



SUNDHEDSSTYRELSEN

Anbefalinger om forebyggende sundhedsydelser til børn, unge og deres forældre

Tilrettelæggelse og indhold

Anbefalinger om forebyggende sundhedsydelser til børn, unge og deres forældre

Tilrettelæggelse og indhold

© Sundhedsstyrelsen
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-649-4
ISBN tryk: 978-87-7014-650-0

Design og layout: Sundhedsstyrelsen
Foto: Heidi Maxmiling, Adobe Stock
Illustrationer: Wassard Design

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
Maj 2025



Miljømærket tryksag
5041 0751

Forord

I denne publikation *"Anbefalinger om forebyggende sundhedsydelse til børn, unge og deres forældre – Tilrettelæggelse og indhold"* beskrives de sundhedsfaglige anbefalinger omkring indholdet i og tilrettelæggelsen af de forebyggende ydelser til børn, unge og deres forældre. De lovbestemte rammer for, hvilke ydelser og opgaver der skal løses, og hvornår de skal løses i henhold til de forebyggende sundhedsydelser, beskrives i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge – Lovbestemte rammer*.

Anbefalingerne er et fagligt opslagsværk, hvor Sundhedsstyrelsen har samlet eksisterende viden. Den beskriver indholdet i de syv forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis samt i sundhedsplejens ydelser fra graviditet til den unge ikke længere er omfattet af undervisningspligten. Den sundhedsprofessionelle kan støtte sig til anbefalingerne med henblik på at tilrettelægge de forebyggende ydelser, så de er differentierede og målrettet det enkelte barn, den unge og deres forældre, alt efter deres behov.

Der er anlagt et familieorienteret perspektiv med henblik på at understøtte barnets og den unges sundhed, trivsel og udvikling i samarbejde med forældrene. De sundhedsfaglige anbefalinger beskriver, hvorfor og hvordan ydelserne tilbydes for at styrke den tidlige indsats. Tidlig indsats forstås ikke kun som alder, men også i forhold til at forebygge problemudvikling.

Med henblik på at målrette sundhedsplejens ydelser og bidrage til øget lighed i sundhed anbefales det, at sundhedsplejen fremover arbejder med at niveauinddele de ydelser, 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 ydelser og tilbud, når det gælder de rette tilbud i rette tid af de rette fagprofessionelle. Derfor opfordrer Sundhedsstyrelsen til, at almen praksis anvender redskabet "niveauinddeling af ydelser" i sin vurdering af barnets og forældrenes behov for ydelser 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 øvrige møder med specialister.

Louise Bredal Mørk Lauridsen

Enhedschef

Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

Indhold

1. Tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde	7
1.1 Samarbejde med almen praksis	9
1.2 Samarbejde med svangreomsorgen	9
1.3 Samarbejde med Pædagogisk Psykologisk Rådgivning	10
1.4 Samarbejde med dagtilbud	10
1.5 Samarbejde med skolen	10
1.6 Samarbejde med socialforvaltning, skole og dagtilbud	11
1.7 Samarbejde med socialforvaltning, skole og politi	11
1.8 Samarbejde i og omkring de tværfaglige grupper	11
2. Niveauinddeling i sundhedsplejen og almen praksis	15
2.1 Niveauinddeling af sundhedsplejens indsatser	16
2.2 Niveauinddeling i almen praksis	18
3. Forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis 0-5 år	21
3.1 Struktur og indhold i de forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis	23
3.2 5-ugers-undersøgelsen	24
3.3 5-måneders-undersøgelsen	29
3.4 12-måneders-undersøgelsen	32
3.5 2-års-undersøgelsen	36
3.6 3-års-undersøgelsen	39
3.7 4-års-undersøgelsen	42
3.8 5-års-undersøgelsen	46
4. Sundhedspleje til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre	51
4.1 Generelt om hjemmebesøg hos familier med spæd- og småbørn	53
4.2 Støtte til etablering og opretholdelse af amning	54
4.3 Graviditetsbesøg	57
4.4 Barselsbesøg og vurdering af barnets trivsel i den første tid efter fødslen	60
4.5 Etableringsbesøget	62
4.6 Andet besøg i første levemåned	65
4.7 Besøg hos det cirka to måneder gamle barn	67
4.8 Besøg hos det 4-6 måneder gamle barn	69
4.9 Besøg hos det 8-11 måneder gamle barn	71
4.10 Småbørn i alderen 1-5 år	72
4.11 Andre aktiviteter end hjemmebesøg	73
4.12 Kommunal ansat læges rolle i sundhedstjenesten for 0-5-årige børn	75
5. Sundhedsplejen i skolen	77
5.1 Formål med sundhedspleje i skolen	77
5.2 Metoder til vurdering af barnets/den unges sundhed, trivsel og udvikling i skolen og i familien	79
5.3 Hovedtemaer og aktiviteter	81
5.4 Indskolingsundersøgelsen	83
5.5 Udskolingsundersøgelsen	85
5.6 Sundhedsplejerskens regelmæssige kontakter gennem skolealderen	87
5.7 Sundhedspædagogiske aktiviteter	89
5.8 Åben rådgivning	90
5.9 Metoder og emner i den sundhedspædagogiske indsats	91
5.10 Bekymrende skolefravær	92

5.11 Børn og unge, der modtager hjemmeundervisning	93
5.12 Børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet	93
5.13 Journalføring i sundhedsplejen i skolen	95
6. Den kommunale sundhedstjenestes konsulentfunktion i dagtilbud og skoler	97
6.1 Sundhedsplejerskens kompetencer i konsulentrollen	97
6.2 Rådgivning af andre kommunale aktører	98
6.3 Sundhedsfaglig rådgivning til dagtilbud og skoler	99
6.4 Andre forebyggelsesopgaver i kommunen	100
6.5 Rådgivning vedrørende det enkelte barn	102
6.6 Medicingivning i dagtilbud og skoler	102
7. Social ulighed i sundhed og udvalgte forebyggelsestemaer	105
7.1 Sundhedskompetence hos familier, fagprofessionelle og organisationer	106
7.2 Stigmatisering og tabuisering	108
7.3 Børn som pårørende til forældre eller søskende med fysisk eller psykisk sygdom	109
7.4 Børn som pårørende til forældre med perinatal depression	110
7.5 Børn som pårørende til forældre med alkoholproblemer	114
7.6 Vold i nære relationer	114
7.7 Migrerede børns sundhed og vilkår	117
7.8 Børn i familier, der har været på flugt	117
7.9 Den tidlige forældre-barn-relation og -tilknytning	118
7.10 Mental trivsel og sundhed	120
7.11 Sproglig udvikling	122
7.12 Motorisk udvikling	124
7.13 Fysisk aktivitet	126
7.14 Søvn	129
7.15 Unges brug af alkohol, tobak og nikotinprodukter	132
7.16 Højde- og vægtd udvikling gennem skolealderen	134
8. Udvalgte undersøgelser og kliniske problemstillinger med forebyggelsespotentiale	137
8.1 Hovedomfang, positionel hovedskævhed og misdannelser af kraniet hos spædbarn	137
8.2 Hofteledsundersøgelse	139
8.3 Hud	141
8.4 Stetoskopi af hjertet	141
8.5 Læbeganespalte, inklusive submucøs ganespalte	143
8.6 Forlænget gulsot hos nyfødte	146
8.7 Undersøgelse af barnets ydre kønsorganer	149
8.8 Rakitis inklusive craniotables	151
8.9 Tidlige tegn på psykisk mistrivsel, psykisk lidelse og udviklingsforstyrrelser	152
8.10 Forebyggelse af psykisk lidelse og tidlig støtte gennem barndommen	153
8.11 Børn og unge med kronisk sygdom	155
8.12 Børn født tidligt	156
8.13 Børn med anden etnisk baggrund end dansk og særlige kliniske problemstillinger	158
9. Bilag	163
10. Bidragsydere til vejledningen	193

1. Tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde

Formålet med dette kapitel er at præsentere sundhedsplejens samarbejde med andre fagprofessionelle i region og/eller kommune om sundhedsfremme, forebyggelse, opsporing og støtte/behandling til gravide, kommende forældre, børn, unge og deres forældre.

Sundhedsplejen indgår i tværprofessionelle samarbejder med forskellige fagprofessionelle, som hver især bidrager med deres specifikke faglighed med tilhørende normer, værdier og holdninger - og arbejder ligeværdigt sammen for at bringe ny viden og færdigheder i spil. Fælles er målet om at sikre børn og unge en sund opvækst og gode forudsætninger for et sundt liv, fremme lighed i sundhed og skabe sammenhæng og kontinuitet i overgangene mellem en eller flere instanser. Samarbejdet på tværs af fagprofessioner foregår således i mange arenaer og i mange relationer omkring det enkelte barn, den unge og familien.

Tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde er en stærk komponent i målretning af sundhedsplejens ydelser og tilbud til gravide, kommende forældre, børn, unge og deres forældre. Dette samarbejde har afgørende betydning for en rettidig og forebyggende indsats med tidlig opsporing, hyppig opfølgning og støtte. Samarbejde på tværs af fagprofessioner og sektorer er særligt vigtigt for børn, unge og familier, som lever i sårbare eller udsatte positioner, hvor der ofte er brug for en ekstra indsats, der rækker ud over sundhedsplejens og almen praksis' universelle tilbud.

For børn, unge og familier med multifacetterede og komplekse problemstillinger, jf. principperne for niveau 3 og 4, forudsætter den rette indsats et helhedsorienteret syn på familien og familiære netværk, inddragelse af barnet/den unge samt af forældrene i såvel sundhedsfaglig som socialfaglig behandling. Her kan tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde sikre en koordineret indsats med tværgående møder og systematisk kommunikation mellem de fagprofessionelle, der er involveret i barnets, den unges og familiens udfordringer. Samarbejde på tværs styrker således muligheden for at sikre rette indsats på rette tid af rette fagperson, så barnet, den unge og familien får det rette tilbud.

Fundamentet for at styrke sundhedsplejens tværprofessionelle og tværsektorielle samarbejde er bl.a. et fokus på fælles mål, en fælles sproglig referenceramme, viden, gensidig respekt, nysgerrighed samt effektiv kommunikation. Samarbejdet med andre fagprofessionelle kan med fordel understøttes gennem regelmæssige mødestrukturer, fælles faglige

retningslinjer og koordinering. Kommunikationen skal være både hyppig, rettidig, præcis og problemløsende for at skabe sammenhæng og kontinuitet i familiens og barnets liv i sektorovergange og mellem instanser.

Følgende faktorer skal være til stede for at understøtte et godt tværprofessionelt og/eller tværsektorielt samarbejde:

- Tydeligt formuleret fælles opgave, som opleves konkret og væsentlig for alle involverede parter
- Understøttende rammer og lovgivning
- Ledelsesmæssig forankring
- Regler om videregivelse af informationer med og uden samtykke
- Muligheder for sikker kommunikation mellem sektorer
- Struktureret samarbejde på tværs af sektorer, fx med virtuelle møder som muliggør deltagelse fra forskellige aktører
- Viden om andre sektors tilbud, muligheder og forpligtelser
- Bindeled eller brobyggere mellem sektorer.

Lovbestemte rammer for tværsektorielt og tværprofessionelt samarbejde

Sundhedsloven forpligter regioner og kommuner til at samarbejde om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og tilgrænsende sektorer. Der kan med fordel anvendes samarbejdsaftaler mellem kommune og/eller region, som forpligter parter og afdelinger i samarbejdet. Læs mere om gældende lovgivning for tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge – Lovbestemte rammer*.

Sundhedsplejen har en bred palet af samarbejdspartnere, herunder almen praksis, andre sundheds-, social- eller psykologfaglige instanser samt dagtilbud, skoler og myndigheder. Herunder beskrives nogle af de tværprofessionelle samarbejder i både region og kommune, som sundhedsplejen indgår i. Det lovgivningsmæssige ophæng for samarbejdet er beskrevet i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge – Lovbestemte rammer*.

1.1 Samarbejde med almen praksis

Sundhedsplejen og almen praksis samarbejder omkring barnet og familiens sundhed og trivsel med udgangspunkt i sundhedsplejens hjemmebesøg og de forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis. Almen praksis bør rutinemæssigt inddrages, når det vedrører børn og familier med særlige behov, herunder børn og unge med handicap og/eller kronisk sygdom, der følges og behandles af øvrige speciallæger.

Den praktiserende læge kan henvise til graviditetsbesøg ved en sundhedsplejerske i de kommuner, hvor det tilbydes.

Almen praksis' kendskab til hele familien er en væsentlig ressource, når forebyggende indsatser af sundhedsfaglig og socialfaglig karakter skal planlægges. Almen praksis kan kontakte og kontaktes via korrespondancemodul af sundhedsplejen og jordemødre, når samtykke foreligger og kan informeres og inviteres til tværfaglige og tværsektorielle møder mellem kommuner og sygehus. De praktiserende lægers overenskomst muliggør deltagelse i disse møder, som kan være virtuelle. Almen praksis kan henvise til fødeafdeling/team for sårbare gravide samt kontakte den kommunale sundhedspleje, fx via korrespondancemodul.

1.2 Samarbejde med svangreomsorgen

Samarbejdet mellem sundhedsplejen og jordemødre gælder særligt gravide og kommende forældre i sårbare og udsatte positioner, jf. svangreomsorgens niveau 3 eller 4. Her anbefales det, at sundhedsplejersken tilbyder graviditetsbesøg - om muligt gerne med deltagelse af jordemoder - så tidligt som muligt med henblik på at opbygge en tillidsfuld relation og understøtte familiedannelse samt kommende forældreskab - og derigennem give det kommende barn de bedste betingelser i forhold til udvikling og trivsel. Samarbejdet om en særlig tidlig indsats bidrager til at mindske risikoen for obstetriske komplikationer, fremme sund graviditet, understøtte fødslen af et rask barn med størst muligt sundhedspotentiale samt understøtte familiedannelsen.

I samarbejdet med svangreomsorgen skal der desuden være en særlig opmærksomhed på at inddrage socialforvaltningen i kommunen, hvor det er påkrævet.

1.3 Samarbejde med Pædagogisk Psykologisk Rådgivning

De forebyggende kommunale indsatser har fokus på almenområdet og identifikation og opsporing af børn i psykisk mistrivsel. Indsatser til børn og unge vil ofte være forankret i kommunens pædagogisk psykologiske rådgivning (PPR) eller i det nye kommunale lettilgængelige behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel, der blev forankret i sundhedslovens § 126. Indsatserne kan omfatte oplysning, generelle trivselsfremmende tilbud, behandling af lettere symptomer på psykisk lidelse, åbne rådgivningstilbud samt styrkelse af fagpersoners evne til tidlig opsporing af børn og unge i mistrivsel på tværs af fagområder. Læs mere i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge – Lovbestemte rammer*.

Tidlig identifikation af familier med særlige behov for støtte samt etablering af et tværfagligt samarbejde mellem sundhedsplejen og PPR og/eller det kommunale behandlingstilbud er vigtigt, når barnets trivsel, udvikling og sundhed skal fremmes. Samarbejdet må tage udgangspunkt i, at forældremyndighedsindehaver er inddraget som primære samarbejdspartnere, og at de bidrager med væsentlige og relevante oplysninger for forhold omkring den unge. Dette sker i henhold til lovgivning om tavshedspligt samt ved videregivelse af oplysninger m.v.

1.4 Samarbejde med dagtilbud

Sundhedsplejen kan tilbyde konkret rådgivning til personalet i dagtilbud i samarbejde med og efter aftale med forældrene, hvis personalet vurderer, at et barn i dagtilbud har særligt behov for en sundhedsfaglig indsats. Desuden kan sundhedsplejen med fordel indgå i en tværfaglig vurdering af barnets behov i samarbejde med pædagoger i dagtilbud og fx PPR og/eller almen praksis. Med henblik på at sikre tidlig tværprofessionel indsats kan dagtilbuddet og den kommunale sundhedstjeneste afholde regelmæssige sundhedskonferencer eller lignende, hvor indsatsen for enkelte børn drøftes efter aftale med forældrene. Læs mere i kapitel 6.

1.5 Samarbejde med skolen

Sundhedsplejen og skolens lærere kan samarbejde om opsporing af og tidlig indsats over for børn og unge med tilstande, der kræver sundhedsfaglig intervention. Skolens ledelse kan bidrage organisatorisk ved at inkludere sundhedspersonale i skolens tværfaglige møder, og ansatte i sundhedsplejen i skolen bør deltage i skolens tværfaglige møder for at bidrage med en sundhedsfaglig vinkel, når det vurderes relevant. Læs mere i kapitel 5.

1.6 Samarbejde med socialforvaltning, skole og dagtilbud

Samarbejdet om den tidlige indsats mellem socialforvaltning, skole, sundhedspleje og dagtilbud (SSD-samarbejdet) er et tværprofessionelt samarbejde mellem socialforvaltning (herunder PPR), skole, sundhedspleje og dagtilbud. Formålet med SSD-samarbejdet er at sikre en tidlig og forebyggende indsats over for børn og unge, som mistrives. Relevante fagpersoner får i SSD-samarbejdet mulighed for i forbindelse med indledende og afklarende samtaler at udveksle oplysninger med andre relevante fagpersoner om et barn eller en ung. En indledende drøftelse i det tværfaglige SSD-samarbejde kan dermed hjælpe med tidligt at få afklaret, om en konkret faglig bekymring for et barn eller en ung kan løses inden for de eksisterende rammer, eller om der er behov for at udarbejde en underretning og eventuelt hjælp og støtte efter reglerne i barnets lov. Læs mere om barnets lov i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge – Lovbestemte rammer*.

1.7 Samarbejde med socialforvaltning, skole og politi

Kommunens sammenhængende børnepolitik har til formål, at sikre sammenhængen mellem det generelle forebyggende arbejde og den målrette indsats for børn og unge med behov for særlig støtte. Der skal derudover være et kriminalitetsforebyggende samarbejde mellem sociale myndigheder, skole og politi (SSP-samarbejdet). Formålet med SSP-samarbejdet er at styrke den tværsektorielle koordinering af indsatser til udsatte børn og unge samt sikre, at der arbejdes systematisk, helhedsorienteret og vidensbaseret i den lokale kriminalitetsforebyggende indsats. Sundhedsplejersker på kommunens skoler kan indgå i samarbejdet, såfremt kommunalbestyrelsen bestemmer dette. Læs mere om barnets lov i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge – Lovbestemte rammer*.

1.8 Samarbejde i og omkring de tværfaglige grupper

Med henblik på at tilgodese gravide, børn og unge med særlige behov, jf. sundhedslovens § 123, opretter kommunalbestyrelsen 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 relevant ekspertise.

Den kommunale sundhedspleje og almen praksis bør have kendskab til, hvilke tværfaglige grupper og kommunale og regionale tilbud, der er etableret i kommunen, samt have løbende dialog og koordinering med den tværfaglige gruppe. Inddragelse på tværs af fx fødeafdeling/familieambulatorie, alment praktiserende læge, de sociale myndigheder, dagtilbud og skole samt den kommunale sundhedspleje afhænger af problemets omfang og graden af bekymring for den eller de, der eventuelt har brug for den ekstra støtte.

Der opfordres til, at der i den tværfaglige gruppe indgår mindst en fra den kommunale sundhedspleje, der er med til at sikre den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende tilgang.

Den tværfaglige gruppe udpeger en tovholder, der er ansvarlig for at koordinere indsatsen og formidle kontakt til relevante samarbejdspartnere i den pågældende sag. Det anbefales, at tovholderen er en fagprofessionel, der i forvejen har en relation til den gravide, barnet, den unge eller familien, og familien bør være bekendt med, hvem der er tovholder.

Sundhedsplejersken bør have kendskab til kommunens tværfaglige teams med særlig ekspertise i sårbare og socialt udsatte, fx familieambulatoriet, familiehus og lignende. Møder kan enten foregå med fysisk deltagelse eller som hybridmøder, hvis det er muligt.



2. Niveauinddeling i sundhedsplejen og almen praksis

Med sundhedsreformen i 2022 besluttede regeringen at støtte udbredelsen af niveauinddelingen af sundhedsplejens indsatser for at styrke en systematisk differentiering af indsatser til børn, unge og familier, der har brug for ekstra støtte¹. Alle kommuner anbefales at arbejde systematisk og metodisk med målretning af sundhedsplejens indsatser. Sundhedsstyrelsens publikation *Anbefaling om niveauinddeling af sundhedsplejens indsatser* beskriver en afprøvet metode til systematisk målretning af indsatser og en metode til at strukturere det tværprofessionelle arbejde i kommunen.

Niveauinddeling af sundhedsplejens indsatser bidrager til at reducere ulighed i sundhed og forebygge negativ social arv ved at målrette indsatsen over for familier og give ekstra støtte til dem, som har brug for det. Niveauinddeling kan være med til tidligere at opspore fysiske, sociale og mentale risikofaktorer og iværksætte relevante indsatser og tilbud i forhold til gravide, kommende forældre, børn, unge og deres familier såvel monofagligt som tværprofessionelt eller tværsektorielt. Niveauinddeling er ikke betinget af socioøkonomiske forhold, men alene af sundhedsfagligt vurderede behov for yderligere støtte til barnet og dets forældre.

På den baggrund anbefaler Sundhedsstyrelsen, at den kommunale sundhedstjeneste fremover arbejder differentieret og målrettet med tidlig indsats gennem niveauinddeling af sundhedsplejens indsatser og med differentierede tilbud, også af tværprofessionel karakter. Sundhedsstyrelsen anbefaler den kommunale sundhedstjeneste at tilrettelægge ud fra en niveauinddeling med fire niveauer, som fungerer som et redskab til systematisk vurdering af familiens samlede behov.

Niveau 1 og 2 knytter sig til det universelle tilbud til alle børn og varetages i sundhedsplejens eget regi og med mulighed for to til tre ekstra besøg af sundhedsplejersken. Niveau 3 og 4 kræver en særlig og udvidet indsats fra sundhedsplejen med inddragelse af tværprofessionelle samarbejdspartnere i tværfagligt og/eller tværsektorielt regi. Niveauinddeling af ydelsen til familien bør løbende revurderes, idet problemer kan opstå og løses undervejs.

For uddybning af niveauinddeling henvises til Sundhedsstyrelsens publikation *Anbefaling om niveauinddeling af sundhedsplejens indsatser* samt på Sundhedsstyrelsen hjemmeside *Niveauinddeling af sundhedsplejens indsatser (sst.dk)*, hvor der findes understøttende materiale om implementering af metoden. Arbejdet med differentiering i sundhedsplejen og

¹Sundhedsreform. Et sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen. Sundhedsministeriet maj 2022

målretning af indsatser, har været afprøvet til kommende forældre og spæd- og småbørn og deres familier. Sundhedsstyrelsen anbefaler på den baggrund, at den kommunale sundhedstjeneste anvender niveauinddeling i kontakter med gravide, spæd- og småbørn og deres familier. Sundhedsstyrelsen anbefaler at anvende samme principper for differentiering af indsatser i sundhedsplejen i skolen og i almen praksis.

Niveaudeling er kendt fra svangreomsorgen, hvor det anbefales at arbejde med differentiering af individuelle indsatser til gravide og far/partner. Niveau 1-2 er indsatser til gravide, der kan løses inden for svangreomsorgens flerfaglighed, og niveau 3 og 4 kræver tværfaglige eller tværsektorielle indsatser. Læs mere i *Anbefalinger for svangreomsorgen (sst.dk)*.

Nedenfor uddybes de fire niveauer til sundhedsplejen og derefter til almen praksis.

2.1 Niveauinddeling af sundhedsplejens indsatser

Niveau 1

Familier, der i sundhedsplejen tilbydes indsatser svarende til niveau 1, modtager hjemmebesøg af sundhedsplejersken under hensyntagen til kommunens besøgs- og tilbudsprofil, når der alene er tale om almene behov for sundhedsplejeydelser i henhold til sundhedsplejerskens ansvars- og kompetenceområde. Sundhedsstyrelsen anbefaler minimum fem hjemmebesøg i første leveår.

Niveau 2

Familier, der i sundhedsplejen tilbydes indsatser svarende til niveau 2, har en monofaglig problemstilling og har derfor behov for mere støtte end den grundlæggende indsats på niveau 1. Eksempler på niveau 2-støtte kan være ekstra hjælp til barnets trivsel i de første leveuger, behandling af gulsot, støtte til par med tidligere udfordringer med ammeetablering eller til kvinder med en velbehandlet somatisk eller psykisk lidelse, hvor der stadig er behov for yderligere støtte.

Det anbefales, at sundhedsplejersken tilbyder maksimalt to til tre ekstra monofaglige hjemmebesøg, der kan imødekomme de problemer eller erfaringer, der kan få betydning for barnets eller familiens sundhed, og som kan håndteres inden for sundhedsplejens generelle tilbud. Indsatser tilpasses barnets eller forældrenes individuelle behov, og der kan eventuelt henvises til særlige tilbud, der måtte være i kommunen, fx ammerådgivning af en IBCLC-uddannet.

Er to til tre ekstra hjemmebesøg ikke tilstrækkeligt, bør barnets eller familiens situation drøftes med nærmeste leder, fagkoordinator eller lignende for afklaring og for planlægning af det videre forløb for familien.

Omfanget af ekstra monofaglige behovsbesøg eller konsultationer besluttes af kommunen. Familier, der opfordres til at opsøge praktiserende læge med sundhedsfaglige problemstillinger af lægefaglig karakter, indplaceres på niveau 2. Sundhedsplejersken har ansvar for ved næste besøg eller kontakt med familien at følge op på det, der er iværksat i forhold til opfordringen om at opsøge praktiserende læge.

Niveau 3

Familier, der i sundhedsplejen tilbydes indsatser svarende til niveau 3, har brug for et udvidet tilbud af forskellige årsager og kan have behov for meget forskellige indsatser. Det er væsentligt, at der tilbydes indsatser så tidligt som muligt, når det er vurderet, at den gravide, barnet eller familien har en sårbarhed eller udsathed af forskellige årsager. Den ekstra ydelse kan involvere et tværfagligt samarbejde med andre sundheds- eller fagprofessionelle eller øvrige kommunale forebyggende og/eller behandelende indsatser som fx fysio- eller ergoterapeut, audiologopæd, psykolog/PPR, familiebehandling og andre i kommunen. Dette kan også omfatte henvisning til forebyggende rådgivning og indsatser i henhold til lovgivningen. For gravide i sårbare eller udsatte positioner kan der desuden være behov for tværsektorielt samarbejde, fx med svangreomsorgen. Læs mere på *Niveauinddeling af sundhedsplejens indsatser (sst.dk)*.

Indsatser fra sundhedsplejen indgår som en del af den samlede indsats for familien og som en del af handleplanen for familien, jf. barnets lov § 32. Læs mere i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge – Lovbestemte rammer*.

Niveau 4

Familier, der i sundhedsplejen tilbydes indsatser svarende til niveau 4, har brug for indgribende socialfaglig støtte, jf. bestemmelserne i barnets lov. Sundhedsplejerskens individuelle faglige vurdering af familierne indgår som en del af den samlede indsats. Ydelsesniveauet ligger udover kommunens generelle besøgsprofil og kan være af omfattende af karakter.

Sundhedsplejen inddrages i de videre indsatser for familien, hvis der er sundhedsplejefaglige problemstillinger, samtidig med at der tages hånd om de socialfaglige og psykologiske problemstillinger.

2.2 Niveauinddeling i almen praksis

Såfremt almen praksis anvender niveauinddeling, beskrives de fire niveauer af indsatser overordnet nedenfor.

Niveau 1

Familier, der tilbydes indsatser svarende til niveau 1, har alene brug for den lovbestemte forebyggende helbredsundersøgelse og vejledning knyttet hertil. Familier, der henvises til opfølgning alene hos sundhedsplejen efter helbredsundersøgelsen, indplaceres på niveau 1, såfremt lægen ikke selv skal følge op på undersøgelsen men vurderer, at det ligger inden for sundhedsplejerskens ansvars- og kompetenceområde.

Niveau 2

Familier, der har behov for opfølgning på den forebyggende undersøgelse i almen praksis, fx i forhold til barnets længde- og vægtudvikling, motorisk udvikling, sprogudvikling, vurdering af barnets mentale udvikling eller forhold, der knytter sig til forældreskabet, indplaceres på niveau 2.

Børn, der henvises til andre sundhedsfaglige professionelle som fx fysio- eller ergoterapeuter, speciallæger i fx pædiatri eller børnepsykiatri, indplaceres på niveau 2.

Børn, der er henvist af sundhedsplejersken til undersøgelse på opsporet problemstilling, uafhængigt af de forebyggende undersøgelser, indplaceres ligeledes på niveau 2.

Opfølgningen sker i almen praksis.

Niveau 3

Familier, hvor der er behov for en tværprofessionel indsats af mere omfattende karakter, og hvor børne- og familieforvaltningen involveres, fx i form af socialrådgiver eller psykolog i børne- og familieforvaltningen, indplaceres på niveau 3. Det kan fx dreje sig om problemstillinger, der knytter sig til misbrug, mistanke om overgreb eller andre psykosociale problemstillinger, hvor bestemmelserne i barnets lov bør tages i brug.

Hos familier med behov for lægefaglig opfølgning på niveau 3 skal der være en særlig opmærksomhed, hvis forældrene udebliver fra aftaler/ børneundersøgelser eller hyppigt kommer med problemstillinger af mere akut karakter, der kan dække over mere alvorlige problemstillinger i familien.

Den praktiserende læge bør bidrage til det tværprofessionelle samarbejde, når der er sundhedsfagligt belæg for det. Det kan fx dreje sig om kronisk sygdom hos barnet, tilbagevendende sygdomsperioder eller kendskab til psykiske lidelser hos barnet eller forældrene, misbrug og andet, hvor barnet er pårørende, og der derfor kan være behov for støtte med udgangspunkt i barnets lov. Det kan ske gennem henvendelse til børne- og familieforvaltning eller kommunens tværfaglige gruppe, hvor der kan lægges en plan for støtten til familien.

Niveau 4

Familier, hvor alvorlige forhold hos barnet og/eller i hjemmet, som fx vold, overgreb eller anden omsorgssvigt, kræver indgribende indsatser efter bestemmelserne i barnets lov, indplaceres på niveau 4.

Den praktiserende læge bør inddrages i det videre forløb for barnet, hvis der er sundhedsfaglige problemstillinger til stede, fx kronisk sygdom, tilbagevendende sygdomsperioder eller andet, i en samlet vurdering af barnets trivsel, udvikling og eventuelle støttebehov i henhold til barnets lov.

For uddybning af de fire niveauer se materialet på Sundhedsstyrelsens hjemmeside *Niveauinddeling af sundhedsplejens indsatser* (sst.dk).



3. Forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis 0-5 år

Vigtigste elementer og principper

- 5-ugers-undersøgelsen udføres af en læge for at sikre tidlig vurdering af barnets helbred.
- Helbredsundersøgelser fra 5 måneder til 5 år anbefales udført af en læge, men kan gennemføres af sundhedspersonale under supervision af en læge med kendskab til familien.
- Forældreinddragelse: Forældre inddrages aktivt i både undersøgelsen og samtalen.
- Ligeværdigt fokus: Der lægges vægt på både fysisk sundhed og mental trivsel i alle undersøgelser.
- Reducering af ulighed: Undersøgelserne har fokus på at mindske ulighed i sundhed gennem målrettede indsatser.
- Tværprofessionelt samarbejde: Styrkes gennem inddragelse af andre fagligheder ved behov for at sikre helhedsorienteret støtte til barnet og familien.

Tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis er bestemt i BEK nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. Se i øvrigt bilag 2.

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

Undersøgelsen skal være systematisk og omfatte en somatisk undersøgelse, herunder en undersøgelse af barnets højde- og vægtudvikling samt hovedomfanget, og en vurdering af såvel fysisk sundhed som mental trivsel. Dette inkluderer en vurdering af barnets motoriske og psykiske udvikling, herunder sprog, social udvikling og relationen mellem forælder og barn. Se i øvrigt afsnit 7.9-7.12.

De forebyggende helbredsundersøgelser har, udover opsporing af sygdomme og nytilkomne 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.

5-ugersundersøgelsen anbefales at blive udført af en læge. Ikke alle spædbørn er undersøgt af en læge på fødestedet. Alle helbredsundersøgelser fra 5 måneder til 5 år anbefales udført af læge eller af sundhedspersonale under supervision af en 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, udvikling og trivsel, herunder fx evt. kroniske sygdomme eller psykiske lidelser hos barnet selv, hos forældre eller søskende samt forældrenes trivsel relateret til forældreskabet.

Egen læge kan opfordre familien til at tage kontakt til PPR eller underrette de sociale myndigheder i barnets bopælskommune.

Alle kommunerne skal inden udgangen af 2025 etablere et lettilgængeligt behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel og med symptomer på psykisk lidelse. Her kan børn og unge i aldersgruppen 5-17 år henvende sig uden henvisning. Det forventes, at det nye tilbud vil kunne modtage og sende korrespondancemeddelelser til egen læge.

Konsultationen indeholder tilbud om vaccination i henhold til børnevaccinationsprogrammet.²

²VEJ nr. 9008 af 06/01/2025. Vejledning om gratis vaccination mod smitsomme sygdomme mv

3.1 Struktur og indhold i de forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis

Information om børneundersøgelsens formål og form kan tilsendes forældrene forud for undersøgelsen, så de får mulighed for at reflektere over, hvad de ønsker at drøfte.

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:

- Formål med undersøgelsen
- Forældresamtalen
- Somatisk undersøgelse og vurdering af trivsel og udvikling
- Afslutning på konsultation.

Afsnittene om barnets neuropsykologiske udviklingsstadium er en generel beskrivelse af de færdigheder, som de fleste børn har udviklet på et bestemt alderstrin. Det er dog vigtigt at bemærke, at færdighederne ikke nødvendigvis viser sig hos alle børn på samme tid, og der kan være betydelige individuelle forskelle.

Såfremt der er mulighed for, at barnet ikke er blevet undersøgt ved tidligere børneundersøgelse, fx hvis barnet har skiftet læge eller ikke har boet i Danmark, udføres undersøgelsen, og der samles op på eventuelle manglende tidligere undersøgelser. Alle konsultationer afsluttes med en samlet vurdering af behovet for opfølgning af de fund, der er gjort, samt hvilke sundhedsfremmende og forebyggende ydelser barnet eventuelt kan have brug for frem mod næste helbredsundersøgelse.

Forældrenes perspektiv bør inddrages i konklusion og plan. 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 eventuelt tværprofessionelt samarbejde om barnet og familien.

Såfremt der opstår mistanke om tidlige tegn på udviklingsforstyrrelser, involveres både sundhedsplejerske, PPR og kommune med henblik på vurdering af, om børne- og ungdomspsykiatrien bør inddrages. Læs mere i kapitel 1 om tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde. Der findes interventioner, der kan afhjælpe de grundlæggende vanskeligheder, bør-

nene med udviklingsforstyrrelser (både autismespektrumforstyrrelser og ADHD) har, og det er vigtigt at sætte tidligt ind for at forebygge mangelfuld udvikling og lavere funktionsniveau.

Niveauplacering er en her-og-nu-vurdering af familiens støttebehov og de nødvendige sundhedsfaglige indsatser baseret på undersøgelsens fund. Niveauplaceringen 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, jf. principperne om niveauinddeling.

3.2 5-ugers-undersøgelsen

5-ugers-undersøgelsen er den første rutinemæssige lægeundersøgelse af spædbarnet efter fødslen. Det anbefales, at 5-ugers-undersøgelsen udføres af en læge. 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 neuropsykologiske udviklingsstadie

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 afhængigt af, hvad det giver udtryk for. Barnet kan fiksere kortvarigt, især på ting i bevægelse. Barnet lytter. 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 følelsesregulering udvikles i de tidlige leveår og afhænger primært af kvaliteten af den omsorg, som barnet oplever i relation til forældre og eventuelt andre omsorgspersoner. Spædbarnets kognitive og følelsesmæssige udvikling stimuleres, når forældre følger og deler spædbarnets opmærksomhed samt på passende vis reagerer på barnets signaler, møder barnets følelsesmæssige behov og dermed understøtter barnets selvregulering.

3.2.1 Formål med 5-ugers-undersøgelsen

Ved undersøgelsen er det centralt 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 bør der være opmærksomhed på eventuel fysisk eller psykisk sygdom samt dårligt mentalt helbred eller andre belastninger hos forældrene, som kan påvirke barnets udvikling og hele familiens trivsel som nybagt familie. Hvis sådanne faktorer er til stede, kan det øge behovet for sundhedsydelse i barnets første leveår. Tidlig identifikation er derfor afgørende for at sikre familien rettidig støtte og relevante indsatser.

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 – fx rygestop, ophør af rusmidler eller lignende. Desuden er formålet at afdække sociale forhold hos forældre i en sårbar eller udsat position, der eventuelt har modtaget ekstra støtte under graviditeten.
- At gennemføre en somatisk undersøgelse af barnet og vurdere barnets vækst, trivsel og tidlige udvikling.
- At observere, vurdere og understøtte det sunde samspil med henblik på at støtte udviklingen af en tryk tilknytning mellem barn og forælder/forældre.
- At drøfte hele familiens og barnets trivsel, inklusive eventuelle reguleringsvanskeligheder. Se i øvrigt afsnit 8.9.
- At undersøge, om der er etableret kontakt til sundhedsplejen samt eventuelt sundhedsplejerskens vurdering af barnets trivsel.
- At klarlægge, om barnet har fået tilbudt og udført de anbefalede screeninger ved fødslen.
- 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.

3.2.2 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 nybagte 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 eventuelle større søskende har taget imod familieforøgelsen. Der er ligeledes mulighed for at vurdere forældrenes sensitivitet (lydhørhed) i forhold til 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, inklusive fødselsuge, fødselsvægt samt eventuelle komplikationer/indlæggelse, jf. epikrise fra fødeafdeling.
- Barnets udvikling og generelle trivsel, herunder forældrenes oplevelse af samspil og barnets spæde sprog 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 -mønstre? Melder barnet sig til måltider?
- 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. Hvordan håndteres konflikter mellem forældre og/eller konflikter, som involverer andre familiemedlemmer? Er der fx tegn på vold i familien og/eller æresrelaterede konflikter? Se i øvrigt afsnit 7.6.
- Sociale forhold, netværk og muligheder for støtte og aflastning, herunder eventuelle barselsplaner.
- Forældrenes brug af digitale medier i hverdagen, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om skærmbrug.
- 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 mave-tarm-funktion? Er der obstipationsproblemer, hvis barnet får modermælkserstatning? Ved problemer med amning henvises til sundhedsplejersken for rådgivning.
- Om barnet er påbegyndt tilskud med D-vitamin og eventuelt jerntilskud, fx ved tidlig fødsel, efter gældende anbefalinger?



3.2.3 Somatisk undersøgelse og vurdering af trivsel og udvikling

Der foretages en systematisk klinisk undersøgelse af det afklædte barn for at opspore sygdomme og eventuelle uopdagede medfødte misdannelser samt vurdere barnets vækst, udvikling og trivsel, såvel fysisk som mentalt. Der tages hensyn til eventuel præterm fødsel eller andre forhold, der har betydet indlæggelse efter fødslen. Undersøgelsen består af følgende:

- Vurdering af barnets almene tilstand: Opmærksomhedsniveau, øjenkontakt til undersøger/forældre. Lytter barnet opmærksomt med tilpasset aktivitet, smiler barnet eventuelt til sine forældre? Er barnet roligt?
- Vurdering af forældre-barn-samspeilet: Samspeilet vurderes løbende under konsultationen. Reagerer forældrene sensitivt på barnets signaler? Hvordan er samspeilet mellem barnet og dets forældre i forhold til det spæde sprog og barnets reaktion på stimuli (se i øvrigt afsnit 7.9 om tilknytning og relationer). Vurderingen omfatter, hvordan forældrene opfatter og tolker barnets signaler, samt om de fx virker fraværende eller overstimulerende
- Barnet vejes uden tøj, og både længde og hovedomfang måles. Barnets vækst vurderes i forhold til WHO's vækstkurver. Se i øvrigt afsnit 8.1 og bilag 5
- Undersøgelse af kraniet, herunder form, symmetri, fontaneller, suturer, ydre øre. Se i øvrigt afsnit 8.1
- Undersøgelse af øjne, herunder undersøgelse for rød refleks med oftalmoskop, syn/øjenkontakt. Se i øvrigt bilag 3.

- Undersøgelse af mund og svælg inklusive gane (inspiceres og palperes). Se i øvrigt afsnit 8.5
- Undersøgelse af halsens frie bevægelighed
- Stetoskopi af hjerte og lunger, femoralis pulse palperes. Se i øvrigt afsnit 8.4
- Abdomen palperes, og navlested undersøges
- Undersøgelse af ydre kønsorganer. Se i øvrigt afsnit 8.7
- Undersøgelse af hoftaled. Se i øvrigt afsnit 8.2
- Undersøgelse af tonus og bevægelsernes symmetri: Vurdering af barnets spontane bevægelser samt grov- og finmotoriske færdigheder. Den motoriske udvikling og neurologiske funktion, inklusive muskeltonus og reflekser, undersøges. Se i øvrigt bilag 6 om spædbarnets reflekser
- Hud inspiceres for fx blå mærker, tegn på børneeksem eller andet. Se i øvrigt afsnit 8.3.

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.

Neuropsychologiske afvigelser

- Manglende øjenkontakt/barnet følger ikke genstand (20 centimeters afstand) med blik
- Manglende reaktion på lydstimuli
- Manglende respons ved forælders henvendelse (smil, stemme etc.).

3.2.4 Afslutning på konsultation

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

3.3 5-måneders-undersøgelsen

Der er gået relativt lang tid siden første undersøgelse, men barnet er set i praksis og vaccineret ved 3 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 neuropsykologiske udviklingsstadiet

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 hovedet. 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 i øvrigt afsnit 7.9 om tilknytning og relationer.

3.3.1 Formål med 5-måneders-undersøgelsen

Undersøgelsen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At vurdere forældre-barn-samspillet ved at observere samarbejdet omkring barnet, barnets autonomi og forældrenes sensitivitet over for barnet samt understøtte det sunde samspil mellem barnet og dets forældre.
- At drøfte hele familiens trivsel.
- At drøfte digitale mediers indflydelse i familiens hverdag, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om skærmbrug.
- At undersøge barnet for eventuelle nytilkomne tilstande samt vurdere barnets vækst og udvikling såvel fysisk som mentalt, herunder barnets neurologiske udvikling.
- At drøfte barnets overgang til anden mad end mælk, herunder eventuel fortsat amning.
- At tilbyde vaccination efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

3.3.2 Forældresamtalen

Ved 5-måneders-undersøgelsen har forældrene som oftest fundet en rytme med barnet og eventuelle 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, også i forhold til søskende/anden familie/netværk? Er der nyt i familiens forhold i forhold til sidste undersøgelse?
- Hvordan forældrenes mentale og fysiske helbred (ved kendte kroniske sygdomme hos forældrene) og indbyrdes forhold er?
- Hvordan konflikter mellem forældre og/eller konflikter, som involverer andre familiemedlemmer, håndteres? Er der fx tegn på vold i familien og/eller æresrelaterede konflikter. Se i øvrigt afsnit 7.6
- 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 ved 5 måneder.
- Barnets spise- og søvnmønster. 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.
- Forældres og barnets brug af digitale medier i hverdagen, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om skærmbrug.
- 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, og om der er kontakt til den kommunale tandpleje.
- Håndtering af infektionssygdomme og brug af lægen/vagtlægen.

3.3.3 Somatisk undersøgelse og vurdering af trivsel og udvikling

Der foretages en systematisk klinisk undersøgelse af det afklædte barn for at opspore sygdomme samt vurdere barnets trivsel og udvikling såvel fysisk som mentalt. Den fysiske undersøgelse er som oftest mindre omfattende end den første undersøgelse og består af følgende:

- Vurdering af barnets almene tilstand: Opmærksomhedsniveau, er der stabil øjenkontakt til undersøger/ forældre? Lytter barnet opmærksomt med tilpasset aktivitet, smiler og kommunikerer barnet med sine forældre? Er barnet roligt?

- Vurdering af forældre-barn-samspillet: Samspillet vurderes løbende under konsultationen med fokus på, om forældrene reagerer sensitivt på barnets signaler i løbet af undersøgelsen
- Barnet vejes uden tøj, og både længde og hovedomfang måles. Barnets vækst vurderes i forhold til WHO's vækstkurver. Se i øvrigt afsnit 8.1 og bilag 5
- Undersøgelse af kraniets form og symmetri. Se i øvrigt afsnit 8.1
- Undersøgelse af syn og øjenkontakt, herunder eventuelt skelen. Se i øvrigt bilag 3
- Stetoskopi af hjerte og lunger. Se i øvrigt afsnit 8.4
- Undersøgelse af ydre kønsorganer. Se i øvrigt afsnit 8.7
- Undersøgelse af hofteled. Se i øvrigt afsnit 8.2
- Undersøgelse af tonus og bevægelsernes symmetri. Vurdering af barnets spontane bevægelser samt grov- og finmotoriske færdigheder. Den motoriske udvikling og neurologiske funktion, inklusive muskeltonus og reflekser, undersøges systematisk - fx ved 180-graders-undersøgelse. Se i øvrigt bilag 6
- Hud inspiceres for fx blå mærker, tegn på børneeksem eller andet. Se i øvrigt afsnit 8.3.

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 centimeters afstand) med blik, rækker ikke ud efter genstande eller forældre.
- Manglende smil, dårlig kontakt, manglende pludren.
- Manglende reaktion på lydstimuli.
- Manglende behovsytring/passivitet.

3.3.4 Afslutning på konsultation

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

3.4 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 neuropsykologiske udviklingsstadiet

Det omkring 1 år gamle barn kan sidde alene og rejse sig selv. Barnet kan stå og i nogle tilfælde også gå 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 og 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. Barnet kan bevidst give slip på et objekt. Barnet vil i stigende omfang begynde at udtrykke sin vilje. Barnet søger tryghed, 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 omsorgspersoner ved at pege på et 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 1-årige barn kan ikke drille eller være sur eller på tværs med vilje.

3.4.1 Formål med 12-måneders-undersøgelsen

Undersøgelsen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At vurdere forældre-barn-samspeilet ved at observere samarbejde omkring barnet, barnets autonomi og forældrenes sensitivitet over for barnet samt understøtte det sunde samspil mellem barn og forældre
- At drøfte hele familiens trivsel, inklusive hverdagens udfordringer efter endt barselsorlov
- At undersøge barnet for eventuelle nytilkomne 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 digitale mediers indflydelse i familiens hverdag, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om skærmb brug
- At drøfte hygiejne med henblik på at reducere forekomsten af infektionssygdomme
- At tilbyde vaccination efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

3.4.2 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/skilsmiss, alvorlig sygdom blandt forældre eller lignende. Spørg gerne ind til sundhedsplejerskens sidste besøg
- Om barnet har vanskeligheder i forhold til at indgå i social kontakt og opsøge trøst og/eller reguleringsvanskeligheder i forhold til søvn, mad, måltider og lignende. Læs mere i *Sundhedsstyrelsens Metode-katalog til anvendelse i sundhedsplejen (sst.dk)*
- Hvordan forældrene forholder sig til barnets spirende selvstændighedsudvikling og temperament. Giver den nye hverdag udfordringer for familielivet og for barnets trivsel?
- Hvordan forældrene trives i forælderrollen?

- Forældrenes mentale helbred og indbyrdes forhold? Hvordan håndteres konflikter mellem forældre og barn samt mellem forældre og/eller konflikter, som involverer andre familiemedlemmer? Er der fx tegn på vold i familien og/eller æresrelaterede konflikter? Se i øvrigt afsnit 7.6.
- Hvordan barnet trives i dagtilbuddet, hvis barnet er startet. Nogle børn reagerer meget kraftigt, og forældrene imødekommer dette ved at reducere barnets tilstedeværelse.
- Hvordan barnets behov er for samvær under leg. Kan barnet lege selv, eller er der behov for tæt forældrekontakt under leg? Leger barnet varieret?
- Om barnets sproglige og motoriske udvikling er, som forældrene har forventet, eller forældrene har bekymringer i forhold til dette.
- Barnets og forældrenes brug af digitale medier i hverdagen, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om skærmbrug.
- Barnets mad- og spisevaner.
- Sikkerhed og forebyggelse af ulykker i forhold til barnets nysgerrige udforskning af sine omgivelser.
- Tænder og tandfrembrud, herunder tandbørstning, og om der er kontakt til den kommunale tandpleje.

3.4.3 Somatisk undersøgelse og vurdering af trivsel og udvikling

Der foretages en systematisk klinisk undersøgelse af det afklædte barn for at opspore sygdomme samt vurdere barnets trivsel og udvikling såvel fysisk som mentalt. Den fysiske undersøgelse er som oftest mindre omfattende end tidligere undersøgelser, men bør bestå 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.

- Vurdering af barnets almene tilstand: Er barnet opmærksomt med tilpasset aktivitet, eller er barnet uroligt med højt aktivitetsniveau? Hvordan responderer barnet på undersøgers kontakt til barnet? Observation af barnets motoriske og sproglige udvikling. Se i øvrigt afsnit 7.11 og 7.12.
- Vurdering af forældre-barn-samspillet. Samspillet vurderes løbende under undersøgelsen med fokus på, hvordan forældrene taler til barnet, hvordan de reagerer på barnets signaler, og hvordan barnet udforsker sine omgivelserne med base hos forælderen/omsorgspersonen. Søger barnet kontakt med forældrene og bekræftelse på, at hvad barnet gør er trygt? Hvilke intentioner tillægger forældre barnets adfærd.

- Barnet vejes kun iført ble, og både længde og hovedomfang måles. Barnets vækst vurderes i forhold til WHO's vækstkurver. Se i øvrigt afsnit 8.1 og bilag 5.
- Undersøgelse af syn og øjenkontakt, herunder eventuel skelen. Se i øvrigt bilag 3.
- Undersøgelse af mundhule og tandstatus.
- Stetoskopi af hjerte og lunger. Se i øvrigt afsnit 8.4.
- Undersøgelse af ydre kønsorganer. Se i øvrigt afsnit 8.7.
- Neurologisk undersøgelse: Undersøgelse af tonus og bevægelsernes symmetri. Vurdering af barnets spontane bevægelser samt grov- og finmotoriske færdigheder. Se i øvrigt bilag 6.
- Hud inspiceres for fx blå mærker, tegn på børneeksem eller andet. Se i øvrigt kapitel 8.3.

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.
- Mangelfuld respons/tryghedsadfærd til forældrene og ukritisk adfærd i kontakten til undersøger.
- Peger barnet på objekter for at tiltrække sin forælders/omsorgsgivers opmærksomhed og skabe fælles opmærksomhed?

3.4.4 Afslutning på konsultation

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

3.5 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 neuropsykologiske udviklingsstadiet

Det cirka 2 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, men læg kan skabe kontakt mellem barnet og lægen. Barnet går og løber 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 indadrettet, og barnet kan samle små ting op og bygge tårn med cirka fem klodser. Barnet kan bladere i bøger og spiser selv. Barnet forstår mere end 50 ord, kan udpege og genkende genstande, spørger til navne på ting og personer og kan sætte to til tre ord sammen i sætninger. Det fører lange samtaler med sig selv på pludresprog og med sprogmelodi. Barnet kan udpege kroppsdele, 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 ked af det eller har slået sig. Barnet kan fx forsøge at trøste andre børn.

3.5.1 Formål med 2-års-undersøgelsen

Undersøgelsen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At vurdere forældre-barn-samspillet ved at observere samarbejde omkring barnet, barnets autonomi og forældrenes sensitivitet over for barnet samt understøtte det sunde samspil mellem barn og forældre.
- At undersøge barnet for eventuelle nytilkomne tilstande samt vurdere dets trivsel og udvikling såvel fysisk som mentalt.
- At drøfte hele familiens trivsel, inklusive relevante forhold i familien og hverdagens udfordringer i relation til barnets trivsel.
- At drøfte digitale mediers indflydelse i familiens hverdag, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om skærmbrug.

- At drøfte hygiejne med henblik på at reducere forekomsten af infektionssygdomme.
- At bidrage til forebyggelse af uheld og ulykker i hjemmet.

3.5.2 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?
- Hvordan trives forældrene og de andre børn i familien, hvis der er søskende?
- Hvordan håndteres konflikter mellem forældre og barn samt mellem forældre og/eller konflikter, som involverer andre familiemedlemmer? Er der fx tegn på vold i familien og/eller æresrelaterede konflikter? Se i øvrigt afsnit 7.6.
- 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?

3.5.3 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. Undersøgelsen består af følgende:

- Vurdering af barnets almene tilstand: Observation af barnets alderssvarende sociale, følelsesmæssige, motoriske og sproglige udvikling, inklusive 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?

- Vurdering af forældre-barn-samspillet. Samspillet vurderes løbende under undersøgelsen med fokus på kontakten mellem barn og forældre og på, hvordan barnet udforsker sine omgivelser med base hos forælderen/omsorgspersonen?
- Barnet vejes kun iført ble, og både længde og hovedomfang måles. Barnets vækst vurderes i forhold til WHO's vækstkurver. Se i øvrigt afsnit 8.1 og bilag 5
- Undersøgelse af syn og øjenkontakt. Se i øvrigt bilag 3
- Neurologisk undersøgelse: Undersøgelse af tonus og bevægelsernes symmetri. Vurdering af barnets spontane bevægelser samt grov- og finmotoriske færdigheder
- Hud inspiceres for fx blå mærker, tegn på børneeksem eller andet. Se i øvrigt afsnit 8.3
- Mundhule vurderes for eventuel dårlig mundhygiejne/tænder.

Særlige opmærksomhedspunkter og væsentlige afvigelser af neuromotorisk og -psykologisk karakter

- Eventuel tå-gang og manglende evne eller besvær med at gå på trapper.
- Manglende evne til imitation og begrænset indlæring ved observation, unuanceret og uforståeligt sprog samt manglende evne til at forstå simple opfordringer/opgaver.
- Motoriske udviklingsforstyrrelser/forsinkelse og funktionsnedsættelser, inklusive persisterende reguleringsvanskeligheder, særligt hvis disse udbreder sig hen over flere domæner.
- Ikke alderssvarende opmærksomheds- og aktivitetsniveau.
- Aldersafvigende adfærd og samspil med forældrene og i kontakten til undersøger.

3.5.4 Afslutning på konsultation

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

3.6 3-års-undersøgelsen

Denne forebyggende helbredsundersøgelse er uden vaccination, og barnet er tidligere grundigt somatisk undersøgt. Undersøgelsen bør derfor lægge vægt på især udviklings- og trivselsmæssige faktorer, der bidrager til at øge lighed i sundhed, herunder opsporing af tidlige tegn på udviklingsforstyrrelser, som fx autismespektrumforstyrrelser. Se i øvrigt afsnit 8.9.

3.6.1 Barnets neuropsykologiske udviklingsstadie

Det cirka 3 år gamle barn er nysgerrigt og i fuld gang med at udvikle sine sproglige færdigheder og med at få kontrol over kroppen. Selvstændighedsudviklingen kræver sensitivitet 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 som oftest klippe med en saks og bygge tårne med otte klodser, klæde sig af og vaske hænder. Barnet taler i sætninger med fire til fem ord, kan føre en samtale, svare på spørgsmål og gentage fire stavelser. Barnet kender eget biologiske køn, alder, kender cirka 20 legemsdele, herunder kønsdele og forstår forholdsord. Det 3-årige 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.

3.6.2 Formål med 3-års-undersøgelsen

Undersøgelsen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At undersøge barnet for eventuelle nytilkomne 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 uhensigtsmæssig vækstudvikling, herunder drøfte barnets mad- og måltidsvaner og fremme sunde levevaner samt drøfte barnets muligheder for bevægelse i hverdagen.
- At drøfte hele familiens trivsel.
- At vurdere forældre-barn-samspillet ved at observere samarbejde omkring barnet, barnets autonomi og forældrenes sensitivitet over for barnet samt understøtte det sunde samspil mellem barn og forældre.

- At drøfte digitale mediers indflydelse i familiens hverdag, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om skærmbrug.

3.6.3 Forældresamtalen

Forældresamtalen tager udgangspunkt i forældrenes oplevelser og bekymringer, deres observation og vurdering af barnets trivsel og udvikling. Den 3-årige kan have store følelser og har behov for omsorg og støtte til regulering af disse. 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 børnehave? 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 på grund af bekymringer? Er der reguleringsvanskeligheder?
- Hvordan oplever forældrene barnets udvikling og trivsel? Hvordan indgår barnet i leg med andre børn, sine forældre og eventuelle 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 mellem forældre og barn samt mellem forældre og/eller konflikter, som involverer andre familiemedlemmer? Er der fx tegn på vold i familien og/eller æresrelaterede konflikter? Se i øvrigt afsnit 7.6.
- 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 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.

3.6.4 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, trivsel og udvikling. Undersøgelsen, der sker under leg med barnet og samtalen med forældrene, består af følgende:

- Vurdering af barnets almene tilstand: Observation af barnets alderssvarende sociale, følelsesmæssige, motoriske og sproglige udvikling inklusive barnets behov for stimulering og aktivitetsniveau.
- Vurdering af forældre-barn-samspeilet. Samspeilet vurderes løbende under undersøgelsen med fokus på barnets signaler og forældrenes reaktioner.
- Barnet vejes i undertøj, og højde måles. Barnets vækst vurderes i forhold til WHO's vækstkurver. Se i øvrigt bilag 5. Vær opmærksom på uhensigtsmæssig vægtudvikling og eventuelle mad- eller spise-problemer.
- Undersøgelse af syn og øjenkontakt. Se i øvrigt bilag 3.
- Barnets bevægemønster, herunder grov- og finmotorik, vurderes med udgangspunkt i neurologisk udvikling, se nedenfor.
- Hud inspiceres for fx blå mærker, børneeksem eller andet. Se i øvrigt afsnit 8.3.

Særlige opmærksomhedspunkter og væsentlige afvigelser af neuromotorisk og -psykologisk karakter

- Sproglige og/eller motoriske udviklingsforstyrrelser/for-sinkelse og funktionsnedsættelser, inklusive persisteren-de reguleringsvanskeligheder, særligt hvis disse udbreder sig hen over flere domæner
- Ikke alderssvarende opmærksomheds- og aktivitets-niveau
- Aldersafvigende adfærd i samspeilet med forældrene og i kontakten til undersøger.

3.6.5 Afslutning på konsultation

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

3.7 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 autismespektrumforstyrrelser, samt om forebyggelse af overvægt og uhensigtsmæssig konflikthåndtering.

Barnets neuropsykologiske udviklingsstadie

Det cirka 4 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 tommelkløft-grebet. 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.

3.7.1 Formål med 4-års-undersøgelsen

Undersøgelsen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At undersøge barnet for eventuelle nytilkomne 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 konflikt-håndtering.
- At opspore uhensigtsmæssig længde- og vægtudvikling, herunder drøfte barnets mad- og måltidsvaner, fremme sunde levevaner og drøfte barnets muligheder for bevægelse i hverdagen.
- At drøfte hele familiens trivsel.
- At vurdere forældre-barn-samspillet ved at observere samarbejde omkring barnet, barnets autonomi og forældrenes sensitivitet over for barnet samt understøtte det sunde samspil mellem barn og forældre.

- At drøfte hygiejne med henblik på at reducere forekomsten af infektionssygdomme, såfremt barnet har hyppige infektionssygdomme
- At drøfte digitale mediers indflydelse i familiens hverdag, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om skærmbrug
- At tilbyde vaccination efter gældende vaccinationsprogram.

3.7.2 Forældresamtalen

Det 4-årige 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, som relaterer sig til barnets udvikling og familiens trivsel, er velegnede til drøftelse med forældrene med udgangspunkt i undersøgelsens resultater samt tidligere og aktuelle observationer og samtaler med forældrene:

- Hvordan oplever forældrene barnets udvikling og trivsel i hjemmet? Leger barnet aktivt med sine forældre og eventuelle søskende? Hvordan er barnets regulering generelt i forhold til søvn, spisning, opmærksomhed og følelser? 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 renlig 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 mellem forældre og barn samt mellem forældre og/eller konflikter, som involverer andre familiemedlemmer? Er der fx tegn på vold i familien og/eller æresrelaterede konflikter? Se i øvrigt afsnit 7.6.
- 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 virus-infektioner, herunder brug af lægen/vagtlægen ved hyppige infektionssygdomme.

3.7.3 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, trivsel og udvikling. Undersøgelsen, der sker under leg med barnet og samtalen med forældrene, omfatter vurdering af nedenstående med udgangspunkt i ovenstående beskrivelse af barnets udvikling. Undersøgelsen består af følgende:

- Vurdering af barnets almene tilstand: Observation af barnets alderssvarende sociale, følelsesmæssige, motoriske og sproglige udvikling, inklusive barnets behov for stimulering og aktivitetsniveau. Er barnet alderssvarende sprogligt og motorisk udviklet?
- Vurdering af forældre-barn-samspejlet. Samspejlet vurderes løbende under konsultationen. Reagerer forældrene sensitivt på barnets signaler og reaktioner i løbet af undersøgelsen?
- Barnet vejes, og højde måles. Barnets vækst vurderes i forhold til WHO's vækstkurver. Vurdering af barnets ernæringstilstand og vækst, herunder eventuelt uhensigtsmæssig vægtudvikling eller spiseproblemer. Se i øvrigt bilag 5.
- Synsprøve samt vurdering af øjenkontakt. Se i øvrigt bilag 3.
- Barnets bevægelsesmønstre, herunder grov- og finmotorik, vurderes med udgangspunkt i neurologisk udvikling, se nedenfor.
- Hud inspiceres for blå mærker, eksem og lignende. Se i øvrigt afsnit 8.3.
- Vurdering af tandstatus, mundhygiejne og eventuel cariesforekomst.



Særlige opmærksomhedspunkter og væsentlige afvigelser af neuromotorisk og -psykologisk karakter

- Sproglige og/eller motoriske udviklingsforstyrrelser/for-sinkelse og funktionsnedsættelser, herunder persisterende reguleringsvanskeligheder, særligt hvis disse udbreder sig hen over flere domæner.
- Aldersafvigende adfærd og samspil med forældrene og i kontakten til undersøger. Forstår ikke instrukser/kan ikke indgå i samarbejde.
- Ikke alderssvarende opmærksomheds- og aktivitets-niveau.
- Ikke alderssvarende sociale kompetencer, herunder adfærd og interaktion med andre børn.

3.7.4 Afslutning på konsultation

Konsultationen afsluttes med vaccination og dialog med forældrene om vurderingen af barnets samlede udvikling og trivsel.

Ved tegn på psykisk mistrivsel eller væsentlige afvigelser, jf. ovenstående, anbefales det at nuancere vurderingen med brug af et valideret værktøj udviklet til formålet, fx SDQ. Læs mere i *Sundhedsstyrelsens Metodekatolog til anvendelse i sundhedsplejen (sst.dk)*.

3.8 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 formidles til sundhedsplejen efter aftale med forældre, hvis særlige forhold har gjort sig gældende.

Barnets neuropsykologiske udviklingsstadiet

Det cirka 5-årige barn kan overveje og planlægge sine aktiviteter, det kan sætte sig i andres sted og vise hensyn og empati. Det 5-årige barn går med rotation af hele kroppen, står på et ben, hopper på samlede fødder, gynger, griber en lille bold med to hænder og kan kaste overhåndskast. Barnet har tegne- og skrivegreb, maler med pensel, klipper efter en streg og kan tegne en firkant. Barnet har et stort ordforråd på cirka 2000 ord og taler i sætninger med kun få udtalefejl. Barnet kan tælle til mindst 10, kender fire til seks farver, kan fortælle en handling og egne oplevelser. Barnet leger mere avancerede og fantasifulde rollelege, hvor børnene aftaler detaljerede rammer for legen.

3.8.1 Formål med 5-års-undersøgelsen

Undersøgelsen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At undersøge barnet for eventuelle nytilkomne 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- og vægtudvikling, herunder drøfte barnets mad- og måltidsvaner, fremme sunde levevaner og drøfte barnets muligheder for bevægelse i hverdagen.
- At drøfte hele familiens trivsel.
- At vurdere forældre-barn-samspillet ved at observere samarbejde omkring barnet, barnets autonomi og forældrenes sensitivitet over for barnet samt understøtte det sunde samspil mellem barn og forældre.
- At drøfte digitale mediers indflydelse i familiens hverdag, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om skærmbrug.

- 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.

3.8.2 Forældresamtalen

Det 5-årige 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, som relaterer sig til barnets udvikling og familiens trivsel, er velegnede til drøftelse med forældrene med udgangspunkt i undersøgelsens resultater samt tidligere og aktuelle observationer og samtaler 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 eventuelle 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 5-års-alderen?
- Hvordan er forældrenes indbyrdes forhold og mentale helbred?
- Hvordan håndteres konflikter mellem forældre og barn samt mellem forældre og/eller konflikter, som involverer andre familiemedlemmer? Er der fx tegn på vold i familien og/eller æresrelaterede konflikter? Se i øvrigt afsnit 7.6.
- Er der private og/eller arbejdsmæssige belastninger i familien for tiden?
- Hvordan trives forældrene og eventuelle andre børn i familien?
- Barnets og familiens mad- og spisevaner drøftes i forhold til barnets højde- og vægtudvikling, herunder sunde søvn-, mad- og bevægelsesvaner i familien.

3.8.3 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, trivsel og udvikling. Undersøgelsen, der sker under leg med barnet og samtalen med forældrene, forholder sig til ovenstående beskrivelse af barnets neuropsykologiske udviklingsstadie og består af følgende:

- Vurdering af barnets almene tilstand: Observation af barnets alderssvarende sociale, følelsesmæssige, motoriske og sproglige udvikling, inklusive barnets behov for stimulering og aktivitetsniveau.
- Vurdering af forældre-barn-samspeilet. Samspeilet vurderes løbende under konsultationen. Reagerer forældrene sensitivt på barnets signaler og reaktioner i løbet af undersøgelsen?
- Barnet vejes, og højde måles. Barnets vækst vurderes i forhold til WHO's vækstkurver? Vurdering af barnets ernæringstilstand og vækst, herunder eventuelt uhensigtsmæssig vægtudvikling eller mad- eller spiseproblemer. Se i øvrigt bilag 5.
- Synsprøve. Se i øvrigt bilag 3.
- Bevægelsesmønstre, herunder grov- og finmotorik, vurderes med udgangspunkt i neurologisk udvikling, se nedenfor.
- Hud inspiceres for fx blå mærker, børneeksem eller lignende. Se i øvrigt afsnit 8.3.
- Vurdering af tandstatus, herunder mundhygiejne og eventuelt caries.

Særlige opmærksomhedspunkter og væsentlige afvigelser af neuromotorisk og -psykologisk karakter

- Afvigende psykosociale kompetencer og evt. neuropsykologiske udfordringer, herunder persisterende reguleringsvanskeligheder, særligt hvis disse udbreder sig hen over flere domæner.
- Ikke alderssvarende motorisk og sproglig udvikling.
- Ikke alderssvarende opmærksomheds- og aktivitetsniveau.
- Sundhedsmæssige udfordringer som fx kronisk somatisk sygdom eller neuropsykiatrisk lidelse, eventuel under udredning, som kan påvirke barnets muligheder for at være i ordinært skoletilbud.

3.8.4 Afslutning på konsultation

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

Såfremt lægen vurderer, at barnet har haft sundhedsmæssige problemer og/eller oplever familiemæssige konflikter (se i øvrigt afsnit 7.6), der kan få/har betydning for skolegangen og barnets hverdagsliv, udarbejder lægen i forbindelse med denne undersøgelse et notat til den kommunale sundhedstjeneste. Denne videregivelse af sundhedsinformationer, med forældrenes samtykke, kan have betydning for sundhedsplejen i skolens fortsatte arbejde. For uddybelse af samtykke se *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge – Lovbestemte rammer*. Det sker efter aftale med forældrene og i henhold til BEK nr. 1344 af 03/12/2010 § 22. Ved tegn på psykisk mistrivsel anbefales det at nuancere vurderingen med brug af SDQ. Læs mere i *Sundhedsstyrelsens Metodekatalog til anvendelse i sundhedsplejen (sst.dk)*. Dette kan med fordel gøres ved en efterfølgende konsultation.

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, vækstudviklingsskema og andet, er at sikre kontinuitet i den sundhedsfaglige indsats.



4. Sundhedspleje til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre

Vigtigste elementer og principper

- Tidlig støtte til sårbare familier: Gennemfør graviditetsbesøg hos kommende forældre med særlige behov.
- Barselsbesøg: Tilbyd hjemmebesøg på fjerde- til femtedagen efter fødslen.
- Sundhedsplejebesøg til alle: Tilbyd fem hjemmebesøg til familier med almene behov i barnets første leveår.
- Ekstra støtte til særlige behov: Giv to til tre ekstra besøg til familier med specifikke sundhedsplejefaglige behov.
- Tværprofessionel indsats: Tilbyd yderligere hjemmebesøg og tværprofessionel støtte til familier med særlige behov.
- Gruppeaktiviteter som supplement: Tilbyd mødre-, fædre- og forældregrupper, åbent hus, konsultationer, undervisning og andre gruppeaktiviteter som supplement.
- Tværprofessionelt samarbejde: Repræsentanter fra den kommunale sundhedstjeneste indgår i tværprofessionelle grupper til støtte for børn og unge.
- Langsigtet støtte: Giv familier med særlige behov tilbud om hjemmebesøg efter 1-års-alderen.
- Forældreinddragelse: Involver forældrene aktivt i alle kontakter og beslutninger.
- Reducering af ulighed: Undersøgelserne har fokus på at mindske ulighed i sundhed gennem målrettede indsatser.

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 Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge – læs mere i *Veiledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge – Lovbestemte rammer*.

I de følgende afsnit beskrives en række hjemmebesøg, som Sundhedsstyrelsen anbefaler til familier i barnets første leveår og efter 1-års-alderen. Tidspunkterne for hjemmebesøgene i første leveår er fastlagt i forhold til at kunne følge og vurdere barnets sundhed og trivsel i et forebyggende og sundhedsfremmende 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 samarbejdspartnere eventuelt skal inddrages i indsatsen.

Hjemmebesøg og andre ydelser tilrettelægges individuelt, målrettet og differentieret med henblik på at øge lighed i sundhed, jf. principperne om niveauinddeling. Læs mere om niveauinddeling af sundhedsplejens indsatser på Sundhedsstyrelsens hjemmeside *Anbefaling om niveauinddeling af sundhedsplejens indsatser* (sst.dk).

Gennem barnets første leveår må sundhedsplejersken ud over barnets fysiske og mentale trivsel og udvikling også være opmærksom på og vurdere forældrenes mentale velbefindende, barnets tilknytningsadfærd, relationer barn og forældre imellem og forældrenes indbyrdes forhold. Se også afsnit 7.9 om tilknytning og relationer og afsnit 7.4 om perinatal depression.

Såfremt der ved undersøgelse af barnet og gennem samtale med forældrene findes sundheds- eller trivselsmæssige forhold, der kræver nærmere undersøgelse, henvises barnet til den praktiserende læge for undersøgelse og eventuel behandling. Forældrene kan ligeledes henvises til andre relevante samarbejdspartnere, til kommunens familieafdeling og lignende, jf. principperne om niveauinddeling.

Det faglige indhold af hjemmebesøgene tilrettelægges af kommunerne ud fra et kvalitetssikrings- og kvalitetsudviklingsperspektiv. Indikatorer fra Den Nationale Børnedatabase som børns højde og vægt, nyfødte, der udsættes for tobaksrøg, samt hvor længe spædbørn bliver ammet, 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 indsatser på niveau 2, 3 og 4, må også forhold beskrevet i kapitel 1 om tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde inddrages i vurderingen af barnet og i tilrettelæggelse af indsatser.

4.1 Generelt om hjemmebesøg hos familier med spæd- og småbørn

Alle hjemmebesøg tager ligeværdigt udgangspunkt i de gravide og forældrenes oplevelser og behov med henblik på at drøfte særlige emner og, om nødvendigt, give kvalificeret vejledning omkring emner, hvor forældrene har søgt og modtaget forskellige svar – fx på sociale medier eller i deres netværk. Ved alle ordinære hjemmebesøg hos børn under 1 år skal barnet undersøges afklædt, vejes uden ble og iført højst en undertrøje, måles liggende på ryggen på et fast underlag, og hovedomfanget skal måles med et almindeligt målebånd. 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. Der kan forekomme behovsbesøg, hvor det ikke er relevant at monitorere barnets vækst, fx ved opfølgning på høj EPDS-score. Det beror i disse tilfælde på en faglig vurdering.

Ved undersøgelse af barnet skal der være særlig opmærksomhed på de tilstande, der er beskrevet i kapitel 8 om særlige kliniske problemstillinger. Det er vigtigt at forholde sig systematisk til disse kliniske problemstillinger ved vurdering af barnets udvikling, da de beskriver markører, der kan indikere ulighed i sundhed senere i livet.

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

4.1.1 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 til "åbent hus", ved aftalte konsultationer og lignende.

Ved hjemmebesøg hos børn over 1 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.

4.1.2 Journalføring

Hjemmebesøget afsluttes med journalføring, læs mere i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge – Lovbestemte rammer*. Det, der har betydning for barnets nuværende tilstand, samt det, der ud fra en sundhedsfaglig vurdering kan bruges i en eventuel senere vurdering og behandling af barnet, skal journalføres i nødvendigt omfang. De 12 sygeplejefaglige problemområder (se bilag 7) vurderes som minimum ved etableringsbesøget, men det anbefales, at sundhedsplejersken forholder sig til de 12 sygeplejefaglige problemområder i alle universelle hjemmebesøg i første leveår.

4.2 Støtte til etablering og opretholdelse af amning

Amning har en række gavnlige sundhedsmæssige effekter for mor og barn både på kort og lang sigt. Mere end 95 % af mødre påbegynder amning. Den Nationale Børnedatabase (2021) viser, at knap 90 % ammer fuldt ved to uger, knap 60 % ammer fuldt ved fire måneder, mens godt 13 % ammer fuldt ved seks 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 vejlede og støtte kvinderne bedst muligt og reducere ulighed i sundhed.

Det gælder blandt andet kvinder, som:

- har kort skolegang
- har højt BMI
- ryger
- har etnisk minoritetsbaggrund, også anden og tredje 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 det, at den tidlige rådgivning tager udgangspunkt i følgende fire dokumenterede principper:

- Hud mod hud-kontakt: Barnet bør lægges hud mod hud så meget som muligt, primært hos moderen.



- Hyppig amning: Barnet bør ammes hyppigt, når det gerne vil, og mindst otte gange i døgnet.
- Optimal ammestilling: Tilbagelænet amning eller anden komfortabel stilling, der sikrer tæt fysisk kontakt mellem mor og barn.
- Forældreansvar: Amning bør betragtes som en fælles opgave for begge forældre.

Disse fire principper understøtter amningen sammen med de fysiologiske mekanismer, der gør, at moderen får godt gang i mælkeproduktionen inden for 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 vejledning om amning. På den baggrund anbefales det, at den kommunale sundhedstjeneste udvikler og iværksætter sundhedspædagogiske tiltag for at øge varigheden af amning, når forældrene ønsker dette - og dermed er med til at reducere uligheden. For uddybning henvises til *Amning – en håndbog til sundhedspersonale* samt www.denforstetid.dk.

Kvinder, der ikke ønsker at amme fuldt eller slet ikke, skal støttes i deres beslutning på et oplyst grundlag og rådgives om modernemælkerstatning og hygiejne i forbindelse hermed.



4.3 Graviditetsbesøg

Afsættet for et sundt liv for et barn starter allerede i graviditeten. Her yder jordemødre, obstetrikere, praktiserende læger og andre sundhedsfaglige grupper allerede i dag en stor indsats for at opspore, yde sundhedsfremme og forebygge sygdom. Sundhedsplejersker har en opsporende rolle og kan med graviditetsbesøg foretage en faglig vurdering af, hvilke familier der har brug for en støttende og eventuelt tidlig tværfaglig og/eller tværsektoriel indsats.

Graviditetsbesøget har både til formål at etablere relation og tillid mellem sundhedsplejerske og familien - samt eventuelt jordemoder. Gravide og kommende forældre kan være sårbare og/eller socialt udsatte af forskellige årsager og kan have behov for meget forskellige indsatser eller opsporende formål. Graviditetsbesøg har til hensigt at understøtte et professionelt netværk, yde støtte til praktiske tiltag samt give konkret rådgivning i forbindelse med fødsel og den første tid hjemme med barnet.³

Graviditetsbesøget hos den gravide og far/partner er et 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, der tager udgangspunkt i familiens behov og kombinerer en koordineret sundheds- og socialfaglig tilgang. Indsatsen skal tilpasses ud fra forældrenes ressourcer og afstemmes med hensyn til, hvor og hvornår den skal finde sted. Det er påvist, at tidlige tvær- og flerfaglige indsatser rettet mod gravide og kommende forældre i sårbare eller socialt udsatte positioner kan reducere forekomsten af fx for tidlig fødsel og lav fødselsvægt. Derudover er det påvist, at sådanne indsatser kan hjælpe sårbare og socialt udsatte kommende forældre med at blive bedre rustet til forældreskabet på trods af 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 indsatser i såvel svangreomsorgen som sundhedsplejen. Såfremt besøget afdækker sundhedsfaglige behov, der skal imødekommes for at

³Anbefalinger for svangreomsorgen (sst.dk)

øge lighed i sundhed, bør der planlægges yderligere besøg eller henvises til andre fagprofessionelle, der kan imødekomme behovet og yde den rette støtte i rette tid – eventuelt i samarbejde med jordemoder.

Graviditeten udgør et unikt og ganske særligt vindue for interventioner i form af såvel sundhedsfremmende som forebyggende tiltag, hvor forældre med vanskeligheder er særligt åbne for rådgivning og støtte. Når det gælder familier, der har behov for indsatser på niveau 4, er der behov for omfattende støtte. Det kræver altid samarbejde med myndighedsafdelingen, som træffer afgørelse om iværksættelse af nødvendig og tilstrækkelig støtte 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 eventuelle 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 forældrerollen og forældreskabet.
- Oplevelser i egen barndom i form af omsorgssvigt, fx fysisk eller psykisk vold eller opvækst i familie med alkoholproblemer. Se i øvrigt afsnit 7.6.
- Skolegang/uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet.
- Unge forældre uden uddannelse eller arbejde.
- Sparsomt eller intet familienetværk hos forældrene.
- Forældrenes omsorgsevne i forhold til at kunne understøtte, at deres barn udvikler en tryk tilknytning til dem.
- Oplevelser i familier med stærke æresnormer og/eller æresrelaterede konflikter.

Roller, dynamik og samspil i en kommende ændret hverdag

Der kan fx være tale om:

- Et ustabilt parforhold allerede i graviditeten eller fysisk, psykisk og/eller æresrelateret vold eller konflikter.
- Muligheder for og forestillinger om orlovsperioden for den anden forælders orlov.
- Komplicerede relationer i den nærmeste familie, fx pres, trusler eller negativ social kontrol fra familiemedlemmer.

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 forælder eller hos begge forældre.
- Andre stressorer under graviditeten, der kan påvirke 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 *Sundhedsstyrelsens Metodekatalog til anvendelse i sundhedsplejen (sst.dk)* for inspiration til etablering og kvalitetssikring af besøget samt de metoder, der kan overvejes at anvende.

4.4 Barselsbesøg og 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 fjerde- eller femtedagen efter fødslen. Formålet er at vurdere barnets trivsel i den første tid efter fødslen og dermed bidrage til at undgå genindlæggelser på grund af ernæringsproblemer med risiko for dehydrering, 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.

4.4.1 Særlige opmærksomhedspunkter

Der er en række særlige punkter, som sundhedsplejersken bør være opmærksom på i forbindelse med barselsbesøget. Det drejer sig om:

Henvisning til fødegang

Såfremt sundhedsplejersken i barselsbesøget skønner, at der er behov for en vurdering af mors eller barnets tilstand på sygehuset, har forældrene mulighed for at henvende sig til fødeafdelingen uden henvisning inden for den første uge efter fødslen. Såfremt barnet er mere end 7 dage gammelt, skal barnet/familien henvises til praktiserende læge for vurdering af barnets tilstand.



Fysisk trivsel/amning/anden ernæring

Sundhedsplejersken vurderer, om amning eller anden ernæring er sufficient ved at veje barnet og vejleder ved behov om ammestillinger, ammeteknik, mors væskebehov, hvile til/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 den tidlige rådgivning om etablering af amning.

Ved vægttab over henholdsvis 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, og derfor bør andre parametre som vandladning, afføring og almentilstand inddrages i vurderingen⁴.

Barnets almenstilstand, farver, hudturgor og navle, herunder vurdering af eventuel 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 afsnit 8.6.

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 væskende eller ildelugtende samtidig med andre infektionstegn.

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.

⁴Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn (sst.dk)

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 af, om behandling skal påbegyndes.

Mors blødning og eventuelle smerter

Ved fortsat stor blødning eller smerter i underlivet henvises til fødested. Bækkenbundsøvelser introduceres eller repeteres, afhængigt af om der er 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 opmærksom på forældrenes individuelle mentale velbefindende, relationen mellem forældre og barn samt forældrene imellem. Der kan være behov for at drøfte forhold omkring eventuelle søskende.

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.

4.5 Etableringsbesøget

Etableringsbesøget er et uafhængigt og selvstændigt hjemmebesøg, der adskiller sig fra barselsbesøget ved at være mere omfattende i både den kliniske undersøgelse og samtalen 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 i mere end 72 timer efter fødslen, aflægges etableringsbesøget senest syv dage efter, at 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, opfølgning på ammeetablering 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, kredsløbssinsufficiens, dehydrering, navlegranulom etc. Det kan også være forhold, som ikke er observeret i forbindelse med fødslen, fx skjult ganespalte. Se i øvrigt afsnit 8.5.
- At klarlægge, hvorvidt forældrene har fået tilbudt de ordinære screeninger af barnet ved fødslen.
- At drøfte problemstillinger eller mistanke opstået i relation til den postnatale screening (hælbloodprøve og hørescreening) eller hændelser i forbindelse med fødsel og barselstiden frem mod etableringsbesøget.
- At drøfte forventninger til forældreskabet med udgangspunkt i forældrenes livshistorier.
- At identificere forældre, der ikke blev identificeret i graviditeten, men som kan have alvorlige problemer med at drage tilstrækkelig omsorg for deres barn, hvormed risikoen øges for, at barnet udvikler en utryg tilknytning til den pågældende forælder. Det kan fx dreje sig om depression eller andre psykiske lidelser, vold i hjemmet, misbrug, lav kognitiv funktionsevne 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 eventuelt jerntilskud), forebyggelse af vuggedød, barnets udsættelse for tobaksrøg eller forældrenes brug af andre nikotinprodukter, alkoholkultur og/eller brug af euforiserende stoffer i hjemmet samt forebyggelse af faldulykker.
- At informere om kommunens forebyggende tilbud til forældre med spædbørn, journalføring og dataindsamling.
- At sikre, at mor har kendskab til betydningen af genoptræning af bækkenbunden.

4.5.1 Vurdering og undersøgelse af barnet

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

Undersøgelsen består af følgende:

- Vurdering af kontakt, proportioner, tonus, reaktioner og bevægelsesmønstre.
- Vurdering af hudens udseende og farve, navlens opheling, herunder eventuelt navlegranulom.
- Undersøgelse af 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. Se i øvrigt afsnit 8.1.
- Undersøgelse af halsens frie bevægelighed i forhold til eventuel claviculafraktur og torticollis.
- Undersøgelse af mund og mundhule i forhold til eventuel ganespalte. Se i øvrigt afsnit 8.5.
- Undersøgelse af reflekser (sutte-/søge- samt griberefleks). Se i øvrigt bilag 6.
- Barnet vejes og måles uden ble og højst med en undertrøje på, og hovedomfanget måles. Barnets vækst vurderes i forhold til WHO's vækstkurver. Se i øvrigt afsnit 8.1 og bilag 5.

4.5.2 Særlige opmærksomhedspunkter

Der er en række særlige punkter, som sundhedsplejersken bør være opmærksom på ved etableringsbesøget. Det drejer sig om:

- Barnets fysiske tilstand, herunder vægtøgning i henhold til *Monitore-ring af vækst hos 0-5-årige børn* og eventuelt gulsot.
- Forældrenes mentale tilstand, herunder særlig opmærksomhed på risiko for recidiv af psykisk lidelse efter fødslen.
- Den tidlige relation mellem barn og forældre samt relationen mellem forældrene.
- Forældrenes og eventuelle søskendes oplevelse af den nye/større familie.

4.6 Andet besøg i første levemåned

Hjemmebesøget aflægges, inden barnet er 1 måned gammel. Hovedformålet er at vurdere barnets trivsel. 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 vedrørende opsporing af galdevejsatresi. Se i øvrigt afsnit 8.6.

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

- At vurdere barnets trivsel og eventuel navlegranulom og gulsot. Se i øvrigt afsnit 8.6 ved fortsat gulsot.
- At vurdere forældrenes opmærksomhed og reaktioner på barnets tidlige tilknytningsadfærd og kontaktforsøg.
- At vurdere relationen forældrene imellem.
- At drøfte problemstillinger relateret til amning eller anden ernæring, barnets søvn, gråd og anden begyndende selvregulering understøttet af forældrenes omsorg og mentaliseringssevne.
- At drøfte barnets spæde sprog og forældrenes støtte til barnets tidlige 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 samt pasning efter endt barsel.
- 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.

4.6.1 Vurdering og undersøgelse af barnet

Barnets bevægelser er på dette stadie 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 cirka 20 centimeters 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.

Undersøgelsen består af følgende:

- Barnet vejes og måles uden ble og højst med en undertrøje på, og hovedomfang måles. Barnets vækst vurderes i forhold til WHO's vækstkurver. Se i øvrigt afsnit 8.1 og bilag 5.
- Vurdering af kontakt, tonus, reaktioner, bevægemønstre. Se i øvrigt bilag 6.
- Vurdering af kranieform (begyndende fladt baghoved, asymmetri, tårnkranie o.a.). Se i øvrigt afsnit 8.1.
- Undersøgelse af mundhulen i forhold til eventuel trøske. Der undersøges desuden for isoleret ganespalte. Se i øvrigt afsnit 8.5.
- Undersøgelse af hud og navle. Se i øvrigt afsnit 8.3.

4.6.2 Særlige opmærksomhedspunkter:

Der er en række særlige punkter, som sundhedsplejersken bør være opmærksom på ved besøget. Det drejer sig om:

- Barnets tidlige tilknytningsadfærd, herunder gråd, øjenkontakt og vokaliseringer i samvær med forældrene. Se i øvrigt afsnit 7.9.
- Barnets søvn- og spisemønstre.
- Kraniefacon og begyndende hovedkontrol i maveleje. Se i øvrigt afsnit 8.1.

4.7 Besøg hos det cirka to måneder gamle barn

For at sikre et kontinuerligt tilsyn med spædbarnets udvikling samt fysiske og mentale trivsel anbefales det at tilbyde et hjemmebesøg på dette tidspunkt, hvor familien har fundet en rytme i en ny hverdag. Ved dette besøg anbefales det 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 7.4 om perinatal depression.

Det er påvist, at amning kan være særligt udfordrende på dette tidspunkt med uønsket ammeophør til følge. Derfor må der være særligt fokus på støtte til fortsat amning, såfremt forældrene ønsker dette.

Besøget tager udgangspunkt i familiens spørgsmål og behov samt 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 barnets fysiske tilstand, sociale og følelsesmæssige kontakt samt forældrenes evne til at opfange og reagere på barnets signaler med det formål at understøtte udviklingen af en tryk tilknytningsrelation. Se i øvrigt afsnit 7.9-7.14.



- At drøfte, hvorledes konflikter mellem forældrene og/eller konflikter, som involverer andre familiemedlemmer, håndteres.
- At vejlede om barnets lejring både under søvn og i vågen tilstand med henblik på at forebygge flad nakke eller asymmetrisk hovedfacon.
- 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 informere forældre om opskrivning til dagtilbud.
- At orientere om vaccination ved 3 måneder.

4.7.1 Vurdering og undersøgelse af barnet

Det cirka 2 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 lyde, og gråden er med større variation. Det kan følge bevægelser med blikket og kan fastholde øjenkontakt i kortere perioder. Barnet kan ved maveliggende løfte hovedet fri af underlaget.

Undersøgelsen består af følgende:

- Barnet måles og vejes uden ble og højst med en undertrøje på, og hovedomfang måles. Barnets vækst vurderes i forhold til WHO's vækstkurver. Se i øvrigt afsnit 8.1 og bilag 5.
- Vurdering af barnets evne til at indgå i social kontakt og udtrykke sine følelsesmæssige behov.
- Vurdering af tilknytningen mellem barnet og forældrene. Se i øvrigt afsnit 7.9 og *Sundhedsstyrelsens Metodekatalog til anvendelse i sundhedsplejen (sst.dk)*.
- Vurdering af barnets sociale og motoriske udvikling ved systematisk undersøgelse. Se i øvrigt afsnit 7.12, bilag 6 og *Sundhedsstyrelsens Metodekatalog til anvendelse i sundhedsplejen (sst.dk)*.

4.7.2 Særlige opmærksomhedspunkter

Der er en række særlige punkter, som sundhedsplejersken bør være opmærksom på ved besøget. Det drejer sig om:

- Forebyggelse af uønsket ammeophør.
- Tilknytning mellem barn og forældre, forældrenes mentale tilstand og mentaliseringsevne samt relationen mellem forældrene. Se i øvrigt afsnit 7.9.
- Barnets opmærksomhed, evne til selvregulering og reaktionsmønstre ved stimulering og behov for ro.

- Kraniestørrelse og -facon. Se i øvrigt bilag 8.1.
- Oplevelser i familier med stærke æresnormer og/eller æresrelaterede konflikter. Se i øvrigt afsnit 7.6.

4.8 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 4 måneder. Overgang til anden mad end mælk bør påbegyndes senest ved 6 måneder.

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

- At tilbyde vejledning om overgang til anden mad end mælk på et tidspunkt, hvor barnet og forældrene er klar til det.
- At forældrene føler sig velinformerede og trygge ved at begynde at tilbyde barnet anden mad end mælk, så 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 fysiske tilstand, sociale, sproglige og motoriske udvikling (se i øvrigt afsnit 7.9 - 7.14 samt bilag 6), herunder drøfte forebyggelse af ulykker samt vejlede forældrene om relevant stimulation.
- At drøfte, hvorledes konflikter mellem forældrene og/eller konflikter, som involverer andre familiemedlemmer, håndteres. Se i øvrigt afsnit 7.6.

4.8.1 Vurdering og undersøgelse af barnet

Det cirka fem måneder gamle barn har 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-hånd-koordination 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 mades 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. Barnet begynder at skelne fremmede. Det er interesseret i omgivelserne og sikker i kontakten.

Undersøgelsen består af følgende:

- Barnet måles og vejes uden ble og højst med en undertøje på, og hovedomfang måles. Barnets vækst vurderes i forhold til WHO's vækstkurver. Se i øvrigt afsnit 8.1 og bilag 5.
- Vurdering af barnets evne til at indgå i social kontakt og forældrenes evne til at opfange og respondere passende på disse signaler. Se i øvrigt afsnit 7.9.
- Vurdering af barnets fysiske tilstand og sociale, sproglige og motoriske udvikling. Se i øvrigt afsnit 7.9-7.14 samt bilag 6.

4.8.2 Særlige opmærksomhedspunkter

Der er en række særlige punkter, som sundhedsplejersken bør være opmærksom på ved besøget. Det drejer sig om:

- Overgang til anden mad end mælk.
- Barnets sociale, sproglige, motoriske og følelsesmæssige udvikling. Se i øvrigt afsnit 7.9-7.14 samt bilag 6.
- Søvn- og spisemønstre.
- Forældrenes mestringsstrategier ved udfordringer og problemer. Se i øvrigt afsnit 7.9.

4.9 Besøg hos det 8-11 måneder gamle barn

Hjemmebesøget aflægges med henblik på at vurdere, om barnets fysiske og mentale sundhed, trivsel og udvikling er inden for normalområdet, og hjemmebesøgene i første leveår på den baggrund kan afsluttes.

Besøget tager udgangspunkt i forældrenes spørgsmål og behov samt eventuelle 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 fysiske tilstand, sociale, sproglige og motoriske udvikling og samspillet med forældrene. Se i øvrigt afsnit 7.9-7.14.
- At drøfte, hvorledes konflikter mellem forældrene og/eller konflikter, som involverer andre familiemedlemmer, håndteres. Se i øvrigt afsnit 7.6.
- At vejlede om forebyggelse af ulykker i relation til barnets stigende mobilitet.
- At drøfte barnets fremtidige pasning og eventuelle behov for støtte i overgangen mellem hjem og dagtilbud, når forældrenes orlov ophører, herunder sandsynlighed for øget sygelighed og forebyggelse af infektioner.

4.9.1 Vurdering og undersøgelse af barnet

Det 8-11 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.

Undersøgelsen består af følgende:

- Barnet vejes og måles uden ble og højst med en undertrøje på, og hovedomfang måles. Barnets vækst vurderes i forhold til WHO's vækstkurver. Se i øvrigt afsnit 8.1 og bilag 5.
- Barnets fysiske tilstand, sociale, sproglige, motoriske og følelsesmæssige udvikling og samspillet mellem barnet og dets forældre vurderes. Se i øvrigt afsnit 7.9-7.14.
- Der undersøges for skelen med Hirschbergs test. Se i øvrigt bilag 3.

4.9.2 Særlige opmærksomhedspunkter

Der er en række særlige punkter, som sundhedsplejersken bør være opmærksom på ved besøget. Det drejer sig om:

- Barnets mælkeindtag og overgang til familiens mad.
- Barnets sociale, sproglige, motoriske udvikling og følelsesmæssige udvikling. Se i øvrigt afsnit 7.9-7.14 og *Sundhedsstyrelsens Metode-katalog til anvendelse i sundhedsplejen (sst.dk)*.
- Barnets neuropsykologiske udvikling.
- Forebyggelse af uheld og ulykker i hjemmet.
- Oplevelser i familier med stærke æresnormer og/eller æresrelaterede konflikter. Se i øvrigt afsnit 7.6.

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 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.

4.10 Småbørn i alderen 1-5 år

Børn, som har særlig behov, skal ud over 1-års-alderen tilbydes hjemmebesøg af en sundhedsplejerske, jf. bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelser. Hjemmebesøget tilbydes som et opfølgende besøg i forhold til barnet og familiens tidligere behov og som en del af en sammenhængende indsats. Der anbefales derfor særlig opmærksomhed på børn, som i løbet af første leveår har haft behov for indsatser svarende til niveau 3 og 4. Besøg af sundhedsplejerske efter barnets første leveår kan bidrage til at fastholde en god udvikling og/eller opspore vanskeligheder af enten ny eller tidligere kendt karakter.

Forældre og barnets hjemmemiljø spiller en afgørende rolle for barnets udviklings- og læringsmuligheder, hvor sundhed og trivsel kan betragtes som en forudsætning for at kunne indfri barnets fulde potentiale. Sårbare og socialt udsatte familier kan have brug for ekstra støtte op gennem barnets opvækst og ikke kun i det første leveår.

Besøgene kan supplere lægens forebyggende helbredsundersøgelser og understøtte fortsat tilslutning til børnevaccinationsprogrammet.

Ydelser 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 ressourcer samt udfordringer.

Evaluering af særligt tilrettelagte indsatser til familier i udsatte positioner har vist, at en koordineret overgang fra hjem til dagtilbud har stor værdi for familierne. Når sundhedsplejersker samarbejder med dagtilbuddet og støtter familien, skaber det tryghed, formidler vigtige sundhedsmæssige problemstillinger og understøtter forældrenes perspektiv i mødet med dagtilbuddet som et supplement til pædagogernes kompetencer. Læs mere på Sundhedsstyrelsens hjemmeside *De første 1000 dage* (sst.dk).



4.11 Andre aktiviteter end hjemmebesøg

Sundhedsplejen kan tilbyde gruppeaktiviteter eller individuel rådgivning som supplement til hjemmebesøg.

Eksempler på gruppeaktiviteter kan være:

- Åbent hus-arrangementer.
- Aftalt konsultation.
- Mødre-, fædre- og familiegrupper af forskellig karakter, herunder også specialgrupper for fx unge mødre, familier med etnisk minoritetsbaggrund, børn født for tidligt, adopterede børn o.a.
- Forældreuddannelse, eventuelt 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 kommunale forhold og ønsker. Det anbefales, at den kommunale sundhedstjeneste 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, jf. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge – Lovbestemte rammer*.

Der henvises til *Sundhedsstyrelsens Metodekatalog til anvendelse i sundhedsplejen (sst.dk)*.

4.12 Kommunal ansat læges rolle i sundhedstjenesten for 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 samt eventuelt 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, jf. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge – Lovbestemte rammer*.



5. Sundhedsplejen i skolen

Vigtigste elementer og principper

- Tidlig vurdering og afsluttende opfølgning: Gennemfør indskolings- og udskolingsundersøgelser med fokus på børns sundhed og mulighed for nødvendig opfølgning.
- Løbende monitorering: Følg barnets højde- og vægtudvikling ved indskoling, midt i skoleforløbet og ved udskoling; afvigelser følges op med passende indsats.
- Forebyggende screeninger: Gennemfør synsprøver på mellemtrinnet for tidlig identifikation af synsproblemer.
- Individuelle samtaler og opfølgning: Tilbyd regelmæssige samtaler og målrettet opfølgning for børn med særlige behov.
- Sundhedspædagogiske aktiviteter: Skab rammer for sundhedspædagogiske aktiviteter, der styrker hele klassens sundhed.
- Åben rådgivning: Stil åben rådgivning til rådighed for børn, unge og forældre med særlige behov.
- Tværprofessionelt samarbejde: Støt børn, unge og familier med særlige behov gennem et samarbejde på tværs af faggrupper.
- Sundhedsfremme i skolemiljøet: Frem implementering af forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter på individ- og gruppeniveau i samarbejde med skolens ledelse og lærere.

5.1 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. Formålet med sundhedspleje i skolen er at sikre det enkelte barns sundhed, trivsel og udvikling og dermed bidrage til at øge lighed i sundhed. Det gør sundhedsplejen ved at tilbyde de lovbestemte ind- og udskolingsundersøgelser samt tilbyde sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter i et læringsperspektiv, så børn og unge gradvist bliver i stand til at forholde sig til og handle i forhold til egen og andres 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 det, at:

- Sundhedsplejen tilbyder målrettet opfølgning ved opsporing af sygdomme, tilstande, fejludvikling eller trivselsmæssige problemer med henblik på udredning hos relevante tværprofessionelle samarbejdspartnere. Dette skal ske i samarbejde med barnets forældre.
- Sundhedsplejen bidrager til opsporing af trivselsmæssige problemer som fx mentale udfordringer, fysisk eller psykisk vold, overværelse af vold mellem forældre o.l.
- Sundhedsplejen bidrager til, at alle børn får en god skolestart i samarbejde med forældre, pædagoger, lærere og skolens ledelse.
- Sundhedsplejen bidrager til at reducere skolefravær i samarbejde med skolens lærere og pædagoger.
- 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, pædagoger, skolens ledelse og/eller kommunale samarbejdspartnere. På den baggrund tages initiativ til indsatser, der kan forbedre sundheden på individ- eller gruppeniveau. I den forbindelse bør der også være en særlig opmærksomhed på mental trivsel blandt alle skolens elever.

Alle indsatser på individniveau bør tage hensyn til barnets/den unges kontekst og deltagelsesmuligheder og gennemføres i tæt samarbejde med forældrene. Der bør udvises respekt for den enkelte families integritet, samtidig med at tavshedspligt og underretningspligt overholdes. Læs mere i *Vejledning om forebyggende sundhedsyndelser til børn og unge – Lovbestemte rammer*.

Alle indsatser på gruppeniveau bør aftales og gennemføres i samarbejde med lærere, pædagoger og eventuelt skolens ledelse og bør relateres

til det obligatoriske emne "sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab", som er en del af undervisningen fra 0.- 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.

5.2 Metoder til vurdering af barnets/den unges sundhed, trivsel og udvikling i skolen og i familien

Som metoder til vurdering af barnets og den unges sundhed, trivsel og udvikling anvendes:

- Samtaler på individniveau og/eller i grupper.
- Funktionsundersøgelser.
- Sundhedspædagogiske aktiviteter.
- 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.

Indskolingsundersøgelsen har på individniveau til formål at vurdere det enkelte barns sundhed, trivsel, udvikling, læring og sundhedsmæssige skoleparathed. Den har også til formål at vejlede forældrene om konkrete og relevante emner ved skolestart, fx betydningen af at kunne skabe gode relationer til andre børn, forstå kollektive beskeder, lytte, bære sin egen taske, tage sit eget tøj på m.v.

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. Børn, der ikke trives, mangler fællesskab, eller hvor der i familien er højt konfliktniveau, bør have en særlig opmærksomhed. 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 regelmæssig kontakt med barnet eller den unge med fokus på barnets eller den unges trivsel, sundhed og udvikling, både på 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 give en samlet vurdering af den unges trivsel, helbred og generelle sundhed, inden den unge forlader skolen. Udskolingsundersøgelsen er som udgangspunkt en individuel samtale om den unges sundhed og trivsel, viden om, hvad der fremmer sundhed og trivsel, samt en drøftelse af risikoadfærd under hensyntagen til sundhedspædagogiske overvejelser og baseret på den unges ønsker og behov. Konflikter i hjemmet, særligt æresrelaterede konflikter og negativ social kontrol, er i risiko for at opstå eller eskalere omkring udskolingsalderen⁵.

Udskolingsforløbet (fra 7.-9. klasse) anbefales som et afsæt til at samle op på helbreds- og trivselsmæssige forhold, før den unge forlader grundskolen. Hvis undersøgelsen viser behov for sundhedsfaglig opfølgning eller støtte af enten fysisk eller mental karakter, kan dette fx iværksættes i samarbejde med uddannelsesvejlederen eller andre relevante instanser.

Ydelserne tilrettelægges dels som individuelle ydelser, dels som gruppe- eller klassebaserede aktiviteter. Når det gælder de individuelle ydelser, skal disse tilrettelægges, så 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, vil vurderingen af barnets eller den unges behov samt den efterfølgende indsats enten ske hos sundhedsplejersken selv eller med henvisning til en relevant samarbejdspartner.

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 *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge – Lovbestemte rammer*.

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

⁵Vold i nære relationer hos gravide, kommende og nye forældre. Fagligt grundlag for opsporing og indsatser (sst.dk).

5.3 Hovedtemaer og aktiviteter

Det er dokumenteret, at der er social ulighed i sundhed, hvorfor aktiviteter i skolen bør tilrettelægges med fokus herpå. I tilrettelæggelsen af sundhedsplejens ydelser gennem skoletiden anbefales det derfor at tage udgangspunkt i følgende elementer og hovedtemaer:

- **Indskolingsundersøgelse** i samarbejde med barnets forældre. Lærere og pædagoger kan inddrages efterfølgende efter behov og efter samtykke fra forældre.
- **Trivsel** i skolen, hjemme og i fritidslivet.
- **Bekymrende fravær** i samarbejde med forældre, barn/ung, lærere og pædagoger.
- **Seksuel sundhed** i samarbejde med de lærere, der har ansvar for faget "sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab".
- **Risikofaktorer** og folkesundhed.
- **Flerfagligt og tværprofessionelt samarbejde** omkring børn, unge og familier med særlige behov for støtte.
- **Hygiejne**, herunder forebyggelse af smitsomme sygdomme og gerne i samarbejde med lærere og pædagoger.
- **Udskolingsundersøgelse**: Vurdering af sundhedsstatus på vej mod en ungdomsuddannelse i samarbejde med lærere, uddannelsesvejledere og forældre, hvor det vurderes relevant.

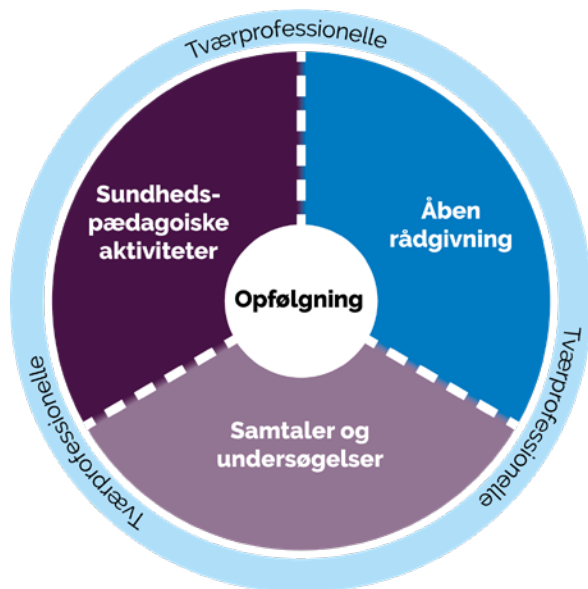
5.3.1 Forskellige former for aktiviteter

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

- **Samtaler og undersøgelser**, hvor alle børn, ud over de lovbestemte 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).
- **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 grupper for børn/unge med vægtproblematikker eller som kæmper med sorg eller skilsmisse, hvor en særlig indsats efter aftale med forældrene er påkrævet. Det kan også omfatte temauger på skolen med fokus på det brede sundhedsbegreb og generel sundhedsfremme. Læs mere om sundhedspædagogiske kernebegreber i bilag 8.

- **Åben rådgivning** for børn/unge og deres forældre med henblik på at støtte og vejlede, når behov opstår, og motivationen for forandring er størst.
- **Opfølgning og støtte til børn/unge og deres forældre**, som har behov for ydelser fra sundhedsplejen og/eller andre.
- **Tværfprofessionelt samarbejde** kan indgå i alle former for aktiviteter afhængig af behov.

Alle aktiviteter betragtes som lige vigtige inden for den kommunale sundhedstjenestes område. Opfølgning er dog afgørende for, at sundhedsplejen kan bidrage til større lighed i sundhed og for, at sundhedsplejersken kan sikre opfølgning på de problemstillinger, der er blevet identificeret.



Når det drejer sig om problemer og vanskelige forhold med barnet/den unge, hvor familien har behov for støtte, kan hjemmebesøg indgå i overvejelserne. Et hjemmebesøg kan styrke samarbejdet med forældrene om barnets/den unges vanskeligheder og bidrage med kendskab til familien. Ved henvendelser i åben rådgivning kan hjemmebesøg ligeledes overvejes som opfølgningsmetode, afhængigt af problemets karakter.

5.4 Indskolingsundersøgelsen

Indskolingsundersøgelsen har til formål at vurdere barnets sundhed, trivsel og skoleparathed i en sundhedsmæssig sammenhæng, i skolen, i fritiden og i hjemmet i dialog med barn og forældre. Derudover har undersøgelsen til formål at tilbyde vejledning om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart. Der skal i forbindelse med indskolingsundersøgelsen være en særlig opmærksomhed på at øge lighed i sundhed. Derfor bør der være særligt fokus på børn med udfordringer i relation til jævnaldrende, sprog eller udvikling af overvægt, hvor social ulighed er markant dokumenteret.

Det anbefales, at undersøgelsen altid foretages sammen med barnets forældre i dialog om barnets sundhed, trivsel og udvikling, som det opleves af forældrene. Forud for undersøgelsen anbefales det, at forældrene orienteres om formålet med undersøgelsen. Barnet og forældrene udfylder et helbreds- og trivselsskema. Skemaet danner baggrund for den samlede vurdering af barnets sundheds- og trivselstilstand ved indskoling - sammen med samtalen med forældre og barn samt eventuelle informationer medbragt fra den alment praktiserende læge.

Den samlede vurdering af barnets sundhed, trivsel og udvikling samt den konkrete rådgivning og vejledning til forældrene sker på baggrund af funktionsundersøgelsen, forældrenes oplysninger samt et eventuelt notat fra 5-års-undersøgelsen i almen praksis. Desuden bidrager information fra forældre vedrørende eventuelle kroniske sygdomme, medfødte eller erhvervede handicaps, tidligere kontakter med speciallæger og eventuelle hospitalsindlæggelser til den samlede vurdering.

Ved særlige behov kan sundhedsplejersken, afhængigt af problematikken, selv følge op eller henvise til relevante samarbejdspartnere, jf. principperne om niveauinddeling. Efter konkret vurdering og efter aftale med forældrene kan lærer- og pædagogteamet omkring barnet inddrages i eventuelle supplerende undersøgelser og samtaler.

Nedenstående elementer indgår i undersøgelsen og samtalen med forældre og barn i den samlede vurdering af barnets sundhed, trivsel og udvikling ved skolestart. Andre elementer kan indgå, afhængigt af barnet og familien.

- Drøftelse af **helbredsmaessige forhold**, herunder barnets sundhed, trivsel og udvikling frem til skolestart, vaccinationsstatus samt eventuelle bemærkninger til udvikling og trivsel i første leveår og gennem småbarnsalderen fra 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, hørelse, vægt og højde** undersøges, som beskrevet i bilagene 3, 4 og 5. Barnets vækst vurderes både i forhold til højde- og vægtudvikling.
- **Barnets sociale relationer** i hjemmet og i skolen drøftes med barn og forældre. Her 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 påvirker barnets evne til at mestre skolegangen, forebygge spiseforstyrrelser, herunder over- eller undervægt, og bevare den mentale trivsel.
- **Digitale vaner i familien** drøftes med henblik på at diskutere forældrenes ansvar som rollemodeller, og hvordan der kan skabes tid til og opmærksomhed på fx fysisk aktivitet og udvikling af 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 relevant fagprofessionel i kommunen.
- **Motorisk udvikling og kompetencer** undersøges systematisk, eventuelt i samarbejde med lærere, pædagoger og kommunalt ansatte fysioterapeuter i indskolingen. 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 det i journalen, i hvilket omfang barnet har fulgt de forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis, samt hvilke vaccinationer barnet har fået. Ved ufuldstændige vaccinationer opfordres forældrene til at færdiggøre børnevaccinationsprogrammet. Det er væsentligt, at eventuel opfølgingsplan for identificerede problemstillinger fremgår tydeligt i resumé af undersøgelsen.

5.4.1 Henvisninger

Viser barnet symptomer på sygdom eller ved mistanke om sygdom, henvises barnet til alment praktiserende læge med begrundelse for henvisningen. Sundhedsplejersken har efterfølgende ansvar for at følge op på det, der er iværksat i forhold til lægehenvvisningen. Det kan foregå ved næste besøg eller ved kontakt med familien. Lægehenvisningen kan med fordel ske gennem sikker digital kommunikation, fx via korrespondancemodulet.

Hvis indskolingsundersøgelsen viser, at barnet har behov for anden form for behandling, støtte og omsorg, formidles kontakt til skolens tværfaglige team og eventuelt den tværfaglige gruppe, der er etableret i kommunen, for at tilgodese børn og unge med særlige behov.

5.5 Udskolingsundersøgelsen

Udskolingsundersøgelsen har til formål at give en samlet vurdering af den unges sundhed, mentale trivsel og udvikling, 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 kernebegreber og overvejelser, der er beskrevet i bilag 8.

Der skal være særlig opmærksomhed på at øge lighed i sundhed med fokus på den unges trivsel i skolen, hjemmet og fritidslivet, udvikling af 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 spiseforstyrrelser.

Udskolingsundersøgelsen er en individuel samtale med og undersøgelse af den unge på baggrund af den unges egne ønsker og behov. Der tages desuden udgangspunkt i sundhedsplejerskens viden om den unges sundhed, trivsel og udvikling 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 samtalen med den unge, tidligere og aktuel undersøgelse samt den unges egne oplysninger om sundhed, trivsel og udvikling, herunder også eventuelle nytilkomne kroniske sygdomme, eventuelle diagnosticerede psykiske lidelser og andet sundhedsfagligt relevant. Samtalen og undersøgelsen med den unge danner baggrund for sundhedsplejerskens råd og vejledning og eventuelt opfordring til at rette henvendelse til relevante samarbejdspartnere i kommunen.

Er den unge under 15 år, skal forældremyndighedsindehaver efter aftale med den unge orienteres om relevante emner fra undersøgelsen/rådgivningen, jf. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge – Lovbestemte rammer*.

Den samlede indsats i forbindelse med udskolingsundersøgelsen bør bære præg af flerfaglighed, hvor der er potentiale for forbedring af den unges sundhed, trivsel og udvikling, herunder risikoadfærd. Det anbefales

at inddrage uddannelsesvejleder, hvor der er sundhedsmæssige forhold, der kan få betydning for erhvervsvalg.

Følgende elementer indgår i undersøgelsen og samtalen med den unge - dette under hensyntagen til den enkelte unges egen vurdering af sundhed, udvikling og mental trivsel:

- Drøftelse af **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.
- Afdækning af eventuelle **kroniske somatiske sygdomme og psykisk lidelse**. Der spørges ind til eventuelle nytillkomne kroniske sygdomme og psykiske lidelser og følges op på allerede kendte tilstande.
- **Mental trivsel** drøftes. Der spørges ind til 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 drøftes.
- **Seksuel sundhed**, herunder forebyggelse af seksuelt overførbare infektionssygdomme og status på HPV-vaccination, drøftes. Der følges op på tidligere undervisning i forhold til den enkeltes udvikling, spørgsmål og behov.
- **Højde og vægt** monitoreres, og en samtale om eventuel over- eller undervægt gennemføres med omsorg og følsomhed som ved en svær samtale.
- **Søvn-, mad- og spisevaner** relateret til vægt og mental trivsel, herunder digitale vaner, drøftes.
- **Samtale om overgangen til ungdomsuddannelse.**
- **Høreprøve tilbydes.**

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 *Sundhedsstyrelsens Metodekatalog til anvendelse i sundhedsplejen (sst.dk)*.

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

5.6 Sundhedsplejerskens regelmæssige kontakter gennem skolealderen

I tilrettelæggelse af de regelmæssige kontakter gennem skolealderen med henblik på at opfylde bestemmelserne i *Forebyggende sundhedsydelser for børn og unge* § 10 stk. 3 (se bilag 2) skal sundhedsplejersken ved funktionsundersøgelser og gennem regelmæssig kontakt med børnene afdække eventuelle almene sundhedsmæssige problemer og sikre, at der er en kontinuerlig sammenhængende indsats med varierede tilbud 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.

Sundhedsstyrelsen anbefaler de aktiviteter, der er beskrevet i nedenstående, for at sikre regelmæssig kontakt gennem skolealderen. Derudover skal de lovbefattede ind- og udskolingsundersøgelser, monitorering af højde og vægt på mellemtrinnet samt synsprøve på 6. eller 7. årgang udføres.

5.6.1 Undersøgelser- og samtaleoversigt

- **0. klasse:** Indskolingsundersøgelse, sammen med forældrene.
- **1. klasse:** Opfølgende trivselssamtale samt højde- og vægtmåling med henblik på både en her og nu-vurdering og senere vurdering af barnets højde- og vægtudvikling. Derudover foretages opfølgning på undersøgelse af barnets motoriske udvikling og kompetencer.
- **2., 3. og 4. klasse:** Aktiviteter med fokus på trivsel, familieliv, sociale relationer, digitale medier, mad og måltidsvaner, søvn, fysisk aktivitet, krop, toiletvaner mm. Tilrettelagt i samarbejde med skolens lærere og i henhold til kommunens sundhedsprofil og -politik. På nogle af klassetrinene kan kontakten foregå som gruppe- eller klasseaktivitet, jf. kommunens prioriteringer.
- **4., 5. eller 6. klasse:** Højde- og vægtmonitorering samt -udvikling (bilag 5) samt dialog med fokus på trivsel og pubertet.
- **6. eller 7. klasse:** Synsprøve og samtale om trivsel samt opfølgning på pubertetsudvikling.
- **6., 7. eller 8. klasse:** Samtale med fokus på trivsel i skolen, i familien og i øvrige sociale relationer samt vaner i forhold til digitale medier, mad, søvn, fysisk aktivitet mm.
- **8. eller 9. klasse:** Udskolingsundersøgelse med fokus på mental trivsel og seksuel sundhed.

Samtalerne er en dialog om sundhed og trivsel i bred forstand og omfatter både livsstil og levevilkår set ud fra et hverdagsperspektiv. Samtalerne 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 5.3.

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.

5.6.2 Behovsundersøgelser og -samtaler

Behovsundersøgelser og -samtaler tilbydes på alle klassetrin af sundhedsplejersken. Behovsundersøgelser og -samtaler kan ske på foranledning af sundhedsplejersken med henblik på opfølgning af opsporede tilstande eller symptomer eller efter ønske fra barnet/den unge eller efter ønske fra forældre, lærere eller pædagoger. Såfremt det sker efter pædagogs eller lærers ønske, skal der på forhånd være samtykke fra forældremyndighedsindehaver, hvis barnet er under 15 år. Læs mere i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge – Lovbestemte rammer*. Sundhedsplejersken kan ikke love barnet/den unge fuld fortrolighed, men kan love, at ingen oplysninger videregives uden først at informere barnet/den unge.

Sundhedsplejersken er en vigtig ressourceperson i forhold til børn med særlige behov og problemstillinger som fx udvikling af overvægt, problematisk skilsmisse og forlænget sorgreaktion, eller børn der kommer fra hjem med højt konfliktniveau og lignende. Det anbefales, at den kommunale sundhedstjeneste beskriver, hvilke tilstande og forhold der som udgangspunkt giver anledning til yderligere undersøgelser, samtaler hos sundhedspersonalet eller gruppeaktiviteter af særlig karakter, såfremt kommunen tilbyder disse. Gruppeaktiviteter kan være monofaglige eller tværfaglige. Hvis der tilbydes gruppeaktiviteter, er det væsentligt, at sundhedsplejersken er uddannet til at varetage opgaven. Det bør også af handleplanen fremgå, hvilke metoder der anvendes til hvilke problemer, og hvornår andre fagligheder inddrages. Desuden bør den kommunale sundhedstjeneste have klare retningslinjer for henvisningsprocedurer ved viden om forhold, der kræver inddragelse af andre faggrupper.

5.6.3 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 altid inddrages, når samtaler og undersøgelser af barnet gør det relevant, 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 gennem sundhedsplejerskens deltagelse i forældremøder, orientering via skolens intranet samt ved tilgængelighed, når forældrene har behov, fx gennem åben rådgivning. Undersøgelser og samtaler med barnet er gennem hele skoletiden et tilbud, der forudsætter et generelt samtykke fra forældrene. Læs mere om samtykke i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge – Lovbestemte rammer*.

Undersøgelser og vejledning sker ud fra et helhedssyn og forudsætter inddragelse og dialog med forældrene. Fremkommer der et sundheds- eller trivselsmæssigt problem hos barnet, er det afgørende, at støtten tager udgangspunkt i de muligheder og begrænsninger, forældrene har, og med respekt for familiens værdier.

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

Hvis forældrene ikke ønsker at medvirke eller ved mistanke 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. Dette uanset om den unge er over eller under 15 år.

5.7 Sundhedspædagogiske aktiviteter

De sundhedspædagogiske aktiviteter sigter mod at udvikle børn og unges sundhedsmæssige handlekompetence, se bilag 8. Aktiviteterne forestås af sundhedsplejersken og planlægges optimalt i samarbejde med lærerne og skolens ledelse med udgangspunkt i 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, grupper for børn, der oplever skilsmisse eller lignende. Grupper for børn med alvorlige problemer i familien som fx alkoholmisbrug eller rusmiddelproblemer bør tilbydes en tværprofessionel indsats.

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.

5.8 Åben rådgivning

Formålet med åben rådgivning er at kunne støtte og vejlede børn og forældre, når de opsøger hjælp på eget initiativ, da motivationen for forandring, læring og udvikling er størst i disse situationer. Er barnet/den unge under 15 år, skal der foreligge et generelt samtykke fra forældremyndighedsindehaver. Er der ikke indhentet generelt samtykke, kan forældremyndighedsindehaver kontaktes pr. telefon og give samtykket, som efterfølgende noteres i barnets journal. En ung, der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til egen behandling. Læs mere i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge – Lovbestemte rammer*.

Åben rådgivning skal være et let tilgængeligt tilbud for børn, unge og 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 en tidlig indsats i problemudviklingen. Åben rådgivning kan bidrage til, at børn, unge og deres forældre får ejerskab til egne problemer og selv kan finde løsningsmulighederne, hvilket fremmer handlekompetence.

5.8.1 Målgruppe

Den primære målgruppe for åben rådgivning er børn og unge fra 3. til 9. klasse, der har behov for en samtale/undersøgelse hos sundhedsplejersken her og nu, samt forældre, der gennem skoleforløbet har behov for sundhedsrelateret rådgivning vedrørende deres børns sundhed, trivsel og udvikling.

5.8.2 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 afprøve forskellige kontaktformer, fx mail via skolens intranet, postkasse ved døren, telefonkontakt eller andre metoder, der gør det nemt for børn, unge og forældre at få fat i 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, så sundhedsplejersken opleves som en ressource, der er let tilgængelig og med høj faglig viden.

Det anbefales, at der udarbejdes lokale standarder for tilbuddet.

Der er journalføringspligt for kontakter i åben rådgivning.

5.9 Metoder og emner i den sundheds- pædagogiske indsats

Valget af metoder er afgørende for, om børn og unge får udbytte af en sundhedspædagogisk indsats. Metoderne må tilpasses 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 www.sst.dk/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. Gennem undervisningen skal børn og unge opnå forståelse for, hvordan livsstil og levevilkår påvirker sundhed og trivsel samt for spillet mellem sundhed, seksualitet og familieliv. Sammenfaldet mellem sundhedsplejens formål i skoletiden og det obligatoriske undervisningsemne bør bidrage til styrket tværfaglighed og skabe synergi inden for emnet.

Det anbefales, at sundhedsplejersken primært arbejder sundheds-
pædagogisk ud fra nedenstående begreber og emner:

- **Det brede, positive sundhedsbegreb.** Ifølge WHO omfatter det brede, positive sundhedsbegreb både fysisk, mental og social sundhed – og ikke kun fravær af sygdom. Inden for dette emne kan der fx arbejdes med følgende spørgsmål: 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 udfordringen? Osv.
- **Trivselsbegrebet,** herunder begrebet social kapital og betydningen af socialt netværk. Her kan der fx arbejdes med følgende spørgsmål: Hvordan har jeg det i min skole, hjemme, i fritiden, med kammeraterne og 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 sundhedsplejersken fx arbejde med forskellige former for familieliv, betydningen af familieliv, normer og rettigheder, livsstil og levevilkår samt med betydningen af risikoadfærd.
- **Forskelle og ligheder i sundhed.** Under dette emne kan der 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 mere i bilag 8 for sundhedspædagogiske kernebegreber.

5.10 Bekymrende skolefravær

Skolefravær kan have en betydning for barnets/den unges trivsel – både nu og i fremtiden. Der kan være mange årsager til bekymrende skolefravær, og det anbefales, at skolens ledelse, lærere, pædagoger og sundhedsplejerske samarbejder med barnet/den unge og forældre om at forebygge og reducere skolefravær.

Bekymrende skolefravær kan skyldes mange forskellige årsager af såvel fysisk som psykisk karakter. Det kan dreje sig om forhold hos barnet eller den unge selv med manglende social trivsel i hjemmet eller i skolen eller begge steder. Det kan også dreje sig om vanskelige forhold i familien fx vold, misbrug eller lignende eller forhold hos den enkelte forældre, der alt sammen kræver handling. Fælles for alle børn med bekymrende skolefravær gælder, at de er i øget risiko for mistrivsel, fordi fraværet udelukker dem fra positive fællesskaber både fagligt og socialt, og det kan være udtryk for bagvedliggende årsager som barnet/den unge skal have hjælp til. Skolefravær kan have alvorlige konsekvenser for det enkelte barns fysiske og mentale sundhed samt sociale trivsel gennem hele skoletiden og ind i voksenlivet. Derfor er det vigtigt, at alle fagprofessionelle omkring barnet reagerer ved bekymrende skolefravær.

Skolefraværet for de enkelte klassetrin er stigende gennem skolegangen. Skolens leder skal sikre, at der inddrages relevant sagkyndig bistand til løsning af problemerne, herunder inddragelse af den kommunale sundheds-tjeneste. Det er vigtigt, at der i den samlede indsats etableres et positivt samarbejde mellem de professionelle, som fx lærere, pædagoger, socialrådgiver, psykolog, AKT-lærer, praktiserende læge, civilsamfundsaktører og andre. Børn med stigende eller meget fravær kan have behov for særlig indsats, afhængigt af problemstillingerne og den nødvendige opfølgning, jf. principperne om niveauinddeling.

Det tværprofessionelle samarbejde om barnet og dets familie skal bidrage til at finde løsninger gennem et helhedsorienteret perspektiv, der rækker ud over skolegangen og fx inddrager fællesskabsorienterede trivselsindsatser. Et helhedsorienteret perspektiv belyser barnets sundhedsmæssige forhold, barnets trivsel i skolen, barnets trivsel i hjemmet og familiemæssige forhold, fx økonomi, der har betydning for trivslen og fritidsliv.

Udfordringer i familien eller hos barnet, fx i forbindelse med fysisk sygdom eller psykisk lidelse, kan håndteres bedre ved at inddrage både forældre og barnet selv. Ved at tage udgangspunkt i de involveredes perspektiver kan der 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 sin egen mestringssevne.

Både barnet og forældrene bør inddrages i at identificere, hvilken støtte der er nødvendig for at sikre stabil skolegang med forældrenes opbakning. 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 ansvarlig, som følger barnet og den indsats, der etableres omkring barnet. For mange børn og forældre er der brug for støtte og kontinuerlig opfølgning i en længere periode, da et fraværsmønster sjældent brydes ved en enkelt samtale.

5.11 Børn og unge, der modtager hjemmeundervisning

Alle børn og unge har ret til sundhedspleje i den kommune, de er tilmeldt folkeregister. 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 og unge, der modtager midlertidig hjemmeundervisning, fx på grund af fysisk sygdom eller psykiske lidelser, tilbydes samtaler og undersøgelser på lige fod med andre børn og unge efter aftale med forældrene. Tilbuddet kan gives, når barnet/den unge genoptager skolegangen, eller mens barnet/den unge hjemmeundervises, hvis muligt. Det vurderes individuelt, hvilket tilbud barnet/den unge skal have.

5.12 Børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet

Den kommunale sundhedspleje skal have en særlig opmærksomhed på børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet, fx i plejefamilie, på børne- og ungehjem, kriminalforsorgens institutioner og lignende, idet barnet/den unge ofte på grund af flytninger eller anbringelser ikke har modtaget de sundhedsydelser, barnet/den unge har brug for.

I Danmark er cirka 1 % af alle børn (0-17 år) anbragt uden for hjemmet. Hovedparten af disse børn er anbragt i familiepleje. Undersøgelser har vist, at anbragte børn hyppigere har både helbredsrelaterede og skolemæssige problemer sammenlignet med ikke-anbragte børn og oftere har problemer med overvægt samt forekomst af langvarige sygdomme og handicaps.

Tilbuddene, som de anbragte børn eller unge modtager, skal være tilpasset og under hensyntagen til den bistand, der i øvrigt ydes disse børn.



5.13 Journalføring i sundhedsplejen i skolen

Samtale med og undersøgelser af barnet/den unge afsluttes altid med journalføring. Det, der har betydning for barnets/den unges nuværende tilstand samt det, der ud fra en sundhedsfaglig vurdering kan bruges i en eventuel senere vurdering og behandling af barnet/den unge, skal journalføres i nødvendigt omfang. De 12 sygeplejefaglige problemområder (se bilag 7) vurderes som minimum ved indskolingssamtalen og skal revurderes, hvis barnet/den unges tilstand ændrer sig. De 12 sygeplejefaglige problemstillinger er med til at sikre patientsikkerhed og kvalitet af sundhedsplejerskens ydelser.

Journalføring skal være entydig, systematisk, forståelig og overskuelig af hensyn til kommunikationen inden for egen faggruppe og med andre personalegrupper. Journalen skal indeholde sundhedsfaglig dokumentation, som oplyser om barnets eller forældres tilstand, eventuel planlagt og udført behandling samt eventuelt resultat og opfølgning heraf, jf. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge – Lovbestemte rammer*. Oplysninger om private forhold og andre fortrolige oplysninger er også en del af journalen, hvis de er af direkte betydning for den aktuelle behandling.

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

Ved henvendelse til åben rådgivning på skolen og ved sundhedspædagogiske aktiviteter, der medfører individuel henvendelse og/eller rådgivning, journalføres i forhold til det/de problemområde(r), der rådgives om og handles på.



6. Den kommunale sundhedstjenestes konsulentfunktion i dagtilbud og skoler

Den kommunale sundhedstjenestes konsulentfunktion skal tilbyde følgende bistand til alle dagtilbud, skoler og anbringelsessteder beliggende i kommunen:

- Generel rådgivning og vejledning om børn og unges sundhed og trivsel.
- Vejledning om og tilsyn med sundhedsforhold i dagtilbud, skole og anbringelsessteder, herunder oplysning om hygiejne.
- Konkret rådgivning vedrørende de børn, som personalet finder har særlige problemer, efter aftale med forældrene.

Den kommunale sundhedstjeneste yder konsulentbistand ved at rådgive om forebyggelse af miljø- og hygiejnemæssige problemstillinger og som tværprofessionel samarbejdspartner i forhold til børn med særlige behov og/eller grupper af børn med relevant sundhedsmæssig problemstilling. Ydermere kan sundhedsplejersken støtte op om kommunens sundhedspolitik.

Styrelsen for Patientsikkerheds skal rådgive statslige, regionale og kommunale myndigheder i hygiejnske, miljømæssige og socialmedicinske forhold. Dialogen om lokale miljø- og infektionshygiejniske problemstillinger foregår mellem Styrelsen for Patientsikkerhed og den kommunale sundhedstjeneste.

6.1 Sundhedsplejerskens kompetencer i konsulentrollen

Konsulentopgaven indeholder dels en generalistfunktion i forhold til hygiejne og miljø, dels en specialistfunktion over for et barn eller grupper af børn i dagtilbud, skole eller anbringelsessted, der har særlige problemstillinger, der kræver sundhedsfaglig indsigt og kompetence. Både generalist- og specialistfunktion skal løses i en tværprofessionel sammenhæng med det pædagogiske personale og i samarbejde med forældrene.

Sundhedsplejersken har særlige sundhedsfaglige kompetencer, der skal bringes i spil på en respektfuld måde og med forståelse for de pædagogiske værdier, som dagtilbud, skole og anbringelsessted bygger deres hverdag på.

I det tværprofessionelle samarbejde gælder det for sundhedsplejersken om at være åben, nysgerrig og interesseret i den pædagogiske indfaldsvinkel til udfoldelse af sundhedsbegrebet i forhold til det pædagogiske arbejde. 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, hvad man eventuelt 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.

6.2 Rådgivning af andre kommunale aktører

Det anbefales, at den kommunale sundhedstjeneste inddrages i 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 dagtilbud, skoler og anbringelsessteder. Dette kan evt. være i samarbejde med Styrelsen for Patientsikkerhed.

Med henblik på at yde relevant sundhedsfaglig rådgivning anbefales det, at man i kommunen sammen med relevant forvaltning udvikler klare retningslinjer for, hvordan samarbejdet med andre myndigheds- og ekspertområder som fx teknisk forvaltning, den kommunale eller regionale hygiejneorganisation, Fødevarestyrelsen, 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 samarbejde om at styrke det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, der bidrager til at reducere ulighed i sundhed og styrke børnenes mentale sundhed og trivsel.

6.3 Sundhedsfaglig rådgivning til dagtilbud og skoler

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, 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, alt sammen i samspil med de pædagogiske læreplaner.

Vejledning og rådgivning om hygiejniske og miljømæssige forhold i institutioner bør tage udgangspunkt i *Håndbog om hygiejne og miljø i dagtilbud (sst.dk)*.

Når det gælder konkret rådgivning vedrørende alvorlige sundhedsmæssige forhold, involverer dette som oftest Styrelsen for Patientsikkerhed, der rådgiver kommunen. Det gælder fx alvorlige smitsomme sygdomme, indeklimaproblemer, fx problemer med skimmelsvamp, forhold der vedrører kemiske stoffer, skadedyr, drikkevand m.m.

På baggrund af eventuel henvendelse fra institutionens leder vedrørende ønsket om en konkret vurdering, kan sundhedsplejersken kontakte den relevante ansvarlige kommunale myndighed og eventuelt Styrelsen for Patientsikkerhed med henblik på at orientere rette myndighed om problemet.

Det anbefales, at vejledningen om og tilsynet med sundhedsforhold i institutionen, herunder 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, 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.

6.4 Andre forebyggelsesopgaver i kommunen

Ved konkrete alvorligere sundhedsmæssige problemstillinger skal den kommunale sundhedstjeneste som ekspert vurdere problemets omfang, udbredelse og betydning for børnenes eller de unges sundhed og trivsel. I de følgende afsnit skitseres andre forebyggelsesområder, som den kommunale sundhedstjeneste kan indgå i. Ydermere er det muligt for sundhedsplejersken at tage kontakt til Dansk Center For Undervisningsmiljø (DCUM), der arbejder for at skabe gode børne- og undervisningsmiljøer i dagtilbud og på uddannelsessteder⁶.

6.4.1 Smitsomme sygdomme

Ifølge epidemilovens § 4⁷ skal kommunalbestyrelsen træffe foranstaltninger for at forebygge og sikre sig mod udbredelsen af smitsomme sygdomme. Dette omfatter blandt andet udarbejdelse af planer for håndtering af smitsomme sygdomme samt sikring af, 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.

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.

⁶ Forside - Dansk Center for Undervisningsmiljø

⁷ Epidemiloven

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 dagtilbuddet eller skolen skal formidle information fra Styrelsen for Patientsikkerhed til børnenes og personalets 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.

6.4.2 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 kommunens tekniske forvaltning og den pædagogiske konsulent.

6.4.3 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 forvaltninger, mens sundhedsplejersker kan bidrage med viden om forebyggelse af ulykker indendørs, primært i forbindelse med det generelle tilsyn i dagtilbuddet og i samarbejde med den pædagogiske konsulent.

6.4.4 Indeklima

For at opretholde et sundt indeklima er det nødvendigt at være opmærksom på en lang række forhold i dagligdagen. Sundhedsplejersken har en vigtig rolle i at vejlede personalet om tiltag, der kan forbedre indeklimaet og reducere risikoen for gener som hovedpine, træthed og luftvejssymptomer blandt børn og voksne. Dette kan omfatte rådgivning om regelmæssig udluftning, rengøringsrutiner og håndtering af allergifremkaldende materialer. Ved behov kan sundhedsplejersken eventuelt samarbejde med kommunens tekniske forvaltning. Læs mere i Sundhedsstyrelsens *Håndbog om hygiejne og miljø i dagtilbud (sst.dk)*.

6.5 Rådgivning vedrørende det enkelte barn

Såfremt personalet finder, at et barn i dagtilbud eller skole har særligt behov for en sundhedsfaglig indsats, fx et barn med kronisk sygdom (diabetes, astma-allergi, epilepsi m.m.), kan den kommunale sundhedstjeneste tilbyde generel 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 kræver en tværprofessionel indsats, bør den kommunale sundhedstjeneste inddrages i en tværfaglig vurdering af barnet 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 den kommunale sundhedstjeneste, dagtilbud og skole 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, jf. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge – Lovbestemte rammer* om regler for samtykke.

6.6 Medicingivning i dagtilbud og skoler

Medicingivning til børn og unge bør så vidt muligt foregå i hjemmet uden for det tidsrum, hvor børnene er i dagtilbud eller skole. 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, praktiserende læge eller eventuelt behandlende sygehus.

Når forældre til børn med kronisk sygdom anmoder personalet i dagtilbud om at give medicin, er forældrene ansvarlige for at videregive instruktioner til personalet⁸.

Lederen af dagtilbuddet kan anmode sundhedsplejersken om at rådgive personalet om generelle forhold vedrørende medicingivning og medicinopbevaring. Sundhedsplejersken kan også indøve de aktuelle procedurer med personalet, fx behandling med stikpiller, inhalationsspray eller EPI-pen.

⁸ SKR nr. 9575 af 25/10/2010, Skrivelse om medicingivning til børn i dagtilbud, skoler og fritidsordninger



7. Social ulighed i sundhed og udvalgte forebyggelsestemaer

Social ulighed i sundhed kommer til udtryk på flere måder, også blandt gravide, 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 påvirke børns udvikling markant, og at social ulighed spiller en rolle i, hvilke grupper der udsættes mest for disse belastninger:

- Tidlig fødsel og lav fødselsvægt.
- Opvækst med økonomisk udsathed.
- Børn som pårørende, fx ved perinatal depression eller forældres brug af rusmidler.
- Vold i nære relationer.
- Migration.

En række aspekter af barnets og den unges udvikling kan blive påvirket af social ulighed i sundhed og kan føre til belastninger, der påvirker den videre udvikling. Samtidig er det områder, hvor forebyggelse er muligt. Det drejer sig om:

- Den tidlige forældre-barn-relation og -tilknytning.
- Mental trivsel.
- Sproglig udvikling.
- Motorisk udvikling.
- Fysisk aktivitet.
- Søvn.
- Unges tidlige risikoadfærd, herunder brug af rusmidler.
- Afvigelser i højde- og vægtudvikling.
- Ulykker og skader i relation til alkoholindtag.
- Mistrivsel og skolefravær.
- Unges tidlige risikoadfærd.

Det anbefales at være særligt opmærksom på belastninger, der er knyttet til ovenstående aspekter, og tilbyde særligt målrettede ydelser, eventuelt i tværprofessionel sammenhæng, afhængigt af belastningens karakter.

I tilrettelæggelse og udførelse af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i familier med belastninger relateret til ovenstående aspekter, er det centralt, at almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste er opmærksom på forældrenes sundhedskompetencer, som har betydning for familiens og barnets sundhed.

Det anbefales, at almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste tilrettelægger deres ydelser med udgangspunkt i forældrenes, børnenes og de unges sundhedskompetencer, så rådgivningen bliver målrettet og relevant.

For flere af belastningerne er der indlejrede stigmatiseringsrisici, herunder tabuisering, som sundhedspersonalet bør bidrage til at nedbryde ved at inddrage sundhedskompetence i kommunikationen.

Læs mere om sundhedskompetence og stigmatisering i de følgende afsnit.

7.1 Sundhedskompetence hos familier, fagprofessionelle og organisationer

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. Familiens sundhedskompetence kan variere betydeligt, både generelt og i specifikke situationer. Det betyder, at nogle familier kan have brug for mere konkret og handlingsanvisende støtte for at kunne navigere i sundhedsinformation og tage informerede beslutninger.

For at sikre, at alle får den støtte, de har brug for, bør sundhedsprofessionelle målrette deres kommunikation og tilpasse ydelserne til familiernes forskellige behov. Når en organisation gør information og ressourcer tilgængelige for borgere med varierende sundhedskompetence, er der tale om en høj grad af organisatorisk sundhedskompetence.

Arbejdet med organisatorisk sundhedskompetence handler om at have en opmærksomhed på:

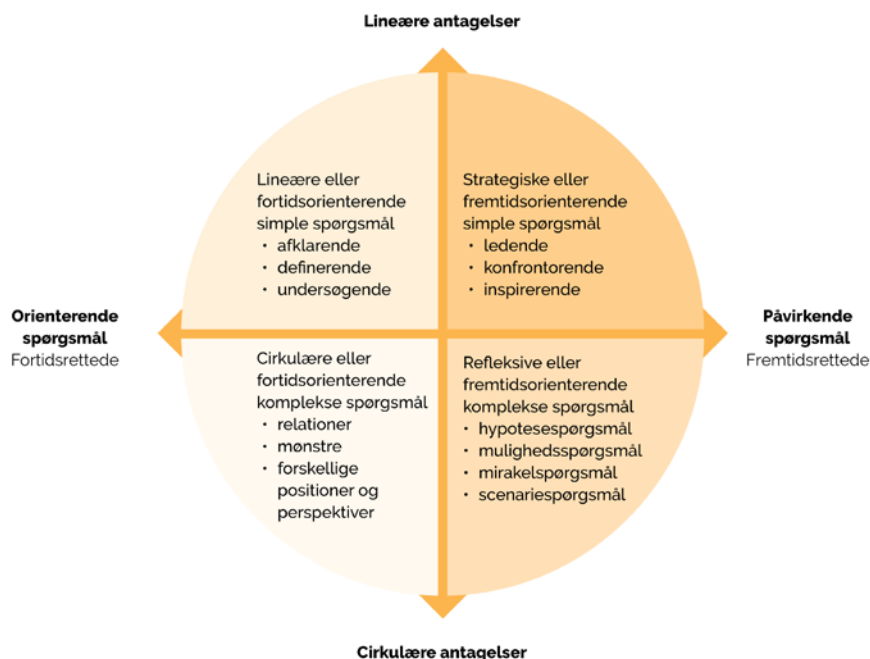
- Organisationens egne fordomme og forforståelser.
- Familiernes adgang til fagprofessionelle og oplevelsen af at blive mødt med respekt og forståelse.

- At afsætte tilstrækkelig tid til den enkelte familie.
- At involvere familierne og være nysgerrige på deres perspektiv på barnets udvikling og behov.
- At sikre, at den mundtlige og skriftlige kommunikation er let forståelig.
- At de tilbudte indsatser er handlingsanvisende, forståelige og relevante, samt at familierne får den nødvendige støtte til at navigere mellem forskellige tilbud og sektorer.

Det anbefales at bruge de eksisterende værktøjer om sundhedskompetencer på Sundhedsstyrelsens hjemmeside som grundlag for udviklingen af organisatorisk sundhedskompetence. Læs mere om sundhedskompetence på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (sst.dk).

7.1.1 Målrettet kommunikation i relation til organisatorisk sundhedskompetence

Målrettet kommunikation handler om dialog i øjenhøjde. For at opnå dette kræves aktiv lytning, evnen til at stille forskellige typer spørgsmål – som eksempelvis Karl Tomms spørgsmålstyper jf. nedenstående figur – samt løbende at sikre, at modtagerne har forstået informationen korrekt. Denne proces kaldes feedback.



Med reference til Karl Tomms metode "Interventive Interviewing", som omfatter brugen af lineære, cirkulære, strategiske eller reflektive spørgsmål, anbefales det, at sundhedspersonalet i almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste arbejder struktureret med at styrke den organisatoriske sundhedskompetence for at øge lighed i sundhed.

7.2 Stigmatisering og tabuisering

For flere af de belastninger, der bidrager til ulighed i sundhed, er der risiko for stigmatisering og tabuisering. Det anbefales, at sundhedspersonalet aktivt bidrager til at nedbryde stigmatisering ved at arbejde systematisk med bevidstgørelse om såvel stigmatisering som tabuisering.

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 lever med 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 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 der lever med over- 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 mange andre dele af samfundet.

En konsekvens af stigmatisering kan være selvstigmatisering. Selvstigmatisering kan opstå som følge af de fordomme og myter, mennesker møder i deres omgivelser. Når disse negative og stigmatiserende holdninger accepteres som sande, kan det føre til, at den enkelte begynder at tænke negativt om sig selv. Det kan betyde, at man får mindre håb, lavere

selvværd, bliver mere usikker på sig selv, ligesom man i højere grad kan komme til at undgå social kontakt. Selvstigmatisering 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 hjemmesiden EN AF OS, Sundhedsstyrelsen (sst.dk).

7.3 Børn som pårørende til forældre eller søskende med fysisk eller psykisk sygdom

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 alvorligt syg forælder eller søskende.

Et stort antal børn i alderen 0-16 år lever med forældre eller søskende med fysisk eller psykisk sygdom. Der er store geografiske uligheder, og i nogen regioner er der højere forekomst af børn med forældre, der lever med svær psykisk sygdom.

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, samværs måde og omgangskreds. Kontakten til den, der er syg, 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 alment praktiserende læge og på skolen.

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 omstændig-

⁹Indsatser i forhold til fødselsdepression og Kortlægning af eksisterende indsatser vedr. tidlig opsporing og behandling af fødselsdepressioner

heder 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 koncentration, 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 med en alvorlig sygdom, eller som mister en forælder i barndommen, har blandt andet større risiko for at udvikle depression senere i livet. De har også flere kontakter til hospitalsvæsenet og en øget risiko for hospitalsindlæggelser både i barndommen og som voksne. Desuden har de større risiko for at blive skilt og er mere tilbøjelige til at udvikle uhensigtsmæssige mestringsstrategier i pressede situationer, såsom forbrug af alkohol, rusmidler og trøstespisning.

Børn af forældre med psykisk lidelse har blandt andet større risiko for at få en psykiatrisk diagnose, for ikke at gennemføre en ungdomsuddannelse, 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 (sst.dk).

7.4 Børn som pårørende til forældre med perinatal depression

Perinatal depression (fødselsdepression) er en depression, der opstår i forbindelse med graviditet eller i barnets første leveår. Symptomerne er de samme som symptomer på depression, der opstår på andre tidspunkter i livet, men knytter sig ofte til forældreskabet. Perinatal depression kan ramme den ene eller begge forældre. Tidlig opsporing og støtte, fx ved et graviditetsbesøg, kan have stor betydning for det efterfølgende forløb.

Op mod 11 % af kvinder og 7-8 % af mænd udvikler en perinatal depression, hvoraf cirka en tredjedel debuterer med symptomer allerede under graviditeten, hyppigst i tredje trimester. I nogle familier udvikler begge forældre symptomer. Det er især vigtigt at bemærke, at depression øger risikoen for vanskeligheder i parforholdet, hvilket øger risikoen for udviklingen af perinatal depression både hos mødre og fædre, ligesom en vigtig risikofaktor for udvikling af perinatal depression hos faderen er perinatal depression hos moderen. Perinatal depression kan påvirke familiedannelsen negativt

og have både kort- og langsigtede konsekvenser for forældrene og for barnets udvikling og mentale sundhed, hvis ikke familien får den rette hjælp.

Perinatal depression kan være forbundet med skyld, skam og selvstigmatisering. Følelsen 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 tilsammen 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 depression i forbindelse med forældreskabet, stadig er lille.

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.

7.4.1 Symptomer på perinatal depression

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 fødslen, 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. I nogle familier udvikler begge forældre symptomer.

7.4.2 Fødselspsykose

Fødselspsykose er en alvorlig, hurtigt progredierende tilstand, der er kendetegnet ved både affektive og psykotiske symptomer, som ofte opstår i tidlig tæt tilknytning til fødslen. Kvinder, der tidligere har oplevet fødselspsykose, eller kvinder med kendt bipolar lidelse er i særlig høj risiko for at udvikle en fødselspsykose.

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

7.4.3 Beskyttende faktorer i forbindelse med perinatal depression

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 mestningsstrategier har betydning for, hvilke konsekvenser mentale problemer kan give fremover, både for den, der bliver ramt, for den anden forælder og ikke mindst for barnet.

7.4.4 Risikofaktorer i forbindelse med perinatal depression

Depression hos gravide udgør en risiko for såvel kvinden som barnet. Ubehandlet depression hos gravide har været forbundet med øget risiko for abnorm blødning under graviditet, spontan abort, for tidlig fødsel, fosterdød, svangerskabsforgiftning og andre fødselskomplikationer, 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 lang sigt.

Kvinder og mænd, der tidligere har haft en diagnosticeret depression, samt forældre på overførselsindkomst, forældre med etnisk minoritetsbaggrund, socialt isolerede, unge forældre og forældre i konfliktfyldte parforhold eller nære relationer, hvor der forekommer vold, samt kvinder med tidligere perinatal depression har en øget risiko for at få en perinatal depression i forbindelse med ny graviditet. Desuden er manglende social støtte og netværk en risikofaktor. Nogle kvinder er følsomme over for svingninger i kønshormonerne og reagerer med depression i forbindelse med det voldsomme fald af kønshormoner (østrogener), der sker lige efter fødslen.

7.4.5 Tidlig opsporing af perinatal depression

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, jf. principperne om niveauinddeling, i almen praksis, svangreomsorgen og i sundhedsplejen under og efter graviditet kan bidrage til tidligere opsporing af tegn på depression. Gennem tidlig opsporing kan lægens og sundhedsplejens ydelser målrettes og dermed bidrage til at reducere ulighed i sundhed for både forældre og barn.

Med opsporingen af tegn på lettere tilfælde af perinatal depression følger en dialog, som i sig selv kan have en psykoedukativ effekt. Det kan i nogle tilfælde være tilstrækkeligt at identificere problemet, eventuelt suppleret med et opfølgende besøg fra egen sundhedsplejerske, for at familien selv iværksætter en proces.

Edinburgh Postnatale Depressionsscore (EDPS) er et redskab til at opspore tegn på perinatal depression, men er ikke et diagnostisk redskab. Læs mere i *Sundhedsstyrelsens Metodekatalog til anvendelse i sundhedsplejen (sst.dk)*. EPDS er valideret i Danmark og kan anvendes til at opspore tegn på perinatal depression hos kvinder efter fødslen. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor brug af EPDS. International såvel som dansk forskning viser,

at en score på 11 eller derover indikerer en øget risiko for perinatal depression. Derfor bør en score på 11 eller derover give anledning til sundhedsfaglig opfølgning. Forskning peger herudover på, at gravide, der scorer over 11, og fædre/partnere, der scorer 10 eller derover, er i øget risiko for perinatal depression. EPDS kan anvendes til gravide og til fædre/partner efter fødslen, men er ikke valideret til dette formål i en dansk population, hvorfor de anbefalede cut-off-værdier skal vurderes med forbehold.

I 2021 brugte cirka 70 % af landets kommuner Gotland Male Depression Scale (Gotland), især til fædre. Typisk anvender kommunerne en cut-off score på 13 for både kvinder og for mænd, når de anvender Gotland. Der findes dog kun begrænset evidens for anvendelsen af denne skala, og den er ikke valideret i Danmark.

Undersøgelser viser, at der er ulighed i opsporing af tegn på og behandling af perinatal depression, idet mænd og kvinder med etnisk minoritetsbaggrund ikke tilbydes samme systematiske opsporing som mænd og kvinder med dansk baggrund. Sundhedsplejen bør derfor have et øget fokus på kvinder med etnisk minoritetsbaggrund og deres partnere og sikre, at de også tilbydes samme undersøgelse for tegn på perinatal depression som alle andre forældre.

7.4.6 Opfølgning

Sundhedsplejen skal udarbejde lokale kommunale vejledninger for opfølgning ved cut-off på 11 eller derover for gravide og mødre efter fødslen samt ved cut-off på 10 eller derover for fædre/partnere, når undersøgelsen tilbydes i kommunen. Vejledningen bør indeholde retningslinjer for efterfølgende handlinger. Det kan fx være gentagelse af undersøgelsen inden for en til to uger, henvisning til praktiserende læge og henvisning til lokale tilbud, fx familiebehandler, psykolog eller andet. Vejledningen bør afspejle kommunens brug af niveauinddeling og de tværprofessionelle handlinger, der eventuelt er påkrævede.

Sundhedsplejersker kan ved tegn på depression eventuelt gentage undersøgelsen efter kortere tid og/eller opfordre forældre til at søge egen læge. Såfremt kommunen har tilbud til forældre med tegn på perinatal depression, kan der eventuelt henvises hertil. Kommunen udarbejder opfølgningsprocedurer afhængigt af lokale tilbud og samarbejdsaftaler.

EPDS findes på 37 sprog, heraf er den i 2023 valideret på 19 sprog, inklusive 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.

7.5 Børn som pårørende til forældre med alkoholproblemer

Omkring 109.000 børn i Danmark lever i familier, hvor alkohol fylder for meget, svarende til cirka hvert tiende barn. Der er tale om et alkoholproblem i en familie, når forbruget af alkohol virker forstyrrende 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, både den voksne, der drikker, partneren og børnene. Alkoholproblemer i familien 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 fundet højere frafald fra ungdomsuddannelser hos 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 sundhedsydelser opstår formodning om, at børn eller unge bor i familier med alkohol-, hash- eller andre misbrugsproblemer, skal sundhedspersoner afholde en samtale med forældrene med udgangspunkt i den aktuelle bekymring for barnets eller den unges sundhed, trivsel og udvikling.

Sundhedsstyrelsen har udgivet materiale, der giver inspiration og støtte til, hvordan sundhedspersoner kan indlede og gennemføre en samtale om bekymrende alkoholbrug i hjemmet. Læs mere i folderen *Når forældre drikker for meget* ([sst.dk](#)).

Børn, der udsættes for tobaksrøg efter fødsel samt brug af nikotinprodukter som fx cigaretter og snus under graviditeten, er i øget risiko 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 tobaksforurennet luft.

7.6 Vold i nære relationer

Vold i nære relationer har alvorlige fysiske, psykiske og sociale konsekvenser for de personer, der udsættes for og overværer volden. Graviditet og familieførelse er ofte forbundet med ændringer, både fysisk og følelsesmæssigt, men også sociale og økonomiske krav kan ændre sig, når familien udvides. Det kan øge konfliktniveauet og medføre, at volden kan

starte, eskalere eller forværres i graviditeten og den første tid med det lille barn. Gravide og deres partnere samt nye forældre befinder sig i en fase af livet, hvor de er mere åbne 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, og det kræver indgående viden om vold og tegn på vold at kunne opspore individuelt på baggrund af en mistanke. Ved at opspore og målrette indsatser mod vold i nære relationer hos gravide, kommende og nye forældre kan sundhedsvæsenet bidrage til at fremme både børns og voksnes trivsel og styrke deres fysiske og psykiske sundhed.

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. Risikoen er højere, såfremt barnets forældre oplever stress i forældrerollen, mangler overskud, 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 sin 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 at det kan have følgevirkninger 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 vækstmønster 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 tendens til gråd.

Tidlig eksponering for vold hænger sammen med senere emotionelle forstyrrelser (fx angst og depression), selvmordstanker, manglende impuls-kontrol og nedsat arbejdschukommelse. De større børn kan få adfærds-

vanskeligheder 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 sjældent en bedsteven. De har eksempelvis stort skolefravær og præsterer dårligere ved folkeskolens 9. klasseprøver sammenlignet med børn, der ikke har været 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 7.2. En stor andel af børnene fortæller ikke om volden til nogen, og børn, der udsættes for vold eller overværer 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.

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 at miste sin opholdstilladelse samt at miste forældremyndighed. Familierne kender ofte ikke til sundhedsplejerskens opgaver og funktion, og brug af tolk kan være væsentlig. I opsporingen af vold blandt gravide, kommende og nye forældre med etnisk minoritetsbaggrund er det vigtigt at være opmærksom på, at hvis ægtefælle eller familie deltager i en konsultation og agerer tolk, kan dette forhindre opsporingen af vold, herunder æresrelateret vold.

7.6.1 Æresrelaterede konflikter og negativ social kontrol

Æresrelaterede konflikter opstår også i de nære relationer, men adskiller sig ved at præcisere et motiv for volden, nemlig kollektivets behov for at værne om æresnormerne, som skal forstås som et sæt af regler og normer, der har til hensigt at opretholde familiens ære og status. Æresrelaterede konflikter opstår især inden for kollektivistiske familieformer, hvor den nære og udvidede familie opfattes som en samlet enhed, både når den er bosat nært eller fjernt fra familien. I de æresrelaterede konflikter vægtes hensynet til kollektivet højere end hensynet til den enkelte, og ét familie-medlems handlinger påvirker derfor hele kollektivet.

Negativ social kontrol anvendes i æresrelaterede konflikter for at opretholde æresnormerne og/eller sanktionere dem, der bryder med disse normer. Sanktionerne udøves ofte af mere end én person, aktivt eller stiltiende, hvilket har betydning for sikkerhedshensynet i disse sager. Både kvinder og mænd, piger og drenge kan være udsat for vold og sanktioner, der udspringer af kollektivets forsøg på at værne om æresnormerne.

Æresrelaterede konflikter og negativ social kontrol er defineret i vejledningen til barnets lov.

Hvis der opstår mistanke om, at et barn bliver udsat for vold eller er vidne til vold i hjemmet, skal der ske underretning til de sociale myndigheder, jf. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge – Lovbestemte rammer* om underretningspligt.

Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for International Rekruttering og Integration har udviklet et materiale til sundhedsprofessionelle om opsporing af vold og indsatser målrettet gravide og nye familier. 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.

7.7 Migrerede børns sundhed og vilkår

Hvert år kommer der børn til Danmark fra både vestlige og ikke-vestlige lande på grund af fx familiesammenføring, adoption, forældres valg om migration, fx for job- eller uddannelsesmuligheder, eller flugt fra krig og personlig forfølgelse.

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.

7.8 Børn i familier, der har været på flugt

En række tilstande er hyppige hos børn, der kommer til Danmark som flygtninge, herunder blandt andet D-vitamin-mangel, tuberkulose, forhøjet IgE og manglende vaccination mod 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.

Mange flygtningebørn har oplevet traumatiske begivenheder i hjemlandet eller i forbindelse med flugt. Disse børn har højere risiko for at opleve store

stressbelastninger i barndommen og senere i voksenlivet at få behov for psykiatrisk behandling eller udvikle 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 stressrelaterede tilstande. Disse børn er desuden i højere risiko for at klare sig dårligt i uddannelsesmæssig sammenhæng senere i livet.

Med udgangspunkt i ovenstående bør sundhedsplejen og almen praksis være særligt opmærksomme på disse børn i deres ydelser til både barn og forældre, da der er dokumenteret betydelige muligheder for både fysisk og mental forebyggelse.

7.9 Den tidlige forældre-barn-relation og -tilknytning

Kvaliteten af den tidlige *tilknytningsrelation*, det vil sige 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.

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 og udgør en alvorlig risikofaktor for at udvikle psykiske vanskeligheder senere i livet, herunder bl.a. sprog-, adfærds- og tilknytningsvanskeligheder, der alle har betydning for ulighed i sundhed. Læs mere i *Sundhedsstyrelsens Metodekatalog til anvendelse i sundhedsplejen (sst.dk)*.

7.9.1 Systematik i undersøgelse og opsporing

Det har stor betydning for den tidlige indsats, at identifikation af risikofaktorer i forhold til barnets sociale og følelsesmæssige udvikling foregår ensartet og systematisk. Der findes aktuelt ikke en standardiseret evidensbaseret metode til observation og vurdering af tilknytnings- eller relationskvalitet, og Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at der bruges eksisterende redskaber for at sikre en systematisk opsporing.

7.9.2 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 tilknytnings-

adfærd klassificeres i fire typer af tilknytningsmønstre. Tallene nedenfor er fra sammenlignelige populationer, som også inkluderer risikogrupper (fx mødre med perinatal depression):

- **Tryk tilknytning:** Barnet bruger effektivt forælderen som tryk base ved udforskning og som en kilde til trøst under negative følelser og ubehag/stress. Dette vil ses hos 51,6 % af børn i en typisk børnepopulation.
- **Utryk tilknytning:** Findes i to former: *Afvisende/undvigende* eller *ambivalent/modstandspræget* tilknytning, som er forbundet med henholdsvis 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 24,95 % af børn i en typisk børnepopulation.
- **Desorganiseret tilknytning:** Er forbundet med en skræmmende og for barnet uforståelig forældreadfærd. Forælderen kan være 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. Dette vil ses hos 23,5 % af børn i en typisk børnepopulation.

Der ses ingen forskelle i forekomsten af de forskellige tilknytningsmønstre på tværs af forældrenes køn eller etnicitet. Der ses dog en forskel i forekomsten af den desorganiserede tilknytning på tværs af forskellige grupper, hvor lavere socioøkonomisk status og psykopatologi øger risikoen med 31 %, mens børn, der har været udsat for mishandling, har en forhøjet risiko på 60 %.

Sundhedspersonale skal have særlig opmærksomhed på børn, hvor man er eller bliver bekendt med ovenstående risikofaktorer, idet disse har implikationer i forhold til tilknytningskvalitet og 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 forældre og barn ændres, ligesom børn kan have forskellige tilknytningsrelationer til hver af deres forældre. Det vil sige, at selvom et barn har en utryk tilknytning til den ene forælder, kan barnet godt have en tryk tilknytning til den anden forælder.

7.9.3 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. Sundhedspersonalet skal derfor være opmærksomme på forældrerens evne til at reagere tilstrækkeligt sensitivt på barnets behov samt deres evne til at mentalisere barnet.

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 opmærksomme på tilstedeværelsen af risikofaktorer ved 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.

7.10 Mental trivsel og sundhed

Børn og unges mentale trivsel er en voksende sundhedsmæssig udfordring. God 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 10 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 mistrivlsen kan dermed gives videre til barnet.

En 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. Mistrivsel øger risikoen for at udvikle mentale helbredsproblemer, som begrænser udviklingsmuligheder og øger risikoen for indlæringsproblemer og alvorlig sygdom - både psykisk og fysisk.

WHO's definition af mental sundhed eller trivsel er følgende:

"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 præciseres 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 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.

Fællesskaber har stor betydning for trivsel. Der er identificeret fem elementer i forhold til, hvad der præcis gør, at fællesskaber kan fremme mental sundhed. De fem elementer er identificeret med afsæt i organiserede fritidsfællesskaber og består af:

- 1) Social forbundethed – at opleve samhørighed og støtte i fællesskabet.
- 2) Udvikling af kompetencer – at mærke fremgang og blive bedre til aktivitetens indhold.
- 3) Udvikling af selvtilid – at opleve, at egne evner bidrager til fællesskabet og værdsættes af andre.
- 4) Lystbetonet deltagelse – at deltage af egen lyst og motivation.
- 5) Tryghed og tillid – at føle sig tryk, kunne være sig selv og have tillid til de øvrige deltagere og instruktører.

Sundhedsplejen og almen praksis har hver især og 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 at opspore mistrivsel og dens bagvedliggende årsager samt forebygge, at mistrivsel udvikler sig til mentale helbredsproblemer. Det sker dels gennem de universelle forebyggende og sundhedsfremmende undersøgelser og samtaler og ved systematisk anvendelse af evidensbaserede metoder – læs mere i *Sundhedsstyrelsens Metodekatalog til anvendelse i sundhedsplejen (sst.dk)*.

7.11 Sproglig udvikling

Sprogudviklingen starter tidligt i barndommen, men der er social ulighed i, hvor hurtigt børn lærer sprog. Der er en sammenhæng mellem et svagt sprog tidligt i livet, dårligere læring, manglende uddannelse, helbredsproblemer, dårligere sociale relationer og dårligere trivsel helt ind i voksenlivet. Sproglig udvikling er således en vigtig markør i forhold til 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 evne 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 mestringssevne.* Forældres oplevelse af deres mestringssevne i forælderrollen har fx betydning i forhold til børns sproglige udvikling, formentlig fordi forældre med høj selvtillid i forælderrollen 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 7.9).
- **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, samt ikke mindst hvordan og hvor ofte forældrene taler med deres børn, har stor betydning. Børn i hjem med rige læringsmiljøer hører op til 7,5 gange så mange ord end børn, der vokser op i fattigere læringsmiljøer, og næsten dobbelt så mange ord end gennemsnittet. Stærke hjemmelæringsmiljøer fremmer gode sproglige, 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, der har betydning for barnets sprogudvikling og bidrager til at reducere 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 indsatser.

Med udgangspunkt i ovenstående bør sundhedsplejersken være opmærksom på hjemmelæringsmiljøet og støtte forældrene i, hvordan de bedst kan stimulere deres barns sproglige udvikling i overensstemmelse med barnets alder. Det kan ske ved at vejlede forældrene generelt om sprog-understøttende adfærd i forskellige hverdagskontekster samt om betydningen af leg med bogstaver og ord, rim og remser, fortælle og læse historier, samtaler om fælles oplevelser og uformelle læringsrige aktiviteter i samværet med barnet. Det er ligeledes centralt 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.

7.11.1 Forebyggelse af svage læsekompetencer, herunder dysleksi

Læsefærdigheder påvirker livskvalitet og uddannelsesmuligheder. 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-års-alderen i samspil med barnets 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 i alderen 1,5-3 år hænger sammen med læsekompetencer i 6. klasse og eksamenskarakterer ved 9. klasses afgangseksamen.

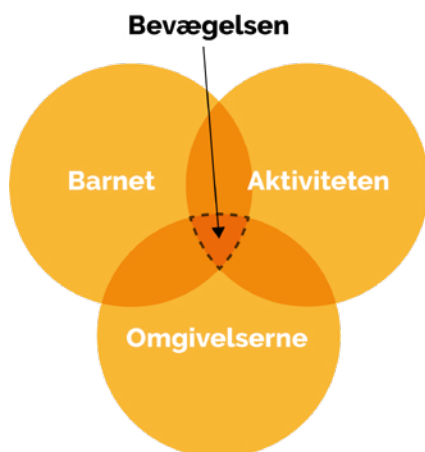
Der henvises til materiale udviklet af Børne- og Undervisningsministeriet til brug for sundhedspleje og dagtilbud (emu.dk).

7.12 Motorisk udvikling

Alderssvarende motoriske færdigheder har betydning for barnets kognitive, mentale og fysiske sundhed, herunder risiko for udvikling af overvægt, barnets socioemotionelle 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 de sociale relationer til 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 opfattelsen 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 (barnets leg) og omgivelserne (miljøet, legen finder sted i), ligesom barnets vilje og motivation har betydning for den motoriske udvikling. Bevægelsesadfærden skal således vurderes i bred forstand.

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



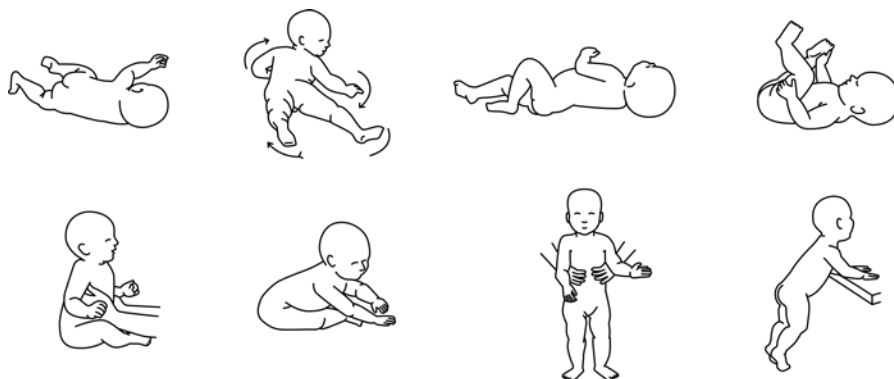
Med inspiration fra: Shumway-Cook & Woollacott; 2017 Motor Control

Ensartet og systematisk vurdering af barnets motoriske udvikling er en central del af sundhedsplejerskens tilsyn, når barnets udvikling, sundhed og trivsel vurderes. 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 barnets motoriske udvikling ved hjemmebesøg anbefales for at opspore børn med forsinket motorisk udvikling, baseret på den systematiske, standardiserede evidensbaserede metode, kaldet AIMS (Alberta Infant Motor Scale). Læs mere i *Sundhedsstyrelsens Metodekatalog til anvendelse i sundhedsplejen (sst.dk)*.

Ved forsinket motorisk udvikling, hvor der samtidig er reguleringsmæssige og udviklingsmæssige sårbarheder, henvises forældrene til enten kommunal fysioterapeut, ergoterapeut, praktiserende læge eller andre relevante samarbejdspartnere i kommunen med henblik på udredning og eventuelt behandling. Det anbefales, at kommunen udarbejder retningslinjer for henvisningsprocedurer i samarbejde med børnefysio- og ergoterapeut,

praksiskonsulent eller andre relevante fagprofessionelle, fx pædagoger i dagtilbud, således at henvisningerne 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 positurer fra AIMS.

7.13 Fysisk aktivitet

Der er ulighed i, hvor fysisk aktive børn og unge er, afhængigt af forældrenes uddannelsesniveau og socioøkonomi. Børn og unge fra familier, hvor forældrene har en kort uddannelse, har større risiko for at være mindre fysisk aktive end børn og unge, hvis forældre har en lang uddannelse.

Kroppen gennemgår en betydelig udvikling fra spædbarnsalderen til slutningen af skolealderen, hvilket betyder, at både forståelsen af fysisk aktivitet og måderne, børn og unge kan være fysisk aktive på, varierer med alderen. Ligesom med motorisk udvikling er det vigtigt, at børn og unge udfordres i deres bevægelsesmønstre 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 ti 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 spædbørn gælder, at maveliggende på fast underlag, leg på gulv og tumlen er væsentlige grundelementer for bevæglæde og udvikling af muskulaturen som forudsætning for senere fysisk aktivitet. For de yngre 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). Varighed, regelmæssighed og intensitet samt udvikling af muskelstyrke er de væsentligste elementer i de fysiske aktiviteter, når det gælder unge i udskolingsårene. Det kan både være med brug af kroppens egen vægt eller med lettere vægte.

I nedenstående beskrives det, hvordan fysisk aktivitet kan tilpasses og understøtte børn og unge i forskellige aldersgrupper. Aldersgrupperne er valgt i forhold til sundhedsplejens ydelser og svarer ikke til de officielle udmeldinger om aldersgrupper.

0-4 år

Børn under 1 år bevæger sig helt naturligt og spontant, og al bevægelse styrker deres motoriske udvikling, sundhed og trivsel. Gennem bevægelse lærer barnet at kontrollere sin krop, at bruge kroppen til at udtrykke sig og til at skabe kontakt med andre. 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 samt 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 udvikles og kombineres til mere komplekse bevægelsesmønstre. 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-års-alderen 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, udvikling af overvægt samt forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol.

Der anbefales minimum 60 minutters 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.

7.13.1 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 bruge kroppen til at danne kropslige erfaringer, som kan bruges til at fastholde en fysisk aktiv livsstil hele livet.

Bevægelsesglæde er vigtigt i forbindelse med fysisk aktivitet og bevægelse blandt børn og unge. Bevægelsesglæden kan formes i barndommen gennem bl.a. familien, i fritiden med fx venner og i dagtilbuddet, og den har betydning for, om barnet vælger at lege og lære, hvilket skaber mulighed for at lære gennem bevægelse. Med bevægelsesglæde øges sandsynligheden for at opnå kropslige erfaringer og udvikle og fastholde sunde bevægelsesvaner.

I forhold til at opretholde en fysisk aktiv livsstil er der identificeret fire komponenter, som er afgørende for at opnå kropslige erfaringer.

Det drejer sig om:

- 1) Fysiske kompetencer.
- 2) Selvtillid.
- 3) Viden og forståelse.
- 4) Motivation.

7.14 Søvn

Tilstrækkelig og god søvn, sunde vaner samt en stabil emotionel kontakt med forældre er nødvendig for børns sundhed og udvikling. 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 (det vil sige 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 dem med 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 blåt 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. Der henvises til *Anbefalinger om brug af skærm* på Sundhedsstyrelsens hjemmeside ([SST.dk](https://sst.dk)).

De generelle råd om at undgå alkohol og rygning, dyrke regelmæssig fysisk aktivitet samt vælge sunde mad- og drikkevarer gælder også, da disse vaner 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:

Spædbørn 0-3 måneder

Spædbørn på 0-3 måneder anbefales at sove 14-17 timer på et døgn.

Søvnlængde på både 11-13 timer og 18-19 timer kan være passende for spædbørn på 0-3 måneder. Anbefalinger for søvnlængde kan ikke anvendes i løbet af de første dage af livet, hvor lang søvn kan være normalt for et spædbarn.

Når barnet er mellem 1-4 uger, er døgnrytmen endnu ikke etableret, søvn-mønstret er uregelmæssigt og ikke relateret til dag og nat, men snarere til sult og mæthed. Den normale søvncyklicitet udvikles gradvist efter føds-

len og får den typiske rytme fra 6-8-ugers-alderen. Søvncyklus er kortere og varer typisk cirka 50 minutter (kontra 90 minutter hos en voksen) og ændres gradvist, når barnet vokser. Spædbarnet sover som regel kun i en til to søvncyklusser ad gangen. De længste sammenhængende søvnperioder er cirka 4 timer lange. Sygdomme, smerter, mavekneb og forstyrrende forhold i omgivelserne kan påvirke søvn mønstret. Tidligt fødte børn kan have større søvnbehov.

I 1-3-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.

Spædbørn 4-11 måneder

Spædbørn på 4-11 måneder anbefales at sove 12-15 timer på et døgn, inklusive lure i løbet af dagen.

Søvn længde på både 10-11 timer og 16-18 timer kan være passende for spædbørn på 4-11 måneder.

Døgnrytmen forankres i denne periode. Den sammenhængende søvn øges langsomt i perioden til 4-6 timer ad gangen med mere vågenhed i dagtiden. Et spædbarn på 8-11 måneder vil typisk være i stand til at sove igennem, defineret som 5 timers samlet søvn. Barnet har typisk brug for at sove to til tre gange i løbet af dagen.

Småbørn 1-2 år

Småbørn på 1-2 år anbefales at sove 11-14 timer på et døgn, inklusive lure i løbet af dagen, med regelmæssige sove- og opvågnings tidspunkter.

Søvn længde på både 9-10 timer og 15-16 timer kan være passende for småbørn på 1-2 år.

De fleste 1-årige sover en til to lurer i løbet af dagen. Mellem 1- og 2-årsalderen kan de fleste børn nøjes med at sove en eftermiddagslur.

Børn 3-5 år

Børn på 3-5 år anbefales at sove 10-13 timer på et døgn, inklusive eventuelt en lur midt på dagen, med regelmæssige sove- og opvågnings tidspunkter.

Søvn længde på både 8-9 timer og 14 timer kan være passende for børn på 3-5 år.

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.

Børn 6-13 år

Børn på 6-13 år anbefales at sove 9-11 timer på et døgn med regelmæssige sove- og opvågningstidspunkter.

Søvn længde på både 7-8 timer og 12 timer kan være passende for børn på 6-13 år.

Sengetiden bliver gradvis senere, og det generelle søvnbehov falder med en time hen over perioden. Barnets og familiens mange aktiviteter kan øge risikoen for, at barnet kommer for sent i seng til at få dækket sit søvnbehov sufficient. En 6-årig har typisk brug for 10-11 timers søvn, mens den 13-årige generelt kan klare sig med færre timer.

Unge 14-17 år

Unge på 14-17 år anbefales at sove 8-10 timer på et døgn med regelmæssige sove- og opvågningstidspunkter.

Søvn længde på både 7 og 11 timer kan være passende for unge på 14-17 år.

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.

7.14.1 Utilstrækkelig søvn

I de første barneår får de fleste børn tilstrækkelig søvn, men efterhånden som barnet vokser, kan det blive en stigende udfordring at sikre en god og sund søvn. Forventninger, forstyrrende forhold, brug af medier og skærme og tilpasning til ændret søvn kan være medvirkende til, at søvnvaner ændres.

Med alderen oplever flere børn en stigende tendens til utilstrækkelig søvn. Dette sker, når sengetiden bliver for sen i forhold til tidspunktet for opvågning. Utilstrækkelig søvn (eller kort søvn) opstår typisk efter 8-års-alderen og er hyppig i teenageårene.

Utilstrækkelig søvn opstår særligt, hvor familien har sen adfærd og sen anvendelse af skærmmedier.

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

7.14.2 Søvn hos børn med kroniske sygdomme

Børn med kroniske sygdomme, fx psykiske, medicinske og neurologiske sygdomme, har oftere søvnproblemer og søvnsygdomme. Hvis forældre er tvivl om håndtering af dette, bør der henvises til en primær behandler af kroniske sygdomme.

Yderligere kan der opstå søvnsygdomme hos børn som fx søvnapnø, natlige episoder med abnorm adfærd eller anfald og narkolepsi. Børn, der mistænkes for søvnsygdomme, bør henvises til søvnklinik med kompetencer for udredning af søvnsygdomme hos børn.

7.15 Unges brug af alkohol, tobak og nikotinprodukter

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 udskoling, 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 lejlighedsvis. Hvis man ikke medtager cigaretter, er andelen af børn og unge, der bruger nikotinprodukter cirka 15 %. Det betyder, at omtrent halvdelen af dem, der bruger nikotinprodukter, udelukkende bruger andre nikotinprodukter end cigaretter. Blandt de røgfrie nikotinprodukter er det fx 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.

7.15.1 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 i øvrigt afsnit 5.1.

Nedenstående sundhedsmæssige faktorer og konsekvenser bør inddrages i undervisning og samtaler:

Øget sårbarhed og risikovillighed i forhold til alkohol

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 nikotinafhængighed og en særligt sensitiv periode for varige skader af alkohol og nikotin, især på hjernens udvikling. Nikotin- og alkoholindtag – i særdeleshed rusdrikning defineret som fem 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 på grund af 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. Læs mere om forældre som beskyttende faktorer på Fælles om ungelivet, Sundhedsstyrelsen (sst.dk).

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.

Brug af energidrikke til børn og unge mellem 15-17 år

Energidrikke er blevet en populær drik blandt børn og unge. Energidrikke er læskedrikke med højt indhold af koffein, sukker og høj surhedsgrad. Et stort indtag af koffein, sukker og drikke med høj surhedsgrad kan give forbigående adfærdsændringer som uro, irritabilitet, nervøsitet, angst og søvnløshed samt forårsage syreskader på tænderne. Derfor frarådes børn at drikke energidrikke, og unge mellem 15-17 år anbefales at indtage maksimalt en halv liter om ugen.

7.16 Højde- og vægtudvikling gennem skolealderen

Et barns vækst er genetisk programmeret og samtidig et mål for både fysisk og mental trivsel. Genetiske, ernæringsmæssige og psykosociale faktorer samt visse medfødte eller erhvervede sygdomme påvirker vækst og udvikling. Derfor er det vigtigt, at børn og unges vækst monitoreres regelmæssigt, således at der kan ske tidlig opsporing af forhold, der kræver sundhedsfaglig og/eller socialfaglig opfølgning.

Monitorering af børn og unges højde og vægt sker regelmæssigt ved indskolingsundersøgelsen, på mellemtrinnet og ved udskolingsundersøgelsen for at følge den enkeltes udvikling. 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 af sundhedsplejens indsatser.

Det kan fx dreje sig om:

- Henvisning til egen indsats, det vil sige opfølgning ved sundhedsplejersken for at vurdere, i hvilken retning afvigelsen udvikler sig
- Henvisning til egen læge for udredning i forhold til, om der er tale om en sygdomstilstand
- Henvisning til den relevante forvaltning for social- eller familieområdet, hvis det samlede billede giver anledning til bekymring for barnets/den unges trivsel og generelle udvikling.

For uddybning af begrundelser for monitorering af børn og unges vækst gennem skolealderen henvises til Sundhedsstyrelsens *Fagligt notat til sundhedsplejersker om monitorering af højde og vægt gennem skolealderen* (sst.dk).

7.16.1 Samarbejde og opfølgning med forældrene

Alle henvisninger skal ske i samarbejde med forældrene, medmindre der er tale om bekymringer for omsorgssvigt, og forældrene ikke ønsker at samarbejde.

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. Læs mere i afsnit 7.2.

8. Udvalgte undersøgelser og kliniske problemstillinger med forebyggelsespotentialer

Sundhedsplejersker og læger i almen praksis udfører en række undersøgelser for at opspore sygdomme og tilstande, hvor forebyggende indsatser kan fremme barnets sundhed. I dette kapitel præsenteres en række undersøgelser, der udføres systematisk i mødet med alle børn i henholdsvis sundhedsplejen og almen praksis. Endvidere fremhæves kliniske problemstillinger med forebyggelsespotentialer hos børn, såsom tegn på mistrivsel, psykiske lidelser, ammeproblemer, symptomer på gulsot, for tidlig fødsel samt særlige behov hos børn med indvandrerbaggrund. Rettidig tværprofessionelt samarbejde kan bidrage til at reducere ulighed i sundhed, jf. principperne om niveauinddeling af sundhedsplejens indsatser.

I afsnit 8.1-8.4 præsenteres undersøgelser, der foretages systematisk på grund af forebyggelsespotentialer. I afsnit 8.5-8.8 præsenteres undersøgelser, der foretages ved symptomer eller tegn, ligeledes med forebyggelsespotentialer. I afsnit 8.9-8.13 præsenteres kliniske problemstillinger med forebyggelsespotentialer hos udvalgte subgrupper af børn, herunder børn med psykisk mistrivsel, psykiske lidelser, udviklingsforstyrrelser, kroniske sygdomme, børn født tidligt samt børn med indvandrerbaggrund.

8.1 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 hurtigt 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 cirka 12-måneders-alderen.

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

Hovedomfanget måles med almindeligt målebånd, som placeres rundt om barnets hoved med panderegionens yderste punkt og nakke-regionens yderste punkt som fikspunkter, se tegning nedenfor. I tillæg palperes kraniet med henblik på vurdering af fontanellernes 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 lejr, 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 frembulning 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 i nedenstående.

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

Der findes ikke målbare kriterier for sværhedsgraden af skævt kranie, hvorfor henvisning må baseres på en faglig vurdering. Det skal fremhæves, at tidlig indsats og henvisning (senest ved 3-måneders-alderen) er nødvendig, hvis betydelende 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 om stramning af sternocleidomastoideus.
- Hvis der sker progression trods råd om ændret lejring af barnet.
- Hvis skævheden vurderes at have et ikke ubetydeligt omfang.

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



8.2 Hofteledsundersøgelse

Hoftedysplasi er en underudvikling af hofteskålen. Ubehandlet vil hoftedysplasi give slidgigt 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 hofte luksation. 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.

8.2.1 Hofteledsundersøgelse med henblik på løshed eller luksation af hoften (tegn på hoftedysplasi)

Efter fødslen undersøger jordmoderen og eventuelt også børnelægen barnet for tegn på hofteledsdysplasi. Hvis sundhedsplejersken i de tidlige

besøg får mistanke om hofteledsdisplasi, henvises barnet til den praktiserende læge.

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

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

Ved 5-måneders-undersøgelsen er det ofte svært at påvise en positiv Ortolanis, og derfor vil diagnosen hoftefølsomhed ofte bero på barnets abduktionsindskrænkning eller Galeazzis tegn.

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

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

8.2.2 Test for hoftefølsomhed (Ortolanis tegn)

Ortolanis tegn er kun positivt, hvis lårbenshovedet spontant ligger ude af hoftebækkenen og ved undersøgelsen bringes på plads. Med barnet i ryggleje flekteres hofte 90 grader og abduceres 10 grader. Med anden til fjerde finger placeret over trochanter major og med tomlen medialt på låret abduceres hofte - eventuelt med et let tryk fremad på trochanter major. Mærkes herved et "klunk", en smuttende fornemmelse, hvor lårbenshovedet kommer på plads i hoftebækkenen, er Ortolanis tegn positivt. Der er ikke tale om et hørbart klik. Små klik i hofte er ikke et tegn på hoftefølsomhed.



8.2.3 Test for hofte-luksation (Galeazzis tegn)

Barnet undersøges i rygleje og med 90 grader flekterede hofter. Hvis en hofte er lukseret, står lårbenshovedet over eller bag ved hofteskålen, 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.

8.2.4 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 Ortolanis test. Man starter dog med hoften i abduction, og herefter føres hoften i adduktion, samtidig med at der trykkes bagud og lateralt med første finger. Hvis man mærker et skred i hoften, er testen positiv.



8.3 Hud

Hud undersøges for fx cyanose, bleghed, ikterus, blå mærker (se i øvrigt afsnit 7.6 om vold i nære relationer), naevi, hår- og hudforandringer over columna lumbalis, herunder observation for kongenital dermal melanocytosis, tegn på børneeksem eller andet.

8.4 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 cirka 500 børn om året med en hjertemisdannelse, svarende til cirka 0,8 % af alle levendefødte børn. Omkring 80 % af de svære medfødte hjertesygdomme diagnosticeres i dag ved skanningen i 2. trimester. 50-70 % af alle hjertemisdannelser opdages inden for første levemåned, og 90 % inden for første leveår. Kun cirka 10 % opdages efter 1-års-alderen.

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.

8.4.1 Undersøgelsen

Undersøgelsen består af følgende elementer:

- 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 om forpustethed eller svedtendens ved amning/spisning samt vurdering af vækst.

8.4.2 Fund af mislyde

Mislyd opdaget efter 12-måneders-alderen 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 fx ved anæmi, feber eller hurtig puls. Forældre bør informeres om alle mislyde, som noteres i journal.

Lægen henviser **akut** til børneafdeling hos:

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

Ved mislyde uden ovenstående alvorlige symptomer henviser lægen subakut til børneafdeling hos:

- Alle børn under et år med mislyde.
- Børn med familiær disposition i lige linje, det vil sige hos mor og far eller søskende, til især tidligt opstået hjertesygdom eller synkoper i familien eller hos barnet.

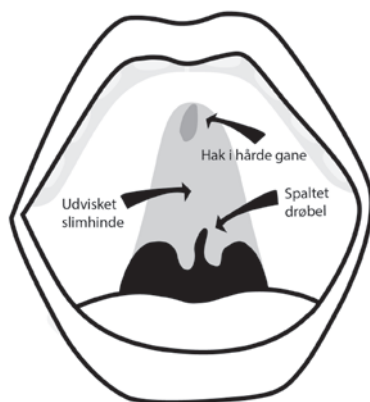
Ved tvivl om, hvorvidt det drejer sig om fysiologisk/patologisk mislyd, eller om mislyden er auskulteret i flere situationer uafhængigt af infektion eller feber, bør der overvejes yderligere vurdering.

8.5 Læbeganespalte, inklusive submucøs ganespalte

Der fødes årligt cirka 130-140 børn med læbeganespalte, heraf cirka 45 med isoleret ganespalte (inklusive submucøs ganespalte). En stor del af disse isolerede ganespalter opdages på nuværende tidspunkt ikke ved den første undersøgelse af barnet efter fødslen på fødested. 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. Cirka 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 af inspektion.



8.5.1 Undersøgelse ved palpation og inspektion

Undersøgelse sker ved etableringsbesøg af sundhedsplejersken og eventuelle besøg, hvis barnet udviser symptomer.

Palpation: En spalte i den bløde del af ganen mærkes ikke, men kan give samme problemer som ved en komplet ganespalte. En god sutterefleks 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: Tungen 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.

Følgende bør undersøges:

- Raphe i den bløde gane: Der skal være en hvid streg i den bløde gane, som kaldes raphe. Denne indikerer, at musklerne er sammen-voksede og dermed sidder, som de skal. Hvis raphe mangler, kan ganen se gennemsigtig/blålig ud.
- Drøblens tilstand: Det skal kontrolleres, om drøblen er hel, eller om der er tegn på spaltning.

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

8.5.2 Tungebånd

Tungebåndet er en slimhinefold, 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 tungens udseende er der ikke grund til klip af tungebånd (frenotomi) i ammeperioden, hvis der ikke er problemer med amning, 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 eventuelt 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 problemer med amning og tidligt ammeophør, men vil i mange tilfælde ikke give gener eller symptomer. Problemer med amning kan opstå, da tungebåndet kan begrænse tungens 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 problemer med amning:

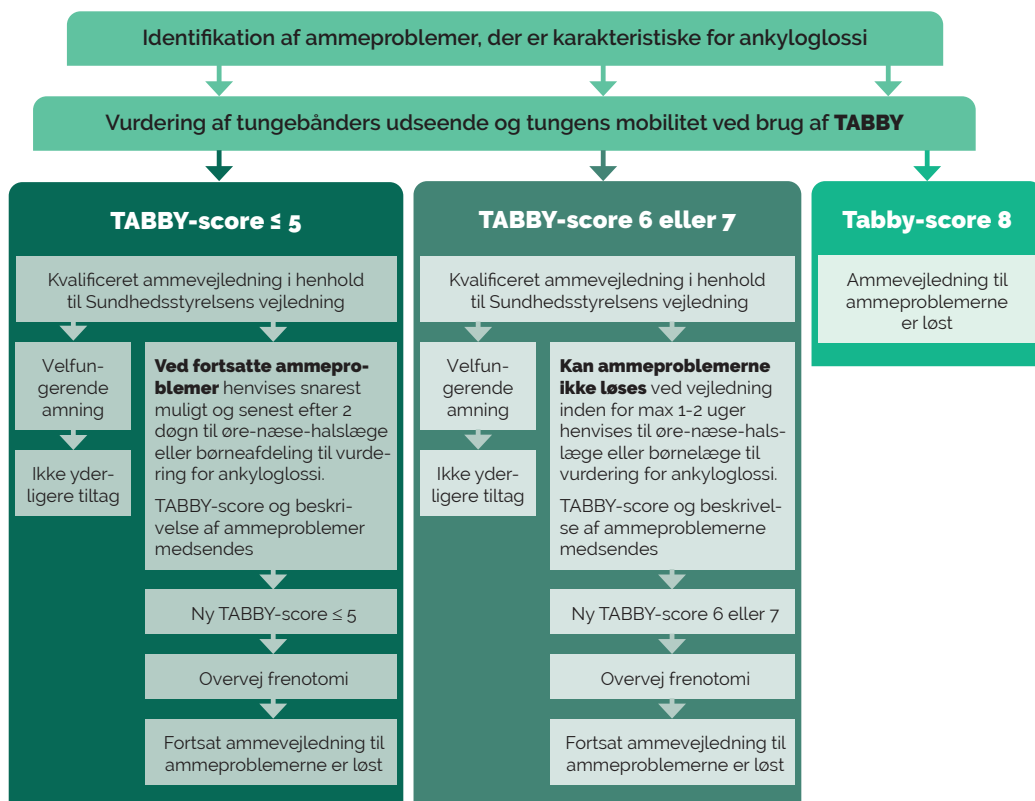
- Vedvarende smerter og eventuelt sår på moderens brystvorter
- Dårlig sutteteknik:
 - Barnet har svært ved at få godt fat om brystvorten.
 - Barnet kan have fat for yderligt på brystvorten.
 - Barnet kan have svært ved at fastholde grebet om brystvorten og slipper derfor hyppigt brystvorten.
 - Barnet 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 problemer med amning.

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 på næste side baseret på de nationale kliniske retningslinjer for undersøgelse og behandling af ankyloglossi hos ammede spædbørn.

National klinisk retningslinje for undersøgelse og behandling af ankyloglossi hos ammede spædbørn

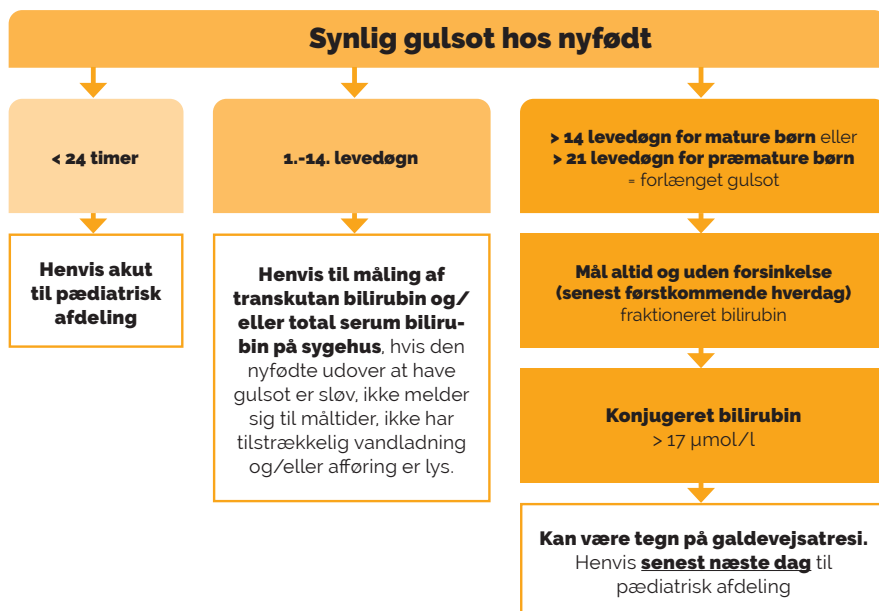


8.6 Forlænget gulsot hos nyfødte

Gulsot (ikterus) ses hos cirka 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), men dette 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 hos nyfødte er oftest godartet og svinder spontant, men tre 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, såfremt den nyfødte udover at have gulsot er klinisk påvirket, det vil sige 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 førstkomende 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.



8.6.1 Vurdering af gulsot i forbindelse med hælblodprøve på fødestedet

Den nyfødtes eventuelle gulsot vurderes i forbindelse med hælblodprøven senest 72 timer efter fødslen af jordemoder eller anden sundhedsprofessionel, som tager stilling til, om måling af bilirubin med transkutan måling eller blodprøve er relevant. Prøvesvaret afgør, om der er behov for lysbehandling eller kontrol en til to dage senere.

8.6.2 Vurdering af gulsot 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 ovenfor, og henviser ved behov til praktiserende læge for undersøgelse og vurdering, hvis barnet er over 7 dage gammelt.

Der påhviler sundhedsplejersken et selvstændigt ansvar for at følge op på, at Sundhedsstyrelsens patientforløbsprogram vedrørende opsporing af galdevejsatresi bliver fulgt, såfremt barnet har gulsot ud over de første 14 levedøgn (præmature efter 21. levedøgn). Når sundhedsplejersken har henvist barnet til den alment 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 vedrørende 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 afsnit 8.6 og yderligere information på Sundhedsstyrelsen hjemmeside om *Gulsot hos spædbørn (sst.dk)*.

8.7 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 som følge af en svær hypospadi og manglende descensus af testes.

8.7.1 Undersøgelse af 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 med henblik på 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 derfor ikke kræver behandling, medmindre barnet udvikler symptomer.

Kønslæmlæstelse af piger, også kendt som kvindelig omskæring, hvor dele af de ydre kønsorganer fjernes eller skades uden medicinsk grund, er ulovligt.

8.7.2 Undersøgelse af drenge

De ydre kønsorganer inspiceres med fokus på fylde i skrotum samt størrelsen og udseendet af penis. Skrotum palperes for at vurdere indholdet. Er testiklerne til stede, hvad er testiklernes størrelse (normalt 1 ml hos nyfødte), er der symmetri, og er der andre udfyldninger? Hvis en eller begge testikler er fraværende, undersøges det, om de ligger i lysken, og om de eventuelt 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 to til tre leveår. Ved atypisk forhud (spaltet), krumning af penis og/eller unormal placering af meatus uretra bør

hypospadi mistænkes. Ved udfyldning i skrotum bør man differentialdiagnostisk overveje 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 relateret til urinveje og genitalregionen. Hos drengebørn kan det desuden være en fordel ved alle børneundersøgelser at undersøge, om testiklerne er normalt placeret.

Omskæring af drenge er lovligt, men der gælder særlige regler. Det betyder, at sundhedspersonale, der har med mindre børn at gøre, bør reagere, hvis omskæring er foregået ulovligt eller under faglig standard.

8.7.3 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 % hos børn født tidligt. Spontan nedvandring sker ofte i løbet af det første halve leveår. Ved 3-6-måneders-alderen har kun 1-2 % retentio testis, og efter 6-måneders-alderen 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 afslapning, varme eller et varmt bad. Spørg gerne ind til, om forældrene har observeret testiklerne i pungen, fx i forbindelse med et varmt bad.

Ved mistanke om bilateral retentio testis hos nyfødte henvises direkte til børneafdeling, idet det kan handle om forstyrrelser i kønsudviklingen, (disorders of 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 descenderet ved 6-måneders-alderen (korrigeret alder for børn født for tidligt), henvises til børneafdeling med henblik på operation. For at undgå senfølger/komplikationer skal operation foretages mellem 6. og 12. måned, og allersenenest når barnet er 18 måneder gammel.

Ved retraktile testikler er testiklerne palperet i scrotum ved fødslen. Testiklerne kan bringes ned i scrotum ved fx 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, fx 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.

8.8 Rakitis inklusive 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 fx rakitis, hypofosfatasi eller osteogenesis imperfecta. Undersøgelse for craniotabes foretages ikke rutinemæssigt, men konstateres craniotabes hos et spædbarn over 3 måneder, der er født til terminden, 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 samt for 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 opmærksomme på, om anbefalingerne om et dagligt D-vitamintilskud på 10 g fra 2 uger til 4 år og herefter fra oktober til april 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.

Ved enhver mistanke om udfordringer med tandmineralisering skal henvises til den kommunale tandpleje.

D-vitaminsdråber findes i forskellig dispenseringsform. Det anbefales at anvende dråber, indtil barnet sikkert kan tygge en vitaminpille (minimum 1,5 år), 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.

8.9 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 fx angst eller depression.

8.9.1 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, biologiske, familiemæssige og sociale faktorer, 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.

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 4- og 5-års-undersøgelsen i almen praksis eller i skolen kan SDQ anvendes til at undersøge og nuancere de tegn, barnet viser på mistrivsel. Læs mere i *Sundhedsstyrelsens Metodekatalog til anvendelse i sundhedsplejen* (sst.dk).

8.10 Forebyggelse af psykisk lidelse og tidlig støtte gennem barndommen

Omkring 40 % af alle børn har forældre, hvor en eller begge har kognitive vanskeligheder eller psykiske lidelser i form af angst, depression, personlighedsforstyrrelser, psykoselidelser eller spiseforstyrrelser. Tilstande præget af angst og depression er desuden hyppige omkring graviditet og fødsel. I nogle familier vil udviklingsforstyrrelser som ADHD og autisme desuden være et grundvilkår for familien. Læs mere i afsnit 7.3 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 eventuelt 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 en vurdering af, 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 støtte. Det er vigtigt, at den fagprofessionelle kommunikerer til forældrene, om man forventer en afklaring af symptomerne, eller om der er tale noget forbigående og i så fald den forventede varighed heraf. 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 behov for at vurdere, hvilke indsatser familien har brug for. Såfremt der er tegn på social mistrivsel, har sundhedsplejersken/lægen pligt til at underrette kommunen, jf. bestemmelserne i barnets lov § 133. Efter aftale med forældrene kan sundhedsplejersken, afhængigt af problemstillingen, tage kontakt eller støtte forældrene i at tage kontakt til relevante instanser. Det kan være det kommunale tilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel, den alment praktiserende læge, barnets dagtilbud, kommunens tværfaglige gruppe, PPR eller den relevante

afdeling på børne- og familieområdet. Formålet er, at kommunen kan vurdere, om barnet eller den unge har behov for hjælp eller støtte i henhold til barnets lov. Kommunens undersøgelser skal afdække behov for støtte og inddrage forældrenes og barnets perspektiver i planen for familien. Læs mere om barnets lov i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge – Lovbestemte rammer*.

Ved mistanke om tilstande med en kompleksitet, der 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.

8.10.1 Spæd- og småbørn (0-3-årige)

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 7.9 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.

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

Mistrivsel hos det 4-8-årige barn, som er præget af hurtigt 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, så der kan skabes en nuanceret og mere komplet forståelse af barnets trivsel og adfærd hjemme og i dagtilbuddet.

Ved 4- og 5-års-undersøgelsen 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 undersøgelser og dialog med barnet og forældrene. Undersøgelser og samtaler er udgangspunktet for at identificere tegn på mentale helbredsproblemer eller psykisk lidelse og afgørende for eventuel kontakt til andre myndigheder, jf. bestemmelser i barnets lov eller andre instanser som nævnt ovenfor.

8.10.3 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-års-alderen 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. Det er vigtigt, at den

unge er alderssvarende udviklet og kan opretholde sin hverdag og sine relationer som vanligt. Den mest udbredte psykiske lidelse i aldersgruppen er angst. Herudover er det vigtigt gennem de planlagte undersøgelser at være opmærksom på symptomer på spiseforstyrrelser, depression, selvskade, misbrug og psykosier. Samtidig er puberteten for de fleste præget af generel usikkerhed på mange områder, og der er fortsat behov for forældrestøtte gennem hele perioden. SDQ er et solidt og fagligt anerkendt værktøj, som kan bidrage til opsporing af de børn og unge, som er i mistrivsel, har en psykisk lidelse eller er i risiko for at udvikle en. SDQ bør indgå i vurderingen af, om der er behov for behandling, og kan anvendes fra barnet er 4 år. Læs mere i *Sundhedsstyrelsens Metodekatalog til anvendelse i sundhedsplejen (sst.dk)*.

8.11 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 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 1-års-alderen og samarbejde med dagtilbud og skole om børn med særlige behov. Der kan være behov for, at sundhedsplejersken deltager i det tværprofessionelle samarbejde med forvaltninger på social-, børne- og familieområdet om fx økonomiske forhold og hjælpemidler, og der kan være behov for, at sundhedsplejersken støtter familien i kontakten med det øvrige sundhedsvæsen og som tovholder. Familier med børn og unge med kronisk sygdom anbefales ydelser svarende til niveau 3, jf. principperne om niveauinddeling af sundhedsplejens indsatser.

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 manglende forståelse for vigtigheden af at følge op på kontroller i specialafdelinger, selv når det umiddelbart går godt, eller de udfordringer, som et kompliceret hverdagsliv med et kronisk sygt barn medfører. Lav sundhedskompetence hos forældrene kan fx skyldes begrænset skole-

baggrund, manglende faglig uddannelse eller behov for tolk i mødet med sundhedsprofessionelle. Læs mere om sundhedskompetencer i afsnit 7.1.

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, mens 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. 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.

8.12 Børn født tidligt

Der er flere fysiske, mentale, sociale og udviklingsmæssige vanskeligheder associeret med at være født for 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 for tidlig fødsel.

Der arbejdes med følgende kategorisering af for tidligt fødte børn:

- 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, det vil sige 12 uger før termin.

Tidligt fødte børn kan have kortere eller længere indlæggelse på neonatal-afdelingen, og forløbene varierer i kompleksitet. De fleste 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). Korrektur 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 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 og er rapporteret for op til 53 % hos mødre og op til 33 % hos fædre, ligesom et 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 7.4 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 Sundhedsstyrelsens anbefalinger efter udskrivelse. Hvis dette ikke er tilfældet, skal neonatalafdelingens anvisninger følges, også efter udskrivelse.

8.12.1 Overgangskost til børn født tidligt

Der er ingen evidensbaserede retningslinjer for overgang til skemad, når det gælder tidligt fødte. De tidligt fødte børn skal være neurologisk klar til overgangskost med sufficient hovedkontrol og sufficient mund- og tunge-motorik, når overgangskosten introduceres. Tidligt fødte har ofte behov for ekstra kalorier og jern, især når modermælken aftager og bliver mindre tilstrækkelig efter seks måneder. Tidligt fødte børn anbefales på den baggrund at starte på overgangskost på samme tidspunkt som alle andre børn. Det vil sige tidligst fra 4 måneder og ikke senere end 6 måneder (ukorrigeret), såfremt barnet er neurologisk klar.

8.13 Børn med indvandrerbaggrund og særlige kliniske problemstillinger

Børn med indvandrerbaggrund, som har fået opholdstilladelse i Danmark, har samme rettigheder som børn med dansk statsborgerskab og er omfattet af sundhedsloven samt bekendtgørelsen om de forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Børn uden opholdstilladelse, eller som opholder sig i Danmark som asylansøgere, er ikke omfattet af det danske sygesikringssystem, men kan få sundhedsmæssige ydelser dækket af Udlændingestyrelsen, jf. reglerne i udlændingelovens § 42 a¹⁰. Børn der søger asyl og børn med ulovligt ophold i Danmark har ret til ligebehandling og dermed sygdomsbehandling i henhold til Børnekonventionen. I praksis betyder det, at alle børn i udgangspunkt har samme ret til forebyggende sundhedsydelser i Danmark.

Der er et forebyggelsespotentialer ved en række kliniske problemstillinger hos børn med indvandrerbaggrund. 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 vedrørende fx korporlig afstraffelse af børn. Det kan være en fordel at afklare familiens opfattelser og drøfte disse.

Børn, der efter sundhedsloven har ret til behandling hos alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge samt på sygehus, har i forbindelse hermed ret til vederlagsfri tolkebistand, når lægen vurderer, 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

¹⁰ Bekendtgørelse af udlændingeloven LBK nr. 1009 af 02/09/2024

8.13.1 Opmærksomheder i opsporingen

I forbindelse med opsporing bør der være overordnede opmærksomheder på følgende:

- Vaccinationsstatus: Der foretages en vurdering af barnets vaccinationsstatus, og herefter følges Statens Serum Instituts anbefalinger for tilpasning til det danske børnevaccinationsprogram. Læs mere på hjemmesiden *Det danske børnevaccinationsprogram, Statens Serum Institut (ssi.dk)*. Der bør være særlig opmærksomhed på vaccination mod Human Papilloma Virus (HPV) hos unge.
- Tandstatus (større risiko for caries).
- Kost- og aktivitetsmønstre (større risiko for udvikling af overvægt).
- Sproglig udvikling.

Derudover bør der være opmærksomhed på følgende:

Ikke-smitsomme sygdomme, herunder:

- Mangelsygdomme og underernæring, særligt jern-, D-vitamin- og vitamin B12-mangel.
- Anæmi, forårsaget af fejlnæring, blødningsanæmi, orm eller hæmoglobinopati – med særlig opmærksomhed på børn fra Afrika/afrikansk oprindelse, Middelhavslandene, Mellemøsten, Indien, Pakistan og Sydøstasien.
- Specifikke former for arvelige sygdomme.

Smitsomme sygdomme, herunder:

- Tuberkulose, hepatitis A og B, hiv, syfilis.
- Almindelige børnesygdomme som følge af manglende vaccination.
- Blodparasitter: malaria og filariasis.
- Tarmparasitter.
- Infektioner i hud.
- Luftvejsinfektioner.

Mental sundhed og familiens psykosociale situation, herunder:

- Vurdering af psykosocial situation og mental trivsel. Nyankomne børn, især asylansøgere, er i stor risiko for at udvikle mentale og psykosociale problemer som fx PTSD, depression og angst, bl.a. som følge af migrationsstress eller som børn af pårørende med mentale udfordringer.

- Eventuel vold i hjemmet/vold i nære relationer, både partnervold samt æresrelateret vold/æresrelaterede konflikter, hvor flere familiemedlemmer kan være involveret. Både vold og konflikter kan opstå eller eskalere i forbindelse med migration. Læs mere i afsnit 7.6.
- Børn, der kan have 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. Følgende symptomer kan forekomme:
 - Mareridt.
 - Andre angstsymptomer.
 - Urininkontinens.
 - Fækal inkontinens.
 - Dårlig psykosomatisk trivsel efter ankomst til landet.
 - Aggressiv adfærd.

Bemærk desuden, at:

- Børn og unges oplevelser af krig, fængsling eller flugt kan være forstyrrede eller fortrængte, hvilket kan resultere i uvante eller atypiske udtryksformer.
- Børn kan fx have været 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. Eksposeringer, 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 separation fra vigtige familiemedlemmer samt af forældrenes eventuelle svækkede omsorgsevner som følge af deres egen traumatisering.

8.13.2 Sparrings- og henvisningsmuligheder

Børn med indvandrerbaggrund skal som udgangspunkt henvises til almindelige tilbud inden for sundhedsvæsenet. I tilfælde af særlige problemstillinger kan praktiserende læge henvise 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.



9. Bilag

Bilag 1

Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr 275 af 12/03/2025 §§ 120-126 om Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge

§ 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.

Bilag 2

Bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. BEK 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 Takstnævn 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. Henvvisning 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 svagest 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 uden for 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 sundhedsydelser 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 afgangsbevis 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 retningslinjer for tilrettelæggelsen og indholdet af de forebyggende sundhedsydelser 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 sundhedsydelser 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 sundhedsydelser for børn og unge.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Bertel Haarder / Helle Hyllehøj

Bilag 3

Vejledning i synsprøve i almen praksis og i sundhedsplejen

A. Undersøgelser i almen praksis

Medfødt grå stær (cataract)

Der fødes cirka 25 børn årligt med grå stær. Grå stær medfører uklarhed i øjets linse, hvorved lyspassagen til nethinden forhindres. De første tre levemåneder er kritiske for synsudviklingen, og hvis den tidlige synsudvikling forstyrres, 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 eller retinoblastom gennemføres med rød refleks-undersøgelse med oftalmoskop (se nedenfor).

Den nuværende screening af nyfødte børn for medfødt grå stær og retinoblastom optimeres, så barnet udover at blive undersøgt ved 5-ugers-alderen også bliver undersøgt på tredje levedøgn. Samtidig vil der fremover blive anvendt en mere specifik undersøgelsesmetode (rød refleks-undersøgelse med oftalmoskop). Med optimering af screening for medfødt grå stær forventes det, at børnene diagnosticeres så tidligt, at de kan opereres inden for det kritiske tidsrum, så blindhed og svagsynethed forårsaget af medfødt grå stær minimeres så meget som muligt.

Rød refleks-undersøgelse med oftalmoskop (Brückners test)

Undersøgelse for rød refleks udføres i dæmpet belysning, så pupillen er størst mulig, og barnets opmærksomhed rettes mod lyset fra oftalmoskopet. Barnet undersøges i cirka 0,5-1 meters afstand. Lyset på oftalmoskopet indstilles, så begge øjne belyses samtidig. Undersøgeren kigger gennem oftalmoskopet, som justeres, således at den røde refleks står skarpt. De røde reflekser skal nu fremstå runde og symmetriske med en rød/orange farve og ens intensitet. Hos børn med mere pigmenteret hud fremstår refleksen mere gul-brun-orange. Manglende refleks eller hvidlig pupil er altid patologisk. Ved alle abnorme fund (asymmetri i farve, intensitet, pupilstørrelse) henvises til øjenlæge. Henvisningen skal ske akut ved hvid pupil og subakut ved abnorm rød refleks.

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 1-års-alderen) og 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 i en afstand fra barnet, hvor den kan lyse på begge øjne samtidig. Det vurderes, om lysrefleksen ligger symmetrisk i pupillerne i de to øjne. Denne undersøgelse kan også gennemføres samtidig med undersøgelse for rød refleks med oftalmoskop, hvor man kan se, om lysrefleksen på hornhinden falder midt over pupillen som tegn på fravær af skelen.

Henvi sning 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 tavle opbygget efter LogMAR-princippet 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.

Tavler, der kan anvendes

Tavler, der er opbygget efter LogMAR-princippet.

LogMAR-tavler kendetegnes ved følgende:

- Symbolernes form: Figurer opbygget med streg eller simple bogstavstavler.
- Linjernes opbygning: På hver linje findes fire eller fem symboler, gerne på alle linjer, men som minimum fra 3/6-linjen og nedefter. På hver linje skal den relative afstand mellem symbolerne bevares, hvilket betyder, at 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 tages der stilling til det videre forløb.

B. Undersøgelser i skolen af sundhedsplejerske eller kommunalt ansat læge

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.

Udover 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 øjenlæge.

Der tilbydes farvesynstest ved udskolingsundersøgelsen, såfremt den unge har erhvervsønsker, der kræver fuldt farvesyn. Det gælder følgende uddannelser: skibsmaskinmesteruddannelsen, uddannelser inden for søfart, pilotuddannelsen, lokomotivføreruddannelsen og 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 cirka 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 den er af betydning.
- *Samsyn og læsesyn* kan testes hos optometrist eller øjenlæge. Såfremt barnet har læse- eller indlæringsvanskeligheder, og synet i øvrigt er normalt, bør barnet henvises til undersøgelse.

Opfølgning

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

Tavler, der kan anvendes

Det anbefales at anvende bogstav- eller taltavler opbygget efter LogMAR-princippet. For at godkende en linje skal mindst 3 ud af 5 symboler være læst/tolket korrekt. På hver linje er den relative afstand mellem symbolerne bevaret, hvilket betyder, at linjerne bliver kortere, jo mindre symbolerne er, og symbolerne på hele tavlen danner samlet en omvendt pyramide.

Fremgangsmåde ved synstest

- Afstanden til tavlen bør være 3, 4 meter 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 skal barnet have læst/tolket mindst 3 ud af 5 symboler 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 0. og 1. klasse.

Et væsentligt opmærksomhedspunkt er, om der er sideforskel på synsstyrken, hvilket bør føre til henvisning til øjenlæge. Der må ikke være to eller flere linjers forskel mellem øjnene. En linje kan accepteres, men ikke to.

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 af en sundhedsplejerske, der er uddannet til det. Hvis testen ikke kan udføres i kommunalt regi, henvises barnet til øjenlæge, hvis det er under 10 år, og til optiker, hvis det er ældre end 10 år. Undersøgelsen foretages, hvis barnet har læsevanskeligheder.

Henviſning til øjenlæge

Der henvises til øjenlæge, hvis:

- Synsstyrken monokulært er $\leq 6/9$ (0,67).
- Barnet/den unge klager over hovedpine og svien i øjnene ved længere tids læsning, pc- eller anden skærmbrug, herunder tv o.l.

Et barn, som er over 10 år, skal også ses af øjenlæge, hvis der er tale om en ny erkendt synsnedſættelse. Et barn med kendt myopi, som måles med dårligere syn i de store klasser, kan ses af optiker.

Henviſning til optiker

Såfremt der i forvejen er diagnosticeret en fremadskridende nærsynethed, og der er behov for korrektion af briller, kan barnet henvises til øjenlæge, hvis barnet er under 10 år, og optiker, hvis barnet er ældre end 10 år.

Vedrørende brug af kontaktlinser

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

Bilag 4

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.

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 eller den unge lige akkurat kan høre. Hvis barnet eller den unge ved 20 dB HL kan høre alle frekvenser ved begge ører hver for sig, anses høretærsklerne definitions-mæssigt 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, selvom 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. Der kan med fordel anvendes hovedtelefoner af en type, der omslutter øret, idet denne type dæmper omgivelsesstøj.
- 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 separat med uregelmæssige intervaller, 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 en indikatorknop på et håndsæt, hver gang en tone er hørt.
- Resultaterne af høreprøven indføres i audiogrammet, hvis høretærsklerne indikerer, at yderligere undersøgelse anbefales efter de nedenstående kriterier. En udskrift af 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 samt manglende koncentration/medvirken hos barnet.

Der findes pc-baserede audiometre med semiautomatiske screeningsprogrammer på markedet. Ved brug af et sådant screeningsprogram skal man sikre sig, at screening foretages ned til 20 dB HL intensitet og inkluderer de frekvenser, der er nævnt ovenfor, og i øvrigt være opmærksom på de metodemæssige retningslinjer og de mulige fejlkilder, som er beskrevet ovenfor.

Almindelige hygiejniske forholdsregler overholdes, herunder aftørring med egnet desinfektionsmiddel af den del af hovedtelefon og håndsæt, som barnet er i kontakt med, mellem hver undersøgelse. Der henvises til fabrikantens retningslinjer.

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, på audiologisk afdeling eller høreklub på et 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 forkølelse 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 lægehenvisning.

Afprøvning og kontrol af udstyr

Audiometret skal årligt kalibreres af tekniker til sikring af standardiseringskravene.

Bilag 5

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 foretages en registrering i 4., 5. eller 6. klasse.

Højde/længde registreres i hele centimeter. Afrunding sker til nærmeste hele tal, således at fx 165,4 centimeter afrundes til 165 centimeter, og 165,5 centimeter afrundes til 166 centimeter.

Vægt registreres som gram.

Ved afvigende vækstmønster, både hvad angår højde- og vægtudvikling, skal der ske opfølgning, jf. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge – Lovbestemte rammer*.

Forskrift for registrering af længde til og med 1-års-alderen

Målingen 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 centimeter. Måling med et målebånd er upræcist.

Forskrift for registrering af højde fra 2-års-alderen

Barnet måles stående op ad en væg med samlede ben, uden sko og med blikket rettet lige frem.

Forskrift for registrering af vægt

Barnet vejes på en godkendt vægt. Vægten angives i kilo med en decimal.

- *Spædbørn*: Barnet må højst have undertøje 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.
- *Børn i skolealderen*: 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. Læs mere i afsnit 7.16.

Fravalg af monitorering

Forældre kan fravælge højde- og vægtmonitorering. Hvis dette forekommer, skal sundhedsplejersken vurdere, hvorvidt der er behov for at kontakte egen læge eller børne- og familieteamet, såfremt det kliniske billede eller kendskabet til familien viser, at der er behov herfor.

Bilag 6

Spædbarnets reflekser og 180-graders-undersøgelse af spædbarnets motoriske udvikling

Den praktiserende læge undersøger for sutte-/søge-, gribe-, gang- og moro-refleks ved 5-ugers-undersøgelsen. Sundhedsplejersken undersøger sutte-/søge- og griberefleks ved første besøg. Øvrige reflekser er beskrevet for fuldstændighedens skyld.

Reflekser	Beskrivelse	Debut	Forsvinder
Sutte-/søgerefleks	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	Ca. 2 måneder
Moro-refleks	Når barnet holdes med hovedet bøjet fremover, og hovedstøtten pludselig slippes, ekstenderes og abduceres armene, efterfulgt af adduktion, som ligner en omfavnelse.	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 grader 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. Det 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 er særligt velegnet til børn i alderen 2-10 måneder. Ved undersøgelsen kan væsentlige objektive fund, relateret til de hyppigste udviklingsforstyrrelser, gøres tydelige. Ved den systematiske undersøgelse bevæges barnet 180 grader. For hvert trin i undersøgelsen beskrives en række tidlige tegn på afvigende udvikling. Udførelsen af 180-graders-undersøgelsen giver samtidig systematisk indtryk af spædbarnets kognition, kontakt, sprog, følesans og syn.

Bilag 7

De 12 sygeplejefaglige problemområder, jf. journalføring

Dette bilag beskriver de 12 sygeplejefaglige problemområder, som de kan beskrives inden for sundhedsplejens virksomhedsområde. Eksemplerne er til inspiration, men er ikke dækkende for de individuelle notater, der skal føres.

Spæd- og småbørn:

1. Funktionsniveau – fysisk, mentalt, socialt

Er barnet generelt alderssvarende udviklet?

2. Bevægeapparat – tonus, synkront bevægemønster

Er barnets motoriske udvikling alderssvarende?

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 eventuelt 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 eller andre synlige hudpåvirkninger? Hvordan er 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. Ydre kønsorganer

Er spædbarnets ydre kønsorganer normalt udviklet? Er der tegn på kirurgisk indgreb som fx rituel omskæring og eventuelt 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 særligt sensitivt?

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 udviklingsniveau 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, diarré)?

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/den unges motoriske udvikling været op til undersøgelsestidspunktet? Er barnets/den unges motoriske udvikling alderssvarende?

3. Ernæring – er barnet/den unge normal-, over- eller undervægtig?

Hvordan har barnets/den unges vægt- og højdeudvikling været op til undersøgelsestidspunktet? Følger barnet/den unge sin vækstkurve? Får barnet/den unge tilbudt og spiser tilstrækkelig mad? Får barnet nok og passende drikkevarer hjemme, i skolen og 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?

5. Kommunikation – kan barnet/den unge gøre sig forståelig og forstå sin omverden?

Er barnets/den unges sprogudvikling alderssvarende? Hvordan er kontakten/relationen mellem barnet/den unge og forældrene? Hvordan er kontakten/relationen til barnet/den unge? Hvordan fungerer kommunikationen, både verbalt og nonverbalt, med barnet/den unge? Er barnet flersproget, og giver dette anledning til eventuelle kommunikationsvanskeligheder?

6. 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/den unges farver og vejrtrækning normal? Har barnet/den unge (tegn på) astma? Udsættes barnet/den unge for tobaksrøg? Ryger den unge?

8. Seksualitet – er der sygdom eller medicin, der påvirker barnets/den unges seksualitet?

Er der tegn på pubertet? Hvordan oplever barnet/den unge sit køn, sin krop og sin egen identitet? 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/den unge smerter? (fx 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 barnet/den unge søvnproblemer? Får barnet/den unge søvn nok i forhold til alder (timer)? Hvordan er kvaliteten af barnets/den unges søvn?

11. Viden og udvikling – forstår barnet/den unge en eventuelt kronisk sygdom?

Har han eller hun brug for information eller anden støtte til at håndtere eventuelt kronisk sygdom? Giver barnets/den unges kognitive niveau anledning til behov for særlig støtte i forhold til eventuelt kronisk sygdom samt udvikling og læring i lyset af denne?

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 på grund af skoletoaletterne, fx tilgængelighed eller hygiejne?

Bilag 8

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 skal sundhedsplejersken sikre deres inddragelse i samtalen, så de lærer at handle i forhold til deres sundhed på et kvalificeret grundlag. Handlingerne skal tage udgangspunkt i barnets/den unges subjektive behov, egne sundhedsmål og sundhedsplejerskens faglige vurdering - og kan for eksempel fokusere på mulige ændringer i levevilkår, såsom rammerne for hverdagslivet i skolen, fritidsaktiviteter og hjemmet, samt justeringer i livsstil og vaner i samspil med andre. Afhængigt af barnets alder og emner inddrages forældrene i forhold til de handleorienterede aspekter af sundhedsfremme- og forebyggelsesaktiviteterne. Det er særligt vigtigt at inddrage forældrene regelmæssigt i barnets første skoleår for at etablere tillid mellem forældre og sundhedsplejerske samt opbygge relationer, der danner grundlag for en 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 – det vil sige fx 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 helbreds-, 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 helbreds-mæssige 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 sundhedsplejerskens samtaler, undersøgelser og aktiviteter også tager udgangspunkt i familiens livskvalitet, livsstil, levevilkår og helbred. På den måde omfatter samtalerne og de sundhedspædagogiske aktiviteter alle aspekter af børn 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 omfatter 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 gennemførelse 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 barnet/den unge (og forældre) gælder det således om at styrke handlekompetencen ved at undersøge, hvilke mål om sundhed og trivsel barnet/den unge 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/den enkelte unges (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 2-4, jf. principperne om niveauinddeling af sundhedsplejens ydelser. Det kan her være relevant at overveje, om et hjemmebesøg kan bidrage til at undersøge og understøtte forældrenes muligheder for at handle på et 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 forældre-
ne til de yngste børn er en forudsætning for, at barnet kan udvikle ejerskab
og dermed blive i stand til efterhånden selvstændigt at tage hånd om
egen sundhed og trivsel.

Deltagelse kan have forskellige former. Det vigtige kendetegn ved et del-
tagerorienteret princip er ikke, hvem der får idéerne, men den efterfølgen-
de dialog. Opgaven er på den ene side at lade børn og unge medvirke til at
definere problemer samt 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 forældrene i højere grad, end
det tidligere har været gjort. Aktiv involvering og deltagelse er en forud-
sætning 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 på
to måder: For det første kan handlinger igangsat af børn og unge skabe reel
sundhedsfremme i hjemmet, klassen, på skolen eller i lokalsamfundet – og
dermed også i deres eget liv. For det andet bidrager handlingerne til, at
børnene og de unge generelt udvikler engagement og handlekompetence.

Sundhedsplejersken bør motivere til handlinger, der fører til sundheds-
mæssige forandringer, baseret på de ønsker og behov, der udvikles af
børn, unge og deres familier. Handlingerne bør have både et deltagel-
ses- og et forandringsperspektiv, som kan etableres gennem forskellige
inddragende aktiviteter. Fx kan dette ske ved at tilbyde følgeskab til aktivi-
teter, hvis forældrene ikke har mulighed for det, og støtte til forandringer i
hverdagslivet, fx omkring mad, 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, jf. *Vejledning om
forebyggende sundhedsydelse til børn og unge – Lovbestemte rammer.*



10. Bidragsydere til forebyggende sundhedsydelse

Sundhedsstyrelsen ønsker at takke nedenstående bidragsydere for deres aktive og konstruktive deltagelse i arbejdsgrupperne samt deres bidrag til enkeltopgaver under udarbejdelsen 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 Mayling 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 om 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 om 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 om almen praksis

Bo Christensen, speciallæge almen medicin
Sundhedsstyrelsens sagkyndige i almen medicin

Boel Emanuel, sundhedskonsulent
Københavns Kommune

Christina Kjerulff, speciallæge i almen medicin
Dansk Selskab for Almen Medicin

Lise Høyer, speciallæge i almen medicin
Praktiserende Lægers Organisation

Pia Rønnenkamp, 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, speciallæge i børnepsykiatri, professor dr. med.,
speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

Annette Graungaard, speciallæge i almen medicin

Dorthe Bleses, professor
Institut for Kommunikation og Kultur, Aarhus Universitet

Fabio Trecca, seniorforsker
TrykFondens Børnehaveforskningscenter og Institut for
Kommunikation og Kultur, Aarhus Universitet

Hannah Glismann, sundhedsplejerske
MSP, BA Antropologi

Helle Stegger, lektor
Master i uddannelse og læring, Professionshøjskolen Absalon

Ingrid Nilsson
Kompetencecenter for Amning, Komitéen for Sundhedsoplysning

Marianne Busck Rasmussen
Kompetencecenter for Amning, Komitéen 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

Riikka Svane, adjunkt
TrykFondens børneforskningscenter og Institut for Psykologi

Ruth Ertmann, ass. professor
Københavns Universitet, praktiserende læge, speciallæge i Almen medicin

Toke Bek, professor, overlæge
Øjenafdeling Udskolingen, Aarhus Universitetshospital

Poul Jennum, professor, overlæge, dr.med.
Dansk Center for søvnsygdomme, Afdeling for Hjerne- og nerve-undersøgelse, Rigshospitalet

Ole Rahbek, MD, ph.d., klinisk professor
Aalborg Universitetshospital, Klinisk Institut, Det Sundheds-videnskabelige Fakultet, Ortopædkirurgisk Afdeling

Christel Hjortshøj, afdelingslæge
ph.d., Børnekardiologisk afdeling, Afdeling for Børn og Unge,
Juliane Marie Centeret, Rigshospitalet

Svend Pörksen, ledende overlæge
Børne- og ungeafdelingen, Slagelse Sygehus

Helle Christiansen, sundhedsplejerske
Københavns Kommune

Vibeke Samberg, sundhedsplejerske og leder af sundhedsplejen
Københavns Kommune

Sundhed for alle ♥ + ●