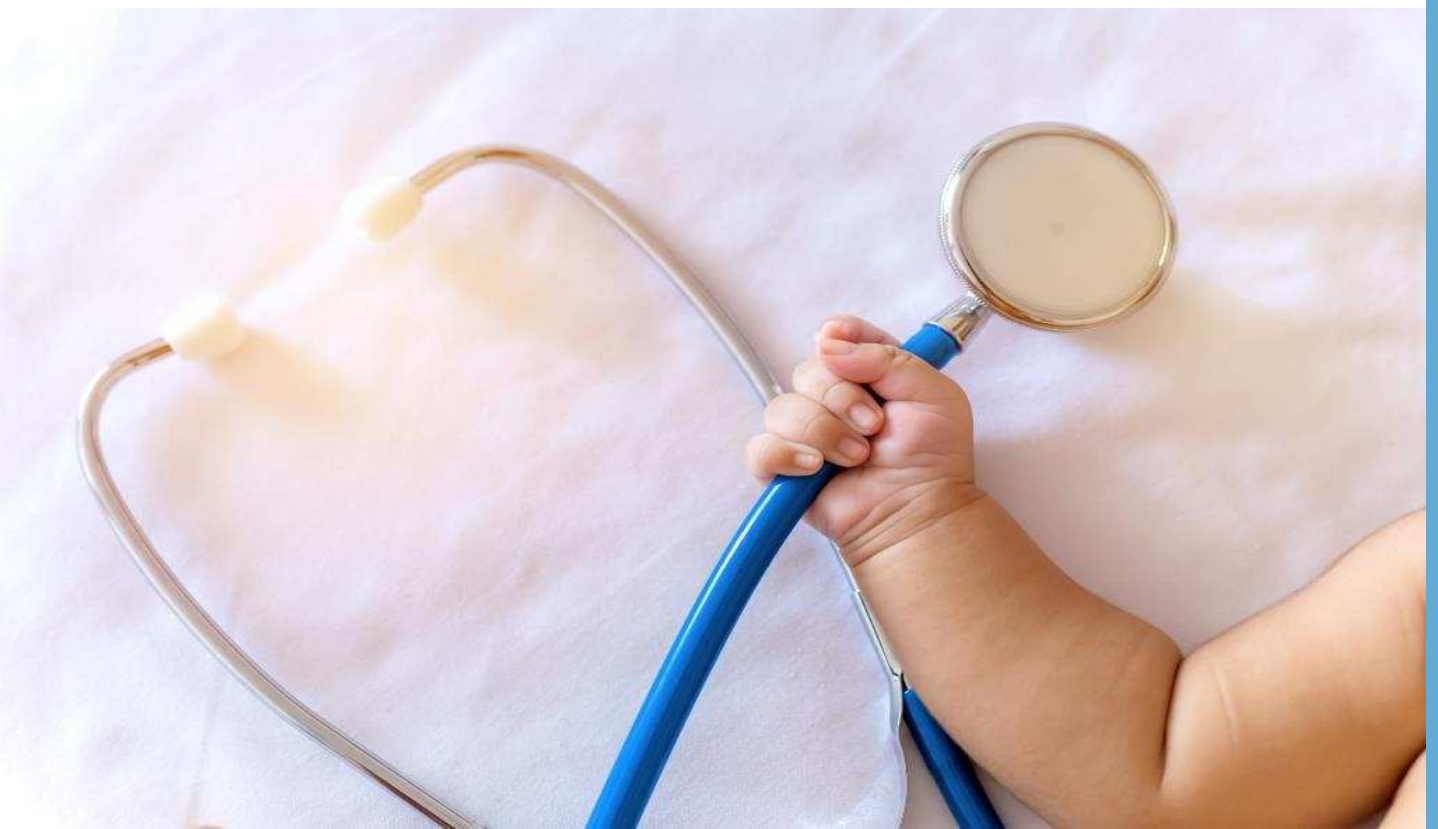


# Småbørnenes akutte kontakter til sundhedsvæsenet

December 2019



Social- og  
Indenrigsministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.simb.dk](http://www.simb.dk)

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen  
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

## Indhold

1 Ledelsesresumé .....	3
2 Indledning.....	7
2.1 Anvendelsen af analysens resultater .....	8
2.2 Strukturen i analysen .....	9
3 Sådan har vi gjort.....	10
3.1 Definition af populationen.....	10
3.2 Definition af akutte kontakter .....	10
3.3 Benchmarkingindikatoren .....	10
3.4 Identificering af risikofaktorer for akutte kontakter .....	11
4 Akutte kontakter blandt småbørnene .....	12
4.1 Akutte kontakter på landsplan.....	12
4.2 Akutte kontakter fordelt på regioner.....	15
4.3 Akutte kontakter fordelt på kommuner .....	18
4.4 Akutte kontakter fordelt på almen praksis .....	21
5 Forløbet i perioden omkring den akutte kontakt.....	25
5.1 Forløbet i ugen op til den akutte kontakt .....	25
5.2 Forløbet i ugen efter den akutte kontakt .....	27
5.3 Hele forløbet omkring den akutte kontakt.....	28
6 Risikofaktorer.....	30
6.1 Risikofaktorer forbundet med akutte kontakter .....	30
6.2 Sammenhæng mellem akutte og øvrige kontakter til sundhedsvæsnen .....	33
7 Sammenhæng mellem benchmarkingindikatoren og kommunal sundhedspleje .....	36
8 Videre perspektiver .....	38

# 1 Ledelsesresumé

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 formentligt 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 udbuds faktorer 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 <sup>1)</sup>	Kommune <sup>2)</sup>	Almen praksis <sup>3)</sup>
<b>Faktiske akutte kontakter</b>	----- Antal kontakter pr. 1.000 børn -----		
- Flest	1.530	1.860	2.100
- Færrest	1.020	760	600
<b>Justeret for rammevilkår</b>	----- 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 ø-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 akuttefonen. 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 evalueringsanalyse<sup>1</sup>, 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.

---

<sup>1</sup> Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, juni 2017: Analyse af børns brug af sundhedsydelse

## 2 Indledning

Når småbørn dør med feber, hoste, forkølelse, influenza og lignende småsygdomme, ender det ofte med, at forældrene kontakter det akutte sundhedsvæsen. Omkring 8 pct. af alle patienter ved vagtlægerne og på akutmodtagelserne er børn under 3 år og det til trods for, at børn under 3 år kun udgør 4 pct. af befolkningen. Blandt småbørn er der altså en massiv overrepræsentation i statistikken over akutte kontakter.

Politikerne sætter i disse år fokus på, at behandling af borgerne i højere grad skal ske i deres nærmiljø, det vil sige i almen praksis og i kommunerne, frem for på sygehusene. Heri ligger der et ønske om, at regioner, kommuner og almen praksis skal forhindre og forebygge de akutte kontakter til sundhedsvæsenet, der kunne have været undgået. Dette er gældende for alle borgere, herunder også børn. Nogle af de akutte kontakter blandt små børn er selvsagt nødvendige, men en del kunne have været undgået eller forebygget. Det drejer sig eksempelvis om situationer, hvor børn med feber, hoste, mellemørebetændelse og mave-tarminfektioner tager forbi sygehuset. Ud fra et sundhedsfagligt synspunkt er nogle af disse akutte kontakter ikke altid nødvendige. Når man taler om akutte kontakter blandt børn, er deres forbrug af sundhedsvæsenet først og fremmest bestemt af forældreadfærden, når barnet bliver ramt af en sygdom, men forbruget afhænger i højt grad også af henvisnings- og visitationspraksis samt mangel på alternative behandlingsmuligheder uden for dagstid.

Det kunne være, at nogle af disse børn ville have gavn af, at forældrene tog dem til den praktiserende læge til et tjek, eller at forældrene var bedre til selv at passe og observere det syge barn og se tiden an, før de tager kontakt til lægen frem for at blive visiteret til en akut kontakt. Det kan være hensigtsmæssigt at forebygge flere af de ikke nødvendige akutte kontakter og forløb i sundhedsvæsenet, både for det enkelte barn og dets familie, men også for sundhedsvæsenets økonomi. Færre akutte kontakter vil samtidigt være med til at frigøre sundhedspersonalets tid, så den kan anvendes på de børn, der reelt har brug for de akutte sundhedsydelse. Bedre anvendelse af ressourcer er også vigtigt i lyset af den kommende demografiske udvikling. Over de næste 10 år forventes det ifølge befolkningsfremskrivningen fra Danmarks Statistik, at antallet af 0-2-årige børn vil stige med 15 pct., og småbørnene vil dermed komme til at udgøre en større andel af befolkningen.

Det er både regioner, kommuner og almen praksis, der løfter opgaven i forhold til at fremme børnenes sundhed og forebygge sygdomme blandt børnene. Det sker allerede i graviditeten, blandt andet igennem forebyggende konsultationer hos jordemoderen og graviditetsundersøgelser ved praktiserende læge. Efter at barnet er født, foretager den praktiserende læge helbredsundersøgelser, er i dialog med familien og vaccinerer barnet mod en række sygdomme. Den kommunale sundhedspleje kommer i kontakt med familien umiddelbart efter fødslen og tilbyder hjemmebesøg i løbet af barnets første leveår samt en række øvrige ydelser og ekstra støtte til familier med særlig behov. Aktører fra alle tre sektorer har dermed mulighed for at arbejde med at forebygge nogle af de unødige akutte kontakter til sundhedsvæsenet blandt småbørnene.

I denne analyse er der sat fokus på akutte kontakter blandt småbørnene i alderen 0 til 2 år. Det skal først og fremmest ses i lyset af, at små børn har relativt mange kontakter sammenlignet med andre aldersgrupper og er som oftest i kontakt med sundhedsvæsenet med ikke så alvorlige diagnoser. Det er naturligvis ikke alle akutte kontakter, der kan eller skal forebygges. I nogle situationer er akutte kontakter nødvendige og kan måske være med til at forebygge et længere indlæggelsesforløb.



Styrket visitationspraksis i forbindelse med den telefoniske kontakt til vagtlægen eller Akuttefonen 1813 og bedre støtte og vejledning af forældrene i forhold til, hvad de skal gøre i forbindelse med akut opstået sygdomme og symptomer som feber og virusinfektioner hos barnet, og hvornår de skal kontakte sundhedsvæsenet, kan muligvis være med til at reducere nogle af kontakterne. Det er en opgave, som både regioner, kommuner og almen praksis bør tage på sig, og allerede i dag eksisterer der strukturer til at tilbyde forebyggelse og dermed reducere nogle af de unødige akutte henvendelser. Derfor ses der i denne analyse på børnenes akutte kontakter på tværs af både regioner, kommuner og almen praksis under hensyn til forskelle i rammevilkår. Forskelle mellem de enkelte aktører peger på, at der er potentiale for læring og forbedring på området.

I analysen er børnenes forløb igennem sundhedssystemet i forbindelse med en akut opstået sygdom også afdækket, ligesom det er undersøgt, hvilke individmæssige og familiemæssige risikofaktorer, der er forbundet med akutte kontakter. Der gives blandt andet svar på, hvilke sundhedsfaglige aktører der har tilset barnet forud for og efter den akutte kontakt, og hvor stor en andel af børnene der ikke har haft andre former for kontakter i perioden omkring den akutte kontakt. Formålet med disse dele af analysen er at give kommunerne, regionerne og almen praksis en bedre forståelse af børnenes vej igennem systemet forud for og efter en akut kontakt, samt hvilke typer familier en styrket indsats kan være særligt gavnlig for.

## 2.1 Anvendelsen af analysens resultater

Det overordnede formål med analysen er at give et godt grundlag til regionerne, kommunerne og almen praksis for at arbejde med at styrke forebyggelse af nogle af de unødige akutte kontakter blandt små børn.

Benchmarkinganalyserne kan bruges til at identificere aktører, der opnår de bedste resultater på baggrund af deres rammevilkår. Det kan skabe afsæt for gensidig dialog, inspiration og læring. Men det er vigtigt at slå fast, at benchmarkinganalysen ikke kan påvise kausale sammenhænge mellem indsatser og resultater. Forklaringerne på, hvorfor nogle regioner, kommuner og almen praksis klarer sig bedre end andre, bør findes ved dialog og erfaringsudveksling mellem aktørerne på sundhedsområdet. Det har ikke været inden for rammerne af denne analyse at undersøge dette nærmere.

I analysen peges der flere steder på, at børnenes bestemte kontaktmønstre blandt andet kan være et udtryk for den konkrete visitations- og henvisningspraksis, samt at der i nogle tilfælde kunne være et potentiale for bedre støtte til forældrene via information, vejledning og undervisning. I denne analyse har formålet dog ikke været at undersøge evidens for eller omkostningseffektivitet af bedre henvisnings- og visitationspraksis og tiltag som bedre støtte til forældrene. Men det kan være relevant for de konkrete aktører at overveje og vurdere, om der kan være behov for at ændre praksis med henblik på at styrke indsatsen yderligere og forebygge nogle af de akutte kontakter blandt småbørnene.

## 2.2 Strukturen i analysen

Analysen er struktureret som følger:

I **kapitel 3** gennemgås analysens mest centrale afgrænsninger og definitioner. En mere fyldestgørende beskrivelse af metoden og afgrænsninger kan læses af bilag 6: "Metode".

I **kapitel 4** kan man se opgørelser, der viser, at småbørnene er en af de befolkningsgrupper, der hyppigst er i akut kontakt med sundhedsvæsenet, og der gives en beskrivelse af, at hovedparten af henvendelserne skyldes småsygdomme og symptomer som feber og hoste. I dette kapitel vises også forskellene mellem henholdsvis regioner, kommuner og almen praksis i akutte kontakter pr. 1000 børn, når der tages højde for forskelle i rammevilkår, og dermed illustreres potentialer for en mere forebyggende indsats.

I **kapitel 5** afdækkes børnenes sygdomsforløb nærmere, og der zoomes ind på, hvilke aktører der har tilset barnet inden og efter den akutte kontakt. Det er med til at belyse, hvordan forældrene og sundhedssystemet agerer, når et barn har akutte kontakter, og hvor det er, man eventuelt kan sætte ind.

I **kapitel 6** præsenteres de største risikofaktorer for akutte kontakter blandt småbørnene, og der ses på sammenhænge mellem de akutte kontakter og øvrige regionale sundhedsydelser. Analysen kan hjælpe med at målrette relevante indsatser til familier, der kan have gavn herfor.

I **kapitel 7** afdækkes sammenhænge mellem en række ydelser og tilbud i den kommunale sundhedspleje og akutte kontakter under hensyn til rammevilkår.

I **kapitel 8** afrundes analysen med at opsummere de vigtigste fund og referere til en evalueringsanalyse med forslag til forebyggende indsatser på området, som både regioner, kommuner og almen praksis kan arbejde med.

### ***Se hvordan regioner, kommuner og almen praksis placerer sig***

- I bilag 1 "Sådan placerer din region sig" kan du finde de væsentligste resultater af analysen for din region.
- I bilag 2 "Sådan placerer din kommune sig" kan du finde de væsentligste resultater af analysen for din kommune.
- I bilag 3 "Regionspecifikke nøgletal" ses en række regionsfordelte tabeller med de væsentligste nøgletal i analysen.
- I bilag 4 "Kommunespecifikke nøgletal" ses en række kommunefordelte tabeller med de væsentligste nøgletal i analysen.
- I bilag 5 "Praksiskommunespecifikke nøgletal" ses en række praksiskommunefordelte tabeller med de væsentligste nøgletal i analysen.

## 3 Sådan har vi gjort

I det følgende beskrives overordnet set en række definitioner og metodiske valg truffet i forbindelse med denne analyse. En mere fyldestgørende og konkret beskrivelse kan læses i bilag 6: "Metode".

### 3.1 Definition af populationen

I denne analyse ses der på akutte kontakter til sundhedsvæsenet i løbet af et kalenderår blandt alle børn, der pr. 31. december i det pågældende år var mellem 0 og 2 år. Børn, der enten er indvandret eller født i løbet af året, indgår dermed også i populationen, mens børn med alvorlige sygdomme som kræft og ekstremt for tidligt fødte børn er ekskluderet fra analysen. Selve benchmarkinganalysen, som udføres under hensyn til rammevilkår, er baseret på baggrund af population og aktivitet i 2017, men der ses også deskriptivt på udviklingstendenser mellem 2014 og 2017. Risikoen for akutte kontakter afhænger blandt andet af den tid, som børnene har været eksponeret for sygdomme og ulykker. For at tage højde for, at nogle børn har haft kortere tid til at kontakte sundhedsvæsenet end andre, analyseres der på helårsbørn i denne analyse.

### 3.2 Definition af akutte kontakter

I Region Hovedstaden visiteres alle borgere med akut opstået behov for lægehjælp udenfor den praktiserende læges åbningstid til en tid på sygehuset. I de fire øvrige regioner varetages visitation og behandlingen af akut opstået sygdom primært af en vagtlæge, og i nogle tilfælde skal man behandles på sygehuset. Disse forskelle i organisering af det regionale sundhedsvæsen på akutområdet medfører, at det ikke datamæssigt er muligt at sammenligne andelen af børn med henholdsvis akut kontakt til børnemodtagelse, akut indlæggelse og vagtlægekonsultation på tværs af kommuner og regioner (herunder sygehuse og almen praksis). Det er af samme årsag heller ikke muligt at sammenligne kontaktens varighed på tværs af de enkelte aktører. Der kan også være forskelle mellem regionerne og sygehusene i registreringspraksis af sygehuskontakter, herunder kontakttypen af varigheden af kontakten. For at minimere usikkerheden er det valgt, at vagtlægekontakten og sygehuskontakten, som er foretaget på samme dag, tæller som en enkeltstående kontakt. To eller flere sygehuskontakter med 4 timers mellemrum eller derunder tæller også som en enkeltstående kontakt<sup>2</sup>.

For at sikre sammenlignelighed mellem regionerne, er det i denne analyse valgt at fokusere på børnenes akutte sygehuskontakter og vagtlægekontakter under ét uden at skelne til varighed af kontakten eller kontakttypen. Denne afgrænsning sikrer, at det er muligt at sammenligne antallet af akutte kontakter på tværs af landet. Akutte kontakter er defineret som kontakter, hvor der er sket et fysisk fremmøde. Det kan have været ved vagtlægen, på sygehuset eller hos borgeren, dvs. alle vagtlægekonsultationer, sygebesøg i hjemmet, akutte ambulante besøg og akutte indlæggelser.

### 3.3 Benchmarkingindikatoren

Både regioner, kommuner og almen praksis er med til at løfte opgaven i forhold til at fremme børnenes sundhed og forebygge sygdomme blandt børnene. Benchmarking af akutte kontakter foretages derfor både på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Forskelle i akutte kontakter

---

<sup>2</sup> Der er benyttet samme afgrænsning som i Sundhedsdatastyrelsen (2017), "Afrapportering fra teknikergruppe om opgørelse af indlæggelsesforløb baseret på Landspatientregisteret".

blandt småbørnene på tværs af disse aktører er i et vist omfang påvirket af, at regioner, kommuner og almen praksis har forskellige rammevilkår.

Rammevilkår er et begreb, som i denne forbindelse bruges om de strukturelle forhold, som den enkelte aktør opererer under. Rammevilkår er generelt kendetegnet ved, at de ikke kan ændres af den pågældende aktør på kort eller mellemlangt sigt. I denne analyse er aktørenes rammevilkår bestemt af den individbaserede demografiske og socioøkonomiske sammensætning af småbørnene og deres familier, kombineret med udbuds faktorer som afstand til den praktiserende læge og nærmeste vagtlæge/sygehus.

Benchmarkingindikatoren beregnes ved hjælp af en statistisk model, jf. boks. 3.1.

### Boks 3.1

#### Kontrol for rammevilkår og fortolkning af benchmarkingindikatoren

For at tage højde for forskellige rammevilkår mellem kommuner, regioner og almen praksis, estimeres ved hjælp af en negativ binomial regressionsmodel et forventet antal akutte kontakter på individniveau, når der tages højde for rammevilkår. De forventede akutte kontakter aggregeres derefter til henholdsvis regions-, kommune- og almen praksisniveau og vægtes i forhold til antallet af helårsbørn.

Det faktiske og det forventede antal kontakter pr. 1.000 helårsbørn benyttes til at beregne en benchmarkingindikator. Benchmarkingindikatoren viser, om den enkelte region, kommune eller praktiserede læge har et højere eller lavere antal akutte kontakter, end man kunne forvente, når der tages højde for rammevilkår. Benchmarkingindikator beregnes som:

$$\text{Benchmarkingindikator} = \left( \frac{\text{Faktiske antal akutte kontakter pr. 1.000 helårsbørn}}{\text{Forventet antal akutte kontakter pr. 1.000 helårsbørn}} - 1 \right) \times 100$$

Benchmarkingindikatoren sikrer et bedre sammenligningsgrundlag på tværs af de relevante aktører, hvor betydningen af de identificerede rammevilkår er renset ud. Resultaterne af ovenstående regressionsmodeller og de beregnede benchmarkingindikatorer præsenteres i kapitel 4. Estimationsresultaterne kan ses i bilag 6: "Metode".

Hvis benchmarkingindikatoren er større end 0, betyder det at der er flere akutte kontakter pr. 1.000 børn, end man kunne forvente på baggrund af rammevilkår. Omvendt, hvis benchmarkingindikatoren er mindre end 0, er der færre akutte kontakter pr. 1.000 børn, end man kunne forvente på baggrund af rammevilkår. Hvis benchmarkingindikatoren er lig med 0, er der samme antal af akutte kontakter pr. 1.000 børn, som man kunne forvente på baggrund af rammevilkår.

Hvis benchmarkingindikatoren for en kommune eksempelvis er 10, betyder det, at kommunen har 10 pct. flere akutte kontakter pr. 1.000 børn end man kunne forvente på baggrund af kommunens rammevilkår. Omvendt hvis benchmarkingindikatoren er -10, betyder det, at kommunen har 10 pct. færre akutte kontakter, end man kunne forvente på baggrund af kommunens rammevilkår.

## 3.4 Identificering af risikofaktorer for akutte kontakter

På baggrund af ovennævnte regressionsmodel er det undersøgt, hvilke individuelle, familiemæssige og lokale risikofaktorer der har den største betydning for antallet af akutte kontakter til sundhedsvæsenet blandt småbørnene.

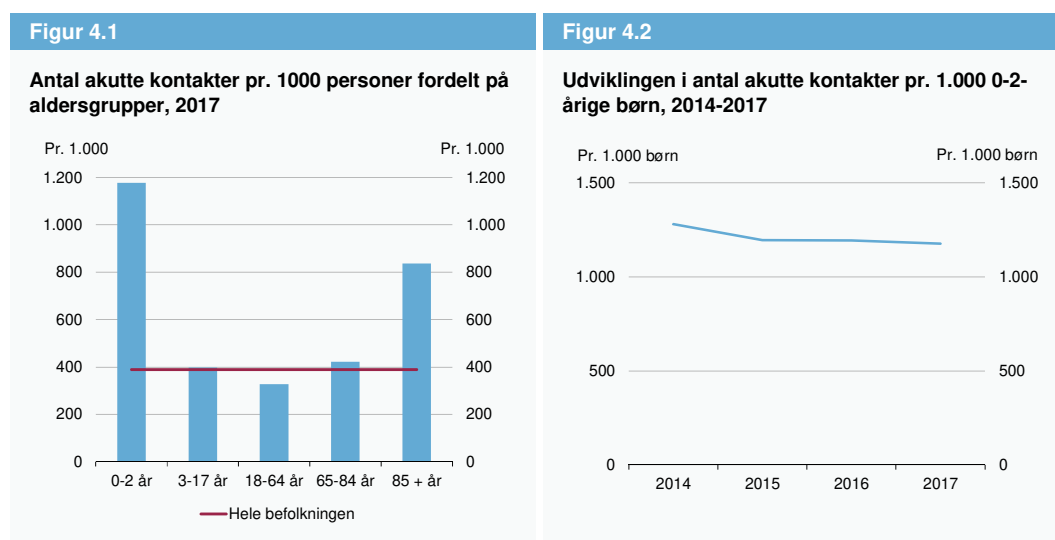
Ved hjælp af den statiske model er der beregnet marginale effekter af de enkelte faktorer. Den marginale effekt er beregnet ved den såkaldte *Incident Rate Ratio (IRR)*, som angiver den procentvise forskel i det forventede antal af akutte kontakter mellem kategorier, når alle andre forhold holdes lige. Fx kan en marginal effekt på 16 pct. for drenge tolkes som, at det forventede antal akutte kontakter er 16 pct. højere blandt drenge end blandt piger, når alle andre faktorer holdes konstante. Mere om den statistiske model og metoden kan læses i bilag 6: "Metode".

## 4 Akutte kontakter blandt småbørnene

### 4.1 Akutte kontakter på landsplan

Små børn i alderen 0 til 2 år har relativt mange akutte kontakter til sundhedsvæsenet sammenlignet med andre aldersgrupper i befolkningen. Antallet af akutte kontakter, målt som fysiske kontakter til vagtlægen eller akutte sygehuskontakter, udgjorde i 2017 ca. 1.180 kontakter pr. 1.000 børn i alderen 0 til 2 år, mens det tilsvarende tal for de ældre børn var ca. 400 kontakter pr. 1.000 børn, jf. figur 4.1. Færrest akutte kontakter havde personer i den arbejdsdygtige alder, mens ældre over 85 år havde ca. 840 kontakter pr. 1.000 personer.

Over de seneste 4 år er antallet af akutte kontakter pr. 1.000 børn faldet med ca. 8 pct., jf. figur 4.2. Antallet af kontakter er faldet mest mellem 2014 og 2015 med ca. 7 pct., mens det stort set har været uændret mellem 2015 og 2017.



Anm.: Akutte kontakter er defineret som fysiske kontakter til vagtlæge og akutte sygehuskontakter. Såfremt vagtlægekontakten og sygehuskontakten er foretaget på samme dag, tæller de som en enkeltstående kontakt. To eller flere sygehuskontakter med 4 timers mellemrum eller derunder tæller også som en enkeltstående kontakt. Ved at opgøre aktivitet pr. 1.000 helårspersoner er der taget hensyn til forskelle i eksponeringstid mellem populationer. Antal sygehuskontakter kan være påvirket af implementeringen af it-systemet sundhedsplatform i Region Hovedstaden og Region Sjælland, der skete i perioden fra maj 2016 til november 2017.

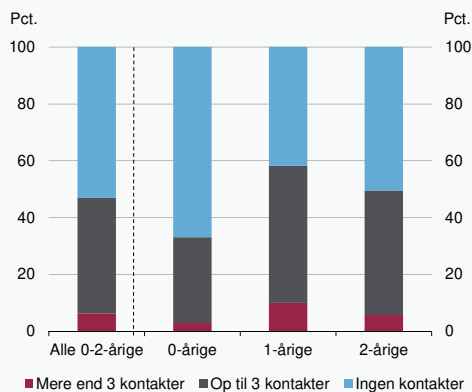
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

I 2017 var der ca. 86.890 0-2-årige børn, der stod for i alt ca. 179.150 akutte kontakter til vagtlægen eller sygehuset. Det indebærer, at børnene med akutte kontakter i gennemsnit har 2 årlige kontakter. De 86.890 børn med minimum én årlig akut kontakt i løbet af 2017 svarer til godt halvdelen af alle 0-2-årige børn, jf. figur 4.3. Omkring 40 pct. af børnene havde mellem 1 og 3 akutte kontakter, mens ca. 6 pct. af børnene havde mere end 3 kontakter i 2017. Disse børn har i gennemsnit godt 5 årlige kontakter. Figur 4.3 viser også, at de 1-årige børn er hyppigere i akut kontakt med sundhedsvæsenet end øvrige småbørn.

Der er generelt stor forskel på, hvornår på året børnene er hyppigst i kontakt med vagtlægen eller har en akut kontakt på sygehuset. Antallet af akutte kontakter blandt de børn, der var født før 1. januar 2017 og som havde opholdt sig i Danmark i hele 2017, er væsentligt højere i starten af året end midt på året. Fx har børnene dobbelt så mange akutte kontakter i marts måned som i august måned, jf. figur 4.4. Det hænger naturligvis sammen med, at mange børn bliver ramt af influenza, forkølelser og lignende sygdomme, som særligt forekommer i vintermånederne.

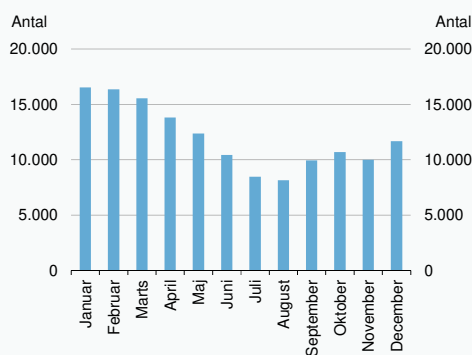
Figur 4.3

**Andel børn fordelt efter alder og antal akutte kontakter, 2017**



Figur 4.4

**Antal af akutte kontakter blandt småbørn<sup>1</sup> fordelt efter kalendermåned, 2017**



Anm.: Antallet af akutte kontakter er defineret som fysiske kontakter til vagtlæge og akutte sygehuskontakter. Såfremt vagtlægekontakten og sygehuskontakten er foretaget på samme dag, tæller de som en enkeltstående kontakt. To eller flere sygehuskontakter med 4 timers mellemrum eller derunder tæller også som en enkeltstående kontakt. 1. Kun børn, der var født før 1. januar 2017 og som havde opholdt sig i Danmark i hele 2017 er medtaget i denne opgørelse.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

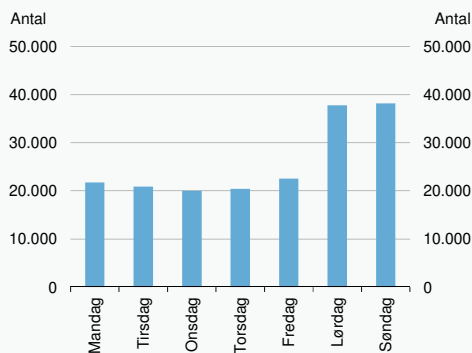
Der er ligeledes store forskelle på, hvornår på ugen børnene kommer i akut kontakt med sundhedsvæsenet. Næsten dobbelt så mange akutte kontakter forekommer på en lørdag eller søndag som på en hverdag, jf. figur 4.5. I hverdagene er børnene som oftest i akut kontakt med sundhedsvæsenet i aftentimerne, mens akutte kontakter i weekenden forekommer som oftest i dagtid<sup>3</sup>, jf. figur 4.6. Under 10 pct. af kontakterne forekommer i nattetimerne.

Når de fleste akutte kontakter sker i aftentimerne og weekenden hænger det blandt andet sammen med, at der typisk ikke er andre alternative behandlingsmuligheder på disse tidspunkter af døgnet. Barnets alment praktiserende læge har typisk åbent i hverdage mellem kl. 8 og 16, så der kan være begrænsede muligheder for råd, vejledning og behandling i forbindelse med en akutoptstået sygdom i aften- og nattetimerne samt i weekenderne. Sundhedssystemet er netop indrettet på sådan en måde, at det er vagtlægen/Akuttelefon 1813, man kan ringe til ved akut opstået behov for læge uden for almen praksis åbningstid. Akutte kontakter, der forekommer i hverdage i dagtid kan bl.a. være henvisninger til sygehuset fra barnets læge, eller akutte sygehuskontakter som følge af skader.

<sup>3</sup> Ovenstående opgørelse er kun baseret på Hovedstaden, da alle akutte kontakter i denne region er sygehuskontakter. Det er muligt at opgøre det præcise tidspunkt for akutte sygehuskontakter. Vagtlægekonsultationerne kan kun skelnes mellem A-vagter, som dækker hverdage fra 16-22 og lørdag mellem 8 og 20 og B-vagter, der dækker øvrig vagttid om natten og hele søndag.

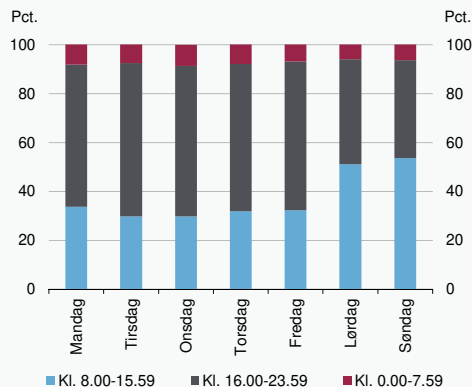
Figur 4.5

**Antal af akutte kontakter blandt 0-2-årige børn fordelt efter ugedag, 2017**



Figur 4.6

**Akutte kontakter blandt 0-2-årige børn fordelt efter ugedag og tidspunkt<sup>1</sup>, 2017**



Anm.: Antallet af akutte kontakter er defineret som fysiske kontakter til vagtlæge og akutte sygehuskontakter. Såfremt vagtlægekontakten og sygehuskontakten er foretaget på samme dag, tæller de som en enkeltstående kontakt. To eller flere sygehuskontakter med 4 timers mellemrum eller derunder tæller også som en enkeltstående kontakt. 1. Baseret på kontakter i Region Hovedstaden.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

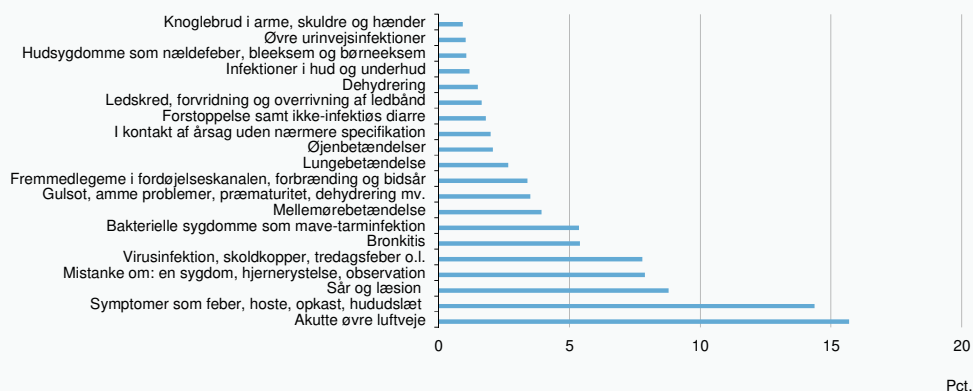
**Akutte kontakter fordelt på diagnoser**

De hyppige akutte kontakter til sundhedsvæsenet blandt småbørnene rejser blandt andet spørgsmål om årsagen til de mange henvendelser. Der findes imidlertid ikke registreringer af henvendelsesårsager eller diagnoser blandt de børn, der har akutte fysiske kontakter til vagtlægen. Det er derimod muligt at opgøre diagnoserne for børnene med akutte sygehuskontakter.

De 0 til 2-årige børn stod for ca. 91.700 akutte sygehuskontakter i 2017. De hyppigste 20 diagnosegrupperinger er vist i figur 4.7 og udgør ca. 84.200 kontakter, svarende til godt 90 pct. af alle akutte sygehuskontakter. Ud af de i alt 91.700 akutte kontakter udgør øvre luftvejsinfektioner omkring 14.400 akutte sygehuskontakter, svarende til 16 pct. Det er bl.a. sygdomme som forkølelse og falsk strubehoste, jf. figur 4.7.

Figur 4.7

**Børn med akut sygehuskontakt fordelt efter 20 af de mest hyppige diagnosegrupper, 2017**



Anm.: I figuren indgår der ca. 84.200 forløb, som udgør ca. 91 pct. af alle akutte sygehuskontakter blandt 0-2 årige.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Børn er også hyppigt i kontakt med sygehuset som følge af mistanke om en sygdom eller symptomer som feber, hoste, opkast eller hududslæt. En fjerdedel af alle akutte sygehuskontakter blandt småbørnene ender således ikke med en egentlig diagnose for barnet.

Herudover er småbørn i akut kontakt med sygehusvæsenet som følge af virusinfektioner (herunder børnesygdomme som skodkopper), bronchitis, mave-tarmsinfektion, mellemørebetændelse, øjenbetændelse og en række sygdomme blandt nyfødte som gulsot, amme problemer og dehydrering.

Omkring 15 pct. af akutte sygehuskontakter skyldes, at småbørnene er kommet til skade eller været ude for en ulykke. I den forbindelse henvender forældrene sig på sygehuset, når barnet har sår og læsioner, ledscred, forvridning eller knoglebrud, fremmedlegeme i fordøjelseskanalen, forbrænding eller bidsår. Det er hændelser, der i og for sig kan være alvorlige, og dermed i mange tilfælde skal behandles akut på sygehuset, men også hændelser, der måske kunne have været forebygget.

Denne opgørelse indikerer, at forældre til børn med akutte sygehuskontakter i mange tilfælde kommer på sygehuset med symptomer på mindre alvorlige sygdomme. Og en del af de akutte fysiske kontakter kunne formentligt have været undgået. Det skal i denne forbindelse nævnes, at børn med en række alvorlige sygdomme som kræft, kroniske luftvejssygdomme og cystisk fibrose samt børn, der er født ekstremt for tidligt, ikke indgår i denne analyse. Det skal ses i lyset af, at disse børn vurderes at have reel brug for akutte kontakter og i mange tilfælde gentagne gange; der eksisterer dermed ikke på samme måde et forbedringspotentiale som for andre børn. Der er tale om ca. 2.730 børn ud af i alt 184.900 0-2-årige børn.

I det følgende ses der på forskelle i akutte kontakter på tværs af henholdsvis regioner, kommuner og praktiserende læger. De forskellige aktører har på forskellig vis mulighed for at påvirke omfanget af akutte kontakter blandt småbørnene. Det betyder også, at de forskellige aktører har indflydelse på hvordan omfanget af akutte kontakter ser ud for et geografisk område. Det kan derfor være relevant at se analyserne for henholdsvis regioner, kommuner og praktiserende læger i sammenhæng. Det kan skabe grundlag for videre lokale drøftelser mellem de forskellige aktører.

## 4.2 Akutte kontakter fordelt på regioner

Regionernes hovedopgave er at styre og administrere det danske sygehusvæsen og praksissektor. At det er interessant at se på forskelle i antallet af akutte kontakter på tværs af regioner, skal ses i lyset af, at man i regionerne kan forebygge nogle af de unødvendige akutte kontakter blandt småbørnene, eksempelvis i forbindelse med visitationen til akutsystemet. Akutte fysiske kontakter til vagtlægen eller sygehuset sker på baggrund af en konkret vurdering og visitation over en akuttelefon, og det er enten en læge eller en sygeplejerske, der foretager selve telefonvisitationen. Der arbejdes naturligvis allerede i dag på at optimere visitationen i alle regioner. Fx er der i Region Hovedstaden indført video-visitationer og flere samtaler med akuttelefonen med henblik på at forebygge de fysiske kontakter. Forskelle i visitationspraksis mellem regionerne har dermed en direkte indflydelse på antallet af akutte kontakter i regionerne.

Derudover kan man i regionerne også arbejde med at forebygge nogle af de akutte kontakter på lidt længere sigt ved at have bedre fokus på at uddanne og oplyse kommende og nybagte forældre i forhold til spæd- og småbørnenes sygdomme, og hvordan man som forældre skal håndtere dem.

På tværs af regionerne er der forskelle i organiseringen af akutsystemet. Ved akutupstået behov for lægehjælp uden for alment praktiserende læges åbningstid kan borgerne i Region Hovedstaden



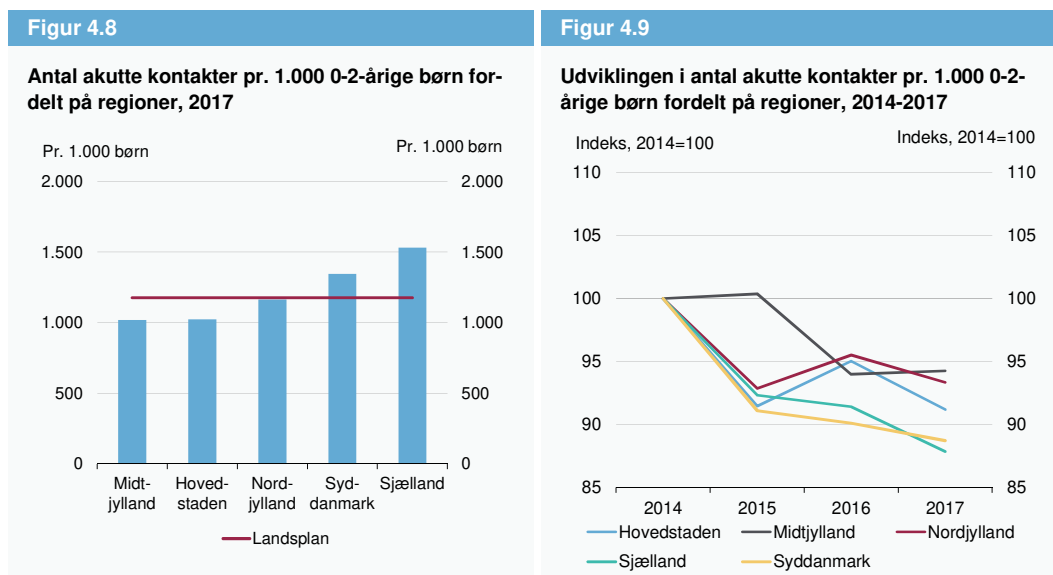
kontakte Akuttefon 1813. Efter konkret vurdering kan børnene blive visiteret til en kontakt på sygehuset. Borgerne i øvrige regioner kan i tilsvarende situation ringe til en vagtlæge, og efter en konkret vurdering blive visiteret til en fysisk vagtlægekonsultation eller visiteret til en akutmodtagelse. Mellem regioner er der også forskelle i, hvor borgerne skal ringe hen i forbindelse med skader. Herudover kan borgerne i alle regioner have akutte sygehuskontakter i forbindelse med livstruende sygdom eller skade (112 opkald) eller som følge af en henvisning fra alment praktiserende læge.

For at håndtere disse forskelle i organiseringen på tværs af regionerne og sikre sammenlignelighed ses der i denne analyse på akutte fysiske vagtlægekontakter og akutte sygehuskontakter under et. Mere om forskelle i organisering af akutsystemet mellem regionerne kan læses af bilag 6: "Metode". I bilaget kan man også se en række aktivitetsopgørelser på tværs af regionerne og sygehusene i forhold til børn med akutte kontakter.

### Akutte kontakter pr. 1.000 børn

På tværs af regionerne er der forskelle i antallet af akutte kontakter pr. 1.000 børn i alderen 0 til 2 år. Med godt 1.530 kontakter pr. 1.000 børn har Region Sjælland flest akutte kontakter, mens Region Midtjylland og Region Hovedstaden har færrest kontakter, jf. figur 4.8. Forskellen mellem Region Sjælland og Region Midtjylland er godt 500 kontakter pr. 1.000 børn i 2017, svarende til en forskel på 50 pct. mellem de to regioner.

Antallet af akutte kontakter pr. 1.000 børn er faldet i perioden fra 2014 til 2017 i alle fem regioner. For fire af regionerne er faldet i akutte kontakter primært sket mellem 2014 og 2015, mens det i den sidste region er sket mellem 2015 og 2016. Reduktionen i antallet af akutte kontakter pr. 1.000 børn er højest i Region Sjælland og Region Syddanmark, mens det er lavest i Region Midtjylland, jf. figur 4.9. Dette indebærer, at forskelle mellem regionerne har været endnu højere i 2014 end i 2017.



Anm.: Akutte kontakter er defineret som fysiske kontakter til vagtlæge og akutte sygehuskontakter. Såfremt vagtlægekontakten og sygehuskontakten er foretaget på samme dag, tæller de som en enkeltstående kontakt. To eller flere sygehuskontakter med 4 timers mellemrum eller derunder tæller også som en enkeltstående kontakt. Ved at opgøre aktivitet pr. 1.000 helårsbørn er der taget hensyn til forskelle i eksponeringstid mellem populationer. Antal sygehuskontakter kan være påvirket af implementeringen af it-systemet sundhedsplatform i Region Hovedstaden og Region Sjælland, der skete i perioden fra maj 2016 til november 2017.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

### Akutte kontakter under hensyn til rammevilkår

Nogle af de regionale forskelle i akutte kontakter blandt småbørnene kan forklares af forskelle i regionernes rammevilkår. Disse rammevilkår omfatter blandt andet en række karakteristika ved barnet og forældrene. Eksempelvis kunne socioøkonomiske faktorer i familien, faktorer vedrørende barnets fødsel og eventuelle komplikationer hermed, forældrenes sygelighed og deres brug af sundhedsydelse tænkes at påvirke antallet af akutte kontakter. En anden gren af rammevilkårene for regionerne er en række udbudsfaktorer som patientens afstand til vagtlægen, sygehuset og den praktiserende læge samt tyngden af patienterne blandt praktiserende læges population. De mest betydningsfulde faktorer er nærmere beskrevet i afsnit 6.1, og hele listen af kan ses i bilag 6: "Metode".

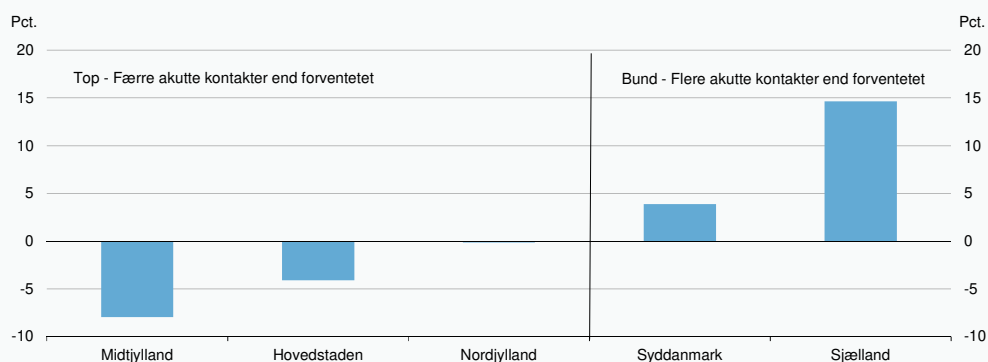
For at tage højde for regionernes forskellige rammevilkår estimeres ved hjælp af en statistisk model det forventede antal af akutte kontakter givet regionernes rammevilkår, jf. afsnit 3.3 og bilag 6: "Metode". For hver region beregnes herefter en benchmarkingindikator som er den procentvise forskel mellem det faktiske og forventede antal af akutte kontakter pr. 1.000 børn i regionen.

Hvis benchmarkingindikatoren er større end 0, betyder det, at der er flere akutte kontakter pr. 1.000 børn i regionen, end man kunne forvente på baggrund af regionens rammevilkår. Omvendt, hvis benchmarkingindikatoren er mindre end 0, er der færre akutte kontakter pr. 1.000 børn i regionen, end man kunne forvente på baggrund af regionens rammevilkår.

Når der tages højde for rammevilkår, ændres regionernes rangering ikke. Analysen viser, at Region Midtjylland er den region med færrest antal akutte kontakter. Med en benchmarkingindikator på -8 pct. har Region Midtjylland 8 pct. færre kontakter pr. 1.000 børn, end man kunne forvente på baggrund af regionens rammevilkår, jf. figur 4.10. Region Hovedstaden har ligeledes 4 pct. færre akutte kontakter pr. 1.000 børn end forventet. Omvendt har Region Sjælland og Region Syddanmark henholdsvis 15 og 4 pct. flere akutte kontakter pr. 1.000 børn end forventet. Region Nordjylland har omtrent samme antal akutte kontakter som forventet.

Figur 4.10

#### Procentvis forskel mellem det faktiske og forventede niveau – benchmarkingindikatoren, 2017



Anm.: Hvis benchmarkingindikatoren er større end 0, betyder det, at der er flere akutte kontakter pr. 1.000 børn i regionen, end man kunne forvente på baggrund af regionens rammevilkår. Omvendt, hvis benchmarkingindikatoren er mindre end 0, er der færre akutte kontakter pr. 1.000 børn i regionen, end man kunne forvente på baggrund af regionens rammevilkår. Hvis benchmarkingindikatoren er lig med 0 er der samme antal af akutte kontakter pr. 1.000 børn i regionen, som man kunne forvente på baggrund af rammevilkår.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

I bilag 1: "Sådan placerer din region sig" og bilag 3: "Regionsspecifikke nøgletal" kan man blandt andet se det faktiske antal akutte kontakter pr. 1.000 0-2-årige børn og det forventede antal under hensyntagen til rammevilkår for hver region.

### 4.3 Akutte kontakter fordelt på kommuner

Kommunerne har igennem kommunal medfinansiering af sundhedsydelser et forhøjet incitament til at forebygge og reducere antallet af kontakter til sundhedsvæsenet blandt ældre og børn i alderen 0 til 2 år, sammenlignet med øvrige befolkningsgrupper. Kommunen har flere forskellige muligheder for at forebygge kontakter blandt småbørnene. Den kommunale sundhedspleje har tæt kontakt til småbørnene og kan dermed medvirke til, at barnet får en sund start på livet, og at de akutte kontakter til sundhedsvæsenet forebygges i de tidlige år. Sundhedsplejen tilbyder ydermere hjemmebesøg til småbørnsfamilierne i løbet af børnenes første leveår, og nogle kommuner tilbyder besøg også efter det første leveår. Familier med særlige behov tilbydes sædvanligvis ekstra ydelser.

De konkrete tilbud og indsatser fra sundhedsplejen varierer fra kommune til kommune, og der er både forskelle i forhold til hvilke tilbud der findes i kommunen, hvordan de bliver tilrettelagt, samt til hvilke målgrupper de tilbydes. Fx tilbyder sundhedsplejen i nogle kommuner åbent hus, hvor forældrene kan tale med en sundhedsplejerske og møde andre forældre med små børn. Nogle kommuner tilbyder forældreuddannelseskurser og graviditetsbesøg, imens andre tilbyder konsultationer enten som supplement eller i stedet for nogle af hjemmebesøgene<sup>4</sup>. Der eksisterer også tilbud, som går på tværs af kommuner og regioner. Eksempelvis eksisterer der i Region Midtjylland en telefonvagt som varetages af sundhedsplejen, hvor forældre kan ringe og få råd om akutte problemer i forbindelse med fx amning, uro og gråd, maveproblemer, feber og småsygdomme og lignende.

Kommunerne kan også forebygge akutte kontakter blandt småbørn igennem de kommunale daginstitutioner via fokus på hygiejne, miljø og sikkerhed. Endelig kan kommunen ligeså vel som almen praksis og regionerne foretage mere generelle forebyggende indsatser ved fx at informere og lære forældrene om sygdom, og hvordan man anvender sundhedssystemet. Det kan både være igennem daginstitutionerne, sundhedsplejen eller som led i integrationsindsatsen.

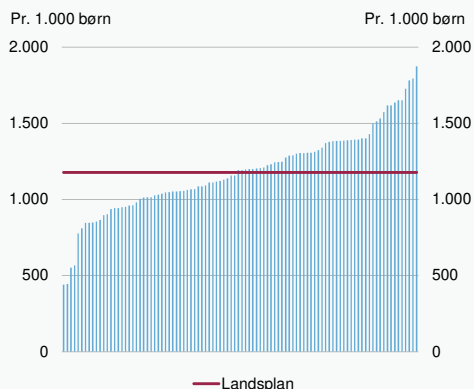
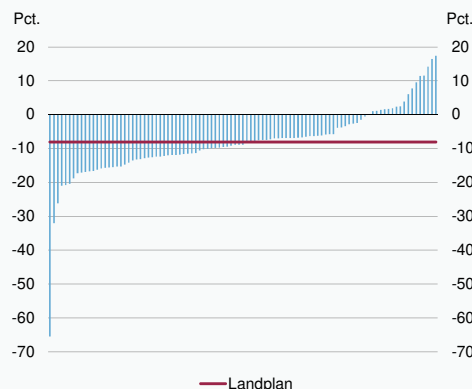
#### **Akutte kontakter pr. 1.000 børn**

Der er generelt store forskelle i antallet af akutte kontakter pr. 1000 børn på tværs af kommuner. I de 10 kommuner med det højeste antal er der i gennemsnit mere end dobbelt så mange akutte kontakter pr. 1000 børn som i de 10 kommuner med det laveste antal, jf. figur 4.11.

Over perioden fra 2014 til 2017 er der på landsplan sket et fald på ca. 8 pct. i antallet af akutte kontakter pr. 1.000 børn. Hovedparten af kommunerne har oplevet reduktion i antal kontakter pr. 1.000 småbørn. Dog er der i 17 af kommunerne sket en stigning i antal akutte kontakter pr. 1.000 børn, jf. figur 4.12. For godt halvdelen af kommunerne har reduktionen været højere end på landsplan. I 5 kommuner er der sket en reduktion på mere end 20 pct.

---

<sup>4</sup> Øjeblikbilledet 2017, Center for Research on universal Child Policies (CRUNCH)

**Figur 4.11****Antal akutte kontakter pr. 1.000 børn fordelt på kommuner, 2017****Figur 4.12****Ændring i antal akutte kontakter pr. 1.000 børn fordelt på kommuner, 2014-2017**

Anm.: Akutte kontakter er defineret som fysiske kontakter til vagtlæge og akutte sygehuskontakter. Såfremt vagtlægekontakten og sygehuskontakten er foretaget på samme dag, tæller de som en enkeltstående kontakt. To eller flere sygehuskontakter med 4 timers mellemrum eller derunder tæller også som en enkeltstående kontakt. Ved at opgøre aktivitet pr. 1.000 helårsbørn er der taget hensyn til forskelle i eksponeringstid mellem populationer. Antal sygehuskontakter kan være påvirket af implementeringen af it-systemet sundhedsplatform i Region Hovedstaden og Region Sjælland, der skete i perioden fra maj 2016 til november 2017.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Akutte kontakter på tværs af kommunerne under hensyn til rammevilkår**

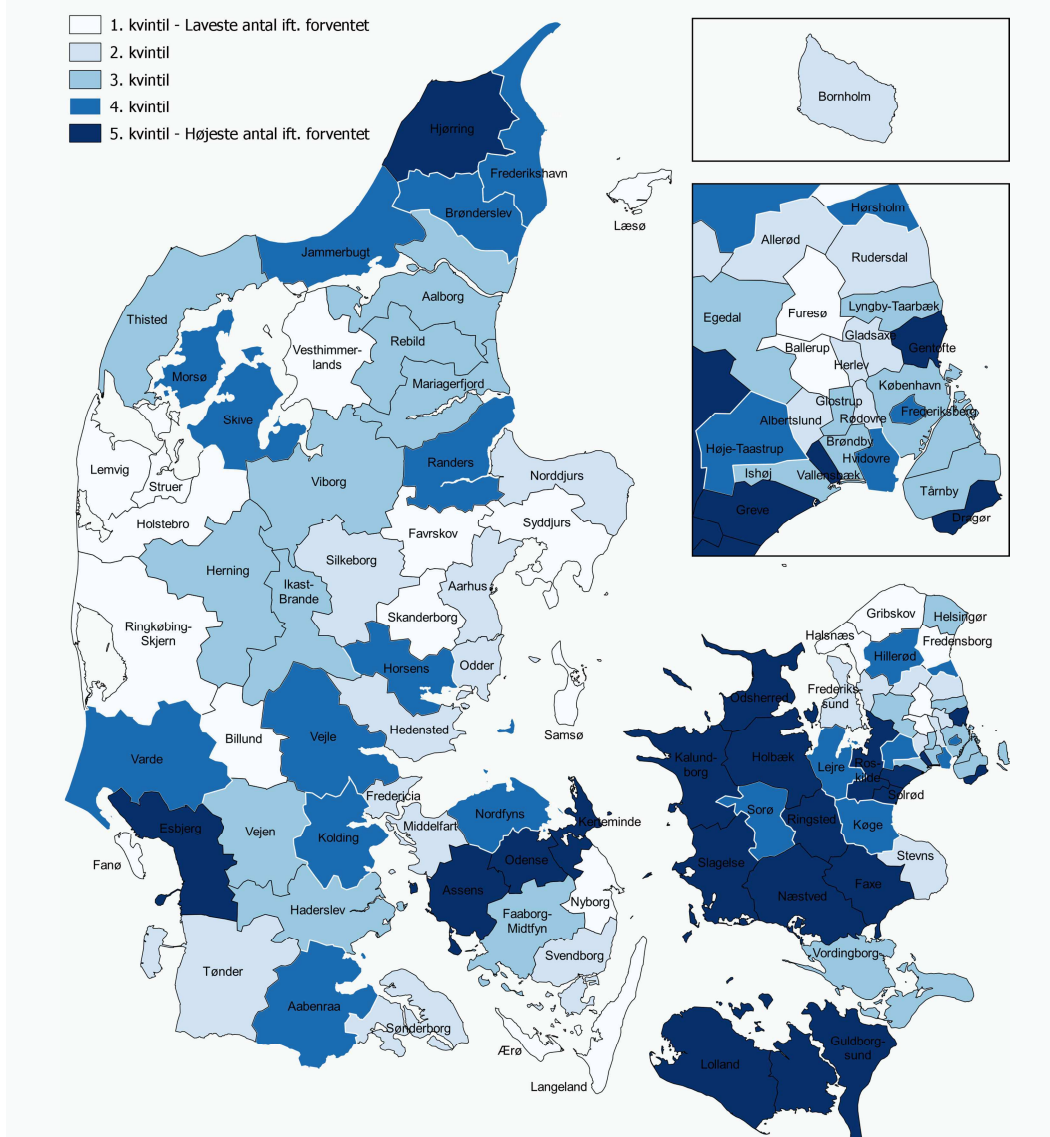
Nogle af de kommunale forskelle i akutte kontakter pr. 1.000 børn beror på forskelle i de kommunale rammevilkår som barnets alder, fødselsforløbet, forældres alder, uddannelsesniveau, brug af sundhedsvæsenet, afstand til vagtlægen eller sygehuset og en række andre faktorer, jf. bilag 6: "Metode". På baggrund af de inkluderede rammevilkår er der beregnet et forventet antal akutte kontakter pr. 1.000 børn og figur 4.13 viser, hvordan kommunerne placerer sig, når man ser på forskellen mellem det faktiske og det forventede antal af akutte kontakter pr. 1.000 børn.

I Danmarkskortet er kommunerne inddelt i kvintiler (femtedele) efter deres benchmarkingindikator. De kommuner, der indgår i 1. kvintil, har således det laveste antal akutte kontakter pr. 1.000 børn i forhold til hvad man kunne forvente på baggrund af kommunernes rammevilkår, mens kommuner i 5. kvintil har det højeste antal akutte kontakter pr. 1.000 børn i forhold til hvad man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår.

Der er visse geografiske tendenser i forhold til hvor godt kommunerne klarer sig. Kommuner i Nordsjælland og Midtjylland samt ø-kommunerne har et lavere antal akutte kontakter end forventet. Omvendt har særligt Vestsjællandske kommuner et højere antal akutte kontakter end forventet.

Figur 4.13

Benchmarkingindikator for akutte kontakter pr. 1.000 0-2-årige børn, 2017



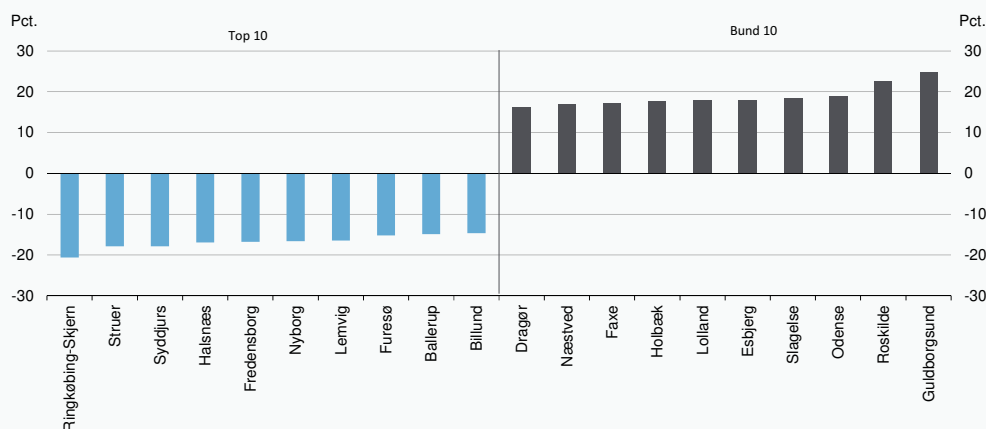
Anm.: 1. kvintil dækker over den femtedel af kommunerne, der har den laveste benchmarkingindikator og dermed de kommuner, der har laveste antal akutte kontakter pr. 1.000 børn i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af rammevilkår. 5. kvintil dækker over den femtedel af kommunerne, der har den højeste benchmarkingindikator og dermed højeste antal akutte kontakter pr. 1.000 børn i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af rammevilkår.  
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 4.14 viser de 10 kommuner med henholdsvis det laveste og højeste antal af akutte kontakter pr. 1.000 børn i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af rammevilkår. Antallet af akutte kontakter pr. 1.000 børn er mere end 20 pct. højere, end hvad man kunne forvente på baggrund af rammevilkår i henholdsvis Roskilde og Guldborgsund Kommune. Omvendt er antallet af akutte kontakter pr. 1.000 børn godt 20 pct. lavere end forventet i Ringkøbing-Skjern Kommune.

I bilag 2: "Sådan placerer din kommune sig" og bilag 4: "Kommunespecifikke nøgletal" kan man blandt andet se det faktiske antal akutte kontakter pr. 1.000 0-2-årige børn og det forventede antal under hensyntagen til rammevilkår for hver kommune.

Figur 4.14

De ti kommuner med højeste og laveste antal akutte kontakter pr. 1.000 0-2-årige børn i forhold til forventet, 2017



Anm.: Ø-kommuner Ærø, Fanø, Læsø, Samsø og Langeland klarer sig betydeligt bedre end andre kommuner. Disse er udeladt af denne figur men kan ses af bilag 2 og 4. Hvis benchmarkingindikatoren er større end 0, betyder det at der er flere akutte kontakter pr. 1.000 børn i kommunen, end man kunne forvente på baggrund af rammevilkår. Omvendt, hvis benchmarkingindikatoren er mindre end 0, er der færre akutte kontakter pr. 1.000 børn i kommunen, end man kunne forvente på baggrund af rammevilkår. Hvis benchmarkingindikatoren er lig med 0 er der samme antal af akutte kontakter pr. 1.000 børn i kommunen, som man kunne forvente på baggrund af rammevilkår.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 4.4 Akutte kontakter fordelt på almen praksis

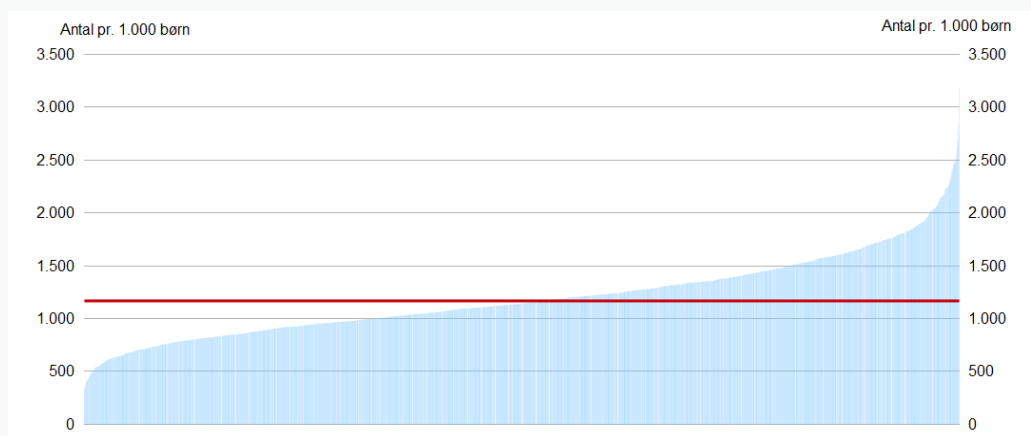
Når vi afdækker akutte kontakter til sundhedsvæsenet blandt småbørnene er det også relevant at undersøge forskellene på tværs af almen praksis. Dette skal ses i lyset af, at alment praktiserende læger som regel er patienternes første kontakt til sundhedsvæsenet ved helbredsproblemer og fungerer som henvisere og dermed 'gatekeepere' til det mere specialiserede sundhedsvæsen. Lægen fungerer også som primær kontaktperson til sundhedsvæsenet både før og efter barnets fødsel og ser familien under hele forløbet med graviditetsundersøgelser, børneundersøgelser og vaccination af barnet i henhold til børnevaccinationsprogrammet. Barnets læge kender dermed både barnet og har dialogen med familien og har dermed mulighed for at forebygge nogle af de akutte kontakter. Hertil kommer, at den praktiserende læge har mulighed for at henvise barnet til en indlæggelse på sygehuset.

### Akutte kontakter pr. 1.000 børn

På tværs af de praktiserende læger er der generelt store forskelle i antallet af akutte kontakter pr. 1.000 børn, jf. figur 4.15. De 5 pct. af almen praksis med flest akutte kontakter, har i gennemsnit ca. 2.100 kontakter pr. 1.000 børn. Det svarer til, at alle børnene tilknyttet disse 90 praksis i gennemsnit har 2 årlige akutte kontakter. Omvendt har de 5 pct. af almen praksis med færrest kontakter knap 600 kontakter pr. 1.000 børn, hvilket svarer til at halvdelen af børnene tilknyttet disse praktiserende læger i gennemsnit havde en enkel akut kontakt årligt. Disse forskelle betyder, at børn, der er tilknyttet de 5. pct. af praksis med flest akutte kontakter i gennemsnit har 4 gange så mange akutte kontakter, som børn, der er tilknyttet de 5. pct. af praksis med færrest akutte kontakter. Variationer mellem almen praksis skal dog generelt tolkes med varsomhed, da resultaterne er baseret på betydeligt færre børn pr. praksis end pr. kommune eller region.

Figur 4.15

#### Akutte kontakter pr. 1.000 helårsbørn i alderen 0-2 år fordelt efter almen praksis, 2017



Anm.: Praksis med minimum 200 tilmeldte patienter og minimum 5 tilmeldte 0-2-årige børn indgår i opgørelsen. Akutte kontakter er defineret som fysiske kontakter til vagtlæge og akutte sygehuskontakter. Såfremt vagtlægekontakten og sygehuskontakten er foretaget på samme dag, tæller de som en enkeltstående kontakt. To eller flere sygehuskontakter med 4 timers mellemrum eller derunder tæller også som en enkeltstående kontakt. Ved at opgøre aktivitet pr. 1.000 helårsbørn er der taget hensyn til forskelle i eksponeringstid mellem populationer. Antal sygehuskontakter kan være påvirket af implementeringen af it-systemet sundhedsplatform i Region Hovedstaden og Region Sjælland, der skete i perioden fra maj 2016 til november 2017.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

#### Akutte kontakter på tværs af almen praksis under hensyn til rammevilkår

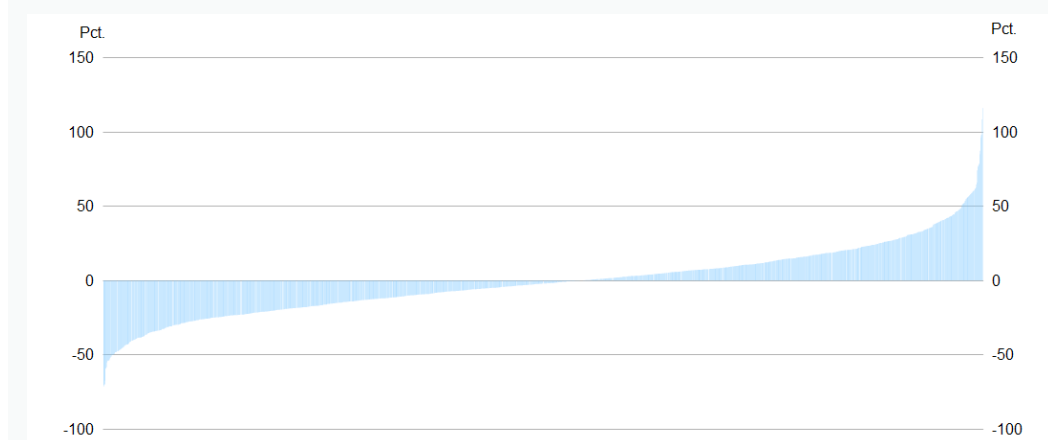
Forskelle i antallet af akutte kontakter pr. 1.000 børn kan også for de praktiserende læger være påvirket af forskelle i rammevilkår for almen praksis. Også her er der tale om individbaserede faktorer som eksempelvis barnets alder, forældres alder, uddannelsesniveau, forældres brug af sundhedsvæsenet, afstand til vagtlægen eller sygehuset og en række andre faktorer, jf. bilag 6: "Metode". Der er enkelte forhold, som der justeres for i forbindelse med benchmarking af kommuner og regioner, men ikke i forbindelse med benchmarking af almen praksis. Det er fx om barnet følger vaccinationsprogrammet og modtager helbredsundersøgelserne, praksistype og antal patienter pr. praktiserende læge. Det skyldes, at disse faktorer er givet for kommunerne eller regionerne, mens praktiserende læge har mulighed for at påvirke, hvordan den pågældende praksis skal organiseres, og om der fx skal være åbent eller lukket for nye patienter.

På baggrund af en række inkluderede rammevilkår er der beregnet et forventet antal akutte kontakter pr. 1.000 børn og figur 4.16 viser, hvordan de enkelte praksis placerer sig, når man ser på forskellen mellem det faktiske og det forventede antal akutte kontakter pr. 1.000 børn.

De ca. 5 pct. af almen praksis, der klarer sig bedst, har i gennemsnit 45 pct. færre akutte kontakter pr. 1.000 børn end man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår. Omvendt har de 5 pct. af praksis, der klarer sig dårligst, i gennemsnit 52 pct. flere akutte kontakter pr. 1000 børn end man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår.

Figur 4.16

**Benchmarkingindikator for akutte kontakter pr. 1.000 helårsbørn i alderen 0-2 år fordelt efter almen praksis, 2017**



Anm.: Praksis med minimum 200 tilmeldte patienter og minimum 5 tilmeldte 0-2-årige børn indgår i opgørelsen. Hvis benchmarkingindikatoren er større end 0, betyder det, at der er flere akutte kontakter pr. 1.000 børn i praksis end man kunne forvente på baggrund af rammevilkår. Omvendt, hvis benchmarkingindikatoren er mindre end 0, er der færre akutte kontakter pr. 1.000 børn i praksis, end man kunne forvente på baggrund af rammevilkår. Hvis benchmarkingindikatoren er lig med 0, er der samme antal af akutte kontakter pr. 1.000 børn i praksis, som man kunne forvente på baggrund af rammevilkår.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Forskelle mellem praksis og de konkrete niveauer for benchmarkingsindikatorerne skal generelt tolkes med varsomhed, da usikkerheden på benchmarkingindikatorer stiger generelt ved estimationer baseret på få observationer. Tallene indikerer dog, at der er betydelige forskelle mellem praksis og dermed forbedringspotentialer.

Af diskretionshensyn må der ikke vises tal for enkelte specifikke praksis. For at give et geografisk overblik over, hvor godt almen praksis klarer sig, er det også valgt at opgøre en vægtet gennemsnitlig benchmarkingindikator for praksis, der er placeret i samme kommune. Samtidig følger de nyligt etablerede kvalitetsklynger, hvor grupper af praktiserende læger samarbejder om at udvikle kvaliteten, i det store hele typisk kommunegrænserne. Det generelle billede er, at det i hovedtræk er de samme tendenser som i forbindelse med benchmarking af kommunerne – dvs. at særligt lægerne i Midtjylland klarer sig bedre end forventet, mens det særligt er lægerne i Vestsjælland, der klarer sig dårligere end forventet. Det skal ses i lyset af, at de fleste af borgernes praktiserende læger ligger i samme kommune, som borgeren selv bor i, og de fleste rammevilkår for almen praksis er de samme som for kommunerne. Tallene for de enkelte praksiskommuner kan ses af bilag 5: "Praksiskommunespecifikke nøgletal".

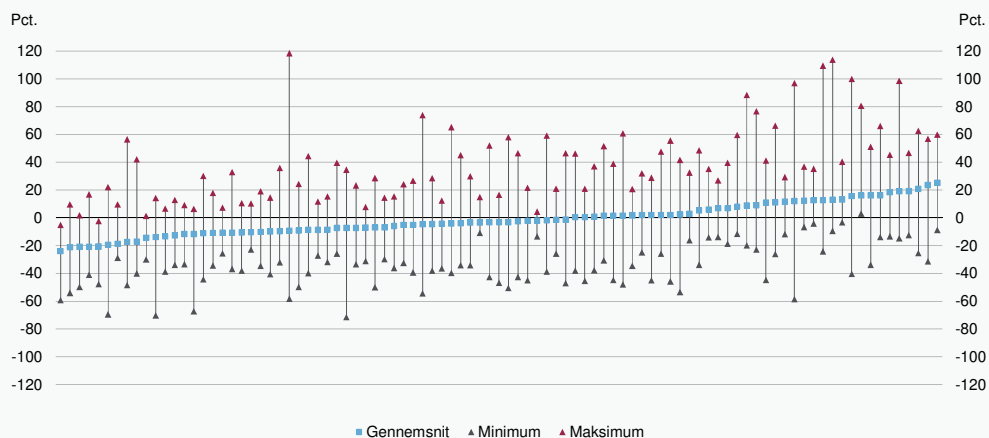
Disse tal er et udtryk for gennemsnitlig benchmarkingindikator på tværs af alle de praksis, der er i en kommune og kan i princippet dække over betydelige forskelle mellem praksis inden for samme kommune, jf. figur 4.17. Som eksempel på dette kan Randers Kommune nævnes. På tværs af alle praksis fra kommunen ligger det faktiske antal af akutte kontakter pr. 1.000 børn tæt på det forventede antal, efter der er taget højde for rammevilkår. Der er dog en stor spredning på tværs af de praktiserende læger i Randers Kommune. Børn tilknyttet en bestemt praksis i Randers Kommune har 45 pct. færre akutte kontakter end man kunne forvente, mens børn tilknyttet en anden praksis i Randers Kommune har 39 pct. flere akutte kontaktet end forventet. Tilsvarende spredninger mellem praksis inden for kommunen gælder for langt de fleste praksiskommuner. Igen skal man være varsom med at lægge for meget betydning i de konkrete niveauer men mere, at der er variationer mellem praksis. Forskelle mellem praksis inden for praksiskommunerne kan blandt andet bruges i



arbejdet med kvalitetsforbedringer i almen praksis, fx i de relativt nyetablerede kvalitetsklynger, hvor lægerne kan drøfte egen praksis og indsatser på småbørnsområdet.

Figur 4.17

**Spredning i benchmarkingindikator for akutte kontakter pr. 1.000 helårsbørn i alderen 0-2 år fordelt efter almen praksis, 2017**



Anm.: Baseret på 93 praksiskommuner med minimum 5 almene praksis pr. kommune. Praksis med minimum 200 tilmeldte patienter og minimum 5 tilmeldte 0-2-årige børn indgår i opgørelsen. Hvis benchmarkingindikatoren er større end 0, betyder det, at der er flere akutte kontakter pr. 1.000 børn i praksis, end man kunne forvente på baggrund af rammevilkår. Omvendt hvis benchmarkingindikatoren er mindre end 0, er der færre akutte kontakter pr. 1.000 børn i praksis, end man kunne forvente på baggrund af rammevilkår. Hvis benchmarkingindikatoren er lig med 0, er der samme antal af akutte kontakter pr. 1.000 børn i praksis, som man kunne forvente på baggrund af rammevilkår.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 5 Forløbet i perioden omkring den akutte kontakt

Når omkring halvdelen af de 0-2-årige børn har minimum én årlig akut kontakt til enten sygehuset eller vagtlægen er det interessant at afdække forløbet omkring den akutte kontakt. Ideelt set vil vi gerne undersøge kontaktførelsen i sundhedsvæsenet fra den dag sygdommen opstår, og indtil barnet er raskt igen. Da man datamæssigt ikke kan afgrænse varigheden af børnenes reelle sygdomsforløb, afgrænser undersøgelsen i dette kapitel sig til forløbet i ugen op til den akutte kontakt og forløbet i ugen efter den akutte kontakt. Det skal hertil bemærkes, at vi i princippet ikke ved, om de enkelte kontakter indenfor to uger handler om samme sygdomsforløb eller om forskellige årsager. Det formodes dog, at de fleste henvendelser indenfor så kort en tidshorisont sandsynligvis handler om samme sygdom.

Helt konkret er der set på kontakter i ugen op til og ugen efter den akutte kontakt til:

- Almen praksis, herunder både fysiske kontakter samt e-mail- og telefonkonsultationer
- Øvrig praksissektor, herunder både praktiserende speciallæge som øre- og øjenlæge og andre praktiserende ydere som kiropraktor og fysioterapeut
- Planlagte sygehuskontakter, herunder ambulante besøg og indlæggelser
- Telefonopkald til vagtlæge/akuttefon 1813<sup>5</sup>
- Akutte fysiske vagtlæge- og sygehuskontakter, herunder vagtlægekonsultationer, sygebesøg, indlæggelser og akut ambulante kontakter

Opgørelserne fra dette kapitel kan blandt andet bruges til lokale drøftelser om hensigtsmæssig brug af sundhedsvæsenet på småbørnsområdet.

### 5.1 Forløbet i ugen op til den akutte kontakt

Når vi afdækker forløbet i ugen op til den akutte kontakt, er flere dele af forløbet interessante at undersøge. Det er blandt andet interessant at afdække, hvordan forældrene og sundhedssystemet reagerer forud for den akutte kontakt. Henvender forældrene sig fx først til barnets praktiserende læge i dagstiden? Ringer de gentagne gange til vagtlægen eller Akuttefonen 1813? Ender børnene med at have flere akutte kontakter i løbet af den samme uge? Eller er den akutte kontakt også den første kontakt til sundhedsvæsenet? Det er interessant at vide, om forældrene har været i kontakt med andre aktører forud for den akutte kontakt, og hvilke aktører, der har tilset barnet.

Bedre viden om forløbet forud for den akutte kontakt kan hjælpe regionerne, kommunerne og almen praksis med at vurdere, om der kunne være potentiale for bedre visitations- og henvisningspraksis samt eventuelt bedre vejledning af forældrene i forbindelse af akut opstået sygdom, og hvornår de skal tage kontakt til sundhedsvæsenet.

Helt generelt kan det siges, at til trods for visse forskelle i organisering af det akutte sundhedsvæsen mellem regionerne, synes der ikke at være væsentlige forskelle på tværs af regionerne i barnets forløb i ugen op til den akutte kontakt.

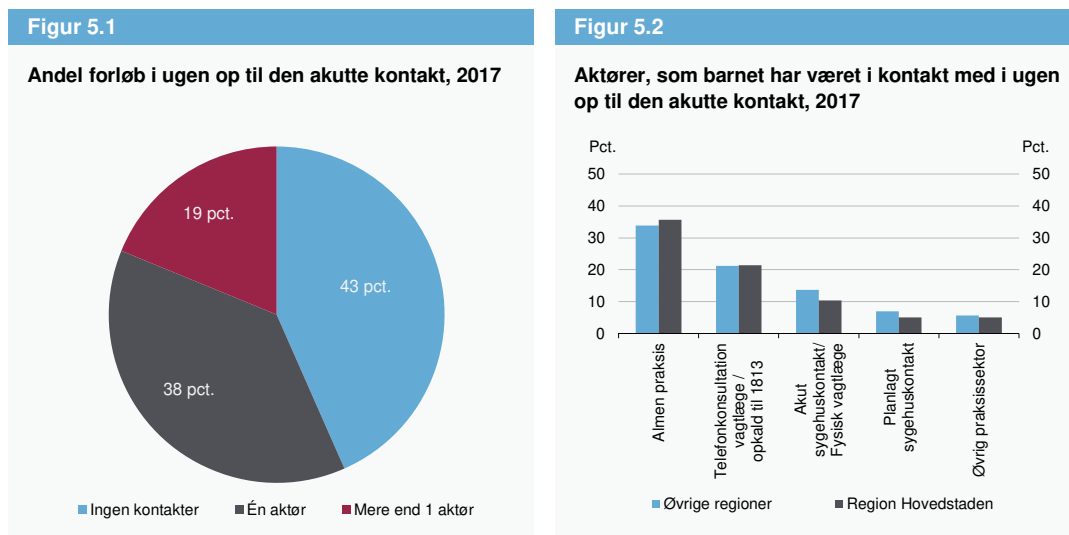
---

<sup>5</sup> Her opgøres telefonkonsultationer, der ikke endte med en visitation til en fysisk kontakt. Telefonopkald, hvor barnet blev henvist til vagtlægen eller sygehuset er ikke opgjort, da de er en forudsætning for den akutte fysiske kontakt, som opgøres særskilt. Det skal bemærkes, at grundet mangel på data er eventuelle telefonopkald til sygehusene og andre akuttefoner ikke medtaget i denne opgørelse.

Herudover viser analysen, at det er svært at tegne et entydigt billede af børnenes konkrete forløb i sundhedsvæsenet op til den akutte kontakt. I mere end 4 ud af 10 af tilfældene har der ikke været en forudgående kontakt andre steder i sundhedsvæsenet i ugen op til, mens der i resterende tilfælde har været minimum en enkelt aktør inde over barnets sygdomsforløb, jf. figur 5.1.

Det hænger blandt andet sammen med, at en del af de akutte henvendelser sker i aften timerne og weekenden, når der ikke er andre behandlingstilbud. Men det fremgår også af den allerede nævnte evalueringsanalyse fra Region Hovedstaden, at forældrene ikke altid har kunnet få fat i egen læge – enten fordi de ikke kunne komme igennem telefonen, eller fordi lægen ikke havde tid til konsultation.

I lyset af hvilke typer diagnoser børnene henvender sig med, jf. afsnit 4.1, kan der i nogle tilfælde være potentiale for en mere skærpet visitationspraksis, hvor flere forældre bliver henvist til at se tiden an og eventuelt kontakte praktiserende læge dagen efter.



Anm.: I disse opgørelser er kun telefoniske kontakter, der endte uden visitation til besøg, konsultation eller fysisk kontakt til sygehuset medtaget. Telefonopkald der endte med en visitation er en del af den fysiske kontakt. Det skal bemærkes, at grundet mangel på data er eventuelle telefonopkald til sygehuse og øvrige akuttelefoner ikke medtaget i denne opgørelse.  
 Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

I mere end hvert tredje tilfælde har forældrene taget kontakt til barnets egen læge i ugen op til den akutte kontakt, jf. figur 5.2. I nogle tilfælde har det været barnets læge, der henviste barnet akut til sygehuset, mens det i andre tilfælde var forældrene selv, der efterfølgende tog kontakt til vagtlægen/1813. Det kan være i tilfælde af forværring af barnets sygdom, eller fordi de ønskede en anden vurdering. Tallene kan være et udtryk for, at der i nogle tilfælde kan være et potentiale for en bedre henvisningspraksis i almen praksis. Der kan også være tilfælde, hvor den praktiserende læge kunne være bedre til at vejlede forældrene i, hvordan de skal observere barnet, og hvilke symptomer der skal være til stede, før forældrene skal kontakte vagtlægen/1813.

Nogle af børnene har mere end én akut fysisk kontakt i løbet af deres sygdomsforløb, og en del af forældrene var i telefonisk kontakt med enten vagtlægen eller Akuttelefonen 1813 vedrørende deres barn i løbet af ugen op til barnets akutte kontakt. Det kan igen skyldes, at forældrene er usikre på, hvordan de skal aflæse deres barn i sygdomssituationen. Flere akutte kontakter inden for kort tid kan være som følge af, at nogle forældre får såkaldte subakutte tider eller åbne indlæggelser,

hvor de kan kontakte sygehusafdelingen uden at blive visiteret på ny igennem akuttelefonen. Men det kan også afspejle, at personalet i nogle tilfælde ikke har været præcis nok i sin information og vejledning omkring barnets sygdom, hvorefter forældrene henvender sig gentagne gange for at få hjælp eller svar.

Mere detaljeret forløb i ugen før den akutte kontakt er nærmere skitseret i bilag 6: "Metode". Her vises fordelingen af børn efter forskellige typer forløb. De mest væsentlige fund er:

- Børnene med kontakt til en enkel aktør i ugen op til den akutte kontakt har hyppigst været i fysisk kontakt med almen praksis eller i telefonisk kontakt med vagtlægen/1813
- Børnene med kontakt til flere forskellige aktører i ugen op til den akutte kontakt har hyppigst været i kontakt med både almen praksis og vagtlægen/1813
- Der er generelt ikke væsentlige forskelle i forløbet mellem Region Hovedstaden og de øvrige regioner

## 5.2 Forløbet i ugen efter den akutte kontakt

Foruden at afdække forløbet i ugen op til den akutte kontakt, er det også interessant at afdække, hvad der sker umiddelbart efter den akutte kontakt. Er den akutte kontakt den sidste i barnets sygdomsforløb, eller har barnet typisk kontakter i ugen efter den akutte kontakt?

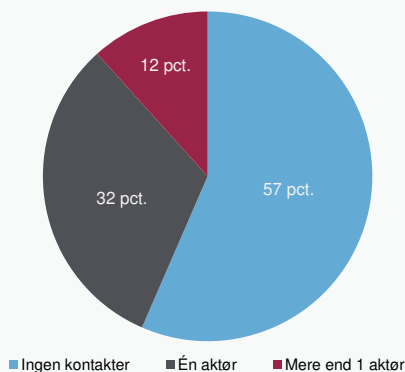
Resultaterne viser, at den akutte kontakt i næsten 6 ud af 10 tilfælde er også den sidste i løbet af børnenes sygdomsforløb, jf. figur 5.3. I godt 3 ud af 10 tilfælde har børnene efterfølgende været i kontakt med en enkel aktør, og i godt 1 ud af 10 tilfælde har de været i kontakt med mere end en aktør. Igen er der flest efterfølgende kontakter med almen praksis, jf. figur 5.4.

Det indebærer, at vagtlægen eller personalet på sygehuset i mere end halvdelen af tilfældene afslutter forløbet med den akutte kontakt. De efterfølgende kontakter kan skyldes kontrolforløb, receptfornyelse, men også en forværring af sygdommen og/eller forældres usikkerhed i forhold til hvad en forværring indebærer, og om de skal kontakte sundhedsvæsenet igen. Dermed er nogle af disse kontakter foranlediget af forældres efterspørgsel og den konkrete visitation, mens andre sker som følge af organiseringen af sundhedssystemet, fx at det kan være nødvendigt at have en kontakt med almen praksis, for at barnet kan få ordineret medicin.

Igen er der generelt ikke væsentlige forskelle mellem Region Hovedstaden og de øvrige regioner i forhold til kontaktmønstret i ugen efter den akutte kontakt.

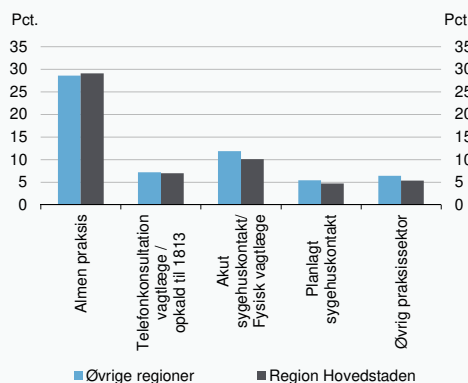
Figur 5.3

Andel forløb i ugen efter den akutte kontakt, 2017



Figur 5.4

Aktører, som barnet har været i kontakt med i ugen efter den akutte kontakt, 2017



Anm.: I disse opgørelser er kun telefoniske kontakter, der endte uden visitation til besøg, konsultation eller fysisk kontakt til sygehuset medtaget. Telefonopkald der endte med en visitation er en del af den fysiske kontakt. Det skal bemærkes, at grundet mangel på data er eventuelle telefonopkald til sygehuse og øvrige akuttelefoner ikke medtaget i denne opgørelse.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

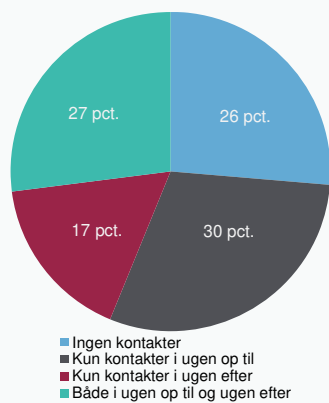
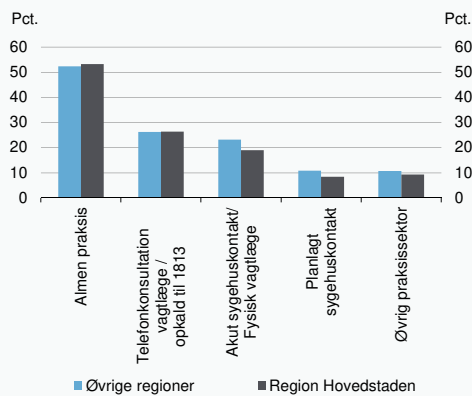
### 5.3 Hele forløbet omkring den akutte kontakt

Samlet set tegner der sig et billede af, at det for hovedparten af børnene med akutte kontakter er den akutte kontakt ved vagtlægen eller på sygehuset blot er én af flere andre typer kontakter til sundhedsvæsenet i løbet af ugen før og ugen efter den akutte kontakt.

Det viser sig, at børnene har i 30 pct. af tilfældene kun været kontakter med sundhedsvæsenet *i ugen op til* den akutte kontakt, mens det i 17 pct. af tilfælde kun har været kontakter til sundhedsvæsenet *i ugen efter* den akutte kontakt, jf. figur 5.5. I 27 pct. af tilfældene har børnene både kontakter inden og efter den akutte kontakt.

Det efterlader 26 pct. af tilfældene, hvor børnene ikke har haft andre typer af kontakter end den ene akutte kontakt – hverken i ugen inden eller ugen efter den akutte kontakt. Som nævnt i de forrige afsnit kan det i princippet skyldes flere forskellige faktorer. Det kan være, at barnets sygdom er opstået eller blevet forværret uden for dagstid, og at barnets ene kontakt til vagtlægen eller sygehuset ikke medførte et behov for efterfølgende kontrol eller opfølgning andre steder i sundhedsvæsenet. Men det kan også indikere, at der i nogle tilfælde kan være tale om uhensigtsmæssig brug af sundhedsvæsenet, fx travle forældre der foretrækker kontakten uden for dagstid eller nervøse forældre der ikke føler, at de kan vente til dagen efter, hvor de kan kontakte barnets egen læge. Er dette tilfældet, er der dermed et potentiale for at forebygge nogle af de unødvendige akutte kontakter ved bedre visitation og bedre vejledning af forældrene i håndtering af barnets sygdomsforløb.

Figur 5.6 viser, at barnets alment praktiserende læge i halvdelen af tilfældene har tilset barnet i løbet af de 14 dage omkring den akutte kontakt. Et andet interessant fund er, at hvert femte barn med akutte kontakter har mere end én akut kontakt i løbet af 14 dage. I hver fjerde tilfælde har forældrene foretaget et akut opkald til vagtlægen eller Akuttelefonen 1813 vedrørende barnet, uden at blive visiteret til en fysisk kontakt.

**Figur 5.5****Andel forløb i løbet af ugen før og ugen efter den akutte kontakt, 2017****Figur 5.6****Aktører, som barnet har været i kontakt med i løbet af ugen før og ugen efter den akutte kontakt, 2017**

Anm.: I disse opgørelser er kun telefoniske kontakter, der endte uden visitation til besøg, konsultation eller fysisk kontakt til sygehuset medtaget. Telefonopkald der endte med en visitation er en del af den fysiske kontakt. Det skal bemærkes, at grundet mangel på data er eventuelle telefonopkald til sygehuse og øvrige akuttelefoner ikke medtaget i denne opgørelse.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 6 Risikofaktorer

### 6.1 Risikofaktorer forbundet med akutte kontakter

Hvorvidt børn kommer i akut kontakt med sundhedsvæsenet afhænger først og fremmest af, om barnet bliver ramt af en sygdom eller kommer til skade og barnets almene tilstand. Men det afhænger også af, hvordan forældrene reagerer i situationen, samt tilgængeligheden af sundhedsydelse, og hvordan sundhedssystemets visitationspraksis er indrettet.

I det følgende er det undersøgt, hvilke faktorer om barnet og barnets familie der har størst betydning for småbørnenes risiko for akutte kontakter ved vagtlægen eller på sygehuset. Det er også undersøgt, om faktorer omkring sundhedssystemet som eksempelvis afstand til den nærmeste vagtlæge eller børnemodtagelse har en betydning for risikoen. Det kan generelt nævnes, at andre analyser finder lignende fund om forhøjet risiko for akutte kontakter<sup>6</sup>.

Analysen er foretaget på baggrund af den samme statistiske model, som der benyttes til benchmarking af regionernes, kommunernes og almen praksis, når der tages højde for rammevilkår. Ved hjælp af modellen beregnes risikofaktorenes marginale betydning for den samlede variation i akutte kontakter. Der er tale om statistiske sammenhænge og ikke et egentligt effektstudie. Mere om metoden kan læses i kapitel 3 samt i bilag 6: "Metode".

Analysen viser, at en række faktorer har en betydning for det forventede antal akutte kontakter. Faktorer med størst betydning er angivet i boks 6.1. Hele listen med faktorer kan ses af 6: "Metode".

For at kunne danne sig et overblik over betydningen af risikofaktorer er de enkelte faktorer i boksen farvet med grøn (hvis risikoen er under 0 pct.), gul (hvis risikoen er mellem 10 og 30 pct.), orange (hvis risikoen er mellem 31 og 50 pct.) og rød (hvis risikoen er højere end 50 pct.).

---

<sup>6</sup> Børns brug af Sundhedsydelse – en registeranalyse i Region Hovedstaden.

**Boks 6.1**
**Mest betydningsfulde risikofaktorer for akutte kontakter blandt 0-2-årige børn**

		Risiko pct.	Markering
<b>Demografiske og socioøkonomiske faktorer</b>	Dreng (reference: pige)	16	▲
	Har en bedstemor (reference: har ikke en bedstemor)	18	▲
	Har en bedstefar (reference: har ikke en bedstefar)	11	▲
	Alder og daginstitution (reference: ½ årigt barn)		
	- Mellem ½-1 år gammel og går i en daginstitution	96	▲
	- Mellem 1 og 2 år gammel og går i en daginstitution	113	▲
	- Over 2 år gammel og går i en daginstitution	47	▲
	- Mellem ½-1 år gammel og går ikke i en daginstitution	50	▲
	- Mellem 1 og 2 år gammel og går ikke i en daginstitution	84	▲
	- Over 2 år gammel og går ikke i en daginstitution	37	▲
	Begge forældre har anden etnisk oprindelse end dansk (reference: dansk)	36	▲
	Mors alder (reference: over 40 år)		
	- Op til 20 år	25	▲
	- 21-25 år	26	▲
	- 26-30 år	17	▲
	Fars alder (reference: over 40 år)		
	- Op til 20 år	16	▲
	- 21-25 år	14	▲
	Forældres uddannelse (reference: lang videregående uddannelse)		
- Mor har ingen/grundskole	22	▲	
- Mor har gymnasial/erhvervsfaglig	15	▲	
- Far har ingen/grundskole	15	▲	
- Far har gymnasial/erhvervsfaglig	12	▲	
<b>Fødselsrelaterede faktorer</b>	Barnet født med misdannelser (reference: barnet ikke født med misdannelser)	25	▲
	Hjemmefødsel (reference: fødsel på hospitalet)	-17	▲
	Mor røg ved fødslen (reference: mor røg ikke ved fødslen)	12	▲
	Indlæggelses længde ved fødslen (reference: barnet var indlagt i 1 døgn)		
	- Barnet var indlagt i 4-6 dage ved fødslen	15	▲
	- Barnet var indlagt i mere end 7 dage ved fødslen	25	▲
Planlagt kejsersnit efter moderens ønske (reference: vaginal fødsel på hospitalet)	16	▲	
<b>Forældres sygelighed og brug af sundhedsvæsenet</b>	Forældres akutte kontakter (reference: ingen)		
	- Mor: Op til tre	38	▲
	- Mor: Mere end tre	104	▲
	- Far: Op til tre	24	▲
	- Far: Mere end tre	54	▲
	Forældres fysiske almen praksis kontakter, dagstid (reference: ingen)		
	- Mor: Op til fem	12	▲
	- Mor: 6-10	20	▲
	- Mor: mere end 10	33	▲
	- Far: 6-10	13	▲
	- Far: mere end 10	16	▲
Forældres tlf.- og e-mailkonsultationer i almen praksis, dagstid (reference: ingen)			
- Mor: 6-10	20	▲	
- Mor: mere end 10	27	▲	
Mor har alvorlig fysisk sygdom (reference: mor har ikke alvorlig sygdom)	11	▲	
<b>Faktorer relateret til sundhedssystemet</b>	Afstand til nærmeste vagtlæge/børnemodtagelse (reference: under 5 km)		
	- 15-20 km	-10	▲
	- 20 km eller mere	-12	▲
	Afstand til egen læge (reference: under 5 km)		
	- 20 km eller mere	13	▲
Sygelighed blandt barnets praktiserende læges tilknyttede patienter (reference: den fjerdedel af praksis med højeste sygelighed)			
- Den fjerdedel af praksis med laveste sygelighed	-14	▲	

Anm.: Hele listen af risikofaktorer kan ses af bilag 6: "Metode". Estimerer er signifikante på 1 pct. niveau. ▲ Lavere risiko ▲ Risiko forhøjet med 10-30 pct. ▲ Risiko forhøjet med 31-50 pct. ▲ Risiko forhøjet over 50 pct.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.



### **Demografiske og socioøkonomiske faktorer**

Analysen viser, at 1 til 2-årige daginstitutionsbørn har en markant højere risiko for akutte kontakter, sammenlignet med børn under ½ år. Alt andet lige er den forventede forekomst af akutte kontakter dobbelt så høj blandt børn, der er mellem 1 og 2 år og som går på en daginstitution sammenlignet med børn, der er under et halvt år. Børn af yngre mødre har også en forhøjet risiko sammenlignet med børn af mødre over 40 år. Mødre under 25 år kan forventes at have ca. 25 pct. flere akutte kontakter end mødre over 40 år. Det tilsvarende gælder unge fædre, dog er risikoen mindre sammenlignet med unge mødre.

Børn af forældre med ingen uddannelse eller højest grundskole har en højere risiko for akutte kontakter end børn af forældre med lang videregående uddannelse. Forældrenes etniske herkomst påvirker også risikoen, men kun hvis begge forældre har en anden etnisk herkomst end dansk. Så forventes barnet at have godt 35 pct. flere akutte kontakter, end hvis begge forældre har dansk herkomst.

### **Fødselsrelaterede faktorer**

En række faktorer vedrørende barnets fødselsforløb viser sig også at have en betydning for efterfølgende akutte kontakter. Børn, som er født i hjemmet, kan forventes at have et lavere antal akutte kontakter end børn der blev født uden komplikationer på sygehuset. Hvis barnet blev født med et kejsersnit efter morens ønske, kan det forventes at have flere forventede akutte kontakter senere hen end ved en vaginal fødsel på hospitalet. Tilsvarende gælder, hvis moren har røget cigaretter på fødselstidspunktet.

Hvis barnet var indlagt i mere end en uge i forbindelse med fødslen, er det forventede antal akutte kontakter mere end 25 pct. højere, end hvis barnet var indlagt i højst et døgn i forbindelse med fødslen. Hvis barnet er født med misdannelser, er det forventede antal akutte kontakter 25 pct. højere, end hvis det ikke blev født med misdannelser.

### **Forældres sygelighed og brug af sundhedsvæsenet**

Nogle af de faktorer, der har vist sig at have størst betydning for barnets akutte kontakter er forældres brug af det akutte sundhedsvæsen. Hvis moren har mere end 3 årlige akutte kontakter, forventes det på baggrund af modellen, at barnet har dobbelt så mange akutte kontakter, som hvis moren ikke har nogen akutte kontakter. Risikoen for barnets akutte kontakter hænger også sammen med farens akutte kontakter, men dog i mindre grad sammenlignet med morens kontakter.

Der er også en tydelig positiv sammenhæng mellem forældrenes almen praksis kontakter og barnets akutte kontakter. Hvis moren har mere end 10 årlige fysiske kontakter til almen praksis, kan barnet forventes at have 33 pct. flere akutte kontakter, end hvis moren ikke har fysiske almen praksis kontakter i løbet af året. Disse stærke sammenhænge mellem forældrenes brug af sundhedsvæsenet og børnenes akutte kontakter kan i nogle tilfælde skyldes, at der generelt er tale om mere sygdomsramte familier. Men det kan også skyldes, at der er tale om forældre med en mere uhenigtsmæssig adfærd, som har mange akutte kontakter, uden at det kan tilskrives en højere sygelighed sammenlignet med den øvrige voksne befolkning.

### **Faktorer relateret til sundhedssystemet**

Afstand til nærmeste vagtlæge i de fire regioner med vagtlægeordning og afstand til børnemodtagelse for børn i Region Hovedstaden viser sig at have en betydning for småbørnenes akutte kontakter. Jo længere afstand, desto lavere er det forventede niveau for antallet af akutte kontakter. Børn med over 20 km til den nærmeste vagtlæge eller børnemodtagelse (i Region Hovedstaden)

kan forventes at have 12 pct. færre akutte kontakter som børn med under 5 km. Længere afstand til barnets egen læge indebærer omvendt en højere risiko for akutte kontakter. Børn med over 20 km til praktiserende læge kan forventes at have 13 pct. flere akutte kontakter sammenlignet med børn med under 5 km til egen læge.

En anden faktor, der viste sig at have en vis betydning for risikoen for børnenes akutte kontakter, er sygelighed blandt de borgere, som er tilknyttet barnets praktiserende læge. Børn tilknyttet praksis, hvor borgerne har en lav sygelighed, kan forventes at have 14 pct. færre akutte kontakter end børn i praksis, hvor borgerne har høj sygelighed. En forklaring kunne være, at hvis de tilknyttede borgere generelt er mere syge, er den praktiserende læge mindre tilgængelig for småbørnsfamilierne, fordi lægen har travlt med at behandle de mere alvorligt syge patienter. En anden forklaring kunne være, at den pågældende læge generelt henviser mere til sygehusbehandlingen end andre læger.

### **Øvrige faktorer, som kun i mindre grad påvirker risikoen**

Andre faktorer omkring barnet og dets familie viste sig at medføre en lettere forhøjet risiko for akutte kontakter (under 10 pct.) og er ikke af rapporteret i boks 6.1. Det er bl.a. børn af enlige forsørgere, familier der bor i en almennyttig bolig, om hustranden har en bil, om barnet er førstefødt barn i familien, om forældrene er ramt af alvorlige fysiske eller psykiske sygdomme og andre faktorer. En række øvrige faktorer omkring barnet viste sig ikke have en signifikant betydning for det forventede antal akutte kontakter, herunder blandt andet hvornår på året barnet blev født<sup>7</sup>, barnets fødselsvægt<sup>8</sup>, hustrandens indkomst<sup>9</sup> mv.

Tilsvarende gælder en række faktorer omkring de praktiserende læger, herunder karakteristik af de tilknyttede patienter – der enten påvirker risikoen for akutte kontakter i mindre grad eller slet ikke (andel ældre, personer med alvorlige fysiske eller psykiske sygdomme, personer uden for arbejdsmarkedet og småbørn), faktorer vedrørende praksistype, antal fuldtidslæger, klinikpersonalet, antal patienter pr. fuldtidslæge, om der er åbent eller lukket for tilgang af nye patienter, om praksis har uddannelseslæger, samt lægernes anciennitet.

## 6.2 Sammenhæng mellem akutte og øvrige kontakter til sundhedsvæsenet

Analysen af risikofaktorerne pegede blandt andet på, at en række socioøkonomiske faktorer ved barnets familie, forældrenes brug af sundhedsvæsenet samt faktorer vedrørende sundhedsvæsenet påvirker risikoen for barnets akutte kontakter til sundhedsvæsenet. Det er også interessant at undersøge, om børnene med akutte kontakter har mange eller få kontakter andre steder i sundhedsvæsenet. I kapitel 5 blev forløbet i perioden omkring den akutte kontakt nærmere afdækket, hvor det blev underøgt, til hvilke dele af det øvrige sundhedsvæsen havde børnene været i kontakt med umiddelbart inden og efter den akutte kontakt. I dette afsnit er fokus på det årlige forbrug af sundhedsydelser blandt alle børn, herunder også dem uden akutte kontakter.

Opgørelsen viser, at børn med akutte kontakter generelt har et større forbrug af sundhedsydelser, og særligt flere kontakter til almen praksis. Børn med mange akutte kontakter har generet flere

---

<sup>7</sup> Det skal også ses i lyset af, at der er kontrolleret for barnets alder og eksponeringstid i 2017.

<sup>8</sup> Variablen *fødselsvægt under 2.500 gr.* havde ikke en signifikant betydning på akutte kontakter, men det skal ses i lyset af, at børn, der er ekstremt for tidligt fødte, er ekskluderet af analysen, og at der er en række andre faktorer omkring barnets fødsel, som er inkluderet i analysen og som havde en signifikant betydning.

<sup>9</sup> Det skal ses i lyset af, forældres uddannelsesniveaue og tilknytning til beskæftigelse eller uddannelse er medtaget og bidrager signifikant i analysen.

kontakter til det øvrige sundhedsvæsen, end børn med få akutte kontakter. Fx har halvdelen af børnene med akutte kontakter mere end fem fysiske kontakter til almen praksis i løbet af samme år, jf. tabel 6.1. Det gælder tre ud af fire børn med mange akutte kontakter. Til sammenligning har knap en fjerdedel af børn uden akutte kontakter mere end fem årlige kontakter til almen praksis.

**Tabel 6.1**

**Sammenhæng mellem akutte kontakter og øvrige kontakter til sundhedsvæsenet, 2017**

Planlagte kontakter		Ingen akutte kontakter, Pct.	Akutte kontakter, Pct.	Op til tre kontakter, pct.	Mere end tre kontakter, pct.
<b>Planlagte kontakter til sygehuset</b>	Ingen	71	67	70	59
	Op til tre	28	28	27	33
	Mere end tre	2	4	3	8
<b>Antal fysiske kontakter i almen praksis</b>	Ingen	9	2	2	0
	Op til fem	68	48	52	25
	6-10	21	40	38	48
	Mere end 10	2	10	8	26
<b>Antal telefon og e-mailkonsultationer i almen praksis</b>	Ingen	49	29	31	17
	Op til fem	48	63	62	65
	6-10	2	7	6	14
	Mere end 10	0	1	1	3
<b>Kontakt til praktiserende speciallæge</b>	Nej	78	61	63	44
	Ja	22	39	37	56
<b>Kontakt til øvrig praksissektor</b>	Nej	90	87	87	84
	Ja	10	13	13	16

Anm.: Kontakt til almen praksis inddeles i fysiske kontakter samt telefon- og e-mailkonsultationer. De fysiske kontakter udgøres af almindelige konsultationer, andre specifikke ydelser, der er vurderet at udgøre et særskilt fysisk fremmøde (fx børneundersøgelser) samt sygebesøg. Kontakt til praktiserende speciallæge og øvrig er defineret på baggrund af ydelser, der vurderes at udgøre en kontakt mellem borger og behandler. Speciallægerne omfatter bl.a. øjenlægehjælp, ørelægehjælp, pædiatri, dermatologi-venerologi, børnepsykiatri o.l. Øvrig praksis omfatter blandt andet områderne fysioterapi og kiropraktik.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

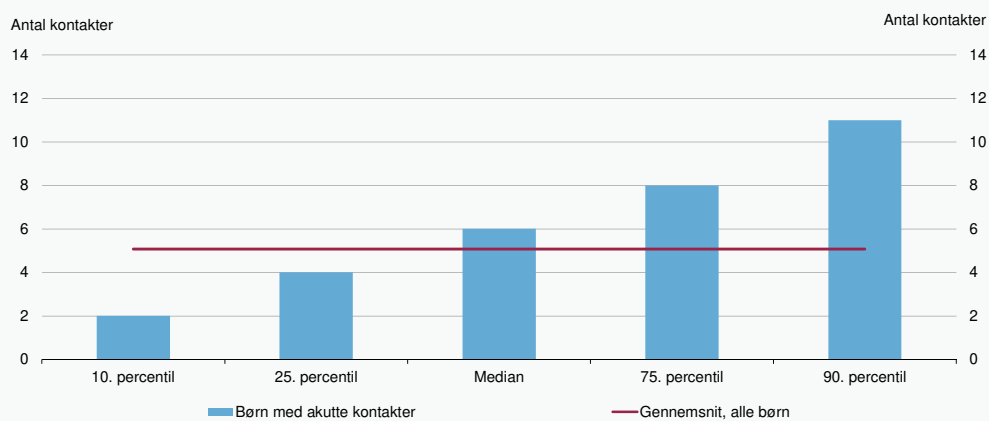
En del børn med akutte kontakter har i perioden omkring den akutte kontakt en eller flere forskellige typer kontakter til øvrige dele af sundhedsvæsenet, jf. kapitel 5. Dermed hører nogle af børnenes årlige øvrige kontakter med til selvsamme sygdomsforløb som den akutte kontakt, men formentlig ikke dem alle sammen. Selvom flertallet af børn med akutte kontakter generelt har et større forbrug af sundhedsydelse, er dette imidlertid ikke gældende for alle børn; nogle af børnene med akutte kontakter har et lavere forbrug af øvrige sundhedsydelser end småbørnene generelt. Fx havde hvert tiende barn med akutte kontakter maksimalt 2 årlige fysiske kontakter til almen praksis; det er under halvt så mange, som børn i den alder i gennemsnittet har, jf. figur 6.1.

Tallene kan være et udtryk for, at der er tale om ellers sunde og raske børn med enkeltstående episoder af akut opståede sygdomme med behov for lægehjælp uden for dagstid. Men i nogle situationer kan der være tale om forældre, der bruger det akutte sundhedssystem som erstatning for almen praksis i dagstiden. Uanset hvad der præcist ligger bag disse tal, er dette langt fra gældende for hovedparten af småbørnsforældrene. I den anden ende af skalaen har hvert tiende barn med akutte kontakter som minimum 11 årlige fysiske kontakter til almen praksis – det er mere end dobbelt så mange, som børn i den alder har i gennemsnit. Det kan være, at nogle af disse børn generelt er mere syge end alle børn og har derfor mange kontakter – både akutte kontakter og

kontakter i almen praksis. Men i lyset af de diagnoser, som børnene modtager i forbindelse med den akutte kontakt med sundhedsvæsenet tyder det på, at der kan være andre årsager, der ligger bag tallene, og at der derfor kan være en god grund til at arbejde med bedre forebyggelse af akutte kontakter.

Figur 6.1

**Fysiske kontakter til almen praksis fordelt efter 0-2-årige børn med akutte kontakter, 2017**



Anm.: De fysiske kontakter til almen praksis udgøres af almindelige konsultationer, andre specifikke ydelser, der er vurderet at udgøre et særskilt fysisk fremmøde (fx børneundersøgelser) samt sygebesøg  
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 7 Sammenhæng mellem benchmarkingindikatoren og kommunal sundhedspleje

I kapitel 4 blev det vist, at der er store forskelle mellem kommuner i antallet af akutte kontakter pr. 1.000 0-2-årige – både i det faktiske niveau, men også efter der tages højde for rammevilkår. Forskning viser generelt, at tidlige indsatser, som eksempelvis hjemmebesøg af sundhedsplejen, har en positiv forebyggende effekt for børnene senere i livet – herunder sundhed generelt og brug af sundhedsvæsenet. Foreløbige resultater fra en ny dansk videnskabelig undersøgelse viser fx, at tidlige sundhedsplejebesøg har en positiv effekt på forebyggelsen af kontakter til almen praksis i løbet af barnets første 5 leveår.<sup>10</sup>

Det kunne have været relevant at lave en nærmere undersøgelse af, om der er nogle specifikke faktorer som sundhedsplejen har registreret omkring børnefamilierne og de ydelser, som familien har modtaget, der påvirker risikoen for at have akutte kontakter. Det kunne være faktorer som rygning i hjemmet, forældretilknytning og barnets udvikling generelt, samt oplysninger om, hvor mange hjemmebesøg barnet har modtaget, og hvorvidt barnet har modtaget behovsbesøg.

En sådan delanalyse kræver imidlertid adgang til registreringer om sundhedsplejen på individniveau, og udfordringen er, at der ikke eksisterer en national indsamling af disse data. Bedre data på dette område vil muliggøre en mere præcis undersøgelse af, hvilke indsatser der virker mere forebyggende end andre. I Børnedatabasen findes oplysninger om amning og rygning i hjemmet på kommuneniveau. Disse oplysninger har været forsøgt inkluderet i analysen, men det har vist sig, at registreringerne var mangelfulde i de fleste kommuner. Til analysen er det også forsøgt at indhente en række individspecifikke sundhedsplejeoplysninger fra 33 kommuner, som indgår i Databasen Børns Sundhed. Det har imidlertid ikke været muligt at tilgå disse data.

Det har dog været muligt at indsamle en række nøgletal om sundhedsplejetilbud på kommuneniveau, dvs. tilbud og ydelser som kommunerne tilbyder som standard til alle nybagne familier<sup>11</sup>.

### Udvalgte bivariate sammenhænge

I det følgende er der undersøgt, om man kan identificere en række sammenhænge mellem akutte kontakter blandt småbørnene efter kontrol for rammevilkår og sundhedsplejetilbud, som bopælskommunen tilbyder familierne som standard. Det er blandt andet antal hjemmebesøg som tilbydes til alle familier i kommunen, om der er åbent hus i kommunen, om der tilbydes forældrekurser, og hvordan man samarbejder på tværs af kommunale forvaltninger og med andre sektorer.

Generelt peger sammenhænge mellem sundhedsplejetilbud og akutte kontakter pr. 1.000 børn i kommunen under hensyn til rammevilkår i forskellige retninger. Det er vigtigt at understrege, at resultaterne er udtryk for simple bivariate sammenhænge, og der er ikke taget hensyn til, hvilke ydelser de enkelte familier rent faktisk har modtaget. Samtidig kan antallet af akutte kontakter i de forskellige kommuner til en vis grad være påvirket af fx de praktiserende lægers ageren og visitationspraksissen i regionen. Der er således ikke tale om en egentlig effektanalyse, og de følgende resultater skal derfor tolkes med forsigtighed.

<sup>10</sup> Hirani, Sievertsen og Wüst (2019) – Beyond Treatment exposure: The Timing of Early Interventions and Children's Health

<sup>11</sup> Øjeblikbilledet 2017, Center for Research on universal Child Policies (CRUNCH), Statens Institut for Folkesundhed (2017) – Afdækning af indsatser til udsatte og sårbare børn og familier i den kommunale sundhedspleje, og egnen indsamling fra kommunernes hjemmesider.

I bilag 6: "Metode" kan tabellen med alle sammenhænge mellem kommunale indsatser og akutte kontakter under hensyn til rammevilkår ses. Følgende fund kan dog fremhæves:

- Det fremgår af Sundhedsstyrelsen<sup>12</sup>, at der som udgangspunkt bør tilbydes minimum 5 besøg til alle familier med almene behov foruden et tidligt besøg, der sikrer barnets trivsel efter tidlig udskrivelse fra fødestedet. Det viser sig, at børn med bopæl i kommuner, der tilbyder mindre end 5 hjemmebesøg til det førstefødte barn, har lidt flere akutte kontakter end forventet på baggrund af rammevilkår. Børn i kommuner der tilbyder minimum 5 hjemmebesøg til førstefødte barn i familien har omvendt lidt færre akutte kontakter end forventet. Lignende sammenhænge gælder antal besøg, der tilbydes efterfølgende barn.
- De fleste kommuner tilbyder udover hjemmebesøg også åbent hus og/eller konsultation med eller uden tidsbestilling, hvor spædbørnsfamilier kan få rådgivning. Der er på tværs af kommuner forskellig tilrettelæggelse af disse tilbud. Denne analyse viser, at kommuner, der kun benytter åbent hus og konsultationer ved spidsbelastninger generelt klarer sig bedre end forventet – dvs. børn i disse kommuner har færre akutte kontakter end forventet på baggrund af deres rammevilkår. Det omvendte gælder for kommuner, der har åbent hus med eller uden tidsbestilling, eller som anvender konsultationer i stedet for hjemmebesøg. Disse kommuner klarer sig i gennemsnit dårligere end forventet på baggrund af deres rammevilkår.
- Langt de fleste kommuner har et eller flere tværfaglige fora, der arbejder med sårbare familier. Der er imidlertid forskelle på, hvordan kommunerne arbejder tværfagligt og samarbejder med andre sektorer om sårbare familier. Generelt er konklusionen, at kommuner, der samarbejder på tværs af faggrupper og sektorer, har færre akutte kontakter blandt småbørnene end forventet på baggrund af rammevilkår.

---

<sup>12</sup> Sundhedsstyrelsen (2001), Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge.

## 8 Videre perspektiver

I denne rapport har vi afdækket 0-2-åriges akutte kontakter til sundhedsvæsenet i løbet af 2017 med udgangspunkt i individbaserede oplysninger fra registerdata. I rapporten er det vist, at småbørnene er en af de befolkningsgrupper med flest akutte kontakter, og at de hyppigste diagnoser småbørnene modtager på sygehuset er øvre luftvejsinfektioner, en række symptomer som feber og hoste, mindre skader og andre mindre alvorlige sygdomme.

I rapporten er det også vist, at der er forskelle på tværs af regioner, kommuner og almen praksis i forhold til antallet af akutte kontakter pr. 1.000 børn – både i de faktiske tal og når der tages højde for forskelle i rammevilkår. Vi har set, at der både er tilfælde, hvor den akutte kontakt er den eneste i løbet af sygdomsperioden, men også tilfælde hvor der har været kontakt med forskellige typer aktører – og i det fleste tilfælde med barnets praktiserende læge. Herudover er der peget på en række betydende risikofaktorer, ligesom analysen har afdækket, at der er en sammenhæng mellem de akutte kontakter og barnets forbrug af det øvrige sundhedsvæsen. Endelig har der vist sig at være visse sammenhænge mellem de tilbud som kommunal sundhedspleje tilbyder, og hvordan kommunen klarer sig i forhold til de akutte kontakter blandt småbørnene.

Det er samlet set vurderingen, at der dermed er tilvejebragt et godt grundlag for lokale drøftelser og lokal dialog på tværs af aktørerne på sundhedsområdet om indsatser for at forhindre den del af de akutte kontakter blandt småbørn, som kunne have været undgået. I den forbindelse kan det nævnes, at Region Hovedstaden udarbejdede i 2017 en evalueringsanalyse vedrørende akutte kontakter blandt småbørn<sup>13</sup>. I analysen peges der bl.a. på en række konkrete forslag til forebyggende initiativer, der primært handler om støtte til forældre via information, vejledning og undervisning, så de kan blive trygge med, hvordan børn skal observeres i forbindelse med akut sygdom, og hvornår de skal tage kontakt til sundhedsvæsenet.

Forslagene er relevante både for regioner, kommuner og praktiserende læger og kan tilpasses den lokale organisering og praksis. Mange af forslagene findes allerede i dag forskellige steder i landet. Blandt de konkrete forslag kan eksempelvis nævnes følgende:

- **Telefonkontakt.** Børne-hotline/telefonrådgivning bemandet af sygeplejersker eller mulighed for telefonkonsultation hos egen læge eller sundhedsplejerske i løbet af dagen, hvor forældre kan få råd og vejledning omkring akut syge børn.
- **Fysisk fremmøde hos sundhedspersoner.** Uddannelse af forældre i situationen, når de henvender sig med det syge barn i almen praksis eller børnemodtagelsen med opfølgende konsultation i almen praksis. Her spørger den praktiserende læge ind til hyppige, unødige henvendelser og taler med forældrene om, hvorvidt der er andre problemer i familien, der kan være årsag til de mange henvendelser.
- **Uddannelse, foredrag og møder for forældre.** Information om, hvad børn kan fejle og ensartet information om, hvornår man henvender sig til henholdsvis praktiserende læge og 1813. Den læge, der opstarter behandling, skal give "pejlemærker" på, hvilke symptomer, der skal være til stede for, at der er tale om en forværring.
- **Skriftligt og visuel kommunikation.** Film, app, links til hjemmeside, brochure (hos egen læge og sundhedsplejersken) med information om akutte sygdomme hos børn, og hvad forældre skal være opmærksomme på og hvornår, de skal henvende sig og få hjælp.

---

<sup>13</sup> Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, juni 2017: Analyse af børns brug af sundhedsydelse

## Bilag

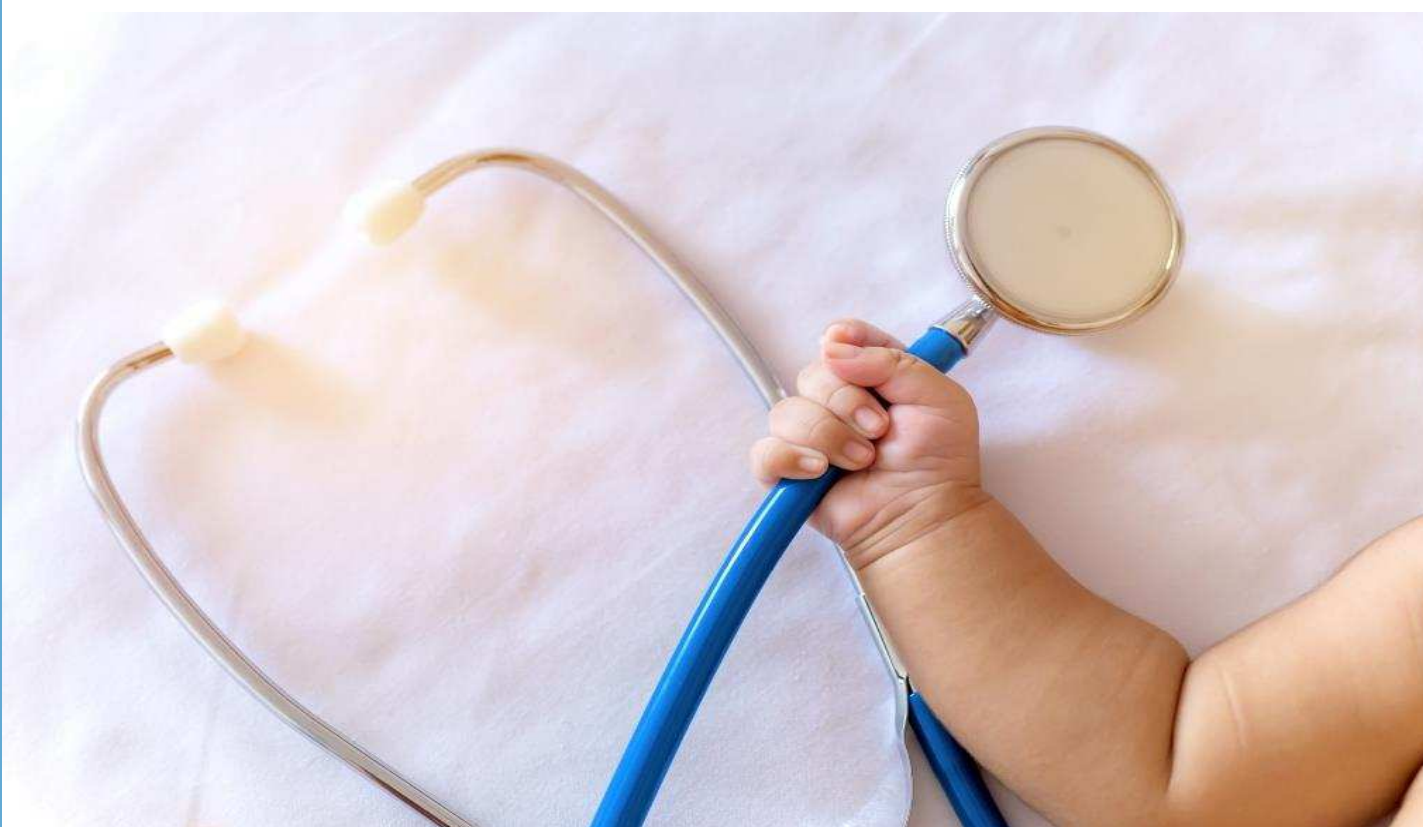
I det efterfølgende præsenteres analysens tilhørende bilag, som der løbende er refereret til i analysen. Bilagene med figurer om hvordan den enkelte kommune, region eller sygehus placerer sig er ikke særskilt tilgængeliggjort, da der i stedet refereres til de tilgængeliggjorte bilag med tabeller på kommune-, region- eller sygehusniveau hvori alle de tal, der ligger til grund for de udeladte figurbilag, kan findes.

---



# Bilag 3: Regionsfordelte nøgletal

Småbørnenes akutte kontakter til sundhedsvæsenet



Social- og  
Indenrigsministeriets

**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.simb.dk](http://www.simb.dk)

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen  
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

## Indhold

1 Læsevejledning.....	3
2 Antal akutte kontakter pr. 1.000 børn.....	4
3 Antal og andel børn med akutte kontakter .....	4
4 Forløbet op til den akutte kontakt.....	5

# 1 Læsevejledning

I det følgende præsenteres en række tabeller med regionsspecifikke nøgletal. Generelt er data i nærværende bilag afgrænset på samme måde, som i hovedrapporten. Alle tallene er præsenteret i hovedrapportens kapitler i form af landstendenser og/eller regionsfordelte resultater, men uden nævnelse af hver enkelt region.

Akutte kontakter er defineret som fysiske kontakter til vagtlæge og akutte sygehuskontakter. Såfremt vagtlægekontakten og sygehuskontakten er foretaget på samme dag, tæller de som en enkeltstående kontakt. To eller flere sygehuskontakter med 4 timers mellemrum eller derunder tæller også som en enkeltstående kontakt. Ved at opgøre aktivitet pr. 1.000 helårspersoner er der taget hensyn til forskelle i eksponeringstid mellem populationer. Antal sygehuskontakter kan være påvirket af implementeringen af it-systemet sundhedsplatform i Region Hovedstaden og Region Sjælland, der skete i perioden fra maj 2016 til november 2017.

## 2 Antal akutte kontakter pr. 1.000 børn

Tabel 1

### Antal akutte kontakter pr. 1.000 0-2-årige børn, 2014-2017

	2014	2015	2016	2017	Forventet 2017	Benchmarkingindikator (pct.)
Hovedstaden	1.123	1.027	1.067	1.024	1.068	-4,1
Midtjylland	1.080	1.084	1.015	1.018	1.107	-8,0
Nordjylland	1.248	1.159	1.192	1.165	1.167	-0,2
Sjælland	1.744	1.610	1.594	1.532	1.336	14,6
Syddanmark	1.517	1.382	1.367	1.346	1.296	3,9
<b>Landsplan</b>	<b>1.280</b>	<b>1.196</b>	<b>1.193</b>	<b>1.176</b>	-	-

Anm.: Akutte kontakter er defineret som fysiske kontakter til vagtlæge og akutte sygehuskontakter. Såfremt vagtlægekontakten og sygehuskontakten er foretaget på samme dag, tæller de som en enkeltstående kontakt. To eller flere sygehuskontakter med 4 timers mellemrum eller derunder tæller også som en enkeltstående kontakt. Ved at opgøre aktivitet pr. 1.000 helårsbørn er der taget hensyn til forskelle i eksponeringsstid mellem populationer. Antal sygehuskontakter kan være påvirket af implementeringen af it-systemet sundhedsplatform i Region Hovedstaden og Region Sjælland, der skete i perioden fra maj 2016 til november 2017.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 3 Antal og andel børn med akutte kontakter

Tabel 2

### Antal og andel 0-2-årige børn med akutte kontakter, 2017

	Antal børn	Antal børn med akutte kontakter	Antal akutte kontakter	Andel børn uden akutte k. (pct.)	Andel børn med 1-3 akutte k. (pct.)	Andel børn over 3 akutte k. (pct.)
Hovedstaden	64.920	29.010	54.930	55,3	40,0	4,7
Midtjylland	43.010	18.630	36.600	56,7	38,3	5,0
Nordjylland	17.560	8.270	16.940	52,9	40,7	6,4
Sjælland	23.140	12.580	30.000	45,6	44,0	10,3
Syddanmark	36.270	18.410	40.680	49,3	42,7	8,0
<b>Landsplan</b>	<b>184.910</b>	<b>86.890</b>	<b>179.150</b>	<b>53,0</b>	<b>40,7</b>	<b>6,3</b>

Anm.: Akutte kontakter er defineret som fysiske kontakter til vagtlæge og akutte sygehuskontakter. Såfremt vagtlægekontakten og sygehuskontakten er foretaget på samme dag, tæller de som en enkeltstående kontakt. To eller flere sygehuskontakter med 4 timers mellemrum eller derunder tæller også som en enkeltstående kontakt. Antal sygehuskontakter kan være påvirket af implementeringen af it-systemet sundhedsplatform i Region Hovedstaden og Region Sjælland, der skete i perioden fra maj 2016 til november 2017.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 4 Forløbet op til den akutte kontakt

Tabel 3

### Andel 0-2-årige børn med akutte kontakter fordelt efter forudgående kontakter, 2017

	Ingen kontakter	Én aktør	Mere end 1 aktør
Hovedstaden	44,1	37,3	18,6
Midtjylland	39,8	39,9	20,4
Nordjylland	44,9	36,5	18,6
Sjælland	43,8	38,3	18,0
Syddanmark	44,6	37,1	18,3
<b>Landsplan</b>	<b>43,4</b>	<b>37,8</b>	<b>18,8</b>

Anm.: I denne opgørelse er kun telefoniske kontakter, der endte uden visitation til besøg, konsultation eller fysisk kontakt til sygehuset medtaget. Telefonopkald der endte med en visitation er en del af den fysiske kontakt. Det skal bemærkes, at grundet mangel på data er eventuelle telefonopkald til sygehusene og andre akuttelefoner er ikke medtaget i denne opgørelse.

Kilde: Danmarks Statistik, Akuttelefonen 1813 og egne beregninger.

Tabel 4

### Andel 0-2-årige børn med akutte kontakter fordelt efter typen af forudgående kontakt, 2017

	Almen praksis	Telefonkonsultation vagtlæge / opkald til 1813	Akut sygehuskontakt/Fysisk vagtlæge	Planlagt sygehuskontakt	Øvrig praksissektor
Hovedstaden	35,6	21,4	10,4	5,0	5,0
Midtjylland	37,7	23,2	13,6	6,0	5,7
Nordjylland	32,8	18,6	13,5	7,7	6,5
Sjælland	31,9	21,4	14,4	4,9	6,0
Syddanmark	32,2	20,3	13,2	8,9	5,0
<b>Landsplan</b>	<b>34,4</b>	<b>21,2</b>	<b>12,6</b>	<b>6,3</b>	<b>5,5</b>

Anm.: I denne opgørelse er kun telefoniske kontakter, der endte uden visitation til besøg, konsultation eller fysisk kontakt til sygehuset medtaget. Telefonopkald der endte med en visitation er en del af den fysiske kontakt. Det skal bemærkes, at grundet mangel på data er eventuelle telefonopkald til sygehusene og andre akuttelefoner er ikke medtaget i denne opgørelse.

Kilde: Danmarks Statistik, Akuttelefonen 1813 og egne beregninger.

# Bilag 4: Kommunefordelte nøgletal

Småbørnenes akutte kontakter til sundhedsvæsenet



Social- og  
Indenrigsministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.simb.dk](http://www.simb.dk)

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen  
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.



## Indhold

1 Læsevejledning.....	3
2 Antal akutte kontakter pr. 1.000 børn.....	4
3 Antal og andel børn med akutte kontakter .....	6
4 Akutte kontakter fordelt efter udvalgte risikofaktorer .....	8

# 1 Læsevejledning

I det følgende præsenteres en række tabeller med kommunespecifikke nøgletal. Generelt er data i nærværende bilag afgrænset på samme måde, som i hovedrapporten. Alle tallene er præsenteret i hovedrapportens kapitler i form af landstendenser og/eller kommunefordelte resultater, men uden nævnelse af hver enkelt kommune.

Akutte kontakter er defineret som fysiske kontakter til vagtlæge og akutte sygehuskontakter. Såfremt vagtlægekontakten og sygehuskontakten er foretaget på samme dag, tæller de som en enkeltstående kontakt. To eller flere sygehuskontakter med 4 timers mellemrum eller derunder tæller også som en enkeltstående kontakt. Ved at opgøre aktivitet pr. 1.000 helårspersoner er der taget hensyn til forskelle i eksponeringstid mellem populationer. Antal sygehuskontakter kan være påvirket af implementeringen af it-systemet sundhedsplatform i Region Hovedstaden og Region Sjælland, der skete i perioden fra maj 2016 til november 2017.

Såfremt et nøgletal er baseret på 5 personer eller færre i en given gruppe i en kommune, er værdien for kommunen skjult af diskretionshensyn.

## 2 Antal akutte kontakter pr. 1.000 børn

Tabel 1

Antal akutte kontakter pr. 1.000 0-2-årige børn, 2014-2017

	2014	2015	2016	2017	Forventet 2017	Benchmarkingindikator (pct.)
Albertslund	1.394	1.224	1.388	1.277	1.370	-6,8
Allerød	982	1.021	1.057	852	940	-9,4
Assens	1.366	1.318	1.333	1.373	1.239	10,8
Ballerup	1.177	1.156	1.120	1.077	1.265	-14,9
Billund	1.443	1.287	1.123	1.057	1.239	-14,7
Bornholm	1.134	1.116	1.189	1.157	1.305	-11,3
Brøndby	1.579	1.388	1.415	1.369	1.428	-4,1
Brønderslev	1.384	1.226	1.247	1.244	1.134	9,7
Dragør	958	909	1.020	1.047	901	16,2
Egedal	1.065	992	962	938	989	-5,2
Esbjerg	1.997	1.735	1.639	1.643	1.392	18,1
Fanø	1.600	575	576	545	1.048	-48,0
Favrskov	870	979	828	831	952	-12,8
Faxe	1.550	1.457	1.448	1.479	1.262	17,2
Fredensborg	1.212	1.084	1.125	945	1.136	-16,8
Fredericia	1.437	1.311	1.335	1.266	1.406	-10,0
Frederiksberg	946	891	956	924	927	-0,3
Frederikshavn	1.487	1.279	1.423	1.355	1.318	2,8
Frederikssund	1.303	1.137	1.120	1.034	1.118	-7,6
Furesø	903	897	831	821	969	-15,2
Faaborg-Midtfyn	1.223	1.241	1.287	1.230	1.266	-2,8
Gentofte	1.005	916	920	935	840	11,3
Gladsaxe	1.165	1.038	1.077	1.021	1.129	-9,6
Glostrup	1.387	1.288	1.301	1.198	1.262	-5,1
Greve	1.534	1.538	1.425	1.359	1.191	14,0
Gribskov	1.125	1.082	1.077	1.017	1.170	-13,1
Guldborgsund	1.828	1.783	1.811	1.856	1.488	24,8
Haderslev	1.226	1.205	1.230	1.322	1.387	-4,7
Halsnæs	1.327	1.292	1.245	1.027	1.236	-16,9
Hedensted	1.082	972	890	1.041	1.128	-7,7
Helsingør	1.312	1.253	1.211	1.058	1.130	-6,4
Herlev	1.451	1.310	1.265	1.222	1.341	-8,8
Herning	1.204	1.114	1.093	1.114	1.191	-6,5
Hillerød	1.298	1.266	1.301	1.206	1.183	1,9
Hjørring	1.442	1.381	1.479	1.388	1.254	10,7
Holbæk	1.798	1.698	1.810	1.542	1.310	17,7
Holstebro	1.156	1.164	1.213	1.006	1.154	-12,8
Horsens	1.169	1.156	1.029	1.187	1.190	-0,2
Hvidovre	1.496	1.285	1.297	1.291	1.291	0,1
Høje-Taastrup	1.383	1.313	1.266	1.300	1.246	4,4
Hørsholm	1.014	796	982	942	894	5,3
Ikast-Brande	1.120	1.087	1.029	1.048	1.082	-3,1
Ishøj	1.686	1.351	1.420	1.396	1.464	-4,6
Jammerbugt	1.153	1.217	1.228	1.268	1.203	5,4
Kalundborg	1.950	1.700	1.714	1.604	1.451	10,7
Kerteminde	1.235	1.300	1.343	1.368	1.212	12,9
Kolding	1.567	1.234	1.347	1.288	1.264	1,9

	2014	2015	2016	2017	Forventet 2017	Benchmarkingindikator (pct.)
København	1.019	928	986	968	1.000	-3,2
Køge	1.814	1.690	1.725	1.506	1.361	10,6
Langeland	889	1.086	1.383	996	1.366	-27,1
Lejre	1.305	1.179	1.030	1.099	1.050	4,7
Lemvig	860	1.002	944	1.003	1.201	-16,5
Lolland	2.116	1.919	1.899	1.788	1.515	18,0
Lyngby-Taarbæk	962	833	876	897	915	-1,9
Læsø	673	691	525	566	732	-22,7
Mariagerfjord	1.298	1.202	1.217	1.192	1.229	-3,0
Middelfart	1.175	1.164	1.093	1.078	1.181	-8,7
Morsø	1.308	1.112	1.156	1.199	1.200	-0,1
Norddjurs	1.280	1.095	1.130	1.108	1.246	-11,1
Nordfyns	1.341	1.313	1.202	1.303	1.237	5,4
Nyborg	1.188	1.301	1.180	1.096	1.314	-16,6
Næstved	1.873	1.678	1.678	1.631	1.396	16,8
Odder	842	911	733	850	952	-10,7
Odense	1.698	1.579	1.548	1.524	1.282	18,9
Odssherred	1.761	1.757	1.510	1.610	1.431	12,2
Randers	1.419	1.375	1.256	1.283	1.254	2,3
Rebild	1.071	905	957	953	987	-3,4
Ringkøbing-Skjern	1.058	1.046	990	882	1.111	-20,7
Ringsted	1.839	1.577	1.684	1.713	1.517	12,9
Roskilde	1.594	1.478	1.430	1.390	1.133	22,6
Rudersdal	945	838	917	832	893	-6,8
Rødovre	1.325	1.195	1.218	1.105	1.187	-6,9
Samsø	384	821	615	439	811	-45,9
Silkeborg	1.128	1.044	990	997	1.106	-9,9
Skanderborg	763	919	790	763	864	-11,7
Skive	1.303	1.253	1.296	1.367	1.338	2,2
Slagelse	1.912	1.727	1.755	1.725	1.455	18,5
Solrød	1.645	1.448	1.326	1.375	1.201	14,5
Sorø	1.560	1.338	1.350	1.310	1.285	1,9
Stevns	1.286	1.219	1.276	1.064	1.168	-8,9
Struer	1.027	1.048	976	1.013	1.234	-17,9
Svendborg	1.292	1.126	1.143	1.199	1.300	-7,8
Syddjurs	884	886	830	771	939	-17,9
Sønderborg	1.547	1.362	1.379	1.272	1.378	-7,7
Thisted	1.207	1.105	1.143	1.198	1.267	-5,4
Tønder	1.338	1.316	1.284	1.229	1.363	-9,8
Tårnby	1.142	1.017	1.123	1.023	1.086	-5,8
Vallensbæk	1.374	1.224	1.428	1.374	1.190	15,5
Varde	1.561	1.380	1.271	1.355	1.249	8,5
Vejen	1.317	1.131	1.153	1.187	1.223	-3,0
Vejle	1.394	1.276	1.258	1.193	1.179	1,2
Vesthimmerlands	1.242	1.237	1.094	1.108	1.252	-11,4
Viborg	1.268	1.261	1.125	1.120	1.188	-5,7
Vordingborg	1.561	1.538	1.377	1.376	1.381	-0,4
Ærø	653	626	519	449	954	-52,9
Aabenraa	1.773	1.601	1.596	1.608	1.460	10,1
Aalborg	1.156	1.082	1.107	1.063	1.094	-2,8
Aarhus	949	1.014	960	949	1.047	-9,3
<b>Landsplan</b>	<b>1.280</b>	<b>1.196</b>	<b>1.193</b>	<b>1.176</b>	-	-

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

### 3 Antal og andel børn med akutte kontakter

Tabel 2

**Antal og andel 0-2-årige børn med akutte kontakter, 2017**

	Antal børn	Antal børn med akutte kontakter	Antal akutte kontakter	Andel børn uden akutte kontakter (pct.)	Andel børn med 1-3 akutte kontakter (pct.)	Andel børn over 3 akutte kontakter (pct.)
Albertslund	910	470	980	48,3	45,0	6,7
Allerød	740	300	540	59,3	37,2	3,5
Assens	1.090	560	1.270	48,3	43,5	8,3
Ballerup	1.570	740	1.440	53,0	41,6	5,4
Billund	790	360	700	54,2	40,2	5,5
Bornholm	840	430	810	49,4	45,1	5,5
Brøndby	1.290	670	1.490	48,1	42,8	9,0
Brønderslev	1.110	570	1.140	48,7	44,7	6,6
Dragør	410	190	370	54,0	40,8	5,1
Egedal	1.330	590	1.040	55,4	40,5	4,1
Esbjerg	3.690	2.140	5.050	41,9	47,6	10,5
Fanø	80	20	40	73,4	-	-
Favrskov	1.590	610	1.130	61,5	34,6	3,9
Faxe	960	490	1.190	48,5	42,5	9,0
Fredensborg	1.190	510	950	57,0	38,8	4,1
Fredericia	1.540	750	1.630	51,3	41,3	7,4
Frederiksberg	4.150	1.780	3.150	57,1	39,5	3,4
Frederikshavn	1.520	760	1.760	49,8	41,5	8,7
Frederikssund	1.170	530	1.000	54,5	41,5	3,9
Furesø	1.340	540	970	59,9	36,9	3,3
Faaborg-Midtfyn	1.360	650	1.400	52,5	40,6	6,8
Gentofte	2.250	970	1.730	56,9	39,4	3,7
Gladsaxe	2.460	1.120	2.080	54,5	40,7	4,7
Glostrup	820	410	800	49,8	44,5	5,7
Greve	1.580	840	1.870	47,1	44,6	8,3
Gribskov	890	420	780	52,5	43,1	4,4
Guldborgsund	1.590	970	2.500	38,9	48,1	13,1
Haderslev	1.560	760	1.710	50,9	41,0	8,0
Halsnæs	750	350	660	53,7	40,6	5,7
Hedensted	1.380	600	1.210	56,3	38,3	5,4
Helsingør	1.630	760	1.450	53,4	41,2	5,3
Herlev	1.030	520	1.070	49,4	44,3	6,3
Herning	2.870	1.280	2.650	55,4	38,6	6,0
Hillerød	1.540	770	1.560	50,1	43,7	6,2
Hjørring	1.830	930	2.090	48,8	42,6	8,5
Holbæk	2.000	1.120	2.660	43,9	46,0	10,2
Holstebro	2.070	940	1.740	54,8	40,9	4,3
Horsens	3.020	1.430	3.000	52,6	41,1	6,4
Hvidovre	1.990	1.020	2.120	48,8	44,2	7,0
Høje-Taastrup	1.750	920	1.880	47,5	45,8	6,6
Hørsholm	610	270	500	56,7	38,9	4,4
Ikast-Brande	1.300	580	1.130	55,1	40,4	4,5
Ishøj	940	510	1.090	46,4	44,1	9,6
Jammerbugt	1.170	580	1.240	50,0	42,4	7,6
Kalundborg	1.320	730	1.750	44,4	44,3	11,3
Kerteminde	640	330	750	47,9	44,6	7,5
Kolding	3.020	1.540	3.240	49,1	43,9	7,0

	Antal børn	Antal børn med akutte kontakter	Antal akutte kontakter	Andel børn uden akutte kontakter (pct.)	Andel børn med 1-3 akutte kontakter (pct.)	Andel børn over 3 akutte kontakter (pct.)
København	26.470	11.230	20.740	57,6	38,4	4,0
Køge	1.830	970	2.290	46,8	43,3	9,9
Langeland	230	100	200	55,0	40,7	4,3
Lejre	760	340	720	54,9	38,2	6,9
Lemvig	500	220	410	56,0	39,1	4,8
Lolland	910	530	1.360	41,8	44,6	13,6
Lyngby-Taarbæk	1.560	660	1.170	57,8	39,2	3,0
Læsø	30	10	10	72,4	27,6	0,0
Mariagerfjord	1.120	530	1.110	52,6	40,5	7,0
Middelfart	1.030	480	910	53,5	41,0	5,6
Morsø	540	270	540	50,6	44,3	5,2
Norddjurs	980	440	900	55,4	39,2	5,4
Nordfyns	750	380	820	49,1	44,3	6,7
Nyborg	910	420	840	53,4	40,4	6,2
Næstved	2.330	1.300	3.190	44,2	44,3	11,4
Odder	610	260	440	57,7	39,3	3,1
Odense	6.650	3.600	8.350	45,9	44,4	9,7
Odsherred	700	400	980	43,4	45,4	11,2
Randers	3.040	1.510	3.300	50,3	42,3	7,5
Rebild	1.050	450	830	57,4	38,5	4,0
Ringkøbing-Skjern	1.720	700	1.300	59,2	37,3	3,5
Ringsted	1.070	620	1.520	42,1	46,3	11,7
Roskilde	2.530	1.300	2.930	48,5	42,7	8,7
Rudersdal	1.640	650	1.160	60,6	35,3	4,0
Rødovre	1.480	680	1.350	54,0	39,9	6,1
Samsø	80	20	30	73,7	26,3	0,0
Silkeborg	2.960	1.300	2.460	56,0	39,3	4,7
Skanderborg	2.250	810	1.460	64,1	32,7	3,2
Skive	1.280	660	1.470	48,6	43,2	8,2
Slagelse	2.360	1.400	3.500	40,8	46,9	12,3
Solrød	760	390	880	48,7	43,3	8,1
Sorø	810	380	920	53,3	37,3	9,5
Stevns	580	260	530	54,6	39,8	5,6
Struer	550	240	460	57,0	38,3	4,7
Svendborg	1.550	730	1.540	52,6	40,8	6,5
Syddjurs	1.100	400	730	63,1	33,9	2,9
Sønderborg	1.970	970	2.110	50,6	42,0	7,5
Thisted	1.280	610	1.280	52,3	40,6	7,1
Tønder	1.080	520	1.120	51,9	40,4	7,7
Tårnby	1.530	710	1.330	53,9	41,1	5,0
Vallensbæk	630	320	730	49,8	42,0	8,3
Varde	1.490	760	1.700	48,8	43,2	8,1
Vejen	1.300	600	1.270	54,0	39,0	6,9
Vejle	3.800	1.790	3.810	52,9	40,6	6,5
Vesthimmerlands	1.040	490	960	52,8	41,4	5,8
Viborg	3.050	1.450	2.920	52,5	41,9	5,6
Vordingborg	1.070	540	1.240	49,8	40,8	9,4
Ærø	100	20	40	78,8	-	-
Aabenraa	1.650	900	2.190	45,3	43,8	10,9
Aalborg	6.880	3.060	5.980	55,5	39,1	5,4
Aarhus	12.660	5.180	9.870	59,1	36,4	4,5
<b>Landsplan</b>	<b>184.910</b>	<b>86.890</b>	<b>179.150</b>	<b>53,0</b>	<b>40,7</b>	<b>6,3</b>

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 4 Akutte kontakter fordelt efter udvalgte risikofaktorer

**Tabel 3**

**Antal akutte kontakter pr. 1.000 0-2-årige helårsbørn fordelt efter udvalgte risikofaktorer, 2017**

	½-1 år og går i en daginstitution	1-2 år og går i en daginstitution	1-2 år og går ikke i en daginstitution	Mor, mere end 3 akutte kontakter	Far, mere end 3 akutte kontakter
Albertslund	1.231	1.478	839	3.521	1.885
Allerød	952	1.074	862	-	-
Assens	2.503	1.704	1.226	5.143	1.808
Ballerup	1.452	1.196	1.321	3.553	2.496
Billund	983	1.163	1.170	2.220	1.604
Bornholm	1.290	1.313	976	2.951	2.280
Brøndby	1.236	1.778	987	4.642	2.643
Brønderslev	1.880	1.303	1.417	2.393	2.288
Dragør	1.416	1.229	1.192	2.255	.
Egedal	1.109	1.143	685	2.381	1.066
Esbjerg	1.580	2.026	1.917	4.244	2.977
Fanø	519	494	-	-	-
Favrskov	894	911	781	2.625	856
Faxe	2.169	1.870	1.456	4.092	3.302
Fredensborg	1.189	1.141	925	1.296	221
Fredericia	1.503	1.543	1.513	3.866	1.570
Frederiksberg	1.058	1.108	801	2.772	1.194
Frederikshavn	1.660	1.455	1.480	3.263	2.510
Frederikssund	895	1.170	915	4.689	1.187
Furesø	843	940	821	1.929	2.493
Faaborg-Midtfyn	1.293	1.708	1.021	3.741	3.734
Gentofte	871	1.085	1.148	2.301	1.351
Gladsaxe	1.440	1.133	983	3.014	2.369
Glostrup	1.493	1.300	1.361	2.661	1.304
Greve	1.920	1.565	1.215	2.929	2.329
Gribskov	1.157	1.156	986	1.388	2.448
Guldborgsund	2.376	2.159	1.784	3.725	2.709
Haderslev	2.065	1.595	1.183	4.577	3.190
Halsnæs	1.188	1.209	924	2.052	1.389
Hedensted	1.321	1.101	940	2.483	669
Helsingør	905	1.112	1.160	2.691	1.369
Herlev	1.809	1.428	809	2.496	1.723
Herning	1.661	1.159	1.105	3.691	2.714
Hillerød	1.323	1.309	898	4.277	1.365
Hjørring	1.452	1.600	1.673	3.443	3.179
Holbæk	1.768	1.859	1.440	3.914	3.158
Holstebro	1.141	1.202	881	2.990	1.497
Horsens	1.700	1.470	1.176	3.780	3.651
Hvidovre	1.521	1.520	826	4.112	2.845
Høje-Taastrup	1.985	1.505	1.159	3.312	2.353
Hørsholm	1.031	1.121	1.341	-	-
Ikast-Brande	1.128	1.352	853	2.948	1.712
Ishøj	1.735	1.647	1.643	3.171	2.068
Jammerbugt	1.338	1.365	1.526	2.411	2.189
Kalundborg	1.536	1.871	1.600	3.853	2.780
Kerteminde	2.743	1.426	1.609	2.202	4.630
Kolding	1.451	1.530	1.296	3.951	3.262

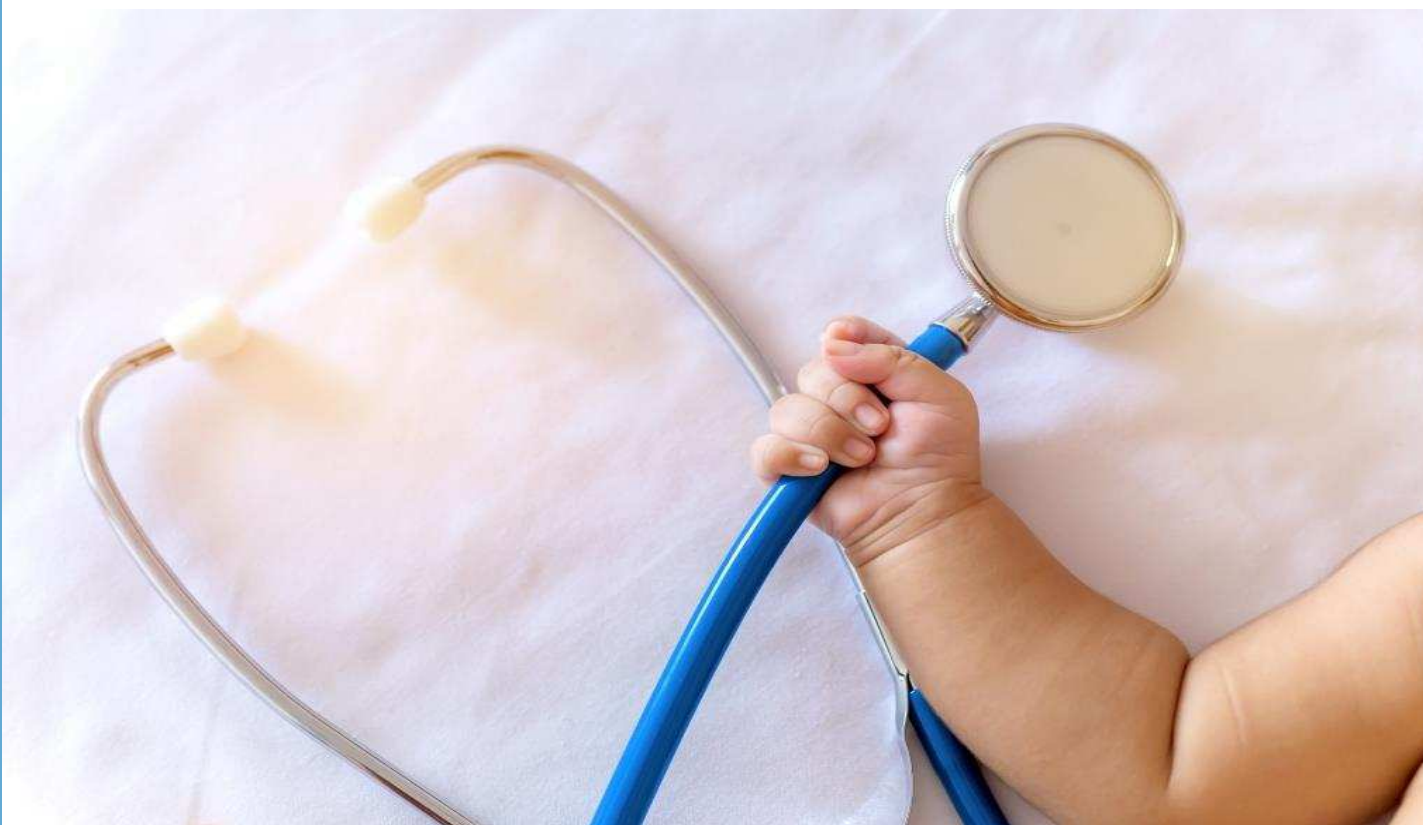
	½-1 år og går i en daginstitution	1-2 år og går i en daginstitution	1-2 år og går ikke i en daginstitution	Mor, mere end 3 akutte kontakter	Far, mere end 3 akutte kontakter
København	1.152	1.108	835	2.817	2.117
Køge	1.395	1.855	1.690	2.827	2.699
Langeland	1.154	980	1.580	.	-
Lejre	2.055	1.353	902	3.176	1.642
Lemvig	1.353	1.197	823	.	-
Lolland	1.841	2.161	1.706	3.583	3.308
Lyngby-Taarbæk	778	1.051	671	1.643	-
Læsø	.	625	-	-	-
Mariagerfjord	1.638	1.427	1.283	3.641	1.982
Middelfart	1.067	1.390	1.021	4.034	2.107
Morsø	993	1.695	1.526	1.009	.
Norddjurs	1.335	1.410	1.277	3.039	3.918
Nordfyns	1.693	1.611	1.339	3.841	5.938
Nyborg	963	1.399	1.225	3.240	3.872
Næstved	1.776	2.035	1.666	3.518	3.699
Odder	1.318	933	604	-	-
Odense	1.643	1.865	1.525	4.073	2.791
Odsherred	2.310	2.200	1.415	3.010	1.839
Randers	1.581	1.528	1.052	2.926	1.991
Rebild	1.293	917	1.050	2.488	1.246
Ringkøbing-Skjern	1.099	992	1.070	1.834	2.053
Ringsted	1.975	2.089	1.255	3.927	3.529
Roskilde	1.742	1.595	1.497	3.834	2.665
Rudersdal	973	926	820	3.839	1.995
Rødovre	942	1.357	1.039	2.075	716
Samsø	-	553	-	-	-
Silkeborg	1.344	1.088	1.144	2.945	2.326
Skanderborg	1.014	884	802	4.451	831
Skive	1.345	1.658	1.728	3.334	2.363
Slagelse	1.982	2.044	1.714	4.272	3.849
Solrød	1.217	1.645	1.316	4.329	2.447
Sorø	1.485	1.720	1.153	2.519	3.758
Stevns	1.247	1.169	1.100	2.532	1.200
Struer	1.491	1.126	817	1.333	.
Svendborg	1.593	1.581	874	4.543	2.037
Syddjurs	934	1.012	696	3.824	-
Sønderborg	959	1.668	1.337	2.784	2.875
Thisted	1.563	1.414	1.115	2.296	1.791
Tønder	1.714	1.494	1.178	2.469	3.167
Tårnby	1.351	1.188	994	2.164	2.144
Vallensbæk	2.448	1.492	1.830	4.784	639
Varde	1.919	1.631	1.219	3.266	4.736
Vejen	1.684	1.475	1.418	3.776	1.533
Vejle	1.096	1.521	1.363	3.022	1.619
Vesthimmerlands	1.181	1.453	1.087	2.820	1.310
Viborg	1.492	1.292	974	3.279	3.892
Vordingborg	1.973	1.594	1.187	3.149	1.774
Ærø	-	739	-	-	-
Aabenraa	1.964	2.087	1.898	4.678	2.684
Aalborg	1.250	1.281	1.050	2.822	2.467
Aarhus	1.059	1.099	899	2.297	2.029
<b>Landsplan</b>	<b>1.387</b>	<b>1.371</b>	<b>1.166</b>	<b>3.342</b>	<b>2.460</b>

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.



# Bilag 5: Praksiskommunefordelte nøgletal

Småbørnenes akutte kontakter til sundhedsvæsenet



Social- og  
Indenrigsministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.simb.dk](http://www.simb.dk)

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen  
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

## Indhold

1 Læsevejledning.....	3
2 Antal akutte kontakter pr. 1.000 børn.....	4

# 1 Læsevejledning

I det følgende præsenteres en tabel med almen praksisspecifikke nøgletal fordelt på praksiskommuneniveau. Opgørelsen er baseret på 93 praksiskommuner med minimum 5 praksis pr. kommune. Praksis med minimum 200 tilmeldte patienter og minimum 5 tilmeldte 0-2-årige børn indgår i opgørelsen.

Akutte kontakter er defineret som fysiske kontakter til vagtlæge og akutte sygehuskontakter. Såfremt vagtlægekontakten og sygehuskontakten er foretaget på samme dag, tæller de som en enkeltstående kontakt. To eller flere sygehuskontakter med 4 timers mellemrum eller derunder tæller også som en enkeltstående kontakt. Ved at opgøre aktivitet pr. 1.000 helårspersoner er der taget hensyn til forskelle i eksponeringstid mellem populationer. Antal sygehuskontakter kan være påvirket af implementeringen af it-systemet sundhedsplatform i Region Hovedstaden og Region Sjælland, der skete i perioden fra maj 2016 til november 2017.

## 2 Antal akutte kontakter pr. 1.000 børn

Tabel 2.1

Antal akutte kontakter pr. 1.000 børn fordelt efter almen praksiskommune. 2017

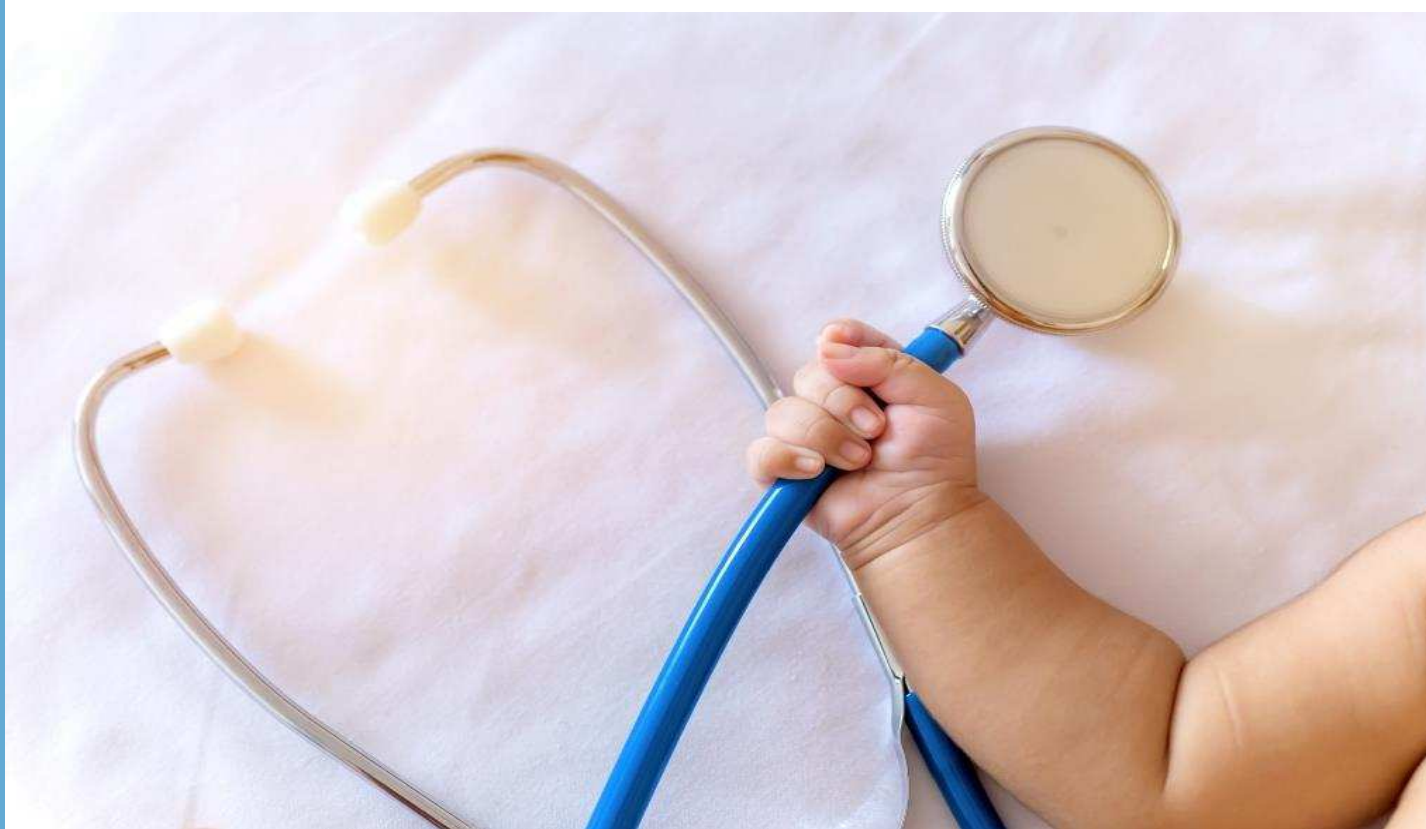
	Faktisk	Forventet	Benchmarking-indikator	Praksis med laveste benchmarking	Praksis med højeste benchmarking
Albertslund	1.432	1.412	1,4	-30,8	51,4
Allerød	881	979	-10,0	-40,8	14,5
Assens	1.341	1.256	6,7	-18,8	39,5
Ballerup	1.123	1.243	-9,7	-32,2	35,7
Billund	1.087	1.270	-14,4	-30,1	1,2
Bornholm	1.163	1.311	-11,3	-44,4	30,0
Brøndby	1.340	1.440	-7,0	-29,8	14,3
Brønderslev	1.238	1.104	12,2	-6,8	36,8
Dragør	1.079	968	11,5	-12,0	29,2
Egedal	966	1.041	-7,2	-31,2	7,6
Esbjerg	1.632	1.407	16,1	-33,9	51,0
Fanø	-	-	-	-	-
Favrskov	846	969	-12,7	-34,0	12,8
Faxe	1.476	1.278	15,6	-40,5	99,9
Fredensborg	927	1.179	-21,4	-54,2	9,5
Fredericia	1.274	1.431	-11,0	-34,4	17,8
Frederiksberg	944	958	-1,4	-47,1	46,4
Frederikshavn	1.371	1.304	5,2	-33,9	48,5
Frederikssund	1.032	1.114	-7,4	-33,5	23,2
Furesø	816	988	-17,4	-48,5	56,4
Faaborg-Midtfyn	1.205	1.263	-4,6	-38,1	28,4
Gentofte	976	872	11,9	-58,7	96,8
Gladsaxe	1.035	1.142	-9,3	-49,8	24,2
Glostrup	1.268	1.313	-3,4	-46,8	16,5
Greve	1.324	1.227	7,9	-11,6	59,6
Gribskov	1.011	1.176	-14,1	-70,4	14,1
Guldborgsund	1.838	1.470	25,1	-8,9	59,7
Haderslev	1.342	1.416	-5,2	-32,6	24,0
Halsnæs	999	1.231	-18,8	-28,9	9,5
Hedensted	988	1.104	-10,5	-22,9	10,2
Helsingør	1.099	1.153	-4,7	-54,5	73,7
Herlev	1.184	1.328	-10,9	-25,8	7,2
Herning	1.135	1.176	-3,5	-34,2	29,9
Hillerød	1.211	1.188	2,0	-45,9	55,5
Hjørring	1.395	1.239	12,6	-24,3	109,3
Holbæk	1.552	1.312	18,3	-13,4	45,1
Holstebro	1.016	1.153	-11,9	-33,4	9,0
Horsens	1.204	1.196	0,7	-37,8	36,8
Hvidovre	1.340	1.310	2,3	-53,6	41,5
Høje-Taastrup	1.264	1.240	2,0	-25,9	47,5
Hørsholm	933	930	0,3	-38,2	46,0
Ikast-Brande	1.044	1.093	-4,4	-36,6	12,2
Ishøj	1.454	1.484	-2,1	-13,6	4,4
Jammerbugt	1.242	1.174	5,8	-14,3	35,1
Kalundborg	1.694	1.462	16,0	2,8	80,4

	Faktisk	Forventet	Benchmarking-indikator	Praksis med laveste benchmarking	Praksis med højeste benchmarking
Kerteminde	1.279	1.177	8,7	-20,0	88,3
Kolding	1.300	1.281	1,5	-48,0	60,6
København	969	1.002	-3,3	-50,5	57,9
Køge	1.507	1.334	12,9	-9,4	113,5
Langeland	1.052	1.386	-24,1	-59,3	-5,3
Lejre	1.027	1.044	-1,6	-25,9	20,7
Lemvig	966	1.200	-19,5	-69,6	21,9
Lolland	1.740	1.499	16,1	-14,0	65,9
Lyngby-Taarbæk	898	938	-4,2	-39,7	65,2
Læsø	-	-	-	-	-
Mariagerfjord	1.197	1.220	-1,8	-38,8	59,0
Middelfart	1.080	1.184	-8,8	-27,3	11,7
Morsø	1.191	1.255	-5,1	-39,5	26,5
Norddjurs	1.132	1.241	-8,8	-31,9	15,2
Nordfyns	1.317	1.235	6,7	-14,0	26,8
Nyborg	1.081	1.307	-17,3	-40,1	42,0
Næstved	1.646	1.382	19,1	-12,6	46,6
Odder	834	964	-13,5	-38,8	6,5
Odense	1.536	1.273	20,6	-25,6	62,6
Odsherred	1.628	1.464	10,8	-44,8	41,1
Randers	1.279	1.260	1,5	-44,8	38,7
Rebild	959	994	-3,5	-10,9	14,7
Ringkøbing-Skjern	875	1.108	-21,1	-50,0	1,7
Ringsted	1.674	1.490	12,4	-4,2	35,2
Roskilde	1.382	1.120	23,4	-31,6	56,8
Rudersdal	840	907	-7,4	-71,4	34,5
Rødovre	1.245	1.212	2,8	-16,2	32,4
Samsø	-	-	-	-	-
Silkeborg	998	1.132	-11,9	-67,4	6,4
Skanderborg	771	864	-10,8	-36,8	32,8
Skive	1.365	1.340	1,9	-25,0	31,9
Slagelse	1.739	1.461	19,0	-14,8	98,4
Solrød	1.400	1.238	13,1	-3,4	40,3
Sorø	1.235	1.263	-2,3	-45,1	21,5
Stevns	-	-	-	-	-
Struer	1.021	1.290	-20,8	-47,7	-2,5
Svendborg	1.186	1.302	-8,9	-39,9	44,2
Syddjurs	753	952	-20,9	-41,3	16,8
Sønderborg	1.253	1.396	-10,3	-34,8	19,0
Thisted	1.211	1.254	-3,4	-42,7	52,0
Tønder	1.255	1.404	-10,6	-38,1	10,5
Tårnby	1.048	1.091	-4,0	-34,2	44,9
Vallensbæk	1.224	1.204	1,6	-34,6	20,6
Varde	1.376	1.264	8,9	-23,0	76,6
Vejen	1.187	1.282	-7,4	-26,1	39,3
Vejle	1.189	1.186	0,3	-45,6	20,9
Vesthimmerlands	1.145	1.219	-6,1	-36,2	15,3
Viborg	1.121	1.206	-7,1	-50,2	28,5
Vordingborg	1.419	1.392	1,9	-44,9	28,8
Ærø	-	-	-	-	-
Aabenraa	1.665	1.499	11,1	-26,2	66,2
Aalborg	1.062	1.090	-2,6	-42,7	46,4
Aarhus	945	1.043	-9,3	-58,3	118,3

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

# Bilag 6: Metode

Småbørnenes akutte kontakter til sundhedsvæsenet



Social- og  
Indenrigsministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.simb.dk](http://www.simb.dk)

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen  
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.



## Indhold

1 Datakilder og variable.....	3
2 Afgrænsninger.....	4
3 Forskelle i organisering af akutsystemet .....	7
4 Forløbet før den akutte kontakt.....	10
5 Metode til benchmarking .....	13
6 Estimationsresultater .....	14
7 Sammenhænge mellem benchmarkingindikatoren og kommunal sundhedspleje .....	18

# 1 Datakilder og variable

Analysen baserer sig hovedsageligt på registerdata fra Danmarks Statistik. I tabel 1.1 er de benyttede variable i analysen dokumenteret med den konkrete kilde.

**Tabel 1.1**

## Oversigt over anvendte registre og variable i analysen

Register	Variable
Befolkningsregister (BEF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Køn</li> <li>- Alder</li> <li>- Bopælskommune og region</li> <li>- Forældrenes alder</li> <li>- Forældrenes civilstatus</li> <li>- Bedsteforældre</li> <li>- Herkomst blandt forældrene</li> <li>- Alder blandt tilknyttede patienter ved barnets praktiserende læge</li> </ul>
Landspatientregister (LPR_ADM, LPR_DIAG, LPR_BES)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akutte kontakter</li> <li>- Aktionsdiagnose</li> <li>- Planlagte kontakter</li> <li>- Forældres akutte kontakter</li> <li>- Forældres planlagte kontakter</li> <li>- Markering af om forældrene har en alvorlig fysisk sygdom</li> <li>- Sygelighed blandt tilknyttede patienter ved barnets praktiserende læge</li> </ul>
Landspatientregistret (psykiatri) (LPR_PSYK_ADM og LPR_PSYK_DIAG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forældre med psykisk sygdom</li> <li>- Psykisk sygdom blandt praktiserende læges tilknyttede patienter</li> </ul>
Levendefødte fra det medicinske fødselsregister (MFR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ekskluderer ekstremt for tidligt fødte fra populationen</li> <li>- Apgarscore</li> <li>- Graviditetskomplikationer</li> <li>- Fødsel (akut/planlagt kejsersnit, efter moderens ønske, normal)</li> <li>- Født med misdannelse</li> <li>- Hjemmefødsel</li> <li>- Moren har medicinske sygdomme</li> <li>- Morens rygestatus ved fødslen</li> <li>- Morens BMI ved fødslen</li> <li>- Antal sengedage barnet var indlagt ved fødslen</li> </ul>
Sygesikringsregistret (T_SSR og T_sikrede). Indhentet fra Sundhedsdatastyrelsen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fysiske vagtlægekontakter</li> <li>- Telefonkonsultationer (vagt-læge)</li> <li>- Fysiske kontakter i almen praksis (dagstid)</li> <li>- Telefon- og e-mailkonsultationer i almen praksis (dagstid)</li> <li>- Helbredsundersøgelser i almen praksis</li> <li>- Vaccinationsprogrammet i almen praksis</li> <li>- Kontakter til speciallægepraksis</li> <li>- Kontakter til øvrig praksissektor</li> <li>- Fra t_sikrede kobles alle børn til deres praktiserende læge</li> </ul>
Yderregistret fra Sundhedsdatastyrelsen (YDR2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Praksistype</li> <li>- Antal tilknyttede patienter pr. læge (kapacitet)</li> <li>- Lægens anciennitet</li> </ul>
Akuttefon 1813 fra Region Hovedstaden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opringninger til 1813</li> <li>- Visitation til behandling, egen læge, egen omsorg</li> </ul>
Børnepasning 0-5 årige (Indskrevne Børn) BOERNFB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Daginstitutionsbenyttelse</li> </ul>
Familie (FAM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Søkendeposition</li> </ul>
Kriminalstatistik afgørelser (KRAF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forældre dømt efter straffeloven inden for seneste 5 år</li> </ul>
Registerbaserede arbejdsstyrkestatistik (RAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forældre i arbejde eller uddannelse</li> <li>- Antal udenfor arbejdsmarkedet blandt praktiserende læges tilknyttede patienter</li> </ul>
Højeste fuldførte uddannelse (UDDF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forældres højeste fuldførte uddannelse</li> </ul>
Bygge og boligregister (BBRE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Boligtype</li> </ul>
Motorkøretøjer bestand (DRMB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bil i husstanden</li> </ul>
Børn og unge forebyggende foranstaltninger (BUFO) og Børn og unge anbragte kvartalsstatus (BUAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Markering af, om et af børnene i husstanden har modtaget forebyggende foranstaltninger eller er blevet anbragt</li> </ul>

Bystørrelser bopæle (BYSTRB), adresser på vagtlægekonsultationssteder og egne beregninger	- Afstand til nærmeste vagtlæge. Afstanden beregnes som fugleflugtsafstanden fra midtpunktet i bopælssognet til nærmeste vagtlæge.
Bystørrelser bopæle (BYSTRB), adresser på sygehuse i Region Hovedstaden og egne beregninger	- Afstand til sygehuset i optagerområdet (Region Hovedstaden). Afstanden beregnes som fugleflugtsafstanden fra midtpunktet i bopælssognet til sygehuset.
Bystørrelser bopæle (BYSTRB), YDR2 og egne beregninger	- Afstand til egen læge. Afstanden beregnes som fugleflugtsafstanden fra midtpunktet i bopælssognet til midtpunktet af praktiserende læges praksispostnummer.
Historiske vandringer (VNDS)	- Ekskluderer udvandrede børn, beregner opholdsdage i 2017 for indvandrede børn
Døde i Danmark (DOD)	- Ekskluderer døde børn
Kommunefordelte nøgletal fra Øjebliksbilledet 2017, CRUNCH	- En lang række oplysninger om sundhedsplejeindsatser, organisering og tværfagligt samarbejde med andre faggrupper og sektorer
Kommunefordelte nøgletal fra Statens Institut for Folkesundhed (2017) – Afdækning af indsatser til udsatte og sårbare børn og familier i den kommunale sundhedspleje	- Oplysninger om samarbejde mellem kommunal sundhedspleje og dagtilbudsområdet
Kommunernes hjemmesider suppleret med Øjebliksbilledet 2017	- Oplysninger om hjemmebesøg som sundhedspleje tilbyder alle nybygte familier.

## 2 Afgrænsninger

### Population

I denne analyse ses der på akutte kontakter til sundhedsvæsenet i løbet af et kalenderår blandt alle børn, der pr. 31. december i det pågældende år var mellem 0 og 2 år. Børn, der enten er indvandret eller født i løbet af året, indgår dermed også i populationen. Døde børn, børn med en række alvorlige sygdomme som kræft, kroniske luftvejssygdomme og cystisk fibrose samt børn, der er født ekstremt for tidligt indgår ikke i denne analyse. Udeladelse af børn med de konkrete sygdomme er sket med hjælp af klinkerne og sker på baggrund af følgende diagnoser: DC\*, DD0\*, DD4\*, DD37-DD39 (Cancer), DE84 (Cystisk fibrose) og DP27 (Kroniske luftvejssygdomme opstået i perinatalperioden).

Selve benchmarkinganalysen, som udføres under hensyn til rammevilkår, er baseret på baggrund af population og aktivitet i 2017, men der ses også deskriptivt på udviklingstendenser mellem 2014 og 2017. Risikoen for akutte kontakter afhænger blandt andet af den tid, som børnene har været eksponeret for sygdomme og ulykker. For at tage højde for, at nogle børn har haft kortere tid til at kontakte sundhedsvæsenet end andre, analyseres der på helårsbørn i denne analyse.

### Akutte kontakter

Når man opgør akutte kontakter til sundhedsvæsenet, vil man i princippet gerne skelne imellem vagtlægekontakter og sygehuskontakter. Udfordringen er, at det datamæssigt ikke muligt at skelne mellem 1813-visiterede borgere fra øvrige akutte ambulante besøg og indlæggelser på børneområdet i Region Hovedstaden<sup>1</sup>. Der kan være forskellige mulige løsninger på dette.

I et forsøg på at afgrænse 1813-visiterede kontakter kunne man koble data fra Akuttefonen 1813 og frasortere de sygehuskontakter, der er visiteret via akuttefonen. Dette er dog ikke muligt at gøre præcist, da kun borgere, der mødte på det præcist visiterede tidspunkt og på samme sygehus,

<sup>1</sup> VIVE (2018), Regionale lægevagter og Akuttefonen 1813 – En kortlægning med fokus på organisering, aktivitet og økonomi.

som de blev visiteret til, vil kunne frasorteres. I praksis møder nogle borgere på et andet tidspunkt eller på et andet sygehus, end de er blevet visiteret til. De vil datamæssigt blive registreret som såkaldte *selvhenvendere*, selvom de var visiteret af 1813. Hvis man valgte at forsøge at afgrænse analysen til 1813-visiterede kontakter, vil der være en risiko for, at antallet af fysiske 1813-visiterede kontakter bliver undervurderet.

De fleste traditionelle vagtlægekontakter varer i forholdsvis kort tid. Man kunne dermed overveje at ekskludere de korte sygehuskontakter, der varer under 4 timer, fra analysen og fokusere på de længerevarende kontakter. På børneområdet forholder det sig imidlertid sådan, at 1813-akuttefonen visiterer alle børnene efter kl. 23:00 på en børnemodtagelse som indlagte. Det indebærer, at også nogle af de længerevarende sygehuskontakter vil svare til traditionelle vagtlægedydelser.

I denne analyse er det valgt at fokusere på børnenes fysiske akutte sygehuskontakter og vagtlægekontakter under ét uden at skelne til varighed af kontakten eller kontakttypen. Denne afgrænsning sikrer, at det er muligt at sammenligne antallet af akutte kontakter på tværs af landet. Læs mere om forskelle i organiseringen i kapitel 3 og se den konkrete afgrænsning af akutte kontakter i boks 2.1.

#### Boks 2.1

##### Afgrænsning af akutte kontakter

Akutte kontakter er defineret som kontakter, hvor der er sket et fysisk fremmøde. Det kan have været ved vagtlægen, på sygehuset eller hos borgeren, dvs. alle vagtlægekonsultationer, sygebesøg i hjemmet, akutte ambulante besøg og akutte indlæggelser. Telefonkonsultationer til vagtlægen, opkald til Akuttefonen 1813, opkald til børnemodtagelser og andre akutmodtagelser er ikke medtaget i denne definition.

Definition af de akutte sygehuskontakter tager udgangspunkt i "Afrapportering fra teknikergruppe om opgørelse af indlæggelsesforløb baseret på Landspatientregisteret". Det indebærer bl.a. at sygehuskontakter med højst 4 timer imellem kobles til et tidsmæssigt sammenhængende forløb og defineres som en enkelt kontakt.

Eventuelle vagtlægekonsultationer, der ligger på samme dato som sygehuskontakterne, vil i denne analyse kobles sammen til et forløb og dermed tælle som en enkel kontakt.

Fødsler (DZ38\*) og akutte kontakter i umiddelbar forlængelse af fødslen indgår ikke som akutte kontakter i denne analyse.

Tilsvarende er der i opgørelsen af morens akutte kontakter ekskluderet kontakter relateret til graviditet og fødslen (DO\*).

##### Øvrige kontakter til sundhedsvæsenet

Flere steder i analysen er der set på forældrenes og børnenes brug af sundhedsydelse. Afgrænsning af de øvrige kontakter til sundhedsvæsenet kan ses i boks 2.2.

## Boks 2.2

### Øvrige kontakter til sundhedsvæsenet

**Planlagte sygehuskontakter** er planlagte indlæggelser og planlagte ambulante besøg afholdt i 2017.

**Fysiske kontakter til almen praksis i dagstid** udgøres af almindelige konsultationer, andre specifikke ydelser, der er vurderet at udgøre et særskilt fysisk fremmøde samt sygebesøg.

**Helbredsundersøgelserne i almen praksis** omfatter følgende ydelser: 8211, 8212, 8213, 8314

**Vaccinationsprogrammet i almen praksis** omfatter følgende ydelser: 8342, 8342, 8343, 8344, 8345, 8346, 8601.

**Fysiske vagtlægekontakter** indeholder konsultationer og sygebesøg i vagttiden.

**Speciallægepraksis** omfatter specialerne anæstesiologi, diagnostisk radiologi, dermatologi-venerologi, reumatologi, gynækologi og obstetrik, intern medicin, kirurgi, neurologi, øjenlægehjælp, ortopædkirurgi, ørelægehjælp, plastikkirurgi, psykiatri, pædiatri og børnepsykiatri.

**Øvrig praksissektor** omfatter områderne fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi, kiropraktik, fodbehandling, optræning Øfeldt Centre og psykologhjælp.

### Alvorlige fysiske og psykiske sygdomme

Alvorlige fysiske sygdomme blandt forældrene og sygelighed ved praktiserende læges tilknyttede patienter er opgjort som sygdomme, som indgår i den såkaldte Charlson Comorbidity Index (CCI), der blandt andet anvendes til at definere sygelighed i befolkningen. Personer med alvorlige fysiske sygdomme er opgjort pr. 1. januar 2018 som personer, der inden for forudgående 5 år har haft en fysisk kontakt på somatisk sygehus og blev registreret med en af de diagnoser, som indgår i CCI, jf. tabel 2.1.

Tabel 2.1

#### Oversigt over sygdomme kategoriseret som "alvorlige sygdomme"

Sygdomme	Diagnosekoder
Blodprop i hjertet	DI21-DI23
Hjerteinsufficiens	DI50, DI110, DI130, DI132
Forsnævring af arterier	DI70-DI74 DI77
Blodkarsygdomme i hjernen	DI60-DI69, DG45-DI46
Demens	DF00-DF03, DF051, DG30
Lungesygdomme	DJ40-DJ47, DJ60-DJ67, DJ684, DJ701, DJ703, DJ841, DJ920, DJ961, DJ982, DJ983
Gigtsygdomme	DM06, DM06, DM08, DM09, DM30, DM31, DM32-DM36, DM86
Mavesår	DK221, DK25-DK28
Leversygdom i let grad	DB18, DK700-DK703, DK709, DK71, DK73, DK74, DK760
Diabetes uden komplikationer	DE100, DE101, DE109, DE110, DE111, DE119
Lammelse i den ene side af kroppen	DG81-DG82
Moderat eller svær nyresygdom	DI12-DI14, DN00-DN05, DN07, DN11, DN14, DN17, DN19, DQ61
Diabetes med komplikationer	DE102-DE108, DE112-DE118
Kræft, der ikke har spredt sig	DC00-DC75
Leukæmi	DC91-DC95
Lymfe- eller knoglemarvskræft	DC81-DC85, DC88, DC90, DC96
Moderat eller svær leversygdom	DB150, DB160, DB162, DB190, DK704, DK72,DK766, DI85
Kræft, der har spredt sig	DC76-DC80
AIDS	DB21-DB24

Forældrenes psykiske sygdom og praktiserende læges tilknyttede patienter med psykiske sygdomme opgøres som personer pr. 1. januar 2018, der inden for de seneste fem år, dvs. i perioden 2013 til 2017, har haft en kontakt på et psykiatrisk sygehus og er blevet registreret med en psykisk diagnose (DF\*). Opgørelsesmetoden svarer til den måde Sundhedsstyrelsen opgør forekomsten af sygdomme blandt befolkningen, herunder psykisk sygdom<sup>2</sup>. Populationen er opgjort ved hjælp af Befolkningsregistret, og hvorvidt en person har en psykisk sygdom er opgjort på baggrund af Landspatientregistret.

### 3 Forskelle i organisering af akutsystemet

På tværs af de fem regioner er der forskelle på, hvor borgerne kan henvende sig med akut opstået behov for lægehjælp. Når børn med bopæl i Region Hovedstaden har en akut opstået sygdom udenfor dagtid, eller en skade, kan de blive visiteret til behandling på sygehuset, mens børn, der bor i de fire øvrige regioner, som oftest vil blive visiteret til vagtlægen, jf. boks 3.1.

#### Boks 3.1

##### Kort beskrivelse af forskelle i organisering af det regionale akutte sundhedsvæsen

Patienter med livstruende sygdom eller skade skal ringe 112 – uanset hvor i landet de befinder sig, og hvilket tidspunkt på dagen det er. Akut opstået behov for lægehjælp vedrørende sygdom, der ikke er livstruende, håndteres i dagtid af almen praksis i alle fem regioner.

Forskelle mellem regioner ligger primært i henvendelser udenfor dagtiden samt henvendelser vedrørende skader, som ikke er af livstruende karakter. Når der er tale om akut opstået behov for lægehjælp vedrørende sygdom udenfor dagtid, kontakter borgerne vagtlægen i fire af landets fem regioner, på nær i Region Hovedstaden. Lægevagtsordningen er forankret i almen praksis i alle fire regioner. Lægevagten foretager også skadesvisitation, undtagen i Region Sjælland. Her varetager personalet på en regional akuttelefon skadesvisitation døgnet rundt. I Region Hovedstaden ringer borgerne til Akuttelefonen 1813 med akut opstået behov for lægehjælp i forbindelse med sygdom uden for dagtid samt skader hele døgnet rundt.

Både lægevagten og 1813-ordningen er organiseret som en visitationsordning. Når en borger ringer til vagtlægen eller til 1813, kan han eller hun blive henvist til en fysisk kontakt. I de fire regioner med vagtlægeordningen er den fysiske kontakt enten en vagtlægekonsultation eller et sygebesøg i eget hjem. I Region Hovedstaden indebærer den fysiske kontakt for børn en tur forbi sygehuset. Borgerne kan i alle fem regioner blive henvist til en akut indlæggelse på sygehuset, egen omsorg, og/eller at de skal kontakte praktiserende læge, eller eventuelt speciallæge dagen efter.

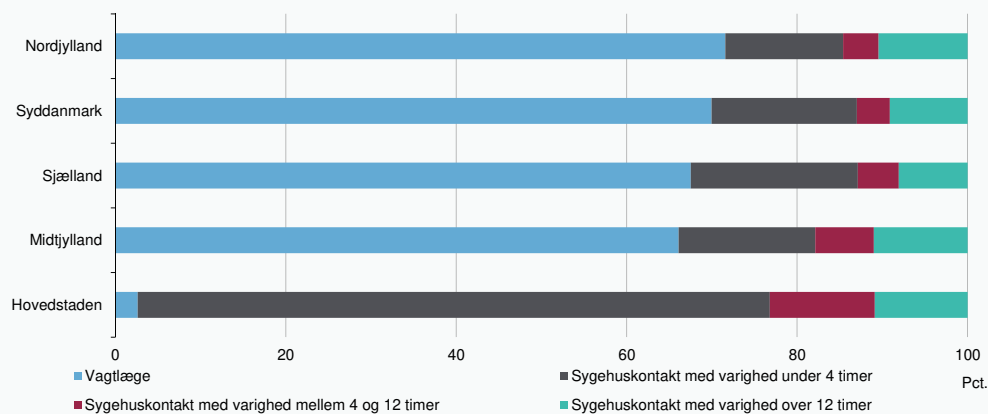
Al indgang til lægevagten foregår via telefonisk henvendelse til vagtlæge, der varetages af alment praktiserende læger, mens visitation i Region Hovedstaden foretages af personalet ved Akuttelefonen 1813 bestående af sygeplejersker og læger. Visitation i Region Hovedstaden sker på baggrund af et konkret beslutningsværkstøj.

Forskelle i organisering af det regionale sundhedsvæsen indebærer, at der er forskelle på, hvor specialiseret form for kontakt børnene har med det regionale sundhedsvæsen, dvs. om de primært er i kontakt med en alment praktiserende læge udenfor dagtiden, eller om de har en mere specialiseret form for kontakt til sygehuset. Dette afspejles bl.a. i forskelle i kontakttypen og varigheden af kontakten på tværs af regionerne, jf. figur 3.1.

<sup>2</sup> Se bl.a. Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelse: Sundhedsstyrelsen 2017 og Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Etrup L, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme: Sundhedsstyrelsen 2015.

Figur 3.1

**Akutte kontakter blandt 0-2-årige børn fordelt efter kontakttypen på tværs af regioner, 2017**



Anm.: Akutte kontakter er defineret som fysiske kontakter til vagtlæge og akutte sygehuskontakter. Såfremt vagtlægekonsultationen og sygehuskontakten er foretaget på samme dag, tæller de som en enkeltstående kontakt. To eller flere sygehuskontakter med 4 timers mellemrum eller derunder tæller også som en enkeltstående kontakt. Antal sygehuskontakter kan være påvirket af implementeringen af it-systemet sundhedsplatform i Region Hovedstaden og Region Sjælland, der skete i perioden fra maj 2016 til november 2017. Akutte kontakter er opgjort efter børnenes bopælsregion. Nogle af børnene med bopæl i Region Hovedstaden har i løbet af 2017 haft vagtlægekonsultationer, hvilket kan skyldes, at disse børn havde haft behov for akut lægehjælp i forbindelse med ophold i de fire øvrige regioner.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

I Region Hovedstaden er langt hovedparten af børnenes akutte sygehuskontakter kortvarige. 7 ud af 10 af de akutte sygehuskontakter varer under 4 timer. Varighed af vagtlægekonsultationerne kan ikke på samme måde tidsmæssigt afgrænses som sygehuskontakterne, men de er generelt karakteriseret som kortvarige kontakter. I alle fem regioner er det omkring hver tiende af de akutte sygehuskontakter, der varer mere end 12 timer.

**Akutte sygehuskontakter på tværs af sygehuse**

Forskelle i organisering af det regionale sundhedsvæsen har også betydning for, hvor mange småbørn modtager akut behandling på de forskellige sygehuse, jf. tabel 3.1.

Tabel 3.1

## Antal 0-2-årige børn med akutte sygehuskontakter og antal akutte kontakter fordelt på sygehuse, 2017

Region	Sygehus	Antal børn	Antal akutte kontakter
Region Hovedstaden	Amager og Hvidovre Hospital	10.710	18.050
Region Hovedstaden	Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	4.860	7.840
Region Hovedstaden	Bornholms Hospital	520	940
Region Hovedstaden	Herlev og Gentofte Hospital	6.320	12.500
Region Hovedstaden	Hospitalerne i Nordsjælland	4.600	9.010
Region Hovedstaden	Rigshospitalet	1.580	4.400
Region Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	3.530	4.990
Region Midtjylland	Hospitalsenhed Midt	1.520	2.170
Region Midtjylland	Hospitalsenheden Vest	1.790	2.640
Region Midtjylland	Regionshospitalet Horsens	210	290
Region Midtjylland	Regionshospitalet Randers	1.140	1.780
Region Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	2.370	3.340
Region Nordjylland	Regionshospital Nordjylland	740	1.160
Region Sjælland	Holbæk Sygehus	1.320	1.950
Region Sjælland	Nykøbing F. Sygehus	880	1.330
Region Sjælland	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	1.800	2.830
Region Sjælland	Sjællands Universitetshospital	1.710	2.750
Region Syddanmark	Kolding Sygehus	1.380	1.720
Region Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital	3.470	5.000
Region Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus	1.600	2.420
Region Syddanmark	Sygehus Sønderjylland	1.440	2.270
Region Syddanmark	Vejle Sygehus	300	440

Anm.: To eller flere sygehuskontakter med 4 timers mellemrum eller derunder tæller også som en enkeltstående kontakt. Antal sygehuskontakter kan være påvirket af implementeringen af it-systemet sundhedsplatform i Region Hovedstaden og Region Sjælland, der skete i perioden fra maj 2016 til november 2017.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Forskelle mellem sygehuse afspejler flere forskellige faktorer, herunder om regionen har en vagtlægeordning, den konkrete visitationspraksis og forskelle i størrelse og specialiseringsgrad af sygehuset. Det indebærer, at der på tværs af syghusene også er store forskelle i den akutte kontakts varighed, jf. tabel 3.2. Forskelle i den akutte kontakts varighed kan også skyldes forskelle i praksis og serviceniveau på de enkelte sygehuse. Det er dog generelt meget vanskeligt at adskille de forskellige årsager fra hinanden.



Tabel 3.2

## Den akutte sygehuskontaktens varighed blandt 0-2-årige børn fordelt på sygehuse, 2017 (pct.)

Region	Sygehus	Under 4 timer	Mellem 4 og 12 timer	Over 12 timer
Hovedstaden	Amager og Hvidovre Hospital	82,0	9,3	8,8
Hovedstaden	Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	96,7	2,3	1,0
Hovedstaden	Bornholms Hospital	81,5	8,6	9,9
Hovedstaden	Herlev og Gentofte Hospital	66,2	20,9	12,8
Hovedstaden	Hospitalerne i Nordsjælland	71,3	11,5	17,2
Hovedstaden	Rigshospitalet	53,5	24,7	21,7
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	51,6	19,9	28,4
Midtjylland	Hospitalsenhed Midt	38,8	23,3	37,9
Midtjylland	Hospitalsenheden Vest	46,6	21,1	32,4
Midtjylland	Regionshospitalet Horsens	68,5	12,5	19,0
Midtjylland	Regionshospitalet Randers	38,1	20,2	41,7
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	53,6	15,8	30,7
Nordjylland	Regionshospital Nordjylland	35,2	12,4	52,4
Sjælland	Holbæk Sygehus	58,1	15,5	26,4
Sjælland	Nykøbing F. Sygehus	60,4	9,9	29,7
Sjælland	Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	63,8	14,6	21,6
Sjælland	Sjællands Universitetshospital	56,9	17,9	25,3
Syddanmark	Kolding Sygehus	36,3	7,8	55,9
Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital	58,9	15,4	25,8
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus	47,8	15,4	36,9
Syddanmark	Sygehus Sønderjylland	69,1	9,5	21,4
Syddanmark	Vejle Sygehus	91,6	4,6	3,9

Anm.: To eller flere sygehuskontakter med 4 timers mellemrum eller derunder tæller også som en enkeltstående kontakt. Antal sygehuskontakter kan være påvirket af implementeringen af it-systemet sundhedsplatform i Region Hovedstaden og Region Sjælland, der skete i perioden fra maj 2016 til november 2017.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

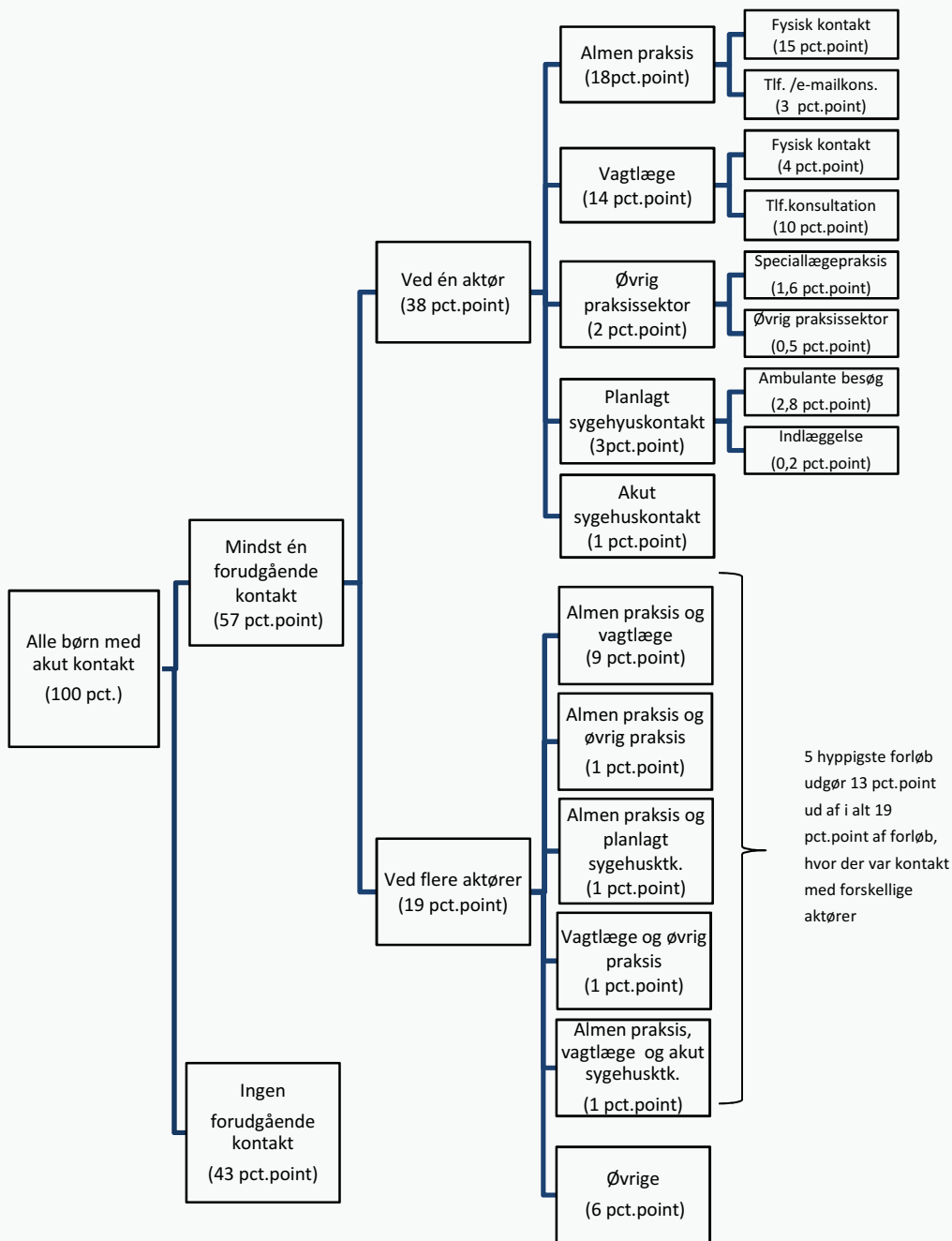
## 4 Forløbet før den akutte kontakt

I analysens hovedrapport er børnenes forløb i sundhedssystemet nærmere afdækket med opgørelser over, hvilke andre aktører der har været i kontakt med barnet i løbet af perioden omkring den akutte kontakt og dermed har haft mulighed for at forebygge nogle af de unødige akutte kontakter. I de fire regioner med vagtlægeordning er forløbet i ugen op til den akutte kontakt skitseret i en mere detaljeret form i boks 4.1, og tilsvarende er forløbet for børn med bopæl i Region Hovedstaden skitseret i boks 4.2.

Forløbet er skitseret via gensidigt udelukkende kategorier. Fx kan det aflæses af boks 4.1, at i 57 pct. af tilfældene har børnene haft mindst én anden kontakt forud for den akutte kontakt. Dette tal fordeler sig på, at der i 38 pct. af tilfældene har børnene kun været i kontakt med en enkel aktør, og i 19 pct. af tilfældene har børnene været i kontakt med mere end en aktør. Kontakterne er dekomponeret yderligere, så der vises, hvilken aktører der havde været inde over forløbet, og hvilken type kontakt har der været tale om (fysisk kontakt, eller kontakt over telefon eller e-mail).

## Boks 4.1

### Fordelingen af børn efter deres kontakter til sundhedsvæsenet i ugen op den akutte kontakt i de fire regioner med vagtlægeordningen

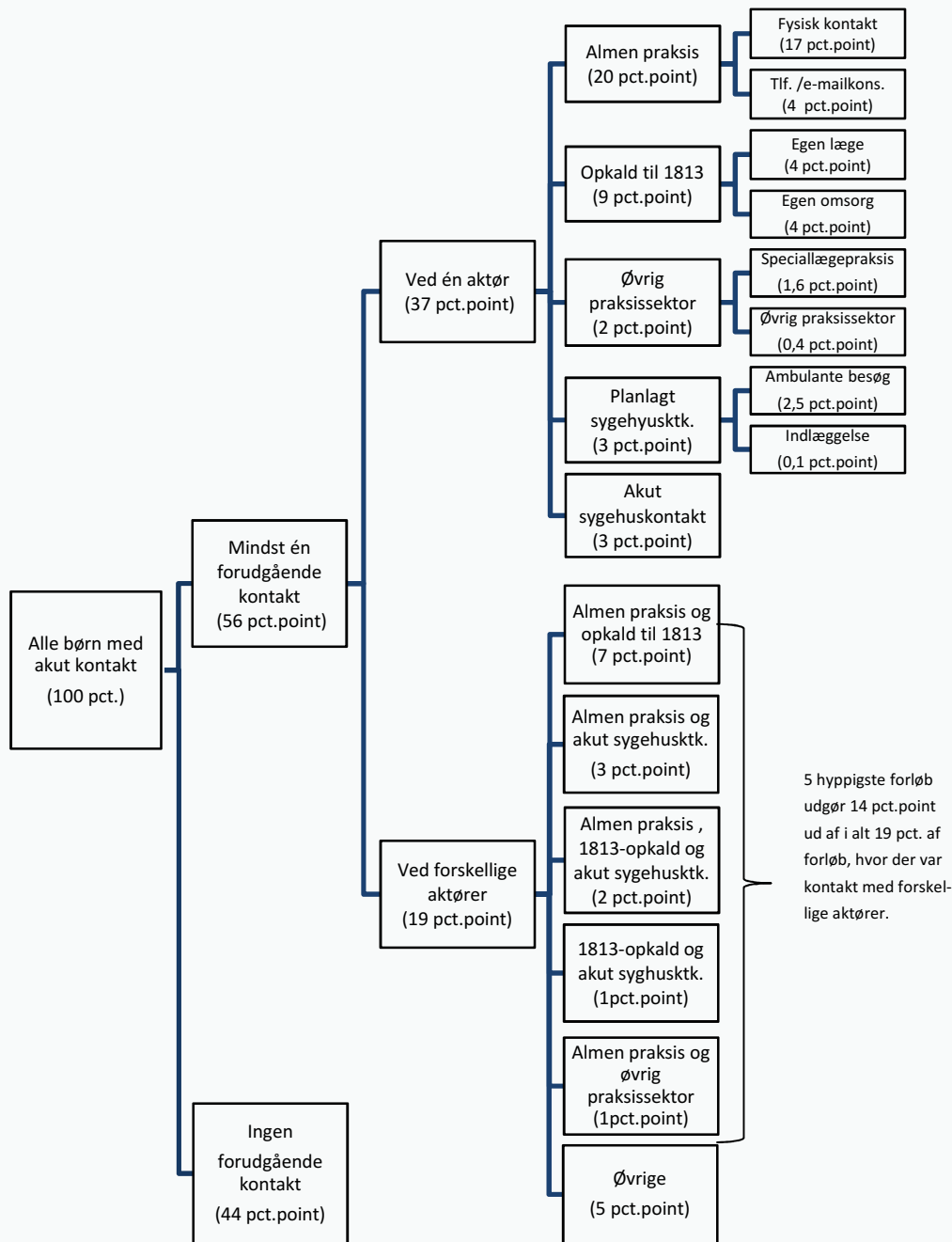


Anm.: I denne opgørelse er kun telefoniske kontakter, der endte uden visitation til besøg, konsultation eller fysisk kontakt til sygehuset medtaget. Telefonopkald der endte med en visitation er en del af den fysiske kontakt. Det skal bemærkes, at grundet mangel på data er eventuelle telefonopkald til sygehuse og øvrige akuttelefoner ikke medtaget i denne opgørelse. I det tilfælde, hvor børnene både havde en fysisk kontakt og en telefon- eller e-mailkonsultation er det valgt at lade den fysiske kontakt som værende dominerende i ovenstående opgørelse. Det gælder for kontakter til vagtlægen og almen praksis (dagstid).

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## Boks 4.2

### Fordelingen af børn efter deres kontakter til sundhedsvæsenet i ugen op den akutte kontakt i Region Hovedstaden



Anm.: I denne opgørelse er kun telefoniske kontakter, der endte uden visitation til besøg, konsultation eller fysisk kontakt til sygehuset medtaget. Telefonopkald der endte med en visitation er en del af den fysiske kontakt. Det skal bemærkes, at grundet mangel på data er eventuelle telefonopkald til sygehuse og øvrige akuttelefoner ikke medtaget i denne opgørelse. I det tilfælde, at børnene både havde en fysisk kontakt og en telefon- eller e-mailkonsultation til almen praksis er det valgt at lade den fysiske kontakt som værende dominerende i ovenstående opgørelse. I det tilfælde, at der var tale om mere end 1 opkald til akuttelefonen 1813 i ugen op til den akutte kontakt med forskellige visitationer, er det i denne opgørelse valgt at lade visitation til egen læge være dominerende over egen omsorg.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 5 Metode til benchmarking

For at tage højde for regionernes, kommunernes og praktiserende lægers forskellige ramvilkår, estimeres antallet af akutte kontakter til sundhedssystemet ved hjælp af en negativ binomial regressionsmodel. Den negative binomiale model er valgt, da den afhængige variabel *antal kontakter* for et givent barn kan udtrykkes som en "tællevariabel", med et udfaldssum bestående af alle ikke-negative heltal. Da akutte kontakter er en forholdsvis sjælden begivenhed, er fordelingen af antallet af akutte kontakter venstreskæv, med overrepræsentation af observationer med nul og få antal kontakter. Denne type af udfald antages traditionelt at være poissonfordelt.

En af betingelserne ved poissonmodellen er, at middelværdien i poissonfordelingen antages at være lig variansen. Denne antagelse er ikke opfyldt for akutte kontakter blandt småbørnene på grund af *overspredning* i data, dvs. variansen er større end middelværdien. I analysen er der derfor anvendt negativ binomialmodel, som tillader overspredning i data.

Der er forskel på hvor mange dage i året de enkelte børn har været i live og haft bopæl i landet. Dette kan betragtes som forskelle i, hvor meget børnene har været eksponeret for risikoen for at have akutte kontakter. Et barn, der er blevet født i slutningen af 2017, har, alt andet lige, mindre risiko for at have mange akutte kontakter, sammenlignet med et barn der er blevet født før 1. januar 2017 og som har haft bopæl i Danmark i hele 2017. Via modellen kan der tages hensyn til forskelle i eksponeringstiden igennem en såkaldt offsetvariabel, der defineres som den naturlige algoritme af eksponeringstiden.

I den negative binomialmodel estimeres under hensyn til barnets eksponeringstid sammenhængen mellem en række sundhedsrelaterede, socioøkonomiske, sygdomsmæssige og demografiske forhold ved barnet og dets forældre og familie, samt lokale udbudsforhold som afstand til praktiserende læge og antallet af akutte kontakter for barnet.

### **Opmærksomhedspunkter ved benchmarking**

Benchmarkingindikatoren er et estimeret tal, som er behæftet med en vis statistisk usikkerhed og generelt er det sådan, at usikkerheden på benchmarkingindikatorer stiger ved estimationer baseret på få observationer. Af den årsag illustreres resultaterne for kommunernes benchmarkingindikator inddelt i kvintiler, således at der kun skelnes mellem de kommuner, der ligger i den bedste femtedel, næstbedste femtedel, midterste femtedel, næst dårligste femtedel og dårligste femtedel. Ligeledes nævnes resultater ikke for de enkelte almen praksis – men der ses på de 5 pct. af almen praksis, der klarer sig henholdsvis godt og dårligt under et.

I benchmarkinganalysen analyseres der på forskellene mellem henholdsvis regionerne, kommunerne, almen praksis, og en benchmarkinganalyse er således en relativ øvelse. Det betyder, at en benchmarkinganalyse ikke kan bruges til at konkludere noget om det generelle niveau. De enkelte aktører kan i princippet alle klare sig godt eller skidt ud fra en faglig standard.

Mekanikken ved en regressionsmodel gør desuden, at man ikke kan konkludere noget om størrelsen på akutte kontakter pr. 1.000 børn. Man kan således ikke konkludere, at de kommuner, der klarer sig godt i benchmarkinganalyserne, ikke potentielt kan sænke deres antal yderligere. Det anbefales derfor, at alle regioner, kommuner og praktiserende læger forholder sig til tallene i denne analyse med henblik på at overveje, om antallet af akutte kontakter blandt småbørnene kan nedbringes.

## 6 Estimationsresultater

I benchmarkinganalysen tages der højde for, at regionerne, kommunerne og almen praksis opererer under forskellige rammevilkår. Et rammevilkår beskriver en faktor, der kan påvirke antallet af akutte kontakter, som hver af de tre aktører ikke kan påvirke på kort eller mellemlang sigt. Det kan eksempelvis dreje sig om forældrenes socioøkonomi og barnets fødselsforløb. I tabel 6.1. ses alle de faktorer, som der er blevet kontrolleret for i denne analyse med de tilhørende estimationsresultater for antallet af akutte kontakter blandt småbørnene. Parameterestimerne er statistisk robuste på baggrund af 2014 data.

Ved hjælp af den negative binomiale model er der beregnet marginale effekter af de enkelte faktorer. Den marginale effekt er beregnet ved den såkaldte *Incident Rate Ratio (IRR)*, som angiver den procentvise forskel i det forventede antal af akutte kontakter mellem kategorier, når alle andre forhold holdes lige. Fx kan en marginal effekt på 16 pct. for drenge tolkes som, at det forventede antal akutte kontakter er 16 pct. højere blandt drenge end blandt piger, når alle andre faktorer holdes konstante.

Tabel 6.1

Parameterestimer og marginale effekter udtrykt ved incident rate ratio, IRR, akutte kontakter blandt 0-2-årige børn, 2017

Variabel	Parameterestimat (standardfejl)	IRR, pct.
<b>Køn (reference: Pige)</b>		
Dreng	0,152*** (0,007)	16
<b>Boligtype (reference: Ejerbolig)</b>		
Almennyttig lejebolig	0,050*** (0,012)	5
Andelsbolig	0,028* (0,016)	3
Anden lejebolig	0,024** (0,010)	2
Andet, herunder uoplyst	0,041** (0,017)	4
<b>Enlig forsørger (reference: Nej)</b>		
Ja	0,075*** (0,013)	8
<b>Bedstemor med bopæl i landet (reference: Nej)</b>		
Ja	0,165*** (0,019)	18
<b>Bedstefar med bopæl i landet (reference: Nej)</b>		
Ja	0,101*** (0,016)	11
<b>Bil i hustanden (reference: Nej)</b>		
Ja	0,057*** (0,009)	6
<b>Barnet følger helbredsundersøgelse og vaccinationsprogrammet hos praktiserende læge (reference: ja)</b>		
Nej	-0,068** (0,024)	-7
Uoplyst/ikke relevant	-0,122*** (0,037)	-11
<b>Alder og daginstitutionsbenyttelse (reference: Under ½ år gammel)</b>		
Mellem ½-1 år gammel og går i en daginstitution	0,673*** (0,018)	96
Mellem 1 og 2 år gammel og går i en daginstitution	0,756*** (0,014)	113
Over 2 år gammel og går i en daginstitution	0,388*** (0,015)	47
Mellem ½-1 år gammel og går ikke i en daginstitution	0,404*** (0,016)	50
Mellem 1 og 2 år gammel og går ikke i en daginstitution	0,611*** (0,018)	84
Over 2 år gammel og går ikke i en daginstitution	0,314*** (0,021)	37
<b>Søskendeposition (reference: ikke første barn)</b>		
Første barn	0,046*** (0,009)	5
<b>Apgarscore (reference: 7 eller derunder)</b>		
Over 7	-0,031** (0,013)	-3
Uoplyst/ikke relevant	-0,015 (0,039)	-1

<b>Graviditetskomplikationer (reference: Nej)</b>			
Ja	0,037***	(0,011)	4
<b>Fødsel (reference: Normal uden komplikationer)</b>			
Akut kejsersnit	-0,000	(0,011)	0
Planlagt kejsersnit (efter moderens ønske)	0,150***	(0,024)	16
Planlagt kejsersnit (øvrige årsager)	0,023	(0,015)	2
<b>Misdannelse (reference: Nej)</b>			
Ja	0,227***	(0,012)	25
<b>Hjemmefødsel (reference: Nej)</b>			
Ja	-0,190***	(0,044)	-17
<b>Mor havde medicinske sygdomme ved fødslen (reference: Nej)</b>			
Ja	0,033**	(0,015)	3
<b>Mor røg ved fødslen (reference: Nej)</b>			
Ryger	0,111***	(0,013)	12
Ukendt	0,052**	(0,021)	5
<b>Indlæggelsestid ved fødslen (reference: 1 dag)</b>			
2-3 dage	0,066***	(0,009)	7
4-6 dage	0,136***	(0,013)	15
7 dage eller mere	0,221***	(0,015)	25
<b>Morens BMI ved fødslen (reference: Normalvægtig)</b>			
Undervægtig	-0,024	(0,017)	-2
Overvægtig	0,047***	(0,009)	5
Svært overvægtig	0,078***	(0,011)	8
Uoplyst	0,093***	(0,024)	10
<b>Anbringelser eller forebyggende foranstaltninger i familien (reference: Nej)</b>			
Ja	0,067***	(0,012)	7
<b>Oprindelse (reference: Begge forældre har dansk oprindelse)</b>			
Begge forældre anden oprindelse	0,306***	(0,015)	36
Én forælder dansk, én anden oprindelse	0,009	(0,013)	1
<b>Forældre i beskæftigelse eller i gang med uddannelse (reference: Begge forældre uden arbejde)</b>			
Begge forældre i arbejde	0,123***	(0,017)	13
Én forælder i arbejde, én uden arbejde	0,098***	(0,016)	10
<b>Morens alder (reference: Over 40 år gammel)</b>			
Op til 20 år	0,225***	(0,045)	25
21-25 år	0,231***	(0,023)	26
26-30 år	0,156***	(0,020)	17
31-40 år	0,063***	(0,018)	6
Uoplyst	0,255***	(0,080)	29
<b>Farens alder (reference: Over 40 år gammel)</b>			
Op til 20 år	0,149*	(0,080)	16
21-25 år	0,128***	(0,020)	14
26-30 år	0,085***	(0,014)	9
31-40 år	0,036***	(0,011)	4
Uoplyst	0,105***	(0,034)	11
<b>Morens uddannelsesniveau (reference: Lange videregående uddannelser og ph.d.)</b>			
Ingen uddannelse/grundskole	0,202***	(0,016)	22
Gymnasiale og erhvervsfaglige uddannelser	0,144***	(0,013)	15
Korte videregående uddannelser	0,042**	(0,018)	4
Mellemlange videregående uddannelser	0,074***	(0,012)	8
Uoplyst	0,066***	(0,026)	7
<b>Farens uddannelsesniveau (reference: Lange videregående uddannelser og ph.d.)</b>			
Ingen uddannelse/grundskole	0,142***	(0,014)	15
Gymnasiale og erhvervsfaglige uddannelser	0,117***	(0,012)	12
Korte videregående uddannelser	0,048***	(0,017)	5
Mellemlange videregående uddannelser	0,042***	(0,013)	4

Uopyst	0,058** (0,025)	6
<b>Morens akutte kontakter (reference: Ingen)</b>		
Op til tre	0,321*** (0,008)	38
Mere end tre	0,715*** (0,023)	104
<b>Farens akutte kontakter (reference: Ingen)</b>		
Op til tre	0,215*** (0,008)	24
Mere end tre	0,432*** (0,029)	54
<b>Morens fysiske kontakter til almen praksis (reference: Ingen)</b>		
Op til fem	0,117*** (0,016)	12
6-10	0,182*** (0,018)	20
Mere end 10	0,286*** (0,020)	33
<b>Morens telefon- og e-mailkonsultationer til almen praksis (reference: Ingen)</b>		
Op til fem	0,083*** (0,011)	9
6-10	0,183*** (0,014)	20
Mere end 10	0,242*** (0,017)	27
<b>Farens fysiske kontakter til almen praksis (reference: Ingen)</b>		
Op til fem	0,087*** (0,009)	9
6-10	0,121*** (0,016)	13
Mere end 10	0,151*** (0,030)	16
<b>Farens telefon- og e-mailkonsultationer til almen praksis (reference: Ingen)</b>		
Op til fem	0,045*** (0,008)	5
6-10	0,084*** (0,018)	9
Mere end 10	0,045 (0,033)	5
<b>Morens kontakter til praktiserende speciallæge (reference: Nej)</b>		
Ja	0,073*** (0,008)	8
<b>Farens kontakter til praktiserende speciallæge (reference: Nej)</b>		
Ja	0,037*** (0,009)	4
<b>Morens kontakter til øvrig praksissektor (reference: Nej)</b>		
Ja	0,063*** (0,009)	6
<b>Farens kontakter til øvrig praksissektor (reference: Nej)</b>		
Ja	0,035*** (0,010)	4
<b>Moren har psykiske sygdomme (reference: Ja)</b>		
Nej	0,081*** (0,014)	8
<b>Faren har psykiske sygdomme (reference: Ja)</b>		
Nej	0,025 (0,018)	3
<b>Moren har alvorlige fysiske sygdomme (reference: Ja)</b>		
Nej	0,106*** (0,013)	11
<b>Faren har alvorlige fysiske sygdomme (reference: Ja)</b>		
Nej	-0,005 (0,015)	0
<b>Mor dømt efter straffeloven (reference: Nej)</b>		
Ja	0,065** (0,027)	7
<b>Far dømt efter straffeloven (reference: Nej)</b>		
Ja	0,007 (0,016)	1
<b>Afstand til vagtlæge/sygehus (reference: Under 5 km)</b>		
5-10 km	-0,048*** (0,010)	-5
10-15 km	-0,076*** (0,012)	-7
15-20 km	-0,106*** (0,014)	-10
20 km eller mere	-0,126*** (0,014)	-12
<b>Afstand til praktiserende læge (reference: Under 5 km)</b>		
5-10 km	0,037*** (0,009)	4
10-15 km	0,060*** (0,015)	6
15-20 km	0,084*** (0,026)	9
20 km eller mere	0,118*** (0,029)	13
<b>Andel 0-2-årige børn (reference: 4. kvartil - den fjerdedel af almen praksis med højeste andel)</b>		
1.kvartil - fjerdedel af AP med laveste andel	0,017 (0,021)	2

2.kvartil	0,030*	(0,016)	3
3.kvartil	0,030**	(0,014)	3
<b>Andel med psykisk sygdom (reference: 4. kvartil - den fjerdel af almen praksis med højeste andel)</b>			
1.kvartil - fjerdel af AP med laveste andel	-0,076***	(0,017)	-7
2.kvartil	-0,046***	(0,015)	-5
3.kvartil	-0,045***	(0,014)	-4
<b>Andel ældre over 80 år (reference: 4. kvartil - den fjerdel af almen praksis med højeste andel)</b>			
1.kvartil - fjerdel af AP med laveste andel	0,055***	(0,022)	6
2.kvartil	0,076***	(0,019)	8
3.kvartil	0,016	(0,018)	2
<b>Andel voksne udenfor arbejdsmarkedet (reference: 4. kvartil - den fjerdel af almen praksis med højeste andel)</b>			
1.kvartil - fjerdel af AP med laveste andel	-0,067***	(0,018)	-6
2.kvartil	-0,051***	(0,017)	-5
3.kvartil	-0,035**	(0,016)	-3
<b>Andel patienter med sygelighed i praksis (reference: 4. kvartil - den fjerdel af almen praksis med højeste andel)</b>			
1.kvartil - fjerdel af AP med laveste andel	-0,146***	(0,022)	-14
2.kvartil	-0,078***	(0,019)	-8
3.kvartil	-0,033*	(0,018)	-3
<b>Antal patienter pr. lægekapacitet (reference: Under 1.200 patienter pr. læge)</b>			
Mellem 1.200 og 1.600 patienter pr. læge	0,024	(0,026)	2
Mellem 1.600 og 2.000 patienter pr. læge	0,070**	(0,026)	7
Over 2.000 patienter pr. læge	0,054*	(0,028)	6
<b>Praksistype (reference: Kompagniskab)</b>			
Delepraksis	-0,037**	(0,017)	-4
Enkeltmand	-0,019*	(0,011)	-2
Regions- og udbudsklinik	0,049	(0,048)	5
<b>Almen praktiserende læges anciennitet (reference: over 10 år)</b>			
Under 10 års erfaring	0,027***	(0,010)	3

Anm.: \*p<0,1, \*\* p< 0,05, \*\*\* p<0,01. Eksponeringstid som offsetvariabel. Klyngrobuste standardfejl, hvor de enkelte almen praksis er brugt som klynger.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## Diskussion af rammevilkår

I den ovenstående tabel 6.1 ses en lang række forhold, som der er taget højde for igennem regressionsmodellen. Der er så vidt muligt forsøgt at tage højde for alle relevante rammevilkår, men der kan være andre forhold, udover de variable der medtages i analyserne, som er relevante at tage højde for, men som ikke har været muligt at inddrage. Det er blandt andet en række uobserverbare faktorer om barnet og forældrene, som eksempelvis barnets sygelighed og forældrenes adfærd som følge af nervøsitet, usikkerhed eller travthed og netværk. Sådanne forhold er altid vanskelige at finde gode mål for i registerdata. Som proxy for disse uobserverbare faktorer er der blandt andet inkluderet forhold omkring barnets fødsel, forældrenes sygelighed samt forældrenes brug af sundhedsvæsenet.

Et andet mål man typisk inkluderer i analyserne med henblik på at kontrollere for populationens sygelighed er kontakter til sundhedsvæsenet. Denne analyse viste, at mange af børnene har kontakter til blandt andet almen praksis i perioden omkring den akutte kontakt. Derfor skal man være påpasselig med at inkludere kontakter til det øvrige sundhedsvæsen, da i nogle tilfælde kan disse være med til at drive de akutte kontakter, mens det andre tilfælde kan være omvendt. I mange analyser vil man typisk inkludere kontakterne fra året før – men dette er i sagens natur ikke muligt for de 0-årige og mange af de 1-årige børn, der er med i denne analyse. Derfor er forældrenes egne kontakter inkluderet, som siger både noget om sygelighed i familien, men også hvordan forældrene bruger sundhedssystemet. Disse har også vist sig have en stor betydning for risikoen for barnets akutte kontakter.



Både regioner, kommuner og almen praksis har mulighed for at forebygge akutte kontakter blandt småbørnene. Når den ene af de tre aktører benchmarkes, kan det være relevant at kontrollere for praksis, som de to aktører kan påvirke. Det kunne fx være sundhedsplejeindsatsen, eller tilgængelighed af barnets praktiserende læge (forgæves opkald, ventetid) og andre faktorer. Men igen er der tale om oplysninger, som der ikke umiddelbart findes gode data for. I forbindelse med benchmarking af regioner og kommuner har det været muligt at kontrollere for enkelte variable omkring almen praksis organisering, men som er ekskluderet af modellen i forbindelse med benchmarking af almen praksis. Det er bl.a. forhold omkring praksistype, om barnet følger vaccinationsprogrammet og kommer til helbredsundersøgelserne og antallet af patienter pr. læge, der anses som faktorer de pågældende praksis selv kan påvirke, mens kommuner og regioner ikke har mulighed for at påvirke, i hvert fald ikke på kort sigt.

## 7 Sammenhænge mellem benchmarkingindikatoren og kommunal sundhedspleje

I analysen er der set på en række bivariate sammenhænge mellem benchmarkingindikatoren og en række faktorer omkring sundhedsplejetilbud. I tabel 7.1 fremgår sammenhænge mellem benchmarkingindikatoren og alle de faktorer vedrørende sundhedsplejen, som der har været mulige at tilvejebringe i denne analyse.

Der er generelt variationer over, hvor mange kommuner, det har været muligt at indsamle data for på tværs af de forskellige indsatsområder. Antallet af kommuner varierer derfor fra indsatsområdet til indsatsområdet.

↑ angiver, at disse kommuner i gennemsnit klarer sig bedre end forventet (ændring mellem det faktiske og forventede niveau er <-1 pct.), ↓ angiver, at disse kommuner i gennemsnit klarer sig dårligere end forventet (ændring mellem det faktiske og forventede niveau er >1 pct.), → angiver, at disse kommuner i gennemsnit har omtrent samme antal akutte kontakter pr. 1.000 børn som forventet (<±1 pct. ændring mellem det faktiske og forventede niveau).

**Tabel 7.1**

### Sammenhæng mellem benchmarkingindikatoren og en række nøgletal vedr. sundhedsplejeilbud

	Hvordan klarer kommunerne sig?	Antal kommuner
<b>1. Organisering af sundhedsplejen</b>		
<b>Kommunalt udvalg</b>		
Social- og sundhed	→	25
Andet: børn og unge, børn og familie, skole og uddannelse	→	51
<b>2. Tilbud til gravide og kommende forældre</b>		
<b>Fødsels- og forældreforberedelse</b>		
Nej - Fødsels- og forældreforberedelse	↑	34
Ja - Fødsels- og forældreforberedelse	→	40
<b>Graviditetsbesøg</b>		
Ingen tilbud om graviditetsbesøg	↑	4

Til alle	→	13
Til alle førstegangsfødende	↓	5
Udelukkende efter behov	→	52
<b>Problemer med kendskab til gravide</b>		
Nej, Problemer med kendskab til gravide	↓	31
Ja, Problemer med kendskab til gravide	↑	43
<b>3. Tilbud til alle familier med småbørn</b>		
<b>Tilbud om barselsbesøg efter tidlig udskrivning</b>		
Nej/ubesvaret	↓	5
Ja, inkl. weekender og helligdage	→	38
Ja, kun hverdage	→	33
<b>Hjemmebesøg, der tilbydes alle familier med førstefødte barn</b>		
Antal besøg i barnets første leveår:		
- Under 5 besøg	↓	24
- 5 besøg	↑	54
- Mere end 5 besøg	→	20
Tilbyder hjemmebesøg efter barnets første leveår	→	26
<b>Hjemmebesøg, der tilbydes alle familier med efterfølgende barn</b>		
Antal besøg i barnets første leveår:		
- Under 5 besøg	→	39
- 5 besøg	↑	40
- Mere end 5 besøg	↓	11
Tilbyder hjemmebesøg efter barnets første leveår	↑	22
<b>Åbent hus og konsultationer</b>		
Åbent hus - kun ved spidsbelastninger	↑	4
Konsultationer - kun ved spidsbelastninger	↑	15
Konsultationer - erstatning for standard besøg	↓	22
Åbent hus – tidsbestilling	↓	4
Åbent hus - uden tidsbestilling	↓	47
<b>4. Tilbud til sårbare familier med småbørn</b>		
<b>Behovsbesøg</b>		
1.kvartil - fjerdel af kommuner med laveste antal	→	9
2.kvartil	↑	10
3.kvartil	→	9
4.kvartil fjerdel af kommuner med højeste antal	↑	10
<b>Faste kriterier - ekstra sundhedsplejerskebesøg</b>		
Ingen faste kriterier, fagligt skøn	→	39
Faste kriterier	→	33
<b>Tværfagligt samarbejde</b>		
Nej	↓	15
Ja	↑	56
<b>Samarbejde om de sårbare familier</b>		
Samarbejder tværfagligt omkring sårbare familier ad hoc	↑	6
Formaliseret tværfagligt samarbejde	↓	22
Kombination af ad hoc og formaliseret	→	40
Ingen tværfaglige fora for sårbare familier/Ubesvaret	↓	8
<b>Tværfaglige fora om sårbare familier med repræsentanter fra:</b>		
Dagtilbuds- og skoleområdet	→	52
Socialområdet	↑	21
De praktiserende læger	↑	9
Jordemødre fra fødestuerne	↑	24
Job- og beskæftigelsesområdet	↑	4
<b>Tværfaglige kurser for medarbejdere på tværs af kommunen</b>		
Nej	↑	11
Ja	→	58

<b>Samarbejde med dagtilbud</b>		
Vi samarbejder om alle børn og familier	→	40
Vi samarbejder kun om sårbare børn og familier	→	36
<b>Fælles kriterier til at beskrive barnets sundhed og trivsel mellem</b>		
	Ja	
Nej	→	47
Andet	↓	11

Anm.: Der er variationer over, hvor mange kommuner, det har været muligt at indsamle data for, på tværs af de forskellige indsatsområder. Antallet af kommuner varierer derfor fra indsatsområdet til indsatsområdet. ↑ angiver, at disse kommuner i gennemsnit klarer sig bedre end forventet (ændring mellem det faktiske og forventede niveau er <-1 pct.), ↓ angiver, at disse kommuner i gennemsnit klarer sig dårligere end forventet (ændring mellem det faktiske og forventede niveau er >1 pct.), → angiver, at disse kommuner i gennemsnit har samme antal akutte kontakter pr. 1.000 børn som forventet (<±1 pct. ændring mellem det faktiske og forventede niveau).

Kilde: Øjeblikbilledet 2017, Center for Research on universal Child Policies (CRUNCH), Statens Institut for Folkesundhed (2017) – Afdækning af indsatser til udsatte og sårbare børn og familier i den kommunale sundhedspleje, Danmarks Statistik og egne beregninger