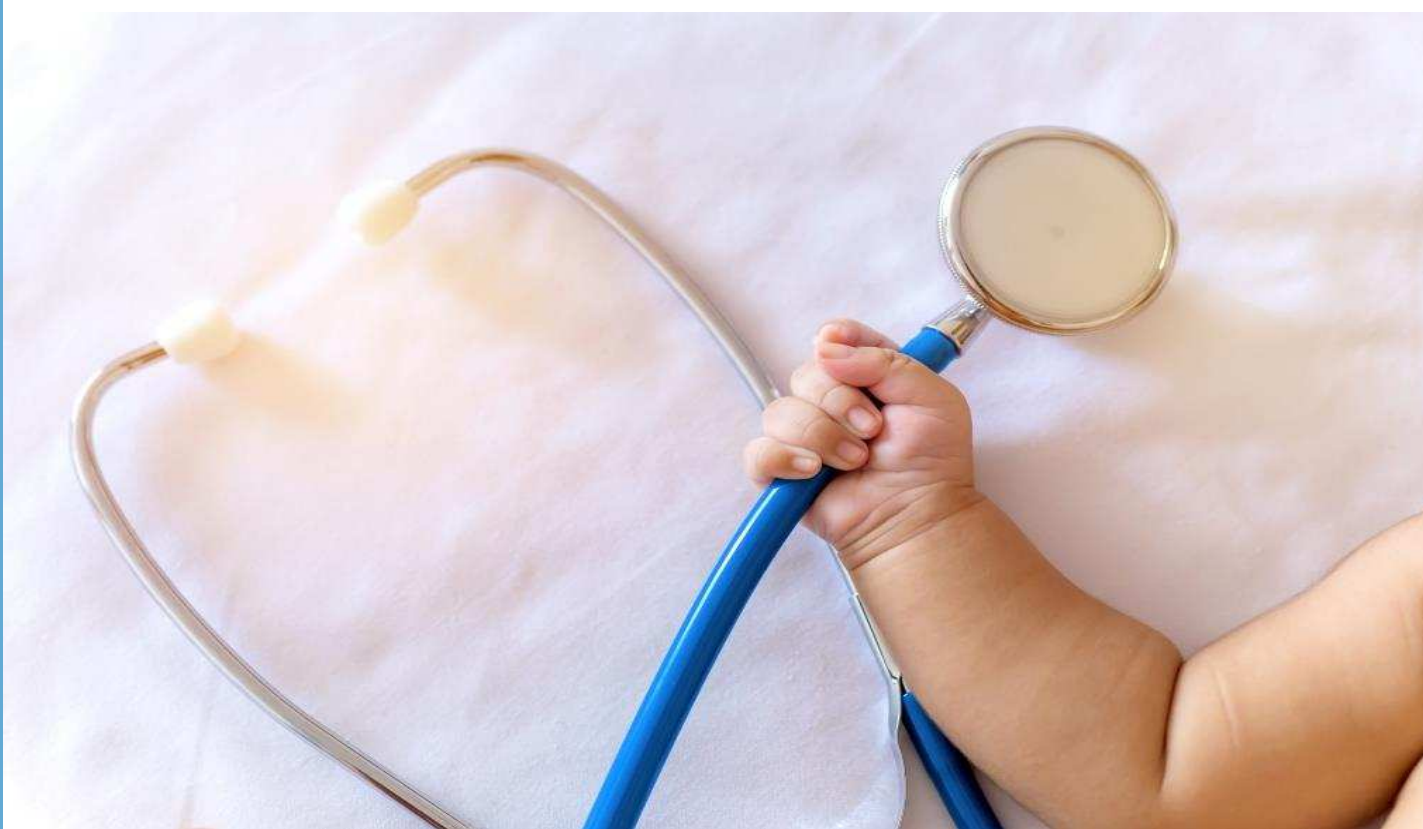


Bilag 6: Metode

Småbørnenes akutte kontakter til sundhedsvæsenet



Social- og
Indenrigsministeriets

BENCHMARKINGENHED

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:
www.simb.dk

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

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 nybagte 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 Hovedstaden¹. 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,

¹ 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-akutte telefonen 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 kontaktypen. 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 Akutte telefonen 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	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 leversyg-	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 sygdom². 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.

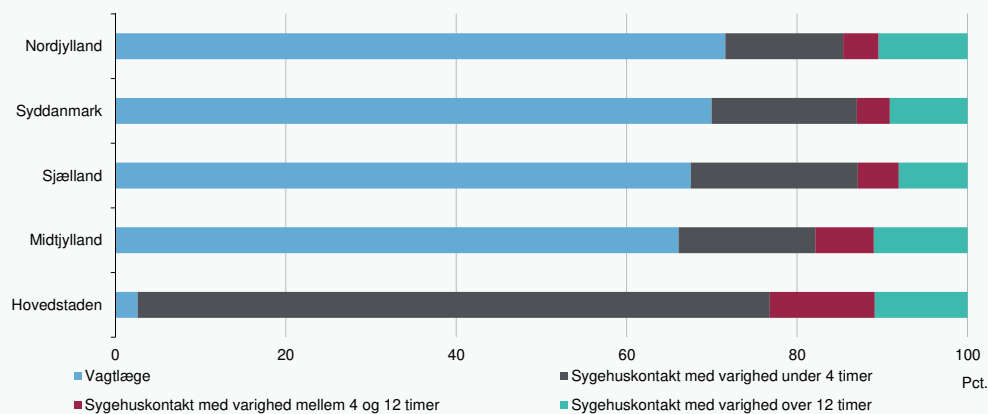
Al indgang til lægevagten foregår via telefonisk henvendelse til vagtlæge, der varetages af alment praktiserende læger, mens visitation i Region Hovedstaden foretages af personalet ved Akuttelefonen 1813 bestående af sygeplejersker og læger. Visitation i Region Hovedstaden sker på baggrund af et konkret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

² 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	Hospitallerne 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.

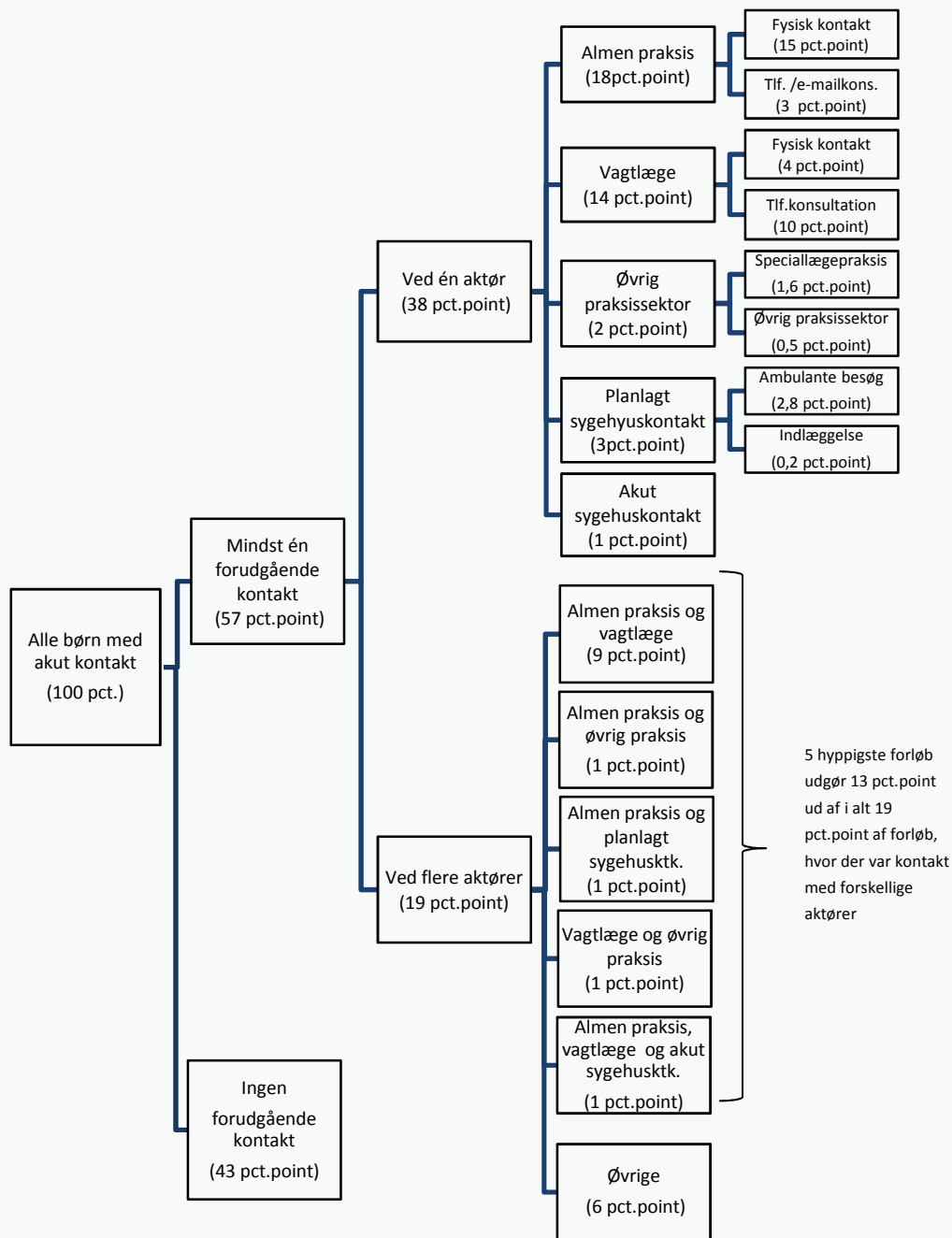
4 Forløbet før den akutte kontakt

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

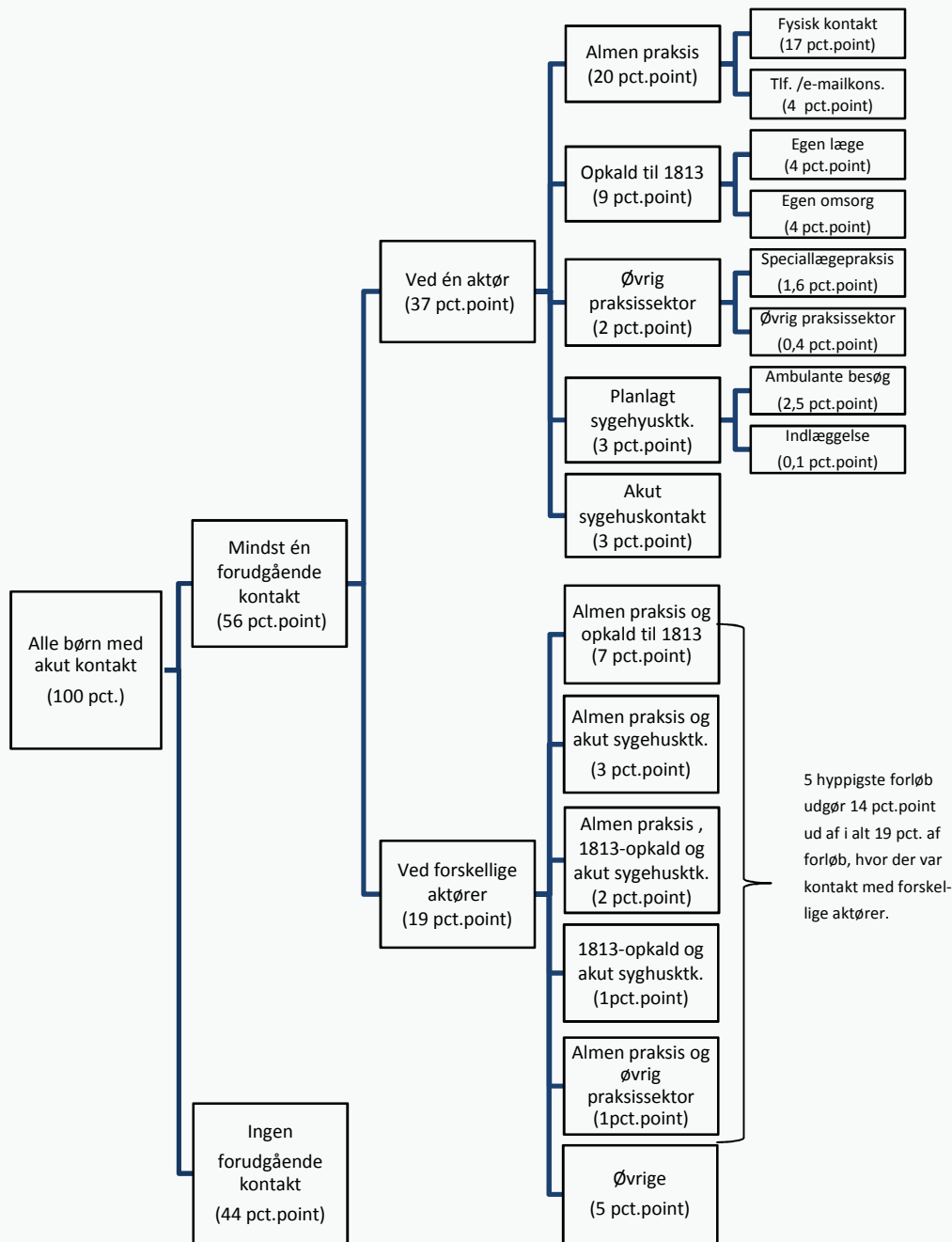


Anm.: I denne opgørelse er kun telefoniske kontakter, der endte uden visitation til besøg, konsultation eller fysisk kontakt til sygehuset medtaget. Telefonopkald der endte med en visitation er en del af den fysiske kontakt. Det skal bemærkes, at grundet mangel på data er eventuelle telefonopkald til 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 rammvilkår, 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.
Køn (reference: Pige)		
Dreng	0,152*** (0,007)	16
Boligtype (reference: Ejerbolig)		
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
Enlig forsørger (reference: Nej)		
Ja	0,075*** (0,013)	8
Bedstemor med bopæl i landet (reference: Nej)		
Ja	0,165*** (0,019)	18
Bedstefar med bopæl i landet (reference: Nej)		
Ja	0,101*** (0,016)	11
Bil i hustanden (reference: Nej)		
Ja	0,057*** (0,009)	6
Barnet følger helbredsundersøgelse og vaccinationsprogrammet hos praktiserende læge (reference: ja)		
Nej	-0,068** (0,024)	-7
Uoplyst/ikke relevant	-0,122*** (0,037)	-11
Alder og daginstitutionsbenyttelse (reference: Under ½ år gammel)		
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
Søskendeposition (reference: ikke første barn)		
Første barn	0,046*** (0,009)	5
Apgarscore (reference: 7 eller derunder)		
Over 7	-0,031** (0,013)	-3
Uoplyst/ikke relevant	-0,015 (0,039)	-1

Graviditetskomplikationer (reference: Nej)			
Ja	0,037***	(0,011)	4
Fødsel (reference: Normal uden komplikationer)			
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
Misdannelse (reference: Nej)			
Ja	0,227***	(0,012)	25
Hjemmefødsel (reference: Nej)			
Ja	-0,190***	(0,044)	-17
Mor havde medicinske sygdomme ved fødslen (reference: Nej)			
Ja	0,033**	(0,015)	3
Mor røg ved fødslen (reference: Nej)			
Ryger	0,111***	(0,013)	12
Ukendt	0,052**	(0,021)	5
Indlæggelsestid ved fødslen (reference: 1 dag)			
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
Morens BMI ved fødslen (reference: Normalvægtig)			
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
Anbringelser eller forebyggende foranstaltninger i familien (reference: Nej)			
Ja	0,067***	(0,012)	7
Oprindelse (reference: Begge forældre har dansk oprindelse)			
Begge forældre anden oprindelse	0,306***	(0,015)	36
Én forælder dansk, én anden oprindelse	0,009	(0,013)	1
Forældre i beskæftigelse eller i gang med uddannelse (reference: Begge forældre uden arbejde)			
Begge forældre i arbejde	0,123***	(0,017)	13
Én forælder i arbejde, én uden arbejde	0,098***	(0,016)	10
Morens alder (reference: Over 40 år gammel)			
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
Farens alder (reference: Over 40 år gammel)			
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
Morens uddannelsesniveau (reference: Lange videregående uddannelser og ph.d.)			
Ingen uddannelse/grundskole	0,202***	(0,016)	22
Gymnasiale og erhvervsfaglige	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
Farens uddannelsesniveau (reference: Lange videregående uddannelser og ph.d.)			
Ingen uddannelse/grundskole	0,142***	(0,014)	15
Gymnasiale og erhvervsfaglige	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
Morens akutte kontakter (reference: Ingen)		
Op til tre	0,321*** (0,008)	38
Mere end tre	0,715*** (0,023)	104
Farens akutte kontakter (reference: Ingen)		
Op til tre	0,215*** (0,008)	24
Mere end tre	0,432*** (0,029)	54
Morens fysiske kontakter til almen praksis (reference: Ingen)		
Op til fem	0,117*** (0,016)	12
6-10	0,182*** (0,018)	20
Mere end 10	0,286*** (0,020)	33
Morens telefon- og e-mailkonsultationer til almen praksis (reference: Ingen)		
Op til fem	0,083*** (0,011)	9
6-10	0,183*** (0,014)	20
Mere end 10	0,242*** (0,017)	27
Farens fysiske kontakter til almen praksis (reference: Ingen)		
Op til fem	0,087*** (0,009)	9
6-10	0,121*** (0,016)	13
Mere end 10	0,151*** (0,030)	16
Farens telefon- og e-mailkonsultationer til almen praksis (reference: Ingen)		
Op til fem	0,045*** (0,008)	5
6-10	0,084*** (0,018)	9
Mere end 10	0,045 (0,033)	5
Morens kontakter til praktiserende speciallæge (reference: Nej)		
Ja	0,073*** (0,008)	8
Farens kontakter til praktiserende speciallæge (reference: Nej)		
Ja	0,037*** (0,009)	4
Morens kontakter til øvrig praksissektor (reference: Nej)		
Ja	0,063*** (0,009)	6
Farens kontakter til øvrig praksissektor (reference: Nej)		
Ja	0,035*** (0,010)	4
Moren har psykiske sygdomme (reference: Ja)		
Nej	0,081*** (0,014)	8
Faren har psykiske sygdomme (reference: Ja)		
Nej	0,025 (0,018)	3
Moren har alvorlige fysiske sygdomme (reference: Ja)		
Nej	0,106*** (0,013)	11
Faren har alvorlige fysiske sygdomme (reference: Ja)		
Nej	-0,005 (0,015)	0
Mor dømt efter straffeloven (reference: Nej)		
Ja	0,065** (0,027)	7
Far dømt efter straffeloven (reference: Nej)		
Ja	0,007 (0,016)	1
Afstand til vagtlæge/sygehus (reference: Under 5 km)		
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
Afstand til praktiserende læge (reference: Under 5 km)		
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
Andel 0-2-årige børn (reference: 4. kvartil - den fjerdedel af almen praksis med højeste andel)		
1.kvartil - fjerdedel af AP med laveste	0,017 (0,021)	2

2.kvartil	0,030*	(0,016)	3
3.kvartil	0,030**	(0,014)	3
Andel med psykisk sygdom (reference: 4. kvartil - den fjerdel af almen praksis med højeste andel)			
1.kvartil - fjerdel af AP med laveste	-0,076***	(0,017)	-7
2.kvartil	-0,046***	(0,015)	-5
3.kvartil	-0,045***	(0,014)	-4
Andel ældre over 80 år (reference: 4. kvartil - den fjerdel af almen praksis med højeste andel)			
1.kvartil - fjerdel af AP med laveste	0,055***	(0,022)	6
2.kvartil	0,076***	(0,019)	8
3.kvartil	0,016	(0,018)	2
Andel voksne udenfor arbejdsmarkedet (reference: 4. kvartil - den fjerdel af almen praksis med højeste andel)			
1.kvartil - fjerdel af AP med laveste	-0,067***	(0,018)	-6
2.kvartil	-0,051***	(0,017)	-5
3.kvartil	-0,035**	(0,016)	-3
Andel patienter med sygelighed i praksis (reference: 4. kvartil - den fjerdel af almen praksis med højeste andel)			
1.kvartil - fjerdel af AP med laveste	-0,146***	(0,022)	-14
2.kvartil	-0,078***	(0,019)	-8
3.kvartil	-0,033*	(0,018)	-3
Antal patienter pr. lægekapacitet (reference: Under 1.200 patienter pr. læge)			
Mellem 1.200 og 1.600 patienter pr.	0,024	(0,026)	2
Mellem 1.600 og 2.000 patienter pr.	0,070**	(0,026)	7
Over 2.000 patienter pr. læge	0,054*	(0,028)	6
Praksistype (reference: Kompagniskab)			
Delepraksis	-0,037**	(0,017)	-4
Enkeltmand	-0,019*	(0,011)	-2
Regions- og udbudsklinik	0,049	(0,048)	5
Almen praktiserende læges anciennitet (reference: over 10 år)			
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
1. Organisering af sundhedsplejen		
Kommunalt udvalg		
Social- og sundhed	→	25
Andet: børn og unge, børn og familie, skole og uddannelse	→	51
2. Tilbud til gravide og kommende forældre		
Fødsels- og forældreforberedelse		
Nej - Fødsels- og forældreforberedelse	↑	34
Ja - Fødsels- og forældreforberedelse	→	40
Graviditetsbesøg		
Ingen tilbud om graviditetsbesøg	↑	4

Til alle	→	13
Til alle førstegangsfødende	↓	5
Udelukkende efter behov	→	52
Problemer med kendskab til gravide		
Nej, Problemer med kendskab til gravide	↓	31
Ja, Problemer med kendskab til gravide	↑	43
3. Tilbud til alle familier med småbørn		
Tilbud om barselsbesøg efter tidlig udskrivning		
Nej/ubesvaret	↓	5
Ja, inkl. weekender og helligdage	→	38
Ja, kun hverdage	→	33
Hjemmebesøg, der tilbydes alle familier med førstefødte barn		
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
Hjemmebesøg, der tilbydes alle familier med efterfølgende barn		
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
Åbent hus og konsultationer		
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
4. Tilbud til sårbare familier med småbørn		
Behovsbesøg		
1.kvartil - fjerdedel af kommuner med laveste antal	→	9
2.kvartil	↑	10
3.kvartil	→	9
4.kvartil fjerdedel af kommuner med højeste antal	↑	10
Faste kriterier - ekstra sundhedsplejerskebesøg		
Ingen faste kriterier, fagligt skøn	→	39
Faste kriterier	→	33
Tværfagligt samarbejde		
Nej	↓	15
Ja	↑	56
Samarbejde om de sårbare familier		
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
Tværfaglige fora om sårbare familier med repræsentanter fra:		
Dagtilbuds- og skoleområdet	→	52
Socialområdet	↑	21
De praktiserende læger	↑	9
Jordemødre fra fødestuerne	↑	24
Job- og beskæftigelsesområdet	↑	4
Tværfaglige kurser for medarbejdere på tværs af kommunen		
Nej	↑	11
Ja	→	58

Samarbejde med dagtilbud		
Vi samarbejder om alle børn og familier	→	40
Vi samarbejder kun om sårbare børn og familier	→	36
Fælles kriterier til at beskrive barnets sundhed og trivsel mellem		
	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