

Børne- og ungdomssundhed i et europæisk perspektiv – en ny WHO-strategi

Regional adviser Mikael Meyer Østergren & technical officer Vivian Barnekow Rasmussen

WHO Regional Office for Europe, Child and Adolescent Health and Development, København

Børn og unges sundhed er en økonomisk og social resurse for fremtiden i alle lande, rige såvel som fattige. En tidlig investering i børn og unges sundhed er vigtig af mange årsager. Først og fremmest er der en moralsk og legal grund til at opfylde børns ret til sundhed som beskrevet i børnekonventionen. Desuden har verdenssamfundet i forbindelse med Millenniumdeklarationen sat sig som mål at reducere børnedødeligheden med to tredjedele i 2015 i forhold til 1990 [1]. Og endelig er der en række sygdomme og sundhedsfremmende foranstaltninger, som med størst effektivitet forebygges eller grundlægges i de tidligste år.

WHO's europæiske region består af 52 medlemslande, inklusive alle EU-lande, de øst- og centraleuropæiske lande og Centralasien. Generelt er sundhedsstatusen blandt børn og unge i WHO's europæiske region forbedret gennem de seneste årtier. Børnedødeligheden har været svagt faldende i næsten alle landene – i nogle mere end i andre – og med udsving specielt i tiden omkring opløsningen af Sovjetunionen (Figur 1). Der er dog fortsat store forskelle i børnedødelighed og andre sundhedsindikatorer mellem landene og inden for de enkelte lande. Således er der store forskelle mellem forskellige socioøkonomiske grupper og etniske grupper samt forskel i geografisk fordeling osv. På denne baggrund besluttede WHO's regionalkomite for Europa, der består af sundhedsministrene fra alle medlemslandene, i 2003, at WHO's regionalkontor for Europa skulle udvikle en regional strategi for børne- og ungdomssundhed [2]. Intentionen med strategien er ikke at give færdigsyede løsninger på alle spørgsmål om børne- og ungdomssundhed, men at skabe en platform og nogle principper, der kan bruges af alle medlemslandene til at formulere bedre politikker og strategier på området. Sammen med strategien er der derfor udviklet en værktøjskasse bestående af tre redskaber (et *action tool*, et *assessment tool* og et *information tool*) til brug for implementering af strategien.

Sundhedsstatus og tendenser

Ser man på den globale udvikling inden for børnesundhed, målt i hvor høj grad verdenssamfundet er i stand til at opfylde de såkaldte årtusindemål, ser situationen alt andet end lys ud. I mange lande, specielt syd for Sahara i Afrika, har man ople-

vet stagnerende eller ligefrem stigende børnedødelighed. I den europæiske region er tendenserne blandede. De gamle EU-lande og i noget mindre grad de »nye« EU-lande har alle oplevet en betragtelig reduktion i spædbørnsdødeligheden gennem de seneste ti år. Dette på trods af at spædbørnsdødeligheden initialt var på et lavt niveau, og at der ikke har været iværksat interventioner specielt rettet mod at reducere børnedødelighed ud over fremskridt generelt i behandling og forebyggelse af børnesygdomme og problemer i spædbørnsperioden. Ser man derimod på flere af landene fra det tidligere Sovjetunionen, og specielt landene i Centralasien, tegner der sig et mindre positivt billede. I forbindelse med opløsningen af Sovjetunionen oplevede man i flere lande en stigning i børnedødeligheden, og i tiden derefter har reduktionen været moderat, hvis ikke stagnerende. Flere af landene vil ikke kunne opfylde årtusindemålene, hvis situationen ikke ændres [3, 4]. Manglende og ufuldstændig rapportering af børnedødelighed og forskelle i definitionen af kriterier for, at et spædbarn registreres som levendefødt, gør, at den reelle børnedødelighed i disse lande er endnu højere end officielt rapporteret (Figur 1).

Et gennemgående tema for børne- og ungdomssundhed er de uligheder og forskelle, der ses både mellem landene i den europæiske region og inden for de enkelte lande, hvor børn fra forskellige geografiske, socioøkonomiske og etniske grupper har meget forskellige vilkår i deres opvækst. Der er således en forskel på en faktor 40 mellem dødelighed for børn under fem år i lande med den højeste børnedødelighed, som for eksempel Tadjikistan, og lande med den laveste børnedødelighed, som Island. Også inden for landene er der store forskelle. En nylig opgørelse viste, at mere end 15% af børnene i lande som Irland, Italien og Storbritannien lever i relativ fattigdom, mens den tilsvarende andel i de skandinaviske lande er under 5% [5]. Dette skal ses i sammenhæng med den klare association mellem socioøkonomisk status og sundhed.

Sundhedsproblemerne for børn og unge i regionen er mangfoldige, og det er ikke muligt at give et entydigt billede for hele regionen, idet der i hvert enkelt land er særlige omstændigheder og specifikke områder, der påkalder sig særlig opmærksomhed. Der er dog tre sundhedsområder, som specielt er nævnt i WHO's strategi på grund af en stigende tendens i hele eller dele af regionen: hiv/aids, tiltagende overvægt og fedme blandt børn og unge og endelig mental sundhed.

Prævalensen af hiv/aids er i flere år steget meget i specielt Rusland og Ukraine, men også i Centralasien ses der stigninger. Faktisk er den europæiske region på verdensplan den

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

region, hvor stigningen er størst, selv om det faktiske antal smittede stadig er mindre end i højprævalenslande. Omkring 30-40% af de rapporterede hiv/aids-tilfælde i den europæiske region findes blandt unge under 25 år, og epidemien er i den østlige del af regionen specielt drevet af intravenøst stofmisbrug. Mor til barn-transmission af hiv/aids er ligeledes i stigning som følge af en generelt højere prævalens blandt mødre, selv om det absolutte antal smittede børn stadig er relativt lavt. Således blev der i perioden 2000-2004 i WHO's europæiske region registreret i alt 3.059 hiv-smittede børn som følge af mor til barn-transmission [6].

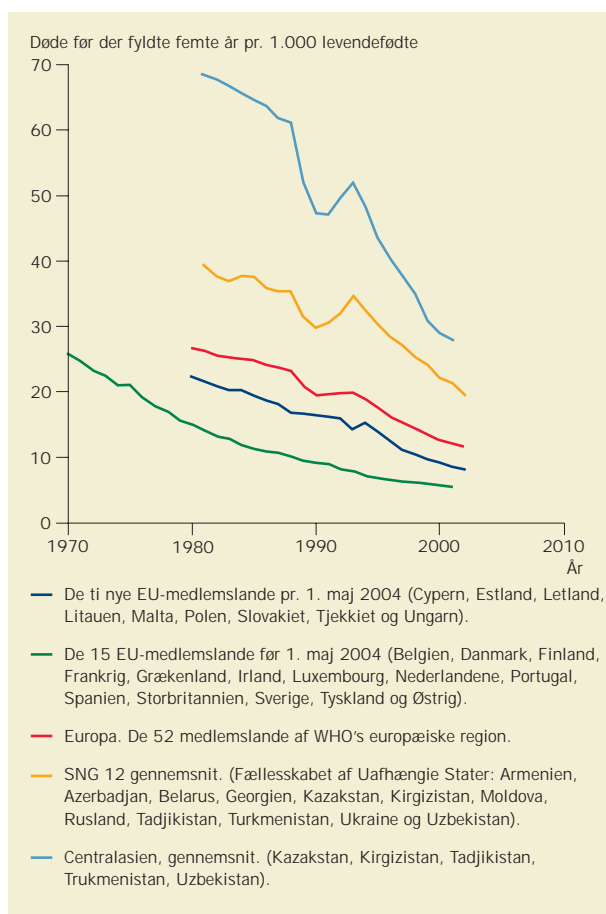
Megen psykisk sygdom, som ses og registreres i voksenalderen, begynder i ungdommen, og prævalensen af psykiske lidelser som depression og suicidal adfærd stiger markant i ungdomsårene. Det er anslået, at omkring 2 mio. unge mennesker i den europæiske region lider af psykiske sygdomme, og mange af dem får ingen eller inadækvat behandling. Depression er en af de hyppigste årsager til psykisk sygdom blandt unge og er associeret med selvmord, som er den tredjehyppigste dødsårsag blandt unge i den europæiske region. Der er dog store forskelle mellem landene, hvor suicidalraterne varierer mellem 2 og 44 pr. 100.000 personer [7].

Ernæring og specielt overvægt er en tredje vigtig sundheds- og risikofaktor. I EU-landene er der anslået 14 mio. overvægtige børn ud af en total børnepopulation på 77 mio., og dette antal stiger med ca. 400.000 børn og unge om året. Ud af de 14 mio. overvægtige er omkring 3 mio. svært overvægtige, og dette antal stiger med ca. 85.000 årligt. Ser man på prævalensen af overvægt blandt skolebørn i Europa, er den steget fra omkring 8% i 1970'erne til næsten 25% i 2003 [8, 9]. Igen er der store forskelle på landene, hvor man i lande i det sydlige Europa som Malta, Spanien, Italien og Portugal har meget høje prævalenser af overvægt blandt skolebørn, mens man blandt andre i de nordiske lande stadig ligger i den bedre halvdel. Årsagerne til den øgede overvægt er komplekse, selv om der ikke er tvivl om, at ændrede kost- og motionsvaner er afgørende faktorer.

En ny regional WHO-strategi

WHO's strategi for sundhed og udvikling for børn og unge er udarbejdet i tæt samarbejde med en lang række partnere. Der har været afholdt konsultationer med medlemslandene, internationale organisationer og tekniske eksperter, og strategien har været testet i adskillige lande, før den blev endeligt vedtaget af WHO's regionalkomite for Europa i september 2005.

Strategien er baseret på et bredt sundhedsbegreb og en sundhedsforståelse, hvori man anskuer sundhed i et livslangt perspektiv. Et sådant udgangspunkt forudsætter, at opmærksomheden er rettet på de perioder i livet, der er skelsættende for udviklingen, og derfor kræver specielle indsatser i såvel sundhedsfremme og forebyggelse som behandling. Disse pe-



Figur 1. Sandsynlighed for at dø før det fyldte femte år pr. 1.000 levendefødte.

rioder er især: graviditet og fødsel, barnets første år, førskolealder, fra barndom til pubertet og fra ungdom til voksenliv.

Formålet med strategien er at støtte medlemslandene i:

- at skabe en platform for kortlægning og kritisk gennemgang af nationale sundheds- og udviklingsprogrammer og handleplaner for børn og unge. En sådan kortlægning og gennemgang gør det muligt for de enkelte lande at afdække mangler i sundhedspolitik og lovgivning og at forbedre allerede eksisterende tiltag
- at fremme tværsektorsamarbejde i bestræbelserne på at fokusere på væsentlige sundhedsemner, der er relateret til børn og unges sundhed
- at afdække den rolle, som sundhedssektoren må påtage sig for at udvikle og koordinere love og politikker for et sundhedssystem, som kan imødekomme børn og unges behov.

De overordnede principper for strategien

1. Sundhed hele livet (*a life-cycle approach*): Der skal sættes fokus på de sundhedsmæssige udfordringer, der er forbundet med forskellige udviklingsstrin for børn og unge, såsom spædbarnsalder, tidlig barndom og pubertet.
2. Særlig indsats for udsatte grupper (*equity*): Det er nødvendigt at tage specielle hensyn til udsatte grupper, det være

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

sig familier i lavindkomstområdet, socialt marginaliserede, etniske minoriteter, mentalt syge, handicappede eller andre, som har særlige behov.

3. Tværsektorsamarbejde: Dette indebærer involvering af hele sundhedssektoren omfattende sundhedsfremme, forebyggelse og behandling, samt et tæt samarbejde med andre sektorer såsom de sociale og finansielle områder samt undervisnings-, miljø- og transportområder.
4. Involvering og deltagelse af børn og unge: Offentligheden, herunder børn og unge, skal inddrages i sundhedsplanlægningen. En sådan involvering medfører, at den enkelte kan opleve et medansvar for gennemførelse af diverse handleplaner.

Disse fire principper ses som vigtige elementer for at opnå succes i sundhedsindsatsen over for børn og unge. Derudover er det vigtigt at have adgang til relevante informationer om den aktuelle sundhedsstatus for børn og unge.

Strategien omfatter, i lighed med WHO's globale retningslinjer, syv vigtige områder, som bør inddrages i den overordnede planlægning af sundhedsindsatsen over for børn og unge [10]. Områderne er: sundhed for mødre og nyfødte, kost og ernæring, forebyggelse og behandling af smitsomme sygdomme, forebyggelse af ulykker og vold, det ydre miljø, de unges specielle sundhedsbehov og mental sundhed og udvikling – altså en kombination bestående af fem sundhedsmæssige emner og to essentielle perioder i livsforløbet.

Hvor sundhed for mødre og nyfødte er specielt vigtig for udviklingen igennem barndommen, er sundhed og sundhedsvaner for det unge menneske et vigtigt udgangspunkt for hele voksenlivet. De fem sundhedsmæssige emneområder har betydning i hele livsforløbet og reflekterer eksisterende og kommende trusler mod sundhed og velvære i alle medlemslandene.

Fra tanke til handling

I sin teoretiske udformning udgør strategien en velfunderet base for handling i de enkelte medlemslande, men erfaringen viser, at det ofte er svært at omsætte ord til handling. For at hjælpe med at konkretisere og implementere strategien i de enkelte lande er der udarbejdet en værktøjskasse.

Værktøjskassen består af indeværende af tre redskaber:

- metoder til kortlægning og gennemgang af eksisterende politikker, lovgivning og aktiviteter inden for sundhedsområdet for børn og unge. Det vil også være muligt at vurdere, om allerede eksisterende lovgivning giver sig udslag i faktiske og vellykkede tiltag
- metoder til identificering af allerede eksisterende data til brug for at bestemme sundhedsstatus for børn og unge. Sådanne informationer er essentielle for at udvikle effektive indsats for at forbedre sundheden for disse aldersgrupper. Analysen vil også være en hjælp til at udvikle

- indikatorer og identificere data, som er nødvendige for at monitorere sundhedsudvikling eller mangel på samme, og
- katalog over politikker og interventioner, som har vist sig effektive i arbejdet med at styrke sundhed for børn og unge og støtte dem i deres stadige udvikling.

Det er tanken, at yderligere redskaber kan udarbejdes, hvis det findes nødvendigt.

Indsatsen for at styrke sundhed og udvikling for børn og unge er prioriteret højt i WHO's arbejde for de kommende år. Det er vigtigt, at de kommende generationer er godt udrustede til livet i en verden i hastig forandring. WHO vil bestræbe sig på, i samarbejde med relevante partnere, at sætte en international dagsorden, som støtter en positiv udvikling for børn og unge i den europæiske region. Det er målet at arbejde tæt sammen med de enkelte medlemslande i deres indsats for at forbedre sundhedsvilkårene for børn og unge og at yde den nødvendige tekniske støtte til dette arbejde.

Korrespondance: *Mikael Meyer Østergren*, Child and Adolescent Health and Development, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 København Ø. E-mail: mmo@euro.who.int

Antaget: 9. april 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. www.un.org/millenniumgoals/jan 2006.
2. European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2005. www.who.dk/childhealthdev/jan 2006.
3. WHO European health for all database (online database). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2005. www.euro.who.int/hfad/jan 2006.
4. The state of the world's children 2006. New York, UNICEF 2005. www.unicef.org/sowc06/intro.html/jan 2006.
5. UNICEF, Innocenti social monitor 2004. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre 2004. http://www.unicef-icdc.org/publications/jan 2006.
6. EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe. Saint-Maurice. Institut de Veille Sanitaire; 2005:79. www.eurohiv.org/jan 2006.
7. Mental health: facing the challenges, building solutions. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2005. www.who.dk/InformationSources/Publications/Catalogue/20050912_1/jan 2006.
8. www.iof.org/jan 2006.
9. Currie C, Roberts C, Morgan A et al. Young people's health in context. Health Behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004. www.euro.who.int/eprise/main/WHO/informationssources/publications/catalogue/20040601_1/jan 2006.
10. Strategic directions for improving the health and development of children and adolescents. Geneva, World Health Organization, 2003. www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/Overview/CAH_Strategy/CAH_strategy_EN.pdf/jan 2006.