

Ledelsesresumé

Småbørnenes akutte kontakter til sundhedsvæsenet

Når man generelt taler om forebyggelse af unødvendige kontakter til sundhedsvæsenet, kan der være en tendens til at overse børnefamiliers brug af sundhedssystemet. I denne analyse undersøger vi forskelle i akutte kontakter til sundhedsvæsenet blandt børn i alderen 0 til 2 år. Det gør vi, fordi småbørn relativt set er den befolkningsgruppe med flest akutte kontakter til sygehuset og vagtlægen. Omkring halvdelen af alle 0-2-årige børn har minimum én årlig akut kontakt til sygehuset eller vagtlægen.

Når børnene kommer akut på sygehuset, er det som oftest med feber, hoste, forkølelse, infektioner og andre mindre alvorlige lidelser. Selvom nogle af disse kontakter er nødvendige, kan en del formentlig undgås og eventuelt behandles hos egen læge. Der kan være et forbedringspotentiale, hvor antallet af de unødige akutte kontakter kan reduceres mange steder i landet, så vagtlægerne og sygehuspersonalet kan bruge mere af tid på behandling af mere alvorligt syge patienter. Det skal også ses i lyset af, at antallet af børn i alderen 0 til 2 år forventes at stige med 15 pct. over de kommende 10 år.

Denne analyse bidrager med ny viden om småbørnenes brug af det akutte sundhedssystem i Danmark. Samtidig undersøges både forskelle på tværs af regioner, kommuner og praktiserende læger, og der dykkes nærmere ned i selve forløbet omkring den akutte kontakt. Endelig beskrives de typer af familier, hvis børn har størst risiko for akutte kontakter. Både regioner, kommuner og almen praksis har på forskellig vis mulighed for at påvirke omfanget af akutte kontakter blandt småbørnene og benchmarkinganalyserne på tværs af sektorerne skal derfor ses i sammenhæng. Den samlede analyse giver således et grundlag for overvejelser hos de enkelte aktører, men styrker også grundlaget for dialogen mellem aktørerne på sundhedsområdet.

Store geografiske forskelle i akutte kontakter til sundhedsvæsenet blandt småbørnene

Da regionerne har forskellig organisering og visitation til akutsystemet, ses der i denne analyse på børnenes akutte sygehuskontakter og vagtlægekontakter under ét, dvs. uden at skelne til varighed af kontakten eller kontakttypen. Det sikrer, at det er muligt at sammenligne antallet af akutte kontakter på tværs af landet. I denne analyse undersøges det dermed ikke, om der er forskelle i tyngden af kontakterne.

Regionerne har mulighed for at påvirke antallet af kontakter igennem den pågældende organisering af akutsystemet og den regionale visitationspraksis. Ser man alene på den kommunale medfinansiering, har kommunerne et højere økonomisk incitament til at forebygge sundhedsforbrug blandt 0-2-årige børn sammenlignet med andre befolkningsgrupper og kan blandt andet gøre dette via indsatser i sundhedsplejen. De alment praktiserende læger er som regel patienternes første kontakt til sundhedsvæsenet ved helbredsproblemer og fungerer som henvisere og dermed 'gatekeepere' til det mere specialiserede sundhedsvæsen. Aktører fra alle tre sektorer kan dermed påvirke og forebygge antallet af akutte kontakter blandt småbørnene.

I bilagsmaterialet kan man se tallene for akutte kontakter blandt småbørnene både på regions-, kommune- og praksiskommuneniveau. Analysen viser, at der er store forskelle på tværs af både regioner, kommuner og praktiserende læger i antallet af årlige akutte kontakter blandt småbørn, jf. tabel 1. Antallet af kontakter pr. 1.000 børn varierede i 2017 på tværs af regioner fra 1.020 kontakter til 1.530 kontakter, svarende til en forskel på ca. 50 pct. Tilsvarende forskelle findes også mellem kommuner og praktiserende læger.

Efter at der er justeret for en række individbaserede socioøkonomiske faktorer og udbudsfaktorer er der stadig forskelle på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. I regionen med færrest akutte kontakter er der 8 pct. færre akutte kontakter, end man kunne forvente på baggrund af rammevilkår, mens der i regionen med flest akutte kontakter er 15 pct. flere kontakter, end man kunne forvente på baggrund af regionens rammevilkår. Tilsvarende gælder kommuner og praktiserende læger, hvor variationerne er endnu større, hvilket også skal ses i lyset af at der er færre børn pr. almen praksis og kommune, end der er pr. region. De store forskelle mellem regioner, kommuner og praktiserende læger indikerer, at der er et potentiale for at lære af hinanden og forbedre den forebyggende indsats på området.

Tabel 1

Forskelle i akutte kontakter pr. 1.000 børn på tværs af regioner, kommuner og almen praksis, 2017

	Region ¹⁾	Kommune ²⁾	Almen praksis ³⁾
Faktiske akutte kontakter	----- Antal kontakter pr. 1.000 børn -----		
- Flest	1.530	1.860	2.100
- Færrest	1.020	760	600
Justeret for rammevilkår	----- Pct. -----		
- Flest (ift. forventet)	15	25	52
- Færrest (ift. forventet)	-8	-21	-45

Anm.: 1) Region med henholdsvis flest og færrest akutte kontakter pr. 1.000 børn. 2) Kommunen med henholdsvis flest og færrest kontakter. Opgørelsen er uden 0-kommuner, som har betydeligt færre kontakter end andre kommuner. 3) De 5 pct. af almen praksis med henholdsvis flest og færrest kontakter.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Forløbet i perioden omkring den akutte kontakt

Når omkring halvdelen af små børn kommer mindst én gang årligt forbi vagtlægen eller sygehuset har det været interessant at afdække, om børnene bliver tilset af andre aktører i løbet af perioden omkring den akutte kontakt. Dermed ses der på, hvilke aktører der har mulighed for at forbedre indsatsen og forebygge nogle af de unødige akutte kontakter. De vigtigste fund vedrørende børnenes kontakter til sundhedsvæsenet i perioden omkring den akutte kontakt er:

- I 4 ud af 10 af tilfælde har der ikke været en forudgående kontakt til sundhedssystemet. Det kan skyldes, at sygdommen er opstået akut uden for dagstid, hvor der ikke er andre behandlingstilbud. Det kan dog også være en indikation på, at der er tale om uhensigtsmæssig brug af sundhedsvæsenet, fx travle forældre der foretrækker at kontakte sundhedssystemet uden for dagstid, eller at nervøse forældre ikke venter til dagen efter og eventuelt kontakter barnets læge. Der kan dermed være potentiale for at skærpe visitationspraksis og informere forældrene om, at de skal se tiden an og eventuelt kontakte barnets læge dagen efter.
- I 3 ud af 10 af tilfælde har forældrene taget kontakt til barnets egen læge forud for den akutte kontakt. Man kan forestille sig, at den akutte kontakt sker som følge af forværringen af sygdommen uden for dagstid. Men i nogle tilfælde kan der være et potentiale for bedre henvisningspraksis i almen praksis. I andre tilfælde kan der være potentiale for bedre vejledning af forældrene i forhold til, hvordan de skal observere barnet, og hvilke symptomer der skal være til stede, før de skal i kontakt med akutsystemet.
- Når barnet har en akut kontakt, afslutter vagtlægen eller personalet på sygehuset i mere end halvdelen af tilfældene barnets forløb. I de resterende tilfælde har barnet i ugen efter den

akutte kontakt én eller flere kontakter til forskellige dele af sundhedsvæsenet. Nogle af de efterfølgende kontakter skyldes, at forældrene henvises til barnets læge med henblik på at få en recept til medicin, eller fordi barnet skal til opfølgning og kontrol. Andre gange kan det være, at personalet på sygehuset giver en såkaldt *subakut* tid dagen efter, eller en åben indlæggelse, hvor forældrene kan komme direkte ind på sygehusafdelingen uden om visitationen ved egen læge, vagtlæge eller akuttelefonen. I nogle tilfælde kan der være et potentiale for, at vagtlægen og sygehuspersonalet er mere præcis i vejledningen omkring, hvordan barnet skal plejes, når familien kommer hjem, og hvilke symptomer der skal være til stede, før forældrene bør henvende sig til barnets læge, og i hvilke tilfælde de burde henvende sig akut igen.

Et andet interessant fund ved forløbsanalysen er, at selvom der er regionale forskelle i antallet af akutte kontakter, både i det faktiske niveau og under hensyn til rammevilkår, er der ikke så store forskelle mellem regionerne i selve forløbet omkring den akutte kontakt.

Risikofaktorer forbundet med akutte kontakter

I analysen identificeres familier, hvor småbørnene statistisk set har en højere risiko for akutte kontakter. Den viden kan hjælpe det sundhedsfaglige personale med at identificere målgrupper, der eventuelt kan have gavn af en ekstra indsats. Der er særligt tale om:

- **Vuggestue- og dagplejebørn.** Disse børn forventes at have ca. 50 pct. flere akutte kontakter end børnehavebørnene og dobbelt så mange akutte kontakter som børn, der er under et halvt år.
- **Børn af unge forældre.** Hvis moren er under 25 år, forventes barnet at have ca. 25 pct. flere akutte kontakter, end hvis moren er over 40 år gammel.
- **Børn af forældre uden uddannelse ud over grundskolen.** Hvis moren er uden uddannelse, forventes barnet at have godt 20 pct. flere akutte kontakter, end hvis moren har en lang videregående uddannelse.
- **Børn af forældre, hvor begge er af anden etnisk herkomst end dansk.** Hvis begge forældre har en anden etnisk herkomst end dansk, forventes barnet at have godt 35 pct. flere akutte kontakter, end hvis begge forældre har dansk herkomst.
- **Børn af forældre med stort forbrug af akutte kontakter.** Hvis moren har mere end 3 akutte kontakter, forventes barnet at have mere end dobbelt så mange akutte kontakter sammenlignet med, hvis moren ikke selv har akutte kontakter. Hvis faren har mere end 3 kontakter, forventes barnet at have godt 50 pct. flere akutte kontakter, end hvis faren ikke har akutte kontakter.

I analysen er der også undersøgt, om der er faktorer omkring sundhedssystemet, der kan være med til at forklare børnenes akutte kontakter. Faktorer, der havde højest betydning er:

- **Afstand til nærmeste vagtlæge** i de fire regioner med vagtlægeordningen og tilsvarende afstand til det sygehus, barnet hører til i Region Hovedstaden. Jo længere afstand desto lavere er risikoen for akutte kontakter. Hvis afstanden til vagtlægen eller sygehuset er mere end 20 km, forventes barnet at have 12 pct. færre akutte kontakter end hvis afstanden er under 5 km.

- **Afstand til barnets praktiserende læge.** Jo længere afstand til lægen desto større er risikoen for at akutte kontakter. Hvis afstanden til lægen er mere end 20 km, forventes barnet at have ca. 13 pct. flere akutte kontakter, end hvis afstanden til lægen er under 5 km.
- **Sygelighed blandt patienter tilknyttet samme læge som barnet.** Hvis lægens patienter generelt har en lav sygelighed, forventes barnet at have ca. 14 pct. færre akutte kontakter, end hvis de tilknyttede patienter har generelt en høj sygelighed.

Sammenhæng til sundhedsplejeindsats og akutte kontakter under hensyn til rammevilkår

I analysen er der underøgt simple sammenhænge mellem en række nøgletal omkring sundhedsplejen og akutte kontakter under hensyn til forskelle i rammevilkår blandt de 0-2-årige børn. Disse sammenhænge peger generelt i forskellige retninger og skal tolkes med varsomhed. Følgende kan dog fremhæves:

- Børn i kommuner, der tilbyder 5 hjemmebesøg i løbet af barnets første leveår, har færre akutte kontakter end forventet. Det gælder både i forhold til det førstefødte barn i familien og de efterfølgende børn.
- Kommuner, der har åbent hus med tidsbestilling, eller som anvender konsultationer i stedet for hjemmebesøg, har flere akutte kontakter end forventet.
- Kommuner, der samarbejder på tværs af faggrupper og sektorer, klarer sig i gennemsnit bedre end forventet i forhold til børnenes akutte kontakter.

Videre perspektiver

Analysen har vist, at der er potentiale for, at både regioner, kommuner og praktiserende læger kan arbejde med bedre forebyggelse af unødvendige kontakter blandt småbørnsfamilierne. Det drejer sig eksempelvis om sløje børn, der ikke er så syge, at de har brug for en indlæggelse, eller en tur til vagtlægen sent om aften eller i weekenden.

Region Hovedstaden har i 2017 udarbejdet en evalueringsanalyse¹, der belyser årsager til, at nogle børn har flere akutte kontakter med sundhedsvæsenet end andre. I analysen peges der også på en række konkrete forslag til forebyggende initiativer, der primært handler om støtte til forældre via information, vejledning og undervisning. Forslagene er relevante både for regioner, kommuner og praktiserende læger, og de kan tilpasses den lokale organisering og praksis på området.

¹ Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, juni 2017: Analyse af børns brug af sundhedsydelser