværelset var fyldt, og for nogle betød dette, at de ikke følte plads til at tage alvorlige problemer i familien op.

Lægerne beskrev, at i og med at undersøgelserne var meget behovsstyrede, var det svært at vurdere, hvor lang tid en børneundersøgelse ville tage. Som konsekvens blev tiden ofte overskredet eller et planlagt emne måtte udgå til fordel for et mere akut emne. Dog var den tid lægerne afsatte i høj grad den samme som den de rent faktisk forbrugte. Dette indikerer, at der nærmere blev skåret ned på emnerne, end at konsultationen blev forlænget. Lægerne angav desuden, at de af og til gav et barn en ekstra tid til selve børneundersøgelsen.

Det er bemærkelsesværdigt, at det både fra læge- og forældreside blev undskyldt, at der blev brugt tid på raske børn. Nogle forældre mente at det var rimeligt at børneundersøgelsen var kort, når nu deres barn ikke fejlede noget og flere læger beskrev, hvordan de ikke fandt noget ved børneundersøgelsen. Man fik derfor en fornemmelse af, at det for nogle læger og forældre ikke følte legitimt at bruge tid på forebyggelse, når venteværelset var fuldt af syge mennesker. Det forekommer vigtigt, at både forældre og læger er opmærksomme på, at formålet med børneundersøgelsen er forebyggelse og at undersøgelsen f.eks. er et effektivt screeningsinstrument for somatiske problemer.

Forældre og læger var ofte enige om, hvad der var talt om, mens for visse emner var der dårlig overensstemmelse mellem læge og forældresvar. Oftest følte lægerne, at et emne havde været debatteret, mens forældrene ikke mente det. De fleste samtaleemner er ikke klart afgrænset og det var derfor forudsigeligt med nogen uenighed mellem forældre og læger. F.eks. var der større enighed om, hvorvidt der var talt om sygdom end om der var talt om højde og vægt. På den anden side er det vigtigt for lægerne at vide, om forældrene føler at emner er debatteret. Forældre og lægers definition af, hvornår der har fundet en egentlig samtale om emnet sted, er måske forskellig. Man kunne f.eks. forestille sig, at en forælder ønskede at tale med lægen om specifikke problemer i sit parforhold. Hvis børneundersøgelsen ender med kun at indeholde få bemærkninger om dette, er emnet måske for lægen, men ikke for forældrene tilstrækkeligt uddybet. Det er ligeledes sandsynligt at lægerne, der indhenter information både ved samtale og observation, hurtigere føler, at et emne er debatteret. Det kan heller ikke udelukkes, at nogle lægers svar til en vis grad afspejler, hvad de gerne ville have talt om, mere end hvad der egentligt blev talt om ved undersøgelsen.

Ifølge lægerne spænder de vigtigste samtaleemner ved børneundersøgelsen vidt, hvilket stemmer overens med lægernes ønske om at undersøgelserne er meget behovsorienterede. De hyppigste samtaleemner var således kost (og amning), trivsel, udvikling og vækst. Barnets sociale og psykiske funktion (f.eks. søskendeproblematikker, sprog og pasning) var andre hyppige samtaleemner, mens forebyggelse af ulykker og familiedynamiske problematikker mindre hyppigt var de fremtrædende emner.

Forældre og læger var enige om, at der ved de fleste børneundersøgelser blev talt om højde og vægt, samt ved knap halvdelen af børneundersøgelserne om mad. Dette er positivt, set i lyset af de stigende problemer med overvægt hos børn. Lægerne gav dog udtryk for, at

overvægt var et svært problem at tackle, og at deres indsats ikke altid gav resultater. Der var desuden en del børneundersøgelser, hvor læger, men ikke forældre, mente at der var talt om mad. Selvom mad og spisevaner var det område, hvor flest forældre (8%) syntes, at de havde lært noget nyt efter børneundersøgelsen, kunne dette tyde på, at lægerne ønskede at tale om kost, men at det ikke altid lykkedes at få budskabet frem til forældrene.

Der blev tillige talt om håndtering af sygdom, men formentlig hyppigst i forbindelse med et konkret sygdomstilfælde og knap så hyppigt generelt. Sidstnævnte er beskrevet i retningslinjerne og blev af flere læger nævnt som vigtigt for at forældrene reagerede hensigtsmæssigt f.eks. med hensyn til kontakt til vagtlæge. Umiddelbart kunne børneundersøgelsen være et godt forum til at tale generelt om syge børn og brug af læge, men man kan samtidig forestille sig, at den meget behovsorienterede styring af undersøgelserne kan gøre det svært at indpasse meget generelle emner.

En fjerdedel af lægerne brugte mere end en fjerdedel af børneundersøgelsen på samtale om forebyggende emner. Ifølge lægerne brugtes tiden på forebyggende emner som kost, spisevaner og motion og sjældnere på forebyggelse af ulykker og børn i trafikken. Det er dog svært præcist at definere, hvad forebyggende emner er, idet stort set alt ved børneundersøgelsen bredt kunne defineres som forebyggelse. Lægerne beskrev, at forebyggelsesemner typisk blev taget op, når der var et konkret emne omkring det pågældende barn og ikke ved hver børneundersøgelse. I øvrigt nævnte både forældre og læger, at sundhedsplejersken dækkede forebyggelse af ulykker.

Man skal dog være opmærksom på, at sundhedsplejerskens hjemmebesøg ofte slutter før 2-årsalderen. Det virker umiddelbart som om forebyggelse af ulykker og trafiksikkerhed blandt 2-5-årige er områder, der aktuelt forventes dækket af de praktiserende læger, men som kun bliver det i relativt lille udstrækning ved børneundersøgelserne. Jo længere tid lægen afsatte til børneundersøgelsen, jo oftere blev der talt om forebyggelse af ulykker (inkl. trafik). Dette kunne tages med i planlægning af hvor meget tid, der afsættes til børneundersøgelse.

15% af forældrene havde ubesvarede spørgsmål efter børneundersøgelsen eller stod tilbage med noget de gerne ville have talt om. Hyppigst havde forældrene glemt at spørge eller de følte ikke, at der var tid eller plads til deres spørgsmål. Helt generelt var det et stort ønske fra forældrene, at lægen oftere spurgte, om der var noget de ville spørge om. Forældrene ønskede tillige klarere besked om, hvilke emner, der hørte til ved en børneundersøgelse hos lægen, idet de ofte var usikre på, om et konkret emne var passende at tage op.

12.3 Udbytte af og tilfredshed med børneundersøgelsen

Evaluering af børneundersøgelseernes resultat beskrives ved udbytte af børneundersøgelseerne i form af fund, nyerhvervet viden hos forældrene, samt forældrenes følelse af tryk og sikkerhed. Endelig vurderes forældrenes tilfredshed.

Opsporing af sygdom eller mistrivsel

Et af børneundersøgelseens hovedformål er opsporing af sygdom. Selvom man teoretisk kan argumentere for, at hvis forebyggelsen af sygdom virker optimalt, vil antallet af abnorme fund være lavt, kan man alligevel forestille sig, at antallet af nye fund ved børneundersøgelserne kan beskrive nytten af børneundersøgelsen som screeningsinstrument for sygdom.

Ved i alt 32% af undersøgelserne blev der gjort nye fund og ved 14% af børneundersøgelserne blev disse fund af lægerne karakteriserede som værende væsentlige. Fundene var overvejende somatiske, som f.eks. sansedefekter, vægtproblemer, eksem, motorisk funktionsnedsættelse og akut sygdom. Der blev gjort fund nogenlunde lige hyppigt på alle alderstrin, dog flest væsentlig fund ved undersøgelser fra 1-årsalderen og senere.

I interviewdelen beskriver forældrene det som en vigtig funktion ved børneundersøgelsen at barnet får et ”lægeligt tjek”, mens nogle læger negligerer ”fejlfindingsdelen” og taler om at de i dag ikke finder så meget. Som screeningsinstrument for somatiske problemer må man dog konkludere at børneundersøgelsen er effektiv. Man kan forestille sig, at lægerne dels ikke oplever, at et væsentligt fund ved hver syvende børneundersøgelse er meget, taget i betragtning at deres hverdag indeholder masser af konsultationer, hvor der meget oftere er fund, fordi mennesker i almindelighed opsøger læge, når de er syge.

Nogle læger bemærkede, at hvis de endelig fandt noget ved en børneundersøgelse, var det noget de ville have fundet alligevel ved anden lejlighed eller at der var så mange andre personer, der så børn i dag. Enkelte læger beskrev også, at de ikke fandt ret meget efter 1-årsalderen. Betraget som helhed (ud fra spørgeskemaernes resultat) er dette ikke korrekt og nogle fund forekommer det ikke sandsynligt at lægerne havde opdaget alligevel. Dels er det ikke alle børn, der kommer regelmæssigt i praksis, dels kræver fund som f.eks. synsnedsættelse en helt konkret undersøgelse, som sandsynligvis ikke finder sted ved en akut konsultation. Man skal også være opmærksom på at der primært blev fundet somatiske problemer, som man ikke kan forvente at pædagoger og skolelærere, trods daglig kontakt til børnene, ville finde.

Et andet vigtigt forhold omkring denne screening er, at lægerne handlede på langt de fleste somatiske fund, både de banale og de væsentlige. Forældrene blev enten rådgivet, henvist til opfølgning i egen praksis eller viderehenvist til speciallæge. De fleste viderehenvisninger til speciallæger var i 2-4-årsalderen, hvor 10-14% af børnene blev viderehenvist.

Man kan overveje hvilken konsekvens, det ville have, hvis fundene ikke var blevet gjort til børneundersøgelsen. F.eks. ville sansedefekter og vægtproblemer måske være fundet senere. Begge er problematikker, det er hensigtsmæssigt at få opdaget så tidligt som muligt med henblik på at optimere barnets funktion i dagligdagen. Ydermere ville familierne gå glip af den handling, børneundersøgelsen satte i gang. Det kunne f.eks. være lægens vejledning i kost og bevægelse eller lægens vejledning i håndtering af eksem (evt. med receptudskrivelse) eller planlægning af ny tid for at følge op på problemet. Det kunne også være henvisning til børnelæge med henblik på udredning af mulig funktionsnedsættelse, hvilket er vigtigt at få foretaget så tidligt som muligt.

Sammenlignet med for 25 år siden gjorde lægerne fund ved lidt færre undersøgelser. Det er i dag stadig overvejende somatiske fund der gøres og den lægelige fejlfindingsdel af børneundersøgelsen forekommer således stadig særdeles relevant. Selvom børnene i dag ses af mange voksne er den praktiserende læge den eneste sundhedsfaglige person for mange børn i 2-5-årsalderen.

Jo længere tid lægen afsatte til børneundersøgelsen jo oftere blev der gjort fund. Dette kunne indicere at mængden af fund afhænger af, hvor højt lægen prioriterer børneundersøgelser.

Opsporing af familieproblemer

Børneundersøgelsen blev i 6% af tilfældene indgang til afdækning af helt andre problemer i familien, lidt hyppigere i 1-3-årsalderen end på de øvrige alderstrin. Der kunne f.eks. væ-

re tale om sygdom hos forældre eller søskende, overvægt hos forældrene eller mere familiodynamiske problematikker.

Kontakten mellem lægen og familien

Stort set alle læger var enige om at børneundersøgelsen var vigtig for lægens kontakt til familierne. I interviewdelen blev kontakten mellem lægen og familie nævnt af lægerne som et hovedudbytte af børneundersøgelserne. Ifølge lægerne skabtes et tillidsforhold, der gjorde at forældrene blev mere trygge ved at henvende sig med både fysiske og sociale problemer. Forældrene lagde specifikt vægt på, at det var vigtigt for barnet at føle sig tryk ved lægen, så senere eventuelle kontakter, også til sundhedssystemet generelt, ville blive lettere at håndtere.

Tryghed for forældrene

Med et forebyggende tiltag, der bl.a. har til formål at opspore sygdom og mistrivsel, kan et udbytte være, at forældre opnår den tryghed at få barnet screenet. Lægerne oplevede at forældrene havde behov for at få at vide, at alt var som det skulle være, og at lægernes ”blåstempling” af børnene var med til at gøre forældrene mere selvkørende. Dette blev bekræftet af forældrene, hvor 65% angav at være blevet mere rolige for deres barns udvikling efter en børneundersøgelse. 12% af forældrene havde tillige fået mere selvtillid med hensyn til forælderollen.

Forældrene beskrev, at de på trods af det manglende indblik i formålet med børneundersøgelserne havde tillid, til at lægen tjekkede netop barnets udvikling og trivsel. Forældrene var i øvrigt glade for at få svar på spørgsmål og be- eller afkræftet mistanker omkring barnets helbred og trivsel. 5-7% af forældrene var således inden børneundersøgelsen bekymrede for, om der var noget i vejen med henholdsvis barnets helbred og barnets udvikling. Dette blev afklaret ved børneundersøgelsen. Andre forældre var efter børneundersøgelsen ikke blevet klogere på formålet og nogle følte at undersøgelsen havde været tidsspilde. Generelt var forældrenes udbytte af børneundersøgelsen meget afhængig af deres personlige forhold til lægen, og deres oplevelse af hvordan lægen håndterede undersøgelsen.

Erhvervelsen af ny viden

Et af redskaberne i sygdomsforebyggelse er at formidle viden. Mens den somatiske screening er en oplagt lægeopgave, kan det måske diskuteres, hvorvidt formidling af viden omkring håndtering af børn er det. Ved hver femte børneundersøgelse angav forældrene dog, at de havde lært noget nyt. Det var forældre med børn på alle alderstrin, der havde lært noget nyt, lidt flere ved børneundersøgelserne før 1-årsalderen. Forældrene havde hyppigst lært om mad, spisevaner og udvikling af barnets færdigheder. Forældre til enebørn og forældre udenfor arbejdsmarkedet havde oftest lært noget nyt.

Tilfredshed med børneundersøgelsen

Beskrivelsen af forældrenes tilfredshed med børneundersøgelserne var præget af, at de mangler viden om både det overordnede formål og om formålet på de enkelte alderstrin. Langt de fleste forældre (og flere sammenlignet med i 1979) beskrev dog, at undersøgelsen forløb godt og lægen havde en fin kontakt til såvel dem som deres barn. Forældre med lav uddannelse syntes oftere at lægen var meget interesseret i at tale med dem og deres barn. Det er positivt at lægerne kommunikerede godt med disse familier. Jo længere lægen afsatte til børneundersøgelsen, jo oftere syntes forældrene at undersøgelsen var forløbet særligt godt. Dette kunne lægerne tage med i planlægning af hvor meget tid, der afsattes til børneundersøgelse.

12.4 Børnevaccination

89% af vaccinationerne blev foretaget af lægen, mens 11% blev vaccineret af en sygeplejerske. Forældrene var tilfredse med dette.

Ikke-deltagelse i vaccination

Tilslutningen til børnevaccination er generelt høj, men der var social ulighed i hvem, der tog imod tilbuddet om vaccination. Tilslutningen var i øvrigt lavest ved 5-årsundersøgelsens Di-Te-Ki-Pol revaccine. Man kan forestille sig at dette bl.a. skyldtes, at sundhedsplejersken på dette tidspunkt ikke længere er i kontakt med familierne og kan minde familierne om det. Tilslutningen til MFR 1 i 15 måneders alderen er formentlig høj bl.a. som følge af, at næsten alle læger indkaldte til MFR vaccination, enten ved at indkalde alle børn eller ved at indkalde børn, der ikke kom af sig selv. Få læger indkaldte til de øvrige vaccinationer, hvilket formentlig hang sammen med, at der ikke centralt fra bliver sendt lister ud om hvilke børn, der skal vaccineres. En dansk undersøgelse fandt at dækningen af børnevaccination øgedes ved indkaldelse (20). Dog konkluderedes tillige, at de få familier, der ikke reagerede på indkaldelsen oftere var relativt dårligt fungerende familier og at fravalget af vaccination formentlig var passivt (20).

En lille gruppe forældre havde tidligere fravalgt en børnevaccination, hyppigst MFR. Det var oftest begrundet med frygt for alvorlige bivirkninger.

Hvis forældre ikke ønskede vaccination, ville de fleste læger argumentere for at barnet blev vaccineret. Lægerne mødte dog i dag sjældent forældre, der ikke ønskede vaccination og kun ved 9% af vaccinationerne beskrev lægerne, at de var involveret i forældrenes beslutning om, hvorvidt barnet skulle vaccineres. Forældre, der var let tvivlende, lod ofte deres børn vaccinere efter en snak med lægen, mens det blev nævnt at enkelte familier, der på forhånd var fast besluttet på, at deres barn ikke skulle vaccineres ofte endte med fravalg af vaccination. Det blev også bemærket, at det i sidste ende var forældrenes beslutning og ansvar, hvilket lægerne respekterede.

For de forældre, der var i tvivl om, hvorvidt de skulle lade deres barn vaccinere, var det hyppigst pga. manglende information og bekymring for eventuelle alvorlige bivirkninger. Når de alligevel valgte vaccinationen, var det primært Sundhedsstyrelsens og lægens information og holdning, som var årsager hertil.

Information

Ifølge retningslinjerne bør forældrene ved 5-undersøgelsen orienteres om det danske børnevaccinationsprogram, samt have Sundhedsstyrelsens pjece udleveret. Det var dog kun ved godt halvdelen af 5-undersøgelserne (lidt flere hvis man udelukkende så på familier med enebørn), der med sikkerhed blev talt om vaccination. Der var tillige en del undersøgelser hvor læge og forældre var uenige om, hvorvidt der var talt om vaccination. Enkelte læger forklarede den manglende berøring af emnet med, at forældrene var informeret ved tidligere lejlighed, f.eks. i forbindelse med ældre søskende.

Sundhedsstyrelsens pjece om vaccination blev udleveret ved 8% af 5-undersøgelserne. Det er dog ikke undersøgt, om den hyppigt blev udleveret ved 3 måneders vaccinationen, der er den første vaccination barnet får, men hvortil der ikke hører børneundersøgelse. Det virker umiddelbart rimeligt ved 5-undersøgelsen at introducere alle forældre til børnevaccinationsprogrammet.

Selvom en længere samtale evt. skulle finde sted ved 3 måneders vaccinationen, kan det være hensigtsmæssigt at forældrene er informeret, før de møder op til første vaccination.

Selvom forældrene har erfaring med børnevaccination fra tidligere børn virker det tillige rimeligt, at lægen evt. meget kort repeterer, hvad vaccinationsprogrammet indeholder. Der er relativt hyppigt sket ændringer i programmet og mange forældre vil derfor opleve, at deres børn ikke bliver vaccineret præcist efter samme skema. Det er dog muligt at en kort information har fundet sted i flere tilfælde, men at lægerne ikke har følt, at dette var tilstrækkelig til at definere, at en samtale om vaccination havde fundet sted.

I selve vaccinationssituationen taltes hyppigt om mindre alvorlige bivirkninger, samt i færre tilfælde om hvilke sygdomme, der vaccineres imod. Lægerne beskrev, at det mere var tidligere der foregik mange diskussioner om vaccination. I dag var det ret uproblematisk i de fleste tilfælde. Nogle forældre var glade for den manglende diskussion af valget af vaccination og de sjældne alvorlige bivirkninger. De var trygge ved at lægen og Sundhedsstyrelsen anbefalede vaccinationen og mente, at det var en lægesag at beslutte, om barnet burde vaccineres. De følte lægens manglende diskussion af vaccination som positivt og som et tegn på, at lægen tog ansvar for vaccinen. Andre forældre efterlyste lidt mere information.

Det er formentlig en svær balancegang mellem at have et højt oplysningsniveau, hvilket der på mange områder i Sundhedsvæsenet i dag stræbes mod, og samtidig ikke belaste forældre med overvejelser, de ikke ønsker at gøre sig.

Forslag til forbedring af vaccinationsprogrammet

En del læger havde forslag til forbedringer af børnevaccinationsprogrammet, oftest anbefaledes at tilføje nye vacciner. Mange foreslog således at Hepatitis B og A blev inkluderet. Nogle ønskede tillige at HPV (Human papillomavirus), Pneumokok og Rotavirus blev en del af programmet. Inden denne undersøgelses afslutning blev det besluttet at Pneumokokvaccine pr. 1. oktober 2007 gives i 3, 5 og 12 måneders alderen på separat indstikssted, samt at MFR 2 vaccinationen pr. 1. april 2008 flyttes fra 12 år til 4 år.

12.5 Love og anbefalinger omkring børneundersøgelsen i almen praksis

Evaluerings af indsatsen ved børneundersøgelser beskrives ved lov, retningslinjer og barnets bog.

Målgruppe for børneundersøgelser

Alle børn er ifølge loven sikret et vist antal børneundersøgelser ved egen læge (syv, heraf tre i barnets første leveår). Langt de fleste (89%) af lægerne mente, at det var relevant at tilbyde børneundersøgelser til alle børn. 10% mente at det ville være relevant kun at tilbyde undersøgelserne til udvalgte børn. Under 1% (3 læger) mente ikke, det var relevant i dag at prioritere forebyggende helbredsundersøgelser til børn.

Der har i en del år været fokus på vigtigheden af at identificere og støtte børn med særlige behov og børn i risiko for mistrivsel. Dette er således understreget i loven fra 1995, men mens alle børn ifølge loven er sikret syv børneundersøgelser, er der for de forebyggende besøg ved sundhedsplejen ikke lovgivet konkret om antallet af besøg. Sundhedsplejen har således udviklet sig i retning af at bruge mere tid på behovsfamilier og færre timer på familier uden problemer.

Faggrupper der udfører børneundersøgelser

De fleste læger og knap halvdelen af forældre mente, at de praktiserende læger fortsat skulle varetage børneundersøgelserne. 25% af lægerne og 54% af forældrene mente dog, at andre faggrupper med fordel kunne overtage. Nogle mente at én bestemt faggruppe med

fordel kunne overtage, mens andre mente at der var flere forskellige faggrupper, der med fordel kunne overtage. Både læger og forældre nævnte hyppigst sundhedsplejersken som en mulighed. En tredjedel af forældrene og en sjettedel af lægerne mente således, at sundhedsplejerskerne med fordel kunne overtage børneundersøgelser. Næsten ligeså mange forældre mente dog at børnelæger kunne overtage, mens færre læger mente dette. En femtedel af forældrene og få læger mente at kommunallæger kunne tage over.

Man skal være opmærksom på at forældre og læger har forskellige forudsætninger på at svare på spørgsmålet. Lægerne er muligvis mere vidende om den mangel på kommunallæger, der aktuelt er og kan af den grund have undladt at foreslå disse. Omvendt er forældre til helt små børn måske ikke bekendt med lægeundersøgelserne i skolen. Forældre til de små børn er i kontakt med sundhedsplejersken og vil formentlig i højere grad sammenligne lægebesøg og sundhedsplejerskebesøg. Det var dog forældre til børn i alle aldre, der foreslog sundhedsplejersker som alternativ.

Interviewede læger og forældre beskrev, at børneundersøgelserne op til 1-årsalderen lå bedst hos den praktiserende læge. Herefter mente nogle forældre og læger at sundhedsplejersker kunne overtage én eller flere undersøgelser.

Fordelen ved sundhedsplejerskerne var ifølge både forældre og læger, at disse er bedre rustet til at tale om familierelaterede emner, som kost og familietrivsel. Nogle forældre opfattede lægens rolle som mere snæver og begrænset til opsporing og håndtering af sygdom, mens sundhedsplejersken opfattedes som bedre til at vurdere barnets trivsel og diskutere problemstillinger, der vedrørte familien. Omvendt udtrykte forældrene bekymring for om, sundhedsplejersken kunne gennemføre de fysiske undersøgelser, og forældrene var tillige glade for det langvarige kendskab til lægen.

Forældrenes vurdering af hvilken faggruppe, der med fordel kunne varetage børneundersøgelserne, var betinget af deres oplevede behov. Mange forældre udtrykte behov for at tale om hele familien, opdragelsesproblematikker, samt emner relateret til barnets psykiske og sociale udvikling, især efter at sundhedsplejerskens besøg var tyndet ud eller helt ophørt. Det er dog vigtigt at tænke på, at forældrenes ønske om en anden faggruppe også er influeret af deres manglende viden om formålet med børneundersøgelserne i deres nuværende form.

Det må tages alvorligt, at en væsentlig del af både forældre og læger, mente at andre med fordel kan overtage børneundersøgelser. Det er dog vigtigt at understrege, at de interviewede læger og forældre mente, at det primært er 2-4-årsundersøgelserne der kunne blive tale om.

På baggrund heraf kunne man forestille sig forskellige modeller for en revideret udformning af børneundersøgelserne: At sundhedsplejersker helt overtog én eller flere af undersøgelserne i 2-4-årsalderen, at lægerne forsøgte at imødegå forældrenes ønske om mere samtale om f.eks. familiens funktion eller at sundhedsplejersker, som afprøvet af én af lægerne i undersøgelsen, tilknyttedes praksis og supporterede lægerne på det trivselsmæssige område.

Førstnævnte mulighed ville give det problem, at den somatiske screening ikke ville kunne gennemføres på samme vis. Anden mulighed giver anledning til at overveje, hvor langt væk fra det strikt lægelige område praktiserende læger skal og kan bevæge sig, om forældre i virkeligheden skal henvende sig til andre faggrupper for at få denne støtte, og endelig om man i stedet skulle styrke børneundersøgelsens lægelige side. Samtidig må det dog erkendes, at praktiserende læger i forvejen i kraft af deres funktion som ”familielæge” ofte

har et indgående kendskab til familierne, også fra før barnet bliver født, og at både forældre og læger udtrykker at de har gavn af den tætte kontakt.

Man bør også være opmærksom på, at en tredjedel af lægerne udtrykte behov for yderligere efteruddannelses tilbud, for at gennemføre børneundersøgelse optimalt. Det var i høj grad områder med barnets psykiske og sociale udvikling, samt familiens trivsel, der blev efterspurgt. Dette tyder på at lægerne er interesserede i at behandle disse emner mere indgående i børneundersøgelserne.

Sidstnævnte mulighed synes at være den mest optimale, idet den dels fastholder den lægelige screening af barnet og kontinuiteten hos familielægen, men samtidig styrker praksis på det familiedynamiske område. Man kunne dog forestille sig, at der både kunne være tale om egentlige sundhedsplejersker og sygeplejersker (med ekstra uddannelse og kompetencer indenfor børne- og familieområdet). Sidstnævnte varetager allerede i dag en del andre opgaver i praksis. Dog var det et stærkt ønske fra flere af lægerne i interviewdelen, at varetage hele børneundersøgelsen selv.

Antal af børneundersøgelser

De fleste læger mente, at det nuværende antal af børneundersøgelser var fint og at de valgte alderstrin var relevante.

En mindre gruppe læger og forældre mente dog, at der manglede undersøgelser efter 5-årsalderen. Flest ønskede undersøgelser i 8-12-årsalderen eller senere. Flere nævnte, at en undersøgelse samtidig med MFR2 ville være naturlig. Lægerne ønskede, at få mulighed for at tale med "børnene" i teenageårene, når emner som rygning, alkohol og sex blev relevante.

Man skal være opmærksom på, at det kun er en mindre del af forældrene, der har ældre børn og derfor kan forældrene have svært ved at tage stilling til behovet for disse teenageundersøgelser. Enkelte læger nævnte et behov for en undersøgelse af børnene i 6-årsalderen idet mange børn ikke blev undersøgt ved indskolingen pga. mangel på kommunallæger. Flere læger var bekymrede for, om f.eks. børnenes rygge og fødder blev tilstrækkeligt undersøgt. Enkelte læger tilbød forældrene en undersøgelse i praksis, hvis der ikke kom kommunallæger på skolen.

Det var kun ganske få læger, der ønskede færre børneundersøgelser. De læger, der ønskede færre undersøgelser, mente det var en eller flere af undersøgelserne i 2-4-årsalderen, der kunne undværes. Man kan dog argumentere for det problematiske i at skære disse undersøgelser væk, når denne undersøgelse viste, at der ved disse undersøgelser blev gjort mange væsentlige fund og at en del forældre lærte nyt om f.eks. mad, spisevaner og udvikling af barnets færdigheder.

Sundhedsstyrelsens retningslinjer

Retningslinjernes konkrete del indeholder for hver type af børneundersøgelse tre dele: observationer og undersøgelser af barnet, generel forældresamtale, samtale om særlige forebyggelsestemaer.

Helt overordnet er der fin overensstemmelse mellem de foreslåede undersøgelser og de faktisk gennemførte undersøgelser. Der er dog nogle områder, der afviger. Undersøgelse af syn og hørelse bliver nævnt ved en del undersøgelser mere eller mere indirekte. Lægerne undersøger da heller ikke syn og hørelse konsekvent ved hver børneundersøgelse og ved få børneundersøgelser, blev børnenes hørelse målt ved hjælp af audiometri (bestemmelse af hørelse v.h.a. lyde i høretelefoner). Sansedefekter, særligt hørehandicap, blev fundet ved

alle alderstrin på nær 5-ugersundersøgelsen. Man kunne forestille sig, at en mere konkret vejledning i, hvornår og hvordan syn og hørelse skulle vurderes, ville være gavnlig.

Lægerne undersøgte næsten alle børns grovmotorik, mens finmotorikken undersøgtes ved lidt færre børneundersøgelser. Retningslinjerne giver dog eksempler på, hvordan dette kan gøres ved næsten alle undersøgelser, men fra 1-årsalderen beskrives fin- og grovmotorik samlet. Lægerne otoskoperede (kigget i øret gennem tragt) mange, men ikke alle børn og de gjorde det ikke hyppigere ved de undersøgelser, hvor det var foreslået i retningslinjerne. Det samme gjaldt skelen. Alle børn lyttes på hjerte og lunger, hvilket retningslinjerne ikke nødvendigvis foreskriver. Dette kan muligvis bl.a. forklares med forældrenes forventninger, samt lægens ønske om at vænne barnet til undersøgelse og instrumenter.

Mange men ikke alle børn mærkedes på maven, dette er ikke nævnt i retningslinjerne fra 1-årsalderen. Hos drengebørn blev der mærket efter sten i pungen ved de første to børneundersøgelser, samt ved en del af de resterende undersøgelser. Dette er kun nævnt ved 5-ugersundersøgelsen i retningslinjerne. De fleste børns opfattelsesevne, opmærksomhed og følelsesmæssige udvikling blev vurderet. Disse emner er kun sporadisk nævnt i retningslinjerne, særligt ved de senere børneundersøgelser og som oftest koncentreret omkring barnets sproglige udvikling.

Samtaledelen i retningslinjerne er sværere at overskue, primært fordi det er svært at definere, hvad der er forebyggelse og hvad der er generel samtale. F.eks. figurerer sprog både under den generelle del og forebyggelsesdelen. Overordnet var trivsel og udvikling vigtige samtaleemner ved mange undersøgelser, hvilket stemmer fint overens med retningslinjerne. Retningslinjernes beskrivelse af kost og motion er relativt sparsom og forebyggelse af overvægt omtales stort set ikke.

Forebyggelse af ulykker, herunder ulykker i trafikken fylder en del i retningslinjerne, mens det sjældent bliver berørt ved børneundersøgelserne. Lægenes vurdering af retningslinjerne som for omfattende kunne tyde på, at visse emner bliver valgt fra, herunder forebyggelse af ulykker.

Forebyggelse af pludselig uventet spædbarnsdød (vuggedød) blev kun berørt ved en tredjedel af 5-ugersundersøgelserne, hvor det ifølge retningslinjerne bør tages op som emne.

Næsten ingen læger vejledte i førstehjælp som nævnt under 1-årsundersøgelsen i vejledningen og få læger talte om håndtering af sygdom, som nævnt under 5-månedersundersøgelsen i vejledningen. Sidstnævnte forekommer som et relevant område at tage op på børneundersøgelsen og flere læger nævnte selv, at det er vigtigt at vejlede familier i at håndtere et sygt barn (både for samfundsøkonomien og forældrenes tryghed), men det sker ikke så tit ved børneundersøgelserne.

Vejledning i førstehjælp kan man forestille sig at det bliver svært at indpasse i børneundersøgelserne, om end det er et vigtigt emne. Det blev af lægerne nævnt, at det var svært at vejlede i førstehjælp uden at ridse nogle meget ubehagelige situationer op, som skræmte forældrene. Ved forældreinterviewet talte nogle forældre om at det ville være rart at få undervisning i førstehjælp i deres mødregruppe. De havde dog ikke tænkt på den praktiserende læge som underviser, men vidste faktisk ikke hvor de skulle henvende sig.

Godt halvdelen af lægerne var positivt stemt overfor retningslinjerne, få var direkte negative og resten var hverken positive eller negative. De fleste læger brugte primært retningslinjerne til nye læger i praksis og hver fjerde læger brugte dem aldrig. 27% af lægerne mente, at retningslinjerne trængte til en mindre eller større revision. Mange læger angav

for det første, at det var urealistisk, at man til børneundersøgelserne kunne nå det retningslinjerne foreskrev. Desuden savnede mange en opdatering med ny viden indenfor de fleste områder. Bl.a. var emner som kost og motion ikke tilstrækkeligt inkluderet. Overvægtsproblematikken og redskaber til at håndtere denne blev efterlyst af mange læger.

Overordnet ønskede flere læger, at retningslinjerne var enklere og mere overskuelige. Det blev foreslået at opdele retningslinjerne i en mindre del med alt det, lægen skulle gennemgå ved undersøgelsen. Her kunne inkluderes tjeklister og milepæle, så alle børn fik de vigtigste forhold undersøgt. Derudover ønskede flere læger en mere detaljeret gennemgang af hvilke undersøgelser, der kunne anvendes til vurdering af barnets fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau (f.eks. motoriske og sproglige test). Mere vejledning indenfor det pædagogiske og sociale område blev også efterlyst, med henblik på bedre at kunne opfangne problemer. Det blev derudover foreslået at lovgivning om tavshedspligt blev gennemgået, hvilket forekommer rimeligt da mange, særligt de yngre læger, ikke var klar over, at de måtte indkalde til børneundersøgelse.

Barnets Bog

Barnets Bog er en bog som alle forældre får af sundhedsplejersken. Den varierer i form og udseende fra kommune til kommune.

Næsten alle læger skrev i Barnets Bog. Lidt færre læste selv i den. Ved hver fjerde undersøgelse glemte forældrene at medbringe bogen. De fleste forældre var tilfredse med det lægen skrev, mens hver tredje gerne ville have haft, at der stod noget mere.

Lægerne opfattede mest bogen som forældrenes. De følte ikke, at de havde så meget tid til at skrive i den og nogle læger bemærkede, at der var meget lidt plads afsat til lægens bemærkninger. Lægerne skrev typisk en kort "blåstempling" af barnet. Ofte læste læger kun hvad sundhedsplejersken skrev, hvis der var problemer med barnet. Forældrene efterlyste, at lægen skrev lige så meget som sundhedsplejersken og at lægen f.eks. også skrev gode råd ned. Et par læger nævnte, at Barnets Bog i deres kommune var så stor, at forældrene ofte tog den side ud, lægen skulle skrive på, for at blive fri for at slæbe på selve bogen. Dette bevirkede, at lægen ikke havde mulighed for at læse sundhedsplejerskens kommentarer. Man kunne forestille sig, at det var et krav til Barnets Bog, at der var rimelig plads til lægens notater, samt at den var af en sådan størrelse at den nemt kunne opbevares i en mindre taske.

12.6 Konklusion

Børneundersøgelserne har en klar lægelig indikation, idet der ved hver syvende undersøgelse gøres væsentlige, primært somatiske fund. Emner som kost og børnenes sociale og psykiske funktion, bliver hyppigere diskuteret ved børneundersøgelserne i dag, sammenlignet med for 25 år siden. Dette er positivt og tyder på, at lægerne har øget deres forebyggende indsats ved børneundersøgelserne. Forældrene efterspurgte dog mere samtale om familiedynamiske problematikker.

Nogle læger og en del forældre mente, at andre faggrupper, f.eks. sundhedsplejersker, med fordel kunne overtage en eller flere af de sene børneundersøgelser. Det er dog vigtigt at betragte læger og forældres udgangspunkt for disse vurderinger. I interviewdelen beskrev lægerne således, at de ikke mente de fandt noget særligt ved børneundersøgelserne eller at det de fandt, ville være fundet alligevel. Dette er ifølge spørgeskemaundersøgelsen ikke korrekt og det forekommer ikke sandsynligt, at f.eks. alle syns- og hørefekter ville være fundet ved akutte konsultationer i praksis eller af pædagogisk personale. Forældrene

manglede i høj grad viden om formålet med børneundersøgelserne og kan derfor have haft svært ved at vurdere, hvilke faggrupper der kunne varetage opgaven.

Retningslinjerne bør revideres, så de fremstår i en mere overskuelig og praktisk anvendelig form, samt med opdateret faglig viden indenfor de enkelte områder. Man kunne forestille sig, at der tillige udarbejdedes en vejledning til forældrene med både overordnede forebyggelsesbetragtninger og konkrete formål med de enkelte børneundersøgelser. Der er social ulighed i, hvem der deltager i børneundersøgelse og børnevaccination. Det bør sikres at alle modtager tilbuddet og man kunne forestille sig, at en indkaldelse centralt fra ville øge tilslutningen.

12.7 Metodeovervejelser

Der er i undersøgelsen brugt tre meget forskellige metoder og disse er der redegjort for i separate afsnit. Anvendelsen af forskellige metoder har derfor produceret forskellige typer af information. Det har ikke været hensigten at sammenligne resultater fra de forskellige dele af evalueringen, men at disse skulle supplere hinanden og dermed bredt belyse børneundersøgelserne i dag.

Spørgeskemaundersøgelsen

Tre relativt omfattende spørgeskemaer blev valgt for at få et datamateriale, der var tilstrækkeligt til at evaluere de forebyggende ordninger. Det var dog for starten klart, at størrelsen af spørgeskemaet kunne være med til at sænke svarprocenten blandt lægerne. Ved den indledende pilotundersøgelse svarede kun to ud af tredive læger før rykning og efter telefonrykning havde hver tredje læge svaret. Det blev desuden konstateret, at Yderregistret ikke var fuldt opdateret og at nogle af de inviterede læger derfor ville være ophørt med at praktisere eller have flyttet adresse. For at øge svarprocenten annoncerede vi projektet i Månedsskrift for Praktisk Lægegerning og PLO online. Desuden blev det via en bevilling fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet muligt at aflønne de deltagende læger med takster som anbefalet af Multipraksisundersøgelsesudvalget.

I den endelige undersøgelse var svarprocenten før rykning 38% og efter brev og telefonrykning 43%. For knap 5% af lægerne blev det konstateret, at oplysningerne i Yderregistret ikke længere passede. Næsten 20% af de inviterede praksis lykkedes det ikke at skabe kontakt til, heller ikke telefonisk. Efter telefonisk kontakt til ca. 400 praksis (enten med sekretær, sygeplejerske eller læge) dannede sig et billede af årsagen til ikke at deltage i undersøgelsen.

De fleste læger var positive overfor projektet og næsten alle ikke-deltagende læger angav travlhed som forklaring på deres manglende svar. Ofte var travlheden direkte begrundet med at én læge passede flere lægers patienter ("det er jo ikke nemt at få læger til praksis i dag"), langtidssygdom i praksis eller simpelthen, at dagene var booket så tæt, at lægerne ikke kunne afse tid til at besvare spørgeskemaer. Næsten alle læger beskrev en massiv mængde af administrative opgaver i praksis, herunder deltagelse i diverse forskningsprojekter.

Spørgeskemaundersøgelsen var baseret på et repræsentativt udsnit af børneundersøgelser, men det relativt store bortfald blandt lægerne gav anledning til yderligere undersøgelse. Da der som beskrevet i kap. 4.1 blev udtrukket ydernumre og ikke læger, var det ikke muligt at sammenligne deltagende læger med læger, der ikke ønskede at deltage. I stedet blev de deltagende læger sammenlignet med alle læger i Yderregistret. Det er vigtigt at huske at

jo flere børneundersøgelser der blev udført på et ydernummer, jo større var sandsynligheden for at blive udtaget.

Blandt de deltagende læger var der relativt flere kvinder, end blandt alle læger i yderregistret. Dette kan sandsynligvis forklares med, at kvindelige læger oftere udfører børneundersøgelser og da det netop er børneundersøgelse og ikke læger, vi ønsker at evaluere, vil dette være tilfredsstillende. Det er dog også en mulighed, at kvindelige læger tillige oftere har valgt at deltage i undersøgelsen. Der er ingen forskel på gennemsnitsalderen for læger, der har deltaget, sammenlignet med alle læger i Yderregistret. Der er dog en tendens til, at lidt færre læger under 40 år og lidt færre læger over 60 år har deltaget. Deltagerprocenten blandt lægerne afhang umiddelbart ikke af region. Der var ingen forskel på urbaniseringsgraden i de deltagende henholdsvis ikke-deltagende lægers kommuner.

Det var ikke muligt at undersøge, om det i overvejende grad var læger, der var positive overfor/havde stor interesse i børneundersøgelserne, som valgte at deltage i spørgeskemaundersøgelsen. Dog fremgår det af svarere i spørgeskemaerne, at ikke kun læger med positive holdninger har deltaget.

Man skal være opmærksom på, at 415 læger har beskrevet 1198 børneundersøgelser. Ved konklusioner af læge- og praksiskarakteristikas betydning for børneundersøgelsen har dette en betydning, idet hver læge "tæller" flere gange. Da stort set alle læger dog har beskrevet tre undersøgelser, vil de fundne tendenser være de samme, som hvis hver læge kun havde beskrevet én undersøgelse, mens styrken i analysen er blevet kunstigt forstørret.

Forældre, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen, var ikke udvalgt tilfældigt, men via de deltagende læger. Lægerne blev dog bedt om at beskrive de følgende tre børneundersøgelser, de foretog, for at der skulle være tilfældighed i lægens udvælgelse. Via svartid for lægerne og i øvrigt samtaler med læger blev det klart, at dette i en del tilfælde ikke skete. Sandsynlige forklaringer på dette er, at børneundersøgelserne blev valgt en dag, hvor det passede lægen at skulle udfylde spørgeskemaerne, samt at nogle læger ikke ønskede at vælge en børneundersøgelse, hvor der f.eks. tillige deltog en lægestuderende.

Det er dog ikke muligt at undersøge, om lægerne i højere grad har udvalgt børneundersøgelser, som de forventede ville gå godt eller som de efterfølgende syntes var forløbet godt. I givet fald ville dette muligvis have afspejlet sig som en skæv fordeling af svar fra de forskellige alderstrin af børn. Spørgeskemabesvarelsernes fordeling på type af undersøgelse var dog nogenlunde ligelig, når der tages højde for det lavere fremmøde ved særligt 2-4-årsundersøgelsen. Dog er der lidt færre 2-årsundersøgelser repræsenteret i undersøgelsen. I flere af interviewene nævnte lægerne, at det var svært at lave børneundersøgelser på 2-årige børn, da disse ofte er reserverede overfor personer, de ikke kender så godt. Det er en mulighed, at nogle 2-årsundersøgelser kan være blevet valgt fra, fordi de vurderedes som forløbet mindre godt.

Sammenlignet med alle forældre til 0-5-årige børn, var der færre enlige forsørgere. Dette kan delvist forklares med at enlige oftere fravælger børneundersøgelse. En anden forklaring kan være, at lægerne oftere valgte børn af forældre, der boede sammen, til undersøgelsen.

Forældrene havde en svarprocent på 76% og det vurderes som tilfredsstillende. Via lægernes beskrivelse af de ikke-deltagende forældre ved vi, at de forældre, der valgte ikke at udfylde spørgeskemaerne, lidt oftere var enlige og født udenfor Danmark, samt at fædre til børneundersøgelse oftere fravalgte at deltage i undersøgelsen. Familier, der valgte at deltage, og familier, der valgte ikke at deltage, var ens med hensyn til, hvor ofte barnet havde

haft kontakt til praksis og hvor ofte lægen i forvejen kendte til somatiske problemer hos barnet. Blandt de familier der deltog, angav lægen lidt oftere at kende familien rigtig godt og blandt de familier, der ikke deltog, angav lægen lidt oftere at have kendskab til sociale problemer hos forældrene.

For 25 år siden havde Gert Almind en lægesvarprocent på 77% (391 læger og 648 børneundersøgelser) og en forældresvarprocent på 49% (400 børneundersøgelser). Desværre er det sandsynligt at tidspresset, og ikke mindst mængden af spørgeskemaer hos de praktiserende læger er øget kraftigt siden. Kirsten Lykke havde i 2005 en svarprocent på 72%, men her var "blot" tale om et kort generelt skema og ikke at lægerne skulle udfylde skemaer efter konkrete undersøgelser.

Registerundersøgelsen

Registerundersøgelsen var den første befolkningsdækkende undersøgelse, der karakteriserede ikke-deltagere forældre i fem forebyggende børneundersøgelser baseret på repræsentative kohorter og den første, der i dette omfang benyttede sig af registerdata, hvorved man undgik fejlkilder som f.eks. recall-bias, der er et velkendt problem i mange retrospektive studier.

Undersøgelsen var baseret på registerdata for to årgange af børn i Danmark, hvilket både gjorde studiets resultater meget valide og generaliserbare. Den var desuden baseret på data fra 2002 til 2004 og viser derfor den aktuelle situation i Danmark. I undersøgelsen inddrages oplysninger om både faderen og moderen, i modsætning til de andre undersøgelser, vi har kendskab til, hvor alle på nær én udelukkende har inddraget oplysninger om moderen.

Der er få metodiske forbehold ved registerundersøgelsen. En del af de børn, der indgik i de to kohorter, boede ikke i Danmark i hele perioden 2002-2004, hvorfor de blev ekskluderet. Det var derfor nødvendigt at karakterisere disse børn og deres familier for at vurdere, om de adskilte sig fra de inkluderede børn og deres familier. I alt 1.879 børn blev ekskluderet i 5-månedersundersøgelsen og 3.016 børn i 4-årsundersøgelsen. I det følgende gennemgås de variable, hvor de ekskluderede individer adskilte sig signifikant fra de inkluderede.

I forbindelse med 5-månedersundersøgelsen havde de ekskluderede børn haft færre indlæggelser end de inkluderede børn, og var i højere grad først fødte eller havde 3 eller flere ældre biologiske søskende. De ekskluderede børns mødre var i mindre grad i arbejde, og forældrene til de ekskluderede børn havde en lavere indtægt end forældrene til de inkluderede børn. I forbindelse med 4-årsundersøgelsen var de ekskluderede børn i højere grad først fødte eller havde 3 eller flere ældre biologiske søskende. Desuden boede de i større udstrækning enten hos en enlig forælder eller ikke hos nogen af forældrene.

De ekskluderede børns mødre var i højere grad under 25 år og indvandrere. Forældrene var i mindre grad i arbejde, havde en lavere indtægt og boede i højere grad i hovedstadsregionen og bykommuner end inkluderede forældre. I både 5 måneders og 4-årsundersøgelsen besad de ekskluderede i stort omfang de socioøkonomiske og demografiske karakteristika, som var associeret med ikke-deltagelse. Dette betyder, at de sande overrisici for ikke-deltagelse højst sandsynligt er større end de overrisici, der er fundet i denne undersøgelse.

Interviewdelen

Det har været målet med interviewundersøgelsen at få forskellige vinkler og holdninger til børneundersøgelser belyst af læger og forældre, der havde erfaringer på området. Der blev lagt vægt på at læger og forældre ikke havde en personlig relation til interviewereren, men de blev ikke tilfældigt udvalgt. Som nævnt blev der derimod lagt vægt på at rekruttere per-

soner, som adskilte sig på områder vi havde en forestilling om, kunne have indflydelse på deres holdninger og oplevelser. Da det ikke var hensigten, at interviewundersøgelsen skulle tegne et repræsentativt billede af læger og forældres holdninger og oplevelser, men nærmere give indtryk af argumenter og uddybe forskellige aspekter af børneundersøgelserne, udgør dette ikke et metodisk problem, men nærmere en styrke.

I løbet af både rækken af læge- og forældreinterview oplevede intervieweren, at de samme oplysninger begyndte at komme igen og få nye kom til, hvilket er tegn på, at emnet er godt dækket.

Interviewene blev ikke gennemført umiddelbart efter en børneundersøgelse. Både lægerne og forældrene blev spurgt ind til deres generelle erfaringer med børneundersøgelserne, men forældre blev tillige bedt om at tænke tilbage på den sidste børneundersøgelse, der havde været til med deres barn. Hvor længe der var gået siden og hvor godt forældrene huskede den sidste børneundersøgelse varierede. Nogle forældre havde svært ved at skelne mellem hvad der konkret var foregået til børneundersøgelser og almindelig konsultationer, hvilket kan have haft betydning for beskrivelsen af deres oplevelser. Det konkrete indhold af børneundersøgelserne blev dog belyst ved spørgeskemaundersøgelsen og der blev i interviewundersøgelsen lagt vægt på at få diskuteret holdninger til, behov for og udbytte af børneundersøgelserne på lidt længere sigt og ikke kun umiddelbart efter undersøgelsen.

Områder der ikke er inkluderet i evalueringen

Af ressourcemæssige årsager er der områder, der ikke blev belyst ved denne evaluering.

Børnefamilier fra etniske minoriteter blev kun inddraget i spørgeskemaundersøgelsen i det omfang, de beherskede det danske sprog rimeligt. Det ville have været nødvendigt med oversættelse af spørgeskemaer til en række andre sprog, hvis disse familiers erfaringer med og behov for børneundersøgelser og børnevaccination skulle belyses tilstrækkeligt. Det ville formentlig tillige være hensigtsmæssigt at tilpasse spørgeskemaer specielt til målgruppen. Det samme gjorde sig gældende i forhold til interviewguides. Imidlertid tillod undersøgelsens budget ikke dette. Alle børn, uanset etnicitet blev dog medtaget i registerundersøgelsen, der karakteriserede deltagere og ikke-deltagere i børneundersøgelse og børnevaccination.

Erfaring fra konkrete børnevaccinationer var begrænset til de vaccinationer, der faldt sammen med en børneundersøgelse, dvs. DiTeKiPolHib vaccination ved 5 mdr., 12 mdr. og 5 år. I det generelle skema til lægerne, samt i interviewdelen og fokusgruppediskussionerne blev der spurgt mere generelt indtil vaccination, herunder også MFR vaccination. Deltagerprocenter og karakteristik af familier, der fravalgte vaccination blev dog analyseret for alle vaccinationer i 0-5-årsalderen.

De praktiserende lægers samarbejde med andre aktører blev ikke analyseret, udover en beskrivelse af hvem de praktiserende læger viderehenviser børn til. Det ville være relevant at analysere samarbejdet og arbejdsdelingen med sundhedsplejersker, pædagoger, skolelærere, børnelæger, personalet i socialforvaltningen m.fl.

13 Referencer

1. Juel K. Statens Institut for Folkesundhed. Dødeligheden i Danmark gennem 100 år. Danskerne lever længere, men hvorfor 3-4 år kortere end svenske mænd og franske kvinder? København: Kailow Graphic A/S, 2004.
2. Danmark Statistik. <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1024> (Download 18/5 2006). 2006;
3. Petersen TA, Madsen M, Rasmussen S. Danske skolebørns BMI målt i perioden 1986/1987-1996/1997 sammenlignet med danske målinger fra 1971/1972. Ugeskr Laeger 2002;164(43):5006
4. Arshad SH, Matthews S, Gant C, Hide DW. Effect of allergen avoidance on development of allergic disorders in infancy. Lancet 1992;%20;339(8808):1493-7.
5. Barker DJ, Godfrey KM, Fall C, Osmond C, Winter PD, Shaheen SO. Relation of birth weight and childhood respiratory infection to adult lung function and death from chronic obstructive airways disease. BMJ 1991;303(6804):671-5.
6. Shaheen SO, Barker DJ, Shiell AW, Crocker FJ, Wield GA, Holgate ST. The relationship between pneumonia in early childhood and impaired lung function in late adult life. Am J Respir Crit Care Med 1994;149(3 Pt 1):616-9.
7. Wadsworth MEJ. Serious illness in childhood and its association with later-life achievement. Class and health 1986;
8. Børnekommissionen. Vi mener ... om småbørn i Danmark. København: 1979.
9. Antonsen B. Socialministeriets historie. 2001.
10. Sundhedsstyrelsen. Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinier. Sundhedsstyrelsens publikationer, 1995.
11. Sundhedsstyrelsen. Forebyggende Sundhedsydelse til børn og unge. Anbefalinger. Sundhedsstyrelsens publikationer, 2007.
12. Vaccine Sundhedsstyrelsen. Børnevaccinationsprogrammet i Danmark. 2004.
13. Landoverenskomst PLO, Kap. 2 Børneundersøgelser og vaccinationer. 2006;
14. Almind G, Faxholm L, Holstein BE, Lyster J, Pedersen J, Rasmussen IB, Teilmann H. Som man sår? Småbørnsprofylakse i Danmark. Dansk Sygeplejeråd, 1985.
15. Almind,G. Forebyggende arbejde med småbørnsfamilier i almen praksis og sundhedspleje. Københavns Universitet, Institut for almen medicin, 1984.
16. Almind G and Holstein BE. Foreløbige resultater fra småbørnsprofylakse-projektet. 1979.

17. Almind G, Pedersen J. Udebliven fra profylaktiske børneundersøgelser. Ugeskr Læger 1979;141(29):2001-4.
18. Juhl M, Morgan CS, and Andersen A-MN. Kortlægning af de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. 2005.
19. Williams B.C., Miller C.A. Preventive health care for young children: Findings from a 10-country study and directions for united states policy. Pediatrics 1992;89(5):983-98.
20. Flachs L, Melgaard K. Tilslutning til børneundersøgelser og vaccinationer. Månedsskr Prak Lægeger 1999;2:249-56.