



Til Sundheds- og Omsorgsudvalget

6-12-2011

Sagsnr.

2011-169569

Notat om sårbare piger som opfølgning på temadrøftelse om Børnesundhedsprofilen

Dokumentnr.

2011-880031

På udvalgs mødet d. 10. november 2011 blev det i forbindelse med temadrøftelsen om Børnesundhedsprofilen aftalt, at Folkesundhed København skulle udarbejde et notat med udvidede analyser om sårbare piger med ringe psykisk/social trivsel.

Sagsbehandler

Anne Sophie Gottlieb/

Lars Ellebjerg

Materialet vil indgå i den planlagte temadrøftelse af implementering af sundhedspolitikken, som forelægges for udvalget i januar 2012. Her vil også blive fulgt op på temadrøftelsen vedr. børn og sundhed fra mødet den 10. november 2011.

De sårbare piger

12 procent af de 15-årige piger viser ifølge *Børnesundhedsprofil 2009 for Københavns Kommune* tegn på ringe psykisk/social trivsel¹. Blandt de 15-årige drenge er det "kun" 7 procent, der viser tegn på ringe trivsel. Det er især på emotionelle symptomer, at pigerne adskiller sig fra drengene.

Sociodemografiske forskelle

Der er 16 procent sårbare blandt de piger, der bor sammen med en enlig forælder. Blandt de øvrige er andelen 10 procent. Der er 10 procent sårbare blandt pigerne af dansk oprindelse, mens det for pigerne af ikke-vestlig oprindelse er 17 procent. Begge disse forskelle er svagt signifikante². Der er også væsentligt flere sårbare piger blandt dem, hvis forældre er på kontanthjælp (26 %), end der er blandt piger, hvis forældre er i beskæftigelse eller arbejdsløse (begge 10 %).

Der er stærkt signifikant forskel på andelen af sårbare piger afhængigt af forældrenes uddannelsesniveau: grundskole (21 %), gymnasial ud-

Folkesundhed

København

Sjællandsgade 40 I, 2

2200 København N

Telefon

3530 3533

E-mail

LB67@suf.kk.dk

¹ Resultatet er baseret på opgørelse af det såkaldte Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), som er et valideret redskab til screening af børn og unge (3-16 år) for adfærdsproblemer og mistrivsel. Ud fra svar på en række spørgsmål inddeles børnene i 'normal', 'grænsende til normal' og 'udenfor normalområdet'. I denne undersøgelse slås kategorierne 'grænsende til normal' og 'udenfor normalområdet' sammen til en kategori 'sårbare piger'.

² Statistisk signifikans betyder at den observerede forskel mellem grupperne er systematisk og reel og dermed ikke udtryk for tilfældig variation.

dannelse (11 %), erhvervsfaglig uddannelse (17 %), kort videregående uddannelse (12 %), mellemlang VU (6 %) og lang VU (4 %).

Hvis familieforhold, etnisk oprindelse, forældrenes uddannelse og erhvervsstatus sættes ind i en fælles model, er det kun forskelle i forældrenes uddannelse, der er signifikant. Ovenstående forskelle i sårbarhed i relation til familiestruktur, etnisk oprindelse og forældrenes erhvervsstatus kan således forklares ved forskellen i forældrenes uddannelsesniveau mellem piger med henholdsvis enlige og ikke-enlige forældre, dansk og ikke-vestlig oprindelse samt forældre med forskellig erhvervsstatus.

Forskelle i sundhed, trivsel og adfærd

De sårbare piger adskiller sig markant fra den øvrige pige-gruppe på en lang række andre punkter med relation til sundhed, trivsel og adfærd:

Risikoadfærd

Der er ikke forskel på alkoholvaner eller erfaringer med hash blandt de sårbare piger og pigerne i normalområdet. Derimod er der væsentligt flere faste rygere (ryger mindst ugentligt) blandt de sårbare piger (24 %) end blandt pigerne i normalområdet (11 %). Der er også flere lejlighedsvis rygere blandt de sårbare piger.

Forskellen i rygeadfærd mellem sårbare piger og piger i normalområdet kan ikke forklares med forskelle i forældrenes uddannelse. Forskellen i rygeadfærd mellem sårbare piger og piger i normalområdet er stærkt signifikant, selvom der korrigeres for forskelle i forældrenes uddannelsesniveau.

Selvurderet sundhed og trivsel

Trivsel (Hvordan har du det for tiden?): 15 procent af de sårbare piger angiver, at de er "ikke særligt glade" eller "slet ikke glade". Blandt pigerne i normalområdet er den tilsvarende andel 3 procent.

Helbred (Synes du, at dit helbred er...?): 4 procent af de sårbare piger angiver, at deres helbred er 'dårligt', og 39 procent, at det er 'nogenlunde'. For pigerne i normalområdet er de tilsvarende andele henholdsvis 1 og 11 procent.

Fysisk form (Føler du dig i god eller dårlig form?)³: Af de sårbare piger angiver 13 procent, at de er i dårlig form, og 24 procent, at de ikke er i særlig god form. Blandt pigerne i normalområdet er det henholdsvis 3 og 16 procent.

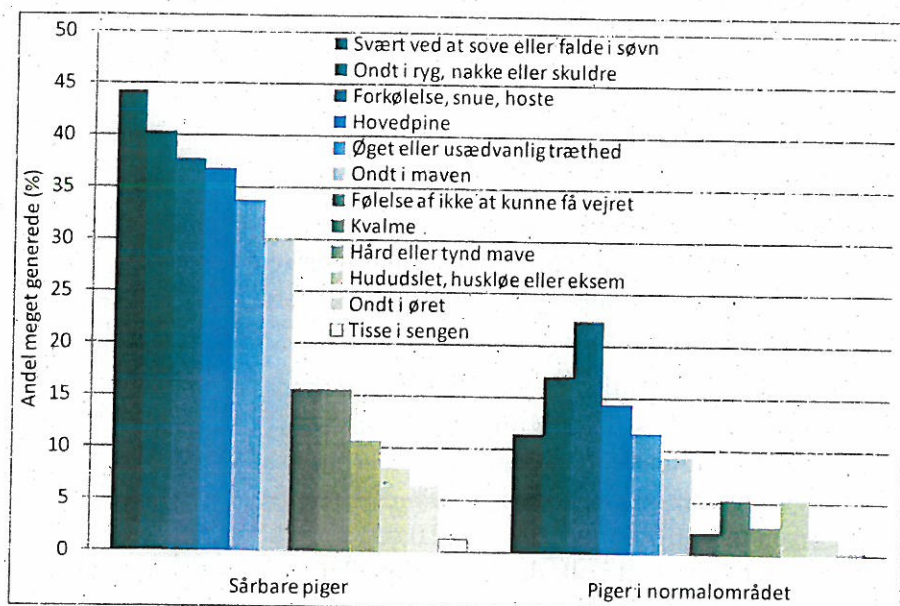
³ Børnesundhedsprofilens svar på spørgsmål om tid anvendt på fysisk aktivitet er desværre ikke anvendelige, jf. tidligere notat *Evaluering af spørgsmål om fysisk aktivitet og inaktivitet*, eDoc doc.-nr. 2011-233532. Selvrapporert fysisk er derfor det væsentligste mål i relation til fysisk aktivitet.

Kostvaner (Hvor sundt spiser du?): 35 procent af de sårbare piger spiser 'ikke særligt' eller 'slet ikke sundt'. Den tilsvarende andel for pigerne i normalområdet er 18 procent.

Alle disse forskelle er stærkt signifikante.

Symptomer

Der er væsentligt flere sårbare piger, der er meget generet af søvnproblemer, hovedpine, træthed, kvalme eller andre symptomer, jf. figur.



Forskellene er signifikante med få undtagelser.

Blandt pigerne i normalområdet er der 58 procent, der ikke er meget generede af nogen af de 12 symptomer. Blandt de sårbare piger er den tilsvarende andel 24 procent. Omvendt er 14 procent af de sårbare piger meget generede af 5 eller flere symptomer, mens det samme kun gælder for 2 procent af pigerne i normalområdet.

Seksuelle erfaringer

Der er ikke væsentlig forskel på pigernes seksuelle erfaringer vedr. samleje. Blandt de sårbare piger er der 15 procent, der har haft samleje flere gange, og blandt pigerne i normalområdet er det 14 procent.

I det følgende beskriver procenterne adfærden blandt de seksuelt aktive piger. Der er en – ikke signifikant – tendens til, at der er flere af de sårbare piger, der ikke bruger prævention. Således har 19 procent af de sårbare piger ikke benyttet nogen form for prævention ved deres første samleje, og ligeledes 19 procent har ikke benyttet noget ved det seneste samleje. For pigerne i normalområdet er andelen henholdsvis 9 og 7 procent.

Lidt færre sårbare piger (50 %) end piger i normalområdet (65 %) har benyttet kondom ved det seneste samleje. En lignende, men signifi-

kant forskel ses for første samleje, hvor andelen er henholdsvis 67 og 89 procent.

Der er flere p-pille-brugere blandt de sårbare piger (56 % v. seneste samleje) end blandt pigerne i normalområdet (36 %). Ligeledes er der flere af de sårbare piger (19 %), der har benyttet fortrydelsespiller flere gange, end der er blandt pigerne i normalområdet (7 %). Forskellene er ikke signifikante.

Andre forskelle

10 procent af de sårbare piger bliver mobbet mindst en gang om ugen. Det samme gælder for ½ procent af pigerne i normalområdet. Henholdsvis 11 og 1 procent føler sig ofte ensomme.

24 procent af de sårbare piger mod 4 procent af pigerne i normalområdet har ikke nogen voksen at tale med, hvis der er noget, der "virkelig plager" dem. Tilsvarende har henholdsvis 8 og 1 procent ikke nogen kammerater at tale med. 4 procent af de sårbare piger har hverken en fortrolig voksen eller en kammerat at tale med. Det samme gælder for 0,3 procent af pigerne i normalområdet.

Blandt de sårbare piger angiver 6 procent, at de aldrig, og 13 procent, at de kun sjældent er glade for at gå i skole. For pigerne i normalområdet er de tilsvarende andele henholdsvis 1 og 2 procent. 5 procent af de sårbare piger har mistet mere end 10 skoledage den seneste måned på grund af pjæk, og 8 procent har mistet mellem 6 og 10 dage. Blandt pigerne i normalområdet er det 2 procent i alt, der har 6 eller flere pjækkedage. Henholdsvis 16 og 6 procent har mistet mere end 6 skoledage på grund af sygdom.

Der er henholdsvis 13 og 6 procent overvægtige blandt de sårbare piger og pigerne i normalområdet. Denne forskel er dog ikke statistisk signifikant.

Analyserne fra børnesundhedsprofilen siger ikke noget om årsags-sammenhænge i resultaterne. Resultaterne kan således ikke sige, om de sårbare piger bliver mobbet, fordi de er sårbare, eller om pigerne er sårbare, fordi de bliver mobbet. Resultaterne peger udelukkende på, at der er en gruppe af piger med omfattende problemer med udspring i lav trivsel, dårlig kontakt med voksne og kammerater, ensomhed og mange fysiske symptomer.

Viden

Resultaterne i Børnesundhedsprofil 2009 for Københavns Kommune er i overensstemmelse med resultater fra nationale undersøgelser. Sundhedsstyrelsen har i rapporten *Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige*⁴ beskrevet, hvordan et betydeligt mindretal viser tegn på psykisk mistrivsel. Tallene er uddraget fra Skolebørnsundersøgelsen 2010.

⁴ Psykisk mistrivsel blandt de 11-15 årige, rapport udgivet af Sundhedsstyrelsen marts 2011.

Det, der blandt andet bekymrer, er, at en gruppe børn har flere indikatorer på mistrivsel, samt at mistrivselen er ulige fordelt blandt skolebørn. Der er således især en høj forekomst af psykisk mistrivsel blandt skolebørn fra eneforsørgerfamilier, fra indvandrer- og efterkommerfamilier, fra lavere socialgrupper og blandt børn med svage sociale relationer til forældre og venner.

De unge kvinder fremhæves som sårbare i rapporten *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010*⁵, hvor det beskrives, at der både for alder og køn er en sammenhæng med den subjektive trivsel i forhold til alment helbred, psykisk helbred og den generelle livskvalitet. Det er især de unge kvinder, der tegner sig for de negative tendenser. Det beskrives blandt andet, at ca. en tredjedel af de 19-årige kvinder er emotionelt sårbare.

Implikationer for praksis

Forfatterne (Professor Bjørn Holstein *et al.*) anbefaler i Sundhedsstyrelsens rapport, at der sættes ind med mere forskning og egentlige indsatser i skolerne. Det beskrives, at der er behov for mere forskning og viden samt for en systematisk afprøvning af metoder til at fremme mental sundhed blandt børn og unge. Der er positive erfaringer med skolebaserede interventioner internationalt. Disse studier viser, at skolebaserede interventioner virker bedst, når:

- Der anlægges en såkaldt 'whole school approach'. Det betyder at alle involveres, og at der også arbejdes med strukturelle rammer på skolen.
- Der sættes fokus på den positive historie om trivsel og sundhed og ikke på mistrivsel og psykisk sygdom
- Tidsrammen er mindst et skoleår, gerne længere
- Der skabes ændringer eller forbedringer i skolens sociale, fysiske og politiske miljø
- Alle skolens muligheder og ressourcer inddrages i interventionen

Interventionsprojektet Optur

Interventionsprojektet Optur er en skolebaseret indsats, som er under udvikling, med det formål at integrere trivselsfremme i den almindelige undervisning og i skolens organisation. Ved at fremme trivslen fremmes indlæringsparathed. Indsatsen udvikles på baggrund af viden og erfaringer fra internationale programmer. Optur er målrettet elever i 0.-9. Klasse, og tidsrammen er et skoleår. Indsatsen er udviklet og gennemføres i et samarbejde mellem Syddansk Universitet og Psykiatrifonden. Projekt Optur indeholder fire overordnede komponenter: kompetenceudvikling, undervisning og aktiviteter, forældrein-

⁵ Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010, rapport udgivet af Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2010.

volvering og skolestruktur. Optur er afprøvet på to københavnske skoler i skoleåret 2010-11⁶.

En procesevaluering⁷ af Optur viser, at interventionen er lovende og spændende, mens også at arbejdet er kompliceret, og at indsatsen skal udvikles i forhold til ejerskab og implementering. Projektet har haft mest gennemslagskraft i indskoling, da udskolingsleverne opleves at have meget travlt med læring og eksamensforberedelse. Projektet søger pt. fondsmidler for at videreudvikle indsatsen.

Relevante indsatser forankret i BUF

Der foregår allerede mange trivselsfremmende aktiviteter ude på folkeskolerne. Der er lokalt udviklet indsatser med skolespecifikke trivsels-, mobnings- og sundhedspolitikker. Der er nedsat en ungekommission med eksperter, som skal rådgive BUF om, hvordan unge rustes og sikres en ungdomsuddannelse. Ungekommissionen vil offentliggøre anbefalinger primo 2012. Der er følgende systematiske indsatser:

- Adfærds-, kontakt- og trivselsvejleder (AKT-vejleder) på alle skoler. Disse vejledere kan igangsætte forløb i klasserne efter behov. Indsatsen har eksisteret siden 2007
- Tilbud om konflikthåndtering på alle skoler. 40 af skolerne har både lærere og elever, der er uddannede konfliktmæglere. Indsatsen har eksisteret siden 2007.
- Socialrådgivere på alle skoler. Indsatsen udrulles pt. og forventes blandt andet at udvikle samarbejdet mellem skolerne og SOF.
- Skolepædagoger på alle skoler til at udøve socialpædagogiske indsatser for børn med særlig behov. Indsatsen udrulles fra 2012.
- Fokus på skolernes undervisningsmiljø ved at have både netværk og temadage for lærere
- Alle skoler skal have en plan for forebyggelse af mobning. Der er tilbud om kompetenceudvikling til lærere om elevtrivsel og mobning.

Alle disse indsatser har alle elever som målgruppe, og der er således ingen, som specifikt er rettet mod de unge piger i udskoling. Ligeledes er der, *så vidt vides*, ikke dokumentation for, hvilke elevgrupper som har mest gavn af de forskellige indsatser.

⁶ Indsatsen Optur er implementeret på Katrinedals skolen i Vanløse og på Randersgades Skole på Østerbro i skoleåret 2010-11.

⁷ Evaluering af Projekt Optur på to skoler i skoleåret 2010/2011, Projekt Optur, Nelausen MK et al. Institut for Folkesundhed, SDU

Forslag til strukturelle og individuelle indsatser

Ulighed i sundhed på kort sigt og på lang sigt kan reduceres for børn i skolealderen ved at skabe en motiverende og rummelig skole, hvor eleverne trives. En skole som giver børnene en oplevelse af at sejre og lykkes, en skole som udvikler elevernes selvtillid og handlekompetence, så de har mod på en ungdomsuddannelse. Dette er en vigtig pointe i Sundhedsstyrelsens ulighedsrapport⁸. Resultaterne viser, at der er behov for indsatser for at øge trivslen blandt de unge piger. Der er sammenhænge mellem sårbarheden og de socio-demografiske faktorer, men der er også sammenhænge mellem de socio-demografiske faktorer indbyrdes. Det er forældrenes udnannelsesnivea, der er den vigtigste forklaringsfaktor.

Det er vanskeligt at målrette indsatser mod børn, hvis forældre har bestemt udnannelsesmæssig baggrund. Det vil derfor være mest relevant at målrette indsatserne mod hele pigegruppen i udskolingen og ikke på forhånd afgrænse gruppen til nogle med særlige socio-demografiske kendetegn. Indsatserne kan med fordel prioriteres, så der ved implementeringen indledes med skoler med mange børn fra områder med mange sociale udfordringer.

Med baggrund i resultaterne fra Børnesundhedsprofil 2009 vedr. trivsel og symptomer hos pigerne i udskolingen og med viden om eksisterende indsatser, kan der peges på følgende indsatser, som forvaltningen finder det relevant at justere i forhold til pigeproblematikken allerede fra 2012:

- Sætte fokus på pigernes trivsel i udskolingen ved at vidensdele om pigeproblematikkerne med skolerne og de relevante AKT-lærere.
- Sætte pigeproblematikkerne lav trivsel, rygning og sundhedsadfærd på dagsorden i forældregruppen i forbindelse med SSP-arrangementet 'En Teenager i Familien' i 6.-7. klasse.
- Tilføje temaerne lav trivsel og rygning blandt piger til undervisningsmaterialerne Tackling og Reality Check,
- Videreudvikling af Move@school målrettes udskolingen, hvor pigeproblematikken inddrages med det formål, at pigerne skal motiveres til at bevæge sig mere i skolen og dermed blive fysisk stærkere.
- Inddrage erfaringerne om at motivere unge piger til mere bevægelse fra projektet Klar, Parat – Husum.
- Udvikling af en tilknytning til indsatserne "Sundhed i dit nærmiljø", med fokus på at involvere forældre og andre voksne i unges nærmiljø om, at der er en gruppe piger, som skal støttes i at opnå bedre trivsel.

⁸ Rapporten Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser. Finn Diderichsen *et al.* Sundhedsstyrelsen, 2010

Forvaltningen anslår, at videreudvikling af nuværende indsatser og nye indsatser med fokus på de unge piger ikke kan udføres inden for den nuværende økonomiske ramme af Øget Sundhed for Børn 2009-2012. Der er behov for yderligere beskrivelser og projektering for at kunne estimere behovet for midler.

Resultaterne for de sårbare pigers brug af prævention er vigtige, da deres vaner er uhensigtsmæssige, men forvaltningen vurderer, at de eksisterende indsatser med tilbud om supplerende seksualundervisning til skoleelever, som gennemføres af Sex og Samfunds rådgiverkorps, er fyldestgørende.

Politikker

Forvaltningen anbefaler på baggrund af børnesundhedsprofildata og anbefalinger fra Projekt Optur, at den strukturelle opgave med at udvikle og implementere sundheds- og trivselspolitikker på folkeskolerne genoptages med et bredt sigte rettet mod hele skolen, dog med det for øje at udskoling skal inkluderes aktivt. Formålet er, at sundhedspolitikkerne får et helhedssigte på sundhed og trivsel, samt at de er implementeret på alle klassetrin. Der skal arbejdes systematisk med dokumentation i respekt for de lokalt udviklede planer mod mobning, som findes på mange af skolerne. Dette arbejde kan gøres ved at udbrede undervisningsmateriale fra interventionsprojektet Optur til skolerne, evt. i samarbejde med Syddansk Universitet.

Forvaltningen anbefaler yderligere, at der i Sundhedsplejens udskolingsundersøgelser og i "Åben dør" konsultationstilbuddet er udvidet fokus på at opspore piger i mistrivsel.



Til Sundheds- og Omsorgsudvalget

05-12-2011

Orientering om sundhedskonsekvensvurdering af Københavns Kommunes støjhandlingsplan

Sagsnr.
2011-173667

Dokumentnr.
2011-878890

Sagsbehandler
Berit Christensen

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i samarbejde med By og Klima, Center for Miljø i TMF, udarbejdet en sundhedskonsekvensvurdering (SKV) af Støjhandlingsplanen. En SKV er en analyse af de potentielle sundhedsmæssige virkninger, som politikforslag, strategier, programmer eller projekter kan have på befolkningen. Formålet med at gennemføre en SKV er at opnå den størst mulige sundhedsmæssige effekt af de forhåndenværende ressourcer og at skabe et informeret grundlag for politiske beslutninger af betydning for folkesundheden.

Sundhedskonsekvensvurdering af støjhandlingsplanen

Rapporten beskriver de sundhedseffekter, der kan opnås ved at iværksætte en række støjreducerende tiltag: mindsket irritation og færre søvnforstyrrelser, mindre risiko for forhøjet blodtryk samt mindsket risiko for blodprop i hjertet.

Hvis man f.eks. opsætter lydskodder på alle støjbelastede soveværelsesvinduer i København, vil man kunne reducere risikoen for forhøjet blodtryk for 12,2 % af befolkningen. Samme løsning vil kunne reducere andelen, der får en blodprop i hjertet, med 3,9 %.

Rapporten anbefaler at prioritere de grupper i København, der er kortuddannede og dermed sundhedsmæssigt dårligst stillede. De områder i byen, hvor beboerne samlet set har den dårligste socioøkonomiske status og det dårligste helbredsniveau, ligger alle ved veje med høj støjbelastning.

Perspektiver

Områdefornyelsen i Skt. Kjelds Kvarter. Der er indgået et samarbejde med Teknik- og Miljøforvaltningens sekretariatet i områdefornyelsen i Skt. Kjelds om at gennemføre en SKV af de såkaldte bevægelsesstrøg med fokus på fysisk aktivitet. Dette er en indsats i Sundhedspolitikken. Rapporten ventes færdig pr 1. april 2012.

SKV som en metode til at samarbejde om sundhed. Sundhedskonsekvensvurdering har vist sig at være en god metode og anledning til at samarbejde på tværs af forvaltningerne om sundhed. Metoden får generelt sundhed på dagsorden og SUF/FSK kan specifikt levere beregninger og vurderinger, som kvalificerer beslutningsgrundlaget af indsatser, planer og strategier på andre sektorområder.

Vedlagt: *Sundhedskonsekvensvurdering af Københavns Kommunes støjhandlingsplan. Folehaven som case.* December 2011.

**Folkesundhed
København**

Sjællandsgade 40, I
2200 København N

Telefon
3530 4503

E-mail
KP03@suf.kk.dk

www.kk.dk