

Børn og unges sundhed og trivsel



REGION NORDJYLLAND

n

1 Indholdsfortegnelse

1	Indholdsfortegnelse.....	2
2	Forord.....	4
3	Sammenfatning.....	5
3.1	Baggrund.....	5
3.2	Formål.....	5
3.3	Sammenfatning.....	5
4	Ulighed i gravides sundhedsvaner.....	7
4.1	Gravides sundhed i 2011.....	7
4.2	Social ulighed i de gravides sundhedsvaner.....	8
5	Genindlæggelse af spædbørn.....	11
5.1	Indlæggelsestid og genindlæggelser.....	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
5.2	Tid fra udskrivning til første besøg af sundhedsplejerske.....	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
6	Forebyggende børneundersøgelser.....	12
6.1	Forebyggende børneundersøgelser i tal og tilslutning.....	13
6.2	Den sociale ulighed i tilslutningen til de forebyggende børneundersøgelser.....	13
7	Overvægt.....	15
7.1	Overvægt og moderens BMI.....	15
7.2	Overvægt og social ulighed.....	17
8	Medicinforbrug blandt børn og unge.....	19
8.1	Medicinforbrug.....	19
8.1.1	ADHD medicin.....	20
8.1.2	Svag smertestillende.....	20
8.1.3	Sove-/beroligende medicin.....	21
8.1.4	Angstdæmpende medicin.....	21
8.1.5	Antidepressiv medicin.....	22
8.1.6	Antipsykotisk medicin.....	22
8.2	Social ulighed i børn og unges medicinforbrug.....	23
9	Ulykker.....	28
9.1	Forekomst af ulykker blandt børn og unge.....	28
9.2	Hjemme- og fritidsulykker.....	30
9.3	Trafikulykker.....	33
10	Metode.....	35
10.1	Metode.....	35
10.2	Analyseområde.....	35
10.3	Statistiske analyser.....	36
11	Bilag.....	37
11.1	Databearbejdning gennem kapitlerne.....	37
11.1.1	Ulighed i gravides sundhedsvaner.....	37

11.1.2	Genindlæggelse af spædbørn	37
11.1.3	Forebyggende børneundersøgelser.....	37
11.1.4	Overvægt.....	37
11.1.5	Medicinalforbrug blandt børn og unge.....	38
11.1.6	Ulykker	38

2 Forord

Fundamentet for et sundt liv skabes i barndommen og i ungdomsårene. Derfor har Region Nordjylland og de nordjyske kommuner i Den politiske Sundhedsaftale valgt at fokusere på børn og unges sundhed og trivsel.

Børn og unges sundhed og trivsel påvirkes af flere faktorer. Dette kan eksempelvis være arvelige forhold, der påvirker barnets medfødte sundhedstilstand, sociale opvækstvilkår eller den sundhedsadfærd, barnet lærer fra omgivelserne.

Barndommen er særlig vigtig, da børn gennemgår en hurtig udvikling, der er yderst sensitiv for påvirkninger fra omgivelserne. Barndommen og ungdommen er desuden de år, hvor grundlaget for voksenlivets sundhedsadfærd udvikles og dannes. Der er stor sandsynlighed for at barnet fører de sundhedsvaner det har lært fra sine omgivelser med sig over i ungdoms- og voksenlivet. De u hensigtsmæssige sundhedsvaner, som barnet eventuelt tilegner sig under opvæksten, kan risikere at påvirke livskvaliteten og den sociale trivsel, og på sigt kan det medføre kroniske sygdomme.

Sundheden blandt børn og unge er heller ikke ligeligt fordelt. Børn født i mindre privilegerede familier har eksempelvis betydelig større risiko for at få helbredsproblemer som spæde og op gennem barndommen end børn fra mere privilegerede miljøer.

Hensigten med denne rapport er at beskrive børn og unges sundhed i de sammenhænge, hvor de har kontakt til sundhedsvæsenet, og hvor sundhedsprofessionelle med deres fokuserede indsats kan hjælpe i forhold til børn og unges sundhedsmæssige problemstillinger.

Sundhedskoordinationsudvalget for Region Nordjylland har derfor aftalt, at der på baggrund af denne rapport skal ske en afklaring af, om der i indeværende sundhedsaftaleperiode, kan træffes aftaler om tværsektorielle indsatser, der kan fremme sundhed og trivsel for de nordjyske børn og unge.

Region Nordjylland

December 2012

3 Sammenfatning

3.1 Baggrund

Region Nordjylland og de nordjyske kommuner har igennem sundhedsaftalen udarbejdet visioner, der skal sikre struktur og sammenhæng i de patientforløb, der løber på tværs af sektorerne. En del af sundhedsaftalen omfatter forebyggelse og sundhedsfremme, der inkluderer udarbejdelse af sundhedsprofiler med henblik på at identificere sundhedstilstanden i de nordjyske kommuner og i regionen. I Den Politiske Sundhedsaftale, der blev godkendt i 2011, er det aftalt at monitorere børn og unges sundhedstilstand via sundhedsprofildata og øvrige relevante sundhedsdata. Formålet er sætte fokus på indsatsområder, der kan iværksættes i fælles regi og forbedre børn og unges sundhedstilstand (2).

3.2 Formål

- At beskrive sundhed og trivsel blandt børn og unge i Region Nordjylland, med henblik på at bidrage til den politiske prioritering af indsatsområder på tværs af regionen og de nordjyske kommuner
- Beskrive den sociale ulighed i sundhed blandt børn og unge i Region Nordjylland

3.3 Sammenfatning

Sundhedsvæsenet møder de fleste børn og unge flere gange i løbet af deres opvækst. De registrerede data fra disse kontakter danner i denne rapport grundlag for den første kortlægning af nordjyske børn og unges sundhed og trivsel samt den ulighed der forekommer. I rapporten fokuseres der på 6 områder, som er valgt fordi, der vurderes at være et forebyggelsespotentiale.

1. Gravides livsstil

Allerede under graviditeten, kan moderen påvirke barnets sundhed og trivsel med rygning, alkohol og overvægt. Andelen af gravide rygere uden erhvervsuddannelse er højere end 40%, mens det er mindre end 3% for gravide rygere med en lang videregående uddannelse. Når det kommer til alkohol under graviditeten har tendensen været nedadgående siden 2002, og den sociale ulighed er ikke entydig i 2010. I tidligere år drak gravide med en lang videregående uddannelse i højere grad alkohol under graviditeten end mødre i de øvrige uddannelsesgrupper. For samtlige gravide er andelen af overvægtige (BMI større end 25) øget siden 2000. I 2010 er mere end 35% af mødre uden erhvervsuddannelse og kort uddannelse er overvægtige, mens det er under 30% for mødre med en lang videregående uddannelse.

2. Genindlægelser af spædbørn

UNDER OPDATERING

3. Forebyggende børneundersøgelser

Indenfor de fem første leveår tilbydes alle børn syv forebyggende børneundersøgelser hos den praktiserende læge samt syv vaccinationer - hvoraf fire indgår som del af børneundersøgelserne. Generelt er der stor tilslutning til børneundersøgelserne, og særligt i barnets første leveår. I forbindelse med børneundersøgelserne ved 2, 3 og 4 års alderen registreres generelt en faldende tilslutning, som dog er størst

blandt børn af mødre uden erhvervsuddannelse. Her er det eksempelvis under 50 % af børnene, der kommer til 3 års undersøgelsen.

4. Overvægt

Overvægt er et stigende problem i Danmark, og der er kommet større fokus på, hvordan moderens overvægt påvirker barnets vægt både ved fødsel og ved skolestartsalderen. Børn med høj fødselsvægt er i risiko for at have flere komplikationer ved fødslen. Fx bliver de store børn oftere født ved kejsersnit end børn med lavere fødselsvægt. Rapporten viser, at barnets fødselsvægt ofte hænger sammen med moderens vægt - overvægt vil dermed øge risikoen for høj fødselsvægt. Samtidig er andelen af børn med en for høj vægt ved skolestartsalderen størst blandt de børn, der har haft en høj fødselsvægt. 20% af børnene af mødre uden erhvervsuddannelse er enten overvægtige eller har risiko for at blive overvægtige.

5. Medicinforbrug

Rapporten omhandler børn og unges medicinforbrug fra 2007 til 2009 inden for seks forskellige medicin typer, udskrevet på recept med tilskud. Det drejer sig om: ADHD medicin, svag smertestillende medicin, sove-/beroligende medicin, angstdæmpende medicin, antidepressiv medicin og antipsykotisk medicin. Køb af ADHD, sove/beroligende, angstdæmpende og antipsykotisk medicin stiger med alderen. Køb af angstdæmpende og antidepressiv medicin er størst blandt piger, mens køb af ADHD er størst blandt drenge. For alle medicintyperne gælder det, at det er børn af mødre uden erhvervsuddannelse, der i højere grad er forbrugere af medicin.

6. Ulykker

Ulykker blandt børn og unge foregår oftest hjemme eller i fritiden. Den hyppigste ulykkestype er slag/stød på grund af fald i boligområder. Det er oftest de 10- til 13-årige, der kommer til skade, og børn af mødre uden erhvervsuddannelse har en lidt større ulykkestendens end de resterende uddannelsesgrupper. Når det kommer til trafikulykker er ulykkesforekomsten højest blandt de 14- til 17-årige. Uanset alder er det børn af mødre uden erhvervsuddannelse, der kommer hyppigst til skade. I forhold til cykelulykker er det dog børn af mødre med en lang videregående uddannelse der kommer oftere til skade, end de andre uddannelsesgrupper.

4 Ulighed i gravides sundhedsvaner

Under graviditeten er barnets udvikling sensitiv overfor eksterne påvirkninger, og dermed kan uhenigtsmæssige sundhedsvaner i graviditeten påvirke barnets udvikling og sundhed.

Indtag af alkohol kan have konsekvenser for barnets udvikling og kan for eksempel medføre misdannelser, øget risiko for abort, og på sigt lav intelligens og indlæringsvanskeligheder. Det er endnu ikke fastslået, hvor lille en mængde alkohol, der kan være skadeligt for barnet (1).

En anden uhenigtsmæssig sundhedsvane, der kan påvirke barnets udvikling under graviditeten er rygning. Rygning kan forårsage for tidlig fødsel og lav fødselsvægt, og samtidig stiger risikoen for abort, fosterdød og vuggedød. Det er tillige vist, at rygning og passiv rygning gennem graviditeten i højere grad kan medføre astma og allergi hos barnet (2).

Det har i flere år været frarådet at ryge og indtage alkohol under graviditeten. Nogle af de nyeste anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen er, at den gravide bør spise sundt og varieret og dyrke moderat motion i minimum 30 minutter om dagen.

Baggrunden for anbefalingerne om at spise sundt og varieret er, at mange gravide ofte tager for meget på under graviditeten, hvilket kan have betydning for barnets udvikling og moderens helbred på sigt. Derudover har anbefalingerne om sund kost også en forebyggende indsats mod fedme opstået under graviditeten. Det samme gør sig gældende for motion, idet det også kan forebygge en uhenigtsmæssig stor vægtøgning. Derudover har motion en gavnlig effekt på den gravide. Moderat aktivitet modvirker nemlig bækkensmerter, mens træning af bækkenbunden har vist sig at kunne forebygge urininkontinens og give en mindre kompliceret fødsel. Dog skal det her tilføjes, at der er en forøget risiko for præeklamsi¹, hvis motionen overstiger 270 minutter om ugen i den første tredjedel af graviditeten. Samtidig er der en lille, men forøget, risiko for spontan abort. Derfor anbefales gravide kvinder at finde mildere motionsformer og at være opmærksom på, hvor meget tid, de bruger på motion i den første tredjedel af graviditeten.

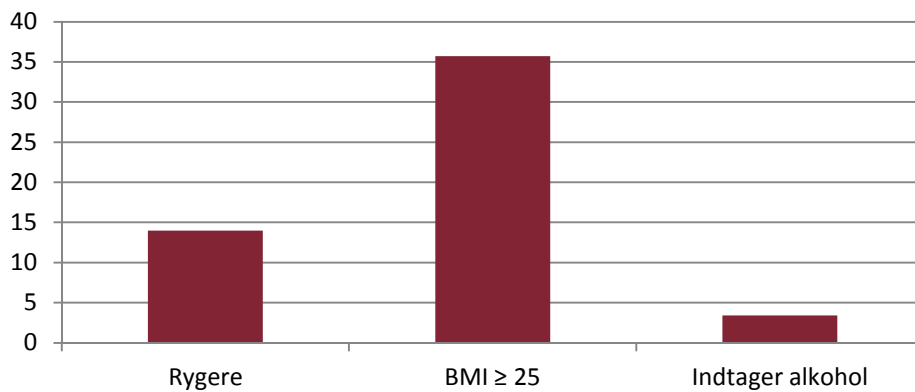
I de tilfælde hvor moderen er overvægtig, er der øget risiko for, at fødslen bliver kompliceret, da børn af overvægtige mødre oftere er store (mere end 4000 gram) og dermed oftere vil resultere i fødsel ved kejsersnit (3). Moderens overvægt kan på lang sigt give problemer for barnet. Det tyder nemlig på, at børn med høj fødselsvægt har højere risiko for selv at blive overvægtige og få sukkersyge end børn med normal fødselsvægt.

Dette kapitel vil beskrive udviklingen af gravides sundhed med fokus på rygning, alkohol og BMI i årene 2000-2010. Derudover vil kapitlet belyse den sociale ulighed, når det kommer til uhenigtsmæssige sundhedsvaner.

4.1 Gravides sundhed i 2011

Figur 4.1 viser, hvordan gravides sundhed inden for de undersøgte områder er fordelt i 2011. Den samme person, kan godt forekomme i flere søjler. Andelen af rygere er lige knap 15 procent, mens kun fire procent indtager alkohol under graviditeten. Når det kommer til overvægtige gravide (BMI \geq 25) er andelen mere end 35 procent.

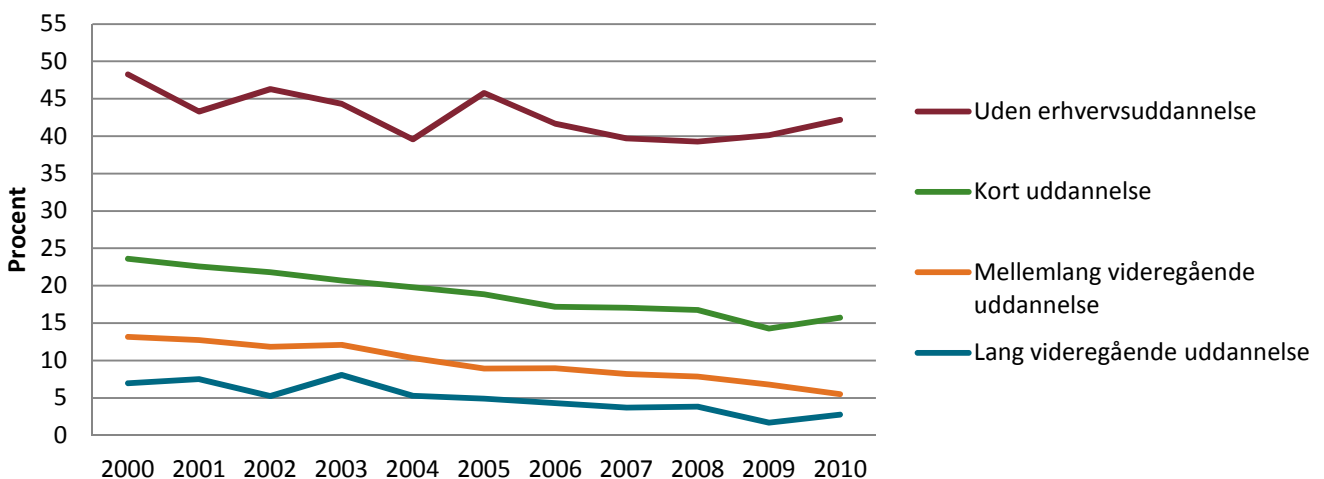
¹ Præeklamsi: Er en tilstand, hvor moren har forhøjet blodtryk, protein i urinen og ophobning af væske i kroppen. Dette kan medføre at fosteret får vækstretardering og i værste fald medføre fosterdød eller morens død (4).

Figur 4.1 Gravides sundhed i 2011. Procent

Kilde: PAS

4.2 Social ulighed i de gravides sundhedsvaner

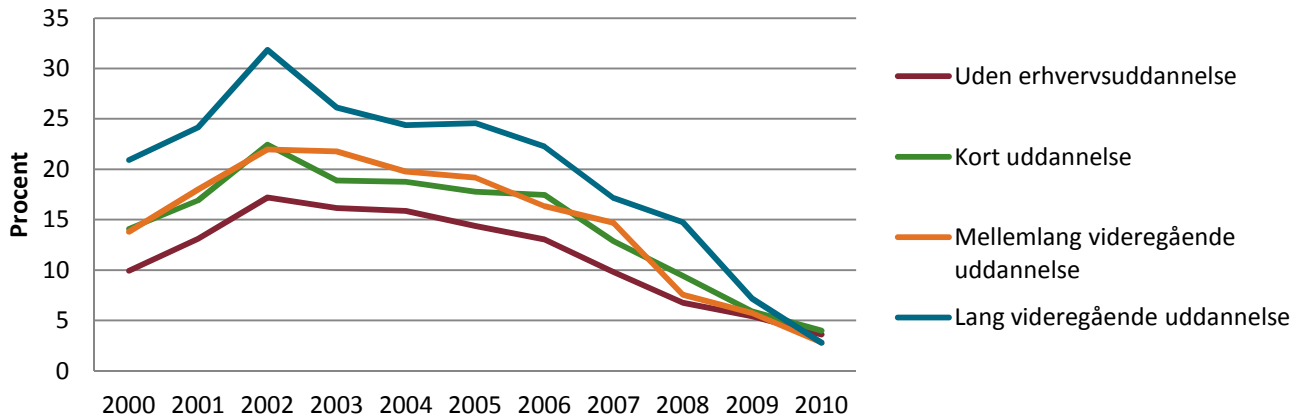
Det fremgår af figur 4.2 at andelen, der ryger under deres graviditet, er højest blandt de gravide uden erhvervsuddannelse. Selvom kurven ikke er konstant faldende fra 2000 til 2009, viser figuren, at der er sket et fald i antallet af gravide rygere på tværs af alle uddannelsesniveauer. Det er dog alarmerende, at andelen af gravide rygere stiger fra 2009 til 2010, når man ser bort fra gravide med mellemlang videregående uddannelse, hvor tendensen stadig er nedadgående. Andelen af gravide rygere falder med stigende uddannelsesniveau. Andelen af gravide rygere uden erhvervsuddannelse, er over 40 procent i 2010.

Figur 4.2 Andelen af gravide inden for hvert uddannelsesniveau, der ryger under graviditeten for årene 2000 til 2010. Procent

Kilde: PAS, Danmarks Statistik

Figur 4.3 viser, at andelen af gravide, der indtager alkohol under graviditeten, har været øget med stigende uddannelsesniveau. I 2010 er billedet dog ikke entydigt. Siden 2002 har der for alle uddannelsesgrupper været et markant fald i andelen, der indtager alkohol under graviditeten.

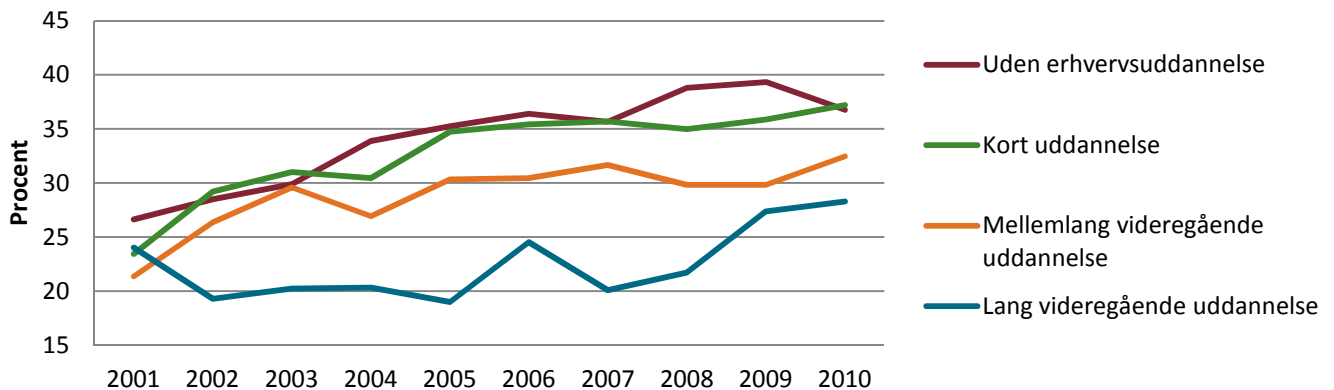
Figur 4.3 Andelen af gravide inden for hvert uddannelsesniveau, der indtager alkohol under graviditeten for årene 2000 til 2010. Procent



Kilde: PAS, Danmarks Statistik

Inden for alle uddannelsesniveauer er gravides BMI generelt steget fra 2001 til 2010, som det vises i figur 4.4. Samtidig viser figuren, at gravide uden erhvervsuddannelse er den eneste uddannelsesgruppe, hvor andelen af overvægtige er faldende fra 2009 til 2010. Selvom figuren ikke viser et helt entydigt billede, er der en tendens til, at andelen af overvægtige falder med stigende uddannelsesniveau.

Figur 4.4 Andelen af gravide med en BMI ≥ 25 inden for hvert uddannelsesniveau for årene 2001 til 2010. Procent



Kilde: PAS, Danmarks Statistik

Gravides sundhedsvaner i 2010

- Hver gang én gravid borger med lang videregående uddannelse ryger, er der 28 gravide borgere uden erhvervsuddannelse, der ryger under graviditeten.
- I løbet af de seneste ti år, har der været et markant fald i andelen af gravide, der indtager alkohol under graviditeten.
- Andelen af overvægtige gravide (BMI ≥ 25) er steget siden 2001. Dog har kurven i 2010 fået et knæk for gravide uden erhvervsuddannelse til forskel for de andre uddannelsesgrupper.

Litteratur:

1. <http://laegehaandbogen.dk/legehaandbogen/generelt/alkohols-virkning-pa-fosteret-10291.html>
2. <http://patienthaandbogen.dk/graviditet/gode-rad/graviditet-og-rygning-7240.html>
3. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen 2009
4. Sadler, T. W. Langman's medical embryology. 10th edition. ISBN 0-7817-9485-4

5 Genindlæggelse af spædbørn

Under opdatering

6 Forebyggende børneundersøgelser

Ifølge sundhedslovens §63 skal den praktiserende læge tilbyde syv forebyggende børneundersøgelser i barnets 5 første leveår, inden barnet begynder i skole. Tre af disse undersøgelser ligger inden for barnets første leveår. De forebyggende børneundersøgelser giver den praktiserende læge mulighed for tidlig opsporing af eventuelle sundhedsproblemer samt identificering af børn med særlige behov. Formålet er at sikre barnet de bedste betingelser for en sund opvækst, at barnet udvikles og trives, og at barnets generelle helbredtstilstand og udvikling fremmes (1). Derfor er det vigtigt med en høj tilslutning til børneundersøgelserne, da det kan medvirke til bedre sundhed for det enkelte barn (2).

Sideløbende med de forebyggende børneundersøgelser tilbydes vaccination mod 10 forskellige infektionssygdomme. Vaccinationerne består af syv gratis vaccinationer til barnet i alderen 0 til 12 år, hvor fire heraf foregår i forbindelse med en børneundersøgelse (1), hvilket fremgår af tabel 7.1. Børnevaccinationerne giver barnet immunitet mod alvorlige infektionssygdomme, der kan medføre væsentlige sundhedskonsekvenser eller i værste fald død. Uden mæslinge vaccination i Danmark ville mæslinger risikere at medføre 10 til 100 dødsfald og 50 til 100 tilfælde af hjernebetændelse for hver 100.000 barn, der ikke blev vaccineret (3).

Der er i denne rapport taget højde for, at forældre kan komme tidligere eller senere til børneundersøgelserne med deres børn. Intervallerne i tabel 6.1, angiver, hvor mange dage inden og efter en børneundersøgelse, der betragtes som værende inden for tidsintervallet. Børn, der kommer uden for tidsintervallet, er ikke med i figurerne.

Alder	Vaccination	Børneundersøgelse	Interval
5 uger		X	+60 dage
3 mdr.	DiTeKiPolHib ¹ + Pn ²		
5 mdr.	DiTeKiPolHib + Pn	X	-30 dage, +90 dage
12 mdr.	DiTeKiPolHib + Pn	X	-60 dage, +120 dage
15 mdr.	MFR ³		
2 år		X	-60 dage, +120 dage
3 år		X	-60 dage, +120 dage
4 år eller 12 år	MFR	X	-60 dage, +120 dage
5 år	DiTeKiPol revaccination	X	-60 dage, +120 dage
Piger 12 år	HPV ⁵ (3 gange)		

1 DiTeKiPolHib: Difteri – Stivkrampe – Kighoste – Polio – Haemophilus influenza type b
2 Pn: Pneumokok
3 MFR: Mæslinger – Fåresyge – Røde hunde
4 Hvis ikke barnet har fået to tidligere MFR-vaccinationer
5 HPV: Human Papillomavirus (Livmorhalskræft) der tilstræbes 3 vacciner indenfor et år

Kilde: Sundhedsstyrelsen Vaccinationsprogram pr. 1. januar 2009

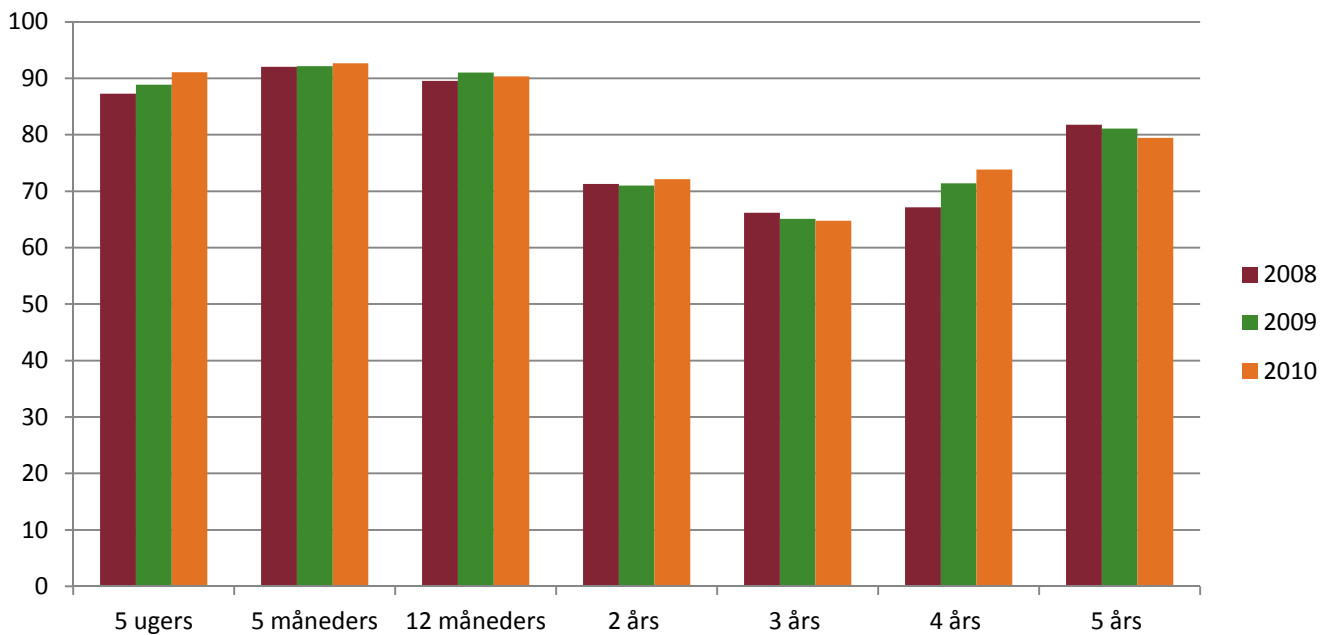
Den praktiserende læge er ikke forpligtet til at indkalde børn, der udebliver fra de forebyggende børneundersøgelser. Ansvar for barnets deltagelse alene ligger hos forældrene. Implementering af registreringsredskabet "Datafangst" i almen praksis vil fremadrettet give nogle muligheder for at få overblik over de børn, som ikke kommer til de forebyggende børneundersøgelser.

Der findes en social ulighed i tilslutningen til de forebyggende børneundersøgelser. Det viser sig, at unge mødre og mødre med en grundskole- eller gymnasial uddannelse som højeste uddannelsesniveau sjældnere anvender tilbuddene set i forhold til mødre med en erhvervs- eller videregående uddannelse (1).

6.1 Forebyggende børneundersøgelser i tal og tilslutning

I figur 6.1 vises tilslutningen til børneundersøgelserne over tid. Det generelle billede er, at tilslutningen er højest, når børnene er op til 12 måneder, hvorefter tilslutningen falder. Når barnet skal til 4-års undersøgelsen begynder tilslutningen igen at stige, men når ved femårsundersøgelsen ikke op på samme niveau som tilslutningen, når barnet er under 1 år. En hypotese kan være, at tilslutningen til to- og treårsundersøgelsen er lav, fordi der ikke er nogen vaccination ved disse børneundersøgelser.

Figur 6.1 Tilslutningen til børneundersøgelserne for år 2008, 2009 og 2010. Procent

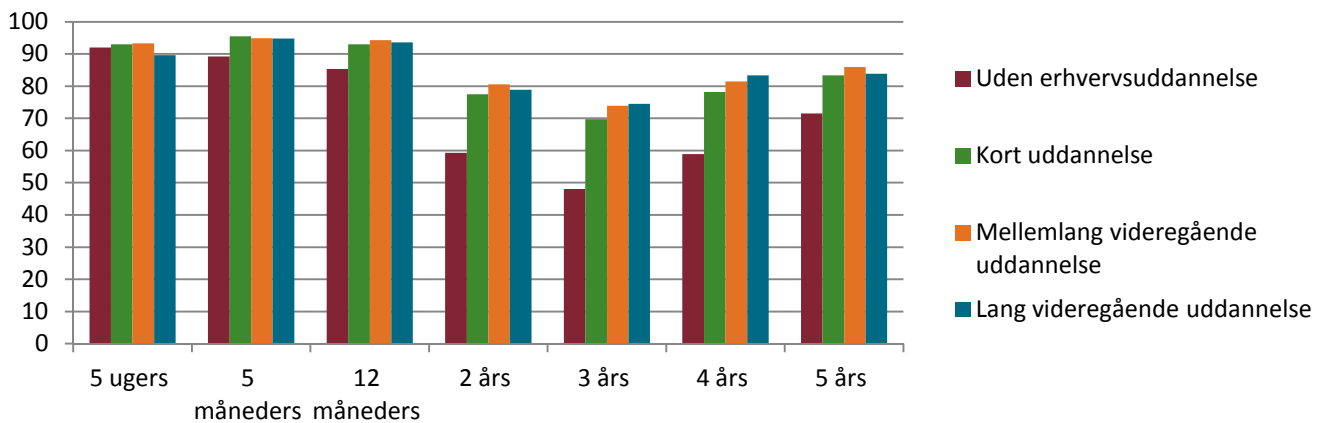


Kilde: Sygesikringsdata, CPR-registeret, Danmarks Statistik

6.2 Den sociale ulighed i tilslutningen til de forebyggende børneundersøgelser

Figur 6.2 viser tilslutningen til de forebyggende børneundersøgelser i 2010 fordelt på moderens uddannelsesniveau. Generelt er tilslutningen lavest blandt børn af mødre uden erhvervsuddannelse når barnet bliver ældre end fem måneder. For børn af mødre med en kort, mellemlang og lang videregående uddannelse viser figuren ikke et entydigt billede af tilslutningen til børneundersøgelserne. Mønstrene for 2008 og 2009 ligner meget mønstret i 2010 (data ikke vist).

Figur 6.2 Den sociale ulighed i tilslutning til børneundersøgelser i 2010. Procent



Kilde: Sygesikringsdata, CPR-registeret, Danmarks Statistik

Børneundersøgelser

- Der er en tendens til, at andelen, der kommer til børneundersøgelser, falder med barnets alder.
- Andelen af børn, der kommer til børneundersøgelserne, hvor mødre ingen erhvervsuddannelse har, er lavere end andelen af børn af mødre med en uddannelse.
- Ved 2 års og 4 års undersøgelsen er det knap 60 % af børn, hvis mødre er uden erhvervsuddannelse, der kommer til børneundersøgelserne. Ved 3 års undersøgelsen er det tilsvarende tal knap 50 %.
- Der ses ikke et entydigt billede af tilslutningen til børneundersøgelserne for børn af mødre med en uddannelse.

Litteratur

1. "Evaluering af de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis" Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2007
2. "Forebyggende børneundersøgelser og vaccinationer" Sundhedsstyrelsen 2009
3. Manniche V. "Vaccinationer til børn" Sunde børn, Netdoktor.dk, 2009

7 Overvægt

Forekomsten af overvægtige børn og unge er stigende. For børn og unge har overvægt konsekvenser på både kort og lang sigt. De psykiske og sociale konsekvenser af overvægt rammer ofte børn hårdere end voksne, og viser sig ofte tidligt i form af mobning og drillerier, der kan resultere i social isolation og lavt selvværd. På lang sigt har overvægtige børn og unge en øget risiko for stofskiftesygdomme som eksempelvis diabetes type 2 og hjertekarsygdomme i en tidlig alder. Overvægtige børn har dermed på sigt højere risiko for øget sygelighed og dødelighed i forhold til normalvægtige børn (1).

Udviklingen af børn og unges overvægt hænger i stor udstrækning sammen med overvægt hos forældrene og andre voksne rollemodeller. Allerede fra treårsalderen har børn en højere risiko for overvægt, hvis forældrene er overvægtige (2). Den stigende tendens til overvægtige børn og unge truer folkesundheden, og det skyldes blandt andet, at overvægtige børn ofte forbliver overvægtige som voksne. Er et barn overvægtig ved skolestart, er risikoen for overvægt i voksenlivet tre gange større (3).

Forekomsten af overvægtige børn og unge præges af socialøkonomiske forskelle, og forekommer oftere blandt forældre med kort uddannelse og med lave indkomster (4). Andre faktorer, der har vist sig at øge risikoen for at udvikle overvægt gennem barndommen, er moderens vægt ved starten af graviditeten og hvis barnets fødselsvægt er mere end 4000 gram (5).

Årsagerne til overvægt blandt børn og unge er mange og vil ikke blive beskrevet i dybden i denne rapport, men hovedforklaringen rent fysiologisk er et for højt energiindtag i forhold til energiforbrug (2). Væksten af overvægt blandt børn og unge indikerer et væsentligt sundhedsproblem, hvis omfang og udvikling giver grund til bekymring. Derfor er det nødvendigt at belyse, når der sættes fokus på børn og unges generelle sundhed. Gennem monitorering af børn og unges overvægt, vil det være muligt at identificere omfanget og udviklingen af overvægt i Region Nordjylland, og dermed vil det være muligt at identificere målgrupper, der har behov for særlig indsats i forebyggelse og behandling af overvægt.

7.1 Overvægt og moderens BMI

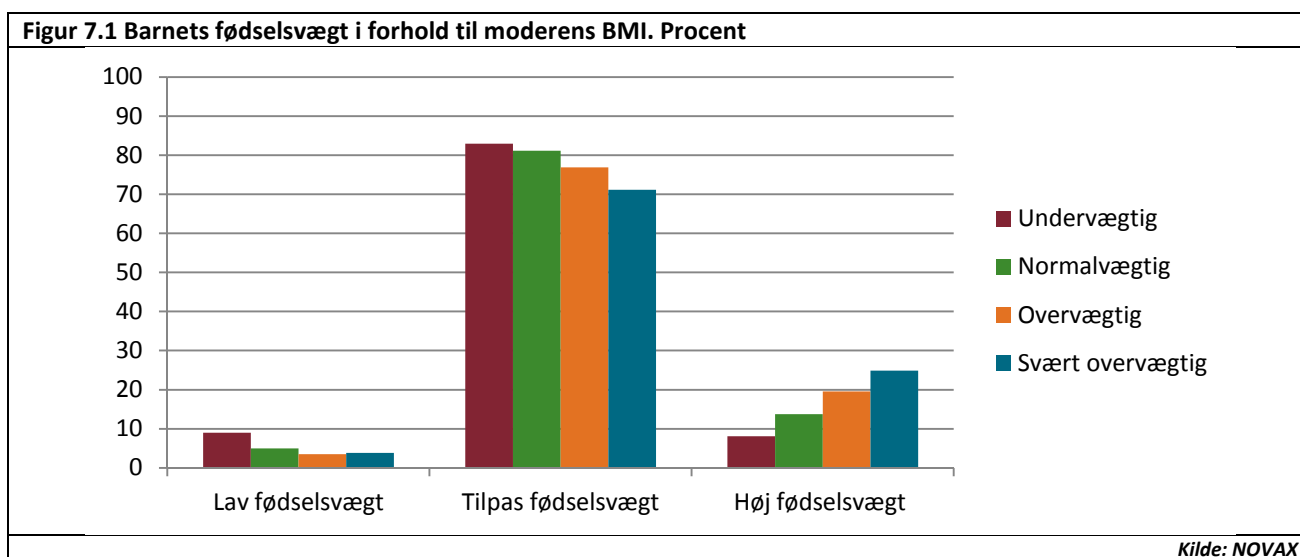
I dette afsnit vil barnets fødselsvægt være vurderet ud fra, hvor lang tid barnet har ligget i mors mave. I nogle tilfælde vil barnet have en normal vægt i forhold til dagen, hvor barnet fødes. I andre tilfælde kan barnet være stort eller lille i forhold til den dag, det bliver født. Eksempelvis bør et barn fra en graviditet på 262 dage, veje mindre end et barn fra en graviditet på 303 dage. Samtidig kan to børn, der kommer fra to lige lange graviditeter på fx 270 dage have forskellig fødselsvægt.

For at kunne sammenligne fødselsvægten, er der anvendt en formel, til at beregne om fødselsvægten ligger inden for et interval, hvor barnet vil være "normalvægtigt" i forhold til dagen, hvor det bliver født.

I tabel 7.1 ses barnets vægt i forhold til fødselsdagen for børn født mellem 2000 og 2006. Tabellen viser, at langt den største del af børn fødes med en vægt, der er tilpas i forhold til fødselsdagen. Knap 4,5 procent har en lav fødselsvægt, mens andelen af børn med en høj fødselsvægt er knap 20 procent. Der mangler oplysninger på 22 børn.

Tabel 7.1 Barnets vægt i forhold til fødselsdag summeret for fødsler fra 2000 til 2006.		
	Antal	Procent
Lav vægt i forhold til alder	560	4,3
Vægt tilpas i forhold til alder	10.140	77,6
Høj vægt i forhold til alder	2.344	17,9
<i>Kilde: NOVAX</i>		

Figur 7.1 viser fordelingen af børns fødselsvægt i forhold til moderens BMI. Børn af undervægtige mødre har i højere grad en lav fødselsvægt i forhold til fødselsdagen. M.h.t. andelen af børn med høj fødselsvægt i forhold til fødselsdagen, er tendensen stigende med moderens stigende BMI.

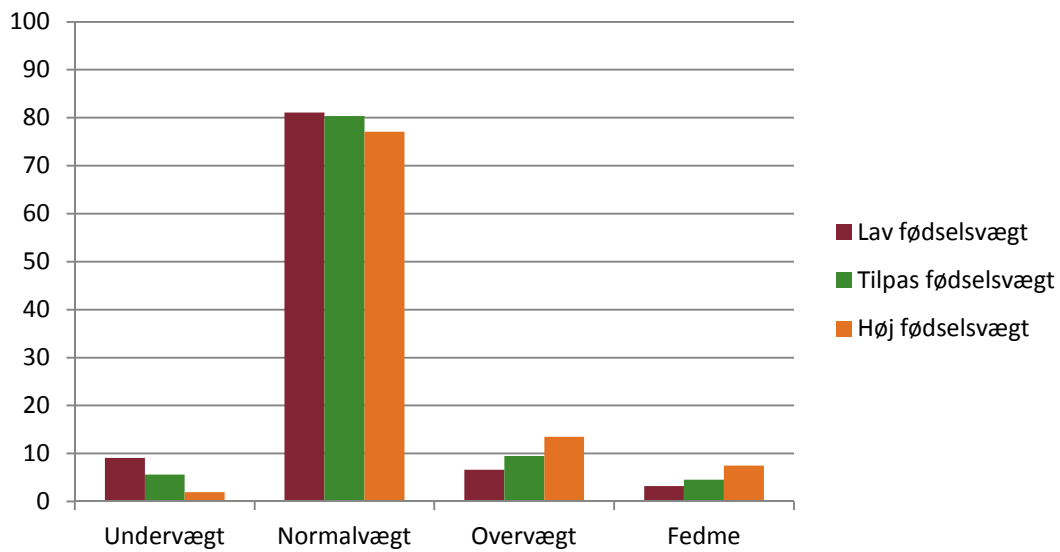


Efterfølgende sammenligner barnets fødselsvægt i forhold til barnets vægt ved skolestart. Barnet fremgår kun én gang i analyserne, også selvom flere årgange er taget med. Da børns BMI varierer inden for aldersgrupper, er det via forskellige grænser fastsat, hvilken gruppe barnet falder ind under (6, 7):

- Undervægt: Hvis barnet ligger mellem nul og fem procent af aldersgruppens BMI.
- Normalvægt: Hvis barnet ligger mellem fem og 85 procent af aldersgruppens BMI.
- Overvægt: Hvis barnet ligger mellem 85 og 95 procent af aldersgruppens BMI.
- Fedme: Hvis barnet ligger over 95 procent af aldersgruppens BMI.

I figur 7.2 vises sammenhængen mellem barnets fødselsvægt i forhold til barnets BMI ved skolestart. Andelen af børn, der er undervægtige eller normalvægtige ved skolestart er højest blandt børn, der har haft en lav fødselsvægt i forhold til fødselsdag. Andelen af børn, der er overvægtige samt fede børn, er højest blandt de børn, der har haft en høj fødselsvægt.

Figur 7.2 Fødselsvægt og BMI ved skolestartsalderen. Procent

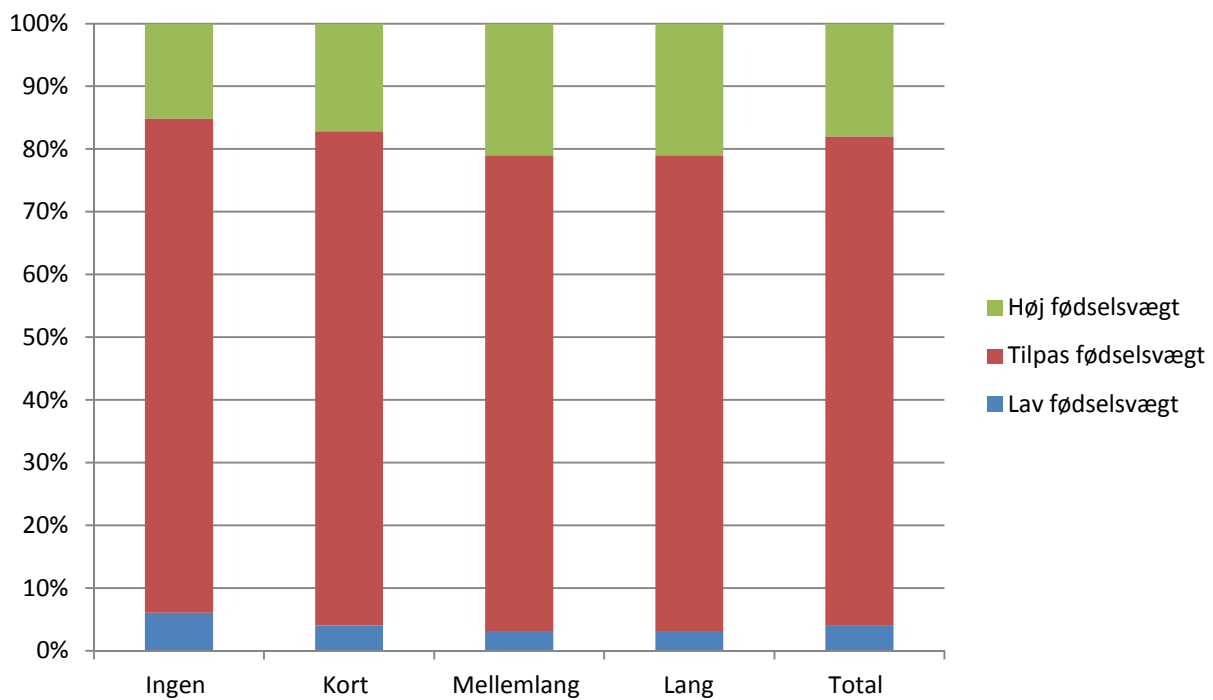


Kilde: NOVAX

7.2 Overvægt og social ulighed

Figur 7.3 viser barnets fødselsvægt fordelt på moderens uddannelse. Børn med lav fødselsvægt falder med stigende uddannelse, mens børn med høj fødselsvægt stiger med moderens uddannelsesniveau.

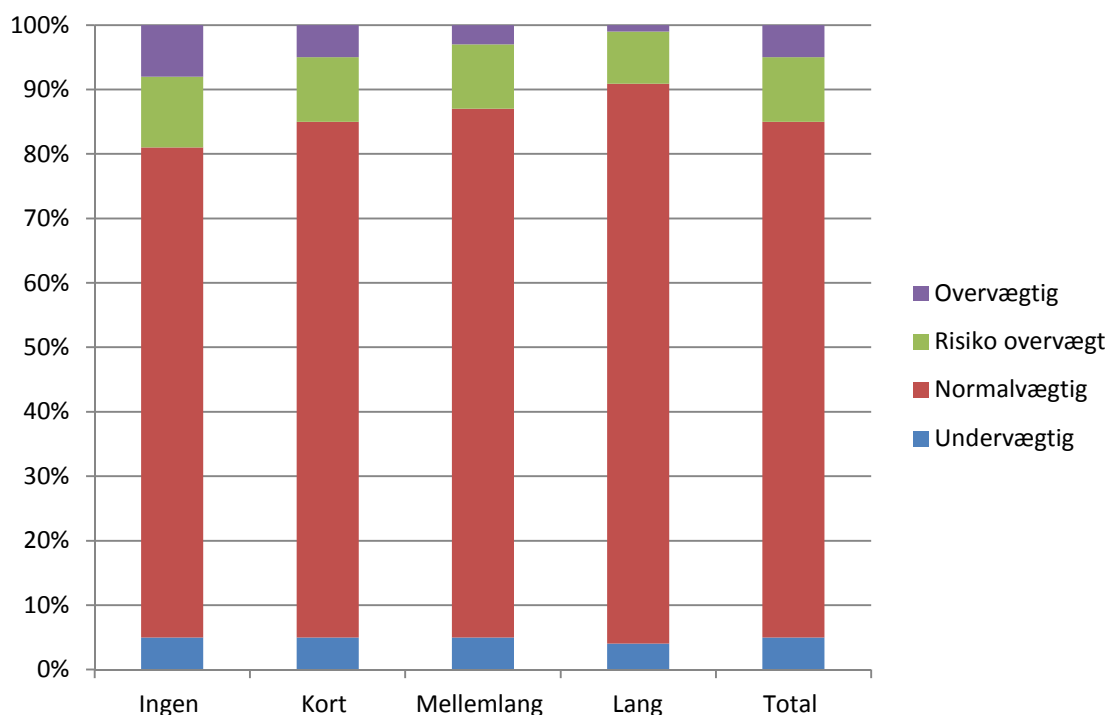
Figur 7.3 Fødselsvægt fordelt på moderens uddannelse. Procent



Kilde: NOVAX

Figur 7.4 viser barnets BMI ved skolestart fordelt på moderens uddannelse. Andelen af normalvægtige børn stiger med moderens uddannelsesniveau. Eksempelvis er 76% af børnene af mødre uden erhvervsuddannelse normalvægtig, mens andelen af normalvægtige børn er 86%, hvor mødrene har en lang videregående uddannelse.

Figur 7.4 BMI ved skolestart fordelt på moderens uddannelse. Procent



Kilde: NOVAX

Overvægt

- Jo højere moderens BMI er, jo større risiko er der for, at barnet har en høj fødselsvægt.
- Børn med høj fødselsvægt har større risiko for at være overvægtige eller fede i 5-9 års alderen.
- Jo højere uddannelse blandt mødrene jo højere fødselsvægt blandt børnene.
- Jo lavere uddannelse blandt mødrene jo flere overvægtige skolebørn i alderen 5-9 år

Litteratur

1. "Fokus på livskvaliteten hos overvægtige børn" Sundhedsstyrelsen, 2009
<http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2009/Kampagne%20livskvalitet%20hos%20overvægtige%20boern.aspx>
2. Overvægt og fedme i: "Folkesundhedsrapport, Danmark 2007" Statens Institut for Folkesundhed, 2007
3. "Faktaark, Overvægt blandt børn og unge i Danmark" Sundhedsstyrelsen
4. "Den Danske fedmeepidemi – oplæg til en forebyggelsesindsats" Ernæringsrådet, 2003
5. "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge" Sundhedsstyrelsen, 2011
6. Tim J Cole, Mary C Bellizzi, Katherine M Flegal, William H Dietz "Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey". 2000
7. <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr025.pdf>

8 Medicinforbrug blandt børn og unge

Hovedpine, mavepine, nervøsitet, søvnproblemer og tristhed er blot nogle af de symptomer, der præger dagligdagen blandt nogle børn og unge. Op mod hver fjerde elev rapporterede i skolebørnsundersøgelsen 2010 om daglige symptomer som disse, der forringer livskvaliteten, indlæringsevnen og børnenes sociale liv (1).

Et stigende antal børn og unge påvirkes af mistrivsel og smerter i dagligdagen, og undersøgelser viser et øget medicinforbrug blandt disse børn og unge (2). Samtidig er det blevet en nem og accepteret udvej for børn og unge at anvende medicin i dagligdagen mod smerter og ondt i livet - især blandt de 11- til 15årige.

Det er foruroligende at, forældre giver børn ned til 13 års alderen lov til selv at forsyne sig med medicin. Alt tyder på, at børn, der administrerer deres medicin selv, øger medicinforbruget (1). Samtidig går forældrenes medicinvaner i arv. Et hyppigt forbrug af hovedpinepiller blandt forældrene, især moren, øger risikoen for indtagelse af hovedpinepiller blandt børn. Således har forældres medicinvaner indflydelse på børnenes holdning til og forbrug af medicin (3).

Den sociale ulighed slår igennem i børns medicinforbrug. Lægemidler mod hovedpine og søvnløshed er hyppigere anvendt blandt børn i familier med kortere uddannelsesniveau end børn i familier med længere uddannelsesniveau. Samtidig ses det, at medicinforbruget blandt børn i familier uden erhvervsuddannelse er højere end for børn i familier med længere uddannelsesniveauer, selv når der tages højde for den større symptombelastning disse børn er udsat for (4).

Medicinforbruget i ungdomsårene har stor indflydelse på forbruget af medicin i voksentilværelsen. Sandsynligheden for anvendelse af eksempelvis hovedpinepiller er fem gange så stor ved voksne, der hyppigt har anvendt hovedpinepiller i teenageårene (5).

Ofte er børn og unge ikke klar over de mange risici, der er forbundet med medicinindtagelse. Lægemidler, der anvendes mod smerter, søvnløshed og nervøsitet, kan ved hyppig brug medføre bivirkninger, være vanedannende, resultere i skade på vitale organer og reducere indlæringsevnen (2).

Indtagelse af medicin bidrager til en pejling af børn og unges helbred, sygdomsadfærd og mentale sundhed. Af den grund belyses forbruget af seks medicintyper blandt børn og unge i Region Nordjylland. Det drejer sig om:

- *ADHD medicin: Midler, der bruges til symptombehandling af ADHD (ATC kode: NO6BA).*
- *Svag smertestillende medicin: (ATC kode: NO2B)*
- *Sove-/beroligende medicin: Benzodiazepiner, der virker søvnfremkaldende. (ATC kode: NO5C).*
- *Angstdæmpende: Benzodiazepiner, der virker imod angst og uro. Inkluderer ikke midler mod feberkræmper (ATC kode: NO5B eksl. midler til feberkræmper).*
- *Antidepressiv medicin: Midler til brug mod depression (ATC kode:NO6A)*
- *Antipsykotisk medicin: Midler til brug mod psykoser (ATC kode: NO5A)*

8.1 Medicinforbrug

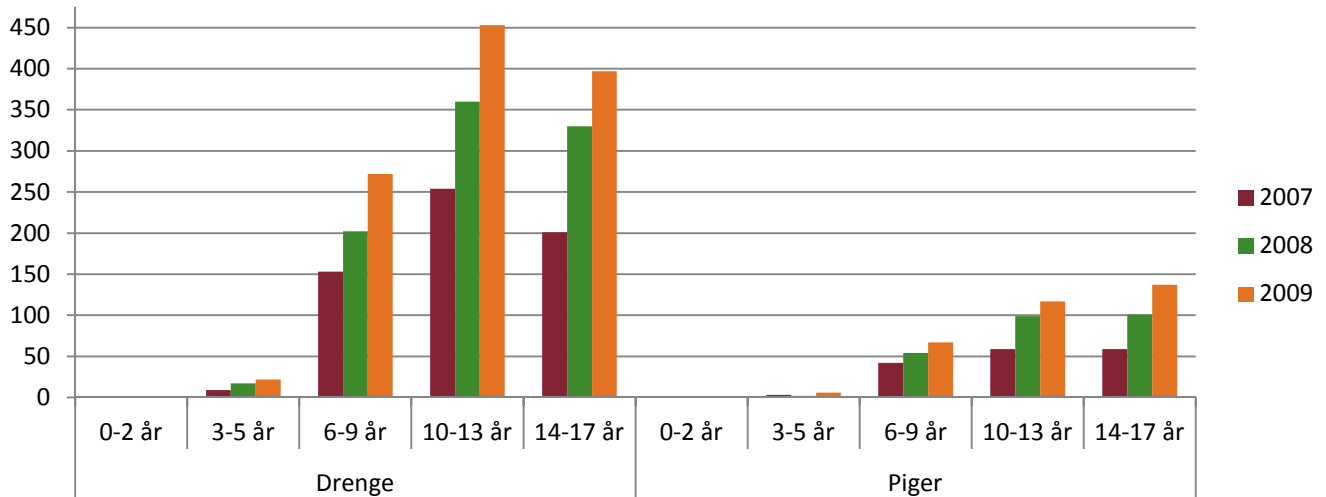
I dette afsnit ser vi nærmere på antallet af medicinforbrugere mellem 0 og 17 år. Figurerne viser, hvor mange børn og unge der er blevet udskrevet medicin til. Det samme barn kan godt gå igen i flere figurer, som forbruger af flere forskellige typer medicin.

Det vigtigt at have for øje, at der i nogle medicingrupper er tale om meget få personer, der har fået udskrevet medicinen på recept, og derfor vil selv små udsving i antallet give et visuelt stort udsving i figurerne.

8.1.1 ADHD medicin

Figur 8.1 viser, at antallet af børn og unge, der får ADHD medicin, er stærkt stigende - især blandt de seks- til 17-årige. Uanset årstal og aldersgruppe er antallet af drenge, der bruger ADHD medicin højere end antallet af piger. Den største forekomst ses blandt de 10- til 13-årige drenge i 2009, hvor mere end 450 børn fik udskrevet medicinen i Region Nordjylland. Der er ingen børn mellem 0 og 2 år, der får ADHD medicin. Kun meget få børn mellem 3 og 5 år får medicinen, men antallet stiger fra 2007 til 2009.

Figur 8.1 Antal piger og drenge i alderen 0 til 17 år, der har fået ADHD medicin udskrevet på recept fra 2007 til 2009.

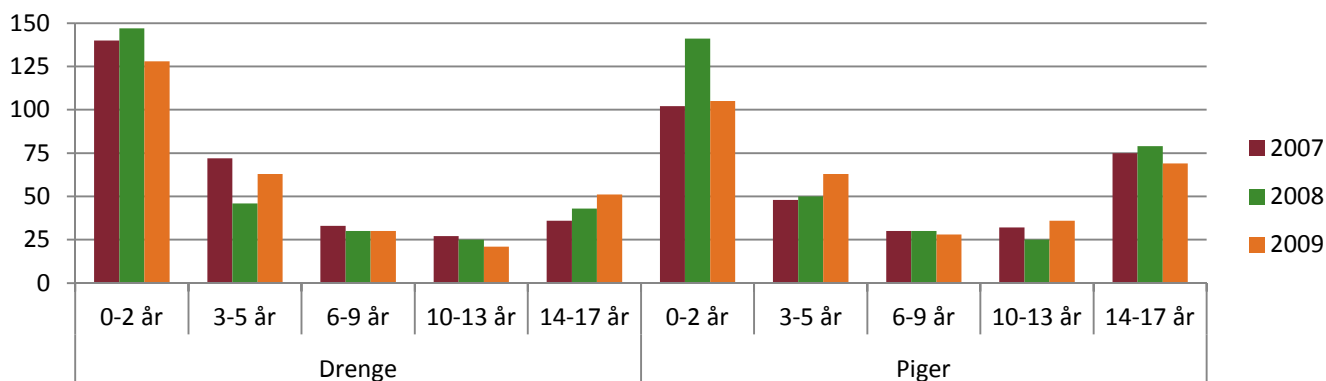


Kilde: Danmarks Statistik, Lægemiddelregisteret

8.1.2 Svag smertestillende

Figur 8.2 viser, at den aldersgruppe, der bruger mest smertestillende medicin er gruppen af 0- til 2-årige uanset årstal. Forbruget af smertestillende falder, når børnene bliver ældre, for derefter igen at stige ved de 14- til 17-årige. En af årsagerne herfor er ikke nødvendigvis, at de unge ikke tager medicin, men nærmere at de ikke længere får den på recept. Der er ikke noget entydigt mønster i antallet af forbrugere af smertestillende fra 2007 til 2009.

Figur 8.2 Antal piger og drenge i alderen 0 til og med 17 år, der har fået svag smertestillende medicin på recept fra 2007 til 2009.



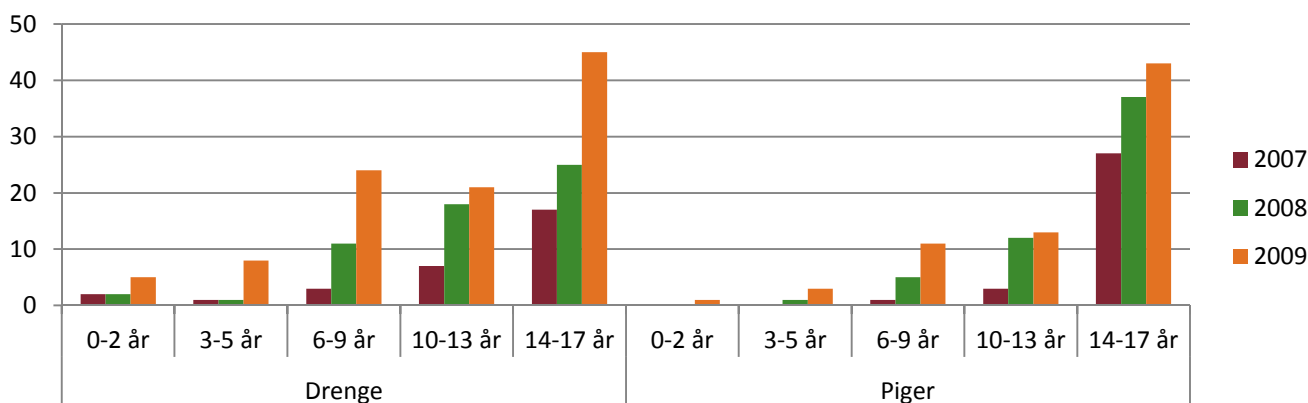
Kilde: Danmarks Statistik, Lægemiddelregisteret

I forsøget på at nedsætte omfanget af medicinforbrug blandt unge er flere tiltag indført. Fx blev det i 2011 indført, at unge under 18 år kun kan købe smertestillende medicin på apoteket, hvis de har fået en recept fra egen læge. Derudover skal unge være fyldt 18 år for at købe smertestillende medicin i håndkøb samt være fyldt 15 år for at købe anden håndkøbsmedicin (6).

8.1.3 Sove-/beroligende medicin

Som det fremgår af figur 8.3 stiger antallet af forbrugere af sove-/beroligende medicin med stigende aldersgrupper. I alle aldersgrupper er antallet af forbrugere størst i 2009.

Figur 8.3 Antal piger og drenge i alderen 0 til 17 år, der har fået sove-/beroligende medicin på recept fra 2007 til 2009.

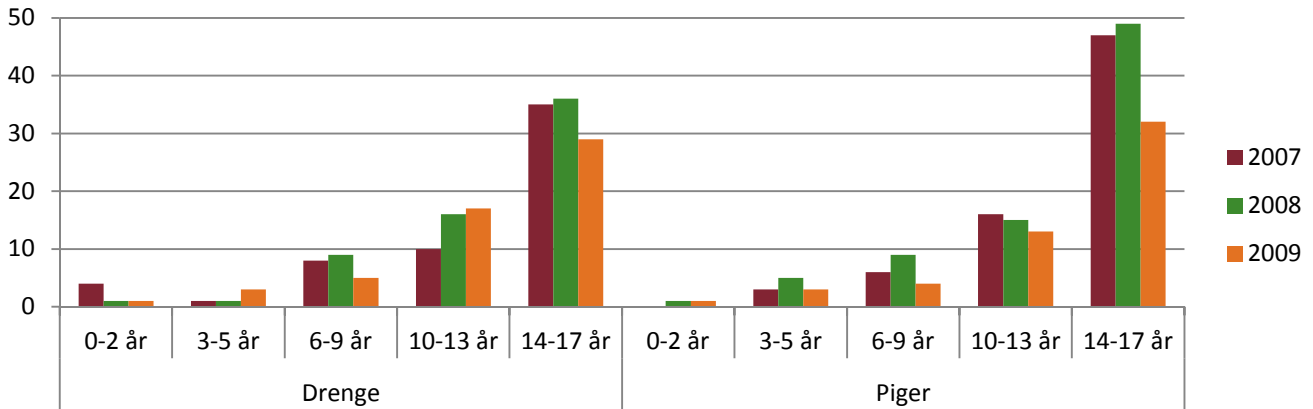


Kilde: Danmarks Statistik, Lægemiddelregisteret

8.1.4 Angstdæmpende medicin

I figur 8.4 ses antallet af børn og unge, der får angstdæmpende medicin i perioden 2007 til 2009. Det største antal forbrugere findes hos de ældste børn. Forbruget er lavere hos de yngre aldersgrupper. Der ses et fald i forbruget fra 2008 til 2009 blandt den ældste aldersgruppe.

Figur 8.4 Antal piger og drenge i alderen 0 til 17 år, der har fået angstdæmpende medicin på recept fra 2007 til 2009.

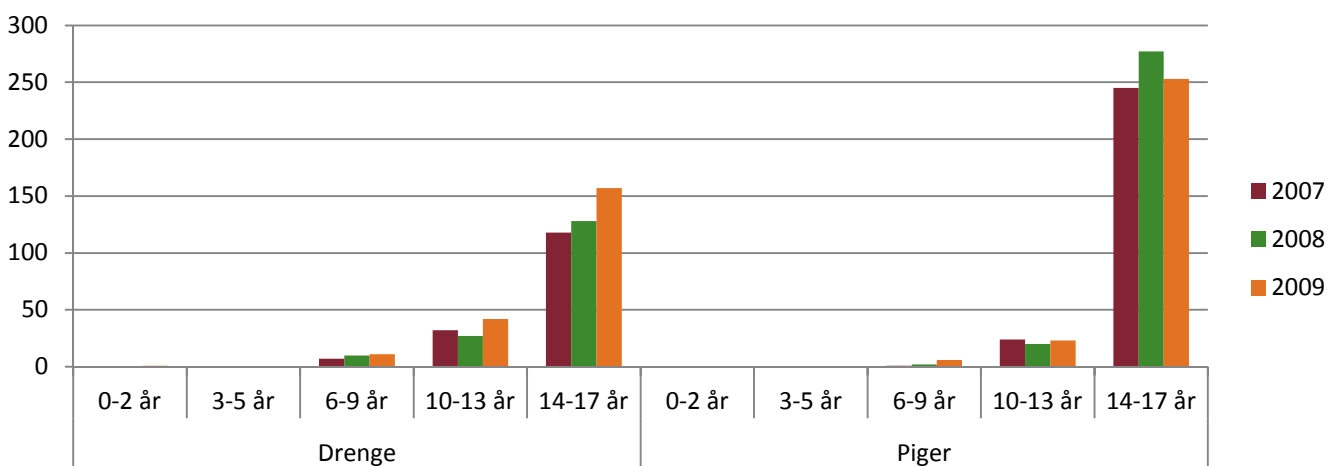


Kilde: Danmarks Statistik, Lægemiddelregisteret

8.1.5 Antidepressiv medicin

Figur 8.5 viser, at antallet, der bruger antidepressiv medicin stiger med stigende aldersniveau. De 14- til 17-årige piger, er de største forbrugere af antidepressiv medicin. Fra 2007 til 2009 ses en lille stigning blandt de 14- til 17-årige drenge.

Figur 8.5 Antal piger og drenge i alderen 0 til 17 år, der har fået antidepressiv medicin på recept fra 2007 til og med 2009.



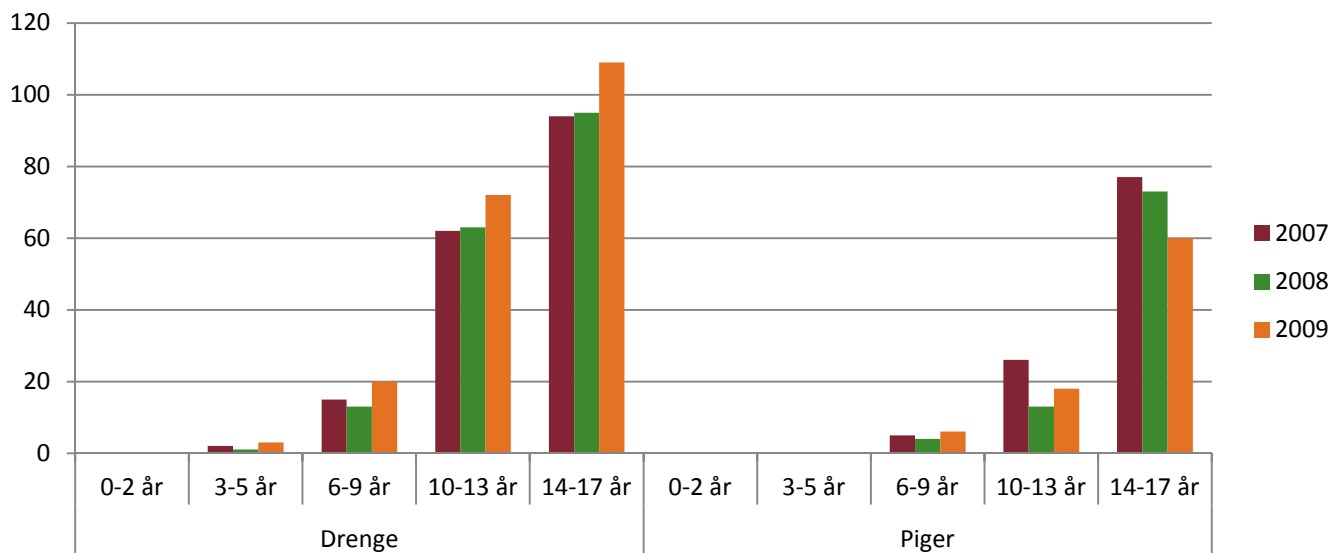
Kilde: Danmarks Statistik, Lægemiddelregisteret

8.1.6 Antipsykotisk medicin

Figur 8.6 viser antallet af børn og unge, der har fået udskrevet antipsykotisk medicin fra 2007 til 2009. Der er kun meget få børn i alderen nul til fem år, der får antipsykotisk medicin. Antallet af forbrugere

stiger dog med alderen. Fra 2008 til 2009 ses en stigning i antallet af de ældste drenge, der får antipsykotisk medicin. Tilsvarende falder antallet af forbrugere hos de ældste piger i samme årrække.

Figur 8.6 Antal piger og drenge i alderen 0 til 17 år, der har fået antipsykotisk medicin på recept fra 2007 til og med 2009.



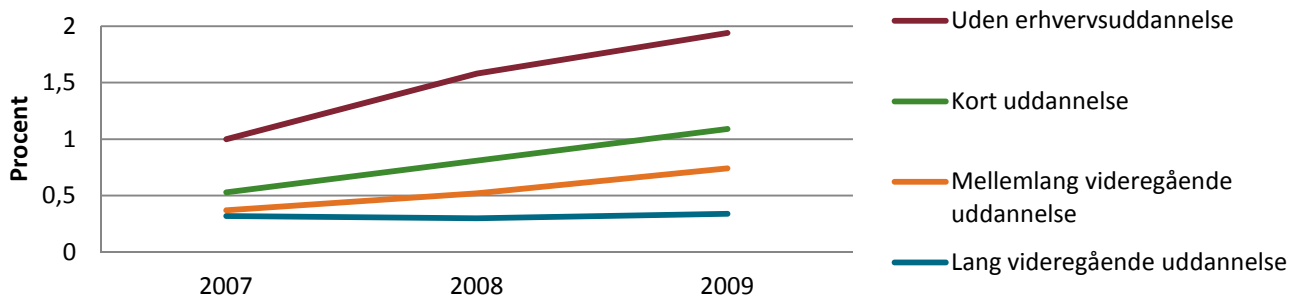
Kilde: Danmarks Statistik, Lægemiddelregisteret

8.2 Social ulighed i børn og unges medicinforbrug

I dette afsnit er den sociale ulighed i forbrug af forskellige medicintyper belyst. De forskellige figurer viser en graf med andelen, der bruger en bestemt medicintype, og nedenunder er antallet angivet. I figur 8.7 ses eksempelvis, at der i 2009 er 649 børn og unge af mødre med kort videregående uddannelse, der har fået udskrevet ADHD medicin på recept. I det gruppen af mødre med kort uddannelse er større end de resterende grupper, er andele også vist. Her ses det, at andelen af børn af kortuddannede mødre, der får ADHD medicin, er godt en procent. På grund af forskel i uddannelsesgruppernes størrelse, vil andelen ikke være højest, selvom antallet er det.

Figur 8.7 viser også, at andelen der har fået recept på ADHD medicin, er lavest blandt børn af mødre med lang videregående uddannelse, og andelen, der har fået recept på ADHD medicin falder med stigende uddannelsesniveau. For alle uddannelsesgrupper undtagen lang videregående uddannelse gælder det, at der er en stigning i andelen, der får udskrevet ADHD medicin. Stigningen er størst blandt børn og unge, hvis mødre er uden erhvervsuddannelse.

Figur 8.7 Andel der har fået ADHD medicin udskrevet på recept fordelt på morens uddannelsesniveau for årene 2007 til 2009. Antal og procent

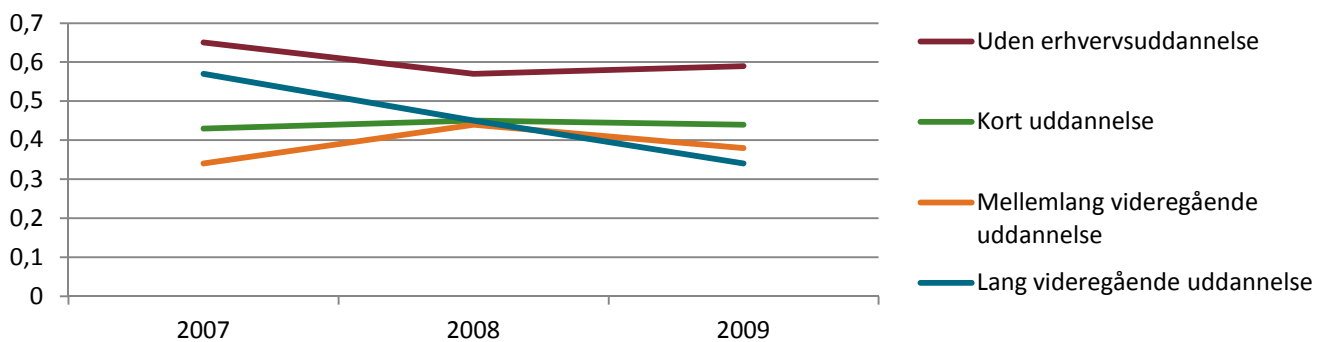


Antal	2007	2008	2009
Ingen erhvervsuddannelse	244	373	430
Kort uddannelse	328	495	649
Mellemlang videregående uddannelse	112	162	232
Lang videregående uddannelse	19	19	23

Kilde: Danmarks Statistik, CPR-registeret, Lægemiddelregisteret

Der er et kraftigt fald i udskrivningen af recept på svag smertestillende medicin fra 2007 til 2009 blandt børn og unge af mødre med lang videregående uddannelse, som det ses i figur 8.8. For børn og unge af mødre med mellemlang videregående uddannelse er andelen faldende fra 2008 til 2009. De øvrige uddannelsesgrupper er stagnerende.

Figur 8.8 Andel der har fået svage smertestillende udskrevet på recept fordelt på morens uddannelsesniveau for årene 2007 til 2009. Antal og procent

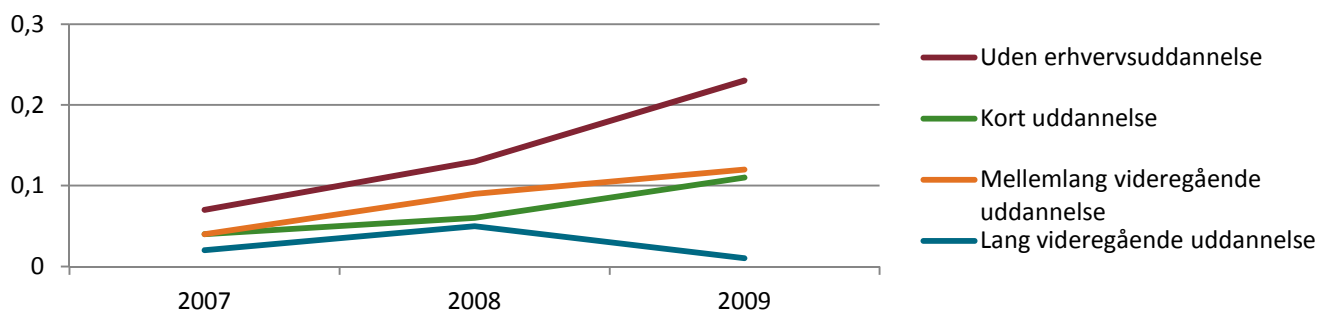


Antal	2007	2008	2009
Ingen erhvervsuddannelse	160	134	131
Kort uddannelse	267	272	262
Mellemlang videregående uddannelse	104	135	120
Lang videregående uddannelse	37	29	23

Kilde: Danmarks Statistik, CPR-registeret, Lægemiddelregisteret

Figur 8.9 viser, at andelen, der har fået udskrevet sove-/beroligende medicin på recept med tilskud er steget fra 2007 til 2009 på tværs af alle uddannelsesgrupper, når man ser bort fra lang videregående uddannelse. Generelt viser figuren at antallet, der får sove-/beroligende medicin udskrevet på recept falder med stigende uddannelsesniveau.

Figur 8.9 Andel der har fået sove-/beroligende medicin udskrevet på recept fordelt på morens uddannelsesniveau for årene 2007 til 2009. Antal og procent

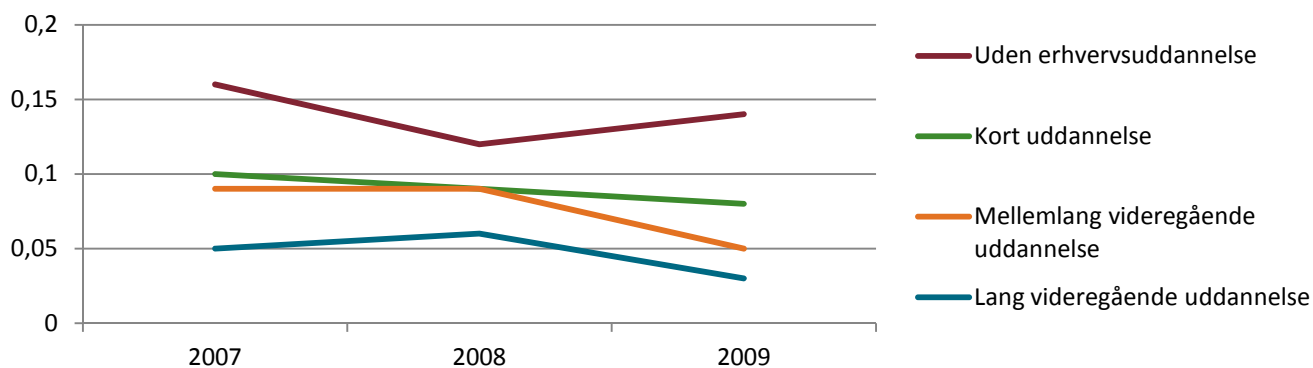


Antal	2007	2008	2009
Ingen erhvervsuddannelse	16	31	52
Kort uddannelse	27	36	65
Mellemlang videregående uddannelse	11	27	38
Lang videregående uddannelse	1	3	1

Kilde: Danmarks Statistik, CPR-registeret, Lægemiddelregisteret

I figur 8.10 ses et stort fald i andelen, der får udskrevet angstdæmpende medicin på recept blandt børn og unge af mødre uden erhvervsuddannelse fra 2007 til 2008, hvorefter andelen stiger igen. For de øvrige uddannelsesgrupper er andelen stagnerende fra 2007 til 2008, hvorefter andelen falder.

Figur 8.10 Andel der har fået angstdæmpende medicin udskrevet på recept fordelt på morens uddannelsesniveau for årene 2007 til 2009. Antal og procent

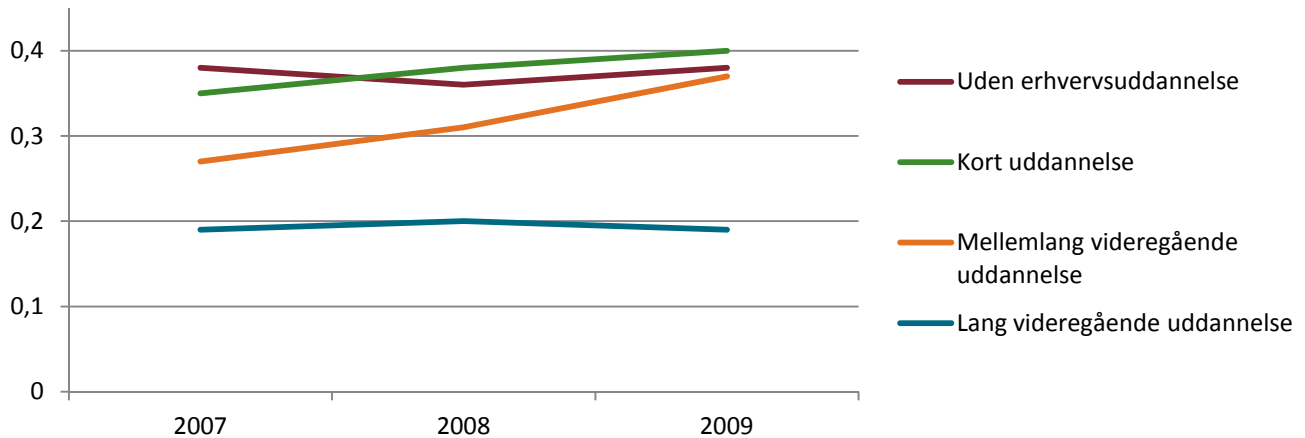


Antal	2007	2008	2009
Ingen erhvervsuddannelse	38	28	32
Kort uddannelse	64	58	46
Mellemlang videregående uddannelse	26	29	17
Lang videregående uddannelse	3	4	2

Kilde: Danmarks Statistik, CPR-registeret, Lægemiddelregisteret

Figur 8.11 viser, at andelen af børn, der får udskrevet antidepressiv medicin, stiger med mødrenes faldende uddannelsesniveau. For alle uddannelsesgrupper på nær lang videregående uddannelse gælder det, at der er en svag stigning i andelen, der har fået udskrevet receptpligtig medicin.

Figur 8.11 Andel der har fået antidepressiv medicin udskrevet på recept fordelt på morens uddannelsesniveau for årene 2007 til 2009. Antal og procent

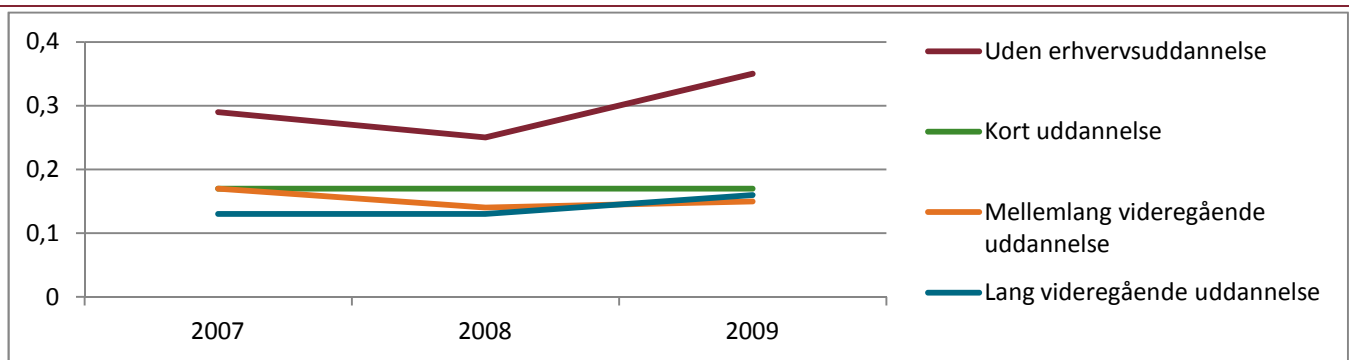


Antal	2007	2008	2009
Ingen erhvervsuddannelse	93	85	85
Kort uddannelse	215	234	240
Mellemlang videregående uddannelse	81	96	114
Lang videregående uddannelse	11	13	13

Kilde: Danmarks Statistik, CPR-registeret, Lægemiddelregisteret

Figur 8.12 viser, at der er en stigning i andelen, der får antipsykotisk medicin udskrevet på recept fra 2008 til 2009 blandt børn og unge af mødre uden erhvervsuddannelse. Andelen for de resterende uddannelsesgrupper er stagnerende.

Figur 8.12 Andel der har fået antipsykotisk medicin udskrevet på recept fordelt på morens uddannelsesniveau for årene 2007 til 2009. Antal og procent



Antal	2007	2008	2009
Ingen erhvervsuddannelse	70	58	78
Kort uddannelse	108	102	103
Mellemlang videregående uddannelse	51	43	48
Lang videregående uddannelse	8	8	11

Kilde: Danmarks Statistik, CPR-registeret, Lægemiddelregisteret

Medicinforbrug

- Brugen af ADHD medicin er steget fra 2007 til 2009
- Forbruget af sovemedicin er steget fra 2007 til 2009 for nogle grupper
- Forbruget af angstdæmpende medicin er generelt faldende
- Generelt falder medicinforbruget blandt børn og unge med moderens stigende uddannelsesniveau

Litteratur

- 1 Rasmussen M, Due P, red. *"Skolebørnsundersøgelsen 2010"*. København: Statens Institut for Folkesundhed 2011.
- 2 Hansen H. E, *"Børn og unge bruger mere medicin"* Lægemedelforskning 2003.
- 3 Andersen A, Holstein BE, Berntsson L, Hansen EH. *"Parental symptoms and children's use of medicine for headache"* International Journal of Public Health, published online August 2011.
- 4 *"Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge"* Sundhedsstyrelsen 2011.
- 5 Hagerup A. *"Børn tager medicin i ondt i livet"* Pharma 2009
- 6 Lægemedelstyrelsen. <http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/service-menu/nyheder/ny-18-aars-graense-for-smertestillende-medicin>

9 Ulykker

Ulykker har igennem længere tid været under større bevågenhed nationalt såvel som internationalt. Som noget nyt belyses den formodede ulighed i skadestuekontakt efter en ulykke i Region Nordjylland. Eftersom emnet ikke tidligere er belyst fra regionens side, beskrives kapitlets indledning med uddybende forklaringer.

Ulykker udgør et væsentligt folkesundhedsproblem og er en alvorlig samfundsbelastning for Danmark. Årligt konsulterer mere end 560.000 borgere landets skadestuer som følge af en ulykke, hvoraf cirka 40.000 borgere indlægges, mens cirka 2000 ulykker har dødelig udgang. Ulykker er den primære årsag til for tidlig død for børn og voksne under 35 år (1). Når det kommer til børn under 14 år konsulterer cirka 170.000 årligt landets skadestuer, heraf ender cirka 6000 med indlæggelse på hospitalet (2).

Konsekvenserne af den høje antal ulykke er omfattende, og ud over den fysiske skade kan ulykker have efterfølgende psykiske og trivselsmæssige konsekvenser for børn og unge i deres dagligdag for eksempel i form af smerter og skolefravær (3). Cirka en procent svarende til omkring 50.000 personer af den danske voksne befolkning lever med varige følger efter en ulykke, de pådrog sig i barndommen (1).

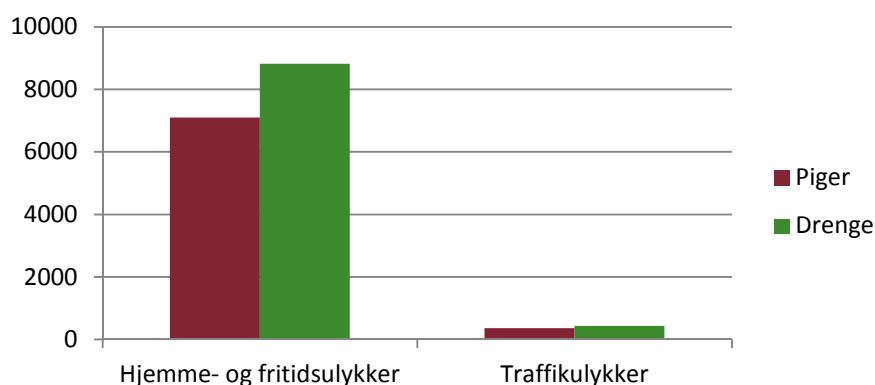
Den sociale ulighed i forekomsten af ulykker medfører potentiale for forebyggelse. Der foreligger nemlig allerede god evidens for, at ulykker generelt kan forebygges. Vedvarende og tværsektorielle indsatser har vist sig effektive i forebyggelse af blandt andet trafikulykker gennem lovgivning, påbud, oplysning, sikre veje med mere. Større udfordring ligger i forebyggelse af ulykker opstået udenfor myndighedernes ansvar, såsom hjemme- og fritidsulykker. Gevinsten ved forebyggelse af børneulykker strækker sig langt ud over de personrelaterede konsekvenser. Økonomiske opgørelser har vist, at ulykker generelt koster samfundet dyrt. En decideret opgørelse af ulykkernes omkostninger er vanskelig. Udover de primære udgifter til sygehusvæsenet medfølger nemlig sekundære udgifter til fx genoptræning, materielle skader, medicin og sygefravær (4).

Et detaljeret billede af ulykkesforekomsten blandt børn og unge i Region Nordjylland vil være anvendelig i forsøget på at forbedre børn og unges sundhed og trivsel. Sygehusbaserede oplysninger er en forudsætning for en effektiv indsats indenfor ulykkesforebyggelse, der bidrager til en basal viden over omfang og mønstre i børn og unges ulykker.

9.1 Forekomst af ulykker blandt børn og unge

Figur 9.1 viser, at det er hjemme- og fritidsulykker, der hyppigst medfører skadestuekontakt, og at drenge oftere konsulterer skadestuen i forhold til piger. Samtidig viser figuren, at trafikulykker udgør en lille del af de samlede ulykker.

Figur 9.1 Skadestuekontakt blandt børn og unge til om med 17 år fordelt på ulykkestype og køn fra 2007 til 2009. Antal



Tabel 9.1 viser, hvordan skadestuekontakter på Aalborg Sygehus² fordeler sig blandt kommunerne.

Tabel 9.1 Kommune fordelt på skadestuekontakt

Kommune	Hjemme- og fritidsulykker	Trafikulykker	Alle	Procent
Aalborg	10.978	493	11.471	68,6
Brønderslev	671	30	701	4,2
Frederikshavn	158	15	173	1,0
Hjørring	134	6	140	0,8
Jammerbugt	1.158	80	1.238	7,4
Læsø	6		6	0,0
Mariagerfjord	453	42	495	3,0
Morsø	17	2	19	0,1
Rebild	1.227	67	1.294	7,7
Thisted	50	2	52	0,3
Vesthimmerland	253	29	282	1,7
Anden kommune	-	-	844	5,1
I alt	15.105	766	16.715	100

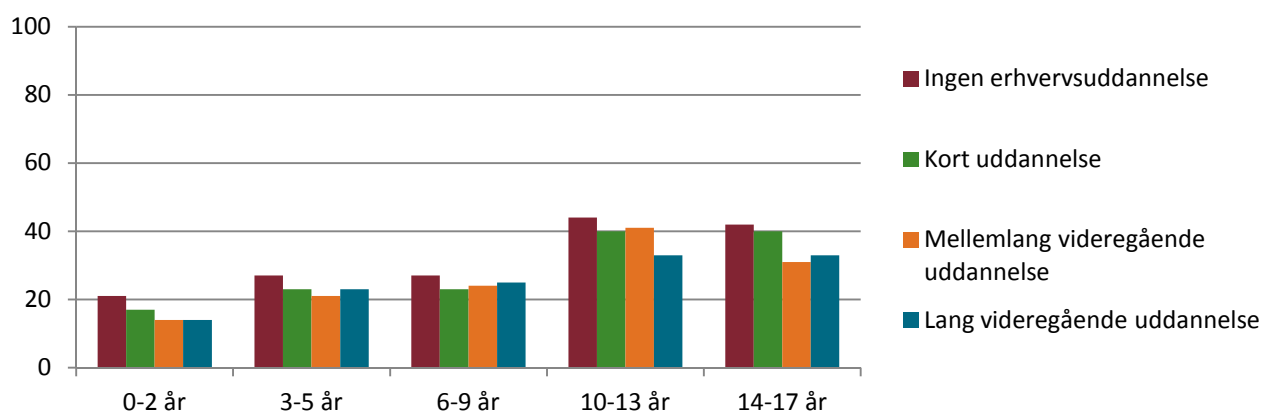
Kilde: PAS 2009-2011, Danmarks Statistik

I det følgende vil figurer bygge på skadestuekontakt for borgere bosiddende i Aalborg kommune - det vil sige de 11.471 personer fra tabel 9.1. Figurerne giver et repræsentativt billede af den sociale ulighed i skadestuekontakten efter en ulykke for borgere i Aalborg kommune. Tabeller angiver skadestuekontakt per 1000 ulykker i en given aldersgruppe for samtlige børn og unge, der har kontaktet skadestuen efter en ulykke. Den sociale ulighed konstateres per 1000 ulykker for den tilskadekomnes mors sidst fuldførte uddannelsesniveau.

² Eftersom ny registreringspraksis på regionens øvrige sygehuse, ikke er fuldt implementeret i perioden, er der udelukkende fokuseret på data fra Aalborg Sygehus.

Figur 9.2 viser den sociale ulighed i skadestuekontakter på Aalborg Sygehus for borgere i Aalborg kommune fordelt på morens sidst fuldførte uddannelsesniveau. Der er generelt en hyppigere ulykkesfrekvens blandt børn af mødre uden erhvervsuddannelse sammenlignet med mødre med lang videregående uddannelse.

Figur 9.2 viser ulykkesfordeling fra 2007 til 2009 for borgere bosiddende i Aalborg kommune fordelt på barnets alder og mors sidst fuldførte uddannelsesniveau. Procent



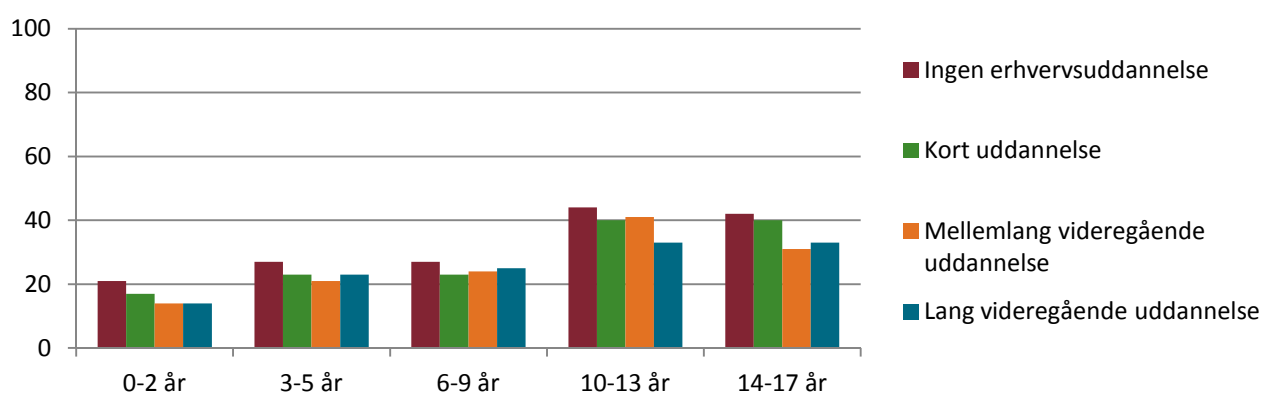
Kilde: PAS 2009-2011, Danmarks Statistik

9.2 Hjemme- og fritidsulykker

Hjemme- og fritidsulykker dækker over eksempelvis sportsskader, legeulykker, fald fra hesteryg med mere.

I Figur 9.3 vises den sociale ulighed i kontakt til skadestuen på Aalborg Sygehus efter en ulykke i hjemmet og fritiden for børn, hvor moren er bosiddende i Aalborg kommune. Der ses en tendens til, at børn af mødre uden erhvervsuddannelse generelt besøger skadestuen hyppigere end børn af mødre med en lang videregående uddannelse. Ulykkesfrekvensen er størst blandt børn der er ældre end 10 år.

Figur 9.3 viser hjemme- og fritidsulykker for borgere i Aalborg Kommune fordelt på barnets alder og morens sidst fuldførte uddannelsesniveau. Procent



Kilde: PAS 2009-2011, Danmarks Statistik

De hyppige hjemme- og fritidsulykker medfører en bred vifte af forskellige skader, der varierer efter alder og køn. Motorik og aktivitet spiller en væsentlig rolle i børns færden og afspejler de skader, som ulykkerne medfører. I tabel 9.2 ses det, at ud af 1000 hjemme- og fritidsulykker kontakter 419 forældre skadestuen i ulykkeskategorien slag/stød på grund af fald. I børnenes første leveår er kemisk påvirkning, termisk påvirkning og snit og anden mekanisk påvirkning af hud hyppigere end blandt de ældre børn. Der ses ingen sammenhæng mellem moderens uddannelsesniveau og -sted.

Tabel 9.2 Antal skader per 1000 ulykker i forbindelse med en hjemme- og fritidsulykke fordelt på alder, køn og morens uddannelsesniveau.

		Akut overbelastning	Aden skademekanisme	El-, lys og anden energieffekt	Kemisk påvirkning	Kvælning	Slag/stød	Slag/stød pga fald	Slag/stød pga kontakt med genstand, person, dvr	Snit og anden mekanisk påvirkning af hud	Termisk påvirkning	I alt
Drenge	0-2 år	68	49	1	8	2	68	538	65	158	42	1000
	3-5 år	54	38	0	4	0	105	495	104	190	10	1000
	6-9 år	69	27	0	3	0	146	455	162	131	8	1000
	10-13 år	104	21	0	1	0	196	399	192	77	9	1000
	14-17 år	140	35	0	1	0	217	302	197	97	10	1000
	Alle drenge	99	31	0	2	0	168	406	163	116	12	1000
Piger	0-2 år	96	52	1	7	1	75	560	41	117	49	1000
	3-5 år	72	52	0	1	0	96	519	87	162	11	1000
	6-9 år	77	32	0	1	1	136	515	116	115	8	1000
	10-13 år	132	28	0	1	0	173	428	161	72	5	1000
	14-17 år	159	39	0	3	0	215	318	172	88	5	1000
	Alle piger	120	37	0	2	0	160	435	136	99	10	1000
Morens uddannelse	Ingen erhvervsuddannelse	103	38	0	4	0	173	399	148	122	12	1000
	Kort uddannelse	109	38	0	2	1	164	417	155	103	12	1000
	Mellemlang videregående	114	27	0	2	0	163	431	154	100	9	1000
	Lang videregående	106	30	0	2	1	141	442	145	121	13	1000
Antal skader pr. 1000 hjemme- og fritidsulykke		108	34	0	2	0	165	419	151	109	12	1000

Kilde: PAS 2009-2011, Danmarks Statistik

Hyppige skader i forbindelse med en hjemme- og fritidsulykke

- Faldulykker
- At slå sig, for eksempel ved kontakt. Det kan være en bold, en gyngestol, støde ind i et bord med mere
- Akut overbelastning, for eksempel ved idræt eller hop på trampolin

Tabel 9.3 viser de steder, hvor børn og unges hjemme- og fritidsulykker opstår. Jo yngre børnene er, desto hyppigere sker ulykkerne i boligområdet. Eksempelvis ses det at 752 drenge mellem nul og to år kommer til skade i et boligområde, mens tallet for de 14- til 17årige drenge kun er 273. I tre- til niårsalderen begynder antallet af ulykker udenfor hjemmet at stige, og institutionsområde og offentlig administration udgør sammen med boligområdet de hyppigste skadesteder. I aldersgrupperne 10 år og opefter sker mange skader i forbindelse med idræt og sport. Skadestederne varierer ikke meget efter moderens uddannelse.

Tabel 9.3 Skadested i forbindelse med en hjemme- og fritidsulykke skadestuekontakt fordelt på alder, køn og morens uddannelsesniveau per 1000 ulykker.

		Transportområde	Boligområde	Produktions- og værkstedsområde	Butiks-, handels- og erhvervsområde	Institutionsområde og offentlig administration	Idræts- og sportsområde	Forlystelses- og parkområde	Fri natur	Hav- og søområde	Andet og ikke specificeret skadested	I alt
Drenge	0-2 år	13	752	6	21	101	5	17	46	0	41	1000
	3-5 år	9	426	7	16	385	20	30	79	3	25	1000
	6-9 år	25	328	2	7	341	108	35	125	3	26	1000
	10-13 år	24	241	1	3	281	286	27	108	0	29	1000
	14-17 år	32	273	10	7	166	378	23	75	4	34	1000
	Alle drenge	23	342	5	8	252	218	27	91	2	31	1000
Piger	0-2 år	12	774	1	19	93	12	21	44	0	24	1000
	3-5 år	14	456	1	15	350	29	35	78	0	21	1000
	6-9 år	28	348	3	6	305	90	51	134	2	32	1000
	10-13 år	27	286	4	5	237	262	25	122	5	28	1000
	14-17 år	29	299	7	7	147	340	30	104	3	34	1000
	Alle piger	25	368	4	8	223	202	32	106	3	29	1000
Morens uddannelse	Ingen erhvervsuddannelse	27	406	8	10	230	162	34	89	3	32	1000
	Kort uddannelse	22	333	5	8	245	232	23	99	2	30	1000
	Mellemlang videregående	27	349	3	7	254	213	24	92	3	27	1000
	Lang videregående	21	354	4	10	301	156	17	96	4	37	1000
Antal skadested pr 1000 hjemme- og fritidsulykke		24	354	5	8	239	211	29	98	3	30	1000

Kilde: PAS 2009-2011, Danmarks Statistik

Hyppige skadesteder i forbindelse med en hjemme- og fritidsulykke

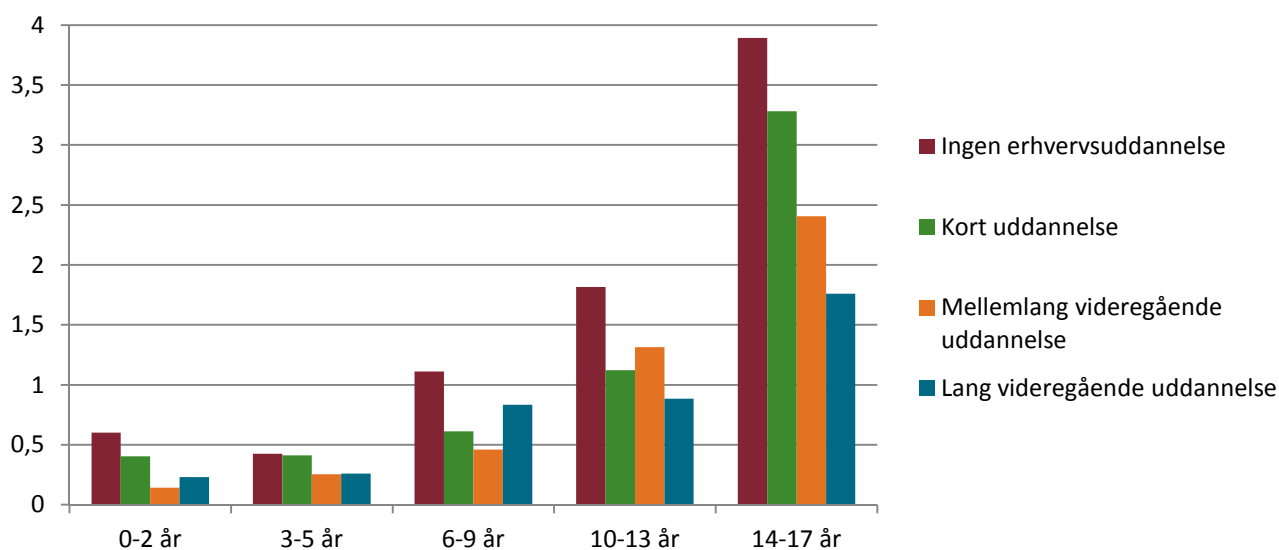
- De yngste kommer oftest til skade i hjemmet
- Institutionsområder er hyppige skadesteder for de 3 til 9årige børn
- Fra 10 års alderen kommer børn oftest til skade i idræts- og sportsområder

9.3 Trafikulykker

En trafikulykke defineres som uheld på offentlig vej med videre, hvor mindst én af de involverede var kørende – det vil sige, hvor der er mindst ét køretøj involveret. Det gælder derfor også soloulykker, fald i bus samt fodgængere med en involveret modpart. Cykelulykker sket i skoven, indkørsler med videre defineres *ikke* som en trafikulykke, men er i stedet inkluderet i hjemme- og fritidsulykker.

Figur 9.4 viser den sociale ulighed i trafikulykker blandt borgere i Aalborg kommune. Andelen, der besøger skadestuen, er højest blandt børn af forældre uden erhvervsuddannelse. Den største forskel ligger blandt de ældste børn, hvor børn af mødre uden erhvervsuddannelse kommer dobbelt så ofte på skadestuen i forhold til børn af mødre med lang videregående uddannelse.

Figur 9.4 Skadestuekontakt efter trafikulykker fordelt på barnets mors sidst fuldførte uddannelsesniveau. Procent



Kilde: PAS 2009-2011, Danmarks Statistik

Tabel 9.4 viser børn og unges trafikulykker. Risikoen for børns ulykker i trafikken stiger i takt med, at de med alderen færdes mere i trafikken. Børn under fem år er udsat i trafikken som passager i personbil. Omkring seksårsalderen begynder børnene i skole, hvilket betyder, at de bliver sårbare i trafikken på cykel. Blandt 10årige er cykelulykkerne skyld i mere end halvdelen af skadestuebesøgene efter en trafikulykke. De unge i 14 til 17års alderen kommer hyppigt til skade i trafikken på knallert/scooter/mc med en klar overvægt blandt drengene. De unge er også sårbare i trafikken på cykel og i personbil.

Ser vi på skaderne i sammenhæng med tilskadekomnes mors uddannelsesniveau viser tabellen, at der er flere børn, der kommer på skadestuen efter en cykel-trafikulykke, når moren har en lang videregående uddannelse. Antallet af skadestuekontakter efter en ulykke i en personbil, er højest blandt børn af mødre uden erhvervsuddannelse.

Tabel 9.4 Transportmidler per 1000 trafikulykke som ender med en henvendelse på skadestuen fordelt på alder,

køn og morens uddannelsesniveau

		Anden transport*	Cyklist	Fodgænger	Knallert/Scooter/M	Personbil	I alt
Dreng	0-2 år		100			900	1000
	3-5 år	45	182			773	1000
	6-9 år	73	463	73	24	366	1000
	10-13 år	22	607	56	22	292	1000
	14-17 år	8	236	19	556	181	1000
	Alle drenge	19	325	30	341	285	1000
Piger	0-2 år	357				643	1000
	3-5 år	59	176			765	1000
	6-9 år	22	283	87		609	1000
	10-13 år	11	529	11		448	1000
	14-17 år	36	241	56	333	333	1000
	Alle piger	42	304	45	181	429	1000
Morens uddannelse	Ingen erhvervsuddannelse	16	257	44	295	388	1000
	Kort uddannelse	39	290	33	304	334	1000
	Mellemlang videregående uddannelse	22	413	58	217	290	1000
	Lang videregående uddannelse	31	656		125	188	1000
Total							

* Anden transport omfatter bus, lastbil, varevogn samt uspecificerede transportmidler.

Kilde: PAS 2009-2011, Danmarks Statistik

Hyppige trafikulykker

- Børn under fem år kommer hyppigst på skadestuen efter en trafikulykke som passager i personbil
- Ved seksårsalderen stiger cykelulykkerne og udgør for børn i 10 til 13 års alderen mere end halvdelen af skadestuekontakterne
- De unge kommer hyppigt på skadestuen efter en knallertulykke, og for drengenes vedkommende udgør knallertulykkerne mere end halvdelen af trafikulykkerne

Litteratur

- 1 Lauersen B, Møller H "Forebyggelse af ulykker". Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København 2008
- 2 Lauersen B, Terp Nielsen L, Haudrup Christensen P, Møller H, Frimodt-Møller B. "Børneulykker i Danmark – En registerbaseret analyse" Statens Institut for Folkesundhed, september 2006.
- 3 Terp Nielsen L, Haudrup Christensen P. "Børneulykker: Risikofaktorer, risikooplevelse og risikohåndtering" Statens Institut for Folkesundhed, november 2003.
- 4 Lauritsen J. M, Kidholm K, Skov O, Nørgård L. "Økonomisk dækningsgrad og gennemsnitlige omkostninger ved hospitalsbehandlet tilskadekomst".
- 5 NOMESKO. NCECO "NOMESCO Classification of External Causes of Injuries" v.3.1. 2003.

10 Metode

10.1 Metode

Rapporten er en kvantitativ deskriptiv analyse, der bygger på eksisterende datagrundlag og viden. Der er anvendt kommunale såvel som regionale data. Design og de seks fokusområder er politisk prioriteret i 2011, hvorefter data og analyser er tilvejebragt primo 2012.

Fokusområderne er:

- *Ulighed i gravides sundhedsvaner*
- *Genindlæggelse af spædbørn*
- *Tilslutning til de forebyggende børneundersøgelser*
- *Overvægt blandt gravide og deres børn*
- *Forbrug af medicin blandt børn og unge*
- *Forekomst af ulykker blandt børn og unge*

At belyse børn og unges sundhed er komplekst og stiller store krav til opdaterede og valide datakilder. Der desuden behov for en indsnævring af hvilke sundhedsproblematikker, der bør belyses. Der er forskel på, hvad der er relevant at belyse for børn under to år, småbørn mellem tre og fem år, indskolingsbørn mellem seks og ni år, pubertetsbørn mellem 10 og 13 år samt teenagere mellem 14 og 17 år. For at kunne lave valide statistiske analyser inden for disse alderstrin, er følgende registre og data anvendt:

- *Patient Administrative System (PAS)*
- *Sociodemografiske/økonomiske data fra Danmarks Statistik*
- *Det centrale personregister (CPR)*
- *Aalborg Kommunes Sundhedsplejerskesystem*
- *Fødselsregistret*
- *Lægemiddelregistret*
- *Sundhedsprofil 2010*
- *NOVAX*

10.2 Analyseområde

Rapporten inkluderer samtlige børn og unge i Region Nordjylland under 18 år. I det omfang det har været muligt, vises repræsentative analyser for hele Region Nordjylland. Enkelte analyser inkluderer alene Aalborg kommune, hvilket vil fremgå af de enkelte tabeller og figurer.

Aldersinddelingen er generelt i tråd med kommunale børnetilbud, og således vil resultaterne være anvendelige i eventuelle kommunale forebyggelsesindsatser. Nogle analyser baseres på en årrække, et enkelt år eller på summen af flere år, og hvilken metode, der er benyttet, vil fremgå i det enkelte kapitel.

I tråd med rapporten "Social ulighed i sundhed i Region Nordjylland" for voksne, tager uligheden i sundhed i nærværende rapport også afsæt i uddannelsesniveau, da et højere uddannelsesniveau kan ses som en form for social, økonomisk og kulturel kapital. Idet børn og unge under 18 år kun i begrænset omfang har færdiggjort en uddannelse, er der taget udgangspunkt i moderens uddannelsesniveau. Grunden til, at det er moderens og ikke faderens uddannelsesniveau, der tages afsæt i, er, at man i alle tilfælde ved, hvem barnets mor er, hvilket ikke altid er tilfældet for faderen. Samtidig er det moderens sundhedsvaner gennem graviditeten, der kan have indflydelse på barnets udvikling.

Udover moderens uddannelsesniveau udgør baggrundsvariablerne alder, køn og kommune, hvilket tilsammen giver variablerne:

- *Mors uddannelsesniveau*
- *Alder*

- *Køn*
- *Kommune*

Oplysninger vedrørende uddannelsesniveau omfatter moderens sidst fuldførte uddannelse eller igangværende uddannelse. Data er opgjort pr. 1. oktober året forinden og bygger på Dansk Uddannelsesmenklatur (DUN) fra Danmarks Statistik. DUN udgør ni uddannelsesniveauer af tidligere og nuværende danske uddannelser med mere end 80 timers varighed.

Uddannelsesvariablen er i rapporten inddelt i følgende fire kategorier:

- *Ingen erhvervsuddannelse*: Mødre der endnu ikke har fuldført en erhvervsuddannelse. Inkluderer ufaglærte og specialarbejdere.
- *Kort erhvervsuddannelse*: Eksempelvis faglærte, sundhedsservicesekretærer og buschauffører.
- *Mellemlang videregående uddannelse*: Eksempelvis sygeplejersker, folkeskolelærere og pædagoger.
- *Lang videregående uddannelse*: Eksempelvis læger, jurister, ingeniører og økonomer.

10.3 Statistiske analyser

Statistiske analyser er bearbejdet i SAS 9.2 på Danmarks Statistiks forskerservice. I analyserne er der taget højde for manglende værdier og dobbeltregistreringer.

Litteratur:

1. Douglas, J., Earle, S., Handsley, S., Jones, L. C., Lloyd, C. E., Spurr, S. A Reader in Promoting Public Health. 2009. ISBN: 9781849201049
2. <http://www.rn.dk/NR/rdonlyres/89C10A15-B15C-402A-B439-6827A5C4EC26/0/39278forebyggelseogsundhedsfremme24012011.pdf>

11 Bilag

11.1 Databearbejdning gennem kapitlerne

11.1.1 Ulighed i gravides sundhedsvaner

Data, der er brugt i dette kapitel, stammer fra Danmarks Statistik samt fra selvrapporterede spørgeskemaer, som den gravide svarer på under samtaler med jordemoderen. Figurer og tabeller i kapitlet er lavet på baggrund af disse data. Da data fra spørgeskemaerne er selvrapporterede, kan der være tale om en underrapportering af u hensigtsmæssige sundhedsvaner.

Personer, der har røget under anden og tredje tredjedel af graviditeten er inkluderet i denne rapport. Ikke-rygere samt mødre, der har valgt at stoppe med at ryge under første tredjedel af graviditeten, er ikke inkluderet i statistikken.

Når det kommer til indtag af alkohol under graviditeten, er den gravide blevet spurgt, om hun har indtaget alkohol under graviditeten. Har hun svaret ja, er hun med i statistikken. Dermed fortæller statistikken ikke noget om, hvorvidt den gravide har indtaget en enkelt genstand under graviditeten, eller om hun har indtaget alkohol hver dag.

Når det kommer til overvægt, er gravide med en BMI ≥ 25 inkluderet i analysen. BMI er beregnet på baggrund af højde og vægt, som er blevet målt ved første svangreundersøgelse ved den praktiserende læge.

11.1.2 Genindlæggelse af spædbørn

Data i kapitlet inkluderer information om børn født i 2009, 2010 og 2011. Børn født på Sygehus Thy-Mors er ikke inkluderet i analyserne på grund af anden registreringspraksis. Dette antal fremkommer, da børn uden CPR-nummer er frasorteret. Børn, hvor sundhedsplejersken kommer på besøg mere end 30 dage efter fødslen, er også frasorteret, da disse børn af en eller anden årsag må have et kompliceret forløb. Derudover inkluderer antallet kun børn, der er blevet udskrevet fra sygehus/patienthotel.

11.1.3 Forebyggende børneundersøgelser

Datagrundlaget i dette kapitel er dannet med udgangspunkt i ydelsen for samtlige børneundersøgelser foretaget af praktiserende læger i Region Nordjylland. For en mere udbyggende analyse sammenkøbes data med oplysninger fra Danmarks Statistik vedrørende moderens uddannelsesniveau. Herved belyses det, i hvor stor udstrækning, der er forskel på de der tager imod tilbudet om forebyggende børneundersøgelser, og de der ikke gør.

11.1.4 Overvægt

Data består af oplysninger om barnets vægt i forhold til fødselsdag, samt moderens vægt inden graviditeten. Derudover vil data om alder, højde, vægt og køn fra den kommunale sundhedstjeneste bidrage til beskrivelse af barnets vægt ved indskolingsalderen. Børn født i 2000 til og med 2006 er inkluderet i analyserne, og er ved indskoling mellem fem og ni år gamle. Børnene er kun inkluderet en gang i analyserne, selvom data fra flere år er summeret. Antallet af børn forekommer umiddelbart meget lavt, hvilket er konsekvensen af flere faktorer:

- Sygehus Thy-Mors har anden registreringspraksis, hvorfor fødsler på dette sygehus ikke indgår i analyserne.
- Familier, der er flyttet ud af Region Nordjylland, er ikke inkluderet.
- Kun børn, hvor mors BMI er registreret er inkluderet.

Når der tales om moderens BMI i denne rapport, er der tale om følgende grupper:

- Undervægt: BMI <18,5
- Normalvægt: BMI 18,5-24,9
- Overvægt: BMI ≥ 25
- Svær overvægt: BMI ≥ 30

11.1.5 Medicinforbrug blandt børn og unge

I det følgende præsenteres medicinforbruget blandt børn og unge, og det er vigtigt at være opmærksom på, at det udelukkende er medicin købt på recept, der er taget med i analyserne. Fx vil svag smertestillende medicin være underrepræsenteret, da kun cirka 40 procent af denne type medicin købes på recept. Derudover tager analyserne ikke højde for, om den person medicinen er udskrevet til rent faktisk indtager medicinen. Det betyder, at analyserne udelukkende afspejler, hvilken person og dermed aldersgruppe medicinen er udskrevet til. Personer som har købt medicin én eller flere gange indgår som forbruger af det pågældende produkt.

11.1.6 Ulykker

Der har været 16.715 kontakter til Aalborg Skadestue blandt børn og unge til og med 17 år i årene 2009 til 2011. Ulykkerne omfatter trafikulykker samt hjemme- og fritidsulykker.

Det er nødvendigt at påpege, at det ud fra én enkelt skadestue er svært at generalisere til hele regionen. Dette skyldes blandt andet, at forhold som skadestuens tilgængelighed, afstand til skadestuen fra hjemmet samt lokale behandlingsmuligheder varierer og påvirker henvendelse til skadestuen efter en ulykke.

Kapitlet giver et summarisk billede over ulykkestype, aldersfordeling, kønsfordeling, skadestyper, skadestedet samt et billede af børnenes sociale baggrund. Det har været ønsket at belyse børn og unges skadestuekontakt efter en ulykke for hele Region Nordjylland, men som følge af registreringspraksis på de øvrige skadestuer har det ikke været muligt. Tilskadekomne, der er fraflyttet Region Nordjylland i samme år som ulykken er forekommet, er frasorteret i data.

Der skelnes mellem en skade og ulykke (5).

Skader: Refererer til den fysiske skade, der opstår, når den menneskelige krop pludselig udsættes for en kraft

Ulykker: Refererer til en utilsigtet hændelse, der karakteriseres ved en pludselig kraft eller kraftpåvirkning, som kan resultere i skade på kroppen