

Forebyggende sundhedsydelse til børn, unge og deres forældre

Vejledning om tilrettelæggelse og indhold

Høringsudgave

Forebyggende sundhedsydelse til børn, unge og deres forældre

Vejledning om tilrettelæggelse af og indhold i forebyggende sundhedsydelse

Forord

I denne vejledning beskrives de sundhedsfaglige anbefalinger for indholdet i og tilrettelæggelsen af de forebyggende sundhedsydelse til børn, unge og deres forældre. De lovmæssige rammer for de forebyggende sundhedsydelse er beskrevet i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer". Her beskrives de lovbestemte rammer for *hvilke* ydelse og opgaver, der skal løses *hvornår* i henhold til gældende lovgivning.

Vejledningen beskriver indholdet i de syv forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis og i sundhedsplejeordningen fra graviditet til den unge ikke længere er omfattet af undervisningspligten, sådan som bekendtgørelsen angiver Sundhedsstyrelsens opgave. Der er anlagt et familieorienteret perspektiv med henblik på at understøtte barnets/den unges sundhed, trivsel og udvikling i samarbejde med forældrene. De sundhedsfaglige anbefalinger beskriver *hvorfor* og *hvordan* ydelse tilbydes i forhold til at styrke den tidlige indsats, ikke kun i alder, men også i problemudvikling og i et tværprofessionelt perspektiv, når der er behov for inddragelse af andre end sundhedsprofessionelle.

Med henblik på at målrette sundhedsplejens ydelse og bidrage til øget lighed i sundhed anbefales sundhedsplejen frem over at arbejde med at niveauintdele de ydelse, familierne har behov for, når barnets sunde udvikling, stærke relationer og tilknytning skal understøttes gennem de forebyggende tilbud. Det tværprofessionelle og tværsektorielle samarbejde er en stærk komponent i målretningen af ydelse og tilbud, når det gælder rette tilbud i rette tid af de rette fagprofessionelle, hvorfor der også opfordres til, at almen praksis anvender redskabet "Niveauintdeling af ydelse" i deres vurdering af barnets og forældrenes behov for støtte ud over de grundlæggende lovbestemte syv helbredsundersøgelser.

Sundhedsstyrelsen skal hermed takke de mange bidragsydere, der med stort engagement har deltaget i referencegruppe, arbejdsgrupper og ved parallelle møde med specialister.

Niels Sandø

Enhedschef
Forebyggelse og Ulighed
Sundhedsstyrelsen 2024

Sundhedsfaglige anbefalinger for tilrettelæggelse af og indholdet i de forebyggende sundhedsydelser

Hvorfor og hvordan. Til ledere af sundhedsordninger, praktiserende læger og sundhedsplejersker

1 Forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis

- 1.1 5-ugers undersøgelsen
- 1.2 5-måneders undersøgelsen
- 1.3 12-måneders undersøgelsen
- 1.4 2-års undersøgelsen
- 1.5 3-års undersøgelsen
- 1.6 4-års undersøgelsen
- 1.7 5-års undersøgelsen

2 Sundhedsplejeydelser til spædbørn og småbørn og deres forældre

- 2.1 Generelt om hjemmebesøg hos spæd- og småbørn
 - 2.1.1 Hygiejniske forholdsregler ved alle undersøgelser af barnet
 - 2.1.2 Journalføring
- 2.2 Støtte til etablering og opretholdelse af amning
- 2.3 Graviditetsbesøg
- 2.4 Barselsbesøg
- 2.5 Etableringsbesøget
- 2.6 Andet besøg inden første måned
- 2.7 Besøg hos det ca. to måneders gamle barn
- 2.8 Besøg hos det fire-seks måneder gamle barn
- 2.9 Besøg hos det otte-elleve måneder gamle barn
- 2.10 Kontakt til familier med småbørn i alderen 0-5 år
- 2.11 Andre aktiviteter end hjemmebesøg
- 2.12 Læge ansat i kommunen i forhold til det 0-5-årige barn

3 Sundhedsplejeydelser til børn, unge og deres forældre i løbet af den undervisningspligtige alder

- 3.1 Formål med sundhedspleje i skolen
- 3.2 Vurdering af barnets og den unges sundhed, trivsel og udvikling i skolen og i sin familie
- 3.3 Hovedtemaer og aktiviteter
 - 3.3.1 Forskellige former for aktiviteter
- 3.4 Indholdet i de lovbestemte ydelser
 - 3.4.1 Indskolingsundersøgelsen
 - 3.4.2 Udskolingsundersøgelsen
- 3.5 Sundhedsplejerskens regelmæssige kontakter gennem skolealderen
- 3.6 Behovsundersøgelser og behovssamtaler
- 3.7 Samarbejde med forældrene
- 3.8 Sundhedspædagogiske aktiviteter
- 3.9 Åben rådgivning
- 3.10 Metoder og emner
- 3.11 Bekymrende skolefravær

- 3. 12 Undersøgelser af og samtaler med børn, der modtager hjemmeundervisning
- 3. 13 Særlig opmærksomhed i forhold til børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet
- 3. 14 Journalføring
- 4 Konsulentfunktionen i dagtilbud og skole**
 - 4.1 Kompetencer i forhold til konsulentfunktionen
 - 4.2 Rådgivning af andre kommunale aktører
 - 4.3 Generel rådgivning om grupper af børn og unge
 - 4.4 Andre forebyggelsesopgaver i kommunen
 - 4.4.1 Smitsomme sygdomme
 - 4.4.2 Støjskader
 - 4.4.3 Forebyggelse af ulykker inde og ude
 - 4.4.4 Indeklima
 - 4.5 Rådgivning vedrørende det enkelte barn
 - 4.6 Medicingivning i dagtilbud og skoler
 - 4.7 Dansk Center for Undervisningsmiljø (DCUM)
- 5 Social ulighed i sundhed og udvalgte forebyggelsestemaer**
 - 5. 1 Sundhedskompetencer hos familier, fagprofessionelle og organisatorisk
 - 5. 2 Stigmatisering og tabuisering
 - 5. 3 Mental trivsel og sundhed
 - 5. 4 Den tidlige forældre-barn-relation og udvikling af tilknytning
 - 5. 5 Perinatal depression
 - 5. 6 Sproglig udvikling
 - 5. 7 Motorisk udvikling
 - 5. 8 Brug af alkohol, tobak og nikotinprodukter
 - 5. 9 Fysisk aktivitet
 - 5. 10 Søvn
 - 5. 11 Højde- og vægtudvikling
 - 5. 12 Vold i nære relationer
 - 5. 13 Børn som pårørende
 - 5. 14 Børn og migration
- 6 Udvalgte undersøgelser og kliniske problemstillinger med forebyggelsespotentiale hos spæd- og småbørn**
 - 6. 1 Måling af hovedomfang, positionel hovedskævhed - kraniosynostose hos spædbarn
 - 6. 2 Læbeganespalte, inkl. submucøs ganespalte
 - 6. 3 Tungebånd
 - 6. 4 Hud
 - 6. 5 Stetoskopi af hjertet
 - 6. 6 Forlænget gulsot hos nyfødte
 - 6. 7 Hoftelandsundersøgelse
 - 6. 8 Undersøgelse af barnets ydre kønsorganer
 - 6. 9 Rakitis inkl. craniotabes

- 6. 10 Tidlige tegn på psykisk mistrivsel, psykisk lidelse og udviklingsforstyrrelser
- 6. 11 Børn og unge med kronisk sygdom
- 6. 12 Børn født tidligt
- 6. 13 Særlige kliniske problemstillinger hos børn, der indvandrer til Danmark med deres forældre

7. Metodekatalog

8. Bilagsoversigt

Bilag 1 §§ 119- 126 i sundhedsloven og Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge

Bilag 2 Vejledning i synsprøve i almen praksis og skolen

Bilag 3 Vejledning i høreprøve i skolen (audiometri)

Bilag 4 Højde- og vægtmåling

Bilag 5 Spædbarnets reflekser

Bilag 6 Sygeplejefaglig journalføring

Bilag 7 Flowchart vedr. undersøgelse og behandling af ankyglossi hos ammede spædbørn

Bilag 8 Flowchart vedr. forlænget gulsot hos nyfødte

Bilag 9 Sundhedspædagogiske kernebegreber

Oversigt over bidragsydere

2 Forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis 0-5 år

De vigtigste principper for de forebyggende helbredsundersøgelser

- Fem ugers undersøgelsen udføres af en læge.
- Øvrige helbredsundersøgelser fra fem måneder til fem år anbefales udført af læge, men kan udføres af sundhedspersonale, der har supervision af den læge, som kender familien.
- Forældreinddragelse er et ledende princip for såvel undersøgelse som samtale.
- Der er ligeværdigt fokus på fysisk sundhed og mental trivsel.
- Der er fokus på at reducere ulighed i sundhed.
- Det tværprofessionelle samarbejde styrkes gennem inddragelse af andre fagligheder ved behov.

Tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis er bestemt i BEK nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge kapitel 2.

Formålet med de syv forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis er at opspore uopdagede eller nyttilkomne tilstande eller sygdomme og understøtte barnets sunde udvikling og trivsel gennem undersøgelse af barnet og samtale med forældrene.

Undersøgelsen skal være systematisk og indeholde somatisk undersøgelse, inklusive højde- og vægtudvikling, samt hovedomfang og vurdering af såvel fysisk sundhed som mental trivsel, hvilket omfatter vurdering af barnets motoriske og psykiske udvikling, herunder sprog og tilknytningsmønstre, se afsnit 5.4, 5.6, 5.7, og 6.1.

De forebyggende helbredsundersøgelser har udover opsporing af sygdomme og nyttilkomne tilstande samt sundhedsfremme til formål at øge lighed i sundhed. Det kan ske gennem en systematisk og differentieret indsats, der bl.a. tager udgangspunkt i forældrenes sundhedskompetencer og gerne i principperne om niveauinddeling, se afsnit 5.1 og kapitel 4 i "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer".

5 ugers undersøgelsen udføres af en læge. Alle helbredsundersøgelser fra fem måneder til fem år anbefales udført af læge eller af sundhedspersonale, der har supervision af den læge, som kender familien.

Samtalen med forældrene skal inddrage forældrenes vurdering af barnets trivsel og drøftelse af familiens aktuelle livssituation. Samtalen relaterer sig til det, der har betydning for barnets sundhed og udvikling, herunder fx evt. kroniske sygdomme eller psykiske lidelser hos barnet selv, hos forældre eller søskende og om forældrenes trivsel relateret til forældreskabet.

Konsultationen indeholder tilbud om vaccination i henhold til børnevaccinationsprogrammet.

Generelt om struktur og indhold i de forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis

Den systematiske somatiske gennemgang baseres på en undersøgelse, som beskrives nærmere under de enkelte undersøgelser. Derudover kan der foretages supplerende undersøgelser baseret

på symptomer og fund. Den systematiske undersøgelse er beskrevet under følgende overskrifter ved hver undersøgelse:

[Barnets normale udvikling](#)

[Formål med undersøgelsen](#)

[Forældresamtalen](#)

[Somatisk undersøgelse og vurdering af trivsel og udvikling](#)

[Opfølgning og samarbejde omkring barnet og med forældrene](#)

Alle konsultationer afsluttes med en samlet vurdering af behovet for opfølgning af de fund, der er gjort og hvilke ydelser, det er vurderet barnet evt. har behov for i den kommende tid af sundhedsfremmende og forebyggende karakter og frem mod næste helbredsundersøgelse.

Forældrenes perspektiver skal tydeligt fremgå af konklusionen. Der kan være emner og fund, som foranlediger, at der skal ske en opfølgning i egen praksis, hos sundhedsplejersken, ved speciallæge (fx pædiater eller øjenlæge) eller ved anden aktør jf. tværprofessionelt samarbejde. En tydelig formidling og samtale om konklusionen på undersøgelsen har betydning for næste forebyggende undersøgelse og et evt. tværprofessionelt samarbejde om barnet og familien.

Niveauplacing er en her-og-nu vurdering af familiens behov for støtte og hvilke sundhedsfaglige ydelser, der er behov for på baggrund af undersøgelsen. Niveauplacingen er central for tidlig indsats og øget lighed i sundhed med relevant opfølgning af de opsporede problemstillinger. Vurdering af niveau sker også med henblik på at understøtte den tidlige indsats i forhold til, hvilke ydelser af tværprofessionel karakter, der er behov for i den kommende tid. Læs mere i kapitel 4 og 5 i "Forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. Lovbestemte rammer".

1. 1 5-ugers undersøgelsen

5-ugers undersøgelsen er den første rutinemæssige lægeundersøgelse af spædbarnet efter fødslen. Det anbefales, at fem-ugers undersøgelse alene udføres af læger. Lægeundersøgelsen har stor betydning i forhold til at opspore eventuelle medfødte, uopdagede sygdomme eller tilstande fx i form af funktionsnedsættelser eller handicap hos spædbarnet.

[Barnets udvikling med særlig fokus på neuropsykologisk udvikling](#)

Det fem uger gamle barn ligger med alle led flekterede og har rolige spontane symmetriske bevægelser. Når spædbarnet ligger på ryggen er hovedet vendt til den ene eller anden side. Når spædbarnet ligger på maven ligger armene mod underlaget. Spædbarnet kan løfte hovedet kortvarigt i bugleje. Hænderne er åbne eller let foldede. Gråd er en af de første kommunikationsformer, som spædbørn bruger til at få deres forældres opmærksomhed. Barnets gråd er med variation, afhængig af hvad det giver udtryk for. Barnet kan fiksere kortvarigt, især på ting i bevægelse. Barnet lytter. Barnet smiler til sine forældre. Barnets selvregulering er meget sparsom på dette tidspunkt, og barnet har derfor brug for at forældrene kan læse dets behov og følelser og handle adækvat herpå. Evnen til følelsesmæssig regulering udvikles i de tidlige leveår

og afhænger primært af den tilknytningskvalitet, som barnet oplever i sin relation til forældrene og evt. andre omsorgspersoner. Spædbarnets kognitive og følelsesmæssige udvikling stimuleres, når forældre på passende vis reagerer på barnets signaler og dermed understøtter barnets selvregulering.

Formål med undersøgelsen

Det er centralt ved undersøgelsen at afdække om barnet har øget sin vægt som forventet, om familien trives, og om forældrene har ressourcer og det netværk, der er behov for. Herudover at være opmærksom på eventuel fysisk eller psykisk sygdom, dårligt mentalt helbred eller andre belastninger hos forældrene, som kan påvirke barnets udvikling og hele familiens trivsel som nybagt familie. Hvis dette er tilfældet kan det medføre øget brug af alle typer af sundhedsydelser i barnets første leveår og tidlig afdækning har betydning for den tidlige støtte og eventuelle indsatser til familien.

Undersøgelsen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At drøfte forældrenes oplevelse af fødslen og den tidlige barselsperiode samt at følge op på initiativer iværksat før fødslen, herunder fx rygestop eller ophør af rusmidler eller lignende samt sociale forhold hos forældrene, såfremt disse er i en sårbar eller udsat position og har fået tilbudt ekstra ydelser af den grund i graviditeten.
- At gennemføre en somatisk undersøgelse af barnet og vurdere barnets vækst, trivsel og tidlige udvikling.
- At orientere sig om barnet har fået tilbudt og udført de anbefalede screeninger ved fødslen.
- At observere, vurdere og understøtte det sunde samspil og tilknytning mellem barn og forældre og drøfte hele familiens trivsel.
- At orientere sig om der er etableret kontakt til sundhedsplejen, herunder sundhedsplejerskens vurdering af barnets trivsel.
- At informere om tilbuddet om forebyggende helbredsundersøgelser gennem spæd- og småbarnsalderen samt vaccinationsprogrammet.
- At sikre, at barnet har fået hepatitisvaccine ved 4 uger, hvis mor har kronisk hepatitis B.

Forældresamtalen

I samtalen med forældrene er det centralt at vurdere, om familien er i trivsel, og om de ressourcer og netværk som familien har brug for er til rådighed. Vurderingen sker bl.a. på baggrund af det kendskab lægen har til forældrene i forvejen gennem graviditeten og i øvrigt. Såfremt lægen ikke kender familien er det centralt at opbygge en relation.

Forældresamtalen tager udgangspunkt i forældrenes spørgsmål og omhandler temaer, som relaterer sig til den nybakte families trivsel og barnets udvikling. I løbet af samtalen får lægen mulighed for at vurdere og få en forståelse af, hvordan samspillet er i familien, herunder hvordan de nye roller som forældre håndteres, og hvordan evt. større søskende har taget imod familieførelsen. Der er ligeledes mulighed for at vurdere, hvordan forældrene reagerer på barnets signaler i løbet af undersøgelsen, hvilket bidrager til den samlede vurdering. I samtalen kan der bl.a. spørges ind til:

- Fødselsoplevelse og barselperiodens forløb, inkl. fødselsuge, fødselsvægt samt evt. komplikationer /indlæggelse, jf. epikrise fra fødeafdeling.

- Barnets udvikling og generelle trivsel. Forældrenes oplevelse af samspil og barnets kommunikation med gråd og smil. Hvordan oplever forældrene barnets gråd og deres evne til at trøste barnet samt tilfredsstille barnets behov? Hvordan opleves kommunikationen med barnet og dets reaktioner på ydre stimuli? Hvordan beskriver forældrene barnets søvnbehov og -mønster?
- Forældrenes mentale og fysiske helbred med særligt fokus på perinatal depression og forældrenes indbyrdes relation. Der bør være særlig opmærksomhed på eventuelle kroniske somatiske sygdomme, dårligt mentalt helbred, psykiske lidelser eller andre belastninger hos forældrene, som kan få betydning for barnets trivsel og udvikling.
- Sociale forhold, netværk og muligheder for støtte og aflastning og evt. herunder evt. barselsplaner.
- Barnets ernæring og mavetarmfunktion. Har forældrene fornemmelse for barnets sultsignaler og kan de skelne disse signaler fra andre signaler fx træthed? Hvordan er barnets spisemønster og mavetarmfunktion? Er der obstipationsproblemer, hvis barnet får modermælkserstatning? Ved amme problemer henvises til sundhedsplejersken for rådgivning.
- Er barnet påbegyndt tilskud med D-vitamin og evt. jerntilskud fx ved tidlig fødsel efter gældende anbefalinger?

Somatisk undersøgelse og vurdering af trivsel og udvikling

Der foretages en systematisk klinisk undersøgelse af barnet afklædt med henblik på at opspore sygdom og evt. uopdagede medfødte misdannelser samt vurdere barnets vækst, udvikling og trivsel, såvel fysisk som mentalt. Der tages hensyn til evt. præterm fødsel eller andre forhold, der har betydet indlæggelse efter fødslen.

Objektiv undersøgelse:

- Alment indtryk. Opmærksomhedsniveau, øjenkontakt til undersøger/ forældre. Lytter barnet opmærksomt, med tilpasset aktivitet, smiler barnet eventuelt til sine forældre? Eller er barnet roligt?
- Forældre-barn interaktion vurderes løbende under besøget. Hvordan reagerer forældrene på barnets signaler i løbet af konsultationen. Hvordan er samspillet mellem barnet og dets forældre i forhold til det spæde sprog og barnets reaktion på stimuli, se fx kapitel 5.4 om tilknytning og relationer.
- Barnet vejes uden tøj, længde og hovedomfang måles. Er barnets vækst jf. WHO vækstkurverne? Se bilag 4
- Vurdering af kraniet - form, symmetri, fontaneller, suturer, ydre øre, se kapitel 6.1.
- Undersøgelse af øjne og syn, se bilag 2
- Undersøgelse af mund og svælg inkl. gane (inspiceres og palperes), se kapitel 6.2.
- Undersøgelse af halsens fri bevægelighed.
- Stetoskopi af hjerte og lunger. Femoralis pulse palperes, se kapitel 6. 4.
- Abdomen palperes og navlested undersøges.
- Undersøgelse af ydre kønsorganer, se kapitel 6.8.
- Undersøgelse af hofted, se kapitel 6.7.
- Undersøgelse af tonus og bevægelsernes symmetri. Spontanmotorik, grov- og finmotorik. Motorik og neurologi, inkl. tonus og reflekser undersøges, se bilag 5 for spædbarnets reflekser.
- Hud inspiceres for fx blå mærker, tegn på børneeksem eller andet, se kapitel 6.10.

Særlige opmærksomhedspunkter og væsentlige afvigelser af neuromotorisk og -psykologisk karakter

Neuromotoriske afvigelser (grovmotorik)

- Asymmetrisk eller manglende bevægelse af ekstremiteter
- Nedsat eller øget tonus, fx hårdt knyttet hånd
- Asymmetrisk eller nedsat muskelkraft, kan fx ikke løfte hoved kortvarigt

Neuropsykologiske afvigelser

- Manglende øjenkontakt/ barnet følger ikke genstand (20 cm afstand) med blik
- Manglende reaktion på lydstimuli

Opfølgning og samarbejde omkring barnet og forældrene inkl. konklusion

Konsultationen afsluttes i dialog med forældrene med vurdering af barnets samlede udvikling og trivsel jf. anbefalingen s. 6.

1. 2 5-måneders undersøgelsen

Der er gået relativt lang tid siden første undersøgelse, men barnet er set i praksis og vaccineret ved tre måneder. Undersøgelsen anbefales at tage afsæt i barnets og forældrenes generelle trivsel og familiens aktuelle livssituation, herunder roller og opgaver blandt forældrene samt fordeling af den resterende barsel.

Barnets udvikling med særlig fokus på neuropsykologisk udvikling

Omkring fem måneder har barnet god hovedkontrol, når det sidder op, og barnet kan dreje hovedet efter lyd. Når barnet ligger på maven, løfter det hovedet op og støtter på underarmene. Barnet kan som oftest vende sig fra mave til ryg. Det griber sikkert ud efter ting og kan flytte ting fra hånd til hånd og putte det i munden. Barnet smiler og er interesseret i omgivelserne, kigger efter legetøj inden for sit synsfelt og pludrer med forskellige lyde og styrke. Når barnet ligger på ryggen, og man tager det i hænderne for at trække overkroppen opad, vil barnet trække med ved at bøje armene og løfte hoved. Barnet er nu mere vågent og træder i karakter med sin personlighed. I kontakten søger barnet forældrene (eller anden kendt person) og kan skelne fremmede. Der er begyndt at komme en rytme med mad og søvn, og barnet har tiltagende selvregulering, understøttet af forældrenes omsorg (se kapitel 5. 4 om tilknytning og relationer).

Formål med undersøgelsen

Undersøgelsen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At observere, vurdere og understøtte det sunde samspil og tilknytning mellem barnet og dets forældre, herunder kommunikation, samarbejde, autonomi og forældrenes lydhørhed for barnets behov under samtale og undersøgelse.
- At drøfte hele familiens trivsel.
- At undersøge barnet for eventuelle nytilkomne tilstande samt vurdere dets vækst og udvikling såvel fysisk som mentalt, herunder neurologisk udvikling.

- At drøfte barnets overgang til anden mad end mælk, herunder eventuel fortsat amning.
- At tilbyde vaccination efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Forældresamtalen

Ved fem måneders undersøgelsen har forældrene som oftest fundet en rytme med barnet og evt. søskende. Forældresamtalen tager udgangspunkt i forældrenes oplevelser og bekymringer og deres observation af barnets udvikling og evne til selvregulering støttet af sine forældre. I samtalen kan der bl.a. spørges ind til:

- hvordan forældrene trives både i forældrerollen og sammen i den nye familiestruktur, inkl. søskende/ anden familie/ netværk? Er der nyt i familiens forhold i forhold til sidste undersøgelse? Hvordan er forældrenes mentale og fysiske helbred (ved kendte kroniske sygdomme hos forældrene) og indbyrdes forhold? Hvordan håndteres konflikter i familien?
- om sundhedsplejersken har haft særlige opmærksomheder eller bekymringer, der har udløst ekstra besøg eller fx henvisning til andre
- om forældrene har oplevet ændringer i øjenkontakt? evnen til at fiksere blikket er ikke fuldt udviklet og det er vanskeligt at bedømme synet v. fem måneder.
- barnets spise- og søvnmønster (ved behov). Er barnet ved at finde en god rytme med søvn, spisning, ro?
- barnets ernæring, herunder om barnet fortsat ammes, og om der er spørgsmål til overgang til anden mad end mælk
- om forældrene er opmærksomme på forebyggelse af uheld og ulykker, da barnet i den kommende tid bliver mere mobilt
- tænder og kommende tandfrembrud, herunder tandbørstning
- håndtering af infektionssygdomme og brug af lægen/vagtlægen.

Somatisk undersøgelse og vurdering af trivsel og udvikling

Der foretages en systematisk klinisk undersøgelse af barnet afklædt med henblik på at opspore sygdom samt vurdere barnets trivsel og udvikling såvel fysisk som mentalt. Den fysiske undersøgelse er som oftest mindre omfattende end den første undersøgelse og omfatter vurdering af nedenstående:

Objektiv undersøgelse:

- Alment indtryk. Opmærksomhedsniveau, er der stabil øjenkontakt til undersøger/ forældre? Lytter barnet opmærksomt, med tilpasset aktivitet, smiler og kommunikerer barnet med sine forældre? Er barnet roligt?
- Forældre-barn interaktion vurderes løbende under besøget. Observér og vurder samspil mellem barnet og dets forældre med fokus på det spæde sprog og barnets reaktion på stimuli. Her vurderes samspil, autonomi og lydhørhed, hvordan forældrene taler til barnet, og hvordan de reagerer på barnets signaler.

- Barnet vejes uden tøj, længde og hovedomfang måles. Følger barnet sine vækstkurver?
- Vurdering af kraniets form og symmetri. se kapitel 6. 1
- Stetoskopi af hjerte og lunger. se kapitel 6. 4
- Ydre kønsorganer inspiceres, se kapitel 6. 8
- Undersøgelse af hoftaled, se kapitel 6. 7
- Muskelstyrke og bevægelsernes symmetri vurderes. Motorisk (spontan-, grov- og finmotorik) og neurologisk udvikling, inkl. tonus og reflekser undersøges systematisk, se bilag 5.
- Hud inspiceres for fx blå mærker, tegn på børneeksem eller andet, se også kapitel 6. 10.

Særlige opmærksomhedspunkter og væsentlige afvigelser af neuromotorisk og -psykologisk karakter

Neuromotoriske afvigelser (grovmotorisk)

- Asymmetrisk eller manglende bevægelse af ekstremiteter
- Tilstedeværelse af primitive reflekser
- Nedsat eller øget tonus, fx hårdt knyttet hånd
- Asymmetrisk eller nedsat muskelkraft, fx manglende hovedkontrol.

Neuropsykologiske afvigelser

- Manglende øjenkontakt/ barnet følger ikke genstand (20 cm afstand) med blik, rækker ikke ud efter genstande eller forældre.
- Manglende smil, dårlig kontakt, manglende pludren.
- Manglende reaktion på lydstimuli.

Opfølgning og samarbejde omkring familien inkl. konklusion

Konsultationen afsluttes i dialog med forældrene med vurdering af barnets samlede udvikling og trivsel jf. anbefalingen s. 6.

1. 3. 12-måneders undersøgelsen

Der er gået relativt lang tid siden sidste helbredsundersøgelse, og undersøgelsen tager afsæt i barnets og forældrenes generelle trivsel og barnets udvikling. Der kan med fordel være fokus på overgang fra barsel til arbejde og start i dagtilbud i relation til trivsel samt på forebyggelse og håndtering af infektionssygdomme i forbindelse med overgangen.

Barnets udvikling

Det omkring et år gamle barn kan sidde alene og rejse sig selv. Barnet kan stå og gå, med eller uden støtte og kan komme rundt ved egen hjælp. Når barnet lægges på maven, kan det kravle på alle fire, eller på anden måde komme rundt ved egen hjælp. Barnet undersøger fortsat objekter oralt og er næsten ophørt med at savle. Barnet har nu pincetgreb, kan drikke af en kop og holde på en ske. Barnet bruger begge hænder og kan koordinere øje-hånd ved finmotoriske opgaver som fx leg med putte-kasser. Barnet reagerer på sit navn med opmærksomhed og tiltrækker andres opmærksomhed ved at pege på mennesker og genstande. Barnet forstår meget, kan ofte sige

enkelte ord og eksperimenterer med lydforbindelser til fx dyr, barnet kan udføre enkle ting på opfordring. Barnet klapper kage, vinker og giver legetøj, som det gerne vil have igen. Barnet er nysgerrigt, undersøgende og optaget af leg og bevægelse, som fx at lege borte-tit/tit og kaste et legetøj på gulvet for at få det samlet op igen, hvor barnet bevidst giver slip på et objekt. Barnet vil i stigende omfang begynde at udtrykke sin vilje. Barnet søger tryk, omsorg, sikkerhed, støtte, beskyttelse, trøst hos sine forældre eller andre omsorgspersoner og er tilbageholdende i forhold til fremmede. Barnet søger og opfordrer til interaktion med og opmærksomhed fra sine forældre eller andre omsorgsperson ved at pege på objekt og søge fælles øjenkontakt og dialog om objektet. Barnet reagerer med hoveddrejning efter den, der kalder med barnets navn. Barnet er stadig ikke i stand til at sætte sig i andres sted og har stort behov for at få hjælp til at regulere følelser som frygt eller vrede. Det etårige barn kan ikke drille eller være sur eller på tværs med vilje.

Formål med undersøgelsen

Undersøgelsen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At vurdere forældre-barn interaktionen ved at observere og vurdere samarbejde, autonomi og forældrenes lydhørhed for barnet samt understøtte det sunde samspil mellem barn og forældre.
- At drøfte hele familiens trivsel, inkl. hverdagens udfordringer efter endt barselsorlov.
- At undersøge barnet for eventuelle nyttilkomne tilstande samt vurdere dets trivsel og udvikling såvel fysisk som mentalt.
- At drøfte barnets spise- og madvaner, herunder om barnet får D-vitamin efter Sundhedsstyrelsens retningslinjer.
- At drøfte hygiejne med henblik på at reducere forekomsten af infektionssygdomme
- At tilbyde vaccination efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Forældresamtalen

Ved 12-måneders undersøgelsen har familien ofte en ny hverdag med barnet, da langt de fleste børn er begyndt i dagtilbud eller er på vej til det. Forældresamtalen tager udgangspunkt i forældrenes oplevelser og bekymringer, i deres observation af barnets udvikling og evne til at regulere sine behov og følelser i en mere struktureret hverdag efter endt barsel.

I samtalen kan der bl.a. spørges ind til:

- Om der er sket nyt i familien i forhold til sidst? Fx brud mellem forældrene/skilsmisse, alvorlig sygdom blandt forældre eller lignende. Spørg gerne ind til sundhedsplejerskens sidste besøg.
- Om barnet har reguleringsvanskeligheder fx i forhold til søvn, mad og måltider, trøst og lignende. Læs fx om PUF og reguleringsvanskeligheder i metodekataloget kapitel 7.
- Hvordan forældrene forholder sig til barnets spirende selvstændighedsudvikling og temperament? Giver den nye hverdag udfordringer for familielivet og for barnets trivsel? Hvordan trives forældrene både i forælderrollen og hvordan håndteres konflikter i familien. Hvordan er forældrenes mentale helbred og indbyrdes forhold?

- Hvordan barnet trives i dagtilbuddet, hvis barnet er startet?
- Hvordan er barnets behov for samvær under leg, kan det lege selv eller er der behov for tæt forældrekontakt under leg? Leger barnet varieret?
- Er barnets sproglige og motoriske udvikling som forældrene har forventet, eller har forældrene bekymringer i forhold til dette?
- Om og hvordan forældrene bruger digitale medier til barnet i hverdagen?
- Barnets mad- og spisevaner
- Sikkerhed og forebyggelse af ulykker i forhold til barnets nysgerrige udforskning af sine omgivelser.
- Tænder og tandfrembrud, herunder tandbørstning.

Somatisk undersøgelse og vurdering af trivsel og udvikling

Der foretages en systematisk undersøgelse af barnet afklædt med henblik på at opspore sygdom samt vurdere barnets vækst og udvikling, såvel fysisk som mentalt. Den fysiske undersøgelse er som oftest mindre omfattende end tidligere undersøgelser, men bør omfatte vurdering af nedenstående. Vær opmærksom på, at barnet er i fremmede omgivelser og kan være mere stille end vanligt. Inddrag forældrene i vurdering af barnets reaktion på undersøgelsen.

Objektiv undersøgelse

- Alment indtryk. Er barnet opmærksomt, med tilpasset aktivitet eller er barnet uroligt med højt aktivitetsniveau? Hvordan responderer barnet på undersøgernes kontakt til barnet? Observation af barnets motoriske og sproglige udvikling. Se kapitel 5. 6 og 5. 7
- Forældre-barn interaktion iagttages og vurderes. Her vurderes samspil, autonomi og forældrenes lydhørhed over for barnet, hvordan taler forældrene til barnet og hvordan reagerer de på barnets signaler. Hvordan udforsker barnet omgivelserne med base hos forælderen/omsorgspersonen?
- Barnet vejes kun iført ble, længde og hovedomfang måles. Vurdering af barnets ernæringstilstand og vækstudvikling. Se bilag 4 og kapitel 6. 1
- Syn og øjenkontakt, herunder evt. skelen, se bilag 2
- Mund og tandstatus undersøges.
- Stetoskopi af hjerte og lunger, se kapitel 6. 4.
- Ydre kønsorganer inspiceres, se kapitel 6. 8.
- Neurologisk undersøgelse: Tonus og bevægelsernes symmetri vurderes, spontanmotorik, grov- og finmotorik
- Hud inspiceres for fx blå mærker, tegn på børneeksem eller andet, se også kapitel 6. 4.

Særlige opmærksomhedspunkter og væsentlige afvigelser af neuromotorisk og -psykologisk karakter

- Afvigende ikke-alderssvarende motorisk og sproglig udvikling
- Ikke alderssvarende opmærksomheds- og aktivitetsniveau.
- Manglende reaktion på sit navn og manglende lokalisering af lyd fx ved at vende sig imod den, der kalder på barnet.

- Peger barnet på objekter for at tiltrække sin forældres/omsorgsgivers opmærksomhed og skabe fælles opmærksomhed?

Opfølgning og samarbejde omkring barnet og forældrene inkl. konklusion

Konsultationen afsluttes i dialog med forældrene med vurdering af barnets samlede udvikling og trivsel jf. s. 6.

1.4 2-års undersøgelsen

Denne helbredsundersøgelse er uden vaccination, og barnet er gennem første leveår grundigt somatisk undersøgt. Undersøgelsen bør derfor især lægge vægt på udviklings- og trivselsmæssige faktorer, der bidrager til at øge lighed i sundhed.

Barnets udvikling

Det ca. to år gamle barn er i gang med at udvikle sit ekspressive sprog og sin motorik. Barnet er i denne alder ofte genert og som følge deraf tilbageholden med kontakt til fremmede, hvor leg kan skabe kontakt mellem barnet og lægen. Barnet går og løber på typisk på flad fod og kan gå baglæns og til siden. Barnet går på trapper og kan hoppe på flad fod, kan sparke til en bold og kaster uden retning med en bold. Barnets håndgreb er indad drejet, og barnet kan samle små ting op og bygge tårn med ca. fem klodser. Barnet kan bladere i bøger og spise selv. Barnet forstår mere end 50 ord, kan udpege og genkende genstande, spørger til navne på ting og personer og kan sætte 2-3 ord sammen i sætninger. Det fører lange samtaler med sig selv på pludresprog og med sprogmelodi. Barnet kan udpege kropsdele, læse billedbøger og udføre små opgaver. Barnet imiterer andre, leger "som-om"-lege, eksperimenterer og leger parallelt med andre. Barnet kan fortsat ikke konsekvensberegne og må have meget støtte særligt i uvante situationer samt i sociale relationer, hvor der skal deles legetøj osv. Barnet begynder at forstå lidt af, hvordan det ser ud eller lyder, når andre er kedede af det eller har slået sig. Barnet kan fx forsøge at trøste andre børn.

Formål med undersøgelsen

Undersøgelsen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At vurdere forældre-barn interaktionen ved at observere og vurdere samarbejde, autonomi og lydhørhed og understøtte det sunde samspil mellem barn og forældre.
- At undersøge barnet for eventuelle nyttilkomne tilstande samt vurdere dets trivsel og udvikling såvel fysisk som mentalt.
- At drøfte hele familiens trivsel, inkl. relevante forhold i familien og hverdagens udfordringer i relation til barnets trivsel.
- At drøfte digitale mediers indflydelse i familiens hverdag.
- At drøfte hygiejne med henblik på at reducere forekomsten af infektionssygdomme.
- At bidrage til forebyggelse af uheld og ulykker i hjemmet.

Forældresamtalen

Forældresamtalen tager udgangspunkt i forældrenes oplevelser og bekymringer, deres observation af barnets udvikling med fokus på barnets stigende evne til at regulere sine behov og følelser med fortsat

stort behov for støtte til dette. I samtalen kan der bl.a. spørges ind til følgende temaer, som relaterer sig til barnets udvikling og familiens trivsel:

- hvordan oplever forældrene barnets udvikling og trivsel, vær fx nysgerrig på barnets selvstændighedsudvikling, temperament og familiens rammer og relater forældrenes vurdering til barnets neurologiske udvikling
- hvordan er forældrenes mentale helbred og indbyrdes forhold? Er der private og/eller arbejdsmæssige belastninger i familien for tiden? Er der uoverensstemmelser mellem forældrene? Hvordan trives forældrene og de andre børn i familien, hvis der er søskende
- hvordan trives barnet i sit dagtilbud? Er der udtrykt bekymring? Har der været behov for særlig indsats?
- Hvordan er barnets og familiens mad- og spisevaner relateret til barnets højde- og vægtudvikling, herunder sunde mad- og bevægelsesvaner i familien, brug af digitale medier, leg og stimulation.
- hvordan håndterer forældrene sygdomsperioder og infektionssygdomme og brug af lægen/vagtlægen. Har der været uheld eller ulykker i familien, der krævede besøg i akutmodtagelse eller anden lægehjælp?

Somatisk undersøgelse og vurdering af trivsel og udvikling

Der foretages en systematisk klinisk undersøgelse af barnet med henblik på at opspore nytilkommen sygdom samt vurdere barnets trivsel og udvikling såvel fysisk som mentalt. Den fysiske undersøgelse tager udgangspunkt i tidligere fund og anamnesen.

Objektiv undersøgelse

- Alment indtryk. Observation af barnets alderssvarende sociale, motoriske og sproglige udvikling, inkl. barnets behov for stimulering og aktivitetsniveau. Er barnet alderssvarende opmærksomt/ koncentreret ved konsultationen samt generelt eller er barnet uroligt med et højt aktivitetsniveau, der giver anledning til bekymring?
- Forældre-barn interaktion vurderes i forhold til samspil, autonomi og forældrenes lydhørhed, herunder hvordan forældrene taler med barnet og reagerer på barnets signaler. Hvordan udforsker barnet omgivelserne med base hos forælderen/omsorgspersonen?
- Barnet vejes i ble, længde og hovedomfang måles. Vurdering af barnets ernæringstilstand og vækst, se bilag 4 og kapitel 6.1
- Vurdering af syn og øjenkontakt, se bilag 2.
- Tonus og bevægelsernes symmetri, spontanmotorik, grov- og finmotorik vurderes med udgangspunkt i neurologisk udvikling, se kapitel 6.
- Hud undersøges for fx blå mærker, tegn på børneeksem eller andet, se kapitel 6.
- Mund undersøges for eventuel dårlig mundhygiejne/ caries.

Særlige opmærksomhedspunkter og væsentlige afvigelser af neuromotorisk og -psykologisk karakter

- Eventuel tå-gang og manglende evne eller besvær med at gå på trapper.
- Ikke alderssvarende opmærksomheds- og aktivitetsniveau.
- Manglende imitation, unuanceret, uforståeligt sprog, manglende evne til at forstå simple opfordringer/opgaver.

- Påfaldende social kontakt, fx ukritisk eller ingen kontakt til fremmede, påfaldende følelsesmæssig kontakt mellem barn og forældre/omsorgspersoner.

Opfølgning og samarbejde omkring familien inkl. konklusion

Konsultationen afsluttes i dialog med forældrene med vurdering af barnets samlede udvikling og trivsel jf. anbefalingen s. 6.

1.6 3-års undersøgelsen

Denne forebyggende helbredsundersøgelse er uden vaccination, og barnet er tidligere grundigt somatisk undersøgt. Undersøgelsen bør derfor lægge især vægt på udviklings- og trivselsmæssige faktorer, der bidrager til at øge lighed i sundhed, herunder opsporing af tidlige tegn på udviklingsforstyrrelser, som fx autismespektrum forstyrrelser, se kapitel 6.

Barnets udvikling

Det ca. tre år gamle barn er nysgerrigt og i fuld gang med at udvikle sine sproglige færdigheder og med at få kontrol over kroppen. Selvstændighedsudviklingen kræver lydhørhed og opmærksomhed fra forældrene. Barnet går frit med armsving og fodafvikling, hopper på flade fødder, går alene på trapper med fodskifte og kan køre på trehjulet cykel eller løbecykel. Barnet kan kaste en stor bold med retning og gribe bolden med bryst og arme og lave kradsetegninger og tegne en cirkel. Barnet kan klippe med en saks og bygge tårne med otte klodser, klæde sig af og vaske hænder. Barnet taler i sætninger med fire-fem ord, kan føre en samtale, svare på spørgsmål og gentage fire stavelser. Barnet kender eget køn og alder, kender ca. 20 legemsdele og forstår forholdsord. Det treårige barn leger simple rollelege parallelt med andre. Barnet vil gerne hjælpe til med praktiske gøremål. Barnet er renligt eller på vej til at blive det.

Formål med undersøgelsen

Undersøgelsen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At undersøge barnet for eventuelle nytillkomne tilstande samt vurdere dets trivsel og udvikling såvel fysisk som mentalt.
- At drøfte eventuelle relevante forhold i familien og hverdagens udfordringer i forhold til barnets trivsel samt konflikthåndtering.
- At opspore u hensigtsmæssig vækstudvikling, herunder drøfte barnets mad- og måltidsvaner og fremme sunde levevaner samt drøfte barnets muligheder for bevægelse i hverdagen.
- At vurdere forældre-barn interaktionen, ved at iagttage og vurdere samarbejde, autonomi og forældrenes lydhørhed i samspelet mellem barnet.
- At drøfte digitale mediers indflydelse i familiens hverdag.

Forældresamtalen

Forældresamtalen tager udgangspunkt i forældrenes oplevelser og bekymringer, deres observation og vurdering af barnets trivsel og udvikling. Den treårige kan have store følelser og har behov for støtte til regulering af disse støttet af forældrenes omsorg. Nedenstående temaer kan med fordel tages op ved 3-års undersøgelsen med udgangspunkt i undersøgelsens udfald, tidligere og aktuelle observationer og drøftelser med forældrene:

- Hvordan har barnet klaret overgangen fra dagpleje/vuggestue til børnehaven. Hvordan trives barnet i børnehaven? Er der udtrykt bekymring her? Har der været behov for særlig indsats fx ved talepædagog eller PPR? Har der været kontakt med sundhedsplejersken pga. bekymringer?
- Hvordan oplever forældrene barnets udvikling og trivsel? Hvordan indgår barnet i leg med andre børn, sine forældre og evt. søskende?
- Hvordan er forældrenes indbyrdes forhold og som forældrepar? Er der private og/eller arbejdsmæssige belastninger i familien for tiden? Hvordan trives forældrene og eventuelle andre børn i familien? Hvordan håndteres konflikter? se kapitel 5
- Er barnet renligt, eller viser det tegn på at være på vej? Relatér forældrenes vurdering til den lægefaglige vurdering af barnets neurologiske udvikling.
- Hvordan forholder forældrene sig til brug af digitale medier i samværet med barnet?
- Hvordan er mad- og måltidsvanerne og bevægelsesvanerne i familien relateret til barnets højde- og vægtudvikling? Hvordan bruges digitale medier i samværet med barnet?
- Hvordan håndteres sygdomsperioder typisk på baggrund af virusinfektioner, herunder brug af lægen/vagtlægen.
- Forebyggelse af uheld og ulykker i forbindelse med barnets større motoriske kunnen og radius under leg.

Somatisk undersøgelse og vurdering af trivsel og udvikling

Den fysiske undersøgelse tager udgangspunkt i tidligere fund og barnets anamnese med henblik på at opspore tilkommen sygdom og fremme sundhed og trivsel. Undersøgelsen, der sker under leg med barnet og samtalen med forældrene, omfatter vurdering af nedenstående.

Objektiv undersøgelse

- Alment indtryk, herunder observation af barnets motoriske, sproglige og emotionelle funktionsniveau under undersøgelsen.
- Forældre-barn interaktion under undersøgelsen, herunder samspil og lydhørhed i forhold til barnets signaler og reaktioner i løbet af undersøgelsen.
- Barnet vejes i undertøj, højde måles. Barnets ernæringstilstand og vækst vurderes, se bilag 4. Vær opmærksom på uhensigtsmæssig vægtudvikling og evt. spiseproblemer.
- Vurdering af syn og øjenkontakt, se bilag 2.
- Barnets bevægemønster, herunder grov- og finmotorik vurderes med udgangspunkt i neurologisk udvikling, se nedenfor.
- Hud undersøges for fx blå mærker, børneeksem eller andet, se kapitel 5.

Særlige opmærksomhedspunkter og væsentlige afvigelser af neuromotorisk og -psykologisk karakter

- Sproglige og/eller motoriske udviklingsforstyrrelser/forsinkelse og funktionsnedsættelser
- Ikke alderssvarende opmærksomheds- og aktivitetsniveau.
- Afvigende adfærd og samspil med forældrene og i kontakten til undersøger.

Opfølgning og samarbejde omkring familien inkl. konklusion

Konsultationen afsluttes i dialog med forældrene med vurdering af barnets samlede udvikling og trivsel jf. anbefalingen s. 6.

1.7 4-års undersøgelsen

Denne helbredsundersøgelse er med vaccination. Undersøgelsen bør især lægge vægt på opsporing af udviklings- og trivselsmæssige faktorer og på forhold, hvor man gennem en tidlig opsporing og forebyggelsesindsats kan bidrage til at øge lighed i sundhed. Det drejer sig fx om opsporing af tidlige tegn på mistrivsel, udviklingsforstyrrelser og psykiske lidelser, herunder autismespektrum forstyrrelser samt om forebyggelse af overvægt og uhensigtsmæssig konflikthåndtering.

Barnets udvikling

Det ca. fire år gamle barn er som oftest fysik aktiv og glad for at bruge kroppen, som det efterhånden har god kontrol over. Barnet går og løber med fodafvikling, skifter tempo, kan standse brat, hoppe på en fod og stå på tæer. Barnet griber en stor bold med begge hænder og tager tingene med fingrene og ikke med hele hånden. Barnet tegner mennesker og figurer med tommelkløftgrebet. Barnet taler i lange sætninger og kan begynde at lægge forskellige stemmer til figurer i fantasilege, og husker rim og remser. Barnet kan fortsat have nogle almindelige udtalefejl. Barnet kan dække bord og lege rollelege med flere børn. Barnet oplever sig som et eget individ. Det kan begynde at glæde sig til noget og sprogligt give udtryk for egne følelser.

Formål med undersøgelsen

Undersøgelsen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At undersøge barnet for eventuelle nyttilkomne tilstande samt vurdere dets trivsel og udvikling såvel fysisk som mentalt.
- At drøfte eventuelle relevante forhold i familien og hverdagens udfordringer i forhold til barnets trivsel og udvikling samt konflikthåndtering.
- At opspore uhensigtsmæssig vækstudvikling, herunder drøfte barnets mad- og måltidsvaner og fremme sunde levevaner samt barnets muligheder for bevægelse i hverdagen.
- At vurdere forældre-barn interaktionen, ved at iagttage og vurdere samarbejde, autonomi og forældrenes lydhørhed i samspillet med barnet.
- At drøfte hygiejne med henblik på at reducere forekomsten af infektionssygdomme, såfremt barnet har hyppige infektionssygdomme.
- At drøfte digitale mediers indflydelse i familiens hverdag.
- At tilbyde vaccination efter gældende vaccinationsprogram.

Forældresamtalen

Det fireårige barn er typisk i trivsel i sin hverdag, og forældresamtalen tager udgangspunkt i forældrenes oplevelser og bekymringer, og deres observation af barnets udvikling og evne til selvregulering støttet af forældrenes omsorg. Nedenstående temaer relaterer sig til barnets

udvikling og familiens trivsel og er derfor egnede til drøftelse med forældrene, med udgangspunkt i undersøgelsens udfald, tidligere og aktuelle observationer og drøftelser med forældrene:

- Hvordan oplever forældrene barnets udvikling og trivsel i hjemmet? Leger barnet aktivt med sine forældre og evt. søskende? Hvordan er barnets regulering generelt i forhold til søvn, spisning, opmærksomhed, følelsesregulering? Vær fx nysgerrige på barnets fortsatte selvstændighedsudvikling og temperament og familiens håndtering af konflikter. Relatér forældrenes vurdering til den lægefaglige vurdering af barnets neurologiske udvikling, herunder fx om barnet er renligt dag og nat?
- Hvordan oplever forældrene barnets hverdag i børnehaven? Hvordan trives barnet i børnehaven? Er der udtrykt bekymring? Har der været behov for særlig indsats, fx ved talepædagog, PPR eller sundhedsplejerske? Har barnet venskabelige relationer med de andre børn?
- Hvordan er forældrenes indbyrdes forhold og mentale helbred? Er der private og/eller arbejdsmæssige belastninger i familien for tiden? Hvordan trives forældrene og eventuelle andre børn i familien? Hvordan håndteres konflikter? Se kapitel 5.
- Hvordan forholder forældrene sig til brug af digitale medier i samværet med barnet?
- Barnets og familiens mad- og måltidsvaner og bevægelsesvaner relateret til barnets højde- og vægtudvikling?
- Håndtering af sygdomsperioder typisk på baggrund af virusinfektioner, herunder brug af lægen/vagtlægen ved hyppige infektionssygdomme.

Somatisk undersøgelse og vurdering af trivsel og udvikling

Den fysiske undersøgelse tager udgangspunkt i tidligere fund og barnets anamnese med henblik på at opspore tilkommen sygdom og fremme sundhed og trivsel. Undersøgelsen, der sker under leg med barnet og samtalen med forældrene, omfatter vurdering af nedenstående med udgangspunkt i ovenstående beskrivelse af barnets udvikling.

Objektiv undersøgelse

- Alment indtryk, herunder observation af barnets motoriske, sproglige og emotionelle funktionsniveau under undersøgelse. Er barnet alderssvarende sprogligt og motorisk udviklet?
- Forældre-barn interaktion under undersøgelsen, herunder samspil og lydhørhed i forhold til barnets signaler og reaktioner i løbet af undersøgelsen.
- Barnet vejes, højde måles. Vurdering af barnets ernæringstilstand og vækst, se bilag 4 herunder evt. uhensigtsmæssig vægtudvikling eller spiseproblemer
- Synsprøve samt vurdering øjenkontakt, se bilag 2
- Barnets bevægemønster, herunder grov- og finmotorik vurderes med udgangspunkt i neurologisk udvikling, se nedenfor
- Hud undersøges for blå mærker, eksem og lignende, se kapitel 6. 4
- Tandstatus, mundhygiejne og evt. caries

Særlige opmærksomhedspunkter og væsentlige afvigelser af neuromotorisk og -psykologisk karakter

- Sproglige og/eller motoriske udviklingsforstyrrelser/forsinkelse og funktionsnedsættelser.
- Aldersafvigende adfærd og samspil med forældrene og i kontakten til undersøger. Forstår ikke instrukser/ kan ikke indgå i samarbejde.
- Ikke alderssvarende opmærksomheds- og aktivitetsniveau.
- Ikke alderssvarende sociale kompetencer, herunder adfærd og interaktion med andre børn.

Opfølgning og samarbejde omkring familien inkl. konklusion

Konsultationen afsluttes med vaccination og dialog med forældrene om vurdering af barnets samlede udvikling og trivsel jf. anbefalingen s. 6.

Ved tegn på psykisk mistrivsel anbefales det at nuancere vurderingen med brug af et valideret værktøj udviklet til formålet, fx SDQ, se metodekatalog kapitel 7.

1. 8 5-års undersøgelsen

5-års undersøgelsen er den afsluttende helbredsundersøgelse, hvor der også tilbydes vaccination. Lægen skal være opmærksom på, at tilsynet med barnets sundhed, trivsel og udvikling nu overgår til sundhedsplejersken i skolen. Det er derfor væsentligt at lave en samlet vurdering af barnets første fem leveår og hvilke indsatser, der har været behov for undervejs, som kan have betydning for barnets skolestart. Den samlede vurdering kan formidles til sundhedsplejen efter aftale med forældre, hvis særlige forhold har gjort sig gældende.

Barnets udvikling

Det ca. femårige barn kan overveje og planlægge sine aktiviteter, det kan sætte sig i andres sted og vise hensyn og empati. Det femårige barn går med rotation af hele kroppen, står på et ben, hopper på samlede fødder, gynger, griber en lille bold med to hænder, kan kaste overhåndskast. Barnet har tegne- og skrivegreb, maler med pensel, klipper efter en streg, kan tegne en firkant. Barnet har et stort ordforråd på ca. 2000 ord, taler i sætninger med kun få udtalefejl. Barnet kan tælle mindst til 10, kender fire-seks farver, kan fortælle en handling og egne oplevelser. Barnet leger mere avancerede og fantasifulde rollelege, hvor børnene aftaler detaljerede rammer for legen.

Formål med undersøgelsen

Undersøgelsen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At undersøge barnet for eventuelle nyttilkomne tilstande samt vurdere dets trivsel og udvikling såvel fysisk som mentalt.
- At drøfte eventuelle relevante forhold i familien og hverdagens udfordringer i forhold til barnets trivsel og konflikthåndtering, herunder især i forhold til kommende skolegang.

- At opspore uhensigtsmæssig længde-/vægtudvikling, herunder drøfte barnets mad- og måltidsvaner, fremme sunde levevaner og drøfte barnets muligheder for bevægelse i hverdagen.
- At vurdere forældre-barn interaktionen, ved at iagttage og vurdere samarbejde, autonomi og lydhørhed i samspillet mellem barn og forældre.
- At drøfte digitale mediers indflydelse i familiens hverdag.
- At opsummere barnets sundhed, trivsel og udvikling i relation til den forestående skolestart og vurdere, om sundhedsplejersken i skolen skal orienteres om tidligere fund, sygdomme og tilstande, som kan være af betydning for barnets skolegang efter aftale med forældrene.
- At tilbyde vaccination efter gældende vaccinationsprogram.

Forældresamtalen

Det femårige barn er typisk i trivsel i sin hverdag. Forældresamtalen tager udgangspunkt i forældrenes oplevelser og eventuelle bekymringer og i deres observation af barnets udvikling og trivsel. Nedenstående temaer relaterer sig til barnets udvikling og familiens trivsel og er derfor egnede til drøftelse med forældrene, med udgangspunkt i undersøgelsens udfald, tidligere og aktuelle observationer og drøftelser med forældrene.

- Hvordan oplever forældrene barnets hverdag hjemme og i børnehaven? Hvordan trives barnet i dagtilbuddet? Er der udtrykt bekymring? Har der været behov for særlig indsats, fx ved talepædagog eller PPR?? Har barnet venskabelige relationer med andre børn, leger barnet med sine forældre og evt. søskende? Hvordan forholder forældrene sig til brug af digitale medier i samværet med barnet?
- Hvordan oplever forældrene barnets udvikling og trivsel? Vær fx nysgerrige på barnets selvstændighedsudvikling og temperament og familiens håndtering af konflikter. Relatér forældrenes vurdering til den lægefaglige vurdering af barnets neurologiske udvikling, herunder om barnet har daglig eller natlig enuresis eller problemer med encoprese?
- Hvilke forestillinger og forventninger har forældrene om den forestående skolestart? Hvad har børnehaven vurderet? Fx i forhold til etablering af nye venskaber og skift til to nye arenaer, sådan som barnet fremtræder ved fem årsalderen.
- Hvordan er forældrenes indbyrdes forhold og mentale helbred? Er der private og/eller arbejdsmæssige belastninger i familien for tiden? Hvordan trives forældrene og eventuelle andre børn i familien? Hvordan håndteres konflikter?
- Barnets og familiens mad- og spisevaner drøftes relateret til barnets højde- og vægtudvikling, herunder sunde søvn-, mad- og bevægelsesvaner i familien.

Somatisk undersøgelse og vurdering af trivsel og udvikling

Den fysiske undersøgelse tager udgangspunkt i tidligere fund og barnets anamnese med henblik på at opspore tilkommen sygdom og fremme sundhed og trivsel. Undersøgelsen, der sker under leg med barnet og samtalen med forældrene, omfatter vurdering af nedenstående med udgangspunkt i ovenstående beskrivelse af barnets udvikling.

Objektiv undersøgelse

- Alment indtryk, herunder observation af om barnet er alderssvarende motoriske, sprogligt og emotionelt.
- Forældre-barn interaktion under undersøgelsen, herunder samspil og forældrenes lydhørhed i forhold til barnets signaler og reaktioner i løbet af undersøgelsen.
- Barnet vejes og højde måles. Vurdering af barnets ernæringstilstand og vækst, se bilag 4
- Synsprøve se bilag 2
- Bevægelsesmønster, grov- og finmotorik vurderes med udgangspunkt i neurologisk udvikling, se nedenfor
- Hud undersøges for fx blå mærker, børneeksem eller lignende se kapitel 6.4
- Tandstatus, herunder mundhygiejne og evt. caries.

Særlige opmærksomhedspunkter og væsentlige afvigelser af neuromotorisk og -psykologisk karakter

- Afvigende psykosociale kompetencer og evt. neuropsykologiske udfordringer
- Ikke alderssvarende motorisk og sproglig udvikling
- Ikke alderssvarende opmærksomheds- og aktivitetsniveau.
- Sundhedsmæssige udfordringer som fx kronisk somatisk sygdom eller neuropsykiatrisk lidelse, evt. under udredning, som kan påvirkes barnets muligheder for at være i ordinært skoletilbud

Opfølgning og samarbejde omkring familien inkl. konklusion

Denne afsluttende forbyggende helbredsundersøgelse afsluttes som de øvrige undersøgelser i dialog med forældrene med vurdering af barnets samlede udvikling og trivsel jf. anbefalingen s. 6.

Såfremt lægen vurderer, at barnet har haft sundhedsmæssige problemer, der kan få betydning for skolegangen og barnets hverdagsliv, udarbejder lægen i forbindelse med denne undersøgelse et notat til den kommunale sundhedstjeneste. Det sker efter aftale med forældrene og i henhold til BEK nr. 1344 af 03/12/2010 § 22. Ved tegn på psykisk mistrovisel anbefales det at nuancere vurderingen med brug af SDQ, se metodekatalog kapitel 7.

Korrespondancen, som har betydning for det fortsatte forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i skolen, anbefales at beskrive, hvilke faggrupper og/eller offentlige instanser, der eventuelt hidtil har været involveret i barnets sundheds- og trivselsproblemer. Formålet med notatet, der eventuelt kan ledsages af vaccinationsstatus, vækstudviklingskema og andet, er at sikre kontinuitet i den sundhedsfaglige indsats.

2. Sundhedsplejeydelser til spædbørn og småbørn og deres forældre

Særlige opmærksomhedspunkter

- Ydelser tilrettelægges, således at barnets helbred, sundhed og trivsel følges gennem spæd- og småbarnsalderen
- Ydelser tilrettelægges med henblik på både at yde universelle forebyggende og sundhedsfremmende indsatser og specifik og indikeret rådgivning til børn og unge med særlige behov for støtte til sund trivsel og udvikling
- Ydelser til børn og unge med særlige behov udover sundhedsplejens ansvars- og kompetenceområde tilrettelægges i tværprofessionelt samarbejde.

Tilbud til forældre om tilsyn med barnets sundhed, trivsel og udvikling ved hjemmebesøg i første leveår og senere kontakter, herunder hjemmebesøg udover første leveår er bestemt i BEK nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge, kapitel 3 og 4.

I de følgende afsnit beskrives en række hjemmebesøg, som Sundhedsstyrelsen anbefaler tilbudt til familierne i første leveår og efter etårsalderen. Tidspunkterne i første leveår er begrundet i forhold til at kunne følge og vurdere barnets sundhed og trivsel i et udviklingsperspektiv. De anførte tidspunkter for hvert hjemmebesøg er vejledende, idet der altid må tages udgangspunkt i den konkrete families behov og i kommunens besøgsprofil.

Ud over de anbefalede universelle hjemmebesøg kan kommunen tilbyde andre besøg til alle familier efter kommunalbestyrelsens beslutning. Børn og familier med særlige behov skal have et særligt fokus, hvor tværprofessionelle kompetencer eventuelt skal inddrages i indsatsen.

Hjemmebesøg og andre ydelser tilrettelægges individuelt, målrettet og differentieret med henblik på at øge lighed i sundhed. Læs mere om niveauinddeling af sundhedsplejens ydelser i "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse. Lovbestemte rammer" kapitel 4 og på www.sst.dk/niveauinddeling-af-sundhedsplejens-ydelser.

Gennem barnets første leveår må sundhedsplejersken ud over barnets fysiske og mentale trivsel og udvikling også være opmærksom på forældrenes mentale velbefindende, barnets tilknytningsadfærd og relationer barn og forældre imellem og forældrene indbyrdes vurderes og drøftes når relevant. Se også kapitel 5 om tilknytning og relationer og om perinatal depression.

Såfremt der ved undersøgelse af barnet og/eller gennem samtale med forældrene findes sundheds- eller trivselsmæssige forhold af såvel mental som fysisk karakter, der kræver nærmere undersøgelse, henvises barnet til den praktiserende læge for undersøgelse og evt. behandling. Forældrene kan ligeledes henvises til andre relevante samarbejdspartnere jf. principperne om niveauinddeling.

Det faglige indhold af hjemmebesøgene tilrettelægges af kommunerne ud fra et kvalitetssikrings- og kvalitetsudviklingsperspektiv. Indikatorer fra Den Nationale Børnedatabase skal indgå i

tilrettelæggelse af ydelserne.

Beskrivelser og vejledning nedenfor gælder normalt udviklede, sunde og raske spæd- og småbørn. Når det gælder familier med særlige sundhedsfaglige og/eller sociale behov, hvor der skal tilbydes ydelser på niveau 2-4, må også forhold beskrevet i kapitel 5 og 6 inddrages i vurderingen af barnet og i tilrettelæggelse af indsatser og ydelser.

2.1 Generelt om hjemmebesøg hos spæd- og småbørn

Alle hjemmebesøg tager ligeværdigt udgangspunkt i forældrenes oplevelser og behov for at drøfte særlige emner og eventuelt kvalificere emner, forældrene har søgt og fået forskellige svar på, fx på sociale medier og blandt netværket. Ved alle hjemmebesøg hos børn under et år skal barnet vejes afklædt, måles liggende og have målt hovedomfanget. Undersøgelserne danner baggrund for vurdering af og samtale om barnets udvikling og trivsel. Undersøgelser af barnet bør ske tidligt i besøget, idet undersøgelsen suppleret med forældrenes spørgsmål og refleksioner danner grundlag for den samlede vurdering af familiens behov for sundhedsplejeydelser jf. principperne om niveauinddeling.

Ved undersøgelse af barnet skal der være særlig opmærksomhed på de tilstande, der er beskrevet i kapitel 5.6 og 5.7 og i kapitel 6 om særlige kliniske problemstillinger. Disse kapitler er væsentlige at forholde sig systematisk til ved vurdering af barnets udvikling, da de er markører for ulighed i sundhed senere i livet.

Afslutningsvist vurderes barnets helbred, trivsel og udvikling samt familiens trivsel i forhold til, hvilke ydelser familien fremover har brug for. Dette med henblik på at målrette ydelserne, således at der tilbydes den rette indsats til rette tid af de rette fagpersoner og med det formål at øge lighed i sundhed.

2.1.1 Hygiejniske forholdsregler ved alle undersøgelser af barnet

Ved alle undersøgelser af et afklædt barn anvendes handsker og engangsforklæde. Når undersøgelsen er afsluttet er handsker og forklæde ikke længere påkrævet og samtalen kan fortsætte uden. Dette gælder også i "Åbent hus", ved aftalte konsultationer og lignende. Ved hjemmebesøg hos børn over et år med særlige behov, kan besøg være begrundet af forhold, der ikke nødvendiggør, at barnet undersøges afklædt, ligesom det kan være relevant at undersøge barnet afklædt. Sundhedsplejerskens faglige vurdering afgør, hvorvidt barnet skal klædes helt eller delvist af.

2.1.1 Journalføring

Hjemmebesøget afsluttes med journalføring jf. bestemmelserne beskrevet i "Forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. Lovbestemte rammer" kapitel 2. Det, der har betydning for barnets nuværende tilstand samt det, der ud fra et sundhedsfagligt skøn kan bruges i en eventuel senere vurdering og behandling af barnet, skal journalføres i nødvendigt omfang. De 12 sygeplejefaglige problemområder vurderes som minimum ved etableringsbesøget. Læs mere i bilag 6.

2.2 Støtte til etablering og opretholdelse af amning

Amning har en række gavnlige sundhedsmæssige effekter for mor og barn både på kort og langt

siget. Mere end 95 % af mødre påbegynder amning. Den nationale Børnedatabase (2021) viser, at Knap 90% ammer fuldt ved 2 uger, knap 60 % ammer fuldt ved 4 måneder, mens godt 13 % ammer fuldt ved 6 måneder. Varighed af amning er stort set uændret over en lang årrække.

Fars/partners holdning til amning har både betydning for, hvilken ernæring barnet får, og hvor længe moderen ammer. Det er derfor væsentligt at inddrage far/partner i alle drøftelser om amning.

Det anbefales at tilrettelægge ydelserne, så der ydes særlig støtte til kvinder med risiko for tidligt ammeophør med henblik på at reducere ulighed i sundhed.

Det gælder blandt andet kvinder som:

- har kort skolegang
- har højt BMI
- ryger
- har etnisk minoritetsbaggrund, også 2. og 3. generation
- kommer fra familier uden tradition for at amme
- er usikre på egne evner til at amme
- har dårlig erfaring med amning fra tidligere.

Med henblik på at styrke amning anbefales, at den tidlige rådgivning tager udgangspunkt i følgende fire dokumenterede principper:

- Barnet lægges hud mod hud så meget som muligt og primært hos moderen.
- Hyppig amning, når barnet gerne vil, og mindst otte gange i døgnet.
- Tilbagelænet amning eller anden god stilling, hvor mor og barn har tæt fysisk kontakt.
- Amning er en fælles forældreopgave.

Disse fire råd understøtter amningen sammen med de fysiologiske mekanismer, der gør, at moderen får godt gang i mælkeproduktionen indenfor de første tre døgn, hvor barnet på samme tid omstiller sig til at få mad med intervaller.

Der er dokumenteret social ulighed i ammevarighed. Lavere ophørsrate kan opnås ved et eller flere tidlige hjemmebesøg efter fødslen eventuelt i kombination med telefonrådgivning og anden rådgivning samt praktisk anvisning på amning. På den baggrund anbefales den kommunale sundhedstjeneste at udvikle og iværksætte sundhedspædagogiske tiltage med henblik på at reducere ulighed ved at øge varigheden af amning, såfremt forældrene ønsker dette. Der henvises til *Amning – en håndbog til sundhedspersonale* for inspiration til tilrettelæggelse af ammevejledningen.

Kvinder, der ikke ønsker at amme fuldt eller slet ikke, skal støttes i deres beslutning og rådgives om modermælkerstatning og hygiejne i forbindelse hermed.

2.3 Graviditetsbesøg

Det fremgår af BEK nr. 1344 af 03/12/2010 § 16, at kommunalbestyrelsen kan beslutte, at personer over den undervisningspligtige alder, herunder gravide og personer med risiko for eller

med aktuelle handicap skal tilbydes en særlig indsats.

Formålet med graviditetsbesøget er, at socialt udsatte og sårbare gravide og deres partner får tilbudt ydelser inden for sundhedsplejens ansvars- og kompetenceområde, som supplement til de ydelser, der tilbydes via svangreomsorgen. Det tværsektorielle samarbejde bidrager til, at barnet og forældrene får det bedst mulige udgangspunkt for en sund start for barnet og for forældreskabet.

Der er betydelige sociale uligheder i forekomsten af en række graviditets- og fødselskomplikationer samt i børnedødeligheden. Med henblik på at øge lighed i sundhed allerede under graviditeten må kommunen etablere, fastholde og kvalitetssikre tværsektorielle og tværprofessionelle samarbejdsstrukturer omkring kommende forældre i sårbare og udsatte positioner.

Det er væsentligt at have fokus på at yde en helhedsorienteret indsats med udgangspunkt i familiens behov i kombination med en koordineret sundheds- og socialfaglig tilgang, hvor forældrenes ressourcer er udgangspunkt for, hvor og hvornår indsatsen skal finde sted. Det er vist, at det med tidligt indsættende tvær- og flerfaglige indsatser til kommende forældre i såvel sårbare som socialt udsatte positioner er det muligt at reducere forekomsten af fx for tidlig fødsel og lav fødselsvægt. Det er desuden vist, at sårbare og udsatte kommende forældre kan blive mere parate til at blive forældre i forhold til de livserfaringer og psykosociale belastninger, de har med sig ind i forældreskabet.

Indholdet i graviditetsbesøget afstemmes i forhold til de kommende forældres erfaringer, forudsætninger og behov jf. principperne om niveauinddeling af ydelser i såvel svangreomsorgen som sundhedsplejen. Såfremt besøget afdækker sundhedsfaglige behov, der skal imødekommes for at øge lighed i sundhed, må der planlægges yderligere besøg eller henvises til andre fagprofessionelle, der kan imødekomme behovet og yde den rette støtte i rette tid, dette evt. i samarbejde med sundhedsplejersken.

Graviditeten er et åbent vindue, hvor forældre med vanskeligheder er særligt åbne for rådgivning og støtte. Når det gælder familier, der har behov for ydelser på niveau 4, er der behov for omfattende støtte. Det kræver altid samarbejde med myndighedsafdelingen, som træffer afgørelse om iværksættelse af nødvendig og tilstrækkelig foranstaltning i henhold til bestemmelserne i Barnets lov. Hjemmebesøg i samarbejde med andre fagprofessionelle fx jordemoder eller sagsbehandler kan overvejes, hvis det bidrager til, at kvinden følger svangreomsorgens tilbud eller får tidligere sundheds- eller socialfaglig støtte til at håndtere identificerede problemer.

I planlægning og gennemførelse af graviditetsbesøget anbefales ud over de temaer, som de kommende forældre er optaget af, særlig opmærksomhed på følgende emner:

Ønsker til og evt. erfaringer med amning

Det kan fx handle om

- hvilken intention og motivation har kvinden/parret for at ville amme

- hvilke erfaringer og traditioner er der i den nære familie
- hvilken viden og forventninger har kvinden/parret

Ressourcer og netværk

Det kan fx dreje sig om

- forberedelse til forælderrollen og forældreskabet.
- oplevelser i egen barndom i form af omsorgssvigt fx fysisk eller psykisk vold eller opvækst i familie med alkoholproblemer, skolegang/uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet
- unge forældre uden uddannelse eller arbejde
- sparsomt eller intet familienetværk hos nogen af forældrene
- forældrenes tilknytningsevne eller –mønstre

Roller, dynamik og samspil i en kommende ændret hverdag

Der kan fx være tale om

- et ustabil eller konfliktfyldt parforhold allerede i graviditeten,
- muligheder for og forestillinger om orlovsperioden for den anden forældres orlov
- komplicerede relationer i den nærmeste familie

Særlige behov for støtte både før og efter fødslen

Det kan fx dreje sig om

- forekomst af kronisk somatisk sygdom, hvor graviditet og forældreskab kan øge belastningen.
- nuværende eller tidligere kendt psykisk lidelse som angst, depression skizofreni o.a.
- belastet økonomi, manglende eller uhensigtsmæssig bolig, manglende uddannelse
- støtte til praktiske opgaver både hos en kommende enlig mor, herunder solomødre eller hos begge forældre.
- andre stressorer under graviditeten, som påvirker både mor og barn

Tegn på perinatal depression

Det anbefales at tilbyde begge kommende forældre undersøgelse for tegn på perinatal depression.

Der henvises i øvrigt til metodekataloget kapitel 7 for inspiration til etablering og kvalitetssikring af besøget og de metoder, det kan overvejes at anvende.

2.4 Barselsbesøg - vurdering af barnets trivsel i den første tid efter fødslen

Såfremt familien er udskrevet inden for 72 timer efter fødslen og efter hjemmefødsler/klinikfødsler, tilbyder sundhedsplejersken et tidligt hjemmebesøg på 4. eller 5. dagen efter fødslen. Formålet er at føre tilsyn med/vurdere barnets trivsel i den første tid efter fødslen og dermed bidrage til at undgå genindlæggelser pga. ernæringsproblemer med risiko for dehydrering samt gulsot og brystbetændelse hos mor.

Far/ partner inddrages ligeværdigt i barselsbesøget og i drøftelserne om det nyfødte barns fysiske trivsel og overgangen fra kommende til nybagte forældre.

2. 4. 1 Særlige opmærksomhedspunkter ved barselsbesøget

Fysisk trivsel/amning/anden ernæring

Sundhedsplejersken vurderer, om amning eller anden ernæring er sufficient ved at veje barnet og vejleder ved behov om amnestillinger, ammeteknik, aflastning af mor o.a. Der skal være særlig opmærksomhed på mødre i risiko for problemer med amning, herunder opmærksomhed på den dokumenterede ulighed i varighed af fuld amning. Hvis forældrene ikke ønsker, at barnet skal ammes, skal dette respekteres.

Alle nye forældre vil have god nytte af et tidligt hjemmebesøg med henblik på at drøfte spørgsmål om etablering og opretholdelse af amning samt spørgsmål og usikkerhed forbundet med de første dage hjemme med det nyfødte barn. Der henvises til "Amning – en håndbog for sundhedspersonale" for uddybning af rådgivning.

Ved vægttab over hhv. 7% og 10 % henvises til "Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn" for påkrævede handlemuligheder. Der skal være opmærksomhed på, at barnet vejes på forskellige vægte på fødested og i sundhedsplejen, hvorfor andre parametre som vandladning, afføring og almentilstand indgår i vurderingen

Barnets almentilstand, farver, hudturgor og navle, herunder vurdering af evt. gulsot

Barnets almentilstand vurderes. Ved observeret gulsot vurderes, om barnet skal henvises til fødeafdeling for blodprøve, eller hvornår næste besøg skal aflægges som opfølgning. Dette også under hensyntagen til barnets vægtudvikling og vurdering af om barnets ernæring er sufficient. Læs mere i kapitel 6.

Navlested

Navlen udskiller et klart gult sekret, som ikke skal fjernes. Navlestedet observeres for infektionstegn i og omkring navlen. Der observeres for rødme, hævelse, pus, varme og for, om navlestedet er ildelugtende eller væskende.

En navlestump kræver som regel ingen særlig pleje, men skal have luft og holdes tør og ren. Ved forurening vaskes med vand og sæbe. Det er vigtigt, at navlen holdes tør mellem vask

Ved infektionstegn rådgives om navlepleje og fortsat observation af navlested. Det vurderes, om der er behov for henvisning til fødested eller praktiserende læge.

Navlegranulom

Et navlegranulom er en ufarlig væskende arvævsdannelse, der opstår i forbindelse med navlens opheling. Et granulom er ufarligt og smertefrit, men udgør en risiko for infektion og behandling kan være nødvendig. Ved navlegranulom, hvor der vurderes risiko for infektion, henvises til almen praksis for vurdering om behandling skal påbegyndes.

Mors blødning og evt. smerter

Ved fortsat stor blødning eller smerter i underlivet henvises til fødested. Bækkenbundsøvelser introduceres eller repeteres, afhængigt af om der vejledt herom på fødested.

Familiedannelsen:

Der bør være særlig fokus på information om og støtte til den tidlige forældredannelse, herunder at støtte forældrene i at kunne vurdere barnets behov for mad, trøst og omsorg. Sundhedsplejersken skal være opmærksomhed på forældrenes individuelle mentale velbefindende, relationen mellem forældre og barn samt forældrene imellem.

Såfremt sundhedsplejersken vurderer, at der er behov for en anden faglig vurdering af mors eller barnets tilstand kan forældrene jf. anbefalinger for svangreomsorg henvende sig til fødestedet uden henvisning de første syv dage.

2. 5 Etableringsbesøget

Etableringsbesøget er et uafhængigt og selvstændigt hjemmebesøg, der adskiller sig fra barselsbesøget ved at være mere omfattende i den kliniske undersøgelse og samtale om forældrenes trivsel. Såfremt der er aflagt tidligt barselsbesøg tilrettelægges etableringsbesøget efter en vurdering af behov for opfølgning samt efter aftale med forældrene. Etableringsbesøget må dog i disse tilfælde være aflagt senest 10 dage efter barselsbesøget af hensyn til vurdering af barnets fysiske trivsel og besøgets øvrige indhold.

Hvis familien har været indlagt mere end 72 timer efter fødslen bør etableringsbesøget aflægges senest 7 dage efter, familien er udskrevet fra fødestedet. Dette uanset barnets alder ved udskrivning.

Etableringsbesøget indeholder som udgangspunkt en samtale om graviditet og fødsel og om tiden før barsels- og/eller etableringsbesøget, en fysisk undersøgelse af barnet og samtale med forældrene om de nye roller og opgaver, herunder information om kommunens tilbud fra sundhedsplejen fx mødre-, fædre- og forældregrupper.

Etableringsbesøget tager udgangspunkt i familiens behov samt kendskab til forældrene fra graviditets- og/eller barselsbesøg. Etableringsbesøget har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At vurdere tilstande eller problemstillinger, som ikke kan observeres umiddelbart i forbindelse med fødslen, som fx gulsot, kredsløbsinsufficiens, dehydrering, etc. eller forhold som ikke er observeret i forbindelse med fødslen fx skjult ganespalte, se afsnit 6. 2.
- At orientere sig om, hvorvidt forældrene har fået tilbudt de ordinære screeninger af barnet ved fødslen.
- At drøfte problemstillinger eller mistanke opstået i relation til den postnatale screening eller hændelser i forbindelse med fødsel og barselstiden frem mod etableringsbesøget.
- At drøfte forventninger til forældreskabet med udgangspunkt i forældrenes livshistorier.
- At identificere forældre, som ikke er identificeret i graviditeten, og som kan have alvorlige problemer med tilknytning til barnet og omsorgen for deres barn. Det kan fx dreje sig om depression eller andre psykiske lidelser, vold i hjemmet, misbrug, dårlig begavelse og andre problematiske forhold af betydning for barnets og familiens trivsel.
- At drøfte temaer vedrørende omsorg for barnet og hinanden, herunder forældreskab og spædbarnspleje, forventninger til amning eller anden ernæring til barnet. Der skal altid vejledes om D-vitamin (og evt. jerntilskud), forebyggelse af vuggedød, udsættelse for

tobaksrøg, alkoholkultur i hjemmet, forebyggelse af faldulykker.

- At informere om kommunens forebyggende tilbud til forældre med spædbørn, journalføring og dataindsamling.
- At sikre sig, at mor har kendskab til betydningen af genoptræning af bækkenbunden.

Barnets udvikling

Det nyfødte barn ligger med alle led flekterede, hænderne er knyttede. I bugleje er bækkenet højest med knæene under maven. Der kan etableres kortvarig øjenkontakt, barnet lytter og gensvarer med bevægelse af arme og ben.

Barnet undersøges vågent og afklædt. I undersøgelsen indgår vurdering af følgende:

- Kontakt, proportioner, tonus, reaktioner og bevægemønstre.
- Hudens udseende og farve, navlens opheling.
- Kraniets facon, fontanellers form og størrelse, kraniefurer, eventuelle hæmatomer, herunder vurdering af spor efter kop-extraction, ansigtssymmetri og dimensionering, ørernes udseende og placering samt huden omkring og bag ørerne.
- Halsens fri bevægelighed vurderes i forhold til eventuel clavikelfraktur og torticollis.
- Mund og mundhule undersøges for ganespalte, se afsnit 6.2.
- Reflekser (sutte-/søge- samt griberefleks), se bilag 5.
- Barnet vejes og måles afklædt, og hovedomfanget måles, se afsnit 6.1 og bilag 4.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- Barnets fysiske tilstand, herunder vægtøgning i henhold "Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn", og evt. gulsot.
- Forældrenes mentale tilstand, herunder særlig opmærksomhed på risiko for recidiv af psykiske lidelser efter fødslen.
- Tilknytning mellem forældre og barn og relationen forældrene imellem.
- Forældrenes og eventuelle søskendes oplevelse af den nye/større familie.

2. 6 Andet besøg i første levemåned

Hjemmebesøget aflægges inden, barnet er en måned gammel. Såfremt barnet er synligt ikterisk efter 14. levedøgn, henvises til den praktiserende læge med henblik på at få målt konjugeret bilirubin i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. opsporing af galdevejsatresi, se kapitel 6.

Besøget tager udgangspunkt i forældrenes spørgsmål og behov og opmærksomhedspunkter fra første besøg og har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At vurdere barnets trivsel og vurdere eventuel gulsot
- At vurdere tilknytning og relationen mellem barnet og dets forældre og forældrene imellem
- At drøfte problemstillinger relateret til amning eller anden ernæring, barnets søvn, gråd og anden begyndende selvregulering understøttet af forældrenes omsorg og mentaliseringevne, det spæde sprog og forældrenes støtte til barnets tidligere sprogudvikling samt barnets reaktionsmønstre, herunder barnets behov for både ro og stimulation samt andre omsorgsrelaterede emner
- At drøfte forældrenes oplevelser som familie, roller og forventninger, eventuelle

søskendereaktioner og overvejelser om, hvordan orloven skal deles

- At vurdere forældrenes behov for støttende foranstaltninger, herunder drøfte netværk, mødre-, fædre- og/eller forældregrupper og andre tilbud i kommunen
- At orientere forældrene om de forebyggende helbredsundersøgelser hos den praktiserende læge. Såfremt barnet har fået hepatitis B-vaccine ved fødslen, gøres forældrene opmærksomme på, at næste vaccination gives ved 4-ugers-alderen.

Barnets udvikling

Barnets bevægelser er ukoordinerede, hænderne let knyttede med tommelfingrene drejet indad. Armene er efterhånden mere udstrakte, mens benene fortsat er bøjede og trukket op under barnet. Barnet forsøger at lytte, når der bliver talt til det og genkender stemmer og eventuel musik. Barnet kan fokusere på ca. 20 cm's afstand og reagerer diffust på stærkt lys. Vær opmærksom på, at også blinde børn kan have 'sikker øjenkontakt'. Så hvis kontakten ikke udvikles, og barnet ikke giver kontaktsmil, skal det henvises til øjenlæge med henblik på vurdering af synsevnen.

Ved undersøgelsen lægges vægt på vurdering og observation af følgende:

- Barnet vejes og måles afklædt, kranieomfang måles, se kapitel 6.1 og bilag 4.
- Kontakt, tonus, reaktioner, bevægemønstre
- Vurdering af kranieform (begyndende flad nakke, asymmetri, tårnkranie o.a.)
- Mundhulen undersøges for evt. trøske
- Der undersøges for isoleret ganespalte, se kapitel 6.2
- Hud og navle undersøges.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- Tilknytningsadfærd og forældrenes mentale trivsel.
- Barnets søvn- og spisemønstre.
- Kraniefacon.

2. 7 Besøg hos det ca. 2-måneders gamle barn

For at sikre et kontinuerligt tilsyn med spædbarnets udvikling, fysiske og mentale trivsel anbefales at tilbyde et hjemmebesøg på dette tidspunkt, hvor familien har fundet en rytme i en ny hverdag. Ved dette besøg anbefales systematisk at opspore tegn på perinatal depression hos begge forældre med henblik på tidlig indsats. Også forældre med etnisk minoritetsbaggrund skal have tilbud om undersøgelse for tegn på perinatal depression, såfremt det er en undersøgelse, der tilbydes i sundhedsplejen. Se også afsnit 5. 5 om perinatal depression.

Det er vist, at amning kan give særlige udfordringer på dette tidspunkt med uønsket ammeophør til følge, hvorfor der må være særligt fokus på støtte til fortsat amning, såfremt forældrene ønsker dette, se også afsnit 2. 2.

Besøget tager udgangspunkt i familiens spørgsmål og behov og tidligere opmærksomhedspunkter og har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At forebygge, at amning ikke ophører før ønsket og planlagt

- At vurdere forældrenes mentale tilstand med henblik på at opspore og eventuelt henvise til diagnosticering og behandling af perinatal depression og/eller angst
- At vurdere og understøtte tilknytningen mellem barn og forældre og samspillet mellem forældrene, herunder drøfte konflikthåndtering
- At vejlede om barnets lejrning både under søvn og i vågen tilstand med henblik på at forebygge flad nakke eller asymmetrisk hovedfacon, såfremt det er relevant
- At drøfte stimulation, ro og hvile samt vejlede om det spæde barns søvnmønster med henblik på støtte udviklingen af hensigtsmæssig døgnrytme for både barn og forældre
- At orientere om vaccination ved tre måneder.

Barnets udvikling

Det ca. to måneder gamle barn har fået øje på sine hænder og er optaget af dem. Barnet prøver at koordinere det øjnene ser med armenes bevægelser. Det begynder at føre de knyttede hænder op til munden og sutte. Barnet smiler bevidst og tager initiativ til kontakt, har enkelte pludrende lyd, og gråden er med større variation. Det kan følge bevægelser med blikket og kan fastholde øjenkontakt i kortere perioder.

Ved undersøgelsen lægges vægt på vurdering og observation af følgende:

- Barnet måles og vejes afklædt, kranieomfang måles, se kapitel 61. bilag 4.
- Tilknytningen mellem barnet og forældrene, se kapitel 5. 4
- Barnets sociale og motoriske udvikling vurderes ved systematisk undersøgelse, se kapitel 5.6. og 5.7 samt metodekatalog vedr. AIMS.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- Forebyggelse af uønsket ammeophør
- Tilknytning mellem barn og forældre, forældrenes mentale tilstand og mentaliseringsevne samt relationen mellem forældrene
- Barnets opmærksomhed, evne til selvregulering og reaktionsmønstre ved stimulering og behov for ro
- Kraniestørrelse og -facon.

2. 8 Besøg hos det 4-6 måneder gamle barn

Besøgets hovedformål er vejledning om overgang til anden mad end mælk. Hjemmebesøget aflægges, når forældrene vurderer, at barnet er parat til at starte på anden mad end mælk. Det bør være barnets udvikling og parathed til skemad og forældrenes behov for vejledning, der er afgørende for, hvornår besøget tilbydes og ikke barnets alder. Der bør derfor ikke automatisk planlægges et besøg ved fire måneder. Overgang til anden mad end mælk bør påbegyndes senest ved seks måneder.

Besøget tager udgangspunkt i familiens spørgsmål og behov og tidligere opmærksomhedspunkter og har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At tilbyde vejledning om overgang til anden mad end mælk på et tidspunkt, hvor det og forældrene er klar til det
- At forældrene føler sig velinformerede og trygge ved at begynde at tilbyde barnet anden mad end mælk, således at overgangsperioden forløber så problemfrit som muligt for både barnet

- og forældrene, herunder også om betydningen af sansemotoriske oplevelser under måltidet
- At drøfte fortsat amning i forhold til forældrenes ønsker og behov og under hensyntagen til den anden forælders orlov
 - At vurdere barnets sociale, sproglige og motoriske udvikling se kapitel 6, herunder drøfte forebyggelse af ulykker samt vejlede forældrene om relevant stimulation,
 - At drøfte konflikthåndteringsstrategier, se afsnit 5. 11.

Barnets udvikling

Omkring 5-måneders alderen har barnet god hovedkontrol, når det sidder op. Det drejer hovedet efter lyd. I bugleje løfter barnet hovedet og støtter på underarmene. Barnet begynder at vende sig fra mave til ryg og trækker selv med fra liggende til siddende, hvor hovedet følger med. Barnet har øje-håndkoordination og griber sikkert ud efter ting med tværgreb, hvor tommelen begynder at komme med. Barnet kan flytte ting fra hånd til hånd og putter ting i munden. Det kan bevæge øjnene uden at bevæge hovedet. Det kan begynde at drikke af kop og spise med ske. Barnet pludrer varieret og med forskellig styrke, griner og hviner. Barnet er interesseret i og følger genstande. Det følger legetøj, der falder inden for synsfeltet. Barnet søger far, mor eller anden kendt person. Kan begynde at skelne fremmede. Er interesseret i omgivelserne og sikker i kontakten.

Ved undersøgelsen lægges vægt på vurdering og observation af følgende:

- Barnet vejes afklædt. Barnet måles, såfremt det endnu ikke har været til 5-måneders undersøgelse i almen praksis. Hvis barnet er målt hos den praktiserende læge, noteres dette mål i barnets journal.
- Tilknytningen mellem barnet og forældrene, se afsnit 5. 4
- Barnets fysiske tilstand og sociale, sproglige og motoriske udvikling, se afsnit 5. 6 og 5. 7.

Særlige opmærksomhedspunkter

- Overgang til anden mad end mælk.
- Barnets sociale, sproglige og motoriske udvikling.
- Søvn- og spisemønstre
- Forældrenes mestringsstrategier ved problemer.

2. 9 Besøg hos det 8-11 måneder gamle barn

Hjemmebesøget aflægges med henblik på at vurdere, om barnets fysiske og mentale sundhed og trivsel er indenfor normalområdet, og hjemmebesøgene i første leveår på den baggrund kan afsluttes. Kontakten i form af hjemmebesøg kan fortsætte ud over etårsalderen, såfremt barnets trivsel og udvikling giver anledning til fortsat kontakt jf. § 13 BEK nr. 1344 af 03/12/2010 og under hensyntagen til principperne om niveauinddeling.

Besøget tager udgangspunkt i forældrenes spørgsmål og behov og evt. tidligere opmærksomhedspunkter og har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At vurdere og drøfte barnets mad og drikke i forhold til barnets næringsmæssige behov, dets alder og udvikling
- At vurdere barnets sociale, sproglige og motoriske udvikling og samspelet med forældrene, se afsnit 5. 6 og 5. 7

- At drøfte konflikthåndteringsstrategier, se afsnit 5. 11
- At vejlede om forebyggelse af ulykker i relation til barnets stigende mobilitet
- At drøfte barnets pasning, når forældrenes orlov ophører, herunder sandsynlighed for øget sygelighed og forebyggelse af infektioner.

Barnets udvikling

Det otte-elleve måneder gamle barn kan sidde selv og er på vej til at kravle. Barnet har bedre kontrol over hænder og fingre, det undersøger legetøjet med begge hænder og er interesseret i at begynde at spise selv. Det slipper aktivt legetøj og udvikler pincetgreb. Mod slutningen af perioden kan barnet vinke og klappe. Barnet forstår enkelte ord og lyde. Pludrer med mange lyde, i to stavelser og i varieret styrke og længde. Gentager forældrenes lyde. Kan tygge mad med grovere konsistens. Kan være angst for separation i perioder. Begynder at udvise interesse for andre børn og tager initiativ til leg ved fx at kaste ting ned.

Ved undersøgelsen lægges vægt på vurdering og observation af følgende:

- Barnet vejes og måles afklædt, hovedomfang måles se bilag 4 og kapitel 6.1
- Barnets fysiske tilstand, sociale, sproglige og motoriske udvikling og tilknytning mellem barnet og dets forældre vurderes, se kapitel 5.
- Der undersøges for skelen med Hirschbergs test, se bilag 2,

Særlige opmærksomhedspunkter:

- Barnets mælkeindtag og overgang til familiens mad.
- Barnets sociale, sproglige og motoriske udvikling, se kapitel 5.6 og 5.7 samt søvn, se kapitel 5.14.
- Barnets neuropsykologiske udvikling, se kapitel 7 metodekatalog vedr. PUF
- Forebyggelse af uheld og ulykker i hjemmet.

Det systematiske og strukturerede besøg er som udgangspunkt et afsluttende besøg før overgang til dagtilbud. Besøget er desuden en anledning til at resumere barnets udvikling til og sammen med forældrene vurdere, om der er behov for opfølgning i første leveår. Der kan være behov for støtte fra sundhedsplejersken i forbindelse med overgang til dagtilbud.

Ydelser ud over første leveår tager udgangspunkt i de særlige behov familien har haft i første leveår jf. principperne om niveauinddeling, se kapitel 4 i "Forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. Lovbestemte rammer".

2. 10 Kontakt til familier med småbørn i alderen 1-5 år

Kommunen kan tilbyde hjemmebesøg og andre aktiviteter til børn ud over første leveår i henhold til bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 § 13. For at skabe en sammenhængende indsats anbefales, at den kommunale sundhedstjeneste tilbyder opfølgende hjemmebesøg i småbarnsalderen i forhold til familiens tidligere behov jf. principperne om niveaudeling. Der anbefales derfor særlig opmærksomhed på børn, som i løbet af første leveår har haft behov for ydelser på niveau 3 og 4.

Besøgene kan supplere lægens forebyggende helbredsundersøgelser og understøtte fortsat

tilslutning til børnevaccinationsprogrammet.

Ydelse til børn i alderen 1 - 5 år kan med fordel tilrettelægges i sammenhæng med barnets dagtilbud for at sikre et helhedsperspektiv på barnets udvikling og familiens eventuelle problemer. Dette jf. bestemmelserne om konsulentfunktionen jf. § 17 i BEK nr. 1344 af 03/12/2010, se kapitel 7 i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer"

2. 11 Andre aktiviteter end hjemmebesøg

Sundhedsplejen kan tilbyde gruppeaktiviteter som supplement til hjemmebesøg.

Eksempler på gruppeaktiviteter:

- Åbent hus-arrangementer
- Aftalt konsultation
- Mødre-, fædre- og familiegrupper af forskellig karakter, herunder også specialgrupper for fx unge mødre, familie med etnisk minoritetsbaggrund, børn født for tidligt, adopterede børn o.a.
- Forældreuddannelse, evt. i samarbejde med jordemødre og andre
- Tema-arrangementer om relevante emner i henhold til kommunens sundhedspolitik

Fælles for disse aktiviteter er, at de tilrettelægges efter lokale forhold og ønsker. Det anbefales, at sundhedstjenesten medvirker til metodeudvikling og forskning, når det gælder andre aktiviteter end hjemmebesøg af hensyn til sundhedstjenestens fortsatte udvikling.

Ved individuel rådgivning skal der føres journal på observationer og behandling, herunder sundhedsfremme og forebyggelse, jf. kapitel 2 i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer".

Der henvises til metodekataloget vedr. evidensniveauet for metoder anvendt i sundhedsplejen.

2. 12 Læge ansat i kommunen i forhold til 0-5-årige børn

En kommunalt ansat læge kan indgå som en del af det sundhedsfaglige team, der udgør den kommunale sundhedstjeneste. Lægen kan med fordel medvirke til at vurdere børn med særlige behov i samarbejde med den praktiserende læge fx i forhold til handicap og kroniske sygdomme og behov for støtte og evt. hjælpemidler. Lægen kan vejlede sundhedspersonale og personale i dagtilbud om fx hygiejniske forholdsregler samt sagsbehandlere og ansatte i PPR fx i forbindelse med myndighedsafgørelser om sociale eller pædagogiske støtteforanstaltninger, herunder fx i forhold til underretninger. Den kommunalt ansatte læge kan desuden deltage i den tværfaglige gruppe, som beskrevet i kapitel 3 i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer".

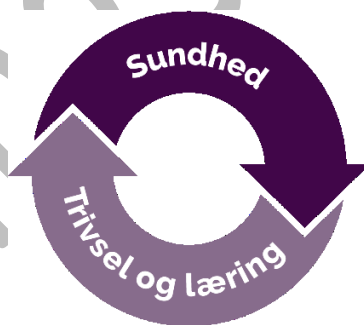
3. Sundhedsplejeydelser til børn, unge og deres forældre i løbet af den undervisningspligtige alder

Fokus for tilrettelæggelse af ydelserne:

- Barnets helbred, sundhed og trivsel følges gennem hele skolealderen.
- Der tilbydes universelle, individuelle ydelser i form af funktionsundersøgelser og samtaler i form af ind- og udskolingsundersøgelser og regelmæssigt gennem hele skolealderen.
- Der følges op på identificerede problemer i samarbejde med forældrene.
- Ydelser til børn og unge med særlige behov tilrettelægges enten monofagligt eller tværprofessionelt, afhængigt af problemstilling.
- Der tilbydes forebyggende og sundhedsfremmende indsatser på gruppeniveau gennem skolealderen bedst i samarbejde med skolens ledelse og lærere.

3.1 Formål med sundhedspleje i skolen

Sundhed, trivsel og læring kan betragtes som hinandens forudsætninger for et godt børneliv. Barnets sundhedstilstand såvel fysisk som mentalt har betydning for, hvilke kompetencer barnet kan opnå, både hvad angår faglig læring og muligheden for at fungere socialt i skoletiden. Der er dokumenteret sammenhæng mellem disse begreber og ulighed i sundhed. Sundhed kan således ikke betragtes som et isoleret fænomen, men skal ses i sammenhæng med det, der i øvrigt betinger børns generelle trivsel og udvikling.



Med henblik på at styrke sammenhængen mellem disse elementer, anbefales at:

- sundhedsplejen bidrager til at øge lighed i sundhed ved at tilbyde forskellige undersøgelser og sundhedsfremmende aktiviteter i et læringsperspektiv, således at børn og unge gradvist bliver i stand til at forholde sig til og handle i forhold til egen og andres sundhed.
- Sundhedsplejen tilbyder ved opsporing af sygdomme, tilstande eller fejludvikling samt trivselsmæssige problemer målrettet opfølgning med henblik på, udredning og eventuel behandling hos relevante tværprofessionelle samarbejdspartnere i samarbejde med barnets forældre
- sundhedsplejen bidrager til, at alle børn får en god skolestart i samarbejde med forældre, lærere og skolens ledelse
- sundhedsplejen bidrager til at reducere skolefravær i samarbejde med skolens lærere

- sundhedsplejen indhenter systematisk viden om sundhedsmæssige problemer og helt konkrete forhold i en klasse eller på en skole med henblik på at kunne rådgive lærere, skolens ledelse og/eller kommunale samarbejdspartnere. På den baggrund tages initiativ til indsatser, der kan forbedre sundheden på individ- eller gruppeniveau, herunder også have en særlig opmærksomhed på mental trivsel blandt alle skolens elever.

Alle indsatser på individniveau bør foregå i et tæt samarbejde med barnets/den unges forældre i respekt for den enkelte families integritet og under hensyntagen til såvel tavshedspligt som underretningspligt.

Alle indsatser på gruppeniveau anbefales aftalt og foregå i samarbejde med lærere og evt. skolens ledelse og i sammenhæng med det obligatoriske emne "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab", der undervises i fra børnehaveklasse til 9. klasse. Undervisningen er opdelt i tre trinforløb, svarende til indskoling (0.-3. klasse), midt i skoleforløbet (4.-6. klasse) og udskolingsforløbet (7.-9. klasse). Det anbefales at skabe synergi mellem sundhedsplejens ydelser på gruppeniveau og undervisning i sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab jf. ovenstående figur.

3.2 Vurdering af barnets og den unges sundhed, trivsel og udvikling i skolen og i sin familie

Som metoder til vurdering af barnets og den unges sundhed, trivsel og udvikling anvendes samtaler (individuelle eller i gruppesamtaler), funktionsundersøgelser, sundhedspædagogiske aktiviteter og andet af sundhedsfremmende og forebyggende karakter. Aktiviteter skal planlægges lokalt ud fra lovbestemmelserne om ind- og udskolingsundersøgelse, monitorering af vækst og bestemmelsen om regelmæssigt tilsyn gennem skolealderen i forhold til at kunne afdække såvel almene som individuelle sundhedsmæssige problemer fra skolestart til undervisningspligtens ophør jf. "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer" kapitel 6.2.

Indskolingsundersøgelsen har på individniveau til formål at vurdere det enkelte barns helbred, trivsel og sundhedsmæssige skoleparathed samt at vejlede forældrene om konkrete og relevante sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart.

Indskolingsforløbet (fra 0.-3. klasse) anbefales som afsæt for etablering af den tværprofessionelle tidlige indsats i et skoleforløb, hvor sundhed betragtes som en forudsætning for læring og trivsel. I indskolingsforløbet sker de første vurderinger af, hvem der har særlige behov for målrettede ydelser fra sundhedsplejen og på hvilket niveau. Den tidlige indsats udvikles bedst i samarbejde mellem forældrene, klassens lærere/pædagoger og sundhedsplejersken, som med hver deres perspektiver bidrager til, at barnet får en god skolestart.

Ydelser gennem skoleforløbet har til formål at sikre regelmæssigt tilsyn med barnets trivsel, sundhed og udvikling på både individuelt og generelt niveau. Sundhedsmæssige problemer kan opstå gennem hele skolealderen og forebyggende ydelser på mellemtrinnet bidrager til tidlig opsporing af nye problemstillinger, fx i forbindelse med væksten, kroniske sygdomme eller vanskeligheder i familien, der påvirker barnets trivsel.

Udskolingsundersøgelsen har til formål sammen med den unge at vurdere den unges helbred og generelle sundhed og trivsel forud for skiftet til en ungdomsuddannelse. Udskolingsundersøgelsen

er som udgangspunkt en individuel samtale med og undersøgelse af den unge med udgangspunkt i sundhed og trivsel, hvor den unges behov for sundheds- eller tværprofessionel støtte vurderes i henhold til niveauinddelingen af ydelser, se kapitel 4 i "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer".

Udskolingsforløbet anbefales som afsæt for at afrunde helbreds- og trivselsmæssige forhold før den unge forlader grundskolen, hvor undersøgelsen viser, at der er behov for sundhedsfaglig opfølgning eller støtte af såvel fysisk eller mental karakter, eventuelt i samarbejde med U&U vejleder eller andre. Dette jf. principperne i niveauinddelingen.

Ydelserne tilrettelægges dels som individuelle ydelser, dels som gruppe- eller klassebaserede aktiviteter. Når det gælder de individuelle ydelser skal disse tilrettelægges, således at børn og unge med særlige behov efterfølgende tilbydes relevant opfølgning. Såfremt sundhedsplejersken ved undersøgelse af eller gennem samtaler med barnet/den unge finder sundheds- eller trivselsmæssige forhold, som kræver nærmere undersøgelse eller samtale, sker vurderingen af barnets og den unges behov og efterfølgende indsats hos sundhedsplejersken eller med henvisning til relevant samarbejdspartner med udgangspunkt i principperne om niveauinddeling jf. "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer" kapitel 4 og 5.

Forældrene skal som udgangspunkt altid inddrages, når det gælder børn og unge med særlige behov under hensyntagen til barnets/ den unges integritet og den skærpede underretningspligt. Læs mere om GDPR og bestemmelser om inddragelse af forældre i forhold til sundhedsfaglige problemstillinger i kapitel 5 og 8 i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer"

Det sundhedsfaglige indhold i de lovbestemte undersøgelser og øvrige regelmæssige kontakter tilrettelægges af kommunerne med udgangspunkt i kapitlets anbefalinger og ud fra et kvalitetssikrings- og udviklingsperspektiv med henblik på at målrette ydelserne og øge lighed i sundhed.

3.3 Hovedtemaer og aktiviteter

Det er dokumenteret, at der er social ulighed i sundhed og trivsel både ved ind- og udskolingsundersøgelse, hvorfor tilrettelæggelse af disse ydelser skal have fokus på at reducere den dokumenterede ulighed i sundhed (Pommerencke L.M. 2022).

I tilrettelæggelsen af sundhedsplejens ydelser gennem skoletiden anbefales det at tage udgangspunkt i følgende hovedtemaer:

- **Indskolingsundersøgelse** i samarbejde med barnets forældre. Lærere inddrages efterfølgende efter behov efter samtykke fra forældre
- **Trivsel** i skolen, hjemme og i fritidslivet
- **Bekymrende fravær** i samarbejde med forældre, barn/ung, og lærere
- **Seksuel sundhed** i samarbejde med de lærere, der har ansvar for faget "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab"

- **Risikofaktorer** og folkesundhed bl.a. med udgangspunkt i forebyggelsespakkerne
- **Flerfagligt og tværprofessionelt samarbejde** omkring børn, unge og familier med særlige behov for støtte
- **Udskolingsundersøgelse** – sundhedsstatus på vej mod en ungdomsuddannelse i samarbejde med lærere, U&U vejledere og forældre, hvor det vurderes relevant.

De universelle ydelser kan medføre specifikke eller indikerede indsatser og/eller ydelser, svarende til niveau 2, 3 eller 4 i principperne for niveauinddeling, se kapitel 4 i "Vejledning om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. Lovbestemte rammer" .

3.3.1 Forskellige former for aktivitet

I tilrettelæggelsen af såvel de universelle ydelser som de indikerede ydelser anbefales følgende former for aktiviteter:

- *Samtaler og undersøgelser* hvor alle børn ud over de lovbestemte og anbefalede undersøgelser og monitorering tilbydes regelmæssige samtaler med henblik på opsporing og forebyggelse af mistrivsel og helbredsproblemer. Regelmæssigheden skal sikre tilsynet med barnets/den unges fysiske og mentale sundhedstilstand (universel ydelse).
- *Opfølgning og støtte til børn/unge og deres forældre*, som har behov for ydelser fra sundhedsplejen og/eller andre på niveau 2,3 eller 4 jf. principperne om niveauinddeling i kapitel 4 i "Vejledning om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. Lovbestemte rammer"
- *Sundhedspædagogiske aktiviteter* i forhold til enkelte børn/unge, grupper af børn/unge, hele klasser eller som bidrag til skolens aktiviteter på sundhedsområdet. Aktiviteterne kan tage udgangspunkt i aktuelle behov hos grupper af børn, fx overvægt-, sorg- eller skilsmissegrupper, temauger på skolen med udgangspunkt i det brede sundhedsbegreb og generel sundhedsfremme. Læs mere om sundhedspædagogik i bilag 9.
- *Åben rådgivning* for børn/unge og deres forældre med henblik på at støtte og vejlede, når behov opstår, og motivation for forandring er størst.

Alle aktiviteter anses for lige væsentlige i forhold til sundhedstjenestens virksomhedsområde, mens opfølgning er en forudsætning for at sundhedsplejen kan bidrage til at øge lighed i sundhed og for at sundhedsplejersken overholder opfølgning på opsporede problemstillinger, som beskrevet af Styrelsen for Patientsikkerhed, kapitel 2 i "Vejledning om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. Lovbestemte rammer" og bilag 6.



Ved de individuelle kontakter dvs. samtaler og undersøgelser og ved henvendelser i åben konsultation vurderes, hvilket niveau barnet/den unge kan indplaceres på med henblik på behov for opfølgning jf. bestemmelserne om journalføringspligt og principperne om niveauinddeling af sundhedsplejens ydelser. Når det drejer sig om problemer og vanskelige forhold, hvor familiens behov for støtte svarer til niveau 3 eller 4 kan hjemmebesøg som metode indgå i overvejelserne. Dette med henblik på at styrke samarbejdet med forældre om barnets/den unges vanskeligheder på familiens arena. Ved henvendelser i Åben konsultation kan hjemmebesøg ligeledes overvejes som metode ved opfølgning, afhængig af problemets karakter.

3. 4 Indholdet i de lovbestemte ydelser

Hovedtemaerne, der er beskrevet i afsnit 3. 3, gennemgås nedenfor. Nogle af temaerne er lovbestemte, andre er prioriteret i forhold til formålet med sundhedspleje i skolen og i forhold til at øge lighed i sundhed og styrke folkesundheden. Andre temaer kan indgå i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde på skolen, såfremt monitorering af børn og unge sundhedstilstand på den enkelte skole samt kommunens og skolens sundhedspolitik tilsiger dette.

3. 4. 1. Indskolingsundersøgelsen

Indskolingsundersøgelsen har til formål, i dialog med barn og forældre, at vurdere barnets helbred, trivsel og skoleparathed i en sundhedsmæssig sammenhæng, trivsel i skolen, i fritiden og hjemme samt at tilbyde vejledning af barn og forældre om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart. Der skal i forbindelse med indskolingsundersøgelsen være særlig opmærksomhed på at øge lighed i sundhed med fokus på børn med problemer i forholdet til jævnaldrende, sprog og overvægt, hvor den sociale ulighed er dokumenteret markant.

Det anbefales, at undersøgelsen foretages sammen med barnets forældre i dialog om barnets trivsel og helbred, som det opleves af forældrene. Forud for undersøgelsen anbefales, at forældrene orienteres om formålet med undersøgelsen, og at barnet får et helbreds- og trivselsskema med hjem til udfyldelse forud for indskolingsundersøgelsen. Skemaet danner, sammen med samtalen med forældre og barn samt eventuelle informationer fra den praktiserende læge i forbindelse med fem-års-undersøgelsen, baggrund for indskolingsundersøgelsens samlede vurdering af barnets sundheds- og trivselstilstand ved indskoling.

Den samlede vurdering sker på baggrund af undersøgelser, forældrenes oplysninger samt et eventuelt notat fra 5-års undersøgelsen i almen praksis, se afsnit kapitel 1.7. Desuden bidrager information om eventuelle kroniske sygdomme, medfødte eller erhvervede handicaps, tidlige kontakter med speciallæger og eventuelle hospitalsindlæggelser til den samlede vurdering af barnets helbred. Den samlede vurdering er udgangspunkt for konkret rådgivning og vejledning til forældrene og barnet.

Sundhedsplejersken henviser forældrene til yderligere undersøgelse hos sundhedsplejersken samt relevante samarbejdspartnere i henhold til principperne om niveauinddeling ved særlige behov. Efter konkret vurdering og efter aftale med forældrene kan lærer- og pædagogteamet omkring barnet inddrages i eventuelle supplerende undersøgelser og samtaler.

Følgende elementer skal indgå i undersøgelsen og samtalen med forældre og barn og i den samlede vurdering af barnets helbred ved skolestart:

- **Helbredsmæssige forhold**, herunder barnets udvikling og helbred frem til skolestart, vaccinationsstatus samt om der har været bemærkninger til udvikling og trivsel i første leveår og gennem småbarnsalderen, observeret ved de forebyggende helbredsundersøgelser.
- Afdækning af eventuelle **kroniske somatiske sygdomme, psykiske symptomer og lidelser, udviklingsforstyrrelser og handicap** hos barnet eller i den nærmeste familie samt hvordan og af hvem disse sygdomme eller tilstande håndteres i sundhedsvæsenet.
- **Syn og hørelse, vægt og højde** undersøges og barnets vækst vurderes, både i forhold til højde- og vægtudvikling som beskrevet i bilagene 3, 5 og 4 samt kapitel 5. 10
- **Barnets sociale relationer** i hjemmet og i skolen drøftes med barn og forældre, herunder skal der være opmærksomhed på barnets generelle trivsel og sammenhæng med eventuel diagnosticeret psykisk udviklingsforstyrrelse. Ved mistanke om psykiske udviklingsforstyrrelser henvises efter aftale med forældrene til den praktiserende læge og eventuelt PPR for videre udredning
- **Søvn- og spisevaner** drøftes med barn og forældre med henblik på at vurdere, om der er særlige forhold, der har betydning for, om barnet kan mestre skolegangen, forebygge spiseforstyrrelser, herunder over- eller undervægt og bevare eksisterende mentale trivsel.
- **Digitale vaner i familien** drøftes med henblik på at drøfte forældrenes ansvar som rollemodeller og hvordan, der fx kan skabes tid og opmærksomhed i forhold til fysisk aktivitet og de sociale relationer.
- **Sproglig udvikling og kompetencer** vurderes i relation til skoletrivsel. Det sker under hensyntagen til eventuelle bemærkninger ved sundhedsplejerskebesøg i første leveår, opmærksomheder ved forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis, eventuel audiologisk anamnese samt den aktuelle audiometri. Ved problemer skal barnet henvises til audiologopæd ved PPR. Se også afsnit 5. 6.
- **Motorisk udvikling og kompetencer** undersøges systematisk evt. i samarbejde med lærere og pædagoger i indskoling. Den motoriske udvikling vurderes under hensyntagen til eventuelle bemærkninger ved sundhedsplejerskebesøg i første leveår, opmærksomheder ved forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis og den aktuelle, objektive undersøgelse

Udover journalføring om de 12 sygeplejefaglige problemstillinger noteres i journalen, i hvilket

omfang barnet har fulgt de forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis, samt hvilke vaccinationer barnet har fået. Forældrene opfordres til at færdiggøre børnevaccinationsprogrammet. Det er væsentligt, at evt. opfølgingsplan for identificerede problemstillinger fremgår tydeligt i resume af undersøgelsen.

Henvisninger

Såfremt barnet viser symptomer på sygdom eller ved mistanke om sygdom, henvises barnet til sin praktiserende læge, der herefter undersøger og udreder barnet. Såvel praktiserende læge som sundhedsplejersken er forpligtet til at følge op på henvisningen i henhold til autorisationsloven og principperne om niveauinddeling. Henvisning må fremgå af journalføring, se kapitel 2 i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer" og skal ske gennem sikker digital kommunikation.

Såfremt indskolingsundersøgelsen viser, der er behov for en tværfaglig indsats/udredning, sker dette i henhold til principperne om niveauinddeling og kapitel 5 om tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer".

3. 4. 2 Udskolingsundersøgelsen

Udskolingsundersøgelsen har til formål at give en samlet vurdering af den unges sundhed, helbred og mentale trivsel, umiddelbart inden den unge forlader skolen. Desuden har udskolingsundersøgelsen til formål at tilbyde vejledning om relevante sundhedsfremmende emner i forbindelse med overgang til ungdomsuddannelser og ungdomslivet under hensyntagen til de sundhedspædagogiske overvejelser, der er beskrevet i bilag 9.

Der skal være særlig opmærksomhed på at øge lighed i sundhed med fokus på den unges trivsel i skolen, hjemme og fritidslivet, overvægt og mentale trivsel generelt. Den sociale ulighed er især dokumenteret for overvægt, hvor risikoen stiger markant med kortere uddannelsesniveau hos forældrene. Der skal desuden være opmærksomhed på undervægt fx i forbindelse med spiseforstyrrelse.

Udskolingsundersøgelsen er en individuel samtale med og undersøgelse af den unge på baggrund af den unges egne ønsker og behov og med udgangspunkt i sundhedsplejerskens viden om den unges sundhed, helbred og trivsel fra skolestart og frem til udskolingsundersøgelsen, herunder også risiko for udvikling af sygdomme fx på baggrund af arvelighed.

Den samlede vurdering sker på baggrund af tidligere undersøgelser og samtaler samt den unges egne oplysninger, herunder om evt. nytilkomne kroniske sygdomme og evt. diagnosticerede psykiske lidelser og andet sundhedsfagligt relevant. Samtalen med den unge samt de undersøgelser, der tilbydes, er udgangspunkt for rådgivning til den unge og eventuelt forældrene på baggrund af den samlede vurdering.

Sundhedsplejersken henviser den unge /forældrene til relevante samarbejdspartnere i henhold til principperne om niveauinddeling ved behov og orienterer den unges forældre, hvor det vurderes relevant og efter aftale med den unge.

Den samlede indsats i forbindelse med udskolingsundersøgelsen bør bære præg af flerfaglighed, hvor der er potentiale for forbedring af den unges sundhed, helbred og trivsel, herunder risikoadfærd, se kapitel 5. Det anbefales at inddrage Uddannelses- og Ungdomsvejleder (UU-vejleder), hvor der er sundhedsmæssige forhold, der kan få betydning for erhvervsvalg.

Følgende emner skal indgå i undersøgelsen og samtalen med den unge. Dette under hensyntagen til den enkelte unges egen vurdering af sundhed, helbred og mental trivsel:

- **Helbredsmæssige forhold**, der kan have betydning for fritidsliv, studie- og/eller erhvervsvalg. Drøftelserne tager afsæt i den unges vurdering af sin aktuelle helbredsmæssige situation og kendskabet til den unge gennem de regelmæssige kontakter i løbet af skoletiden.
- **Kroniske somatiske sygdomme og psykisk lidelse**. Der spørges ind til evt. nytilkomne kroniske sygdomme og psykiske lidelser og følges op på allerede kendte tilstande.
- **Mental trivsel**. Samtale om og vurdering af den unges mentale trivsel, sociale kompetencer, relationer og netværk med henblik på at vurdere, om der er behov for støtte også i relation til at reducere risikoadfærd og selvskadende adfærd.
- **Sundhedsadfærd** i relation til fysisk aktivitet, tobak og andre nikotinprodukter, alkohol og andre rusmidler.
- **Seksuel sundhed**, herunder forebyggelse af seksuelt overførbare infektionssygdomme og status på HPV-vaccination. Der følges op på tidligere givet undervisning i forhold til den enkeltes udvikling, spørgsmål og behov.
- **Højde og vægt** monitoreres, se kapitel 5.10 og bilag 4, samtale om evt. over- eller undervægt udføres med omsorg og følsomhed svarende til den svære samtale.
- **Søvn-, mad og spisevaner** relateret til vægt og mental trivsel, herunder digitale vaner.
- **Høreprøve tilbydes**, se bilag 3.

Ved afvigelser fra normalområdet, hvor der er behov for at tilbyde yderligere specifikke eller indikerede indsatser og ydelser, inddrages forældrene i det videre forløb.

For inspiration til handlemuligheder ved identificerede problemstillinger henvises til kapitel 7, metodekatalog.

Såfremt kommunen har valgt, at en læge udfører udskolingsundersøgelsen anbefales, at der foreligger en systematisk beskrivelse af indholdet af denne og af samarbejdet med sundhedsplejersken om denne ydelse.

3. 5 Regelmæssige kontakter gennem skolealderen

I tilrettelæggelse af de regelmæssige kontakter gennem skolealderen med henblik på at opfylde bestemmelsen om tilsynspligt i bekendtgørelse 1344 af 03/12/2010 § 10 stk. 3 skal sundhedstjenesten i tilrettelæggelsen af ydelserne sikre, at der er en kontinuerlig sammenhængende indsats med variation af tilbuddene til børn, unge og deres forældre gennem hele skoletiden. De regelmæssige kontakter kan for nogle børn og unges vedkommende medføre, at det er nødvendigt og relevant at lave mono- eller flerfaglig opfølgning jf. principperne om niveauinddeling, se bilag 6 og kapitel 2 om journalføringspligt samt kapitel 4 i "Forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. Lovbestemte rammer" om niveauinddeling af ydelser.

Undersøgelser og samtaler oversigt

0.-klasse: Indskolingsundersøgelse, sammen med forældrene.

1.-klasse: Opfølgende trivelsamtale, højde- og vægtmåling med henblik på her-og-nu og senere at kunne vurdere barnets højde og vægtudvikling samt opfølgning på undersøgelse af barnets motoriske udvikling og kompetencer.

2.-, 3.- og 4.-klasse: Trivsel, familieliv og sociale relationer, vaner i forhold til digitale medier, mad, søvn, fysisk aktivitet mm. Tilrettelagt i samarbejde med skolens lærere og i henhold til kommunens sundhedsprofil og -politik. På nogle af trinene kan kontakten foregå som gruppe- eller klasseaktivitet jf. kommunens prioriteringer.

4.-, 5.- eller 6.-klasse: Højde- og vægtmonitorering og -udvikling, se afsnit 5.11 og bilag 4, samt trivsel og pubertet.

6.- eller 7.-klasse: Synsprøve og samtale om trivsel samt opfølgning på pubertetsudvikling.

6.-, 7.- eller 8.-klasse: Trivsel i skolen, i familien og i øvrige sociale relationer. Vaner i forhold til digitale medier, mad, søvn og fysisk aktivitet mm.

8.- eller 9.-klasse: Mental trivsel, seksuel sundhed, udskolingsundersøgelse.

Samtalerne er en dialog om sundhed og trivsel i en bred forståelse, der indeholder såvel livsstil og levekår og ud fra et hverdagsperspektiv. Samtaler kan tilrettelægges individuelt eller i små grupper afhængigt af barnets alder og formålet med samtalen. Samtalen tager udgangspunkt i det enkelte barns behov og forståelse af begrebet med inspiration fra emnerne beskrevet i afsnit 3.3.

Det anbefales, at børn og unge forberedes på samtalen, fx gennem sundhedsplejerskens oplæg i klassen, udlevering af skemaer sammen med invitation eller ved samtaleark, som er udfyldt af barnet og dets forældre forud for samtalen eller af den unge selv. Ved kontakt med 12-årige opfordres disse og deres forældre til at bestille tid til HPV-vaccination. Dette kan også ske via skolens intranet, ved uddeling af pjecer o.a.

3. 6 Behovsundersøgelser og behovssamtaler

Behovsundersøgelser og -samtaler tilbydes på alle klassetrin monofagligt af sundhedsplejersken i henhold til principperne om ydelser på niveau 2. Behovsundersøgelser og -samtaler kan ske på foranledning af sundhedsplejersken med henblik på opfølgning af opsporede tilstande eller symptomer, efter ønske fra barnet/den unge selv samt efter ønske fra forældre eller lærere. Såfremt det sker efter lærerens ønske, skal læreren på forhånd have aftalt dette med forældrene eller barnet/den unge. Sundhedsplejersken kan ikke love barnet/ den unge tavshedspligt, men kan love, at de ikke går videre med eventuelle forhold, der kræver dette, uden at informere barnet/den unge herom.

Sundhedsplejersken er en vigtig ressourceperson i forhold til børn med særlige behov og

problemstillinger som fx overvægt, skilsmisse og sorg, se ovenfor. Det er væsentligt, at sundhedsplejersken er videreuddannet i at varetage gruppeprocesser. Det anbefales, at den kommunale sundhedstjeneste beskriver, hvilke tilstande og forhold, der som udgangspunkt giver anledning til yderligere undersøgelser og samtaler hos sundhedspersonalet på hhv. niveau 2 og 3. Det bør også af virksomhedsplanen fremgå, hvilke metoder, der anvendes til hvilke problemer og hvornår andre fagligheder inddrages jf. principperne om niveauinddeling. Desuden bør den kommunale sundhedstjeneste have klare retningslinjer for henvisningsprocedurer ved viden om forhold, der kræver inddragelse af andre faggrupper, se kapitel 5 i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer".

3.7 Samarbejde med forældrene

I indskolingen etableres den kontakt til forældrene og barnet, som danner grundlag for samarbejdet i resten af barnets skoletid. Det er primært forældrenes opgave at tage ansvar for barnets sundhed og trivsel. Forældrene er omdrejningspunkt i barnets liv, og barnet er ikke i stand til *alene* at redegøre for sin livssituation. Det er derfor væsentligt, at forældrene inviteres til at deltage i både indskolingsundersøgelsen og efter behov i 1. og 2. klasse. Forældrene skal til enhver tid inddrages, når samtaler med og undersøgelser af barnet giver anledning til dette, både når det gælder fysiske undersøgelser og barnets trivsel i de forskellige sammenhænge, det befinder sig i.

Forældrene skal informeres om sundhedsplejens tilbud og muligheder, fx ved sundhedsplejerskens deltagelse i forældremøder, ved orientering til forældrene fx via skolens intranet og ved tilgængelighed for forældrene, når disse har behov herfor fx ved åben rådgivning. Undersøgelser og samtaler med barnet er gennem hele skoletiden et tilbud, der forudsætter generelt, udtrykkeligt samtykke fra forældrene, enten mundtligt eller skriftligt. Se kapitel 8 i "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer".

Undersøgelser og vejledning sker ud fra et helhedssyn og forudsætter dialog med forældrene, der gennem inddragelse forudsættes selv at medvirke til at identificere et eventuelt sundheds- eller trivselsmæssigt problem hos barnet. Løsningsforslag og tiltag tager udgangspunkt i forældrenes ønsker og behov med fokus på og respekt for familiens værdier, vilkår og ansvar for eget liv samt de muligheder og begrænsninger, hverdagslivet giver mulighed for.

Kontakten mellem sundhedsplejersken og forældrene kan, i takt med at barnet vokser, efterhånden overgå til at ske på forældrenes initiativ, således at de også selv kontakter sundhedsplejersken ved behov for rådgivning, se figur s. 41. Dette under forudsætning af, at sundhedsplejersken kender til forholdene omkring barnets sundhed, helbred og generelle trivsel samt forældrenes ressourcer og begrænsninger.

Det vurderes individuelt og i dialog med forældre, hvornår og i hvilket omfang barnets lærere og pædagoger samt evt. andre tværprofessionelle samarbejdspartnere inddrages i problemløsningen.

Såfremt forældrene ikke ønsker at medvirke, og det drejer sig om alvorlige tilstande eller forhold hos barnet eller i familien, skal den skærpede underretningspligt danne grundlag for sundhedsplejerskens videre handling, uanset om forældrene giver samtykke eller ej, se også kapitel 5 i "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer"

Dette uanset om den unge er over eller under 15 år.

3. 8 Sundhedspædagogiske aktiviteter

De sundhedspædagogiske aktiviteter har til hensigt at medvirke til at udvikle børn og unges sundhedsmæssige handlekompetence, se bilag 9. Aktiviteterne forstås af sundhedsplejersken og planlægges optimalt i samarbejde med lærerne og skolens ledelse i forhold til skolens handle- og årsplan og visioner på sundheds- og trivselsområdet. Aktiviteterne tilrettelægges ud fra princippet om relevans, aktualitet og sammenhæng, således at indsatserne bliver meningsfulde for børn og unge.

På klassetrin, hvor der ikke tilbydes samtaler/undersøgelser anbefales det at tilbyde sundhedspædagogiske aktiviteter på klasse- eller gruppeniveau. Det anbefales desuden, at sundhedsplejersken tilbyder specifikke gruppeaktiviteter for børn med samme problemstillinger, fx sorggrupper, grupper for børn med overvægt, børn, der oplever skilsmisse eller lignende svarende til niveau 2 eller 3. Grupper for børn med alvorlige problemer i familien som fx alkoholmisbrug eller rusmiddelproblemer bør tilbydes i en tværprofessionel sammenhæng, svarende til niveau 3 eller 4, se også kapitel 4 og 5 i "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer".

Aktiviteterne udarbejdes og afholdes i henhold til kommunens sundhedspolitikker og -strategier og under hensyntagen til de enkelte skolers årsplaner og visioner. Aktiviteterne omfatter fx deltagelse i temadage eller temauger, klasseundervisning, forældremøder med eller uden deltagelse af børn og unge samt deltagelse i sundhedsfremmende udviklingsaktiviteter på skolen, hvor børn og unge konkret er involveret.

3. 9 Åben rådgivning

Formålet med åben rådgivning er at kunne støtte og vejlede, når børn og forældre af egen drift kommer og præsenterer deres behov og problemer, idet motivationen for forandring, læring og udvikling da er størst. Gennem dialog kan sundhedsplejersken i den åbne rådgivning blive katalysator for en proces, der mobiliserer børn og forældres egne ressourcer og dermed fremmer og udvikler deres handlekompetence.

Den åbne konsultation bør være et let tilgængeligt tilbud til såvel børn og unge som deres forældre, hvor den enkelte har mulighed for at drøfte aktuelle spørgsmål eller problemer med sundhedsplejersken. Tilbud om rådgivning "her og nu" kan forebygge, at problemer eskaleres og bidrager dermed til tidlig indsats i problemudviklingen. Åben rådgivning kan bidrage til, at børn, unge og forældre får ejerskab til problemet og løsningsmulighederne ved at forældre og børn kan drage konkret nytte af sundhedsplejerskens viden og henvisningsmuligheder.

Målgruppe

Primær målgruppe er børn og unge fra 3. klasse til 9. klasse, der har behov for en samtale/undersøgelse hos sundhedsplejersken her-og-nu, samt forældre, der gennem hele skoleforløbet, har behov for sundhedsrelateret rådgivning vedrørende deres børns helbred, generelle trivsel og udvikling.

Organisering

Åben rådgivning betyder *ikke* nødvendigvis, at sundhedsplejersken fysisk sidder på skolen og er tilgængelig på et bestemt tidspunkt, men snarere at der nemt kan aftales tid for en samtale i den nærmeste fremtid. Det anbefales at eksperimentere med forskellige kontaktformer, fx mail via skolens intranet, postkasse uden for døren, telefonkontakt eller på anden vis, der betyder, at børn, unge og forældre nemt kan få kontakt til sundhedsplejersken, når behovet opstår.

Brugen af åben rådgivning forudsætter, at der ved indskolingsundersøgelser og i barnets første skoleår er etableret en tæt kontakt med børn og forældre, således at sundhedsplejersken opleves som en ressource, der er let tilgængelig og med høj faglig viden. Når åben rådgivning etableres, vil der være behov for en indkøringsperiode, hvor tilbuddet gøres kendt blandt målgruppen.

Det anbefales, at der udarbejdes lokale standarder for tilbuddet.

Der er journalføringspligt for kontakter i åben rådgivning.

3. 10 Metoder og emner

Valget af metoder er afgørende for, om børn og unge får udbytte af en sundhedspædagogisk indsats. Metoderne må afpasses børnenes/de unges alder og for at sikre kvaliteten af ydelserne anbefales det, at man i den kommunale sundhedstjeneste drøfter, hvilke metoder der anvendes i forhold til hvilke klassetrin og emner. For inspiration se metodekatalog.

Det er væsentligt, at sundhedsplejersken i tilrettelæggelse af aktiviteter og årshjul for den enkelte skole medtænker det obligatoriske emne "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab". Inden for dette emne skal børn og unge i folkeskolen udvikle kompetencer til at fremme sundhed og sund livsstil, som det også er beskrevet i sundhedsloven. Børn og unge skal gennem undervisningen opnå forståelse for den betydning, som livsstil og levevilkår har for sundhed og trivsel samt af spillet mellem sundhed, seksualitet og familieliv. Sammenfaldet mellem formålet med sundhedspleje igennem skoletiden og det obligatoriske emne i undervisningen bør bidrage til styrket tværfaglighed og synergi inden for emnet.

Det anbefales, at sundhedsplejersken primært arbejder sundhedspædagogisk ud fra nedenstående begreber:

- *Det brede, positive sundhedsbegreb.* Inden for dette emne kan fx arbejdes med: Hvad er børnenes/de unges forståelse af sundhed? Hvordan forstår de deres egen sundhed? Hvad skaber sundhed for den enkelte/for grupper/for samfundet som helhed? Hvordan kan disse forståelser sættes i relation til det brede sundhedsbegreb? Hvilke ændringer ønsker den enkelte? Hvordan skabes disse ændringer? Hvad er udfordringer? Osv.
- *Trivselsbegrebet,* herunder begrebet social kapital og betydningen af socialt netværk. Her kan fx arbejdes med: Hvordan har jeg det i min skole hjemme – i fritiden – med kammeraterne – med min krop? Hvordan har vi det i klassen, i skolen og i de grupper, jeg er en del af? Skal noget være anderledes? Hvordan kan der ske forandringer? Osv.
- *Familieliv, livsstil og levevilkår.* Her kan sundhedstjenesten fx arbejde med forskellige former for familieliv, betydningen af familieliv, livsstil og levevilkår samt med betydningen af

risikoadfærd.

- *Forskelle og ligheder i sundhed.* Under dette emne kan fx arbejdes med, hvordan og hvorfor forskelle og uligheder i sundhed opstår, samt hvilke handlemuligheder man som enkeltindivid og som gruppe har for at påvirke og bidrage til at øge lighed i sundhed.
- *Krop, sind og seksualitet.* Relevante emner er pubertet, forelskelse og kærlighed, seksualitet, prævention, seksuelt overførbare sygdomme samt psykisk sundhed, herunder bevidstgørelse om egne normer, værdier og grænser.

Se i øvrigt bilag 9 for sundhedspædagogiske kernebegreber.

3. 11 Bekymrende skolefravær

Ud over samarbejde omkring emnet sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab på 1.-9. klasses trin som ovenfor beskrevet, anbefales at skolens ledelse, lærere og sundhedsplejersken samarbejder med barn og forældre om at forebygge og reducere skolefravær.

Skolefravær kan skyldes fysiske og psykiske forhold hos barnet selv, vanskelige forhold i barnets familie eller hos en af forældrene, barnets manglende sociale trivsel både i hjemmet og i skolen, m.m. Fælles for alle børn med bekymrende skolefravær gælder, at de er i øget risiko for ulighed i sundhed, fordi fraværet udelukker deltagelse i fællesskaber både fagligt og socialt. Skolefravær kan have alvorlige konsekvenser for det enkelte barns fysiske og mentale sundhed og for den sociale trivsel gennem hele skoletiden og ind i voksenlivet. Hvor det kan påvirke både trivsel, uddannelse og arbejdsliv og dermed øger risikoen for ulighed i sundhed

Ca. 25 % har mere end 10% samlet fravær og skolefraværet for de enkelte klasses trin er stigende gennem skolegangen. Skolens leder skal sikre, at der i fornøden udstrækning inddrages sagkyndig bistand til løsning af problemerne, herunder inddragelse af den kommunale sundhedstjeneste. Det er vigtigt, at der i den samlede indsats etableres et positivt samarbejde mellem de professionelle som fx kan være lærere, pædagoger, socialrådgiver, psykolog, AKT-lærer, praktiserende læge, civilsamfundsaktører og andre. Desuden anbefales, at skolens ledelse efter aftale med forældrene, inddrager sundhedsplejersken som en af de relevante voksne professionelle omkring barnet og dets forældre.

Børn med stigende eller meget fravær kan have behov for særlige ydelser på niveau 2 eller 3, afhængig af problemstillingerne og den nødvendige opfølgning jf principperne om niveaudeling og bestemmelserne om journalføring, se kapitel 2 og 4 i "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer". Sundhedsplejersker i skolen anbefales at samarbejde med barnets forældre, skolens ledelse, lærere om at have et særligt fokus på de børn, der har begyndende skolefravær fx med hyppigt sent fremmøde eller har stigende perioder med fravær. Gennem deltagelse i en tværprofessionel gruppe på skolen, i forbindelse med fraværgennemgange, som alle skoleledelse er forpligtet til at udføre, kan skolelederen inddrage den kommunale sundhedstjeneste, hvor det vurderes relevant, se kapitel 5 i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer"

Håndtering af de udfordringer, der er i familien eller hos barnet fx i forbindelse med fysisk sygdom eller psykisk lidelse kan styrkes gennem inddragelse af forældrenes og barnet. Ved at tage udgangspunkt i de involveredes perspektiver kan fremkomme nye, måske hidtil ukendte vinkler på problemerne og måske anderledes løsningsforslag, end de professionelle voksne omkring barnet

har haft. Det er samtidig med til at styrke barnets handlekompetence, tro på og bevidsthed om deres egen mestringsevne jf. Børnekonventionens bestemmelser om inddragelse.

De professionelle forskellige viden om barnet og dets familie bidrager samlet til at finde løsningen på problemerne ved at antage et helhedsorienteret perspektiv, der rækker ud over skolegangen. Det drejer sig om at få belyst barnets helbredsmæssige forhold, barnets trivsel i skolen, barnets trivsel i hjemmet og familiemæssige forhold fx økonomi, der har betydning for trivslen og barnets fritidsliv. Både barn og forældres bud på, hvilken støtte de har brug for, så barnet med støtte fra forældrene kan få stabil skolegang. Indsatsen kræver en gensidig anerkendende tilgang alle aktører imellem. Det kan være nødvendigt undervejs at justere på den plan, der er lagt, hvilket altid skal ske med inddragelse af barnet og dets forældre.

Der bør udpeges en tovholder, som følger barnet og den indsats, der etableres omkring barnet, se kapitel 4 i "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer" om tovholderfunktionen. For mange børn og forældres vedkommende er brug for støtte og kontinuerlig opfølgning i en længere periode, da et fraværsmønster sjældent brydes ved en enkelt samtale.

3. 12 Undersøgelser af og samtaler med børn og unge, der modtager hjemmeundervisning

Alle børn og unge har ret til de ydelser, der er angivet i sundhedsloven, se bind 1. Når det gælder børn, der modtager hjemmeundervisning skal ind- og udskolingsundersøgelse som udgangspunkt tilbydes på skolen, da det ikke er praktisk muligt at afvikle disse i et privat hjem/et behandlingssted.

Børn, som får midlertidig hjemmeundervisning fx pga. fysisk sygdom eller psykiske lidelser tilbydes samtaler og undersøgelser på lige fod med andre børn efter aftale med forældrene, når de genoptager deres skolegang eller mens de hjemmeundervises, hvis muligt. Det vurderes individuelt, hvilket tilbud børnene skal have.

3. 13 Særlig opmærksomhed i forhold til børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet

Børn og unge, der er anbragt på behandlingshjem, i familiepleje eller på døgninstitution skal ydes særlig opmærksomhed fra sundhedsplejen, idet de pga. mange flytninger eller anbringelser kan være i risiko for ikke at have modtaget de sundhedsydelse, de har ret til. Disse børn og unge og deres forældre/ andre omsorgspersoner vil som oftest have brug for ydelser på niveau 3 eller 4. Sundhedsplejen bør sikre, at tilflyttere også tilbyde de undersøgelser andre børn på skolen tilbydes.

3. 14 Generelt om journalføring i sundhedsplejen i skolen

Samtale med og undersøgelser af barnet/den unge afsluttes med journalføring. Det, der har betydning for barnets nuværende tilstand samt det, der ud fra et sundhedsfagligt skøn kan bruges i en eventuel senere vurdering og behandling af barnet, skal journalføres i nødvendigt omfang. De 12 sygeplejefaglige problemområder vurderes som minimum ved indskolingssamtalen og skal revurderes, når det er nødvendigt. Det kan fx være, hvis barnets/den unges tilstand ændres, og revurderingen skal i nødvendigt omfang beskrives i journalen.

Når det gælder journalføring om observation og behandling (sv.t. sundhedsfremme og forebyggelse) angående børn og unge bidrager en systematisk gennemgang til at sikre

patientsikkerhed og kvalitet af sundhedsplejerskens ydelser,

Ved indskolingsundersøgelsen iagttages de 12 sygeplejefaglige problemområder beskrevet nedenfor, hvilket sikrer systematik i samtalen og undersøgelsen. Journalføringen skal afspejle, at de 12 problemområder er gennemgået og skal kunne begrunde de sundhedsfaglige begrundelser for opfølgning af de problemstillinger, der er identificeret i samtalen/undersøgelsen.

Ved øvrige individuelle og regelmæssige kontakter følges op på tidligere beskrevne problemområder, og det vurderes, hvilke af problemstillingerne med tilhørende handlinger, der er relevante at journalføre.

Efter identifikation af eventuelle problemer eller risici ved indskolingsundersøgelsen og ved øvrige kontakter, beskrives rådgivning samt iværksat pleje og behandling, herunder sundhedsfremme og forebyggelse samt opfølgning og evaluering.

Ved åben rådgivning og sundhedspædagogiske aktiviteter, der medfører individuel henvendelse og/eller rådgivning, journalføres i forhold til det/de problemområder, der rådgives om og handles på.

Se kapitel 2 i "Forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. Lovbestemte rammer" om lovbestemmelser om journalføring. Se mere om de 12 sygeplejefaglige problemstillinger og journalføring i skolen i bilag 6.

4. Konsulentfunktionen i dagtilbud og skoler

Sundhedstjenestens konsulentfunktion i dagtilbud, skoler og anbringelsessteder indebærer i henhold til sundhedsloven § 124 og BEK nr. 1344 af 03/12/2020 kapitel 5 §§ 17-18 følgende opgaver:

1. Generel og principiel rådgivning i forhold til andre kommunale aktører i henhold til § 1 stk. 2 i bekendtgørelsen
2. Generel rådgivning og vejledning om børn og unges sundhed og trivsel på gruppeniveau i henhold til § 17, stk. 1 i bekendtgørelsen
3. Konkret vejledning om og tilsyn med sundhedsforhold på institutionen, herunder oplysning om hygiejne, i henhold til § 17, stk. 2 i bekendtgørelsen
4. Konkret rådgivning i forhold til det enkelte barn som personalet finder har særlige problemer, efter aftale med forældrene i henhold til § 17, stk. 3 i bekendtgørelsen.

Den kommunale sundhedstjeneste bidrager som konsulent dels ved at rådgive om forebyggelse af miljø- og hygiejnemæssige problemstillinger ligesom sundhedsplejen bidrager til løsning af sådanne, dels som tværprofessionel samarbejdspartner i forhold til både grupper af børn og individuelle børn med særlige behov.

Styrelsen for Patientsikkerhed rådgiver den kommunale sundhedstjeneste jf. lovgivning herom, se kapitel 7 i "Dorebyggende sundhedsydelser for børn og unge. Lovbestemte rammer".

4.1 Kompetencer i forhold til konsulentfunktionen

Konsulentopgaven indeholder dels en generalistfunktion svarende til niveau 1 i forhold til hygiejne og miljø, dels en specialistfunktion svarende til ydelser på niveau 2-4, hvor grupper af børn eller individuelle børn i dagtilbuddet har særlige problemstillinger, der også kræver sundhedsfaglig indsigt og kompetence. Såvel generalist- som specialistfunktion skal løses i en tværprofessionel sammenhæng med det pædagogiske personale og hvad angår niveau 2-4 også i samarbejde med forældrene.

Sundhedsplejersken har sundhedsfaglige kompetencer, der skal bringes ind i og fungere respektfuldt i en pædagogisk hverdag. Derudover har sundhedsplejersken særlige kompetencer fra både hjemmebesøg og fra samtaler med forældre til børn i den undervisningspligtige alder, når der er særlige sundhedsfaglige problemer, der skal tages hånd om.

I det tværprofessionelle samarbejde gælder det for sundhedsplejersken om at stimulere og udfordre det pædagogiske personales sundhedsbegreb ved at være åben, nysgerrig og interesseret i den pædagogiske indfaldsvinkel til udfoldelse af sundhedsbegrebet i forhold til det pædagogiske arbejde, som er bestemt af dagtilbudsloven, se kapitel 5 i "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer". Sundhedsplejersken må bl.a. undersøge, hvordan det pædagogiske personale selv opfatter den konkrete sag eller sundhedsmæssige udfordring, og hvordan de grundlæggende forholder sig til institutionens miljø og sundhed. Gennem dialog med det pædagogiske personale må sundhedsplejersken undersøge, hvilken viden der er efterspurgt og brug for, hvilke værdier man værner om i institutionen, hvilke ting man evt. ønsker at ændre på, og hvilke barrierer og ressourcer de selv har i forhold til en given problemstilling eller proces. Gennem sådanne åbne dialoger støtter sundhedsplejersken det pædagogiske personale i at planlægge sundhedsfremmende aktiviteter i henhold til dagtilbudslovens bestemmelser,

Det er væsentligt, at sundhedsplejersken forholder sig neutralt i den rådgivende del af konsulentopgaven. Det indebærer, at man som professionel skal udvise nuanceret og reflekteret forståelse for de værdier, som dagtilbuddet, anbringelsesstedet eller skolen bygger på, og som også i en vis udstrækning repræsenterer forældrenes synspunkter og værdier. Det betyder også, at sundhedspersonalet må kunne håndtere de værdimæssige konflikter, der kan komme til diskussion, når en sundhedsmæssig forandring kommer på tale fx i forhold til hygiejnerutiner, støjproblemer eller andet.



4.2 Rådgivning af andre kommunale aktører

Med henblik på at medvirke til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse anbefales det, at den kommunale sundhedstjeneste inddrages ved udarbejdelse af kommunens sundhedsprofiler og -politikker samt implementering af disse i dagtilbud og skoler med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området. Den kommunale sundhedstjeneste kan ligeledes bidrage sundhedsfagligt ved generelle eller principielle problemstillinger vedrørende smitsomme sygdomme, hygiejne og andre miljømæssige problemer i såvel dagtilbud som skoler og anbringelsessteder. Dette eventuelt i samarbejde med Styrelsen for Patientsikkerhed jf. lovbestemmelser herom, se afsnit 7.1 i bind 1.

Med henblik på at yde relevant sundhedsfaglig rådgivning på en lang række områder anbefales, at man i kommunen sammen med den relevante forvaltning udvikler klare retningslinjer for, hvordan samarbejdet med andre myndigheds- og ekspertområder som fx teknisk forvaltning, den kommunale eller regionale hygiejneorganisation, fødevareregionerne, Miljøstyrelsen og andre skal foregå,

Det anbefales, at der etableres et tæt samarbejde mellem den kommunale sundhedstjeneste og de kommunale myndigheder, der er ansvarlige for dagtilbud, skoler og anbringelsessteder med henblik på at styrke det generelle tværprofessionelle samarbejde. Det gælder fx samarbejde om de lovbestemte børnemiljøvurderinger, samarbejde i forhold til at sikre sunde løsninger ved nybyggeri eller ombygninger, såfremt kompetencerne er til stede i sundhedsplejeordningen samt samarbejder om at styrke det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, der bidrager til at reducere ulighed i sundhed og styrke børnenes mentale sundhed og trivsel.

4.3 Generel rådgivning om grupper af børn og unge

Når det gælder generel rådgivning om børns og unges sundhed og trivsel bidrager den kommunale sundhedstjeneste med rådgivning og vejledning af både sundhedsfremmende og forebyggende karakter til at reducere forekomsten af smitsomme sygdomme, indeklimaproblemer, støjskader og ulykker og uheld blandt børn både ude og inde. Rådgivning og vejledning omhandler desuden indsatser, der vedrører institutionens aktiviteter fx i forhold til mental trivsel, fysisk aktivitet og forebyggelse af overvægt blandt børn og unge i samspil med de pædagogiske læreplaner.

Den generelle rådgivning om hygiejniske og miljømæssige forhold i institutioner bør tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens "Håndbog om hygiejne og miljø i dagtilbud".

Når det gælder konkret rådgivning vedrørende alvorlige sundhedsmæssige forhold involverer dette som oftest Styrelsen for Patientsikkerhed, der rådgiver kommunen, herunder teknisk forvaltning. Det gælder fx alvorlige smitsomme sygdomme, indeklimaproblemer som skimmelsvamp og problemer, der vedrører kemiske stoffer, skadedyr, drikkevand m.m. Se kapitel 7 i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer".

På baggrund af evt. henvendelse fra institutionens leder vedrørende ønsket om en konkret vurdering kontakter sundhedstjenesten den relevante ansvarlige kommunale myndighed og eventuelt Styrelsen for Patientsikkerhed med henblik på at orientere rette myndighed om problemet

Det anbefales, at det lovbestemte tilsyn med sundhedsforhold på institutionen og oplysning om hygiejne foregår som en dialog om hygiejniske forhold og konkrete problemstillinger på institutionen på baggrund af kommunalt udarbejdede kvalitetsstandarder, eventuelt i forbindelse med den kommunale akkreditering på området og jf. ovennævnte anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen.

For at styrke kvaliteten anbefales det, at den infektionshygiejniske indsats i dagtilbud, anbringelsessteder og skoler organiseres samlet i kommunen. Dette kan med fordel ske i sammenhæng med løsningen af de infektionshygiejniske opgaver i andre dele af den kommunale organisation, herunder specialinstitutioner og plejehjem.

4. 4 Andre forebyggelsesopgaver i kommunen

Nedenfor skitseres andre forebyggelsesområder, som den kommunale sundhedstjeneste kan indgå i.

4.4.1 Smitsomme sygdomme

Ifølge epidemilovens § 4 skal kommunalbestyrelsen træffe foranstaltninger for at forebygge og sikre sig mod udbredelsen af smitsomme sygdomme, herunder udarbejde planer for håndtering af smitsomme sygdomme og sikre, at kommunens institutioner og personale er bekendt med myndighedernes anbefalinger og vejledninger om håndtering af smitsomme sygdomme.

Styrelsen for Patientsikkerhed varetager opgaver vedrørende bekæmpelse af spredningen af anmeldelsespligtige sygdomme og øvrige smitsomme sygdomme. Den kommunale sundhedstjeneste varetager begrænsningen af spredningen af andre smitsomme sygdomme, herunder rådgivning af de berørte institutioner/skoler (se lovbestemmelser i kapitel 7 i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer").

Den kommunale sundhedstjenestes rådgivning vedrørende smitsomme sygdomme tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens publikation "Smitsomme sygdomme hos børn og unge. Vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler m.v.". Vejledningen beskriver, hvorledes børn og personale kan forebygge spredning af smitsomme sygdomme ved at blive hjemme ved sygdom og ved hygiejniske forholdsregler. Vejledningen beskriver desuden samarbejdet mellem

personale, forældre, læger, den kommunale sundhedstjeneste og Styrelsen for Patientsikkerhed. Vejledningen indeholder både generelle forholdsregler for smitsomme sygdomme og information om og forholdsregler for udvalgte specifikke sygdomme.

Den kommunale sundhedstjeneste kan ved behov indhente rådgivning fra Styrelsen for Patientsikkerhed, som tillige bør inddrages ved påfaldende ophobning af sygdom i en kommunal institution.

For de anmeldelsespligtige sygdomme påhviler det den behandlende læge at anmelde sygdomstilfældet til Styrelsen for Patientsikkerhed, som også varetager den videre kontakt til berørte parter, herunder information til ledelsen af institutionen/skolen samt den kommunale sundhedstjeneste ved behov. Ledelsen af institutionen/skolen skal formidle information fra Styrelsen for Patientsikkerhed til børns og personales hjem.

Tilrettelæggelse af en målrettet indsats for at hindre smittespredning kræver i nogle tilfælde hygiejniske og infektionsmedicinske kompetencer. Kommunen må derfor sikre, at disse kompetencer er tilgængelige i eller for den kommunale sundhedstjeneste.

4. 4. 2 Støjskader

Forekomsten af støjskader påvirkes især af institutionens pladsforhold samt muligheden for at være ude i løbet af dagen. Den kommunale sundhedstjeneste rådgiver institutioner om forhold, der har betydning for reduktion af støjgener i institutionen med henblik på at forebygge støjskader hos børn, eventuelt i samarbejde med Teknisk Forvaltning og den pædagogiske konsulent.

4. 4. 3 Forebyggelse af ulykker, inde og ude

Ulykker i daginstitutioner sker især på legepladserne, og erfaringerne fra sådanne uheld danner baggrund for anbefalinger om indretning af institutionen og legepladsen. Rådgivning om bygning af institutioner og indretning af legepladser ligger primært i andre forvaltningerne, mens sundhedsplejersker kan bidrage om forebyggelse af ulykker indendørs primært i forbindelse med den generelle tilsyn i dagtilbuddet og i samarbejde med den pædagogiske konsulent.

4. 4. 4 Indeklima

For at opretholde et sundt indeklima er det nødvendigt at være opmærksom på en lang række forhold i dagligdagen. Det gælder fx hyppig udluftning, indkøb og brug af miljøvenlige produkter og andre forhold, der kan påvirke sundheden for børn og voksne.

4.5 Rådgivning vedrørende det enkelte barn

Såfremt personalet finder, at et barn i dagtilbud eller skole har særlig behov for en sundhedsfaglig indsats, fx et barn med kronisk sygdom (diabetes, astma-allergi, epilepsi m.m.), kan den kommunale sundhedstjeneste tilbyde individuel, konkret rådgivning til personalet efter aftale og i samarbejde med forældrene. Der kan være behov for, at behandlende afdeling varetager rådgivningsopgaven, hvilket vurderes i det konkrete tilfælde.

Når personalet finder, at et barn har særlige problemer, der skal løses tværprofessionelt, bør den kommunale sundhedstjeneste inddrages i en tværfaglig vurdering af barnets behov i samarbejde

med fx PPR, sagsbehandler og/eller den behandlende børneafdeling eller praktiserende læge.

Med henblik på at styrke den tidlige tværprofessionelle indsats for børn og familier i udsatte og sårbare positioner anbefales, at dagtilbud/skole og den kommunale sundhedstjeneste afholder regelmæssige møder, hvor identificerede problemstillinger af både sundhedsmæssig og pædagogisk karakter drøftes. Forældrene bør inddrages tidligt i samarbejdet, således at deres perspektiv inddrages fra starten af rådgivningsforløbet. Hvis der ikke kan opnås samtykke fra forældrene vurderes, om der er faglige begrundelser for at drøfte problemstilling uden samtykke, jf. bestemmelser herom, læs mere i kapitel 5 i "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer".

4.6 Medicingivning i dagtilbud og skoler

Medicingivning bør så vidt muligt foregå i hjemmet uden for det tidsrum, hvor børnene er i skole eller dagtilbud. Men ved kroniske eller langvarige sygdomme kan der være behov for at give medicin i løbet af dagen, hvilket aftales individuelt og efter aftale med barnets forældre og evt. behandlende sygehus.

4.7 Dansk Center for Undervisningsmiljø

Dansk Center for Undervisningsmiljø (DCUM) er et uafhængigt statsligt center, der arbejder for at sikre et godt undervisningsmiljø på alle uddannelsessteder og et godt børnemiljø i alle dagtilbud.

I henhold til dagtilbudsloven skal børn i dagtilbud have et fysisk, psykisk og æstetisk børnemiljø, som fremmer deres trivsel, sundhed, udvikling og læring. Børnemiljøet skal vurderes i et børneperspektiv, og børns oplevelser af børnemiljøet skal inddrages alt efter børnenes modenhed og alder. Lederen af dagtilbuddet er ansvarlig for at udarbejde, offentliggøre og revidere planen som minimum hvert tredje år.

Børne- og undervisningsmiljøvurderingerne kan bidrage til at tematisere og målrette samarbejdet mellem dagtilbud og skoler i forhold til konsulentopgaven. Den kommunale sundhedstjeneste kan desuden tilbyde at rådgive, når det er vurderet, at der er sundheds- og trivselsmæssige problemstillinger, der skal løses.

5. Social ulighed i sundhed og udvalgte forebyggelsestemaer

Social ulighed i sundhed kommer til udtryk på flere måder. - også blandt børn, unge og familier. Der er blandt andet store forskelle i familiers muligheder og behov, ligesom der er forskel på levevilkår og store forskelle i de belastninger, som børn og unge udsættes for både socialt og sundhedsmæssigt. Social ulighed kan også komme til udtryk i utilsigtet forskelsbehandling af familier og manglende forståelse for forskelle i levevilkår.

Det er dokumenteret, at følgende belastninger kan have betydning for børns udvikling, og at der er social ulighed i hvilke grupper, der udsættes mest for belastningerne:

- Tidlig fødsel og lav fødselsvægt
- Opvækst i fattigdom
- Vold i nære relationer
- Børn som pårørende, hvor der er psykiske lidelser hos en forælder eller en søskende

- Børn som pårørende, hvor der er forældre med misbrug
- Rygning i graviditeten og i hjemmet
- Afvigelse i højde- og vægtudvikling
- Ulykker og skader
- Ikke at følge vaccinationsprogrammet
- Skolefravær og mistrivsel
- Unges tidlige risikoadfærd.

De forebyggende sundhedsydelse i almen praksis og sundhedspleje skal bidrage til at reducere social ulighed i sundhed. Derfor anbefales det at være særlig opmærksom på ovenstående belastninger og tilbyde særlige målrettede ydelse, eventuelt i tværprofessionelt sammenhæng, afhængig af belastningens karakter.

I tilrettelæggelse og udførelse af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i familier med ovenstående belastninger er det væsentligt, at almen praksis og sundhedstjenesten er opmærksom på forældrenes sundhedskompetencer, som har betydning for familiens og barnets sundhed.

Det anbefales, at almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste tilrettelægger deres ydelse under hensyntagen til også at styrke sundhedskompetencerne hos forældrene med henblik på at kunne yde målrettet og relevant rådgivning til forældre, børn og unge. I dialogen med forældrene, børn og unge skal disse sundhedskompetencer danne baggrund for målrettede og relevante indsatser. Læs mere i afsnit 5.1.

For flere af belastningerne er der indlejrede stigmatiseringsrisici, herunder tabuisering, som sundhedspersonalet bør bidrage til at nedbryde ved at inddrage dem i kommunikationen. Læs mere i afsnit 5.2.

5.1 Sundhedskompetence hos familier, fagprofessionelle og organisatorisk

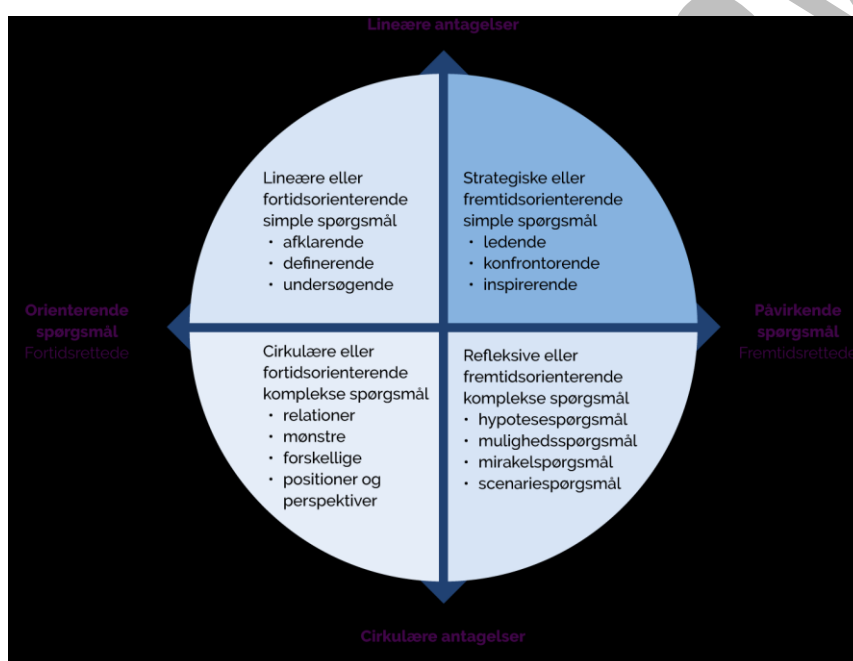
Sundhedskompetence er en kombination af de personlige kompetencer og ressourcer i omgivelserne. Det er med til at bestemme familiernes mulighed for at finde, forstå, vurdere og bruge relevant information om barnets og egen sundhed. Der kan være stor forskel på familiers sundhedskompetence både generelt og i specifikke situationer, hvor det er særligt vigtigt, at sundhedsplejersken eller lægen yder handlingsanvisende støtte til forældrene, barnet eller den unge.

For at kunne støtte alle på den måde de hver især har brug for, er det væsentligt, at sundhedsprofessionelle arbejder bevist med at målrette sin kommunikation og tilpasse ydelse til forældre med forskellige sundhedskompetencer. Når en organisation gør information og ressourcer tilgængelige for borgere med forskellig sundhedskompetence er der tale om, at organisationen har høj organisatorisk sundhedskompetence.

Arbejdet med egen organisatorisk sundhedskompetence handler om at have en opmærksomhed på egen organisation, fordomme og forforståelse; hvor let familierne har adgang til fagprofessionelle og hvordan de bliver mødt; om der er tilstrækkelig tid til familierne; hvordan man inddrager og er nysgerrig på familiernes forståelse af barnets udvikling og behov; om de

forstår den mundtlige og skriftlige kommunikation; om de yderligere indsatser, der tilbydes familierne, er handlingsanvisende, forståelige og meningsfulde og om familierne får den nødvendige støtte til at navigere mellem tilbud og sektorer. Det anbefales at tage udgangspunkt i eksisterende værktøj til udvikling af organisatorisk sundhedskompetence.

Kommunikation, forstået som meningsfuld udveksling af information mellem to eller flere personer med det mål at finde frem til en fælles forståelse, kræver aktiv lytning og evnen til at stille spørgsmål af forskellig karakter fx som illustreret her med Karl Tomms spørgsmålstyper samt efterprøvning af forståelse af de, det er formidlet – også kaldet feedback.



Efter Karl Tomm: Interventive interviewing, Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive questions? Family Process.

Med henblik på at øge lighed i sundhed anbefales, at sundhedspersonalet i almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste arbejder struktureret med at styrke den organisatoriske sundhedskompetence.

5.2 Stigmatisering og tabuisering

For flere af de belastninger, der bidrager til ulighed i sundhed, er der indlejrede stigmatiseringsrisici, herunder tabuisering. Det anbefales, at sundhedspersonalet aktivt bidrager til at nedbryde stigmatisering ved at arbejde systematisk med bevidstgørelse om såvel stigmatisering som tabuisering i professionelle sammenhænge.

Stigma betyder "negativt kendetegn", der hæftes på en person som et "socialt stempel". Stigmatisering, der som oftest foregår ubevidst hos den enkelte, kan udgøre en yderligere belastning for personer, der fx, har (svær) overvægt eller er udsat for eller har overværet vold i nære relationer eller har en psykisk lidelse. Med stigmatisering følger risikoen for at blive diskrimineret og ekskluderet fra sin familie, dele af livet og samfundet. Stigmatisering kan også forhindre, at mennesker søger og får tilbudt hjælp og støtte tidligt i forløbet, da der er risiko for, at man frygter at bliver stemplet.

Stigmatisering opstår som led i tre udfordringer: *manglende viden, fordomme og diskrimination*, som er væsentlige at kende:

Viden: Stigmatisering kommer til udtryk som manglende viden om fx årsager til overvægt, psykiske lidelser eller handicaps. Den manglende viden kan bl.a. skabe og vedligeholde myter samt generaliserende og stereotype opfattelser af mennesker, som har forskellige udfordringer.

Holdninger: Stigmatisering kommer til udtryk som fordomme om fx mennesker med overvægt eller undervægt, mennesker med etnisk minoritetsbaggrund, mennesker som lever med vold eller misbrug i familien eller med psykiske lidelser.

Adfærd: Stigmatisering kommer til udtryk som forskelsbehandling og diskriminerende adfærd over for mennesker med fx adfærd eller problemer, der adskiller sig fra majoritetens. Den diskriminerende adfærd kan komme fra såvel venner og familie, som fra fagprofessionelle, herunder sundhedspersonale og fra mange dele af samfundet.

Selvstigmatisering

En konsekvens af stigmatiseringen er selvstigmatisering. Selvstigmatisering kan opstå som følge af de fordomme og myter, som mennesker møder i deres omgivelser, og som de kan komme til at tage på sig gennem accept af samfundets og omgivelsernes negative og stigmatiserende holdninger som sande, hvilket kan få den enkelte til at tænke negativt om sig selv. Det kan betyde, at man får mindre håb, lavere selvværd, bliver mere usikker på sig selv ligesom man kan i højere grad kan komme til at undgå social kontakt. Selvstigmatiseringen kan have stor betydning for at søge og få hjælp.

Viden om stigmatisering og de afledte effekter af dette må integreres i de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser således, at sundhedspersonalet bidrager til afstigmatisering og aftabuisering. Hvor selvstigmatisering identificeres må sundhedspersonalet støtte den enkelte i at identificere og bearbejde denne følelse. Læs mere på www.sst.dk/EN AF OS

5.3 Mental trivsel og sundhed

Børn og unges mentale trivsel er en voksende sundhedsmæssig udfordring. Høj mental sundhed er central for livskvalitet og trivsel gennem hele livet, og fundamentet grundlægges i barndommen. Et stigende antal børn og unge udvikler mentale helbredsproblemer, og mindst 16% oplever at få mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom, inden de bliver ti år.

Der er betydelig social ulighed i mental sundhed generelt i samfundet. Familier i udsatte positioner er i øget risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer, som kan få betydning for forældrenes evne til at varetage den nødvendige omsorg for barnet, og mistrivsel kan dermed gives videre til barnet.

Høj grad af mental sundhed eller god trivsel er en beskyttende faktor for udvikling af sygdom, ligesom det er en væsentlig ressource der styrker handlekraft. Dermed kan mental sundhedsfremme bidrage positivt til at styrke tro på egne evner og mod på livet.

Mental sundhed handler om at trives, og det er udgangspunktet for en sund udvikling, for læring og for sociale kompetencer. Lav grad af mental sundhed - eller mistrivsel – knytter sig til en øget risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer, som begrænser udviklingsmuligheder og øger risikoen for indlæringsproblemer og alvorlig sygdom - både psykisk og fysisk.

WHO definerer mental sundhed – eller trivsel – som

En tilstand af velbefindende, hvor individet kan udnytte sit potentiale, kan håndtere dagligdagens udfordringer, kan arbejde produktivt og gavnligt, og er i stand til at bidrage til fællesskabet.

Mental sundhed i de tidlige år kan præciseres yderligere som:

Det lille barns kapacitet til at opleve, regulere og udtrykke følelser, til at danne nære og trygge relationer og til at udforske sine omgivelser og lære.

Barnets mentale sundhed udvikles i rammerne af barnets omsorgsmiljø, som inkluderer familien, og de institutioner som barnet er tilknyttet - særligt dagtilbud og skole, ligesom det organiserede fritidsliv også potentielt har positiv betydning for barnets mentale sundhed. De faktorer, der beskytter barnets mentale sundhed og fremmer trivslen, er primært:

- følelsen af tryghed – tilknytning til nære omsorgspersoner
- fællesskab – at opleve nære relationer og tilhørsforhold til positive fællesskaber
- at opleve udvikling gennem nysgerrighed, leg og læring
- udvikling af sprog og gode kommunikative evner
- en velfungerende evne til at kunne regulere sig selv og sine følelser (som en del af mentaliserings evnen).

At deltage i fællesskaber har stor betydning for, om man trives. Fem elementer er blevet identificeret i forhold til hvad der præcis gør, at fællesskaber fremmer mentale sundhed. De fem elementer er identificeret med afsæt i organiserede fritidsfællesskaber, og består i, at man dels skal føle sig tæt knyttet til de andre i fællesskabet. Man skal have mulighed for at udvikle sine evner og sin selvtillid, samt have lyst til at deltage og herunder føle, at fællesskabet er trygt og tillidsfuldt.

Sundhedsplejen og almen praksis har sammen en central rolle i at styrke opmærksomheden på de beskyttende faktorer, både i familien og i relation til det hverdagsliv, der er i dagtilbud og i skolen. Ved at understøtte forældres og andet fagpersonales forståelse af mental sundhed, som noget der aktivt kan arbejdes med, kan sundhedsplejersker og praktiserende læge bidrage til fortsat at sætte fokus på at fremme den mentale sundhed i de sammenhænge, hvor de møder barnet og dets forældre.

Sundhedsplejen og almen praksis kan gennem prioriterede og systematiske indsatser bidrage væsentligt til opspore mistrivsel og forebygge, at mistrivsel udvikler sig til mentale helbredsproblemer. Det sker dels gennem de universelle forebyggende og sundhedsfremmende undersøgelser og samtaler og ved systematisk at anvende redskaberne PUF og ADBB (se metodekataloget kapitel 7).

5. 4 Den tidlige forældre-barn relation og udvikling af tilknytning.

Kvaliteten af den tidlige *tilknytningsrelation*, dvs. det følelsesmæssige bånd, som barnet udvikler til sine forældre i løbet af det første leveår, er afgørende for barnets mentale sundhed og dets udvikling på lang sigt. Den vigtigste faktor for tilknytningskvaliteten er forældrenes evne til at se, forstå og imødekomme barnets sociale og følelsesmæssige behov. Tilknytningsrelationen er fuldt etableret og stabil, når barnet er omkring et år, hvorfor kvaliteten af barnets tilknytning først kan vurderes dér.

Vejledning til forældre i barnets første leveår skal derfor tage udgangspunkt i en generel videndeling med udgangspunkt i eksisterende forskningsbaserede viden om betydningen af den tidlige tilknytningsrelation og det lille barns sociale og følelsesmæssige behov.

5. 4. 1 Tryk, utryk og desorganiseret tilknytning.

Med udgangspunkt i en Fremmedsituationstest (Strange Situation Experiment) kan et barn i alderen 12-24 måneder på baggrund af sin tilknytningsadfærd klassificeres i fire typer af tilknytningsmønstre.

- *Tryk tilknytning*, som ses ved, at barnet effektivt bruger forælderen som tryk base ved udforskning og som en kilde til trøst under negative følelser og ubehag/stress. Dette vil ses hos ca. 65 % af børnene i en typisk population.
- *Utryk tilknytning*, som ses i to former: *Afvisende/undvigende* eller *ambivalent /modstandspræget* tilknytning, som er forbundet med hhv. forældres afvisning af og vanskeligheder med at møde barnet i dets negative følelser eller med inkonsekvent sensitivitet og/eller vanskeligheder ved at støtte barnets udforskning. Begge typer af utryk tilknytning udgør organiserede strategier til håndtering af negative følelser. De er dermed normale variationer af tilknytning, men de indebærer, at barnet mindre effektivt kan bruge forælderen som en kilde til trøst i stressede situationer. Disse to mønstre vil ses hos ca. 25 % af børn i en typisk børne population.
- *Desorganiseret tilknytning*, som er forbundet med en skræmmende og for barnet uforståelig forældreadfærd. Fx at forælderen er truende, bange, tilbagetrukket/ følelsesmæssigt utilgængelig m.m., så barnet ikke ved, hvordan det kan bruge forælderen under stress. Børn, der har udviklet en desorganiseret tilknytning, udgør en særlig risikogruppe - særligt for senere udvikling af eksternaliserende vanskeligheder.

I en typisk population vil dette mønster ses hos 10-15 % af en typisk børnepopulation. I en gruppe op til 40 %, og i gruppen af omsorgssvigtede og mishandlede børn kan forekomsten af desorganiseret tilknytning være helt op til 80%. Sundhedspersonale skal derfor have særlig opmærksomhed på børn, hvor man er eller bliver bekendt med omsorgssvigt, vold m.m., idet de nævnte implikationer i forhold til tilknytningskvalitet bidrager til ulighed i sundhed.

En tryk tilknytning er relateret til en lang række positive udviklingsmæssige resultater. En metanalyse viser, at børn med en tryk tilknytning generelt har en mere positiv udvikling end børn med en utryk og i særdeleshed en desorganiseret tilknytning i form af bedre sociale kompetencer, færre eksternaliserende vanskeligheder (aggression), samt færre internaliserende vanskeligheder (depression og social tilbagetrækning). Børn med en tryk tilknytning udvikler en velfungerende

evne til at regulere egne følelser, hvilket igen har betydning for bl.a. barnets skoleliv og akademiske præstationer.

Tilknytningen kan ændre sig igennem hele livet i takt med, at relationen mellem forælder og barn ændres, ligesom børn kan have forskellige tilknytningsrelationer til hver af deres forældre. Dvs. selvom et barn har en utryk tilknytning til den ene forælder, kan barnet godt have en tryk tilknytning til den anden forælder.

5. 4. 2 Forældres sensitivitet og evne til mentalisering

Tilstrækkelig sensitiv forældreadfærd er den vigtigste faktor for udviklingen af en tryk tilknytning. *Sensitiv forældreadfærd* er forældrenes evne til at opdage barnets signaler, fortolke dem korrekt og reagere på signalerne på en passende og aldersafstemt måde. Sensitiv forældreadfærd indebærer altså bl.a., at forældrene er i stand til korrekt at fortolke de behov, som det lille barn udtrykker i og med sin adfærd. Denne evne kaldes også *mentalisering*, hvilket mere overordnet kan defineres som forældrenes evne til at forstå, at barnets adfærd skyldes underliggende følelser, tanker og behov. Der er påvist en sammenhæng mellem forældres mentaliseringsevne, forældrenes evne til at være sensitive og udviklingen af tilknytningsmønstre hos deres barn.

En række risikofaktorer hos forældrene kan påvirke forælderevnen negativt. Dette er psykisk sygdom, lav IQ og indlæringsvanskeligheder, fattigdom, misbrug og vold i hjemmet, antisocial og kriminel adfærd samt oplevelse af traumer og overgreb i egen barndom. Sundhedspersonalet skal derfor være særligt opmærksomt på tilstedeværelsen af risikofaktorer ed hjemmebesøg, når sådanne forhold er kendt enten fra svangreomsorgen i almen praksis, fra myndighedsafdelingen, eller hvis sundhedsplejersken bliver bekendt med det i kontakten med familien.

5. 4. 3 Systematik i undersøgelse og opsporing

Der findes aktuelt ikke en standardiseret metode til observation og vurdering af tilknytnings- eller relationskvalitet, der er valideret til dansk sundhedsplejepsiks. Det har stor betydning for den tidlige indsats, at identifikation af risikofaktorer i forhold til barnets sociale og følelsesmæssige udvikling foregår ensartet og systematisk, og at der udvikles en fælles forståelse og referenceramme for indsatsen, der vil kræve en indplacering på niveau 3 eller 4 jf. principperne om niveauinddeling af ydelserne.

Anvendelse af validerede metoder er en afgørende forudsætning for, at sundhedsplejersker kan identificere de børn, som har størst behov for en særlig indsats for at kunne optimere deres sociale og følelsesmæssige udvikling

Systematisk opsporing af børn, der udviser social tilbagetrækning kan ske ved hjælp af ADBB-metoden. Social tilbagetrækning hos spæd- og småbørn kan skyldes både medfødte problematikker hos barnet og vanskeligheder i omsorgsmiljøet, men udgør en alvorlig risikofaktor for psykiske vanskeligheder senere i livet herunder bl.a. sprog-, adfærds- og tilknytningsvanskeligheder, der alle har betydning for ulighed i sundhed. For uddybende beskrivelse se metodekatalog.

5. 5 Perinatal depression

Perinatal depression (fødselsdepression) er en depression, der opstår i forbindelse med graviditet eller i barnets første leveår, og hvor symptomerne på depression knytter sig til forældreskabet. Perinatal depression kan ramme den ene eller begge forældre. Tidlig opsporing og støtte har stor betydning for det efterfølgende forløb.

Forebyg stigmatisering

Perinatal depression kan være forbundet med skyld, skam og selvstigmatisering. Følelse af ikke at slå til som forældre og skammen over en manglende lykkefølelse over det nye barn, kan give anledning til isolation, lavere selvværd, mindre håb og nedsat mental trivsel, som til sammen kan blive en barriere for at opsøge hjælp. Stigmatiseringen for mænd kan være større end for kvinder, da den generelle viden om, at mænd kan få en perinatal depression stadigvæk er lav.

I dialogen med forældrene både før og efter opsporing bør den praktiserende læge og sundhedsplejersken derfor i et sundhedsfremmeperspektiv inddrage forældrenes følelser om at kunne slå til som forældre i forhold til deres forventninger om samme. Det bidrager til self-efficacy og afstigmatisering og støtter forældre i at turde tale om det, der er svært i graviditeten og forældreskabet.

Ulighed i forekomst og tilbud

Der er ikke dokumenteret social ulighed i forekomsten af perinatal depression, som rammer forældre i alle aldre uanset uddannelse og socioøkonomisk baggrund. Imidlertid forekommer der social ulighed i opsporing af tegn på og behandling af perinatal depression, idet mænd og kvinder med etnisk minoritetsbaggrund ikke tilbydes samme systematiske opsporing som kvinder med dansk baggrund. Særligt for kvinder med etnisk minoritets baggrund kan der forekomme anden hjælpsøgende adfærd. Det kan skyldes, at kvinden har ringe viden om rettigheder og sundhedstilbud i Danmark og om, hvordan hun navigerer i det danske sundhedsvæsen. Kvinden kan have en anden opfattelse af krop, helbred og sygdom. Det kan have betydning for, om de selv henvender sig og søger hjælp hos sundhedsplejersken eller hos praktiserende læge hvis de oplever symptomer på perinatal depression. Desuden findes der i endnu højere grad færre tilbud i kommunerne til disse forældre, såfremt der opspores tegn på perinatal depression.

Sundhedsplejen bør derfor have et øget fokus på kvinder med etnisk minoritets baggrund og deres partnere og sikre, at de også tilbydes samme undersøgelse for tegn på perinatal depression som alle andre forældre.

5. 5. 1 Forekomst og symptomer

Op mod 11 % af kvinder og 7-8 % af mænd udvikler en perinatal depression, hvoraf ca. 1/3 debuterer med symptomer allerede under graviditet, hyppigst i 3. trimester. I nogle familier udvikler begge forældre symptomer. Perinatal depression kan påvirke familiedannelsen negativt og have både kort- og langsigtede konsekvenser for forældrene og for barnets udvikling og mentale helbred, hvis ikke familien får den rette hjælp.

Symptomer

Der kan være store individuelle forskelle på, hvordan en perinatal depression opleves, og symptomerne kan være lette, moderate eller svære. Mange kvinder oplever i forbindelse med graviditet og den første tid efter fødsel at humøret går op og ned og kan udløse fx gråd, bekymring og udmattelse såkaldt "maternity blues" som ikke må forveksles med perinatal depression. Tilstanden er ikke undersøgt for mænd.

Symptomerne ved perinatal depression er de samme som ved andre depressioner, men fælles er, at de knytter sig til forældreskabet. Grundlæggende er lidelsen den samme for kvinder og mænd, men symptomerne kan komme til udtryk på forskellig vis

Fødselspsykose

Forekomsten af fødselspsykose er 1 promille og på lige fod med andre akutte psykoser kræver tilstanden akut indlæggelse og psykiatrisk behandling.

5. 5. 2 Beskyttende faktorer

Trygge og støttende relationer, som kan hjælpe med at aflaste og give pusterum, er meget vigtige beskyttende faktorer mod mentale problemer under graviditeten og i tiden herefter. Det gælder fx et godt parforhold og en god relation til egne forældre. Andre beskyttende faktorer er gode socioøkonomiske forhold, at der ikke er andre psykiske lidelser eller mentale vanskeligheder, barnets temperament, ligesom egne mestringsstrategier har betydning for, hvilke konsekvenser mentale problemer kan give fremover, både for den bliver ramt, for den anden forælder og ikke mindst for barnet.

5. 5. 3 Risikofaktorer

Depression hos gravide udgør en risiko for såvel kvinden som barnet. Ubehandlet depression hos gravide har været sat i forbindelse med øget risiko for abnorm blødning under graviditet, spontan abort, for tidlig fødsel, fosterdød, svangerskabsforgiftning og andre fødselskomplikationer samt trivselsforstyrrelser hos barnet efter fødslen samt manglende etablering af amning. Disse risici, som i et vist omfang kan forebygges, øger risikoen for ulighed i sundhed på både kort og langt sigt.

Kvinder og mænd, der tidligere har haft en diagnosticeret depression samt forældre på overførselsindkomst, forældre med etnisk minoritets baggrund, socialt isolerede, unge forældre og forældre i dårlige parforhold samt kvinder med tidligere perinatal depression, har en øget risiko for at få en perinatal depression i forbindelse med ny graviditet. Derudover er der belæg for, at nogen kvinder er følsomme overfor svingninger i kønshormonerne og reagerer med depression i forbindelse med det voldsomme fald af kønshormoner (østrogener), der sker lige efter fødslen.

5. 5. 4 Opsporing

På grund af de alvorlige konsekvenser af ubehandlet perinatal depression for mor, far/partner og barn er det vigtigt, at tegn på tilstanden opdages tidligt, så familien kan tilbydes hjælp. En universel, systematisk ydelse på niveau 1 fra praktiserende læge og sundhedsplejerske under graviditeten og efter fødslen kan bidrage til tidligere opsporing af tegn på depression. Gennem tidlig opsporing kan lægens og sundhedsplejers ydelser målrettes og dermed bidrage til reducere ulighed i sundhed for både forældre og barn.

Edinburgh Postnatale Depressionsscore (EDPS) er et redskab til at opspore tegn på perinatal

depression, men er ikke et diagnostisk redskab, se metodekatalog kapitel 7. EPDS er valideret i Danmark og kan anvendes til at opspore tegn på perinatal depression hos kvinder efter fødslen. Det er vist, at med en score på 11 eller derover er moderen øget risiko for at udvikle en perinatal depression, hvilket kræver sundhedsfaglig opfølgning. Der er noget, der peger på, at gravide, der scorer over 11 og fædre/partnere, der scorer over 10 er i øget risiko for at udvikle en perinatal depression.

EPDS kan anvendes til gravide og til fædre efter fødslen, men er ikke valideret til dette brug, hvorfor anbefalede cut-offs skal vurderes derefter.

5. 5. 5 Opfølgning

Sundhedsplejen skal udarbejde lokale kommunale vejledninger for opfølgning ved cut-off over 11 for gravide og for mødre efter fødslen og cut-off over 10 for fædre/partnere, når undersøgelsen tilbydes i kommunen. Vejledningen bør indeholde retningslinjer for efterfølgende handlinger i form af fx gentagelse af undersøgelsen inden for 1-2 uger, henvisning til praktiserende læge, henvisning til lokale tilbud fx familiebehandler eller psykolog og andet. Vejledningen bør afspejle kommunen brug af niveauinddeling og de tværprofessionelle handlinger, der evt. er påkrævede.

Der må af etiske grunde ikke foretages systematiske undersøgelser, der kan vise tegn på perinatal depression, såfremt der intet er at henvise til i kommunen.

EPDS findes på 37 sprog, heraf er den i 2023 valideret på 19 sprog inkl. dansk. EPDS opsporingsredskab anvendes i langt de fleste kommuner i Danmark til kvinder med dansk baggrund og i mindre grad til kvinder med etnisk minoritetsbaggrund og til mænd/partnere.

Ved manglende tilbud om opsporing af perinatal depression hos forældre med etnisk minoritetsbaggrund øges risikoen for ulighed i sundhed hos disse forældre, da de ikke får tilbudt den nødvendige behandling i tide.

5. 6 Sproglig udvikling

Sprogudviklingen starter tidligt i barndommen, men der er store forskelle i forhold til, hvor hurtigt børn lærer sprog med en tydelig social slagside. Der er en sammenhæng mellem et svagt sprog tidligt i livet, dårligere læring, manglende uddannelse, helbredsudfordringer, dårligere sociale relationer og dårligere trivsel helt ind i voksenlivet og dermed også i forhold til udvikling af sundhedskompetencer. Sproglig udvikling er således en vigtig markør i forhold ulighed i sundhed.

Læring, herunder tilegnelse af sprog, påvirkes af flere faktorer:

- *Genetisk arv:* Børn er forskellige, og deres sproglige og socioemotionelle udvikling er til dels betinget af deres genetiske arv. Gener påvirker børns læring både direkte og indirekte via forældrenes evne til at regulere deres børns adfærd og følelser samt evner til at skabe et godt læringsmiljø for deres barn. Arv og miljø påvirker gensidigt hinanden i barnets udvikling, og miljøpåvirkninger kan enten afdæmpe eller forstærke nogle genetiske dispositioner.

- *Forældrekarakteristika*: En række forhold hos forældrene har betydning for deres muligheder for at skabe et rigt læringsmiljø i hjemmet. Det drejer sig fx om:
 - *Forældres egne sproglige kompetencer*, som bl.a. hænger sammen med hvor meget forældre taler med deres børn, især hvor mange og hvilke ord de anvender og hvor komplekst et sprog, de anvender.
 - *Forældres mestringsevne*. Forældres oplevelse af deres mestringsevne i forældrerollen har fx betydning i forhold til børns sproglige udvikling, formentlig fordi forældre med høj selvtillid i forældrerollen også er bedre til at skabe rige læringsmiljøer.
 - *Forældres sensitivitet og mentaliseringsevne*. Forældrenes sensitivitet og evne til at sætte sig i barnets tanker og følelser fremmer barnets trygge tilknytning til sine forældre samt deres evne til at genkende og navngive følelser i sig selv og hos andre. Tryk tilknytning og sensitivt forældreskab hænger også tæt sammen med barnets sproglige udvikling. Se også afsnit 5. 4.
- *Hjemme(lærings)miljø*: Hjemmets læringsmiljø varierer markant fra familie til familie. Et rigt læringsmiljø med adgang til børne- og voksenbøger i hjemmet, hvor ofte forældre læser med deres børn, leger med rim/remser, bogstaver og tal og ikke mindst hvordan og hvor ofte forældrene taler sammen med deres børn har stor betydning. Børn i hjem med rige læringsmiljøer hører op til 7,5 gange så mange ord som børn, der vokser op i fattigere læringsmiljøer og næsten dobbelt så mange ord som gennemsnittet. Stærke hjemmelæringsmiljøer forudsiger gode sproglige og sociale-og følelsesmæssige kompetencer hos børn.
- *Socioøkonomisk status*. Forældre med højere uddannelser og indkomst har typisk bedre muligheder for at give deres børn erfaringer i hjemmet, som ruste dem bedre på den korte og lange bane, både hvad angår udvikling, læring og trivsel.

Sundhedsplejersker og personale i almen praksis skal være opmærksomme på barnets sproglige kompetencer og udvikling ved alle kontakter. Opmærksomheden skal ud over udvikling i den generelle sprogudvikling være rettet mod forskellighed i sprogkulturen i forskellige familier, uanset om man har dansk som modersmål eller andet modersmål. Et godt understøttende hjemmelæringsmiljø er uafhængigt af hvilket modersmål, der tales i hjemmet og giver de nødvendige før-skriftlige forudsætninger for at kunne lære at læse på dansk. At høre og tale dansk er derimod vigtigt for et godt dansk talesprog. Vejledning om sprogstimulering skal tilbydes under hensyntagen til dette og til ovenstående dokumenterede betydningsfulde faktorer for barnets (sprog)læring og dermed for reduktion af ulighed i sundhed.

Hvis det vurderes, at barnets generelle sprogudvikling ikke er alderssvarende, bør der etableres tværprofessionel kontakt og barnet indplaceres på niveau 3 jf. principperne om niveauinddeling af sundhedsplejens ydelser.

5. 6. 1 Generelt om vejledning til forældre, hvor der er særlige behov

Med udgangspunkt i ovenstående bør sundhedsplejersken være opmærksom på hjemmelæringsmiljøet og støtte forældre kan støttes i, hvordan de bedst stimulerer deres barns

sproglige udvikling relateret til barnets alder. Det kan ske ved, at forældrene vejledes generelt om sprogunderstøttende adfærd i forskellige hverdagskontekster samt ved at vejlede forældrene om betydningen af leg med bogstaver og ord, rim og remser, ved at fortælle og læse historier og gennem samtaler om fælles oplevelser uformelle læringsrige aktiviteter i samværet med barnet. Det er ligeledes væsentligt at vejlede forældrene om at sætte ord på barnets tanker og følelser og tale om følelsesmæssige oplevelser med barnet. Det øger ordforrådet og styrker den socioemotionelle udvikling, når der også tales om negative følelsesmæssige oplevelser.

5. 6. 2 Forebyggelse af svage læsekompetencer, herunder dyslexi

Læsefærdigheder påvirker livskvalitet og uddannelsesmuligheder hos den enkelte og har derfor betydning for lighed i sundhed. Et sprogligt stimulerende miljø i hjemmet udvikler børns forudsætninger for læsning og kan dermed forebygge udviklingen af svage læsekompetencer senere i livet. Det har også betydning, når forældrene selv har svage læsekompetencer. Sundhedsplejen kan i dialog med forældrene udbrede viden om og inspirere til at udvikle det sproglige miljø i hjemmet, både generelt men især, hvor forældre selv har svage læsekompetencer.

En række sproglige færdigheder, som har betydning for udvikling af sprogforståelse og afkodning og senere læseforståelse udvikles i løbet af 0-5-årsalderen i samspil med deres omgivelser i hjem og dagtilbud. Det drejer sig om færdigheder som bogstavkendskab, opmærksomhed på sproglyde, og hurtig adgang til ord i hukommelsen. Et veludviklet talesprog er også vigtigt for læsning og læring i skolen generelt: Et godt ordforråd mens børnene er mellem halvandet og tre år hænger sammen med læsekompetencer i 6. klasse og eksamenskarakterer i 9. classes afgangseksamen.

Der henvises til materiale udviklet af Børne- og Undervisningsministeriet til brug for sundhedspleje og dagtilbud.

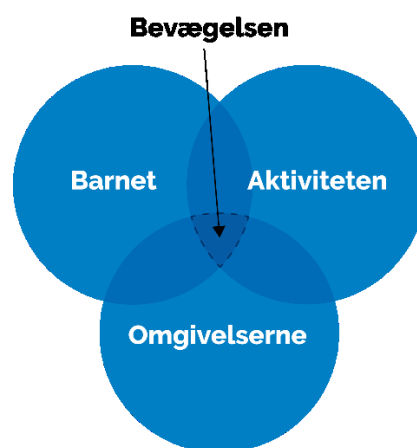
5. 7 Motorisk udvikling

Alderssvarende motoriske færdigheder har betydning for barnets kognitive, mentale og fysiske sundhed, herunder risiko for udvikling af overvægt, tryk tilknytning mellem barnet og dets forældre, socioemotionel udvikling og kontakt. Tegn på forsinket motorisk udvikling kan være markør for andre udviklingsproblemer, cerebral parese, sygdom, eller utilstrækkelig stimulation. Motoriske problemer kan føre til begrænset fysisk aktivitet og kan betyde, at barnet begrænses yderligere i sin motoriske udvikling og senere i leg med andre, hvilket kan få betydning for barnets følelsesmæssige trivsel og sociale relationer med andre børn. Det er især motoriske udviklingsproblemer, der optræder sammen med andre former for reguleringsmæssige og udviklingsmæssige sårbarheder, der kræver skærpet opmærksomhed.

Nyere viden om motorisk kontrol og motorisk læring har betydet, at opfattelse af den motoriske udvikling, hvor motoriske færdigheder ikke har en hierarkisk rækkefølge som tidligere antaget, har ændret sig. Den motoriske udvikling ses nu i et samspil mellem flere forskellige teorier fra psykologi, fysiologi, biomekanik, antropologi, pædagogik, anatomi og sociologi – en dynamisk

systemmodel. Bevægelse skal ses som et samspil mellem bevægelsesopgaven, miljøet bevægelsesopgaven løses i samt de motoriske og psykologiske evner individet har, ligesom elementer fra udviklingspsykologien indgår i motorisk kontrol og bevægeadfærd. Barnets vilje og motivation har ligeledes betydning for den motoriske udvikling og bevægeadfærden vurderes i den bredeste forstand.

Barnets motoriske læring foregår ved leg og aktiviteter, hvor der eksperimenteres med bevægelse, ligesom barnets afprøver utallige variationer og gentagelser af bevægelsesmønstre.

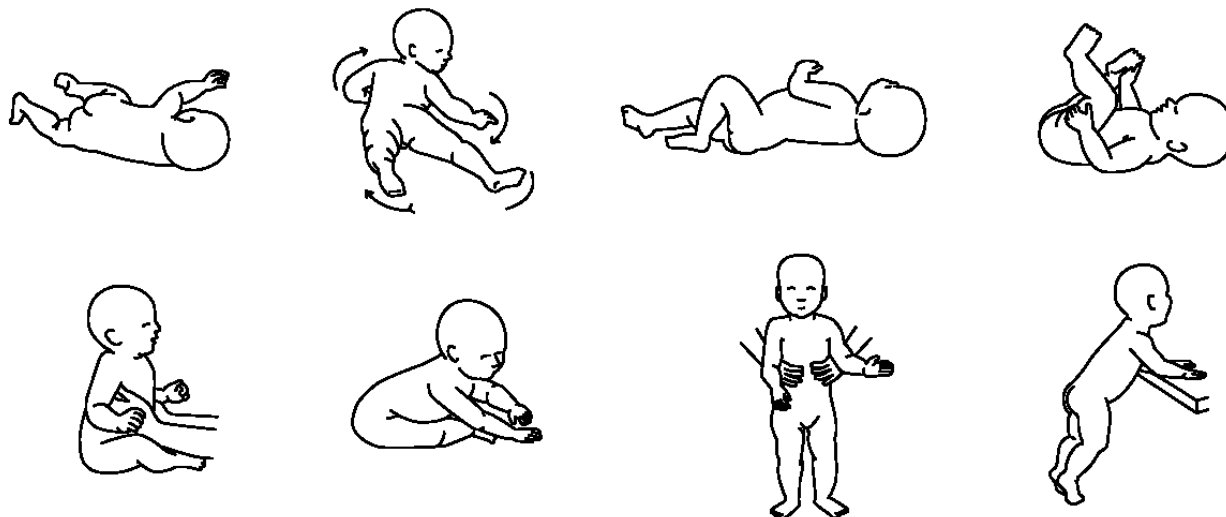


Med inspiration fra: Shumway-Cook& Woollacott; 2017 Motor Control

Vurdering af barnets motoriske udvikling er en væsentlig del af sundhedsplejerskens tilsyn med barnets udvikling, sundhed og trivsel og det er væsentligt, at det foregår ensartet og systematisk. Vurderingen af barnets motorisk udvikling bør ske ved alle kontakter i sundhedsplejen. Anvendelse af valideret metode er en afgørende forudsætning for, at sundhedsplejersker kan identificere de børn, som har størst behov for en særlig indsats for at kunne optimere deres motoriske udvikling. Undersøgelse og vurdering af barnet i hjemmebesøget med henblik på opsporing af børn med forsinket motorisk udvikling anbefales baseret på en systematisk, standardiseret evidensbaseret metode, kaldet AIMS (Alberta Infant Motor Scale), se desuden metodekatalog.

Ved forsinket motorisk udvikling, hvor der samtidig er reguleringsmæssige og udviklingsmæssige sårbarheder, henvises forældrene til enten kommunal fysioterapeut, praktiserende læge eller andre relevante samarbejdspartnere i kommunen med henblik på udredning og evt. behandling. Det anbefales, at kommunen udarbejder retningslinjer for henvisningsprocedurer i samarbejde med børnefysioterapeut, praksiskonsulent eller andre relevante fagprofessionelle fx pædagoger i dagtilbud, således at henvisninger er præcise og relevante.

På baggrund af systematisk og standardiseret undersøgelse samt de generelle observationer under besøget skal vejledningen efterfølgende understøtte forældrene i, at samværet med barnet indeholder motorisk stimulation.



Eksempler på positioner fra AIMS.

5. 8 Brug af alkohol, tobak og nikotinprodukter

Omkring 109.000 børn i Danmark lever i familier, hvor alkohol fylder for meget, svarende til ca. hvert tiende barn. Der er tale om et alkoholproblem i en familie, når forbruget af alkohol virker forstyrrende ind på de opgaver og funktioner, der skal varetages i familien, og når de følelsesmæssige bånd mellem familiens medlemmer belastes af brugen af alkohol.

Et alkoholproblem i en børnefamilie belaster alle familiens medlemmer: den voksne, der drikker, partner og børnene og kan medføre alvorlige fysiske, psykiske og sociale problemer for alle. For børnene kan problemerne vise sig både under opvæksten og senere i ungdoms- og voksenlivet, eksempelvis udvikler 10 % af børnene behandlingskrævende psykiatriske problemer og 40 % udvikler forskellige former for psykiske problemer, som de har behov for hjælp til at få bearbejdet. Der er endvidere eksempelvis fundet højere frafald fra ungdomsuddannelser for unge, hvis forældrene har alkoholproblemer. Nogle børn viser, at de har det svært. De er triste, har hovedpine, mavepine, søvnproblemer, mareridt, har svært ved at koncentrere sig og kommer måske let i konflikt med andre. Andre børn ser velfungerende ud, selvom de har det svært. Problemerne kan også vise sig senere i ungdoms- og voksenlivet.

Hvis der i forbindelse med de forebyggende sundhedsydelse opstår formodning om, at børn eller unge bor i familier med alkoholproblemer, skal sundhedspersoner afholde en samtale med forældrene med udgangspunkt i den aktuelle bekymring for barnets eller den unges trivsel og udvikling. Det må i den forbindelse overvejes om familien skal have ydelse svarende til niveau 2 eller 3.

Sundhedsstyrelsen har udgivet materiale, som inspiration og støtte til, hvordan sundhedspersoner kan indlede og gennemføre en samtale om bekymrende alkoholbrug i hjemmet.

Rygning i hjemmet øger risikoen for vuggedød. Børn, der udsættes for tobaksrøg bliver hyppigere syge af luftvejsinfektioner og mellemørebetændelse, og de har en højere indlæggelsesfrekvens, end børn der bor i hjem uden tobaksforurenede luft.

5. 8. 1. Alkohol, tobaks- og nikotinprodukter hos unge

Børn og unges alkoholkultur er i nogen grad påvirket af deres forældres adfærd, idet unge af forældre med et stort alkoholforbrug drikker mere end unge af forældre, som har et mindre alkoholforbrug. Der er således sammenfald mellem unges og voksnes alkoholkultur. Alkoholkulturen i Danmark blandt unge er i overvejende grad en beruselseskultur, hvor der drikkes med henblik på at opnå en rus. Dette drikkemønster øger risikoen for alkohols skadelige virkninger. De unge drikker mindre i dag, end de gjorde for 20 år siden, og de begynder at drikke senere end tidligere generationer af unge. Det gælder både børn i udskolingen, unge, der er i gang med en ungdomsuddannelse og unge i alderen 16-24 år.

I Danmark bruger omkring hver tredje af alle børn og unge mellem 15 og 29 år en form for tobaks- eller nikotinprodukt enten hver dag eller lejlighedsvist. Hvis man ikke medtager cigaretter, er andelen af børn og unge, der bruger nikotinprodukter ca. 15 %. Det betyder, at omtrent halvdelen af dem, der bruger nikotinprodukter, udelukkende bruger andre nikotinprodukter end cigaretter. Blandt de røgfrie nikotinprodukter er det f.eks. nikotinposer, som ofte omtales som snus af de unge. Andelen af børn og unge, der bruger røgfri nikotinprodukter, er steget de seneste 5-10 år.

5. 8. 2 Sundhedsudfald og risici for børn og unge under 18 år

Alkoholindtag og brug af nikotinprodukter frarådes unge under 18 år. Undervisning og anden vejledning om såvel alkohol som tobak og nikotinprodukter bør derfor indgå i sundhedspædagogiske aktiviteter for de ældste klasser og være et obligatorisk emne i forbindelse med udskolingsundersøgelsen.

Aktiviteterne anbefales at tage afsæt i udsættelse af alkoholdebut, forebyggelse af rygestart og nikotinbrug samt støtte til ryge- og nikotinstop og kan med fordel planlægges i samarbejde med lærere jf. målene for faget "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab", se afsnit 3.1. Nedenstående sundhedsudfald bør inddrages i undervisning og samtaler.

Øget sårbarhed og risikovillighed

Børn og unge er mere sårbare for alkohol-, tobak- og nikotinprodukters skadelige virkninger end voksne. Det skyldes især, at deres hjerner fortsat er under udvikling som beskrevet nedenfor. Derudover har unge ofte et mere skadeligt drikkemønster og en højere risikovillighed end voksne.

Påvirkning af hjernens udvikling

Hjernen er først færdigudviklet omkring 25-30-års alderen. Barndommen og ungdommen er både en periode med øget risiko for at blive afhængig af nikotin og en særligt sensitiv periode for varige

skader af alkohol og nikotin – navnlig på hjernens udvikling. Nikotin- og alkoholindtag – i særdeleshed rusdrikning defineret som 5 eller flere genstande på samme dag og også ved samme lejlighed – kan medføre koncentrationsbesvær og en dårligere evne til at regulere følelser og impulsivitet. Nikotinbrug kan derudover medføre øget risiko for at udvikle angst, depression og stress og medføre en livslang øget risiko for at blive afhængig af andre rusmidler.

Skader og ulykker

Unge alkoholforbrug er i høj grad forbundet med rusdrikning. Når promillen øges, stiger risikovilligheden, mens dømmekraften svækkes. Unge er generelt mere risikovillige end voksne, hvilket øger sandsynligheden for skader, ulykker og død – særligt i kombination med indtag af alkohol. I perioden fra 2010-2019 døde der årligt 14 unge mellem 15 og 25 år pga. alkohol.

Forældresamarbejde

Forældres holdninger til deres børns rusmiddelforbrug har afgørende betydning for, hvornår deres børn begynder at drikke, hvor meget de drikker samt om de begynder at ryge eller bruge andre nikotinprodukter. Når forældre har klare holdninger og opsætter regler for deres børns forbrug, drikker og ryger børnene mindre end børn af forældre uden klare holdninger.

Ulighed i sundhed

Der er social ulighed i både de kort- og langsigtede skadevirkninger af højt alkoholforbrug blandt unge. Unge af forældre i de laveste socialgrupper oplever flere negative konsekvenser ved alkoholindtag (fx at have haft sex, der fortrydes eller vold) end unge af forældre i de højeste socialgrupper.

5. 9 Fysisk aktivitet

Der er ulighed i, hvor fysisk aktive børn og unge er, afhængig af forældrenes uddannelsesniveau og socioøkonomi. I familier, hvor forældrene har kort uddannelse og tilhører en lavere socialgruppe, er børn og unge mindre fysisk aktive end børn og unge i familier i høj socialgruppe, hvor forældrene har en lang uddannelse.

Kroppen undergår en meget stor udvikling, fra barnet er helt spæd, til den unge går ud af skolen, og der er meget stor forskel på, hvordan begrebet fysisk aktivitet skal forstås, og på hvordan børn og unge kan være fysisk aktive. Som for motorik udvikling er det vigtigt, at børn og unge udfordres i forhold til den måde, det er muligt for dem at bevæge sig på i takt med, at de bliver ældre.

Udviklingen i bevægelsesmønstre, motorik, kondition og forskelle mellem køn spiller en rolle for, hvor fysisk aktive børn og unge er, og hvilke typer af fysisk aktivitet, der er relevante for dem. De mindste børn har et meget spontant bevægelsesforløb med ganske korte og intensive bevægelsesperioder, som sjældent varer mere end 10 sekunder. De ældste børn bevæger sig mindre spontant, og når de træner eller laver hårdt fysisk arbejde, foregår det sædvanligvis mere effektivt og målrettet.

En veludviklet motorik og evnen til at koordinere kroppens mange forskellige bevægelser er grundlaget for at kunne være fysisk aktiv på flere forskellige måder. For de yngste børn kan

aktiviteterne være lege, hvor der indgår løb, hop, spring og kast. For de ældre børn kan det være øvelser, der styrker de store muskelgrupper (ben, baller, mave, ryg og arme). Det kan både være med brug af kroppens egen vægt eller med lettere vægte.

Varighed, regelmæssighed og intensitet samt udvikling af muskelstyrke er de væsentligste elementer i de fysiske aktiviteter, når det gælder unge i udskolingsårene.

0–4 år

Børn under 1 år bevæger sig helt naturligt og spontant, og al bevægelse styrker deres motoriske udvikling, sundhed og trivsel. De bruger kroppen til at udtrykke sig og skabe kontakt med andre. Gennem bevægelse lærer de at kontrollere deres krop, at skabe kontakt til andre og at udtrykke sig. Barnet skal derfor have mulighed for at bevæge sig frit så meget som muligt i løbet af dagen.

Børn mellem 1 og 4 år bevæger sig også spontant, men nu med mere fokus på glæden ved bevægelse, hvilket styrker deres motoriske færdigheder, kognitive udvikling, såvel som sociale og følelsesmæssige kompetencer.

5-10 år

I denne aldersgruppe handler det om fortsat at fokusere på at barnet skal finde glæde ved at bevæge sig samtidig med, at de motoriske færdigheder sættes sammen til flere forskellige koordinerede bevægelser til mere komplekse bevægelsesformer. I denne aldersgruppe kan der stilles forventninger om, at barnet fx kan cykle, lave kolbøtter, løbe harmonisk, svømme med og uden hjælpemidler, kaste og gribe en bold og holde balancen, mens det går på en balancebom.

11-16 år

Fra 11 til 12-årsalderen bliver betydningen af regelmæssighed, varighed og intensiteten af den fysiske intensitet mere og mere vigtig for også at opnå de positive sundhedseffekter, der er ved at være fysisk aktiv. Fysisk aktivitet har positiv betydning for mental sundhed og trivsel, kondition, knogle- og muskelstyrke, sund vægtudvikling og kognitiv udvikling og læring. Samtidig reducerer fysisk aktivitet risikoen for at få forstadier til type 2-diabetes, udvikle overvægt samt forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol.

Der anbefales minimum 30 minutter fysisk aktivitet hver dag. Hvis det ikke er muligt, vil mindre også have en effekt, fordi selv lidt fysisk aktivitet gør en forskel, hvis det er en udfordring for barnet at være fysisk aktiv. Intensiteten skal svare til, at barnet bliver let forpustet eller forpustet, hvilket svarer til, at det er fysisk aktivt med moderat til høj intensitet. Ikke kun organiseret idræt gælder men også andre aktiviteter, hvor bevægelse indgår, har betydning. Børn og unge skal derfor motiveres til at afprøve forskellige muligheder og finde den aktivitet, der passer til dem.

5. 9. 1 Bevægelsesglæde som forudsætning for en fysisk aktiv livsstil

Hvis børn og unge skal have mulighed for at opnå de positive sundhedseffekter, der er ved at være fysisk aktive senere i livet, er det vigtigt, at de bliver ved med at værdsætte og engagere sig i en

fysisk aktiv livsstil. Udover de sundhedsmæssige effekter, der kan opnås ved regelmæssig fysisk aktivitet, gælder det for børn og unge om at danne kropslige erfaringer ved at bruge kroppen som et vigtigt bidrag til at bevare deres fysiske aktivitetsniveau.

Bevægelsesglæde er vigtigt i forbindelse med fysisk aktivitet og bevægelse blandt børn og unge. Bevægelsesglæden formes i barndommen med familien, venner og i dagtilbuddet og har betydning for, om barnet vælger at lege og lære og derved skaber mulighed for at lære ved at bevæge kroppen. Med bevægelsesglæde øges sandsynligheden for at udvikle og fastholde sunde bevægelsesvaner.

I forhold til at opretholde en fysisk aktiv livsstil og få kropslige erfaringer er der i de seneste år udviklet en teori, som har identificeret fire komponenter, der har afgørende betydning for dette.

Det drejer sig om:

- 1) fysiske kompetencer
- 2) selvtillid
- 3) viden og forståelse
- 4) motivation

Disse fire komponenter er indholdselementer i begrebet "Physical Literacy", som på dansk er oversat til kropslig dannelse. Komponenterne ses i sin sammenhæng i figuren nedenfor.

Et canadisk evalueringsværktøj (CAPL) til at arbejde systematisk med physical literacy i forhold til de 8-12 årige er ved at blive oversat til en dansk kontekst, hvilket vil resultere i Danish Assessment of Physical Literacy (DAPL).



Med inspiration fra: International Physical Literacy Association og med tilladelse fra: Vælg bevægelse til - hele livet

5. 10 Søvn

Tilstrækkelig og god søvn med gode vaner og god og stabil emotionel kontakt med forældre er nødvendig for børns udvikling og helbred. Manglende søvn eller dårlig søvnkvalitet kan have negativ indflydelse på børns vækst, immunforsvar, koncentration og indlæringssevne. Tilpas søvnmængde og god søvnkvalitet bidrager således til lighed i sundhed.

Gode søvnvaner etableres ved hjælp af regelmæssighed, gode rutiner omkring sovetid, og ved at den vågne tid i sengen ikke trækkes ud. Faste sove- og spisetider er med til at sikre en god døgnrytme. Lige inden sengetid frarådes vild leg, motion samt digitalt mediebrug (dvs. at kigge på computer, tablet og telefon). Rolige og hyggelige ritualer som badning, tandbørstning, godnathistorier for de små og andet roligt samvær med små og større børn hjælper til at falde til ro. Det anbefales at skabe et godt sovemiljø, der ikke er for varmt, med frisk luft og mørke/vågelampe. Hvis man benytter orienteringslys, når man skal op om natten for at trøste eller give mad, anbefales et rødt lys, der vender lidt væk fra barnet, da det virker mindst vækkende.

I forhold til teenagere anbefales tiltag, der sikrer regelmæssig døgnrytme. Digitale medier anbefales lukket ned i god tid inden sengetid, da blå lys fra skærmen gør, at man føler sig mindre træt). Derudover kan bl.a. sociale medier, gaming og streaming om aftenen forskybe sengetiden. Skærmaktivitet om natten kan forstyrre søvnen, hvorfor telefon og tablets ikke bør være i teenagerens værelse ved sovetid.

De generelle råd om at undgå alkohol og rygning, om regelmæssig fysisk aktivitet og om sunde mad- og drikkevarer, da disse aktiviteter og forhold også påvirker søvnen.

Søvn og vågentid ændres betydeligt under barnets udvikling. Et barns søvnbehov afhænger af en række faktorer, herunder barnets alder og arvelige forhold. Følgende er nogle generelle retningslinjer omkring søvnbehov:

1-4 uger: 15-18 timer/døgn

Døgnrytmen er endnu ikke etableret, søvnmønstret er uregelmæssigt og ikke relateret til dag og nat, men snarere til sult og mæthed. Et nyfødt barns søvncyklus varer ca. 50-60 minutter (kontra 90 minutter hos en voksen), og det nyfødte spædbarn sover som regel kun i 1-2 søvncyklusser ad gangen. De længste sammenhængende søvnperioder er ca. fire timer lange. Sygdomme, smerter, mavekneb og forstyrrende forhold i omgivelserne kan påvirke søvnmønstret. For tidligt fødte børn kan have større søvnbehov.

1-6 måneder: 14-15 timer/døgn

Mellem 1- og 3-måneders-alderen begynder døgnrytmen at blive etableret. Etablering af døgnrytmen hjælpes på vej ved regelmæssige rutiner. Lad barnet sove lyst uden at trække gardiner for om dagen, og undlad at underholde/lege med barnet og tænde for meget lys om natten. Den sammenhængende søvn øges til 4-6 timer ad gangen med mere vågenhed i dagtiden.

6-12 måneder: 14-15 timer/døgn

Døgnrytmen forankres. De fleste børn vil få mere samlede søvnperioder og vil være i stand til at sove igennem, hvilket defineres som 5 timers samlet søvn. Barnet har typisk brug for at sove 2-3

gange i løbet af dagen.

1-3-årige: 12-14 timer/døgn

De fleste 1-årige sover 12-14 timer i løbet af et døgn, heraf 1-2 lure i løbet af dagen. Mellem 1- og 2-års-alderen kan de fleste børn nøjes med at sove 1 eftermiddagslur.

3-6-årige: 10-12 timer/nat

Tidspunktet for, hvornår et barn ophører med at sove til middag, afhænger af, hvornår barnet er modent nok til at få dækket sit søvnbehov om natten. Men det er også kulturelt bestemt. De fleste børn ophører med at sove om dagen, når de er et sted mellem 3 og 5 år. Når barnet ophører med at sove om dagen, skal det sove længere om natten, og vil derfor ofte have behov for at komme tidligere i seng.

7-12-årige: 9-10 timer/nat

Sengetiden bliver gradvis senere og det generelle søvnbehov falder med en time henover perioden. Barnets og familiens mange aktiviteter kan øge risikoen for, at barnet kommer for sent i seng til at få dækket sit søvnbehov sufficient. For den 7-årige gælder de 10 timer, mens den 12-årige kan generelt klare sig med 9 timer.

13-18-årige: 8-10 timer/nat

Tilstrækkeligt med søvn har fortsat stor betydning for sundhed og trivsel. I løbet af puberteten søger den unge socialt samvær med andre unge bl.a. via sociale medier, og det kan betyde senere sengetider. Der er en tendens til, at søvnmængden falder, selvom de fleste unge fortsat har det samme søvnbehov som de foregående år. Op til sengetid og efter at være gået i seng, anbefales det at undgå at blive forstyrret af beskeder, notifikationer og lignende.

5. 10. 1 Utilstrækkelig søvn

Utilstrækkelig søvn kan medføre træthed, irritabilitet, dårligt humør, koncentrationsbesvær og nedsat indlæring. At sove for lidt er associeret med øget risiko for blandt andet overvægt og tilhørende komplikationer herunder diabetes.

5. 11 Højde- og vægtudvikling gennem skolealderen

Der er dokumenteret ulighed i forekomsten af overvægt og svær overvægt hos børn. Børns vækstudvikling skal derfor følges regelmæssigt med henblik på tidlig opsporing og indsatser, der kan bidrage til at reducere den u hensigtsmæssige vægtudvikling og ulighed i sundhed.

Monitorering af børn og unges højde og vægt sker regelmæssigt ved indskolingsundersøgelse, på mellemtrinnet og ved udskolingsundersøgelsen for at følge den enkeltes udvikling, hvad angår både højde og vægt. Dette med henblik på at opspore udvikling af over- eller undervægt, afvigende højdetilvækst, nyopstået eller ikke erkendt eksisterende sygdom eller problemer af psykosocial karakter.

Ved afvigende vækstmønster følger sundhedsplejersken op med henvisning til egen eller andre professionelles indsats jf. principperne om niveauinddeling og jf. bestemmelserne om

sygeplejefaglig journalføring. Se kapitel 1, 2 og 4 i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer".

Det kan fx dreje sig om:

- henvisning til egen indsats, dvs. opfølgning ved sundhedsplejersken for om x antal uger/måneder at vurdere, i hvilken retning afvigelsen udvikler sig (niveau 2)
- henvisning til egen læge for udredning i forhold til, om der er tale om en sygdomstilstand (niveau 2)
- henvisning til socialforvaltning eller børne-familieforvaltning, hvis det samlede billede giver anledning til bekymring for barnets/den unges trivsel og generelle udvikling (niveau 3-4).

For uddybning af begrundelser for monitorering af børn og unges vækst gennem skolealderen henvises til "Fagligt notat til sundhedsplejersker om monitorering af højde og vægt gennem skolealderen" på www.sst.dk.

5. 11. 1 Samarbejde og opfølgning med forældrene

Alle henvisninger skal ske i samarbejde med forældrene, med mindre der er tale om bekymringer for omsorgssvigt, og forældrene ikke ønsker at samarbejde. Læs mere i kapitel 5 i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer".

Monitorering af den enkeltes højde og vægt samt registrering på BMI-kurver kan være et godt udgangspunkt for samtalen med forældrene om barnets generelle udvikling og trivsel i et sundhedsfremme- og forebyggelsesperspektiv. Samtalen med barnet, den unge og forældrene om barnets/den unges højde-, vægt- og BMI-udvikling bør udføres med omsorg og følsomhed på samme måde, som samtaler om fx rusmiddel eller alkoholforbrug gennemføres med henblik på at undgå stigmatisering såvel som selvstigmatisering, se afsnit 5.2.

5. 12 Vold i nære relationer

Vold i nære relationer har alvorlige fysiske, psykiske og sociale konsekvenser for de personer, der udsættes for og overværer volden. Op imod hvert femte barn i Danmark har været udsat for fysisk vold. Og når det gælder småbørn mellem 9 måneder og 3 år har knap 13 % været udsat for mindst én form for hårdhændet opdragelse/vold (dask, rusk, smæk eller er blevet slået) i løbet af de seneste to måneder. Risikoen, for at et barn bliver behandlet hårdhændet, er særlig høj i småbørnsalderen. Andelen er højere, såfremt barnets forældre oplever stress i forældrerollen, manglende overskud i familien, ikke er i arbejde, eller hvis begge forældre er indvandrere eller efterkommere. Når et barn er udsat for hårdhændet opdragelse og vold i hjemmet, øger det risikoen for dårlig trivsel både på kort og lang sigt, for alvorlige fysiske og psykiske skader, og for at barnet hæmmes i deres faglige udvikling og sociale liv.

Et barn overværer vold, når det ser, hører, mærker eller på anden måde oplever, at en forælder eller anden omsorgsgiver udøver fx fysisk eller psykisk vold mod den anden forælder eller søskende. Det kan også være, når et barn oplever optræk til fysiske eller psykiske voldsepisoder eller eftervirkningerne af voldsepisoden. At overvære vold mod omsorgspersoner i de første leveår er associeret med mere alvorlig psykopatologisk udvikling og emotionelle forstyrrelser, end hvis barnet eksponeres senere i barndommen. At overvære vold er ødelæggende for og kan forhindre udviklingen af et positivt selvbillede hos barnet, samtidig med det kan have

følgeeffekter for barnet i de første leveår, både fysisk, følelsesmæssigt og udviklingsmæssigt, samt få konsekvenser langt ind i voksenalderen. Niveauerne af stressrelaterede hormoner stiger hos barnet og det er i risiko for toksisk stress, der kan påvirke barnets nervesystem og skade indlæring, adfærd og sundhed både på kort og lang sigt i livet, hvis der ikke er mulighed for reparation.

Børn født af mødre, der har været udsat for vold, har påvirket vækstmønstre og en øget risiko for at blive direkte udsat for vold og utilsigtet skadet under voldelige episoder sammenlignet med andre børn. Barnet kan desuden udvise reguleringsvanskeligheder i form af forstyrret spisning og søvn, uro og øget grådtendens.

Tidlig eksponering for vold hænger sammen med senere emotionelle forstyrrelser (fx angst og depression), selvmordstanker, manglende impuls kontrol og nedsat arbejdshukommelse. De større børn kan få adfærdsvanskeligheder knyttet til bl.a. aggression. Børn eksponeret for vold i hjemmet har ofte en større grad af vanskeligheder i skolen i form af adfærdsproblemer, hyperaktivitet, social tilbagetrukkethed og indlæringsvanskeligheder, har øget risiko for at blive diagnosticeret med PTSD, er ofte mindre sammen med venner og har sjældnere en bedsteven. De har eksempelvis stort skolefravær og præsterer dårligere ved folkeskolens 9. klasseprøver sammenlignet med børn, der ikke opgiver, at de er (tidligt) eksponeret for vold i hjemmet.

Undersøgelser viser endvidere, at vold i barndommen øger risikoen for, at man selv oplever eller udøver partnervold i voksenlivet, hvorfor den systematiske opsporing af vold i nære relationer gennem dialog med alle forældre er af stor betydning.

Vold i nære relationer er tabuiseret og dermed omfattet af risiko for stigmatisering, læs mere om tabuisering og stigmatisering i afsnit 5. 2. En stor andel af børnene fortæller ikke om volden til nogen, og børn, der udsættes for vold eller overværes vold i hjemmet, identificeres ikke altid af sundhedsvæsenet eller det sociale system. Opsporing af vold i nære relationer og især vold mod børn har et forebyggelsespotentiale, der bidrager til at øge lighed i sundhed, og som skal indgå i den tidlige målrettede indsats. Det gælder såvel kommende forældre som spæd- og småbørnsforældre samt børn og unge i den undervisningspligtige alder.

Gravide, deres partner og nye forældre befinder sig i en fase af livet, hvor den udsatte er mere åben for at tale om vold end i andre faser af livet. Systematisk opsporing er mere effektiv til at opspore vold i nære relationer sammenlignet med individuel opsporing, da der skal spørges ind til emnet flere gange.

Børn med etnisk minoritetsbaggrund er mere udsatte for vold end børn med dansk etnisk baggrund, hvorfor der skal være særlig fokus på en forebyggende og opsporende indsats i disse familier. Sundhedsplejersker og almen praksis skal være opmærksomme på, at der kan være behov for mere tid til at opbygge relationen med de sundhedsprofessionelle, før spørgsmål om vold introduceres, ligesom der kan være bekymring for konsekvenserne ved at rapportere vold, herunder miste sin opholdstilladelse samt at miste forældremyndighed. Familierne kender ofte ikke til sundhedsplejerskens opgaver og funktion og brug af tolk kan være væsentlig.

Hvis der opstår formodning om, at et barn bliver udsat for vold eller er vidne til vold i hjemmet, skal der ske underretning til de sociale myndigheder. Læs mere i kapitel 5 i "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer"

Læs mere i ”*Vold i nære relationer hos gravide, kommende og nye forældre – Fagligt grundlag for opsporing og indsatser*” og i de tilknyttede håndbøger, som findes på www.sst.dk/vold

5. 13 Børn som pårørende

Hvert år mister omkring 1.700 børn i Danmark en af deres forældre, og hvert år er der op mod 125.000 børn og unge, der bor i familier med en alvorlig syg forælder eller søskende.

Omkring 40 % af alle børn i alderen 0 – 16 år har mindst én forælder med mentale helbredsproblemer, svarende til omkring 430.000 børn. Omkring 260.000 børn har mindst en forælder med lettere mentale helbredsproblemer, ca. 140.000 børn har mindst én forælder med moderate mentale helbredsproblemer og 24.000 børn bor i en familie, hvor mindst én forældre har svære mentale helbredsproblemer. Knap 40.000 børn har en forælder med rusmiddelafhængighed og omkring 109.000 børn vokser op med forældre med alkoholproblemer. Det er endvidere estimeret, at mindst 30.000 børn har en søskende med en psykisk lidelse. Der er store geografiske uligheder, blandt andet er der højest forekomst af børn med forældre med svær psykisk sygdom i Region Syd og Region Sjælland.

Når en forælder eller søskende har en alvorlig psykisk eller somatisk sygdom, påvirker dette som regel hele familien. Der kan ske forandringer i familiens rutiner, samværsmåde og omgangskreds, kontakten til den syge kan forandres i forbindelse med indlæggelser eller andre sundhedsydelse, der kan forekomme bekymringer og eventuelle følelsesmæssige forandringer (nedtrykthed, ængstelse, vrede osv.) hos øvrige familiemedlemmer og der kan forekomme social stigmatisering. Søskende til børn med psykisk lidelse eller somatisk sygdom kan blive ”skyggebørn” i familien. De kan opleve at få ekstra ansvar i forhold til den syge søskende, få mindre opmærksomhed i familien og blive overset i mødet med sundhedsvæsenet, i kommunalt regi, hos den almen praktiserende læge og på skolerne.

Graden og arten af påvirkning af barnet afhænger af forskellige faktorer, bl.a. hvilken sygdom der er tale om, sygdommens sværhedsgrad, øvrige ressourcer i familie og netværk, barnets alder ved sygdomsudbrud, medfødte faktorer hos det enkelte barn (fx temperament) m.m.

Mange børn, der er pårørende til en forælder eller søskende, der har en alvorlig somatisk eller psykisk sygdom, klarer de belastende omstændigheder udmærket og hensigtsmæssigt, men disse børn er i højere risiko for at udvikle psykiske vanskeligheder såsom ængstelse, nedtrykthed, angst, søvnproblemer, lavt selvværd, adfærdsproblemer samt social isolation sammenlignet med deres jævnaldrende. Børn, der er pårørende til forældre med alvorlig sygdom, rapporterer i højere grad problemer med at sove, hovedpine og mavepine sammenlignet med deres jævnaldrende. Disse vanskeligheder kan påvirke koncentrationen, hukommelse og præstation i skolen og kan på sigt have negative konsekvenser for børnenes fremtidige uddannelses- og jobperspektiv.

Børn, der er pårørende til en forælder, der har en alvorlig sygdom eller som mister en forælder i barndommen, har blandt andet større risiko for udvikling af depression senere i livet, flere kontakter til hospitalsvæsenet, øget risiko for hospitalsindlæggelser både i barndommen og som voksne, øget risiko for at blive skilt og større risiko for uheldige mestringsstrategier i pressede situationer, f.eks. forbrug af alkohol, rusmidler og trøstespisning.

Børn af forældre med psykisk lidelse har blandt andet større risiko for at få en psykiatrisk diagnose, større risiko for ikke at gennemføre en ungdomsuddannelse eller for ikke at starte på en

videregående uddannelse samt større risiko for at få en dom for kriminalitet og for at blive ofre for kriminalitet.

Vejledende materiale i form af inspirationsguide og anbefalinger for mødet med pårørende til alvorligt syge findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

5. 14 Børn og migration

Familiesammenføring med pårørende i Danmark, adoption, forældres valg om migration fx pga. job- og uddannelsesmuligheder i Danmark eller flugt fra fx krig, fattigdom og sult i hjemlandet kan betyde, at der hvert år kommer børn til Danmark fra både vestlige lande, som f.eks. Tyskland og Rumænien og fra ikke-vestlige lande som fx Syrien og Eritrea.

For børn, der er migreret til Danmark med deres forældre, er der nogle særlige forhold og vilkår, som kan påvirke barnets sundhedstilstand og risiko for udvikling af sygdom, herunder eksponering for sundhedsrisici i hjemlandet, belastninger i migrationsprocessen samt ringe kendskab til det danske sundhedsvæsen.

5. 14. 1 Børn i familier der har været på flugt

En række tilstande er hyppige hos børn, der kommer til Danmark som flygtninge, herunder blandt andet vitamin-D mangel, tuberkulose, forhøjet IgE og manglende vaccinerings overfor sygdomme i det danske børnevaccinationsprogram. Samtidig er der påvist en lavere deltagelse i børnevaccinationsprogrammet og børneundersøgelser hos børn af flygtninge sammenlignet med etnisk danske børn.

I forbindelse med flugt eller i hjemlandet har mange flygtningebørn oplevet traumatiske begivenheder. Disse børn har højere risiko for at opleve store stressbelastninger i barndommen og højere risiko for, som voksne at have behov for psykiatrisk behandling eller at udvikle en rusmiddelafhængighed.

Endvidere er børn, hvis forældre har følger efter traumer i hjemlandet som posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), i højere risiko for at udvikle psykiatriske lidelser, herunder højere risiko for at udvikle nervøse og stress-relaterede tilstande. Endvidere er disse børn i højere risiko for at klare sig dårligt i uddannelsesmæssig sammenhæng senere i livet.

På baggrund af ovenstående skal der i forbindelse med ydelser til både barn og forældre i sundhedsplejen og i almen praksis være særlige opmærksom på disse børn, idet der er dokumenteret store muligheder for forebyggelse af såvel fysisk som mental karakter

6. Udvalgte undersøgelser og kliniske problemstillinger med forebyggelsespotentiale hos spæd- og småbørn

Sundhedsplejersker og læger i almen praksis udfører en række undersøgelser med henblik på opsporing af sygdomme og tilstande, der med forebyggelsesindsatser kan fremme barnets sundhed. Rettidig tværprofessionelt samarbejde kan bidrage til at reducere ulighed i sundhed, jf. anbefalinger om niveauinddeling af ydelser. Se kapitel 4 i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer".

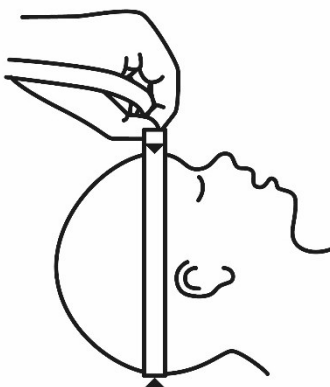
6.1 Måling af hovedomfang, positionel hovedskævhed og misdannelser af kraniet hos spædbarn

Hovedomfang hos børn måles både som led i generel vækstmonitorering og specifikt som undersøgelse for hydrocephalus og mikrocephali. Hjernens vægt tredobles i løbet af barnets to første leveår, og børns hoveder vokser betydeligt i denne periode. Udviklingen i hovedomfang over tid er generelt vigtigere end hovedomfangets absolutte størrelse. En række forskellige syndromer og sygdomme kan ligge til grund for, at et barn har større eller mindre hoved end normalvariationen.

Større hoved ses også hos raske børn, især i familier med tendens til store hoveder. Det er dog vigtigt at være opmærksom på børn med store hoveder, og især på et stigende hovedomfang, fordi det i sjældne tilfælde kan skyldes hydrocephalus. Denne tilstand kan ubehandlet få alvorlige følger, men kan behandles, hvis den opdages i tide. Ofte vil barnet få andre symptomer som ubehag, gylpen eller appetitløshed. Da forhøjet tryk kun vil medføre øgning af hovedomfanget frem til kraniets suturer lukker sig, er vurdering af store hoveder især relevant frem til og med ca. 12-månedersalderen.

Måling af hovedomfang bidrager desuden til at identificere kraniedeformiteter, som skyldes for tidlig lukning af en eller flere kraniesuturer (kraniosynostose).

Hovedomfanget måles med alm. målebånd, som placeres rundt om barnets hoved med



panderegionens yderste punkt og til nakkeregionens yderste punkt som fikspunkter, se tegning. I tillæg palperes kraniet med henblik på vurdering af fontanellers form og størrelse. Der er en stor normalvariation af fontanellernes størrelse, men selvom de er små, skal de være til stede. Målingerne foretages af sundhedsplejersken ved alle besøg i første leveår og i almen praksis ved alle lovbestemte forebyggende undersøgelser, indtil barnet er 3 år. Det anbefales at anvende danske kurver for hovedomfang fremfor WHO's kurver.

Anbefalingen om at sove på ryggen har sammen med andre anbefalinger medført signifikant fald i antallet af spædbørn, der dør uventet under søvn. Der har samtidig været en øget forekomst i antallet af børn med lejringsbetinget skævt kranie (plagiocefali). I 2000 blev 14 børn diagnosticeret med kraniedeformitet sammenlignet med 156 børn i 2007, 531 børn i 2019, dog med faldende tendens til 345 i 2023.

Spædbarnets bløde kranieknogler er påvirkelige af, hvordan barnet lejres, og hovedformen hos spædbørn kan påvirkes, så længe kraniesuturer og fontaneller ikke er lukkede. Lejringsbetinget skævt kranie er karakteriseret ved et fladt baghoved i den ene side og en frembuling af panden i den samme side. Ansigtet kan desuden være asymmetrisk, og øret på den modsatte side kan være forskudt bagud og nedad (se tegning)

For rådgivning om lejrning samt forebyggelse af skævt kranie og fladt baghoved se pjeces om forebyggelse af vuggedød. Pjecen findes til forældre på 7 sprog ud over dansk.

Der findes ikke målbare kriterier for sværhedsgraden af skævt kranie, hvorfor henvisning må baseres på et skøn. Det skal fremhæves, at tidlig indsats og henvisning (senest ved 3-månedersalderen) er nødvendig, hvis betydende remodellering skal opnås.

Sundhedsplejersker skal være opmærksomme på symptomet ved hjemmebesøg og øvrige kontakter i de første måneder og i øvrigt henvise til praktiserende læge i følgende tilfælde:

- Hvis der er mistanke til stramning af med sternokleidomasteodeus.
- Hvis der sker progression trods råd om ændret lejrning af barnet.
- Hvis skævheden skønnes at have et ikke ubetydeligt omfang.

Læger i almen praksis skal være særlig opmærksomme på begyndende skævt kranie ved 5-ugersundersøgelsen, idet mange børn med behandlingskrævende skævt kranie allerede vil have tegn på skævhed på dette tidspunkt.



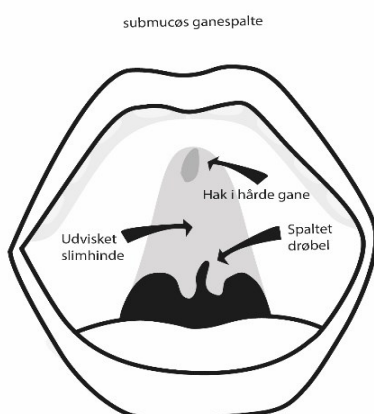
6.2 Læbe-ganespalte inkl. submucøs ganespalte

Der fødes årligt ca. 130-140 børn med læbeganespalte, heraf ca. 45 med isoleret ganespalte (inkl. submucøs ganespalte). En stor del af disse isolerede ganespalter opdages på nuværende tidspunkt

ikke ved den første undersøgelse af barnet efter fødslen. Der kan gå dage til måneder, og i enkelte tilfælde også år, før ganespalten opdages. Alle børn med ganespalte, både de isolerede og de kombinerede, kan have tale- og spiseproblemer.

En ganespalte medfører, at der ikke kan dannes undertryk i munden, hvilket kan føre til amme-, spise- og trivselsproblemer samt senere taleproblemer. Andre tegn på ganespalte er, at nogle børn i forbindelse med amningen er meget urolige og udsender kliklyde. Desuden kan der forekomme regurgitation (mælk ud af barnets næse). Hvis barnet får mælk af en almindelig sutteflaske, kan det ikke suge mælken ud. Ca. 15 % af børn med isoleret ganespalte har også andre misdannelser.

Ved sutte-, amme-, spise- eller trivselsproblemer skal barnets mundhule undersøges ved inspektion eller palpation, hvis inspektion ikke er muligt med henblik på uopdaget ganespalte. Der skal kun undersøges ved de omtalte tegn. Palpation kan ikke stå alene, men bør understøttes inspektion.



6.2.1 Undersøgelse ved palpation og inspektion

Palpation: En spalte i den bløde del af ganen mærkes ikke, men kan give samme problemer som ved en komplet ganespalte. En god suttereftleks er ikke ensbetydende med en normal gane. Det er svært at mærke en ganespalte ved palpation, så hvis der er problemer, anbefales inspektion. Det er vigtigt, at man kan se en hel gane.

Inspektion: Tongen presses ned med en træspatel og ved hjælp af en lygte inspiceres ganen i hele dens længde til og med drøblen. En spaltet drøbel kan også give sutte- og taleproblemer.

Der skal ses efter om:

- 1: Der skal være en hvid streg i den bløde gane = raphe. Denne indikerer, at musklerne er sammenvoksede og dermed sidder, som de skal. Hvis raphe mangler, kan ganen se gennemsigtig/blålig ud.
- 2: Der er en hel drøbel, eller om den er spaltet.

Ved fund af ganespalte og/eller spaltet drøbel henvises i Vestdanmark til Ganespalteafdelingen i Århus og i Østdanmark til Læbe-Ganespalte Centret i Hellerup.

6.3 Tungebånd

Tungebåndet er en slimhindefold, en struktur i midterlinjen, der fastgør undersiden af tungen til mundbunden. Det stabiliserer bunden af tungen og påvirker normalt ikke mobiliteten af tungespidsen. Mange børn med kort tungebånd har ingen gener eller symptomer forbundet med dette. Uanset tungsens udseende er der ikke grund til klip af tungebånd (frenotomi) i ammeperioden, hvis der ikke er ammeproblemer og barnets vægtøgning er tilfredsstillende.

Når en mor oplever, at ammeetableringen er problematisk, kan det være foranlediget af anatomiske, fysiologiske, psykiske og/eller sociale årsager. Det har således stor betydning, at sundhedsprofessionelle kan vurdere, rådgive om og evt. behandle forhold, som kan medføre uønsket tidligt ammeophør.

Kort stramt tungebånd, også kaldt ankyloglossi er en medfødt anomali, som kan inddeles i forskellige anatomiske typer, alt efter hvor tungebåndet hæfter på tungen og i mundbunden. Forekomsten af stramt tungebånd blandt spædbørn er 4-11%, hvilket i Danmark svarer til mellem 2.400 og 6.600 børn pr år. Denne tilstand kan i nogle tilfælde forårsage ammeproblemer og tidligt ammeophør, men vil i mange tilfælde ikke give gener eller symptomer. Ammeproblemer kan opstå, da tungebåndet kan begrænse tungsens mobilitet og derved føre til en uhensigtsmæssig sutteteknik, hvor barnet kan have svært ved at få godt fat om brystvorten og har nedsat evne til at danne vakuum.

Mor eller barn kan opleve et eller flere af følgende karakteristika ved ammeproblemer:

- Vedvarende smerter og eventuelt sår på moderens brystvorter
- Dårlig sutteteknik:
 - Barnet har svært ved at få godt fat om brystvorten.
 - Barnet kan have fat for yderligt på brystvorten.
 - Barnet kan have svært ved at fastholde grebet om brystvorten og slipper derfor hyppigt brystvorten.
 - Barnet kan lave kliklyde og eventuelt suge kinderne ind, når det sutter på brystet på grund af dårlig og forkert sutteteknik.
 - Moderen kan have en oplevelse af, at barnet tygger, gumler eller bider i brystvorten.
- Dårlig mælkeoverførsel fra bryst til barn, hvilket medfører, at barnet ikke opnår tilfredshed, at moderens bryst ikke tømmes ordentligt, og at måltiderne er lange
- Moderen danner ikke tilstrækkeligt mælk på grund af dårlig mælkeoverførsel og manglende tømning af brystet
- Tilbagevendende mælkestase og mastitis hos moderen på grund af den manglende tømning af brystet.
- Barnet har manglende eller for lille vægtøgning

Det anbefales at anvende en systematisk vurderingsmetode til at vurdere tungebåndets udseende

og mobilitet hos børn, hvor der opleves ammeproblemer.

Inden henvisning til vurdering for eventuelt klip af tungebånd (frenotomi), anbefales det, at ammeproblemerne søges løst ved kvalificeret ammevejledning. Hvor der er mistanke om ankyloglossi anbefales at anvende Tongue-tie and Breastfed Babies Assessment Tool (TABBY).

Se flowchart nedenfor baseret på de nationale kliniske retningslinjer for undersøgelse og behandling af ankyloglossi hos ammende spædbørn ses i bilag 7.

6. 4 Hud

Hud undersøges, fx cyanose, bleghed, ikterus, blå mærker (se afsnit 5. 12 som vold i nære relationer), naevi, inkl. hår- og hudforandringer over columna lumbalis, herunder observation for kongenital dermal melanocytosis, tegn på børneeksem eller andet.

6. 5 Stetoskopi af hjertet

Rutinemæssig stetoskopi af hjertet anbefales hos alle børn ved alle de forebyggende helbredsundersøgelser til og med 12 måneders alderen. Herefter på indikation.

I Danmark fødes ca. 500 børn om året med en hjertemisdannelse, svarende til ca. 0,8 % af levendefødte børn. Svære medfødte hjertesygdomme diagnosticeres aktuelt for ca. 80 procent vedkommende ved 2. trimester skanning. 50-70 % af alle hjertemisdannelser opdages indenfor 1. levemåned, og 90% indenfor 1. leveår. Kun ca. 10% opdages efter 1 års alder.

Ikke-erkendte misdannelser, der er ductus-afhængige, vil vise sig ved svær sygdom i tidlig neonatalperiode, når ductus lukker. Derimod vil andre misdannelser (fx VSD, lettere pulmonal- og aortastenose) ofte ikke blive identificeret før senere i neonatalperioden eller barndommen. Rutinemæssig stetoskopi af hjertet er derfor stadig vigtig i de første leveår.

En misdannelse med shunt kan medføre højt pulmonaltryk, der ubehandlet kan blive irreversibelt. Lettere klapstenoser kan forværres over tid og blive behandlingskrævende.

6. 5. 1 Undersøgelsen

- Inspektion af åndedrætsmønster og frekvens.
- Auskultation af hjerte/ lunger. Lyt efter mislyd over basen, venstre sternalkant samt apex. Husk ductus arteriosus (lateralt for I 1-I 2 sin). Mislyd skal vurderes efter lyd, lokalisation samt undersøgernes erfaring.
- Palpation af femoralispuls (overvejende relevant at undersøge hos nyfødte).
- Observation af andre tegn: cyanose, anamnese vedr. forpustet/ svedning ved amning/spisning, vurdering af vækst.

6. 5. 2 Ved fund af mislyd

Mislyd opdaget efter 1-års alder er sjældent tegn på medfødt hjertesygdom. Mange børn har en blød, kort fysiologisk mislyd, som opstår fra blodcirkulationen. Det høres oftere på yngre og tynde

børn. Fysiologisk mislyd er ofte lokaliseret til hjertebasen og kan høres ved øget minutvolumen som f.eks. ved anæmi, feber eller hurtig puls. Forælder bør informeres om alle mislyde, som noteres i journal.

Der henvises **akut** til børneafdeling hos:

- Alle børn med påvirket almentilstand eller trivsel/dårlig vækst.
- Børn med påskyndet respiration og puls, øget sved, og hvis de har haft central cyanose og/eller svage/ manglende femoralispuls.

Ved mislyde uden ovenstående alvorlige symptomer henvises subakut til børneafdeling:

- Alle børn under et år med mislyde
- Børn med familiær disposition (lige linje dvs. hvis mor og far eller søskende) til især tidligt opstået hjertesygdom eller synkoper i familien eller hos barnet.
- Ved tvivl om hvorvidt det drejer sig om fysiologisk / patologisk mislyd, eller om mislyd er auskulteret i flere situationer, uafhængig af infektion eller feber.

6. 6 Forlænget gulsot hos nyfødte

Gulsot ses hos ca. 80 % af alle nyfødte. Hos de fleste er det et normalt fysiologisk fænomen, som er forbigående. I sjældne tilfælde kan svær gulsot udvikle sig til akut bilirubin encefalopati (hjernepåvirkning, som kan give varige mén), som kan forebygges med lysbehandling. Forlænget gulsot kan også være et symptom på flere alvorlige sygdomme, herunder galdevejsatresi (misdannelse i galdevejene), som kan medføre alvorlig og irreversibel leverskade, og som ubehandlet er dødelig.

Gulsot (ikterus) hos nyfødte er oftest godartet og svinder spontant, men 3 situationer nødvendiggør nærmere undersøgelse:

- Ved synlig gulsot inden for de første 24 timer skal den nyfødte henvises **akut** til børneafdeling.
- Ved synlig gulsot i de første 1.-14. levedøgn skal den nyfødte henvises til måling af transkutan bilirubin og/ eller total serum bilirubin snarest på sygehus. Dette hvis den nyfødte udover at have gulsot er klinisk påvirket, dvs. er sløv, ikke melder sig til måltider, ikke har tilstrækkelig vandladning eller afføring og/eller denne er lys.
- Ved forlænget/ synlig gulsot efter 14. levedøgn (præmature efter 21. levedøgn) skal der **altid og uden forsinkelse** (senest førstkomme hverdag) måles fraktioneret bilirubin – uanset god trivsel, tilfredsstillende vægtøgning og fravær af andre tegn på sygdom. Ved konjugeret hyperbilirubinæmi over 17 $\mu\text{mol/l}$ henvises barnet subakut (senest næste dag) til børneafdeling.

Ved hælblodprøven på fødested

Den nyfødtes eventuelle gulsot vurderes i forbindelse med hælblodprøven, senest 72 timer efter

fødslen af jordemoder eller anden sundhedsprofessionel, som tager stilling til måling af bilirubin med transkutan måling eller blodprøve er relevant. Prøvesvaret afgør, om der er behov for lysbehandling eller kontrol 1-2 dage senere.

Ved barsels- og etableringsbesøg af sundhedsplejersken og i almen praksis

I barnets første leveuger skal sundhedspersonalet ved alle kontakter vurdere, om barnet har gulsot. I bekræftende fald skal de vurdere barnets kliniske tilstand, og hvorvidt tilstanden er i udvikling, og hvorvidt, der kræves henvisning for nærmere undersøgelse jf. ovenstående.

Ved udvikling af gulsot efter hælblodprøve vurderer sundhedsplejersken barnets fysiske trivsel og øvrige kliniske tegn jf. figur nedenfor og henviser ved behov til praktiserende læge for undersøgelse og vurdering, hvis barnet er over syv dage gammelt.

Der påhviler sundhedsplejersken et selvstændigt ansvar for at følge op på, at Sundhedsstyrelsens patientforløbsprogram vedr. opsporing af galdevejsatresi bliver fulgt, såfremt barnet har gulsot ud over de første 14. levedøgn (>21 levedøgn for præmature børn). Når sundhedsplejersken har henvist barnet til den almen praktiserende læge og har journalført henvisningen, påhviler ansvaret for undersøgelse og opfølgning lægen. Hvis barnet fortsat er gult ved næste sundhedsplejerskebesøg, og der ikke er målt fraktioneret bilirubin hos lægen, skal sundhedsplejersken atter henvise til lægen i almen praksis.

Lægen i almen praksis skal følge Sundhedsstyrelsens patientforløbsprogram vedr. opsporing af galdevejsatresi; Alle nyfødte med synlig gulsot efter 14. levedøgn (præmature efter 21. levedøgn) skal altid og uden forsinkelse have målt fraktioneret bilirubin, hvilket påhviler lægen at effektuere – uanset god trivsel og fravær af andre tegn på sygdom.

Se flowchart i bilag 8 og yderligere information findes på www.sst.dk/gulsot.

6.7 Hoftedysplasi

Hoftedysplasi er en underudvikling af hofteskålen. Ubehandlet vil hoftedysplasi give slidigt i hoften, og hos mange vil dette vise sig tidligt i voksenlivet. I svære tilfælde af hoftedysplasi er lårbenshovedet slet ikke placeret i den underudviklede hofteskål. Dette kalder man hofteluksation. I moderate tilfælde er lårbenshovedet placeret i den underviklede hofteskål, men hoften føles løs og kan måske presses ud af hofteskålen. I milde tilfælde er hofteskålen lidt underviklet (umoden), men der kan ikke mærkes løshed. Dysplasien ses her kun ved ultralydsskanning.

Helt nyfødte børn kan godt have løshed af hoften uden at der ses en umoden hofteskål på ultralydsskanningen. Dette er hormonelt betinget og er ikke hoftedysplasi.

Mild hoftedysplasi er hyppigt forekommende, men langt størstedelen normaliseres af sig selv

uden behandling. Hoftedysplasi ses hyppigst hos piger. Forekomsten af behandlingskrævende dysplasi er 1-10 per 1000.

6. 7. 1Hofteledsundersøgelse med henblik på løshed eller luksation af hoften (Tegn på hoftedysplasi)

Efter fødslen undersøger jordemoderen og evt. også børnelægen barnet for tegn på hoftedysplasi. Hvis sundhedsplejersken i de tidlige besøg får mistanke om hoftedysplasi, henvises barnet til den praktiserende læge.

Ved 5-ugers undersøgelsen hos den praktiserende læge undersøges alle børn også for tegn på hofteløshed og luksation.

Den kliniske undersøgelse for tegn på hoftedysplasi omfatter test for hofteluksation (Ortolanis, Galeazzis tegn) og test for løshed (Barlow), samt om der er fri abduktion af hofterne. Asymmetriske hudfolder er kun et tegn på hofteluksation, hvis der også er et positivt Galeazzis tegn - det vil sige en benlængdeforskel.

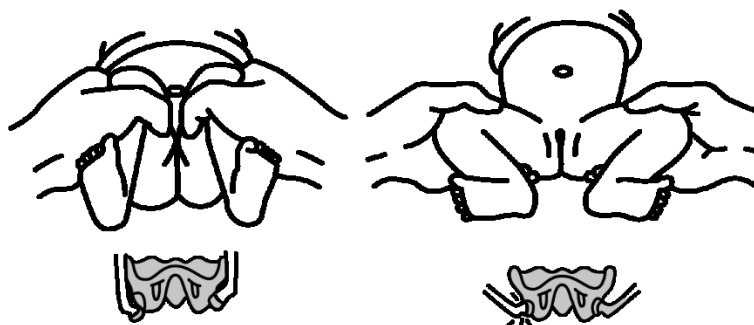
Ved 5-ugers undersøgelse er det ofte svært at påvise en positiv Ortolani, og derfor vil diagnosen hofteluksation ofte bero på barnets abduktionsindskrænkning eller Galeazzis tegn.

Børn med kliniske tegn på hoftedysplasi, skal henvises til en opfølgende ultralydsskanning af hofterne, med henblik på at få diagnosticeret eventuel hoftedysplasi.

Børn af begge køn henvises også til ultralydsskanning, hvis der forligger sædepræsentation eller der er familiær disposition til hoftedysplasi (søskende eller forældre med erkendt hoftedysplasi). Der er evidens for, at disse børn har en øget risiko for hoftedysplasi. Nogle regioner vælger også at inkludere andre risikofaktorer som henvisningskriterier i deres screeningsprogram.

6. 7. 2 Test for hofteluksation (Ortolanis tegn)

Ortolanis tegn er kun positivt, hvis lårbenshovedet spontant ligger ude af hofteskålen og ved undersøgelsen bringes på plads. Med barnet i rygleje flekteres hoften 90 grader og adduceres 10 grader. Med 2.-4. finger placeret over trochanter major og med tomlelen medialt på låret abduceres hoften - eventuelt med et let tryk fremad på trochanter major. Mærkes herved et "klunk" – en smuttende fornemmelse – hvor lårbenshovedet kommer på plads i hofteskålen, er Ortolanis tegn positivt. Der er ikke tale om et hørbart klik. Små klik i hoften er ikke et tegn på hoftedysplasi.

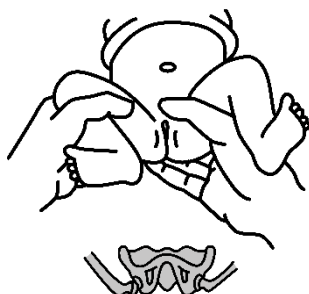


Test for hofte luksation (Galeazzis tegn)

Barnet undersøges i rygleje og med 90 grader flekterede hofter. Hvis en hoft er lukseret, står lårbenshovedet over eller bag ved hofteskålen og knæhøjden vil være lavere og låret synes kortere. Galeazzis tegn er positivt ved enkeltsidig, ikke-reponerbar hofte luksation. Det kan lette undersøgelsen, hvis barnet ligger på et fast underlag.

6. 7. 3 Test for løshed (Barlows test)

Der er løshed, hvis hoften er på plads, men kan sublukseres eller helt lukseres (bringes ud af led). Håndgrebet ved Barlows test er det samme som ved Ortolani's test. Man starter dog med hoften i abduktion og herefter føres hoften i adduktion, samtidig med der trykkes bagud og lateralt med 1. finger. Hvis man mærker et skred i hoften, er testen positiv.



6.8 Undersøgelse af barnets ydre kønsorganer

Barnets ydre kønsorganer for bestemmelse af barnets køn samt for eventuelle anatomiske afvigelser er undersøgt efter fødslen. Såfremt der er tvivl om barnets køn efter fødslen bør barnet undersøges akut ved pædiatrisk endokrinolog og/eller børneurolog. Hos piger er dette oftest på grund af forøget intrauterin eksponering af testosteron, som forekommer ved adrenogenitalt syndrom og kan medføre fx forstørret klitoris. Hos drenge opstår tvivl om kønnet oftere ved undervirilisering, fx på baggrund af en svær hypospadiatilstand og manglende descensus af testes.

Piger

Start med barnet liggende og vurdér de ydre kønsorganer med samlede og spredte ben (frøstilling). Ved at sprede labia majores kan klitoris, labia minores, meatus uretra og introitus inspiceres. Klitoris palperes mhp størrelse og labia majores vurderes/palperes for indhold (gonade/hernie).

Hos piger er labia voluminøse efter fødslen på grund af den intrauterine eksponering af moderens østrogener. Hævelsen forsvinder i løbet af de første leveuger. Hymen over introitus vaginae er lyserød og ses mellem labia minora. Hvide eller mukøse sekretioner er normale. Kan man ikke se en vaginalåbning kan det dreje sig om hymen imperforatus eller fusion af labia minores. Begge tilstande er ofte "tilfældige fund" som regredierer spontant og kræver ikke behandling med mindre barnet udvikler symptomer.

Drenge

De ydre kønsorganer inspiceres, og det bemærkes om, der er fylde af skrotum samt størrelsen og udseende af penis. Skrotum palperes for indhold; er testiklerne til stede, testiklernes størrelse (nyfødte 1 ml), er der symmetri, andre udfyldninger. Hvis en eller begge testikler er fraværende undersøges, om de ligger i lysken, og om de evt. kan mobiliseres til skrotal placering. Penis palperes og længden registreres (nyfødte 3.9 +/- 0.8 cm). Forhuden er normalt samlet omkring glans og skal ikke retraheres.

Hos drenge er forhuden ofte phimotisk og agglutinerer til glans de første leveår. Tilstanden ophæves typisk i forbindelse med penis' vækst. En del nyfødte drenge har hydrocele omkring testes, som oftest forsvinder spontant i løbet af de første 2-3 leveår. Ved atypisk forhud (spaltet), krumning af penis og/eller unormal placering af meatus uretra bør hypospadi mistænkes. Ved udfyldning i skrotum skal differentialdiagnostisk overvejes inguino-skrotal hernie og i sjældne tilfælde neonatal torsion af testis.

Undersøgelsen af de ydre kønsorganer bør foretages umiddelbart efter fødslen og ved den første børneundersøgelse hos egen læge samt ved symptomer eller forandringer svt urinveje og genitalregionen. Hos drengebørn kan man med fordel desuden undersøge om testiklerne er normalt placeret i forbindelse med alle børneundersøgelser.

6. 8. 1 Retentio testis og retraktile testikler

Kryptorchisme er en af de hyppigste medfødte misdannelser med en forekomst på 1-5% hos mature børn og op til 45% af børn født tidligt. Spontan nedvandring er hyppig i løbet af det første halve leveår. Ved 3-6-måneders alder har kun 1-2% retentio testis. Efter 6-måneders alder er spontan nedvandring sjælden.

Ved retentio testis kan én eller begge testikler ikke inspiceres eller palperes i skrotum, ej heller bringes ned i scrotum under gunstige betingelser fx afslappet/ varme/bad. Spørg gerne ind til om forældrene har observeret testiklerne i pungen, f.eks. i forbindelse med et varmt bad.

Ved mistanke om bilateral retentio testis hos nyfødte henvises direkte til børneafdeling, idet det kan handle om disorders og sex development, hvor hurtig genetisk og endokrinologisk udredning skal iværksættes.

Ved mistanke om unilateral retentio testis uden andre abnorme fund, undersøges testikler igen ved 5-måneders undersøgelsen. Er testiklen ikke er descenderet ved 6 måneders alderen (korrigeret alder for børn født tidligt) henvises til børneafdeling med henblik på operation. For at undgå senfølger/komplikationer skal operation foretages mellem 6. og 12. måned, og allersenest når barnet er 18 måneder gammel.

Ved retraktile testikler er testiklerne palperet i scrotum ved fødslen. Testiklerne kan bringes ned i scrotum ved f.eks. manuel palpation under gunstige betingelser. Den retraktile testikel lader sig trække helt ned i pungen og bliver liggende midlertidigt. Spørg gerne ind til om forældrene har observeret testiklerne i pungen, f.eks. i forbindelse med et varmt bad. Tilstanden er oftest en normal variant og skal ikke behandles, men bør følges med årlige kliniske kontroller hos egen læge indtil pubertet, da nogle testes kan ascendere varigt og således kræve kirurgisk behandling.

6.9 Rakitis inkl. craniotabes

Craniotabes er udtryk for et blødt, undermineraliseret kranium, hvor kranieknoglen giver efter ved tryk og herefter retter sig ud som ved et tryk på en bordtennisbold. Craniotabes kan være normalt forekommende særligt hos for tidligt fødte spædbørn, men kan også være udtryk for sygdom med underliggende mineraliseringsdefekt som f.eks. rakitis, hypofosfatasi eller osteogenesis imperfecta. Undersøgelse for craniotabes foretages ikke rutinemæssigt, men konstateres craniotabes hos et spædbarn over 3 måneder, der er født til terminen, skal barnet henvises til pædiater.

Ernæringsbetinget rakitis skyldes længerevarende mangel på D-vitamin eller calcium til sufficient knoglemineralisering. D-vitamin sikrer optagelsen af calcium indtaget via kosten. Optimalt niveau af D-vitamin og calciumindtag i vækstperioden er afgørende for udnyttelse af det genetiske vækstpotentiale og optimal knogle- og tandmineralisering. Rakitis forekommer hyppigst i perioder med hurtig vækst, således fra 0-4 år og igen i pubertetsvækstspurten. I småbarnsperioden er symptomer og fund karakteristiske, mens symptomerne er få og uspecifikke blandt større børn. De fleste større børn med rakitis har etnisk minoritetsbaggrund, men rakitis ses også hos små børn med dansk baggrund, der oftere debuterer med hypocalcæmiske kramper eller frakturer.

Ernæringsbetinget rakitis kan forebygges med D-vitamintilskud og tilstrækkeligt indtag af calcium. I de fleste tilfælde har børn med rakitis ikke fået D-vitaminprofylakse efter anbefalingerne, hvorfor sundhedspersonalet må være opmærksomt på, om anbefalingerne om et dagligt D-vitamintilskud på 10 µg fra 2 uger til 4 år og herefter i vinterhalvåret følges, samt at barnet indtager den dagligt anbefalede mængde calcium.

Særligt bør sundhedspersonale være opmærksomme på risikogrupperne, som er børn med mørk hud, børn som bærer tildækkende påklædning om sommeren eller som ikke kommer udendørs/undgår sollys. Børn på mælkefri kost skal sikres tilstrækkeligt calciumtilskud.

D-vitamindråber findes i forskellig dispenseringsform. Det anbefales at anvende dråber, indtil

barnet sikkert kan tygge en vitaminpille, da det er den sikreste dispenseringsform. Vær opmærksom på, hvor mange dråber barnet skal indtage dagligt i henhold til doseringsanvisning på flasken, og gennemgå dette med forældre, således at forgiftning undgås.

6. 10 Tidlige tegn på psykisk mistrivsel, psykisk lidelse og udviklingsforstyrrelser

Mere end hvert sjette barn eller ung oplever mentale helbredsproblemer, og psykisk lidelse diagnosticeres hos 16% inden for perioden 0-18 år. Mentale helbredsproblemer i barndommen er forbundet med høj risiko for psykiske og fysiske lidelser samt sociale problemer senere i livet. Tidlig opsporing og tidlig indsats reducerer risikoen for udvikling af psykiske lidelser som f.eks. angst eller depression.

6. 10. 1 Tidlig opsporing af tegn på psykisk lidelse og tidlig indsats

Psykisk lidelse hos børn og unge udvikles over tid i et samspil mellem individuelle, genetiske forhold og biologiske, familiemæssige og sociale påvirkninger, der virker udløsende, vedligeholdende eller forværende. I dette samspil indgår også faktorer, der virker beskyttende, herunder ressourcer hos barnet, i familien og i det omgivende miljø. For børn og unge med udviklingsforstyrrelser kan tidlig opsporing og tidlig indsats i form af relevant pædagogisk støtte være væsentlige beskyttende faktorer.

I de første leveår kan tidlige symptomer på psykiske lidelser være vanskeligheder ved regulering af søvn, spisning, gråd og følelser. Vanskeligheder relateret til regulering af følelser, adfærd og impulser forekommer også ved tilknytningsforstyrrelser og forstyrrelser i adfærd og social funktion. Det kan imidlertid også være tegn på udviklingsforstyrrelse. For børn med vanskeligheder med følelses- og adfærdsregulering er det helt afgørende, at de får individuelt tilpasset støtte fra forældre eller andre omsorgsgivere med henblik på at forebygge, at tidlige reguleringsvanskeligheder udvikler sig til egentlig psykisk lidelse. Læs mere om opsporing af reguleringsforstyrrelser (PUF) i kapitel 7.

Når det gælder unge, skal det sikres, at der bliver taget hånd om den unges mentale sundhed, at indflydelsen af risikofaktorer reduceres, og at den unges generelle udviklingsmuligheder optimeres, således at en potentiel sygdomsudvikling bremses.

Ved tegn på eller mistanke om psykisk mistrivsel ved de forebyggende helbredsundersøgelser ved fire- og femårsundersøgelsen i almen praksis eller i skolen kan SDQ anvendes til at undersøge og nuancere de tegn, barnet viser på mistrivsel. Læs mere i kapitel 7 om SDQ.

6. 10. 2 Forebyggelse af psykisk lidelse og tidlig støtte gennem barndommen

Omkring 40 % af alle børn har forældre, hvor en eller begge har kognitive vanskeligheder, psykiske lidelser i form af angst, depression, personlighedsforstyrrelser, psykoselidelser eller spiseforstyrrelser, ligesom tilstande præget af angst og depression er hyppige omkring graviditet og fødsel. I nogle familier vil udviklingsforstyrrelser som ADHD og autisme desuden være et grundvilkår for familien. Læs mere i kapitel 5. 11 om børn som pårørende. Hos disse forældre skal

der være ekstra opmærksomhed på vurdering af forældre-barn-samspillet, barnets udvikling og trivsel samt forældres og evt. søskendes egne vanskeligheder. Der er behov for et familieorienteret perspektiv i både sundhedsplejen, fx gennem samarbejde med barnets dagtilbud og i almen praksis både generelt og ved de forebyggende helbredsundersøgelser, herunder om forældrene har behov for støtte eller omsorg.

Der er store individuelle forskelle i udviklingstempo gennem hele barndommen og ungdommen, og det kan i det enkelte tilfælde være svært at afklare, hvorvidt en udviklingsmæssig afvigelse repræsenterer noget forbigående eller er udtryk for symptomer på en psykisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse. Ved identificeret mistrivsel vejledes eller støttes forældrene primært af sundhedsplejersken eller lægen i forhold til de problemer forældrene beskriver og det symptombillede barnet frembyder med henblik på at øge forældrenes viden om og forståelse af barnets/den unges vanskeligheder. Formålet er at styrke forældrenes kompetencer og/eller ressourcer til at støtte og stimulere deres barn i forhold til disse vanskeligheder samt at iværksætte eventuelle støttende foranstaltninger. Det er væsentligt for forældrene at kommunikere, om man som fagperson forventer, der er tale om noget forbigående og i så fald den forventede varighed heraf, eller om der er behov for en afklaring af symptomerne. Dette bl.a. med henblik på at få forældrene inddraget i forløbet og med henblik på at bidrage til afstigmatisering af psykiske lidelser, også hos børn. Der skal være opmærksomhed på, om andre kompetencer er nødvendige i forhold til at yde bedst mulig støtte til såvel barn som forældre.

Når sundhedsplejersken ser tegn på psykisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse hos et barn eller en ung, er der således behov for at vurdere, hvilke ydelser familien har brug for. Efter aftale med forældrene kan sundhedsplejersken tage kontakt eller støtte forældrene i at tage kontakt til det kommunale tilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel, til barnets praktiserende læge, til barnets dagtilbud, til kommunens tværfaglige gruppe, PPR eller børne- og familieafdelingen med henblik på en grundig og systematisk afdækning af barnets vanskeligheder. Afdækningen skal inddrage forældrenes perspektiver og behov for støtte og føre til stillingtagen til eventuelle videre foranstaltninger i henhold til bestemmelserne i barnets lov. Læs mere om barnets lov i kapitel 5 i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer".

Det kan fx dreje sig om at involvere barnets dagtilbud eller børnefamilieafdelingen jf. niveauinddeling af sundhedsplejens ydelser. Læs evt. mere i kapitel 4 i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer".

Ved mistanke om tilstande, der er så komplekse, at det kræver diagnostisk udredning og behandling, herunder tværfaglig indsats i sygehusregi, kan praktiserende læge rådføre sig med børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på eventuel henvisning hertil.

Spæd- og småbørn (0-3 år)

Allerede fra graviditeten er det væsentligt at identificere og intervenere over for risikofaktorer i familien. Den hastige udvikling i de første tre leveår er karakteriseret ved en tæt sammenkædning af fysisk og psykisk udvikling, hvor forældrenes omsorg har afgørende betydning, se også afsnit x.x om tilknytning og relationer. Omsorgssvigt og mentale helbredsproblemer hos forældrene er afgørende risikofaktorer, som desuden hyppigt optræder sammen med andre risikofaktorer, der alle virker gensidigt forstærkende i forhold til barnets risiko for at udvikle egne mentale helbredsproblemer.

Småbarnsalder og de første skoleår (4-8-årige)

Mistrivsel hos det fire- til otteårige barn, som er præget af hastigt udviklende motoriske og kognitive færdigheder, kan observeres ved, at barnet adskiller sig markant med hensyn til udviklingsniveau og adfærd i forhold til jævnaldrende. Forældrenes observationer og bekymringer kan med fordel drøftes mellem sundhedsplejersken, forældrene og pædagoger i dagtilbuddet, således at der kan skabes en nuanceret og mere komplet forståelse af barnets trivsel og adfærd hjemme og i dagtilbuddet.

Ved fire- og fem-årsundersøgelsen i almen praksis og ved indskolingsundersøgelsen danner den praktiserende læge og sundhedsplejersken sig et indtryk af og overblik over barnets samlede udvikling og trivsel gennem undersøgelserne og i dialog med barnet og forældrene. Undersøgelser og samtaler er udgangspunkt for at identificere tegn på mentale helbredsproblemer eller psykisk lidelse og afgørende for eventuel kontakt til andre myndigheder eller instanser som nævnt ovenfor.

Større børn og unge (9-16 år)

Gennem skoleårene og frem mod udskolingsårene er udviklingen karakteriseret ved stadigt ekspanderende kognitive funktioner og fra omkring 10-årsalderen præget af de forandringer, puberteten medfører.

Psykisk mistrivsel kan blandt andet vise sig ved kognitive vanskeligheder, der afdækkes i takt med tiltagende krav til indlæring og stigende krav til at kunne indgå i komplekse sociale sammenhænge. Den mest udbredte psykiske lidelse i aldersgruppen er angst. Herudover er det væsentligt gennem de planlagte undersøgelser at være opmærksom på symptomer på spiseforstyrrelser, depression, selvskaade, misbrug og psykosser. Samtidig er puberteten for de fleste præget af generel usikkerhed på mange områder, og der er fortsat behov for forældre støtte gennem hele perioden. Væsentligt er, at den unge er alderssvarende udviklet og kan opretholde sin hverdag og sine relationer som vanligt. SDQ er et godt redskab til at screene af barnets/den unges mentale sundhed og bør indgå i vurderingen af, om der er behov for behandling. Læs mere om SDQ i kapitel 7.

6. 11 Børn og unge med kronisk sygdom

Mindst hvert sjette barn eller ung lever med en kronisk sygdom af enten somatisk eller psykisk karakter, og antallet er stigende. Fx er antallet af unge, der får stillet en psykiatrisk diagnose steget med 50 % fra 2009 til 2019, ligesom det samlede antal børn og unge med diabetes type 1 er fordoblet i årene 2000-2017. Der er social ulighed i forekomsten af kronisk sygdom hos børn og unge.

Der ses en sammenhæng mellem udbredelsen af kroniske sygdomme hos børn og forældrenes uddannelsesniveau, beskæftigelsesgrad og indkomstniveau, ligesom der ses flere helbredsproblemer og indlæggelser hos børn og unge af forældre i udsatte og sårbare positioner.

Børn og unge med kronisk sygdom skal – uanset at de følges og behandles af specialister – tilbydes samme ydelser som andre børn, herunder de forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis og tilbud fra den kommunale sundhedstjeneste, herunder hjemmebesøg ud over etårsalderen og samarbejde med dagtilbud og skole om børn med særlige behov. Der kan være behov for at sundhedsplejersken deltager i det tværprofessionelle samarbejde med social- og børnefamilieforvaltningen fx om økonomiske forhold og hjælpemidler, og der kan være behov for, at sundhedsplejersken støtter familien i kontakten med det øvrige sundhedsvæsen som tovholder. Familier med børn og unge med kronisk sygdom anbefales ydelser svarende til niveau tre i niveauinddeling en af ydelser. Læs mere om niveauinddeling i kapitel 4 i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer".

Forældre har forskellige forudsætninger for at håndtere en kronisk sygdom hos deres barn, herunder forskellige sundhedskompetencer, der kan få betydning for, i hvilket omfang forældrene er i stand til at hjælpe deres barn med fx insulinbehandling eller astmamedicin. Andre barrierer kan være forståelsen for, at det er vigtigt at følge kontroller på specialafdelinger, når det umiddelbart går godt eller det komplicerede hverdagsliv, der skal forenes med at have et kronisk sygt barn. Lav sundhedskompetence hos forældrene kan skyldes begrænset skolebaggrund, manglende faglig uddannelse eller fx behov for tolk i mødet med sundhedsprofessionelle. Læs mere om sundhedskompetencer i afsnit 5. 1.

Kronisk sygdom kan uden den rette opsporing, behandling og opfølgning på kort sigt påvirke barnets trivsel samt normale fysiske og psykiske udvikling, og på længere sigt kan det tillige medføre forværring af sygdommen og opståen af alvorlige følgesygdomme.

For nogle børn kan et liv med en kronisk sygdom påvirke alle aspekter af livet, andre kan leve et helt almindeligt barne- og ungdomsliv. Generelt gælder, at det at leve med en kronisk sygdom kan have konsekvenser for hverdagslivet for både barnet/den unge og for familien som helhed, herunder eventuelle søskende, se også afsnit 5.10. Barnet/ den unge skal både håndtere den kroniske sygdomme og eventuel behandling samtidig med, at de skal håndtere øvrige aspekter og eventuelle udfordringer, der er forbundet med barn- og ungdomsårene generelt i forbindelse skole, fritid og socialt liv. De kan stå over for stigmatisering, social eksklusion samt ændrede fremtidsplaner. Der kan derfor være behov for støtte af varierende karakter og intensitet både fra specialafdelingen og fra kommunen, herunder sundhedsplejen.

6. 12 Børn født tidligt

Der er flere fysiske, mentale, social og udviklingsmæssige vanskeligheder associeret med at være født tidligt, og der er behov for megen støtte til forældre, hvor barnet er født tidligt. Forekomsten af senfølger følger barnets gestationsalder, og senfølger kan dokumenteres ved såvel ind- som udskolingsundersøgelse. Der er øget risiko for tidlig fødsel, hvis mor har kort uddannelse og ingen tilknytning til arbejdsmarkedet, og der ses således en social gradient i forekomsten af tidlig fødsel. Se også kapitel 5.

Et barn født tidligt er født før uge 37

Et barn født moderat tidligt er født i uge 32-36

Et barn født meget tidligt er født i uge 28-31

Et barn født ekstremt tidligt er født før uge 28, dvs. 12 uger før termin.

Tidligt fødte børn kan have kortere eller længere indlæggelse på neonatal-afdelingen, og forløbene varierer i kompleksitet. De fleste for tidligt fødte børn udvikles normalt og er ikke

forskellige fra andre børn, hvis man tager højde for graden af modenhed/udvikling i stedet for den kronologiske alder.

Det tidligt fødte barns alder skal korrigeres i de første leveår, og barnets højde/vægt og udvikling vurderes ud fra den dato, barnet var beregnet til at blive født (korrigeret alder). Korrektion er vigtigere, desto tidligere barnet er født og fortsættes for de tidligst fødte indtil 2-4-års alderen.

De tidligt fødte børn og deres familier har ofte behov for flere hjemmebesøg og ekstra støtte særligt lige efter hjemkomst. Forældre og søskende til det for tidligt fødte barn kan have været udsat for stress og usikkerhed, hvorfor krisereaktioner er almindelige. Perinatal depression ses oftere hos forældre til tidligt fødte børn, det er rapporteret for op til 53 % hos mødre og op til 33 % hos fædre, ligesom PTSD lignende symptombillede kan forekomme. Undersøgelse for tegn på perinatal depression hos begge forældre tilbydes som til alle andre forældre. Tidspunkt afhænger af de belastninger, forældrene har været igennem, herunder barnets tilstand og indlæggelsestid, og hvordan hjemkomsten har forløbet. Se også afsnit 5.5 om perinatal depression.

Børnevaccinationsprogrammet følger den kronologiske alder og skal derfor ikke korrigeres til terminsdatoen, idet immunforsvaret modnes, når barnet bliver født

Tidligt fødte børn følger neonatalafdelingens anvisninger om vitamin- og jerntilskud under indlæggelse og overgår sædvanligvis til Sundhedsstyrelsen anbefalinger efter udskrivelse. Hvis dette ikke er tilfældet skal neonatalafdelingens anvisninger følges også efter udskrivelse.

6. 13. 1 Overgangskost

Der er ingen evidensbaserede retningslinjer for overgang til skemad, når det gælder tidligt fødte. De tidligt fødte børn skal være neurologisk klar til overgangskosts med sufficient hovedkontrol og sufficient mund/tunge motorik, når overgangskosten introduceres. Tidligt fødte har ofte behov for ekstra kalorier og jern, hvor modermælken aftager og er sparsom efter seks måneder. Tidligt fødte børn anbefales på den baggrund at starte på overgangskost på samme tidspunkt som alle andre børn. Dvs. tidligst fra fire måneder og ikke senere en seks måneder (ukorrigeret), såfremt barnet er neurologisk klar.

6. 13 Særlige kliniske problemstillinger hos børn, der indvandrer til Danmark med deres forældre

Der er et forebyggelsespotentiale ved en række kliniske problemstillinger hos børn, der indvandrer til Danmark. Sundhedspersonalets rettidige opsporing har en særlig betydning for at fremme lighed i sundhed i familier, hvor forældrene har ringere viden om rettigheder og sundhedstilbud i Danmark og om, hvordan de navigerer i det danske sundhedsvæsen og/ eller ikke behersker det danske sprog. Familien kan have en anden opfattelse af krop, helbred, sygdom og børneopdragelse og kan komme fra lande, hvor der er anden lovgivning vedr. fx korporlig afstraffelse af børn. Det kan være en fordel at afklare familiens opfattelser og drøfte dette.

Børn, der indvandrer til Danmark og har fået opholdstilladelse, har samme rettigheder som øvrige

danske børn og er omfattet af de forebyggende sundhedsydelser til børn jf. sundhedsloven. Børn, der søger asyl i Danmark, er ikke omfattet af det danske sygesikringssystem. Det fremgår af Udlændingestyrelsens retningslinjer af 24. juni 2015 for bevilling af sundhedsmæssige ydelser til børn, der søger asyl og børn med ulovligt ophold i Danmark, at anerkendelsen af retten til sygdomsbehandling og princippet om ligebehandling i henhold til Børnekonventionen i praksis har den betydning, at børn, der søger asyl, som udgangspunkt gives samme ret til forebyggende sundhedsordninger og sundhedsmæssige ydelser som børn, der har opholdstilladelse eller statsborgerskab i Danmark.

Børn, der efter sundhedsloven har ret til behandling hos almen praktiserende læge og praktiserende speciallæge samt på sygehus, har i forbindelse hermed ret til vederlagsfri tolkebistand, når lægen skønner, at en tolk er nødvendig for behandlingen. Regionsrådet opkræver ikke gebyr for tolkebistand til

- børn, der møder frem til behandling uden ledsagelse af forældre
- forældre, der i forbindelse med behandling af et barn har behov for tolkebistand (Bekendtgørelse om tolkebistand efter sundhedsloven, BEK nr 855 af 23/06/2018)

Der anbefales opmærksomhed på følgende:

- Vaccinationsstatus. Der dannes skøn over status, og herefter følges Serum Institutets anbefalinger for tilpasning til det danske børnevaccinationsprogram (<https://www.ssi.dk/vaccinationer/boernevaccination/intervaller-og-tilpasning-til-programmet/tilpasning-til-boernevaccinationsprogrammet>) Særlig opmærksomhed på vaccination mod Human Papilloma Virus (HPV) ved unge.
- Status på screening for medfødte sygdomme. Der dannes skøn over status. For børn under 9 år er det relevant at screene for de medfødte sygdomme, der indgår i det danske program for nyfødthedsscreening, hvis dette ikke er foretaget ved fødsel i hjemland. Herefter følges Serum Institutets anbefalinger – op til barnet er 9 år [Screening af nyfødte \(ssi.dk\)](https://www.ssi.dk)
- Tandstatus (større risiko for caries)
- Kost- og aktivitetsmønstre (større risiko for svær overvægt)
- Sproglig udvikling

Når det gælder ikke-smitsomme sygdomme anbefales opmærksomhed på:

- Mangelsygdomme og underernæring: særligt jern, D-vitamin og vitamin B12.
- Anæmi: fejlerernæring, blødningsanæmi, orm, hæmoglobinopati- særlig opmærksomhed ved børn fra Afrika/afrikansk oprindelse, Middelhavslandene, Mellemøsten, Iran, Irak, Indien, Pakistan, Sydøstasien.
- Specifikke former for arvelige sygdomme

Hvad angår smitsomme sygdomme er følgende sygdomme væsentlige:

- Tuberkulose, hepatitis A og B, hiv, syfilis,
- Almindelige børnesygdomme som følge af manglende vaccination
- Blodparasitter: malaria og filariasis

- Tarmparasitter
- Infektioner i hud
- Luftvejsinfektioner

Der bør være særlig opmærksom på følgende områder, hav angår mental sundhed og familiens psykosocial situation:

- Vurdering af psykosocial situation og mental trivsel
- Nyankomne børn, især asylansøgere er i stor risiko for at udvikle mentale og psykosociale problemer; såsom f.eks. PTSD, depression og angst, bl.a. på grund af organiseret/strukturel vold og migrations stress, eller relateret til at de er børn som pårørende.

6. 13. 1 Børn der muligvis har været udsat for traumatiske begivenheder

Børn, der kan have været udsat for traumatiske begivenheder, kan udvise en række symptomer, der kræver særlig opmærksomhed fra såvel sundhedsplejen som praktiserende læge. Der kan ses

- Mareridt • Andre angstsymptomer • Urin inkontinens • Fækal inkontinens
- Dårlig psykosomatisk trivsel efter ankomst til landet • Aggressiv adfærd

Bemærk desuden, at:

- børn og unges oplevelser i krig, under fængsling eller under flugt kan være forstyrrede eller fortrængte og dermed få uvante udtryksformer.
- børn fx kan være anvendt som levende skjold eller som børnesoldater.
- børn kan have været udsat for, overværet eller selv udsat andre for seksuelle overgreb
- forældre kan ændre på børns fødsels- og dåbspapirer, for at børnene skal undgå militærtjeneste. Forældre med PTSD kan glemme eller erindringsforskyde alder (og sågar navn) på børnene.
- i nogle lande kan børn starte med fysisk krævende arbejde som 8-10-årige. Eksponeringer, skader og ulykker er vigtige at afdække, selvom de er sket i hjemlandet, i transitland eller under flugt.
- børn kan være påvirkede af deres egne traumatiske oplevelser, af tab og/ eller separationer fra vigtige familiemedlemmer samt af eventuelle svækkede omsorgsevner hos forældrene som følge af disses egen traumatisering.

6. 14. 2 Sparrings- og henvisningsmuligheder

Denne gruppe af børn skal som udgangspunkt henvises til almindelige tilbud inden for sundhedsvæsenet. I tilfælde af særlige problemstillinger kan praktiserende læge henvises til de indvandrermedicinske klinikker eller ambulatoriet for adoptivbørn på Rigshospitalet. Der findes desuden i regionerne en række centre for børn, der har været udsat for overgreb.

7. Metodekatalog

Som appendix til denne vejledning er udarbejdet et metodekatalog, der angiver evidensniveauet for metoder, der kan anvendes i sundhedsplejen. Metoder anbefales udvalgt under hensyntagen

til at reducere ulighed i sundhed og i forhold til kommunens kvalitetsudvikling. Metodekataloget er tilgængeligt på www.sst.dk.

8. Bilag

Bilag 1 A. Sundhedsloven §§ 120-126 og B. Bekendtgørelsen nr. 1344 af 03/12/2010

A. Sundhedsloven

§ 120. Kommunalbestyrelsen bidrager til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse.

Stk. 2. Kommunale tilbud skal tilrettelægges, så der dels ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov.

§ 121. Kommunalbestyrelsen tilbyder alle børn og unge vederlagsfri sundhedsvejledning, bistand samt funktionsundersøgelse ved en sundhedsplejerske indtil undervisningspligtens ophør.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen tilbyder alle børn og unge i den undervisningspligtige alder to vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske.

§ 122. Kommunalbestyrelsen skal vederlagsfrit tilbyde alle børn og unge med særlige behov en øget indsats indtil undervisningspligtens ophør, herunder øget rådgivning samt yderligere forebyggende undersøgelser ved sundhedsplejerske eller læge.

Stk. 2. Personer, for hvem undervisningspligten er ophørt, kan, når særlige forhold gør sig gældende, tilbydes ydelser som omtalt i stk. 1 efter kommunalbestyrelsens beslutning.

§ 123. Kommunalbestyrelsen opretter med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab.

§ 124. Kommunalbestyrelsen bistår vederlagsfrit skoler, daginstitutioner for børn og unge og den kommunalt formidlede dagpleje med vejledning om almene sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger.

§ 125. Børn og unge, der går i skole i en anden kommune end bopælskommunen, skal tilbydes de forebyggende ydelser i den kommune, hvor skolen er beliggende.

§ 126. Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler om de kommunale forpligtelser efter §§ 120-125.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen kan i særlige tilfælde godkende, at opgaver, der efter loven er henlagt til en sundhedsplejerske, varetages af en sygeplejerske.

B. Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010

Kapitel 1

Formål

§ 1. Kommuner og regioner skal tilrettelægge forebyggende sundhedsydelser, som kan bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse.

Stk. 2. Kommunerne skal dels yde en generel sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats, dels en individorienteret indsats der retter sig mod alle børn og unge samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på de svagest stillede børn og unge.

Kapitel 2

Forebyggende lægeundersøgelser af børn under den undervisningspligtige alder ved alment praktiserende læge

§ 2. Børn under den undervisningspligtige alder skal tilbydes 7 forebyggende helbredsundersøgelser, heraf 3 i barnets første leveår.

Stk. 2. Undersøgelserne skal så vidt muligt foretages på følgende alderstrin: 5 uger, 5 og 12 måneder samt 2, 3, 4 og 5 år.

§ 3. Den forebyggende helbredsundersøgelse skal omfatte:

1. Samtale om barnets trivsel, udvikling og eventuel sygelighed.
2. Undersøgelse af barnet.
3. Samtale med og vejledning af forældrene.
4. Vaccination i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende vejledning

§ 4. I tilfælde, hvor barnet udebliver fra en forebyggende helbredsundersøgelse, kan lægen indkalde barnet og forældrene til denne undersøgelse.

§ 5. De forebyggende helbredsundersøgelser kan foretages af enhver alment praktiserende læge/ speciallæge i almen medicin.

Stk. 2. Udgifterne til honorarer til læger for de i § 2 omhandlede helbredsundersøgelser afholdes af bopælsregionen i henhold til aftale mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævns og Praktiserende Lægers Organisation.

§ 6. De i § 2 omhandlede ydelser skal tilbydes alle børn under den undervisningspligtige alder med bopæl i regionen.

§ 7. Børn under den undervisningspligtige alder, der ikke har bopæl her i landet, men som under ophold i Danmark har ret til de i § 2 nævnte ydelser i medfør af EU-retten eller internationale aftaler, er berettiget til ydelser til udgift for den region, hvori barnet opholder sig.

Stk. 2. Ved EU-retten eller internationale aftaler forstås Rådets forordning (EF) nr. 883/04 om koordinering af de sociale sikringsordninger og den dertil knyttede forordning (EF) nr. 987/09 om de nærmere regler til gennemførelse af forordning 883/04, aftalen om det Europæiske Økonomiske Samarbejde (EØS-aftalen), Nordisk Konvention om Social Sikring og aftalen mellem De Europæiske Fællesskaber, dets medlemsstater og Schweiz om fri bevægelighed for personer, samt bilaterale sikringsaftaler.

Kapitel 3

Den kommunale sundhedstjeneste - ydelser til alle børn og unge

§ 8. Kommunalbestyrelsen tilrettelægger den kommunale sundhedstjenestes opgaver, så den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for alle børn og unge i videst muligt omfang

fremmes.

Stk. 2. Sundhedstjenestens virksomhed skal omfatte:

1. Sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger over for børnene og deres miljø i hjem, daginstitution, kommunal dagpleje og skole.
2. Oplysning og vejledning til børn og forældre med det formål at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed og trivsel.
3. Tilsyn med det enkelte barns fysiske og psykiske helbredstilstand.

Stk. 3. Viser tilsynet, at et barn har behov for lægebehandling, henvises barnet til behandling hos alment praktiserende læge. Viser tilsynet, at et barn har behov for anden form for behandling, støtte og omsorg formidles kontakt til den tværfaglige gruppe, der er etableret i kommunen for at tilgodese børn og unge med særlige behov, jf. § 15. Henvisning til den tværfaglige gruppe kan ikke træde i stedet for pligten til at underrette kommunalbestyrelsen efter servicelovens §§ 153 og 154.

§ 9. Kommunalbestyrelsen skal udover de i § 8 omhandlede ydelser tilbyde alle børn i den undervisningspligtige alder 2 forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske.

Stk. 2. Den første helbredsundersøgelse skal tilbydes i barnets første skoleår (børnehaveklasse eller 1. klasse). Den anden helbredsundersøgelse skal tilbydes umiddelbart før undervisningspligtens ophør. I forbindelse med både indskolings- og udskolingsundersøgelsen foretager lægen eller sundhedsplejersken fornøden vejledning, henvisning og opfølgning.

§ 10. Kommunalbestyrelsen skal ud over de i §§ 8 og 9 omhandlede ydelser tilbyde alle børn og unge indtil undervisningspligtens ophør funktionsundersøgelser ved en sundhedsplejerske.

Stk. 2. I barnets første leveår skal funktionsundersøgelserne normalt finde sted ved besøg i barnets hjem.

Stk. 3. Over for børn i den undervisningspligtige alder skal sundhedsplejersken ved funktionsundersøgelser og gennem regelmæssig kontakt med børnene afdække eventuelle almene sundhedsmæssige problemer samt ved kontakt med det enkelte barn afdække eventuelle individuelle sundhedsmæssige problemer.

§ 11. Udover funktionsundersøgelser i hjemmet yder sundhedsplejersken i forhold til småbørn individuel rådgivning efter henvendelse, ligesom der kan tilbydes gruppeaktiviteter (forældregrupper, åbent hus-arrangementer, temaaftener m.v.).

Kapitel 4

Den kommunale sundhedstjeneste – ydelser til børn og unge m.fl. med særlige behov

§ 12. Børn og unge med særlige behov skal indtil undervisningspligtens ophør tilbydes en særlig indsats, herunder en øget rådgivning, bistand samt eventuelt yderligere undersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske.

§ 13. Børn, som har særligt behov herfor, skal ud over 1 årsalderen tilbydes hjemmebesøg af en sundhedsplejerske.

§ 14. Børn og unge med særlige behov har ofte brug for en tværfaglig indsats. Den kommunale

sundhedstjeneste vurderer i samarbejde med forældre, lærere, pædagoger, børnetandlæger m.fl. samt sociale, pædagogiske og sundhedsmæssige instanser, hvem der har behov for yderligere indsats. Såfremt barnet har behov for lægelig behandling, skal barnet/forældrene opfordres til at søge læge.

§ 15. For at tilgodese børn og unge med særlige behov opretter kommunalbestyrelsen en eller flere tværfaglige grupper, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægelig, social, pædagogisk, psykologisk eller anden sagkundskab. I gruppen indgår en eller flere repræsentanter for den kommunale sundhedstjeneste.

Stk. 2. Såfremt der allerede findes en tværfaglig gruppe i kommunen, der varetager og koordinerer opgaver i forhold til de svageste stillede børn og unge, kan kommunalbestyrelsen beslutte, at den i stk. 1 omhandlede opgave skal varetages af denne gruppe. I gruppen skal indgå en eller flere repræsentanter for den kommunale sundhedstjeneste.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen skal sørge for, at der blandt gruppens medlemmer udpeges en person, der bliver ansvarlig for at koordinere indsatsen i forhold til det enkelte barn og dets familie.

§ 16. Kommunalbestyrelsen kan beslutte, at personer over den undervisningspligtige alder, herunder gravide og personer med risiko for eller med aktuelle handicap skal tilbydes de i § 12 omhandlede ydelser.

Kapitel 5

Den kommunale sundhedstjeneste – bistand til institutioner

§ 17. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde daginstitutioner for børn og unge, kommunale dagplejer samt skoler, der er beliggende i kommunen, bistand fra den kommunale sundhedstjeneste.

Stk. 2. Bistanden skal omfatte:

1. Generel rådgivning om børns og unges sundhed og trivsel.
2. Vejledning om og tilsyn med sundhedsforhold på institutionen, herunder oplysning om hygiejne.
3. Konkret rådgivning vedrørende de børn, som personalet finder, har særlige problemer.

Stk. 3. Inden personalet retter henvendelse til den kommunale sundhedstjeneste i de i stk. 2, nr. 3, anførte tilfælde, skal personalet drøfte problemerne med barnets forældre, jf. dog servicelovens § 49 a.

§ 18. Den kommunale sundhedstjenestes konsulentfunktion over for de særlige daginstitutioner for børn og unge omfattet af servicelovens §§ 32 og 36 vil skulle tilpasses under hensyntagen til den bistand, der i øvrigt ydes til de særlige daginstitutioner for børn og unge.

§ 19. Sundhedsstyrelsen fungerer som faglig rådgiver for den kommunale sundhedstjeneste.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen yder efter anmodning rådgivning og vejledning om sundhedsmæssige og hygiejniske forhold til de i § 17, stk. 1, omhandlede institutioner. En sådan rådgivning omfatter vejledning om sundhedsproblemer og hygiejniske forhold af mere generel karakter samt rådgivning om bekæmpelse af smitsomme sygdomme.

Kapitel 6

Koordination af indsatsen

§ 20. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne skal sikre en koordination af indsatsen over for børn og unge ved i fællesskab at etablere et samarbejde om indsatsen på sundhedsområdet samt mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer, jf. sundhedslovens §§ 203, 204, 205 og 206.

§ 21. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne skal sikre en koordination af indsatsen vedrørende børn og unges sundhedsforhold i forbindelse med de forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis og virksomheden i den kommunale sundhedstjeneste.

Stk. 2. Ved koordinationen skal bl.a. sikres, at der etableres et effektivt samarbejde mellem de praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste dels i det daglige arbejde dels i forbindelse med skolestart og skoleophør. Sundhedsplejersken skal gennem sit kendskab til barnet og dets hjemlige miljø medvirke til, at eventuelle afvigelser opspores og behandling iværksættes hos praktiserende læge så tidligt som muligt. Den praktiserende læge skal medvirke til en etablering af fornyet kontakt vedrørende børn, der er udgået af sundhedsplejersketilsynet, når lægen finder dette påkrævet.

Stk. 3. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne skal også sikre den nødvendige koordination af indsatsen efter denne bekendtgørelse med bistanden fra kommunale og, for så vidt kommunalbestyrelsen har valgt at benytte et regionalt tilbud, regionale institutioner over for børn og unge, der har ophold i dag- og døgninstitutioner for børn og unge omfattet af servicelovens §§ 32, 36 og 67, er anbragt udenfor eget hjem efter bestemmelserne i servicelovens § 66, eller som går på specialskole.

§ 22. Den alment praktiserende læge skal i forbindelse med de forebyggende helbredsundersøgelser efter § 2 søge at indhente samtykke til at videregive relevante oplysninger om helbredsforhold vedrørende barnet til sundhedsplejersken og lægen i den kommunale sundhedstjeneste.

Stk. 2. Læger og sundhedsplejersker i den kommunale sundhedstjeneste skal søge at indhente samtykke til at videregive relevante helbredsoplysninger vedrørende barnet til barnets alment praktiserende læge.

Stk. 3. Barnets forældre og den unge skal orienteres om, hvilke oplysninger, der kan blive tale om at videregive, til hvem og til hvilke formål.

Kapitel 7

Administration, finansiering, forsøg og ikrafttræden

§ 23. Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for opfyldelse af de kommunale forpligtelser efter denne lov.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen kan tilrettelægge de forebyggende sundhedsydelse ved selv eller i samarbejde med andre kommuner at ansætte læger, sundhedsplejersker, sygeplejersker og andet personale eller ved at indgå aftale med private om opgaveløsningen. Kommunalbestyrelsen kan endvidere beslutte at tilrettelægge ordningerne således, at kommunen både anvender egne ansatte og private leverandører ved udførelse af opgaverne.

§ 24. Den vederlagsfri kommunale sundhedstjeneste skal tilbydes alle børn og unge, der er

tilmeldt folkeregistret i kommunen, indtil undervisningspligtens ophør.

Stk. 2. Børn og unge, der går i skole i en anden kommune end bopælskommunen, skal tilbydes ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste i den kommune, hvor skolen er beliggende.

Stk. 3. Børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet efter servicelovens § 66, pkt. 1-4, er omfattet af den kommunale sundhedstjeneste i den kommune, hvor barnet/den unge er anbragt. Den kommunale sundhedstjenestes funktion i forhold til børn og unge anbragt uden for hjemmet efter denne bestemmelse skal tilpasses under hensyntagen til den bistand, der i øvrigt ydes til disse børn og unge.

Stk. 4. Børn, der opholder sig på en døgninstitution under servicelovens § 67 er omfattet af den kommunale sundhedstjeneste i den kommune, hvor institutionen er beliggende. Den kommunale sundhedstjenestes funktion i forhold til børn på § 67 institutioner, skal tilpasses under hensyntagen til den bistand, der i øvrigt ydes til børn på de nævnte institutioner.

Stk. 5. Børn, der opholder sig med en af forældrene på en af kriminalforsorgens institutioner eller et kvindekrisecenter, der er beliggende i en anden kommune end barnets bopælskommune, er under opholdet omfattet af den kommunale sundhedstjeneste i den kommune, hvor institutionen er beliggende.

§ 25. Børn og unge, der ikke har bopæl her i landet, men som under ophold i Danmark har ret til ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste, jf. kapitel 3 og 4, i medfør af EU-retten eller internationale aftaler, er efter henvendelse til kommunen berettiget til ydelser til udgift for den kommune, hvori barnet opholder sig.

Stk. 2. Ved EU-retten eller internationale aftaler forstås de under § 7, stk. 2 nævnte EU-forordninger og internationale aftaler.

§ 26. Udgifter til ydelser i henhold til § 24, stk. 1, afholdes af bopælskommunen.

Stk. 2. Udgifter til ydelser i henhold til § 17 og § 24, stk. 2-5, afholdes af den kommune, hvor institutionen er beliggende, eller hvor barnet/den unge er anbragt.

Stk. 3. For børn, der modtager ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste efter § 24, stk. 4, har institutionskommunen ret til refusion fra barnets bopælskommune af et beløb pr. barn, der svarer til institutionskommunens gennemsnitlige udgift pr. barn i den kommunale sundhedstjeneste.

Stk. 4. For børn, der sammen med en af forældrene opholder sig på en af de i § 24, stk. 5, omhandlede institutioner, har institutionskommunen ret til refusion fra barnets bopælskommune af et beløb, der svarer til institutionskommunens gennemsnitlige udgift pr. barn i den kommunale sundhedstjeneste.

Stk. 5. Udgifter til ydelser i henhold til § 2 afholdes af bopælsregionen.

§ 27. Refusion af udgifter til ydelser i medfør af § 7 eller § 25 til personer, som er syge(for)sikret i et andet land, som i medfør af EU-retten eller internationale aftaler skal overføres til det danske sundhedsvæsen, tilfalder den kommune/region, der har afholdt udgiften til den ydelse, beløbet vedrører.

§ 28. Læger, sundhedsplejersker, sygeplejersker og andet personale, der varetager opgaver efter loven, udgør den kommunale sundhedstjeneste.

Stk. 2. Funktion som sundhedsplejerske er betinget af, at den pågældende er sygeplejerske og har afgangsbetegnelse som sundhedsplejerske.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsen kan i særlige tilfælde godkende, at opgaver, der i loven er henlagt til en sundhedsplejerske, varetages af en sygeplejerske.

Stk. 4. Sygeplejersker, der pr. 31. december 1995 var ansat i skolelægeordningen, kan uden særlig godkendelse fra Sundhedsstyrelsen fortsat varetage opgaver i den kommunale sundhedstjeneste.

Stk. 5. Sundhedsstyrelsen tilbyder kursus til læger, der skal fungere som en del af den kommunale sundhedstjeneste.

§ 29. Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere retningslinier for tilrettelæggelsen og indholdet af de forebyggende sundhedsydelse for børn og unge, jf. bekendtgørelsens kapitel 1-7.

§ 30. Kommunalbestyrelsen er forpligtet til efter regler fastsat af Sundhedsstyrelsen at afgive oplysninger om virksomheden inden for den kommunale sundhedstjeneste.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler om lægernes og regionernes pligt til at give oplysning om virksomheden i medfør af bekendtgørelsens kapitel 2.

§ 31. Indenrigs- og sundhedsministeren kan godkende forsøg, der fraviger reglerne i sundhedsloven og bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge.

Stk. 2. Ved godkendelsen skal lægges afgørende vægt på hensynet til børnenes og de unges sundhed, retssikkerhed og velfærd.

Stk. 3. Konkrete forslag til forsøg, der nærmere beskriver forsøgets indhold, tilrettelæggelse og gennemførelse samt opstiller kriterier for vurdering af forsøgsvirksomhedens resultater og evaluering, skal indsendes til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

§ 32. Denne bekendtgørelses regler finder tilsvarende anvendelse på den kommunale sundhedstjeneste, der tilrettelægges i samarbejde mellem to eller flere kommuner.

§ 33. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. januar 2011.

Stk. 2. Samtidig ophæves bekendtgørelse nr. 1183 af 28. november 2006 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
BERTEL HAARDER / Helle Hyllehøj

Bilag 2 Vejledning i synsprøve i almen praksis og i skolen

A: Undersøgelser i almen praksis

Medfødt grå stær (cataract)

Der fødes ca. 25 børn årligt med grå stær. Grå stær medfører uklarhed i øjets linse, hvorved lyspassagen til nethinden forhindres. De første tre levemåned er kritiske for synsudviklingen. Forstyrres den tidlige synsudviklingen vil det medføre et uigenkaldeligt tab af muligheden for at udvikle et godt syn.

Det er derfor vigtigt at opdage sygdommen så tidligt som muligt for at forhindre udvikling af blindhed, og for at barnets syn udvikles så normalt som muligt.

Undersøgelse for medfødt grå stær tager mindre end 30 sekunder. Undersøgelsen foregår i et rum uden direkte sol og stærkt lys (så mørkt som muligt), for at pupillerne er så store som muligt. Øjnene undersøges med pencillygte, hvor der kigges efter hvide pletter i pupilfeltet (grå stær). Ved mistanke om grå stær henvises sub akut til den praktiserende øjenlæge.

Andre øjensygdomme i spædbørnsalderen, der kræver henvisning til øjenlæge

Alle børn med følgende sygdomme i familien (også fætre og kusiner) skal henvises til praktiserende øjenlæge: retinoblastom (ondartet tumor i øjets nethinde, som oftest opstår før et-årsalderen), medfødt/infantil/juvenil grå stær (cataract), medfødt grøn stær (glaukom).

"Dovent øje" (amblyopi) ved skelen (strabismus)

"Dovent øje" ved skelen debuterer ofte i alderen 9 måneder til 6 år. Jo tidligere der iværksættes behandling, jo bedre er chancerne for, at synet kan normaliseres.

For at opspore børn med begyndende skelen, foretager sundhedsplejersken Hirschbergs test ved undersøgelsen i 8-10-måneders-alderen.

Den praktiserende læge undersøger for skelen med Hirschbergs test ved de årlige undersøgelser mellem 1- og 5-års-alderen.

Undersøgelse med Hirschbergs test

En pencillygte holdes så langt fra barnet, at det kan lyse på begge øjne samtidig. Det vurderes, om lysrefleksens ligger symmetrisk i pupillerne i de to øjne

Henvisning til øjenlæge:

Såfremt Hirschbergs test viser skelen, skal der henvises til øjenlæge, der varetager den videre behandling.

Synsprøve 3-6-årige børn:

Det anbefales at teste med en LogMAR baseret test med 3 meters afstand til tavlen. Tildækning af øjet, som ikke undersøges, er af afgørende betydning for udfaldet af undersøgelsen. Barnet må

ikke kunne kigge ved siden af tildækningen eller mellem forældrenes fingre. Tildækningen skal derfor foretages med en klap eller en sort skive under undersøgelsen.

Følgende tavler kan anvendes:

LEA, HOTV, Kay Pictures og E-tavle, som er opbygget efter LogMAR princippet

LogMAR tavler kendetegnes ved følgende:

- 1) Symbolernes form: Figurer opbygget med streg (som LEA eller Kay Pictures-tavler, ikke udfyldte symboler) eller simple bogstavstavler (maksimalt 4 forskellige bogstaver som f.eks. HOTV-tavlen eller E-tavle)
- 2) Linjernes opbygning: På hver linje findes 4 eller 5 symboler, gerne på alle linjer, men som minimum fra 3/6 linjen og ned. På hver linje skal den relative afstand mellem symbolerne bevares, dvs linjerne bliver kortere, jo mindre symbolerne er. Det vil sige symbolerne på hele tavlen danner samlet en omvendt pyramide.

Opfølgning

Såfremt der er mistanke om nedsat synsfunktion eller tydelig forskel mellem øjnene, eller hvis synsprøven ikke kan gennemføres, skal den gentages en anden dag. Herefter stillingtagen til det videre forløb.

B: Undersøgelser i skolen

Formålet med undersøgelserne i skolealderen er at afsløre nedsat syn eller andre problemer med synet hos barnet.

Synsprøve

Ved de rutinemæssige undersøgelser i forbindelse med indskoling og i 6. eller 7. klasse undersøges for nærsynethed (myopi), som er den mest almindelige brydningsanomali. Tilstanden optræder hos en ud af seks danskere. Nærsynethed begynder som regel i slutningen af skolealderen og forværres med tiden.

Ud over de rutinemæssige synsprøver, undersøges barnet/den unge ved behov. Det kan være barnet/den unge selv, der henvender sig med gener som fx hovedpine, svie i øjnene eller besvær med at læse på tavlen/skærmen eller efter henvendelse fra forældre eller skolens lærere, som har observeret synsproblem.

Farvesynstest

Der tilbydes ikke systematisk undersøgelse for farvesyn ved indskolingsundersøgelsen. Hvis forældre ønsker barnets farvesyn undersøgt ved indskoling, henvises til optiker.

Der tilbydes farvesynstest ved udskolingsundersøgelsen, såfremt den unge har erhvervsønsker, der kræver fuldt farvesyn. Det gælder følgende uddannelser: skibsmaskinmesteruddannelsen, unge, der skal have søfartsbevis, pilotuddannelsen, lokoføreruddannelsen og unge, der søger ind på politiuddannelsen.

Ved defekt farvesyn henvises den unge til øjenlæge for yderligere undersøgelse og rådgivning.

Andre tilstande, der kræver opmærksomhed og henvisning

”**Dovent øje**” (amblyopi) forekommer hos ca. 2 % af alle børn, der starter i skole. Hvis tilstanden først findes ved skolestart, er der kun ringe mulighed for at normalisere synet ved genoptræning, men det er væsentligt, at tilstanden opspores, og at barnet henvises til øjenlæge.

Langsynethed (hypermetropi) kan ikke afsløres ved almindelig synstest, men oplysninger og klager om hovedpine og svien i øjnene ved længere tids læsning o.l. bør give mistanke om langsynethed, og barnet henvises til øjenlæge.

”**Bygningsfejl**” (astigmatisme - forskellig brydning i forskellige planer af linsen) afslører sig ved almindelig synstest, såfremt det er betydende.

Samsyn og læsesyn kan testes hos optometrist eller øjenlæge. Såfremt barnet har læse- eller indlæringsvanskeligheder og synet i øvrigt er normal, bør barnet henvises til undersøgelse.

Opfølgning

Jf. principperne om opfølgning på identificerede problemer i journalføringsbekendtgørelsen, skal der følges op på fund. Kommunen kan udarbejde nærmere principper for, hvorledes opfølgningen sker.

Synstavler, der kan anvendes

Det anbefales at anvende bogstav- eller taltavler opbygget efter LogMAR princippet. Linjernes er opbygget således, at der på alle linjer er 5 symboler. På hver linje er den relative afstand mellem symbolerne bevaret, dvs. linjerne bliver kortere, jo mindre symbolerne er, og symbolerne på hele tavlen danner samlet en omvendt pyramide.

Fremgangsmåde ved synstest

- Anvend LogMar tavle
- Afstand til tavle 3,4 eller 6 meter
- Sørg for god belysning af tavlen, uden genskin eller modlys.
- Prøv først synet med begge øjne (binokulært), derefter hvert øje for sig. Det afdækkede øje skal lukkes med en klap eller en brille. Det er ikke tilstrækkeligt at knibe det sammen.
- Start med en linje, som barnet sandsynligvis kan læse/tolke og gå hurtigt ned til den linje, som barnet lige akkurat kan læse/tolke.

Tolkning af resultaterne

- Synstesten angives som en brøk med afstanden til tavlen i tælleren og nummeret på den læste linje i nævneren.
- For at godkende en linje som læst, skal barnet have læst/tolket skal mindst $\frac{3}{4}$ af symbolerne korrekt.
- Normal synsstyrke er 6/6 (1,0 ved LogMar tavler) eller større, dog anses 6/9 (0,67 ved LogMar tavler) på hvert af øjnene for tilfredsstillende i børnehaveklassen og 1. klasse,

Et væsentligt opmærksomhedspunkt er væsentlig sideforskel på synsstyrken, hvilket bør føre til henvisning til øjenlæge.

Mulige fejlkilder er sammenkniben af både det seende og afdækkede øje og "medsyn" af det afdækkede øje.

Læsesyn kan testes med standardiseret læsebog (nærvistest) af kommunallægen eller sundhedsplejersken, hvis kommunen vælger dette og har uddannet sundhedsplejersken. Hvis ikke henvises til optometrist. Undersøgelsen foretages, såfremt barnet har læsevanskeligheder.

Henvisning til øjenlæge

- Hvis synsstyrken monokulært er $< 6/9$ (0,67)
- Såfremt barnet/den unge klager over hovedpine og svien i øjnene ved længere tids læsning, pc-eller anden skærmb brug, herunder TV o.l.

Henvisning til optiker

Såfremt der i forvejen er diagnosticeret en fremadskridende nærsynethed, og der er behov for korrektion af briller, kan barnet henvises til optiker.

§3 i BEK nr. 817 af 14/09/1994 om optikervirksomhed bestemmer, at personer med pludseligt opståede synsnedsættelser, synsfeltsdefekter, skelen, dobbeltsyn eller vedvarende synsproblemer, altid skal henvises til læge.

I henhold til bekendtgørelsen nr. 817 § 4 må førstegangsudlevering af synshjælpemidler til børn under 10 år kun ske efter forudgående lægeundersøgelse, hvorfor der altid skal ske lægehenvi sning for børn under 10 år.

Vedrørende brug af kontaktlinser

Der gælder ingen særlige regler vedr. brug af kontaktlinser for børn i skolealderen. Såfremt en ung eller den unges forældre spørger sundhedsplejersken til råds herom, henvises til kontaktlinseoptiker eller øjenlæge anbefales at orientere om risikoen for infektioner og overfølsomhedsreaktioner.

Bilag 3 Vejledning i høreprøve i skolen (audiometri)

Undersøgelse for hørenedsættelse tilbydes ved ind- og udskolingsundersøgelser. Nedsat hørelse kan have betydning for barnets læring. Formålet med undersøgelsen er tidlig opsporing af hørenedsættelse i skolealderen med henblik på at sikre, at barnet kan høre ved ind- og udskolingsundersøgelsen. Ved nedsat hørelse skal henvisning til opfølgning og evt. henvisning jf. bestemmelserne om sygeplejefaglige journalføring i henhold til nedenstående.

Høreprøven foretages med et audiometer, som frembringer rene toner af forskellig frekvens og af forskellig styrke. Styrken måles i dB HL og frekvensen i Hz. Høretærsklen ved en given frekvens er den svageste lyd ved den frekvens, som barnet lige akkurat kan høre. Hvis barnet med begge ører hver for sig kan høre alle frekvenser ved 20 dB HL anses høretærsklerne definitionsmessigt for at være i normalområdet. Hvis høretærsklen ved en eller flere frekvenser er større end 20 dB HL, kan der være tale om hørenedsættelse. Ved høreprøven bestemmes høretærsklen for forskellige frekvenser i området, der er af særlig betydning for taleopfattelsen. Der undersøges ikke med styrke mindre end 20 dB HL.

En høreprøve er en følsom undersøgelse, som kræver optimale omstændigheder. Forstyrrende baggrundsstøj og uro i lokalet skal undgås. Barnet skal være instrueret, så opgaven er forstået, og barnet skal være koncentreret om opgaven. Barnet skal vide, at der skal lyttes godt efter forskellige toner og reageres, selv om lyden er meget svag.

Fremgangsmåde ved høreprøve

- Barnet kan placeres med ryggen til undersøgeren. Hvis barnet har front mod undersøgeren, hvilket kan være en fordel af hensyn til kontakten til barnet og vurdering af koncentrationen, er det afgørende vigtigt, at barnet ikke kan se, når undersøgeren trykker på audiometret for at give en tone. En skærm kan anbringes foran audiometret. Ligeledes er det vigtigt, at undersøgeren ikke med mimik eller lignende kommer til at vise, når der gives en tone.
- Udvendige hovedtelefoner påsættes nøjagtigt. Hovedtelefonerne afsprittes omhyggeligt efter brug.
- Høreevnen for frekvenserne 250, 500, 1000, 2000, 4000, 6000 og 8000 Hz undersøges ved en styrke på 20 dB HL. Toner sendes til hvert øre for sig med uregelmæssigt interval, styrken startende på 20 dB HL, varighed mindst 1 højst 2 sekunder, gerne gentaget flere gange. Ved manglende reaktion på 20 dB HL skal styrken øges med 5 dB, indtil barnet reagerer. Derpå sænker man styrken med 5 dB ad gangen, til tonen ikke mere høres, dog ikke lavere end 20 dB HL. Den laveste intensitet, hvor tonen lige netop kan opfattes, er høretærsklen for den pågældende frekvens. Det anbefales at starte ved 1000 Hz og at gøre et øre færdigt før det andet undersøges.
- Barnet markerer ved at løfte hånden eller trykke på indikatorknop, hver gang en tone er hørt.
- Resultaterne af høreprøven indføres på audiogram, såfremt høretærsklerne er således, at yderligere undersøgelse anbefales efter kriterierne nedenfor. Audiogrammet medgives barnet med anbefaling om, at søge yderligere undersøgelse. Normal hørelse indføres i barnets journal.

Mulige fejlkilder

Baggrundsstøj, fast rytme i lydgivning eller andre forhold, hvor respons induceres i barnet og manglende koncentration/medvirken hos barnet.

Screeningsaudiometri gennemføres ikke, såfremt barnet er forkølet. Barnet genindkaldes, når det er rask. Børn, der anvender høreapparat eller cochlear implant, og børn der følges for hørelsen hos ørelæge eller på audiologisk afdeling eller høreklunik på sygehus, skal ikke screenes.

Tolkning af resultater

Når barnet hører samtlige toner på 20 dB HL, er høretærsklerne normale, og der er stor sandsynlighed for, at der ikke er en hørenedsættelse. Enkelte frekvenser med tærskel målt til 25 dB HL kan imidlertid godt accepteres. Hvis en eller flere frekvenser på et eller begge ører har en tærskel på 30 dB HL eller større, kræver det yderligere undersøgelse hos en ørelæge.

Ved mistanke om forkøelse som forklaring på forhøjede tærskler, bør høreprøven gentages efter et par ugers forløb inden stillingtagen til anbefaling af videre undersøgelse hos ørelæge.

Anbefaling af yderligere undersøgelse hos ørelæge

Når høretærsklen ved en eller flere frekvenser på et eller begge ører er 30 dB HL eller større skal forældrene anbefales at søge yderligere undersøgelse af barnet hos en praktiserende ørelæge.

I tvivlstilfælde anbefales det ligeledes at søge ørelæge.

Undersøgelse hos en ørelæge kræver ikke lægehenviisning.

Afprøvning og kontrol af udstyr

Audiometret skal årligt kalibreres af tekniker til sikring af standardiseringskravene.

Bilag 4 Højde/længde- og vægtmåling

Højde/længde og vægt registreres og indberettes til Den Nationale Børnedatabase ved 5-ugers, 5-måneders og 1-, 2-, 3-, 4- og 5-års undersøgelserne hos praktiserende læge samt ved ind- og udskolingsundersøgelserne. Derudover en registrering i 4., 5- eller 6.-klasse.

Højde/længde registreres i hele cm. Der forhøjes fra ,5 således at fx. 165,4=165 cm og 165,5=166 cm.

Vægt registreres som kg med én decimal.

Ved afvigende vækstmønster, både hvad angår højde- og vægtudvikling skal der ske opfølgning jf. bestemmelserne om sygeplejefaglig journalføring. Læs mere i "Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Lovbestemte rammer" kapitel 2.

Forskrift for registrering af længde til og med 1-års alderen:

Målet foretages med barnet i rygleje, med udstrakte ben og placeret på et fast underlag. Barnets hoved føres mod et lodret materiale. Herfra foretages målingen til punktet ud for barnets hæl. Målingen registreres i hele cm. Måling med et målebånd er upræcist.

Forskrift for registrering af højde fra 2-års alderen:

Barnet måles uden sko på stående med samlede ben op mod en væg og skuende lige frem.

Forskrift for registrering af vægt:

Barnet vejes på en godkendt vægt. Vægten angives i kg med en decimal.

Spædbørn: Barnet må højst have undertrøje på.

Småbørn: Efter 1-års alderen vejes barnet uden fodtøj og i så lidt tøj som muligt. Hvis barnet bruger ble, bør den være tør.

Skolebørn: Barnet vejes uden sko og overtøj og uden ting i lommerne.

Vurdering af barnets vækst

Barnets højde- og vægtudvikling vurderes i henhold til anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens publikationer "Monitorering af 0-5-årige børns vækst" (SST 2015) og "Opsporing af overvægt og tidlig indsats i skolealderen" (SST 2014). Samtale om barnets vægt og uhensigtsmæssige vægtudvikling skal foretages med omhu og følsomhed, se nærmere i afsnit 5. 11.

Fravalg af monitorering

Forældre kan fravælge højde- og vægt monitorering, Hvis dette forekommer, skal sundhedsplejersken vurdere, hvorvidt der er behov for at kontakte egen læge eller børne-familieteamet, såfremt det kliniske billede eller kendskabet til familien viser, der er behov herfor.

BILAG 5 Spædbarnets reflekser og 180-graders undersøgelse af spædbarnets motoriske udvikling

Den praktiserende læge undersøger for sutte-/søge-, gribe-, gang- og mororeflex ved 5-ugers-undersøgelsen. Sundhedsplejersken undersøger sutte-/søge og gribereflex ved første besøg. Øvrige reflekser er beskrevet for fuldstændighedens skyld.

Reflekser	Beskrivelse	Debut	Forsvinder
Sutte/søge refleks	Når barnets kind får kontakt med brystet, eller barnets stryges med en finger på kinden, drejes hovedet mod samme retning og munden åbnes. Når barnet får brystet eller en finger i munden, begynder det at sutte.	Nyfødt	1 måned
Gribe hånd refleks	Når barnet får en genstand ind i hånden fra ulnarsiden, griber barnet og forstærker grebet, når man forsøger at fjerne genstanden. Hovedet skal ligge i midtlinjen, ellers udløses refleksen mere til den occipitale side.	Nyfødt	2-3 måneder
Gribe fod refleks	Når foden berøres tværs henover den distale del af fodsålen, flekteres tæerne.	Nyfødt	9-10 måneder
Gang-refleks	Når barnet holdes oprejst med fødderne mod underlaget, vil barnet med reciprok fleksion og extension af benene lave en bevægelse, der ligner gang.	Nyfødt	3-4 måneder
Moro refleks	Når barnet holdes med hovedet bøjet fremover, og man pludselig slipper hovedstøtten ekstenderes og abduceres armene efterfulgt af adduktion som en omfavelse.	Nyfødt	4-5 måneder
Krybe-kravle refleks	Når barnet lægges på maven, og dets fødder støttes, vil barnet skubbe sig fremad i kravlemønster.	Nyfødt	3-4 måneder
Asymmetrisk tonisk hals-refleks	Når barnet ligger roligt i rygleje, og hovedet drejes 90° til siden, vil arme og ben på samme side ekstenderes.	1 måned	6-7 måneder
Faldskærms/faldrefleks	Når barnet holdes vandret med ansigtet mod underlaget og derefter sænkes nedad, vil barnet ekstendere armene over hovedet for at forebygge fald. Ses også når barnet i siddende stilling er ved at falde og tager armene ud til siden for at finde balancen og forebygge fald.	6-9 måneder	Varig

180-graders undersøgelse af spædbarnets motoriske udvikling

Undersøgelsen kan især anvendes hos børn i alderen 2-10 måneder. Ved undersøgelsen kan væsentlige objektive fund ved de hyppigste udviklingsforstyrrelser gøres tydelig. Ved den systematiske undersøgelse bevæges barnet 180 grader. For hvert trin i undersøgelsen beskrives en række tidlige tegn på afvigende udvikling. Udførelsen af 180-gradersundersøgelsen giver samtidig systematisk indtryk af spædbarnets kognition, kontakt, sprog, følesans og syn

Figur indsættes.

Høringsudgave

BILAG 6 Sygeplejefaglig journalføring

Dette bilag beskriver de 12 sygeplejefaglige problemstilling, som de kan beskrives inden for sundhedsplejens virksomhedsområde. Eksemplerne er til inspiration, men er ikke dækkende for de individuelle notater, der skal føres.

Eksempler vedrørende spæd- og småbørn

1. Funktionsniveau - fysisk, mentalt, socialt

Er barnet generelt alderssvarende udviklet?

2. Bevægeapparat – tonus, synkront bevægemønster

Er barnets motoriske udvikling alderssvarende? (jf. kapitel 5.7)

3. Ernæring – er barnet i fysisk trivsel? Hvordan ernæres barnet?

Hvordan er barnets vægt- og længdeudvikling. Følger barnet sin vækstkurve? Er barnet ammet fuldt, delvist eller slet ikke? Får barnet tilskud af D vitamin og evt. jern i henhold til retningslinjerne? Oplever forældrene bivirkninger af vitamintilskud?

4. Hud og slimhinder – har barnet udslæt, mærker, sår eller andet?

Er barnets hud intakt? er der tegn på udslæt/allergi, andre synlige hudpåvirkninger? Barnets farver

5. Kommunikation – søger barnet kontakt og dialog med forældrene og andre?

Er barnets sprogudvikling alderssvarende? Hvordan er kontakten mellem barnet og dets forældre? Hvordan er kontakten til barnet i løbet af besøget og under undersøgelsen? Er barnets familie flersproget, giver dette anledning til særlig opmærksomhed?

6. Psykosociale forhold – er der udfordringer i familien med fx misbrug eller andre betydningsfulde forhold?

Er der forhold i hjemmet, der giver anledning til særlig opmærksomhed i forhold til barnets generelle trivsel og udvikling? Hvordan er tilknytningen mellem barnet og dets forældre?

7. Respiration og cirkulation – har barnet fri og upåvirket vejrtrækning og normale farver?

Er barnets farver og vejrtrækning normal? Udsættes barnet for tobaksrøg? Er der problemer med astmatisk bronkitis eller andre symptomer på luftvejssygdomme?

8. Seksualitet – ydre kønsorganer

Er spædbarnets ydre kønsorganer normalt udviklet? Er der tegn på kirurgisk indgreb fx rituel omskæring og evt. følger efter dette?

9. Smerter og sanseindtryk – er der problemer med syn eller hørelse?

Kan barnet se og høre normalt? Er der foretaget hørescreening efter fødslen? Er der øjenkontakt, responderer barnet på smil og gestik, følger barnet genstande med blikket? Er barnet/den unge særlig sensitiv?

10. Søvn og hvile – hvordan og hvor meget sover barnet?

Giver barnets søvnmønster og -rytme anledning til problemer? Hvordan er kvaliteten af barnets søvn?

11. Viden og udvikling - hvordan vurderes barnets kognitive niveau og dets udvikling?

Giver barnets kognitive udvikling niveau anledning til behov for særlig støtte til familien?

12. Udskillelse af affaldsstoffer – har barnet fx forstoppelse eller diarré, er vandladningen normal?

Har barnet våde bleer som forventet? Oplever forældrene, at barnet har problemer med afføringen (slimet, grønlig, obstipation, diarre)?

Eksempler vedrørende børn og unge i den undervisningspligtige alder

1. Funktionsniveau – kan barnet/den unge klare sit almindelige, daglige liv?

Er barnet/den unge generelt alderssvarende udviklet? Hvordan er det at være barnet/den unge i hverdagen? Hvordan trives barnet/den unge fysisk, mentalt og socialt – i hjem, i skole og i fritiden?

2. Bevægeapparat – er der behov for træning eller problemer, fx med balancen?

Hvordan har barnets motoriske været til undersøgelsestidspunktet? Er barnets/ den unges motoriske udvikling alderssvarende?

3. Ernæring – er barnet/den normalvægtig, over- eller undervægtig?

Hvordan har barnets/den unges vægt- og højdeudvikling været til undersøgelsestidspunktet? Følger barnet/den unge sin vækstkurve? Får barnet/den unge tilbudt og spiser sufficient mad? Får barnet rigelige og sufficente drikkevarer hjemme i skolen, i fritiden? Får barnet tilskud af D vitamin i henhold til retningslinjerne? Er der kendte fødevarerallergier? Er der fx medicin, der påvirker appetitten?

4. Hud og slimhinder – har barnet/den unge udslæt, sår eller andet?

Er barnets/ den unges hud intakt – er der tegn på udslæt/allergi, akneproblemer eller andet?

1. Kommunikation – kan barnet/den unge gøre sig forståelig og forstå sin omverden?

Er barnets sprogudvikling alderssvarende? Hvordan er kontakten/relationen mellem barnet/den unge og dets forældre? Hvordan er kontakten/relationen til barnet/den unge? - Verbal og nonverbal kommunikation? Opmærksomhed på om barnet er flersproget, og om dette giver anledning til kommunikationsvanskeligheder?

2. Psykosociale forhold – er der udfordringer, fx med familie, misbrug, ensomhed eller andet?

Hvordan er barnets/den unges sociale trivsel i hjemmet, i skolen samt i dag- og fritidstilbud? Hvordan er relationen/tilknytningen mellem barnet/den unge og dets forældre?

7. Respiration og cirkulation – har barnet/den unge fx hoste eller anden påvirket vejrtrækning?

Er barnets farver og vejrtrækning normal? Har barnet/ den unge (tegn på) astma? Udsættes barnet for tobaksrøg? Ryger den unge?

8. Seksualitet – er der sygdom eller medicin, der påvirker patientens seksualitet?

Er der tegn på pubertet? Hvordan er barnets/den unges køn, krop og selvopfattelse? Er der bevidsthed om egne grænser og respekt af andres? Hvordan forholder den unge sig til sin seksualitet?

9. Smerter og sanseindtryk – har barnet/ den unge smerter Er der problemer med syn eller hørelse?

Kan barnet/den unge se og høre normalt? Har barnet eller den unge smerter? (eks. hovedpine, ryg- og mavesmerter). Er barnet/den unge særlig sensitiv?

10. Søvn og hvile – hvordan og hvor meget sover barnet/den unge?

Hvilke søvnvaner er der i familien? Har skærmvaner betydning for søvnen, er søvnen påvirket af trivslen? Giver barnets/den unges søvnmønster anledning til problemer? Bliver barnets/den unges søvn forstyrret i løbet af natten? Beskriver den unge søvnproblemer? Får barnet/den unge søvn nok ift. alder (timer)? Hvordan er kvaliteten af barnet/den unges søvn?

11. Viden og udvikling – forstår barnet/den unge en evt. kronisk sygdom?

Har han eller hun brug for information eller anden støtte til at håndtere evt. kronisk sygdom? Giver barnets/den unges kognitive niveau anledning til behov for særlig støtte i forhold til evt. kronisk sygdom, udvikling og læring under hensyntagen til sygdommen?

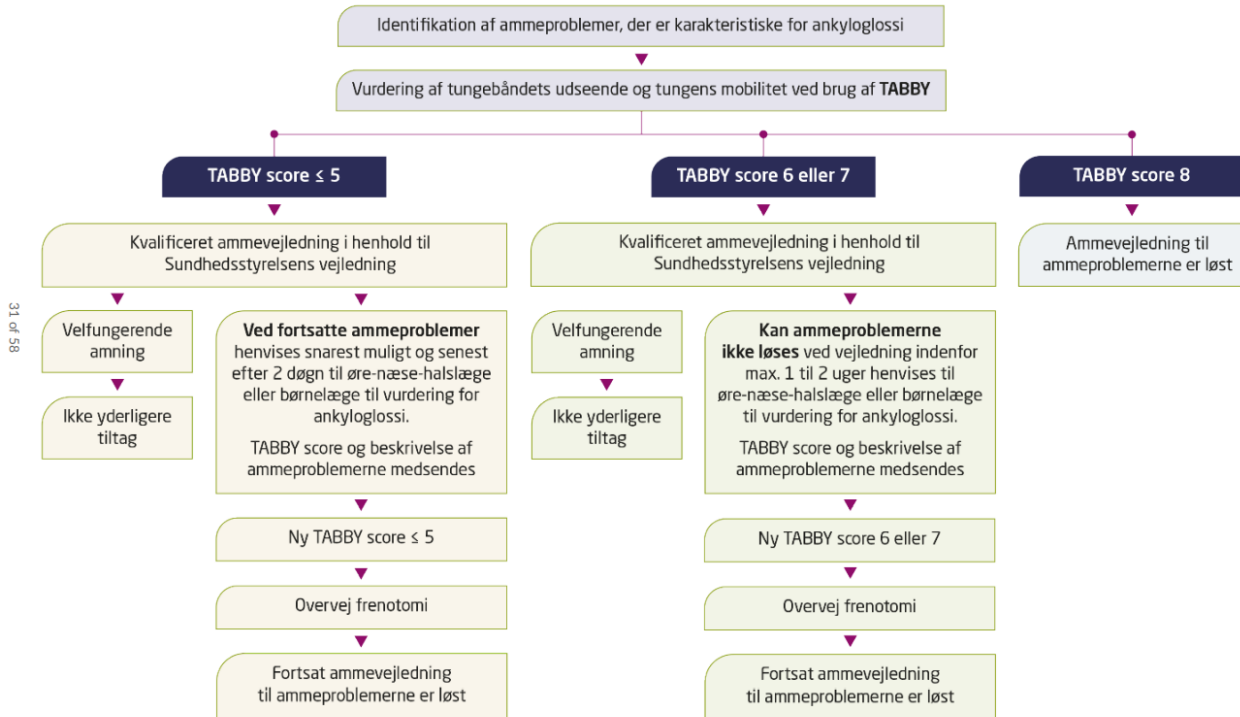
12. Udskillelse af affaldsstoffer – har barnet/den unge fx forstoppelse, diarré eller problemer med vandladningen?

Har barnet/ den unge problemer med vandladning (enuresis) eller afføring (obstipation eller encoprese)? Har barnet/den unge sunde toiletvaner? Er der problemer med toiletvaner pga skoletoiletterne, fx tilgængelighed eller hygiejne?

Høringsudgave

Bilag 7 Flowchart vedr. undersøgelse og behandling af ankyloglossi hos ammede spædbørn

National klinisk retningslinje for undersøgelse og behandling af **ankyloglossi** hos ammede spædbørn

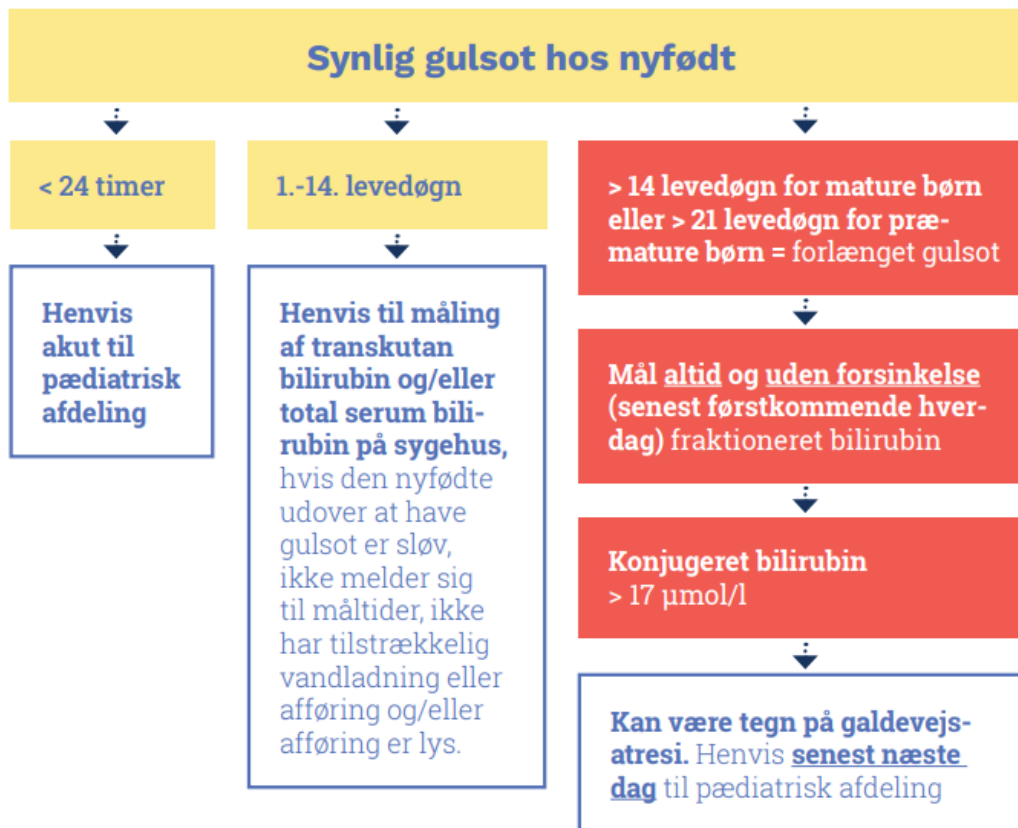


31 af 58

Find retningslinjen på: <http://www.kompetencecenterforamning.dk/projekter/national-klinisk-retningslinje-for-stramt-tungebaand.aspx>

Høring

Bilag 8 Flowchart vedrørende gulsot hos nyfødte



Høring

Bilag 9 Sundhedspædagogiske kernebegreber

Sundhedspædagogik er en tilgang eller metode til arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse, som bygger på deltager- og handleorienterede principper. Gennem dialog med børn og unge må sundhedsplejersken sikre, at disse involveres i samtalen og dermed bidrage til, at børn og unge lærer at handle i forhold til deres sundhed på et kvalificeret grundlag af børns og unges subjektive behov, deres egne mål for sundhed og sundhedsplejerskens faglighed. Handlingerne kan rette sig mod mulige ændringer af levevilkår som fx rammerne i hverdagslivet på skolen, i forbindelse med fritidsaktiviteter og i hjemmet, ændringer i livsstil og vaner i samspil med andre. Afhængig af barnets alder og emner inddrages forældrene i forhold til de handleorienterede aspekter af sundhedsfremme- og forebyggelsesaktiviteterne. Det er især væsentligt at inddrage forældrene regelmæssigt i barnets første skoleår med henblik på etablering af tillid mellem forældre og sundhedsplejerske og relationsdannelse som en forudsætning for tidlig og målrettet indsats.

Arbejdet med den sundhedspædagogiske tilgang forudsætter følgende:

- At sundhedsplejerskens faglighed og evner til at samtale med og inddrage børn, unge og deres forældre er af høj kvalitet
- At der er mulighed for konkret at synliggøre børns og unges egne opfattelser, værdier og holdninger til sundhed i de aktiviteter, der tilbydes
- At det sundhedspædagogiske arbejde bliver konkretiseret i forhold til at den kontekst, der arbejdes i, inddrages – dvs. skolens kultur, forældregruppens ønsker og behov, elevgruppens sammensætning, de fysiske rammer for aktiviteterne, o.a

Det sundhedspædagogiske arbejde i skolen bør tage udgangspunkt i fire kernebegreber, som bør indgå i tilrettelæggelse af ydelserne:

1. Det brede og positive sundhedsbegreb

Det brede og positive sundhedsbegreb rummer både livskvalitet og helbred, og det omfatter både helbredsmæssige og livsstils- og adfærdsmæssige aspekter. Sundhedsbegrebet tager udgangspunkt i både livsstil og levevilkår.

I samtalen med børn og unge skal sundhedsplejersken medtænke de rammer og vilkår, som børn og unge har i deres familier og hverdagsliv og i skolesammenhæng. Indsatsen skal således, ud over den helbredsmæssige dimension, knytte sig til dialog om barnets og den unges egne forestillinger om det gode liv med baggrund i de vilkår, barnet/den unge lever under.

Mulighederne ligger i, at også livskvalitet, livsstil og levevilkår i familien såvel som helbred er afsæt for sundhedsplejerskernes samtaler, undersøgelser og aktiviteter, så samtaler og sundhedspædagogiske aktiviteter kommer til at omfatte alle aspekter af børns og unges hverdagsliv.

2. Børn og unges handlekompetence

Målet for det sundhedspædagogiske arbejde er at udvikle og kvalificere børn og unges sundhedsmæssige handlekompetence. Handlekompetence defineres som evne og vilje til at skabe positiv sundhedsmæssig forandring i forhold til egen eller andres sundhed. Det kan ske gennem handlinger, der retter sig mod at ændre egen adfærd og livsstil eller gennem handlinger, der søger at forandre vilkår og rammer i sundhedsfremmende retning.

Handlekompetencebegrebet indeholder viden (om effekter, årsager og forandringsstrategier), engagement, visioner og sociale færdigheder (evnen til at samarbejde med andre om at skabe forandring). Disse delelementer indgår i sundhedsplejerskens tilrettelæggelse og gennemførelsen af samtaler og andre aktiviteter med henblik på at bidrage til, at børn og unge sammen med deres forældre og klassekammerater i stigende grad bliver i stand til at tage vare på egen og andres sundhed.

I samtalen med barn (og forældre) gælder det således om at styrke handlekompetencen ved at undersøge, hvilke mål om sundhed og trivsel, barnet og familien selv identificerer og ønsker at skabe ændringer omkring. Når målene er identificeret er opgaven for sundhedsplejersken at fastholde engagementet ved sammen med barnet (og forældrene) nysgerrigt og interesseret at undersøge, hvilke handlinger, der er realistiske og mulige her-og-nu. Målet er at igangsættes en proces, der styrker det enkelte barns (og forældrenes) handlekompetence ved at opnå erfaringer med at handle i forhold til egen og andres sundhed og trivsel.

Når det gælder de yngste børn skal forældrenes handlekompetence inddrages, særligt ved behov for rådgivning og støtte ved ydelser på niveau 3 og 4. Det kan her være relevant at overveje, om et hjemmebesøg kan bidrage til undersøge og understøtte forældrenes muligheder for at handle på et for forældrene relevant og konkret niveau, sådan som det kendes fra metoden "hjemmebesøg" i spædbørnssundhedsplejen.

3. Børn og unges aktive involvering og deltagelse

Børn og unges aktive deltagelse og medbestemmelse er en forudsætning for at udvikle ejerskab til de temaer og løsninger, der arbejdes med i såvel samtalerne som i andre sammenhænge. Ejerskabet er samtidig en betingelse for, at børn og unge ændrer praksis og adfærd. Princippet om deltagelse er en forudsætning for, at aktiviteterne sætter spor på længere sigt. Også i dette princip gælder, at inddragelse og involvering af forældrene til de yngste børn er en forudsætning for, at barnet kan udvikle ejerskab og dermed blive i stand til efterhånden selvstændigt at ændre praksis og adfærd tage hånd om egen sundhed og trivsel.

Deltagelse kan have forskellige former. Det vigtige kendetegn ved et deltager-orienteret princip er ikke, hvem der får ideerne, men den efterfølgende dialog. Opgaven er på den ene side at lade børn og unge medvirke til at definere problem, løsnings- og handlingsforslag og på den anden side at styre dialogen på baggrund af sundhedsplejerskens faglige viden.

Udfordringen ligger i at sikre børn og unges aktive deltagelse i såvel samtaler som undersøgelser og i at inddrage af forældrene i højere grad end det tidligere har været gjort. Aktiv involvering og deltagelse er en forudsætning for, at der udvikles ejerskab for de problemstillinger, der arbejdes med i skolesammenhænge, ligesom det har betydning for barnets/den unges muligheder for aktiv

involvering og deltagelse i beslutninger om sundhed og trivsel i hjemmet.

4. Børn og unges handlinger som en del af deres læring

Børn og unges handlinger bidrager i den sundhedspædagogiske tilgang til to ting: For det første vil handlinger igangsat af børn og unge have mulighed for at skabe reel sundhedsfremme i hjemmet, klassen, på skolen eller i lokalsamfundet – og dermed også i deres eget liv. For det andet vil handlingerne bidrage til, at børnene og de unge generelt udvikler engagement og handlekompetence.

Sundhedsplejersken bør motivere til handlinger, der fører til sundhedsmæssig forandring med udspring i de ønsker og behov, der udvikles af børn, unge og deres familier. Handlingerne bør have både et deltagelses- og et forandringsperspektiv, som kan etableres gennem forskellige inddragende aktiviteter fx ved følgeskab til aktiviteter, hvis forældrene ikke har mulighed for det og støtte til forandringer i hverdagslivet fx omkring mad og måltider og foreningsaktiviteter.

Udfordringerne i dette delelement ligger primært i at kunne motivere til handling, hvis ikke kontakten gennem skoletiden er af regelmæssig karakter, og hvis der ikke følges op i tilstrækkeligt omfang, sådan som niveauinddelingen opfordrer til

Høringsudgave

Bidragydere til vejledningen

Sundhedsstyrelsen ønsker at takke nedenstående bidragydere for deres aktive og konstruktive deltagelse i arbejdsgrupper og i forhold til enkeltopgaver under udarbejdelse af vejledningen.

Referencegruppe:

Astrid Christine Jensen-Kanstrup, chefkonsulent (Kommunernes Landsforening)
Bo Christensen, speciallæge almen medicin (Sundhedsstyrelsens sagkyndige i almen medicin)
Cecilie Elmer Brandborg, fuldmægtig (Indenrigs- og Sundhedsministeriet)
Christina Kjerulff, speciallæge almen medicin (Dansk Selskab for Almen Medicin)
Gitte Bossi-Andresen, leder af Opsporing og Tidlig Indsats (Social- og boligstyrelsen)
Lene Herlev Vindeløv, sundhedsplejerske, konsulent (Dansk Sygeplejeråd) til 22. 3. 2024
Lise Høyer, speciallæge almen medicin (Praktiserende Lægers Organisation)
Rikke Wendelboe Selde, oversygeplejerske (Styrelsen for Patientsikkerhed)
Sofie Vennicke, konsulent (Danske Regioner)
Susanne Rank Lücke, sundhedsplejerske (Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker FS 10)
Ulla Dupont, ledende sundhedsplejerske (Foreningen af ledere af sundhedsordninger i Danmark FALS)

Arbejdsgruppe spæd- og småbørn

Charlotte Winther, ledende sundhedsplejerske (Københavns Kommune)
Dorte Fischer, sundhedsplejerske (Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker FS 10)
Lene Herlev Vindeløv, sundhedsplejerske, faglig konsulent (Dansk Sygeplejeråd) til 22. 3. 2024
Susanne Rank Lücke, sundhedsplejerske (Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker FS 10)
Ulla Dupont, ledende sundhedsplejerske (Foreningen af ledere af sundhedsordninger i Danmark FALS)

Arbejdsgruppe børn i den undervisningspligtige alder

Eva Lohman-Devantier, sundhedsplejerske (Københavns Kommune)
Kirsten Birk Johanssen, sundhedsplejerske (Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker FS 10)
Susanne Rank Lücke, sundhedsplejerske (Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker FS 10)
Ulla Aarøe Bjørn, ledende sundhedsplejerske (Foreningen af ledere af sundhedsordninger i Danmark FALS)
Ulla Dupont, ledende sundhedsplejerske (Foreningen af ledere af sundhedsordninger i Danmark FALS)

Arbejdsgruppe almen praksis

Bo Christensen (Sundhedsstyrelsens sagkyndige i almen medicin)
Boel Emanuel, sundhedsplejerske (Københavns Kommune)
Christina Kjerulff speciallæge i almen medicin (Dansk Selskab for Almen Medicin)
Lise Høyer speciallæge i almen medicin (Praktiserende Lægers Organisation)

Pia Rønnekamp, ledende sundhedsplejerske - til 31.12.2022 (Foreningen af ledere af sundhedsordninger i Danmark FALS)

Susanne Rank Lücke, sundhedsplejerske (Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker FS 10)

Andre bidragsydere:

Anne Mette Skovgaard, Professor dr. med., speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri

Annette Graungaard, speciallæge i almen medicin

Dorthe Bleses, professor, Institut for Kommunikation og Kultur, Århus Universitet

Hannah Glismann, sundhedsplejerske, MSP, BA Antropologi

Helle Stegger, lektor, Master i uddannelse og læring, Professionshøjskolen Absalon

Ingrid Nilsson og Marianne Busck Rasmussen, Kompetencecenter for Amning, Komiteen for Sundhedsoplysning

Maria Balsløv, projektsygeplejerske, Retsmedicinsk Institut, Rigshospitalet

Mette Skovgaard Væver, professor, Center for tidlig indsats og familieforskning, Institut for Psykologi, Københavns Universitet

Michael Bille, overlæge, Center for Hørelse og Balance, Afdeling for Øre-næse-halskirurgi og Audiologi, RH

Ruth Ertmann, speciallæge i almen medicin

Toke Bek, professor, overlæge Øjenafdelingen, Århus Universitetshospital

Høringsudgave