

VEJLEDNING
om forebyggende sundhedsydelse
til børn og unge

2011

VEJLEDNING
om forebyggende sundhedsydelse
til børn og unge

2011

Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge

© Sundhedsstyrelsen 2011

1. udgave, 1. oplag, 2011

Elektronisk ISBN 978-87-7104-142-2

Trykt ISBN 978-87-7104-143-9

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: spædbørn, småbørn, skolebørn, unge, sundhedsfremme, forebyggende sundhedsydelse, sundhedslov

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Fagredaktion:

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, IBCLC

Christine Brot, overlæge, ph.d.

Redaktion:

Birgitte Dansgaard, Komiteen for Sundhedsoplysning

Foto:

Heidi Maximilling

Joachim Rode (side 25 og 122)

Tegninger:

Birgite Lerche, Lerches tegnestue (side 73-74).

Tegningerne side 71-72 er fra Ortopædisk kirurgi, 6. udgave, og bragt med FADL's tilladelse.

Grafisk tilrettelæggelse:

Dyrvig Grafisk Design

Tryk:

GP-Tryk

Version: 1,0

Versionsdato: 01.12.2010

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, 2011

Kan rekvireres hos:

Komiteen for Sundhedsoplysning

E-mail: kfs@sundkom.dk

Hjemmeside: www.sundhedsoplysning.dk

Trykt med vegetabiliske farver uden opløsningsmidler på miljøgodkendt papir



Forord

Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge erstatter publikationen *Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Anbefalinger 2007*.

Vejledningen beskriver, hvorledes kommunalbestyrelsen og almen praksis bedst muligt kan tilrettelægge sundhedsydelse og den sundhedsfaglige indsats, således at sundhedsloven og bestemmelserne i bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 bliver opfyldt.

Vejledningen anlægger et familieorienteret og sammenhængende perspektiv på de forebyggende sundhedsydelse med fokus på børn og familier med særlige behov. Skolesundhedstjenestens indsats lægger i større grad end tidligere vægt på sundhedspædagogiske aktiviteter og samarbejde med skolens ledelse og lærere om at støtte børn, unge og deres forældre i at træffe sunde valg i samspil med andre. Den kommunale sundhedstjenestes konsulentopgaver i dagtilbud og skoler er væsentlig uddybet i forhold til tidligere bl.a. gennem beskrivelse af de forskellige faggruppers opgaver og kompetencer i forbindelse med opgaveløsningen på dette område.

Der er i denne udgave af vejledningen lagt vægt på det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde for at understøtte den samlede lokale indsats omkring børn og unge og deres familier. Et væsentligt værktøj i denne sammenhæng er de lokale sundhedsaftaler. Vejledningen beskriver derfor, hvilke opgaver der med fordel kan inddrages i en sundhedsaftale med henblik på at sikre en sammenhængende, systematisk og koordineret forebyggelsesindsats over for børn og unge.

Sundhedsstyrelsen håber, at denne vejledning kan bidrage væsentligt til at styrke den tidlige forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for børn og unge, og at vejledningen vil blive brugt flittigt i såvel tilrettelæggelse som udførelse af opgaverne.

Sundhedsstyrelsen skal hermed takke de mange fagpersoner, som har bidraget til det konkrete faglige indhold af vejledningen.

Elsbeth Smith

Konstitueret direktør
Sundhedsstyrelsen

Indhold

Indledning	8
1. Lovgrundlag	10
1.1 Sundhedsloven § 119-126	11
1.2 Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler	11
1.3 Indberetning	12
2. Ydelser, opgaver og kommunikation	13
2.1 Fokus og prioritering	13
2.2 Ydelserne på individ- og gruppeniveau i hovedtræk	14
2.3 Øvrige ydelser	15
2.4 Samarbejde om opgaverne i den kommunale sundhedstjeneste	15
2.5 Journalføring og kommunikation	16
2.5.1 Journalføring i den kommunale sundhedstjeneste	16
2.5.2 “Barnets bog”	17
2.5.3 Journalføringspligt for læger	18
2.5.4 Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser	18
2.5.5 Øvrig kommunikation	18
2.6 Tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger m.v.	19
2.7 Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter	19
2.8 Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. til andre formål	20
2.9 Underretningspligt og Barnets Reform	21
2.10 Ved flytning	22
3. Funktionsområder	24
3.1 Den praktiserende læge	24
3.2 Den kommunalt ansatte læge	24
3.3 Sundhedsplejersken	27
3.4 Embedslægen	27
4. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde	29
4.1 Den tværfaglige gruppe	30
4.2 Organisering	30
4.3 Enkeltsager	31
4.4 Tovholder	32
4.5 Samarbejdspartnere	32
4.6 Forældrene	33
4.7 Almen praksis	33
4.8 Skolens lærere og ledelse	34
4.9 Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)	35
4.10 Samarbejde mellem socialforvaltning, skole og politi (SSP-samarbejde) og den kommunale sundhedstjeneste	36
4.11 Samarbejde mellem skole, sundhedspleje og dagtilbud (SSD-samarbejde)	36

4.12	Undersøgelser i henhold til serviceloven § 50	37
4.13	Eksempel på samarbejdsmodel	38
5.	Danske børns sundhed, helbred og trivsel	39
5.1	Social ulighed i sundhed blandt børn og unge	40
5.2	Forskelle i forhold til for tidlig fødsel, lav fødselsvægt og dødelighed i første leveår	40
5.3	Ulighed i helbred	40
5.4	Påvirket trivsel	41
5.5	Sundhedsadfærd	42
5.6	Højde- og vægtudvikling	42
5.7	Ulykker og skader	42
6.	Børn og familier med særlige behov	43
6.1	Tilknytning og relationer	43
6.2	De sårbare forældre – de sårbare børn	45
6.3	Børn og unge i familier med alkohol- og rusmiddel-problemer	46
6.3.1	Stofmisbrug	47
6.3.2	Børn, som i fostertilstanden har været eksponeret for rusmidler	47
6.4	Børn og unge med forældre, der har en psykisk sygdom	47
6.5	Omsorgssvigt	49
6.5.1	Retningslinjer for indsatsen	50
6.6	Opsporing af fødselsdepression	51
6.6.1	Screeningsredskaber	52
6.6.2	Retningslinjer for indsatsen	52
6.7	Børn og unge med handicap og kroniske sygdomme	53
6.8	Børn i familier med anden etnisk baggrund end dansk	54
7.	Generelle forebyggelsestemaer	56
7.1	Alkohol	56
7.1.1	Når forældre drikker for meget alkohol	57
7.2	Allergiske (atopiske) sygdomme	57
7.3	Fysisk aktivitet	58
7.4	Ernæring og kosttilskud	58
7.4.1	Kosttilskud	59
7.5	Overvægt	59
7.6	Rygning	60
7.6.1	Passiv rygning i småbarnsalderen	60
7.6.2	Rygning i teenageårene	60
7.7	Sol	60
7.8	Søvn	61
7.8.1	Utilstrækkelig søvn	63
7.9	Ulykker	63
7.10	Vuggedød	63
8.	Fælles for de forebyggende tilbud til spæd- og småbørn	65
8.1	Lovgrundlag	65
8.2	Fælles for de forebyggende tilbud	66
8.3	Fokus- og indsatsområder	67

9. Særlige kliniske problemstillinger	69
9.1 Craniotabes og rachitis	69
9.2 Ganespalte	69
9.3 Hofteluksation	70
9.3.1 Ortolanis tegn	71
9.3.2 Barlows tegn	71
9.3.3 Galeazzis tegn	72
9.4 Hovedomfang	72
9.5 Icterus	73
9.6 Plagiocephali	74
9.7 Psykiske udviklingsforstyrrelser hos spæd- og småbørn	75
9.7.1 Tidlig opsporing	76
9.7.2 Forebyggelse og intervention	76
9.8 Stetoskopi	78
10. Forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis 0-5 år	79
10.1 5-ugers-undersøgelsen	80
10.2 5-måneders-undersøgelsen	83
10.3 12-måneders-undersøgelsen	85
10.4 2-års-undersøgelsen	87
10.5 3-års-undersøgelsen	88
10.6 4-års-undersøgelsen	90
10.7 5-års-undersøgelsen	92
11. Den kommunale sundhedstjeneste 0-5 år	95
11.1 Tilsyn med barnets sundhed, trivsel og udvikling	95
11.2 Graviditetsbesøg	96
11.3 Tilsyn med barnets trivsel i den første tid efter fødslen	97
11.4 Støtte til opretholdelse af amning	98
11.5 Etableringsbesøget	99
11.6 2. besøg i første levemåned	102
11.7 Det 2 måneder gamle barn	103
11.8 Det 4-6 måneder gamle barn	104
11.9 Det 8-10 måneder gamle barn	105
11.10 Småbørn i alderen 1-5 år	106
11.11 Andre aktiviteter end hjemmebesøg	107
11.12 Den kommunalt ansatte læges opgaver i forhold til 0-5-årige	108
12. Den kommunale sundhedstjeneste 6-18 år	109
12.1 Hovedtemaer og indsatsområder	110
12.2 Sundhedspædagogiske begreber og udfordringer	111
12.3 Ind- og udskolingsundersøgelser	114
12.3.1 Indskolingsundersøgelsen	115
12.3.2 Udskolingsundersøgelsen	118
12.3.3 Ind- og udskolingsundersøgelser til børn og unge, der modtager hjemmeundervisning	120
12.4 Vejledning om skolesundhedstjenestens regelmæssige kontakter gennem skolealderen	120
12.4.1 Undersøgelser og samtaler	120

12.4.2	Samarbejde med forældrene	121
12.4.3	Sundhedspædagogiske aktiviteter	122
12.4.4	Åben konsultation	123
12.4.5	Behovsundersøgelser og behovssamtaler	124
12.5	Metoder og emner	124
12.6	Samarbejde i skolen – udviklingsmuligheder	125
13.	Konsulentfunktionen i dagtilbud og skoler	126
13.1	Pædagogisk kompetence i forhold til konsulentfunktionen	127
13.2	Generel og principiel rådgivning i forhold til andre kommunale aktører	129
13.3	Generel rådgivning og vejledning i forhold til gruppen af børn og unge	129
13.4	Konkret rådgivning vedrørende sundhedsmæssige forhold i den enkelte institution	130
13.4.1	Smitsomme sygdomme	131
13.4.2	Støjskader	132
13.4.3	Forebyggelse af ulykker, inde og ude	132
13.4.4	Indeklima	132
13.5	Rådgivning vedrørende det enkelte barn	132
13.6	Medicering i dagtilbud og skoler	133
13.7	Dansk Center for Undervisningsmiljø	133
Bilag		
1.	Udvalgte bestemmelser i sundhedsloven	134
2.	Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge	138
3.	Andre relevante love	143
4.	Begrebsafklaring	146
5.	Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring	147
6.	Familier af anden etnisk oprindelse end dansk	151
7.	Højde- og vægtmåling	154
8.	Reflekser	155
9.	Vejledning i høreprøve i skolen (audiometri)	156
10.	Vejledning i synsprøve i almen praksis og skolen	158
11.	Opgavefordeling og kompetencebehov ved den kommunale sundhedstjenestes rådgivning i dagtilbud og skoler	162
12.	Bekendtgørelse om gratis vaccination mod visse smitsomme sygdomme m.v.	166
13.	Skrivelse om medicering til børn i dagtilbud, skoler og skolefritidsordninger	167
	Referencegruppe	169
	Arbejdsgrupper	170
	Øvrige bidragsydere	171
	Register	172

Indledning

Sundhedsstyrelsen har ønsket fagligt at begrunde de anbefalede ydelser mere omfattende end tidligere, og har derfor beskrevet indholdet i de konkrete borgerrettede tilbud mere uddybende, især når det gælder spæd- og småbørn. I forhold til *Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Anbefalinger 2007* er der i denne vejledning kommet nye afsnit om danske børns sundhed, helbred og trivsel, om børn og familier med særlige behov samt et afsnit om særlige kliniske problemstillinger og generelle forebyggelsestemaer, som sundhedspersonalet skal forholde sig til i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Vejledningen skal desuden ses i lyset af FN's børnekonvention artikel 24.

Det er væsentligt at fremhæve, at sundhedspersonalet i det forebyggende og opsporende arbejde har en særlig forpligtelse til at henvise til andre relevante fagpersoner i såvel sundheds- som sociale sektoren, såfremt der er mistanke om sygdom, fejludvikling eller om sociale forhold, der har betydning for barnets eller den unges sundhed.

Når det gælder småbørn i alderen 1-5 år har sundhedspersonalet i almen praksis en særlig forpligtelse til at inddrage sundhedsplejersken og/eller socialforvaltningen, såfremt der findes sundhedsmæssige problemer, hvor det vurderes, at det ikke udelukkende drejer sig om helbredsmæssige forhold hos barnet.

Begrebet "den kommunale sundhedstjeneste" dækker såvel læger, sundhedsplejersker, sygeplejersker og andet personale i kommunen, der varetager forebyggende og sundhedsfremmende opgaver i forhold til gravide, børn og unge i henhold til sundhedslovens bestemmelser.

Begrebet "almen praksis" dækker over såvel den praktiserende læge som andet personale ansat i lægens praksis.

Læsevejledning

Når bogen læses i sammenhæng, vil der forekomme en del gentagelser. Baggrunden herfor er, at bogen dels er en beskrivelse af det samlede opgavefelt, dels et opslagsværk, der kan anvendes i det daglige arbejde. Opslagsdelen er markeret med farvekoder. Henvisninger til relevante lovbestemmelser og andet er sat ind, hvor det vurderes nyttigt for læseren.

Når der i teksten blot står "bekendtgørelsen" refereres til gældende bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. Såfremt der i teksten henvises til andre bekendtgørelser, vil disse være beskrevet med num-

mer og dato for ikrafttrædelse. Når der henvises til Sundhedsstyrelsens egne publikationer, er det altid den nyeste udgave, der gælder.

Kapitel 1-9 er af rammesættende, udredende og beskrivende karakter, mens kapitel 10-13 indeholder konkret vejledning om de ydelser, som den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis tilbyder gravide, spæd- og småbørnsfamilier samt børn og unge i den undervisningspligtige alder.

1. Lovgrundlag

Sundhedsloven, lovbekendtgørelse nr. 913 af 13/07/2010 angiver, at formålet med de forebyggende sundhedsydelser til børn og unge er at bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. Det opfyldes ved, at kommunen:

- yder en generel sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats over for målgruppen
- yder en individorienteret indsats over for alle børn og unge gennem vederlagsfri sundhedsvejledning, bistand og funktionsundersøgelser indtil undervisningspligtens ophør
- tilbyder alle børn og unge med særlige behov en øget indsats indtil undervisningspligtens ophør
- tilbyder alle børn og unge i den undervisningspligtige alder 2 forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske
- opretter en tværfaglig gruppe, der sikrer, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og i tilstrækkeligt omfang formidler kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab i forhold til børn og unge med særlige behov
- bistår skoler og kommunale dagtilbud med vejledning om almene sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger.

Derudover tilbyder regionsrådet:

- 7 forebyggende helbredsundersøgelser til børn under den undervisningspligtige alder ved praktiserende læge, herunder vaccination i henhold til Sundhedsstyrelsens gældende anbefalinger.

Sundhedsloven angiver desuden, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal samarbejde om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Dette er beskrevet i bekendtgørelse nr. 778 af 13. august 2009 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler og i vejledning nr. 9698 af 21/08/2009 (gældende) om samme.

Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 fastsætter i henhold til sundhedsloven § 126, hvorledes sundhedslovens bestemmelser udmøntes i kommuner og regioner.

1.1 Sundhedsloven § 119-126

Ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne har kommunalbestyrelsen ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis. Dette fremgår af sundhedslovens § 119. Af stk. 2 fremgår, at kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Af §§ 120-126 fremgår bestemmelserne for de forebyggende sundhedsydelse til børn og unge.

Kommunerne har siden 1. januar 2007 haft ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis for alle kommunens borgere. Denne vejledning anlægger et familieorienteret perspektiv på de forebyggende sundhedsydelse, idet indsatser og tilbud for såvel børn som unge skal ses i et familieperspektiv og i sammenhæng med kommunens samlede tilbud for så vidt angår forebyggelse og sundhedsfremme for alle borgere.

I henhold til bekendtgørelsen § 28 omfatter den kommunale sundhedstjeneste læger, sundhedsplejerske, sygeplejersker og andet personale ansat i kommunen, der varetager opgaver i henhold til sundhedsloven.

1.2 Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

I vejledning nr. 9698 af 21/08/2009 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler angives det, at børn er en væsentlig gruppe i relation til alle de seks indsatsområder: indlæggelses- og udskrivningsforløb, træningsområdet, behandlingsredskaber og hjælpemidler, forebyggelse og sundhedsfremme – herunder patientrettet forebyggelse, indsatsen for mennesker med sindslidelser og opfølgning på utilsigtede hændelser.

Formålet med sundhedsaftalen er i denne sammenhæng at sikre børn, unge og deres forældre en sammenhængende, systematisk og koordineret forebyggelsesindsats.

Det fremgår af vejledningsteksten til indsatsområde fire om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, at dette indsatsområde også omfatter de forebyggende sundhedsydelse til børn og unge.

Sundhedsaftalen skal sikre en klar ansvarsfordeling, koordination og sammenhæng mellem indsatserne på tværs af sygehus, almen praksis og kommune. Det er nødvendigt, at der etableres et effektivt samarbejde mellem den kommunale sundhedstjeneste og de praktiserende læger.

Der lægges i vejledningen til sundhedsaftalerne vægt på, at indsatserne baseres på den bedst tilgængelige faglige viden og løbende udvikles og kvalitetssikres.

På denne baggrund anbefales det, at kommende sundhedsaftaler beskriver følgende:

- Samarbejdet mellem svangre-, føde- og barselsafdelinger, almen praksis og sundhedsplejen, herunder koordinationsopgaven mellem sygehus og den kommunale sundhedstjeneste om hjemmebesøg efter ambulante fødsler og hjemmefødsler samt tidligt besøg til familier med særlige behov
- Samarbejdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste, både når det gælder spæd- og småbørn samt skolebørn, herunder især ind- og udskolingsundersøgelser
- Samarbejdet mellem sygehusenes pædiatriske afdelinger, almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste vedrørende børn og unge med handicap og/eller kronisk sygdom
- Samarbejdet mellem pædiatriske afdelinger, almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste for børn og unge i forhold til fx overvægtige børn og unge samt børn og unge med andre konkrete pædiatriske problemstillinger af mere generel karakter.
- Samarbejdet mellem sygehusenes pædiatriske afdelinger, almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste om særlig sårbare og udsatte børn, herunder omsorgssvigtede børn og unge
- Lokalt prioriterede samarbejdsområder.

1.3 Indberetning

Efter sundhedslovens § 195 påhviler det regionsråd, kommunalbestyrelser, praktiserende sundhedspersoner og andre at give oplysninger om virksomheden til de centrale sundhedsmyndigheder m.fl., herunder Sundhedsstyrelsen, efter regler fastsat af ministeren for området.

2. Ydelser, opgaver og kommunikation

2.1 Fokus og prioritering

De forebyggende sundhedsydelser til børn og unge skal tilrettelægges således, at alle børn får tilbud i henhold til sundhedslovens bestemmelser, og således at tilsynspligten overholdes. Desuden skal ydelserne tilrettelægges i overensstemmelse med familiernes behov og således, at lokalt prioriterede indsatser indgår som en del af helheden.

Den kommunale sundhedstjeneste skal tilrettelægge sine ydelser således, at børn og familier med særlige behov tilgodeses, herunder tilrettelægge indsatser der kan øge sundheden blandt disse.

Vejledningen lægger vægt på følgende:

- At de kommunale sundhedstjenester for børn og unge samt almen praksis tilbyder familien et sammenhængende forløb fra fødsel, til barnet forlader skolen
- At barnets udvikling og trivsel samt familiens behov lægges til grund for kommunens tilbud til familien
- At samarbejdet mellem den kommunale sundhedstjeneste og skolens ledelse og lærere styrkes
- At kommunerne tilrettelægger et varieret tilbud til børn, unge og deres forældre gennem hele skoletiden med styrkelse af de sundhedspædagogiske aktiviteter
- At samarbejdet mellem den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis styrkes, især når det gælder udsatte og sårbare børn og familier med særlige behov
- At kommunen prioriterer de opgaver, der knytter sig til konsulentfunktionen i dagtilbud og skoler, og at den kommunale sundhedstjeneste er opmærksom på at udvikle de nødvendige pædagogiske og sundhedsfaglige kompetencer, som er påkrævet for at kunne løse konsulentopgaven
- At ansatte i den kommunale sundhedstjeneste bidrager til udarbejdelse af sundhedsaftalen i relation til de forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Desuden kan ansatte i den kommunale sundhedstjeneste bidrage til udarbejdelse af kommunens sundhedspolitikker, når det gælder børn og unges sundhed og vilkår.

2.2 Ydelserne på individ- og gruppeniveau i hovedtræk

	Den kommunale sundhedstjeneste for børn og unge	Almen praksis
Graviditet	<p>Graviditetsbesøg til alle med særlige behov.</p> <p>Graviditetsbesøg/forældreuddannelse kan hensigtsmæssigt tilbydes til øvrige.</p>	Ydelser i henhold til svangreomsorgens anbefalinger.
0-1 år	<p>Hjemmebesøg tilbydes til alle børn.</p> <p>Der bør som udgangspunkt tilbydes minimum 5 besøg til alle familier med <i>almene behov</i> foruden et tidligt besøg, der sikrer barnets trivsel efter tidlig udskrivelse fra fødestedet.</p> <p>Familier med <i>særlige behov</i> tilbydes ekstra ydelser, afhængigt af konkret faglig vurdering, behov og problemstilling.</p> <p>Herudover tilbydes andre ydelser i form af mødre-, fædre- og forældregrupper, åbent hus, konsultationer, undervisning og andre gruppeaktiviteter.</p>	<p>Helbredsundersøgelser ved 5 uger, 5 måneder og 12 måneder ved læge.</p> <p>Vaccination ved 3 måneder, 5 måneder og 12 måneder ved læge eller sygeplejerske.</p>
1-5 år	<p>Hjemmebesøg kan tilbydes til alle.</p> <p>Familier med <i>særlige behov</i> tilbydes ekstra ydelser, herunder hjemmebesøg, afhængigt af konkret faglig vurdering, behov og problemstilling.</p>	<p>Helbredsundersøgelse ved 2, 3, 4 og 5 år ved læge.</p> <p>Vaccination ved 15 måneder, 4 år og 5 år ved læge eller sygeplejerske.</p>
6-15 år	<p>Ind- og udskolingsundersøgelse ved læge eller sundhedsplejerske.</p> <p>Herudover bør der som minimum tilbydes 3 samtaler med/undersøgelser af alle børn .</p> <p>Sundhedspædagogiske aktiviteter på gruppe- eller klasseniveau på klassetrin, hvor der ikke forekommer samtaler med/undersøgelser af alle børn.</p> <p>Åben konsultation for børn, unge og deres forældre.</p>	Vaccination ved 12 år (for piger) ved læge eller sygeplejerske.

Kommunen vurderer og fastlægger den enkelte families behov for antal hjemmebesøg i samarbejde med familien og eventuelle andre involverede.

2.3 Øvrige ydelser

Ud over tilbud på individ- og gruppeniveau tilbyder den kommunale sundhedstjeneste bistand til dagtilbud og skoler i forhold til følgende:

- Generel og principiel rådgivning af andre kommunale aktører på området
- Generel rådgivning om børn og unges sundhed og trivsel
- Vejledning om og tilsyn med sundhedsforholdene på institutionen, herunder oplysning om hygiejne
- Konkret rådgivning vedrørende de børn, som personalet finder, har særlige behov.

Den kommunale sundhedstjeneste og sundhedspersonale fra almen praksis indgår i kommunens tværfaglige gruppe i henhold til den lokale organisering og sundhedsaftalens indhold. Se også kapitel 4.

Endelig kan den kommunale sundhedstjeneste indgå i forebyggende og sundhedsfremmende arbejde på lokalsamfundsniveau i samarbejde med andre kommunale aktører.

2.4 Samarbejde om opgaverne i den kommunale sundhedstjeneste

Den kommunale sundhedstjeneste består af læger, sundhedsplejersker og andet personale, der varetager opgaver efter sundhedsloven. Mange øvrige faggrupper og professionelle er med hver deres faglige kompetencer involveret i børn og unges dagligdag. Det gælder for alle børn i deres institutions- og skoleliv, og det gælder i særlig grad og mere omfattende for den gruppe børn og unge, som både socialt og sundhedsmæssigt er udsatte og derfor har behov for en særlig indsats.

De kommunale opgaver i forbindelse med børn og unges sundhed og trivsel er mangeartede og kræver ofte flere faglige indfaldsvinkler, en lang række forskellige kompetencer og et tæt og konstruktivt samarbejde mellem flere faggrupper.

Den kommunale sundhedstjeneste udgør et sundhedsfagligt team både omkring det enkelte barn og omkring grupper af børn og unge i kommunen. Sundhedsplejersker og kommunalt ansatte læger skal samarbejde tæt med henblik på at koordinere og i fællesskab varetage de opgaver, som skal løses af den kommunale sundhedstjeneste og eventuelle andre instanser i kommunen. Det gælder om at udnytte de faglige kompetencer og ressourcer, som de to faggrupper hver for sig kan levere til gavn for børnesundheden i kom-

munen, herunder fx faglig sparring, samordning af den sundhedsfaglige indsats, koordination i forhold til andre specialister og andre faggrupper, der har betydning for børn og unges sundhed og velfærd.

Det er et ledelsesansvar at sikre rammerne for et velfungerende teamsamarbejde på tværs af fagkompetencer og forvaltninger. Det kræver bl.a., at forskellige sundhedsfaglige kompetencer er til rådighed, at de er tilgængelige for hinanden i hverdagen, når behovene opstår, samt at de respekterer og vedkender sig behovet for hinandens kompetencer.

Det anbefales, at teamsamarbejdet beskrives og fungerer gennem fastlagte rutiner i form af retningslinjer, instrukser og samarbejdsaftaler fx i forhold til ind- og udskolingsundersøgelser og udsatte børn og unge.

2.5 Journalføring og kommunikation

Det påhviler autoriserede sundhedspersoner at føre journaler over deres virksomhed og at sikre, at kommunikation mellem sundhedspersonalet og barnets/den unges forældre og det øvrige sundhedsvæsen sker i henhold til gældende lovgivning. Journalerne kan føres manuelt (papirjournal) eller elektronisk.

2.5.1 Journalføring i den kommunale sundhedstjeneste

Den kommunalt ansatte læge og sundhedsplejersken fører journal på hvert barn. Journalen er et arbejdsredskab og kommunikationsmiddel til brug for undersøgelser, vejledning og anden sundhedsfaglig bistand fra barnets fødsel til tilsynets ophør. Det anbefales, at den kommunalt ansatte læge og sundhedsplejersken anvender samme journalsystem, således at der kun eksisterer en samlet journal i kommunen vedrørende barnets sundhed og trivsel gennem hele opvæksten. Fører den kommunale sundhedstjeneste separate spæd- og småbørnsjournaler og skolejournaler skal begge journaler opfylde mindstekravene til journalens indhold.

Journalen består af ordnede optegnelser, som skal være forståelige af hensyn til kommunikationen med de sundhedspersoner, der er involveret i kontakten med barnet og dets familie. Journalen skal føres kontinuerligt og i umiddelbar tilknytning til samtale og undersøgelse. Det skal tydeligt fremgå af journalen, hvem der har foretaget journalnotatet og hvornår.

Journalen skal indeholde de oplysninger, der er nødvendige for sundhedstjenestens virksomhed, herunder følgende mindstekrav:

- Barnets og forældrenes personlige data: navn, personnummer, bopæl og telefonnummer. Såfremt den ene forælder har forældremyndigheden alene, noteres det af hensyn til kommunikationen mellem sundhedstjeneren og indehaveren af forældremyndigheden.
- Særlige medicinske forhold, herunder fx forhold vedr. kronisk sygdom eller allergier samt barnets vaccinationsstatus.
- Årsag til kontakten, herunder hvorvidt der er tale om et rutinemæssigt besøg, et behovsbesøg eller en konsultation. Desuden noteres observationer og vejledning i relation hertil.
- Undersøgelsesresultater, fx vægt, højde, kranieomfang m.m.
- Begrundede henvisninger til undersøgelser og/eller behandling i almen praksis.
- Opfølgning på henvisninger.

Observationer, vejledning m.m. kan formidles til familien enten i papirform eller elektronisk. Det skal bemærkes, at personfølsomme oplysninger, der videregives via det åbne net, kræver stærk kryptering.

Journalen skal opbevares forsvarligt. Det skal sikres, at uvedkommende ikke har adgang til journaloplysningerne. Journalen indeholder, ud over helbredsmæssige oplysninger, også oplysninger om øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger. Kun de sundhedspersoner, der tager del i undersøgelserne af og vejledningen til det enkelte barn/unge og dets forældre, har adgang til journalen.

For sundhedsplejeturnaler gælder, at de skal opbevares af kommunen i mindst 5 år efter sidste notat. Såfremt den kommunalt ansatte læge og sundhedsplejersken har fælles journal, skal journalen opbevares i mindst 10 år efter sidste notat.

2.5.2 “Barnets bog”

“Barnets bog” er ikke og kan ikke erstatte en journal. Kommunen kan frivilligt vælge, om de vil anvende en “Barnets bog” eller udelukkende føre journal.

Såfremt man vælger at anvende “Barnets bog”, er den at betragte som et kommunikationsredskab mellem forældrene og sundhedsplejersken vedrørende barnets sundhed, trivsel og udvikling. I “Barnets bog” kan sundhedsplejersken skrive om rådgivning i forbindelse med hjemmebesøg og andre kontakter, ligesom familien selv kan skrive det, de ønsker i bogen.

Forældrene opfordres til selv at medbringe bogen til de forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis.

Såfremt der er særlige vanskeligheder og problemer med barnet af fx udviklingsmæssig eller anden sundhedsfaglig karakter, skal dette ikke formidles mellem sundhedspersoner via "Barnets bog", men i journalen og gennem personlig eller skriftlig kommunikation mellem sundhedspersonerne efter aftale med forældrene.

2.5.3 Journalføringspligt for læger

I henhold til bekendtgørelse nr. 1373 af 12/12/2006 om bl.a. lægers patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.) påhviler det enhver læge at føre en patientjournal, som oplyser om patientens tilstand, planlagt og udført behandling m.v. samt hvilken information, der er givet, og hvad forældrene/den unge på den baggrund har tilkendegivet.

Bekendtgørelsen er under revision og kan hentes på www.retsinformation.dk

2.5.4 Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser

Pligten til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, der gælder for alt sygeplejefagligt personale, forudsætter, at der føres journal om planlagt og udført sundheds- og sygepleje. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet vejledning om sygeplejefaglige optegnelser.

Vejledning nr. 9229 af 29. april 2005 om sygeplejefaglige optegnelser kan hentes på www.retsinformation.dk

2.5.5 Øvrig kommunikation

Samarbejde mellem den kommunale skolesundhedstjeneste og skolens lærere i forhold til det enkelte barn sker efter aftale med forældrene. Forud for en planlagt kontakt mellem skolesundhedstjenesten og et barn/en ung skal forældrene informeres, og forældrene skal give samtykke til samtale og undersøgelser. Såfremt samtykke (enten skriftligt eller mundtligt) ikke foreligger, kan samtale eller undersøgelse ikke finde sted. Efterfølgende informeres forældrene skriftligt eller mundtligt om resultatet af samtalen/undersøgelsen.

For unge > 15 år gælder, at den unge selv kan give samtykke til undersøgelse og samtale, men forældrene skal som udgangspunkt informeres.

Under særlige forudsætninger kan der ske underretning uden samtykke over for kommunen efter lov om social service, jf. § 153 om fagpersoners underretningspligt og § 154 om borgeres underretningspligt. Se desuden afsnit 4.11. Ud over de fagpersoner, der er omfattet af servicelovens § 153, er en persongruppe, herunder fx privat ansatte læger, omfattet af underretningspligten efter servicelovens § 153 i henhold til bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service (under revision).

2.6 Tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger m.v.

Tavshedspligten omfatter fortrolige oplysninger, som sundhedspersonen erfarer eller får formodning om i forbindelse med sit erhverv, dvs. som led i den sundhedsfaglige pleje og behandling. Der er tale om oplysninger om patientens helbredsforhold m.v., øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger. Eksempelvis kan oplysninger om patientens familieforhold eller økonomiske forhold, som måske ikke har umiddelbar betydning for den sundhedsfaglige behandling og pleje, også være omfattet af tavshedspligten.

Sundhedspersoners tavshedspligt er reguleret i sundhedsloven §§ 40-49.

Disse regler gælder alle sundhedspersoner – også sundhedspersoner, der er tilknyttet den kommunale sundhedstjeneste.

Sundhedslovens §§ 41 og 42 indeholder regler om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter, og §§ 43 og 44 indeholder regler om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. til andre formål.

Sundhedslovens § 42a indeholder regler om indhentning af elektroniske helbredsoplysninger i forbindelse med behandling af patienter.

Med Barnets Reform giver servicelovens § 49 a mulighed for i særlige tilfælde at fravige de gældende regler om tavshedspligt, se afsnit 4.11.

2.7 Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter

Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. fra en sundhedsperson til en anden sundhedsperson i forbindelse med behandling kræver som udgangspunkt informeret samtykke fra forældrene eller den unge. Hvis der er fælles forældremyndighed, kræves der som udgangspunkt enighed mellem forældrene. Hvis den ene forælder har forældremyndigheden alene, skal der indhentes informeret samtykke fra vedkommende.

Det informerede samtykke kan være mundtligt eller skriftligt. Det skal af samtykket fremgå, hvilke typer af oplysninger der må videregives, til hvem og til hvilke formål. Informationen, samtykket og de nævnte oplysninger skal journalføres.

Der er i sundhedslovens § 41, stk. 2 fastsat en række undtagelser fra kravet om samtykke, således fx:

Ifølge § 41, stk. 2, nr. 1 kan der videregives helbredsoplysninger m.v. *uden* patientens samtykke, hvis videregivelse af de nævnte oplysninger er nødvendig af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesser og behov.

Patienten kan dog i medfør af sundhedslovens § 41, stk. 3 frabede sig, at oplysningerne i denne situation videregives.

Endvidere kan der i medfør af sundhedslovens § 41, stk. 2, nr. 4 ske videregivelse uden samtykke, når videregivelsen sker til berettiget varetagelse af en almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten – herunder en patient, der ikke selv kan varetage sine interesser – af sundhedspersonen eller andre.

Der er tale om en værdispringsregel, dvs. at reglen kun finder anvendelse i situationer, hvor der foreligger tungtvejende grunde, som overstiger patientens krav på fortrolighed.

2.8 Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. til andre formål

Videregivelse af oplysninger til andre formål end behandling drejer sig fx om situationer, hvor en sundhedsperson videregiver helbredsoplysninger m.v. til socialforvaltning eller politi.

Videregivelsen kræver som udgangspunkt patientens skriftlige, informerede samtykke, som skal gives til den, der afgiver oplysningerne. Hvis der er fælles forældremyndighed, kræves der som udgangspunkt enighed mellem forældrene. Hvis den ene forælder har forældremyndigheden alene, skal der indhentes skriftligt, informeret samtykke fra vedkommende.

Det skal af samtykket fremgå, hvilke typer af oplysninger, der må videregives, til hvem og til hvilke formål. Informationen, samtykket og de nævnte oplysninger skal journalføres.

Der er i sundhedslovens § 43, stk. 2 fastsat en række undtagelser fra kravet om samtykke.

I medfør af sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 1, kan der således ske videregivelse af helbredsoplysninger m.v. uden patientens samtykke, hvis det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningerne skal videregives, og oplysningerne må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling.

En sådan hjemmel findes i retssikkerhedslovens § 11c, hvorefter kravet om samtykke i medfør af retssikkerhedslovens § 11a, stk. 1 og 5, hvis det er nødvendigt for sagens behandling, kan fraviges i sager om tilbagebetaling af sociale ydelser, jf. § 11 c, stk. 1, nr. 4. Dette gælder også for autoriserede sundhedspersoner og personer, der handler på disses ansvar.

Imidlertid kan myndigheden, der har ansvar for behandlingen af sager om tilbagebetaling af sociale ydelser, ikke pålægge bl.a. autoriserede sundhedspersoner aktivt at skaffe sig yderligere oplysninger om borgerens forhold, der ikke er relevante for den autoriserede sundhedspersons almindelige funktion. Myndigheden kan således ikke til brug for behandlingen af fx en sag om mulig tilbagebetaling af sociale ydelser pålægge en sundhedsplejerske, i forbindelse med sundhedsplejerskens besøg i borgerens hjem, at holde øje med forhold, der indikerer, om borgeren fx er reelt enlig.

Denne begrænsning af oplysningspligten er af væsentlig betydning, da der ellers ville være risiko for at kompromittere tillidsforholdet mellem sundhedsplejersken og patienten/borgeren.

Efter sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 2 kan der endvidere ske videregivelse af helbredsoplysninger m.v., hvis videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre.

Der er tale om en værdispringsregel, dvs. at reglen kun finder anvendelse i situationer, hvor der foreligger tungtvejende grunde, som overstiger patientens krav på fortrolighed.

Mistanken om, at en patient har begået mindre grov kriminalitet, begrunder ikke tilsidesættelse af tavshedspligten.

Det er også her vigtigt at lægge vægt på hensynet til tillidsforholdet mellem patienten/borgeren og sundhedsplejersken.

Der skal henvises til Vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. (under revision), der er tilgængelige på www.retsinformation.dk

2.9 Underretningspligt og Barnets Reform

Såfremt forældrene ikke ønsker at gøre brug af de forebyggende tilbud, skal sundhedsplejersken og den praktiserende læge – hvis man har kendskab til

sundhedsmæssige og/eller sociale problemstillinger – konkret vurdere behovet for at underrette de sociale myndigheder om familiens fravalg eller udebliven.

Sundhedspersoners underretningspligt går forud for tavshedspligten. Vejledning nr. 9350 af 18/04/2006 (under revision) om sundhedspersoners underretningspligt over for kommunen er udarbejdet med henblik på at skærpe autoriserede sundhedspersoners opmærksomhed på de gældende regler om underretningspligt. Henvisning til tværfaglig gruppe fritager ikke sundhedspersoner fra underretningspligten.

I henhold til servicelovens § 153 har fagpersoner, herunder sundhedspersoner, udvidet underretningspligt, når de får kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn eller en ung under 18 år har behov for støtte. Det gælder ligeledes den persongruppe, der er omfattet af bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service (under revision). Lov nr. 628 af 11/06/2010 om Barnets Reform tydeliggør denne pligt og understreger vigtigheden af, at fagpersoner er særlig opmærksomme på deres underretningspligt i tilfælde af vold og overgreb. Ifølge loven har personer, som får kendskab til eller grund til at antage, at børn eller unge har været udsat for vold eller andre overgreb, pligt til at underrette de kommunale myndigheder om dette. Der er således pligt til at reagere, hvis forældrenes adfærd eller samspil med barnet giver anledning til bekymring – uanset om barnet viser tydelige signaler på mistriksel. I henhold til aftalen om Barnets Reform gives der endvidere mulighed for, at en fagperson, der underretter, kan få en tilbagemelding fra kommunen om, hvorvidt underretningen har givet anledning til handling. Hvis den person, som underretter, ikke oplever, at kommunen reagerer tilstrækkeligt på underretningen, kan vedkommende i stedet henvende sig til Ankestyrelsen.

Underretninger er udtryk for omsorg, og Ankestyrelsen har udarbejdet materiale til brug for fagpersoner med henblik på at sikre, at der ydes kvalificeret og kompetent hjælp til familien, når der opstår bekymring for et barn og dets familie. Materialet kan hentes på Ankestyrelsens hjemmeside www.ast.dk.

2.10 Ved flytning

Såfremt en familie flytter til en anden kommune, og sundhedstjenesten er bekendt hermed, sender fraflytterkommunen journalen efter indhentet skriftligt samtykke fra forældrene til den kommunale sundhedstjeneste i den nye bopælskommune. Sundhedstjenesten i den nye kommune anmoder forældrene om tilladelse til at modtage tidligere journal, såfremt denne ikke automatisk er fremsendt.

I henhold til servicelovens § 152 skal fraflytningskommunen underrette tilflytningskommunen, hvis fraflytningskommunen finder, at et eller flere børn eller vordende forældre har behov for særlig støtte.

3. Funktionsområder

Almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste supplerer hinanden i det forebyggende sundhedsarbejde for børn og unge. Den kommunale sundhedstjenestes ansatte har forskellige opgaver at løse i henhold til deres kompetencer og ansvarsområder. Ud over læger og sundhedsplejersker kan andre faggrupper være ansat til at bidrage til at sikre børn og unges sundhed. Nedenfor beskrives de to hovedfaggrupper, ligesom embedslægens opgaver og kompetencer i henhold til børn og unges sundhed beskrives.

3.1 Den praktiserende læge

Af sundhedslovens § 63 stk. 2 fremgår, at den praktiserende læge skal tilbyde 7 vederlagsfri, forebyggende helbredsundersøgelser, heraf 3 i barnets første leveår. Bekendtgørelsen fastlægger tidspunkterne for undersøgelserne, og af § 3 fremgår de elementer, som den forebyggende helbredsundersøgelse skal omfatte:

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

Af § 4 i bekendtgørelsen fremgår, at lægen kan indkalde barnet og forældrene til undersøgelse, såfremt familien udebliver.

3.2 Den kommunalt ansatte læge

Bekendtgørelsen § 28 angiver, at læger, sundhedsplejersker, sygeplejersker og andet personale udgør den kommunale sundhedstjeneste. Kommunalbestyrelsen beslutter, om børn og unge i den skolepligtige alder i henhold til sundhedslovens § 121 tilbydes ind- og udskolingsundersøgelser ved en læge eller en sundhedsplejerske. Børn og unge med særlige behov skal i henhold til § 122 tilbydes øget rådgivning samt yderligere forebyggende undersøgelser ved en sundhedsplejerske eller en læge. Kommunalbestyrelsen skal desuden i henhold til § 124 vederlagsfrit bistå dagtilbud og skoler med vejledning om sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger.

Der er ingen krav om speciallægeanerkendelse for at kunne varetage kommunale lægeopgaver i relation til børn og unge.



Rådgivning ved den kommunalt ansatte læge.

Den kommunalt ansatte læges funktionsområde i relation til børn og unge kan med fordel omfatte følgende elementer:

- Ind- og udskolingsundersøgelser efter kommunalbestyrelsen beslutning
- Rådgivning og undersøgelse af børn og unge med særlige behov, herunder deltagelse i den lovbestemte tværfaglige gruppe
- Rådgivning af andre kommunale aktører i forhold til børn og unge med alvorligt eller kronisk syge forældre, misbrugende forældre, børn og unge med kroniske lidelser samt børn og unge med handicap
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med andet sundhedspersonale i sundhedstjenesten og øvrigt sundhedspersonale
- Vejledning om sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger i dagtilbud og skoler i samarbejde med øvrige ansatte i den kommunale sundhedstjeneste.

Det vil desuden være hensigtsmæssigt at inddrage den kommunalt ansatte læge i følgende:

- Forskning og udvikling, kvalitetssikring samt overvågning af børn og unges sundhedstilstand samt monitorering i relation til børnesundheden i kommunen i samarbejde med øvrige ansatte i sundhedstjenesten og kommunens øvrige forvaltninger
- Udarbejdelse og implementering af sundhedsaftaler og sundhedspolitikker
- Supervision og undervisning af læger under uddannelse.



Spædbarn undersøges af sundhedsplejerske.

3.3 Sundhedsplejersken

Sundhedsplejerskers opgaver er bestemt i sundhedslovens § 121-122. Opgaverne kan udelukkende varetages af sundhedsplejersker, med mindre Sundhedsstyrelsen har givet dispensation fra kravet herom i henhold til sundhedslovens § 126, stk. 2. Dispensation gives kun, når sygeplejersken opfylder kravene til optagelse på sundhedsplejerskeuddannelsen, og da kun for maksimalt et år.

Med virkning fra 1. januar 2012 bliver sundhedsplejerskeuddannelsen ændret i henhold til ny bekendtgørelse om specialuddannelse til sundhedsplejerske.

Sundhedsplejerskens funktionsområder:

- Vejledning og individuel støtte til gravide, spæd- og småbørnsforældre
- Sundhedspleje til alle nyfødte i barselsperioden, herunder medvirken til at fremme moderens evne til og mulighed for at amme
- Funktionsundersøgelser og regelmæssig kontakt med spæd- og småbørnsfamilier, herunder støtte til familiedannelse og tilknytning mellem barn og forældre
- Funktionsundersøgelser og regelmæssig kontakt med børn og unge i den undervisningspligtige alder samt deres forældre, herunder gennemførelse af de lovpligtige ind- og udskolingsundersøgelser – efter kommunalbestyrelsens beslutning
- Støtte, udredning og opfølgning i relation til omsorg og indsatser for sundhedsmæssigt truede børn og unge, herunder tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med almen praksis, den kommunalt ansatte læge, socialforvaltning, pædagogisk psykologisk rådgivning og andre.
- Konsulentbistand til dagtilbud og skoler
- Gruppeaktiviteter, herunder aktiviteter i lokalsamfundet
- Kvalitetssikring og -udvikling af sundhedsfaglige ydelser i den kommunale sundhedstjeneste, herunder bidrag til udarbejdelse og implementering af sundhedsaftaler og sundhedspolitikker
- Generel forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til børn, unge og deres forældre
- Supervision og praktikvejledning til sygeplejersker under uddannelse til sundhedsplejerske.

3.4 Embedslægen

Embedslægers opgaver er bestemt af sundhedsloven og Lovbekendtgørelse nr. 640 af 14/06/2007 af lov om foranstaltninger om mod smitsomme sygdomme og andre overførbare sygdomme (epidemiloven).

Embedslæger er oftest speciallæger i samfundsmedicin. De varetager tilsyn, overvågning og sundhedsfaglig rådgivning i forhold til såvel folkesundhed som lokalsamfundets sundhedsproblemer. Embedslægerne er organiseret i regionale enheder som en del af Sundhedsstyrelsen.

Embedslægens opgaver i relation til børn og unges sundhed:

- Rådgivning til den kommunale sundhedstjeneste om smitsomme sygdomme i daginstitutioner, skoler m.v.
- Forebyggende opfølgning af anmeldelsespligtige smitsomme sygdomme i henhold til epidemiloven
- Rådgivning om miljø og hygiejne i daginstitutioner, skoler m.v.
- Rådgivning til kommuner og sundhedspersoner om sundhedslovgivning og regelsæt afledt heraf
- Tilsyn med kommunernes autoriserede sundhedspersoner og andre udvalgte grupper af sundhedspersonale
- Særlige opgaver i forhold til det nationale og lokale sundhedsberedskab
- Overvågning af børn og unges sundhedstilstand som en del af folkesundheden generelt
- Involvering i udvalgte sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter i lokalsamfundet
- Deltagelse i varetagelsen af Sundhedsstyrelsens generelle opgaver over for regioner og kommuner.

4. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

- Den lovpligtige tværfaglige gruppe organiseres og fungerer under hensyntagen til lokale forhold og behov.
- Ledelsen af den kommunale sundhedstjeneste udarbejder i samarbejde med socialforvaltningen klare retningslinjer for viderevisitation af børn og unge fra den kommunale sundhedstjeneste til andre fagpersoner.
- Ledelsen af den kommunale sundhedstjeneste udarbejder lokale retningslinjer for samarbejdet i den lovpligtige tværfaglige gruppe.
- Systematisk og koordineret samarbejde og dialog mellem den kommunale sundhedstjeneste, almen praksis og andre relevante fagpersoner bidrager til, at udsatte og sårbare børn identificeres tidligt, og at rettidige indsatser iværksættes.
- Børne- og familieperspektivet er udgangspunkt for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.

Sundhedsloven pålægger i §§ 203-205 regionsråd og kommuner at koordinere indsatsen i forhold til børn og unge. I henhold hertil har Sundhedsstyrelsen udarbejdet bekendtgørelse nr. 778 af 13/08/2009 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler med tilhørende vejledning nr. 9698 af 21/08/2009, se desuden afsnit 1.2.

Tværfagligt samarbejde kan defineres som:

“Ligeværdigt samarbejde mellem discipliner eller faggrupper, der repræsenterer forskellige perspektiver og besidder hver sin faglige kompetence med det formål, at et problem belyses, problematiseres og afhjælpes ud fra forskellige faglige indfaldsvinkler.”

(Pædagogisk psykologisk ordbog, Gyldendal 2007)

Børne- og familieperspektivet er udgangspunkt for samarbejdet med familien, og den faglige og personlige forskellighed må anvendes konstruktivt i samarbejdet med og om familierne. Udgangspunkt og fokus for indsatsen defineres i det tværfaglige fællesskab, hvor begreber som sårbarhed og udsathed afklares. Formålet med det tværfaglige samarbejde klarlægges, førend indsatser iværksættes. Dette uanset om det gælder enkelte børn/unge, grupper eller indsatser, der har mere strukturel/samfundsmæssig karakter, som fx indsatser i boligkvarterer eller kommunale tværfaglige projekter.

I henhold til loven om Barnets Reform, er der mulighed for, at myndighederne kan udveksle oplysninger om udsatte børn som led i det tidlige forebyggende samarbejde. Oplysningerne kan kun videregives én gang i forbindelse med indledende og afklarende samtaler mellem relevante fagpersoner. Det er kun bestemt definerede faggrupper, som er omfattet af muligheden for at fravige tavshedspligtsreglerne, se afsnit 2.7, 2.8 og 4.11.

4.1 Den tværfaglige gruppe

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

Bekendtgørelsens § 15, stk. 1 og 2 bestemmer, at der i den tværfaglige gruppe, skal indgå en eller flere repræsentanter for den kommunale sundhedstjeneste. Med deltagelse af sundhedspersonale sikres det, at indsatsen, ud over socialfaglig bistand, også inddrager sundhedsmæssige perspektiver i den samlede indsats.

4.2 Organisering

Den enkelte kommune tilrettelægger indsatsen afhængigt af lokale forhold, som fx kommunens størrelse, andelen af socialt udsatte familier, særlig belastede boligområder, antallet af skoler og kommunens geografiske udstrækning samt kommunens organisering af den forebyggende sundhedsfaglige indsats.

Kommunen kan vælge forskellige modeller, såsom:

1. En gruppe, der vedrører de 0-6-årige børn samt en eller flere grupper, der vedrører børn og unge i alderen 6-18 år
2. En gruppe, der vedrører alle børn og unge i alderen 0-18 år
3. Andre modeller, som fx tager udgangspunkt i lokalområder eller skoledistrikter.

Den tværfaglige gruppe kan have forskellige funktioner, ligesom den kan have betydning både i enkeltsager og i mere generelle forebyggelsessager. Gruppen kan være sagsbehandlende og tage vare på alle typer af sager med børn og unge med særlige problemer bortset fra afgørelser, der indebærer tvang. Gruppen kan også være en rådgivnings- eller sparringsgruppe, hvor anonymiserede sager kan tages op, eller hvor enkeltsager drøftes med forældrenes tilladelse.

Det anbefales, at gruppen desuden har til opgave at identificere, hvor der er generelle behov for at ændre/tilpasse kommunens tilbud til børn og unge med særlige behov, herunder holde sig opdateret med nye arbejdsmetoder inden for feltet.

Det anbefales, at gruppen sammensættes så bredt som muligt, med mulighed for at indkalde særlige specialister, såfremt gruppens samlede faglige kompetencer ikke er tilstrækkelige til at afhjælpe problemet.

Det anbefales, at gruppen sammensættes med deltagelse af følgende fagpersoner:

- Kommunalt ansat læge
- Praksiskonsulent eller anden repræsentant for almen praksis
- Sundhedsplejerske
- Psykolog fra PPR
- Pædagog, eventuelt pædagogisk konsulent/lærer, eventuelt specialcenterlærer (afhængigt af aldersgruppen)
- Socialrådgiver.

Såfremt kommunen opdeler de tværfaglige grupper aldersmæssigt og fx opretter lokale tværfaglige team på skoler eller i særlige boligområder anbefales desuden deltagelse af SSP-konsulent.

4.3 Enkeltsager

Når det gælder grupper, hvor der behandles enkeltsager med alvorlige problemstillinger, anbefales det, at følgende overvejes i forbindelse med organisering af den tværfaglige gruppe:

- Har gruppen klare kompetencer? Hvis ikke, kan beslutningsprocesser risikere at blive meget langsomme. En hurtig beslutningsproces er især vigtig i sager om helt små børn, men bør generelt tilstræbes.
- Er der en klar og tydelig målsætning for gruppens opgaver, herunder fx information, koordination, opfølgning og lignende? Hvilke problemstillinger skal visiteres til denne gruppe, og hvilke målbare succeskriterier skal der fastsættes for indsatsen?
- Er der en klar sagsgang, således at andre instanser i kommunen har kendskab til gruppens personsammensætning, hvilke faglige kompetencer der findes i gruppen samt hvilke beføjelser, der er tillagt gruppen?
- Er der udviklet og beskrevet faste samarbejdsstrukturer i forhold til dagtilbud og eventuel aflastnings/plejefamilie?
- Arbejder gruppen med realistiske tidshorisonter, der bl.a. også tager højde for, at tiden er kort, når det gælder om at sikre små børns sunde udvikling?

I konkrete sager kan der ud over den faste gruppe være brug for deltagelse ad hoc af fx:

- Barnets praktiserende læge eller andet sundhedsfagligt personale fra almen praksis
- Jordemoder
- Børnetandlæge/-tandplejer
- Fysioterapeut/ergoterapeut
- Audiologopæd.

Endelig kan der være behov for at indkalde andre kompetencer som fx kliniske psykologer, familierapeuter, misbrugskonsulenter, studievejledere, speciallæger som fx socialpædiatere, specialundervisningskoordinatorer o.a. med henblik på at få etableret en sammenhængende indsats for barnet og familien.

Når det drejer sig om gravide misbrugere, er det tværfaglige samarbejde beskrevet i *Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier* (Sundhedsstyrelsen 2009).

4.4 Tovholder

Bekendtgørelsens § 15, stk. 3 bestemmer, at kommunalbestyrelsen skal sørge for, at der udpeges en tovholder blandt gruppens medlemmer. Tovholderen er ansvarlig for at koordinere indsatsen i forhold til det enkelte barn og dets familie samt mellem forvaltninger og eksterne samarbejdspartnere. Det anbefales, at der noteres i barnets journal, hvem der er tovholder og hvilke opgaver, det indebærer i den konkrete sag. Ligeledes anbefales det at orientere familien om, hvem der er ansvarlig for, at familiens problem varetages koordineret, og at der følges op på problemet. Udpegning af en tovholder betyder, at familien kun skal forholde sig til én professionel, og at der er større sandsynlighed for, at sammenhæng og koordination af indsatsen sikres.

4.5 Samarbejdspartnere

Det professionelle felt omkring børn og familier med behov for tværfaglig og tværsektoriel indsats er omfattende. En vigtig opgave er at sikre, at alle relevante faglige indfaldsvinkler, der er nødvendige for at belyse komplekse problemstillinger, bliver synlige. I de tidligste faser af en tværfaglig indsats er det derfor nødvendigt at brede problemstillingen ud og tilstræbe at få de nødvendige fagpersoner med fra start.

I afsnit 4.2. er angivet, hvilke faggrupper der vurderes som nødvendige for den lovpligtige tværfaglige gruppe.

4.6 Forældrene

I det tværfaglige og tværsektorielle arbejde er det afgørende vigtigt at inddrage og samarbejde med forældrene. Sundhedspersoner, der på baggrund af barnets eller familiens problemer henviser til andre faggrupper, må tidligt søge at etablere et godt samarbejde med forældrene. Ved mistanke om tilknytnings- og relationsforstyrrelser, angst, fødselsdepression og/eller omsorgssvigt skal almen praksis og sundhedsplejerske tidligt inddrage forældrene i deres observationer og efterfølgende også i, hvad lægen/sundhedsplejersken finder nødvendigt og relevant at gøre. Kommunen må sikre, at sundhedspersonalet er uddannet i at varetage samarbejdet med forældrene i forhold til den vanskelige og nødvendige samtale.

Med samtykke fra forældrene kan der efter sundhedslovens §§ 41-44 ske udveksling af relevante oplysninger mellem den kommunale sundhedstjeneste, de praktiserende læger og det øvrige sundheds- og socialvæsen.

Såfremt der ikke kan opnås samtykke fra forældrene, skal man være opmærksom på, at tavshedspligten ikke fritager sundhedspersoner for underretningspligten, såfremt der er tale om forhold, der kræver underretning til kommunen. Se desuden side 20-21 vedr. værdispringsreglen og afsnit 4.11 om Barnets Reform.

I henhold til bestemmelserne i Barnets Reform er det muligt for kommunen at iværksætte undersøgelse efter servicelovens § 50 uden samtykke fra forældremyndighedshaverne, såfremt det vurderes nødvendigt. Se desuden afsnit 2.9 om underretningspligt og Barnets Reform og afsnit 4.11 om SSD-samarbejdet.

4.7 Almen praksis

Almen praksis er en central samarbejdspartner for sundhedstjenesten, der med baggrund i de forebyggende helbredsundersøgelser og kontakten med forældrene naturligt er involveret i barnets og familiens sundhed og helbred. Samarbejdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste er især væsentligt, når det gælder sårbare og udsatte børn og familier med problemstillinger af helbredsmæssig og/eller social karakter. Samarbejdet med ansatte i den kommunale sundhedstjeneste og fagpersoner i andre kommunale forvaltninger må baseres på en gensidig forpligtelse til at drøfte, hvorledes problemerne bedst løses og i hvilket omfang, det er relevant og/eller nødvendigt, herunder lovpligtigt, at inddrage socialfaglig bistand. Dette kan også ske elektronisk med stærk kryptering fx via edifact systemet.

Tidlig identifikation af familierne med særlige behov for støtte samt etablering af et tværfagligt samarbejde er essentielt, når barnets sundhed, udvikling og trivsel skal sikres. Samarbejdet må tage udgangspunkt i, at forældrene som primære samarbejdspartnere er inddraget på alle niveauer af faglige drøftelser, der vedrører deres barn i henhold til lovgivning om tavshedspligt, videregivelse af oplysninger m.v. (se bilag 3). Det er vigtigt, at relevante informationer let kan overgives mellem sundhedspersonerne i henhold til forældrenes samtykke.

I årene fra barnet er 1 til 5 år er det udelukkende den praktiserende læge og sundhedsfagligt personale ansat i almen praksis, der regelmæssigt ser barnet og kan vurdere dets sundhed og trivsel. Der stilles derfor krav om særlig opmærksomhed og tidlig indsats fra den praktiserende læge i denne periode i form af identifikation, visitation og intervention i forhold til sårbare og udsatte børn og familier.

Almen praksis bør rutinemæssigt inddrages i alle sager, der vedrører børn og familier med særlige behov, herunder også børn og unge med handicap og børn med kronisk sygdom, der ellers følges og behandles af speciallæger. Almen praksis' kendskab til hele familien er en væsentlig ressource, når forebyggende indsatser af såvel sundhedsfaglig som socialfaglig karakter skal planlægges i samarbejde med familien.

Samarbejdet mellem almen praksis og kommunen kan styrkes ved inddragelse af en praksiskonsulent. Praksiskonsulenten kan fx inddrages i facilitering af den elektroniske kommunikation mellem parterne og i smidig og hensigtsmæssig udarbejdelse af statusnotater ved behov ved 5-års-undersøgelse til den kommunale sundhedstjeneste.

Det anbefales, at såvel den kommunale sundhedstjeneste som almen praksis arbejder systematisk og struktureret med såvel vurdering af som kommunikation med familier med særlige behov. Se desuden bilag 5 om kvalitetsudvikling og kvalitetssikring.

4.8 Skolens lærere og ledelse

Samarbejdet med skolens lærere er betydningsfuldt, når det gælder opsporing af og tidlig indsats over for tilstande, der kræver sundhedsfaglig intervention. Børn og unge tilbringer mange timer i skolen, og skolens lærere har som oftest kontakt med og godt kendskab til det enkelte barn og dets familie. Dermed kan skolens lærere yde et væsentligt bidrag til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring børn med særlige behov i forhold til sundhed og trivsel, ligesom ansatte i skolesundhedstjenesten bør deltage i skolens tværfaglige møder og her bidrage med en sundhedsfaglig vinkel. Skolens ledelse kan

bidrage organisatorisk ved at inkludere sundhedspersonale i skolens tværfaglige møder.

Når det gælder samarbejdet mellem folkeskolen og skolesundhedstjenesten omkring børn og familier med særlige behov gælder, at skolen er en del af enhedsforvaltningen, og skolelederen indgår i den kommunale organisation på samme måde som andre kommunale ledere. Videregivelse af fortrolige oplysninger vedrørende skolens elever fra skolelederen til andre dele af den kommunale forvaltning, herunder andre af kommunens folkeskoler, skal vurderes efter tavshedspligtreglerne i straffeloven, forvaltningsloven og persondataloven.

I henhold til bekendtgørelse nr. 885 af 07/07/2010 om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand § 3 stk. 1, nr. 2 kan skolesundhedstjenesten indstille børn til specialundervisning. Denne indstilling skal som udgangspunkt ske efter samråd med forældrene. Indstillingen afgives gennem skolens ledelse.

Når det gælder børn, der skal undervises i hjemmet, kan skolen, i henhold til bekendtgørelse nr. 675 af 26/10/1987 § 2, stk. 2 om sygeundervisning for elever i folkeskolen og visse private skoler, forlange en udtalelse om elevens mulighed for at deltage i almindelig skolegang fra den kommunalt ansatte læge, herunder eventuelt en lægeerklæring.

4.9 Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)

PPR er en kommunal funktion, der arbejder med udgangspunkt i folkeskoleloven med tilhørende bekendtgørelser og vejledninger. PPR er organiseret forskelligt i landets kommuner. PPR's kerneopgave er at yde pædagogisk psykologisk rådgivning til og omkring børn og unge i alderen 0-18 år. PPR har til opgave at medvirke til, at alle børn får den fornødne hjælp i skole og dagtilbud. Såvel pædagoger, lærere, sundhedsplejersker som forældre og børn kan henvende sig til PPR for at drøfte usikkerhed og problemer. Institution, skole, den kommunale sundhedstjeneste, forældre og PPR kan i fællesskab aftale særlig hjælp og støtte til børn med store vanskeligheder, både når det gælder sociale og indlæringsmæssige forhold.

PPR arbejder forebyggende gennem en konsultativ kontakt til dagtilbuddet/skolen og ved professionelle netværksmøder med forældrene. PPR arbejder således indirekte gennem de voksne, som kender barnet. PPR kan kontaktes allerede ved den første bekymring, således at der gennem samarbejdet skabes mulighed for at undersøge, om det er rammerne omkring barnet, der skal arbejdes med, det enkelte barn eller begge dele.

Efter indstilling til PPR følger en pædagogisk-psykologisk vurdering af barnets eller den unges behov for specialpædagogisk bistand eller specialundervisning og PPR yder rådgivning om relevante muligheder for at afhjælpe vanskelighederne. Beslutningen om specialpædagogisk bistand træffes af kommunen. Såfremt der tildeles specialpædagogisk bistand, skal behovet revideres en gang årligt.

4.10 Samarbejde mellem socialforvaltning, skole og politi (SSP-samarbejde) og den kommunale sundhedstjeneste

SSP-samarbejdet er et samarbejde mellem socialforvaltning, skole og politi. Formålet med samarbejdet er at skabe rammer for en lokal samordnet forebyggelse til at imødegå eller nedbringe kriminalitetsfænomener blandt og mod børn og unge. Den egentlige målsætning for SSP-samarbejdet er at opbygge, anvende og vedligeholde lokale netværk, der har kriminalpræventiv indvirkning på børn og unges dagligdag.

SSP-samarbejdet, der er forankret vidt forskelligt i landets kommuner, har såvel en generel som en specifik og en individorienteret indsats. Såfremt man organisatorisk ønsker at inddrage sundhedstjenesten i SSP-samarbejdet, kan sundhedstjenesten bidrage til den specifikke og individorienterede indsats i SSP-samarbejdet gennem dens kendskab til familierne i lokalområdet.

4.11 Samarbejde mellem skole, sundhedspleje og dagtilbud (SSD-samarbejde)

Med Barnets Reform giver servicelovens § 49a mulighed for i særlige tilfælde at fravige de gældende regler om tavshedspligt. Ifølge servicelovens § 49a kan den kommunale sundhedstjeneste, skole, skolefritidsordning, dagtilbud, fritidshjem efter § 52 i dagtilbudsloven samt myndigheder, der løser opgaver inden for området for udsatte børn og unge, indbyrdes udveksle oplysninger om konkrete børn og unges rent private forhold uden forældrenes samtykke. Dette kan ske, hvis udvekslingen må anses for nødvendig som led i det tidlige forebyggende samarbejde (Skole-, Sundhedspleje og Dagtilbuds-samarbejdet). Kun ovennævnte kan gøre brug af SSD-samarbejdet. Andre sundhedspersoner som fx praktiserende læger er således ikke omfattet. Udveksling af oplysninger kan kun ske én gang ved et møde, dog kan der i særlige tilfælde afholdes et opfølgende møde. Inden mødet afholdes, skal personalet nøje overveje, om forældrene kan inddrages, inden man vælger eventuelt ikke at gøre det.

Det såkaldte SSD-samarbejde kan anvendes i de tilfælde, hvor en fagperson i sit daglige arbejde med børn og unge bliver bekymret for et konkret barns trivsel, udvikling eller sundhed, og som i den sammenhæng har behov for at

drøfte bekymringen med en eller flere relevante fagpersoner for nærmere at afklare problemets omfang, inden forældrene inddrages.

Drøftelsen har til formål at afklare, hvorvidt den konkrete bekymring skal give anledning til et særligt tiltag over for barnet. Den indledende drøftelse skal så vidt muligt afdække problemets karakter, og kan på baggrund af drøftelsernes konklusioner føre til en række forskellige beslutninger. Den indledende drøftelse kan for det første forsøge at afklare problemets alvor, eller om bekymringen er grundløs. Hvis det viser sig, at barnet har behov for støtte, skal de implicerede fagpersoner så vidt muligt vurdere, om vanskelighederne kan løses i de generelle tilbud som fx skole eller dagtilbud. Efterfølgende bør forældrene inddrages, hvis de ikke tidligere har været det.

Der kan foretages en underretning efter § 153 i serviceloven, hvis de implicerede fagpersoner ikke kan vurdere vanskelighedernes omfang, eller hvis der er grund til at antage, at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte, som ikke kan tilgodeses i de generelle tilbud.

4.12 Undersøgelser i henhold til serviceloven § 50

Efter servicelovens § 50 har kommunalbestyrelsen pligt til at foretage en undersøgelse af et barns eller en ungs forhold, når det må antages, at barnet eller den unge har behov for særlig støtte.

Undersøgelsen skal afdække barnets eller den unges ressourcer og problemer i forhold til følgende områder:

- Udvikling og adfærd
- Familieforhold
- Skoleforhold
- Sundhedsforhold
- Fritidsforhold og venskaber
- Andre relevante forhold.

§ 50-undersøgelsen skal resultere i en begrundet stillingtagen til, om der er grundlag for at iværksætte foranstaltninger, og i bekræftende fald af hvilken art disse bør være. Gennemførelsen af en § 50-undersøgelse har ikke opsættende virkning på intervention fra forvaltningen i forhold til iværksættelse af særlig støtte.

Når det gælder anbragte børn, slår en række sundhedsrisici hårdere igennem i forhold til ikke-anbragte børn, således at de anbragte børn generelt er langt dårligere stillet helbredsmæssigt end deres jævnaldrende. Sundhedsforhold var i 2008 udslagsgivende i 47 % af alle afgørelser om en anbringelse uden for hjemmet. Sundhed er således et centralt parameter, som kommunerne skal

inddrage i udredningen af barnets forhold allerede fra første kontakt, idet vurderingen af barnets sundhed indgår som en del af § 50-undersøgelsen.

Af § 50 stk. 4 fremgår, at kommunalbestyrelsen som led i undersøgelsen skal inddrage de fagfolk, som allerede har viden om barnets eller den unges og familiens forhold. Dette kan ske ved at inddrage sundhedsplejersker, kommunallæger, pædagoger, psykologer, lærere eller andre. Hvis det er nødvendigt, skal kommunen lade barnet eller den unge undersøge af en læge eller en autoriseret psykolog.

I henhold hertil bør både praktiserende læger og ansatte i sundhedstjenesten bidrage til beskrivelsen af barnets sundhed og trivsel forud for iværksættelse af foranstaltninger, ligesom rutinemæssig information til praktiserende læge vil styrke samarbejdet. Det anbefales derfor, at man i de lokale aftaler om tværfagligt og tværsektorielt samarbejde inddrager dette forhold, således at sundhedspersoner systematisk inddrages i § 50-undersøgelser.

4.13 Eksempel på samarbejdsmodel

Servicestyrelsen har udviklet en samarbejdsmodel, der tager udgangspunkt i de enkelte aktører, der indgår i samarbejdet omkring børn, der vokser op i familier med en sindslidende forældre eller i familier med misbrug af alkohol eller stoffer. Samarbejdsmodellen er udviklet til støtte for den tværgående indsats for netop disse børn på baggrund af erfaringer med projekt "Bedre tværfaglig støtte". Materialet kan hentes på www.servicestyrelsen.dk.

5. Danske børns sundhed, helbred og trivsel

Langt de fleste børn i Danmark har det godt, og der er generelt gode muligheder for at behandle og afhjælpe konsekvenserne af alvorlig sygdom i barnealderen. Infektionssygdomme og ulykker udgør de største helbredsmæssige problemer for børn og unge, samtidig med at trivselsmæssige problemer og miljømæssige belastninger påvirker børn og unges sundhed stadig mere. Forekomsten af overvægtige børn og unge udgør et sundhedsmæssigt problem, og der er en række udfordringer med at forebygge uhensigtsmæssig adfærd i forhold til risikofaktorerne rygning, alkohol og brug af euforiserende stoffer tidligt i puberteten samt sundhedsfaglig og sundhedspædagogisk indsats i ungdomsuddannelserne.

Sundhed hos børn kan defineres som:

- alderssvarende udvikling med hensyn til vækst, sanser og motorisk, psykisk og social udvikling
- alderssvarende funktionsevner og kompetencer
- en grundstemning præget af livsmod og glæde
- fravær af alvorlig eller tilbagevendende sygdom.

Barndommens medicinske sundhedsproblemer domineres overvejende af en høj forekomst af infektioner. Årsagen til sygdom hos 6 ud af 10 børn er infektionssygdomme som forkølelse, influenza, mellemørebetændelse eller anden febersygdom, herefter er mave-tarm-infektioner mest forekommende. Forekomsten af infektionssygdomme er højest i 1-2-års-alderen og lavest i den tidlige skolealder. Børn fra mere økonomisk belastede familier har flere sygdomsperioder end øvrige børn. Forekomsten af infektionssygdomme falder midt i skolealderen, men andelen af børn, der er syge på grund af hovedpine eller migræne er størst blandt skolebørnene.

Astma er den hyppigste kroniske sygdom blandt børn, og den kan have alvorlige og indgribende implikationer for barnet og dets familie.

Stadig færre store børn og unge rapporterer om et godt selv vurderet helbred. Blandt de 11-15-årige forekommer således problemer med såvel helbred som manglende trivsel, idet mange lider af hyppige symptomer som hovedpine, mavepine, ondt i ryggen, nervøsitet, indsovningsbesvær, svimmelhed og irritation, ligesom mange rapporterer, at de hyppigt er kedede af det.

5.1 Social ulighed i sundhed blandt børn og unge

Børn og unge fra socialt udsatte familier har generelt flere helbredsproblemer og større forekomst af de fleste former for risikoadfærd. Årsagerne hertil er multifaktorielle. For langt de fleste faktorer, der har betydning for børns sundhed, kommer ulighed i sundhed til udtryk som en gradient i forhold til familiens socio-økonomiske vilkår.

Reduktion af social ulighed i sundhed blandt børn og unge indgår som et væsentligt omdrejningspunkt i tilrettelæggelse af de ydelser, kommunerne tilbyder i henhold til sundhedslovens og bekendtgørelsens bestemmelser om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge.

Social ulighed kommer til udtryk på en lang række områder:

- Forskelle i forhold til for tidlig fødsel, lav fødselsvægt og dødelighed i første leveår
- Ulighed i helbred
- Påvirket trivsel, herunder fx ensomhed, hjælpeløshed og mobning
- Sundhedsadfærd, fx fysisk aktivitet, mad- og spisevaner samt rygevaner
- Højde- og vægtudvikling
- Ulykker og skader blandt børn, herunder vold, selvskade eller selvmordsforsøg.

5.2 Forskelle i forhold til for tidlig fødsel, lav fødselsvægt og dødelighed i første leveår

For tidlig fødsel, lav fødselsvægt og dødeligheden i første leveår er markører for helbred tidligt i livet. På alle disse markører er der social ulighed, og en række undersøgelser peger på, at der inden for de seneste årtier er sket en forøgelse i de sociale forskelle. I forhold til de øvrige nordiske lande har Danmark både flere perinatale dødsfald og højere dødelighed i første leveår.

5.3 Ulighed i helbred

Børnesundheds- og sygelighedsundersøgelsen viser, at børn af forældre med ringere socioøkonomisk placering eller med kortere uddannelse har flere sygdomsperioder, flere symptomer, anvender oftere medicin og har oftere handicap end børn i bedre socioøkonomisk placerede familier. Desuden viser undersøgelsen, at de sociale forskelle også genfindes, når det gælder børns sundhedsadfærd.

Når det gælder forældres rapportering af, hvorvidt deres børn lider af en langvarig sygdom, er der sociale forskelle i alle aldersgrupper. Den sociale ulighed er mest markant for de 0-5-årige børn, idet næsten dobbelt så mange forældre på overførselsindkomst oplyser, at deres barn lider af en langvarig sygdom sammenlignet med forældre fra funktionærgruppen. Ved udskolingsundersøgelsen ses ligeledes tydelige sociale forskelle, idet 39 % af børn med forældre fra funktionærgruppe I havde fået stillet en lægelig diagnose, mens det gjaldt for 53 % af unge med forældre på overførselsindkomst.

Når det gælder de store børn og unges selv vurderede helbred er der for de enkelte symptomer ikke den store forskel i forekomsten mellem de forskellige socialgrupper i *Skolebørnsundersøgelsen 2006*, men der er meget stor forskel, når det gælder indrapportering vedrørende daglige symptomer. Blandt børn og unge i socialgruppe I-II er der 19 %, der har mindst et symptom dagligt, mens det for socialgruppe V-VI er 28 %.

Andelen af store børn og unge med meget godt selv vurderet helbred varierer ved *Skolebørnsundersøgelsen 2006* mellem 39 % for de socioøkonomisk bedst placerede til 33 % for de lavest placerede.

Når det gælder brug af lægemidler, findes en forhøjet risiko for de lavere socialgrupper både for drenge og piger. Der er således dobbelt så stor risiko for brug af lægemidler mod søvnløshed i de lavere grupper end i de højere socialgrupper, uanset at der er taget højde for den større symptombelastning i disse grupper. Det samme mønster ses hos etniske minoriteter, både når det gælder børn fra vestlige og ikke-vestlige lande. Også når det gælder brug af medicin mod hovedpine, er der væsentlig social ulighed, idet en meget større gruppe af børn fra lav social klasse har et hyppigt forbrug af medicin mod hovedpine.

5.4 Påvirket trivsel

Skolebørns trivsel undersøges regelmæssigt i *Skolebørnsundersøgelsen*, som leverer data om 11-15-åriges sundhedsadfærd og selvrapporterede helbred. Trivselsbegrebet betegnes her som *en almen følelse af velvære*. De fleste børn og unge trives og har det godt i det daglige, men der er en ikke ubetydelig andel af elever med lav trivsel. Der er væsentlige forskelle i trivsel fra den ene socialgruppe til den anden, og der er tydelig sammenhæng mellem socialgruppe og lav trivsel. Forekomsten af lav trivsel er stigende, jo lavere socialgruppe barnet eller den unges familie har. Således rapporterer børn af forældre uden for arbejdsmarkedet hyppigst om dårlig trivsel i denne undersøgelse.

5.5 Sundhedsadfærd

Som hovedregel har store børn og unge fra lavere sociale grupper en øget forekomst af risikoadfærd og mindre forekomst af sundhedsfremmende adfærd end børn og unge med en højere socioøkonomisk placering.

Desuden ses en klar sammenhæng mellem daglig rygning og et højt forbrug af lægemidler. Når det gælder alkoholforbrug, er der ikke nogen klar social gradient, og den tendens, der ses, er nærmest omvendt, således at lidt flere børn af velstillede forældre drikker alkohol.

5.6 Højde- og vægtudvikling

Levevilkår, herunder barnets ernæring samt sygdomme i barndommen, gener, psykosociale faktorer og moderens rygning under graviditeten har betydning for barnets sluthøjde. Der er desuden socioøkonomiske forskelle i forekomsten af overvægt blandt børn og unge, hvor andelen af overvægtige er højere blandt børn af forældre med mindre velstående social baggrund.

Børn født af overvægtige mødre har op til 3 gange større risiko for senere at udvikle overvægt, og børn med fødselsvægt > 4000 gram har øget risiko for udvikling af overvægt. Børn, der ved skolestart er overvægtige, har 3 gange større risiko for også at være overvægtige i voksenalderen. Udvikling og forekomst af overvægt i skolealderen er et stort problem.

5.7 Ulykker og skader

Børn i familier med lav indkomst har ca. 50 % flere skadestuekontakter og 60 % flere indlæggelser efter en ulykke sammenlignet med børn i højere socioøkonomisk placerede familier. Når det gælder børns hjemmeulykker, dvs. ulykker i boligen eller de nære omgivelser som fx have, gårdanlæg, indkørsel og legeplads, er forskellen størst for forbrændinger og forgiftninger, hvor hyppigheden er næsten dobbelt så høj i familier med lav indkomst som i familier med høj indkomst. Også når det gælder indtagelse af medicin ved et uheld, er der en markant forskel, når man kigger på forældrenes socioøkonomiske forhold, således at de socioøkonomisk dårligst stillede har 90 % flere uheld end de bedst stillede.

Enlige forældre henvender sig også hyppigere på skadestuen end forældre, der er samboende. Endelig har mors alder betydning, idet mødre, som er under 25 år ved barnets fødsel, har 40 % flere skadestuebesøg end ældre mødre.

6. Børn og familier med særlige behov

De fleste børn og unge i Danmark er grundlæggende ønskede. Det giver basis for psykisk støtte og opbakning omkring det enkelte barn. Men nogle familier er ikke ved egen kraft i stand til at opfylde barnets behov for stimulation, omsorg og tryghed og sikre dets sunde udvikling og trivsel.

Det er ikke enkelt at opgøre, hvor mange børn, der mistrives i varierende omfang eller er udsat for omsorgssvigt af fysisk og/eller psykisk karakter, idet begrebet omsorgssvigt ikke er klart teoretisk defineret. Nogle undersøgelser taler om 15-20 %, mens andre taler om 3-5 %. Det anslås, at hvert 5. danske barn på 7 år har forældre med svage ressourcer, hvor risikoen for omsorgssvigt er betydelig.

Mange børn bliver fra den tidlige alder passet uden for hjemmet, og ved skolealderen er 97 % tilknyttet et offentligt dagpasningstilbud. At skabe mening og sammenhæng mellem familie og institution i børns hverdagsliv stiller store krav og udfordringer til både de professionelle og forældrene. Barnet og den unge skal rumme de forskellige normer, holdninger og typer af opdragelsespraksis, der gælder i de sammenhænge, de befinder sig i og bliver således "dobbeltsocialiserede" i hverdagslivets konstante vekslen mellem typer af voksenbarn-relationer. Ud over denne socialisering skal barnet og den unge skabe relationer til de jævnaldrende i institutionen og skolen og gennem disse relationer etablere deres egen identitet. Den øgede mangfoldighed i befolknings sammensætningen, hvad angår kulturel, social og etnisk baggrund, betyder desuden en generel øget diversitet i den børne-, forældre-, pædagog- og lærergruppe, det enkelte barn skal lære at håndtere og være sammen med.

For mange børn kan det være vanskeligt at håndtere deres sociale relationer, og for *alle* børn gælder, at de med mellemrum oplever, at deres sociale verden er skrøbelig eller for nogle ligefrem bryder sammen. Det kræver forældre, der er stabile og troværdige, og voksne professionelle der sammen med forældrene er opmærksomme og tilgængelige, når barnet har brug for det. Nogle forældre har brug for særlig støtte til at kunne få familielivet til at fungere og til at kunne støtte deres barns udvikling, sundhed og trivsel.

6.1 Tilknytning og relationer

Det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde for børn og familier begynder under graviditeten, ved fødslen og i det tidlige samspil mellem barnet

og dets forældre. Perioden skal ses som en sammenhængende dynamisk proces, hvor de kommende forældre forbereder sig og modnes psykisk til at indgå i et kvalificeret samspil med det nyfødte barn, ligesom barnets egen udvikling sker i et samspil med forældrene. Børns tilknytningsmønstre påvirkes allerede i graviditeten og dannes i det tidlige samspil. Tilknytningsmønsteret er relativt stabilt allerede i 1-års-alderen.

Samlet set er barnets udvikling afhængig af de relationer, som barnet tilbydes. Gennem relationerne skaber barnet konkrete erfaringer om sig selv, om andre og om den verden, det befinder sig i. Gennem udvikling af relationerne udvikles barnets evne til at vise empati samt evnen til at begå sig socialt blandt andre. Det tilknytningsmønster, man udvikler som barn (trygt, afvisende, ambivalent, desorganiseret), videregives ret stabilt til næste generation via det tidlige samspil med eget barn.

Ifølge tilknytningsforskningen opbygger børn en tryk og selvstændig tilknytning, når omsorgsgivers adfærd er præget af følgende karakteristika:

- Gensidighed i kontakt
- Tilgængelighed (barnet kan relativt let få kontakt ved behov)
- Sensitivitet (omsorgsgiver fastholder opgaver, men skifter adfærd efter barnets sindstilstand)
- Føler med – men aldrig *som* – barnet, hvis det er ophidset, vredt, sørgende
- Reflekterer over barnets/andres følelser og motiver, og taler ofte herom (barnet lærer at indleve sig i andre).

Når forældre ikke er i stand til at udvise sammenhængende omsorgsadfærd med ovenstående kvaliteter (fx agerer uforudsigeligt, vredt eller usammenhængende i lange perioder over for barnet), udsættes barnet for omsorgssvigt i en eller anden form.

Samspelet mellem forældre og barn og den tilknytning, der bygges op, er essentiel for barnets udvikling. Det er derfor væsentligt, at sundhedsplejersken og almen praksis har fokus rettet mod tilknytningen mellem forældrene og barnet allerede fra første kontakt, og bedst allerede under graviditeten. Sundhedspersonalet må i enhver kontakt med et barn/en ung og dets familie vurdere forældrenes omsorgsevne i relation til ovenstående og (ved behov) tilrettelægge vejledning, rådgivning og eventuel kontakt til tværfaglige samarbejdspartnere med udgangspunkt heri. Målet er gennem tidlig indsats at understøtte relationen mellem barnet og dets forældre, således at negative mønstre brydes, og barn og forældre kan støttes i at opbygge sunde, stærke og trygge relationer.

Relationen til den professionelle vil ofte afspejle omsorgsgivers generelle kontaktform (og dermed omsorgsgivers relation til barnet), og udgøre et værdis-

fuldt observationspunkt. Fx kan et mønster af korte, uforpligtende og overfladiske kontakter uden fordybelse – eller hyppige, letvakte følelser af svigt og vrede over for behandleren – afspejle et tilsvarende problem i forholdet til barnet.

Observationer af kontaktmønstre kan bl.a. anvendes til at styrke de positive elementer i samspelet mellem barn og forældre og på den måde skabe forandring.

6.2 De sårbare forældre – de sårbare børn

Graviditet og barsel er en periode med stor glæde og forventning – en periode, som også kan være præget af både fysiske og psykiske belastninger. At blive forældre er en af de mest omvæltende begivenheder, man kommer ud for i sit liv. Processen er i høj grad bestemt af, hvilke forudsætninger forældrene bringer med sig, herunder parforholdets karakter, de sociale og økonomiske forhold samt den hjælp og støtte, der ydes i graviditeten, i barselsperioden og i spædbarnets første tid.

Hvis forældrene af forskellige grunde er sårbare, kan deres vanskeligheder forstærkes, når de får et barn. Økonomi og socialklasse er ikke sikre indikatorer for omsorgsevne, hvorimod psykisk stabilitet, modenhed og relevante mestringsstrategier er afgørende. Erfaringer viser, at tidlig tværfaglig og tværsektoriel indsats kan styrke tilknytningen mellem barn og forældre.

3-5 % af en forældreårgang er sårbare forældre, hvis børn udvikler tilknytningsproblemer og/eller tilknytningsforstyrrelser. Faktorer og vilkår, der ofte giver sårbarhed i forælderrollen, ses hos:

- Forældre, som selv har oplevet massivt omsorgssvigt eller svært traumatiserende begivenheder i egen opvækst
- Forældre med alkohol- eller stofproblemer: især alkohol-, hash- og medicinafhængighed, herunder et afhængigt forbrug af psykofarmaka, er hyppige forstærkende faktorer, uanset forældrenes omsorgsevne før forbruget startede. Desuden kan forbrug af crack og heroin have betydning for forældrenes omsorgsevne
- Forældre, som er ramt af svær akut krise af forskellige årsager fra graviditetens start og i barnets første tre leveår. Fx ægtefælles dødsfald, ulykke, etc.
- Forældre uden netværk. Fx unge indvandremødre, som udstødes af familien på grund af graviditeten, og unge enlige mødre, hvor venskaber løber ud pga. forskellige livsvilkår
- Forældre, som lider af en psykisk sygdom ved graviditetens start og i barnets første leveår. Fx skizofreni, mani-depressivitet, svær fødselspsykose, svær fødselsdepression, borderline.

Risikofaktorer for tilknytningsforstyrrelser kan også findes hos barnet, fx autisme, mental retardering, handicap og ved adoption.

Hvis flere af ovenstående faktorer optræder i kombination, vokser risikoen for manglende omsorgsevne radikalt. Endvidere er langvarige adskillelisesperioder mellem forældre og børn umiddelbart efter fødslen og i de to første leveår en betydelig risikofaktor for den gensidige tilknytning.

6.3 Børn og unge i familier med alkohol- og rusmiddelproblemer

Børn, der lever i familier med alkoholproblemer, er i stor risiko for at blive omsorgssvigtede. Børn i familier, hvor alkoholproblemet er så alvorligt, at far eller mor har været indlagt på hospitalet med en alkoholrelateret lidelse, har 8 gange så stor risiko for at opleve vold i hjemmet. I familier, hvor alkoholproblemet er mindre, er der stadig stor risiko for et følelsesmæssigt omsorgssvigt. Ca. en tredjedel af voksne børn fra familier med alkoholproblemer udvikler selv et alkohol- eller narkotikaproblem, og ca. en tredjedel oplever psykiske vanskeligheder som angst, depression og spiseforstyrrelser.

Næsten alle voksne i Danmark drikker alkohol i et eller andet omfang. Tabuisering af alkoholforbrug har i høj grad medvirket til at usynliggøre de problemer, som et for stort alkoholforbrug kan udsætte børn og partner for. Børn i familier med afhængighedsproblemer udgør en meget stor gruppe af de omsorgssvigtede børn. 44 % af små børn anbragt uden for hjemmet har et rusmiddelproblem som en del af anbringelsesgrundlaget.

Sundhedspersonalet i den kommunale sundhedstjeneste og i almen praksis skal derfor tale med familien om alkoholvaner og reagere, hvis der er en formodning om et alkoholproblem. Der er behov for information til forældrene om, hvilken belastning et alkoholproblem påfører barnet og hjælp til at få en aftale i stand med alkoholrådgivningen.

Samtidig er der behov for en vurdering af barnets behov for støtte. Familien bør tilbydes familieorienteret alkoholbehandling, da den er mere effektiv for den, der drikker, og i samme proces hjælper partner og børn. Såfremt den, der drikker, ikke umiddelbart ønsker behandling, er et støttetilbud til partner og børn meget effektivt. Det motiverer ofte den, der drikker, til at gå i behandling, og støtten til partner og børn vil give den ikke-drikkende forælder ressourcer til at beskytte børnene og samtidig være en væsentlig forebyggende støtte til børnene.

Sundhedsstyrelsen har udgivet en lang række materialer til støtte for sundhedspersoners rådgivning af børn, unge og deres forældre i forbindelse med

alkoholforbrug. Materialet kan hentes på www.naarmoreellerfardrikker.dk eller bestilles på www.sundhedsoplysning.dk

6.3.1 Stofmisbrug

Stofmisbrugende kvinder får næsten lige så mange børn som andre kvinder. I 2008 boede 1300 børn i familier, hvor en forælder var indskrevet i behandling, mens 449 børn var anbragt uden for hjemmet af denne årsag. Børn fra familier med andre rusmiddelproblemer end alkohol kan allerede fra før fødslen være omfattet af det etablerede tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, såfremt moderen er kendt af myndighederne i forvejen.

Hvis misbruget opstår efter barnets fødsel, skal sundhedspersonalet i almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste underrette de sociale myndigheder om forældrenes misbrug med henblik på at få iværksat de nødvendige foranstaltninger af hensyn til barnets sundhed, trivsel og udvikling. Denne underretning kan ske med eller uden forældrenes samtykke, se afsnit 2.9 og 4.11.

6.3.2 Børn, som i fostertilstanden har været eksponeret for rusmidler

Når det gælder specialiseret opfølgning af børn, som i fostertilstanden har været eksponeret for rusmidler, henvises til *Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier*, Sundhedsstyrelsen. Såfremt der efter fødslen er mistanke om, at barnet har været eksponeret for rusmidler i fostertilværelsen, kan sundhedspersonalet henvise til det regionale familieambulatorium for vurdering og eventuel opfølgning.

6.4 Børn og unge med forældre, der har en psykisk sygdom

Når en eller begge forældre i en familie har en psykisk sygdom, påvirker dette som regel hele familien. Psykisk sygdom medfører ændringer i forælderenes tankemønstre, følelser og handlinger. Graden og arten af børnenes påvirkning afhænger af forskellige faktorer, bl.a. hvilken sygdom der er tale om, dens sværhedsgrad, øvrige ressourcer i familie og netværk, barnets alder ved sygdomsudbrud, medfødte faktorer hos det enkelte barn (fx temperament) m.m.

Der foreligger ikke eksakte undersøgelser, men det skønnes, at der i Danmark er 50.000-100.000 børn, der har forældre med en psykisk sygdom. Disse børn har en øget risiko for selv at få psykosociale problemer senere i livet. Den øgede risiko hænger både sammen med arvelige forhold, men i høj grad også faktorer i børnenes opvækstmiljø. Det anslås således, at ca. halvdelen

af børnene med psykisk syge forældre selv får psykosociale vanskeligheder senere i livet.

Det kan være vanskeligt at få øje på disse børn og de udfordringer, de står overfor. Dette bl.a. fordi gruppen er meget uhomogen. Dertil kommer, at mange børn udadtil er yderst tilpassede og tilsyneladende klarer sig godt – ofte i et forsøg på at værne om familien og den syge forælder. Derfor har børn af psykisk syge forældre været en overset målgruppe i mange år. De senere år er målgruppen dog kommet mere og mere i fokus – bl.a. blandt frontpersonale (sundhedsplejersker, pædagoger og lærere), i psykiatrien og blandt interesseorganisationer og pårørendeorganisationer.

Særlige problemstillinger, som disse børn står over for, er eksempelvis:

- Skyld- og skamfølelse som er relateret til forælders sygdom
- Social isolation (barnet tør måske ikke tage kammerater med hjem)
- Usikkerhed og utryghed som kan være relateret til forælders svingende sindstilstand (humør) og evne for omsorg
- Grænseoverskridende eller uforståelig adfærd fra forælders side samtidig med at barnet har stor loyalitet og omsorg for forælderen
- Overansvarlighed – både ift. forælderen og eventuelle mindre søskende (fx de praktiske gøremål i hjemmet)
- Konstant bekymring for forælderen, herunder bl.a. selvmordsforsøg
- Omverdens tavshed (tabu).

Sundhedspersonalet må være opmærksom på, at børnene – også de helt små – har behov for at tale om deres oplevelser og de følelser, som er forbundet med forælders sygdom. Dette også selvom børnene tilsyneladende kommer fra ressourcestærke hjem og klarer sig godt.

Det er vigtigt for børnene at få alderssvarende information og mulighed for at sætte ord på egne tanker og følelser. Der findes litteratur, der er målrettet børn i forskellige aldersgrupper, som man kan læse i fællesskab. Som sundhedspersonale kan man her med fordel samarbejde med forælders behandlingssted, der ofte kan tilbyde familiesamtaler. Derudover findes der rundt omkring i Danmark særlige pårørendegrupper for børn, der vokser op med psykisk syge forældre.

Er der tale om decideret omsorgssvigt, gælder de samme regler for underretning, som i andre sager.

6.5 Omsorgssvigt

Børn, der har været udsat for omsorgssvigt og overgreb af såvel fysisk som psykisk karakter, har ud over de akutte skader øget risiko for både fysisk og psykisk sygelighed senere i livet.

Omsorgssvigt kan have forskellige former:

- Fysiske overgreb i form af fysisk afstraffelse, herunder blå mærker samt alvorlige eller usædvanlige skader som fx bidmærker, forbrændinger, snitsår, petecchier eller påfaldende ar
- Psykiske overgreb med følelsesmæssig ydmygelse
- Seksuelle overgreb, såvel fysisk som psykisk, herunder skader på kønsorganer, seksuelt overførte sygdomme og uønskede graviditeter
- Vanrøgt, dvs. manglende omsorg og pleje
- Manglende tætte relationer pga. pasning fra mange, tilfældigt skiftende omsorgsgivere
- Børn, som udsættes for længerevarende fysisk adskillelse efter fødslen bl.a. med manglende eller usikker tilknytningsadfærd til følge
- Sygdomme og/eller symptomer, som forældre fremkalder eller konstruerer hos barnet.

Det er vigtigt, at almen praksis, sundhedsplejersker og læger ansat i kommuner er opmærksomme på tegn på omsorgssvigt, så børnene bliver identificeret, undersøgt og får den nødvendige hjælp.

Barnet kan frembyde både fysiske og følelsesmæssige symptomer på omsorgssvigt, og der vil være tegn på tilknytningsforstyrrelse i samspillet mellem barn og forældre. Hos spæd- og småbørn kan eksempelvis ses vigende blik, afvisning eller modstand mod samspil, tilbagetrukkethed, tristhed, apati, spiseproblemer eller dårlig trivsel. Hos større børn kan desuden ses frygt-somhed, øget vagtsomhed, angst, indadvendthed, aggressivitet, somatisk van-trivsel, væksthæmning, renlighedsproblemer, lavt selvværd eller selvskadende adfærd. Ligeledes kan ukritisk omgang med fremmede eller uselektiv søgen efter trøst og intimitet være et tegn på omsorgssvigt.

Sundhedspersonalet må desuden være særlig opmærksomt ved tegn på vold, herunder mange blå mærker og gentagne knoglebrud.

Andre tegn på omsorgssvigt kan være:

- Usædvanligt henvendelsesmønster til sundhedspersoner, fx sundhedsplejerske, almen praksis eller lægevagt
- Uoverensstemmelse mellem det kliniske billede og barnets/forældrenes beretning om det hændte
- Meget fravær fra dagtilbud/skole begrundet med sygdom

- Særlige indikatorer i form af dårligt helbred og/eller forekomst af livstruende begivenheder, som fx forgiftninger og nær-drukneulykker.

Børn kan således fremvise både fysiske og psykiske symptomer og tegn, som ofte vil være overlappende eller koblede, og som tilsammen tegner billedet af et truet barn.

Børn kan, ligesom voksne, få PTSD (posttraumatisk belastningsreaktion).

Shaken-baby-syndrome

Mindre børn (< 2 år) uden tegn på ydre vold kan være udsat for ruskevold, hvor de kliniske symptomer er uspecifikke.

Ruskevold bør overvejes ved de nedenfor anførte symptomer, og især såfremt forældrene er omsorgssvage og tidligere har haft problemer som beskrevet i afsnit 6.2, samt hvis de fremkommer med vage, utroværdige eller indbyrdes forskellige forklaringer på barnets adfærd eller problemer samt ved forklaringer, der ikke svarer til et traumes sværhedsgrad som fx fald fra puslebord.

Tegn på ruskevold hos spædbørn:

- Spiseproblemer, opkastninger, irritabilitet, træthed og søvnforstyrrelser stigende til dårlig sutteevne og dårlig kontakt
- Tegn på brud, blå mærker, bevidsthedssvækkelse, respirationsproblemer, kramper, spændt fontanelle.

6.5.1 Retningslinjer for indsatsen

Ved mistanke om omsorgssvigt og manglende omsorgsevne hos forældrene skal der ske underretning til de sociale myndigheder med henblik på at etablere et intenst tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Underretningen skal ske i henhold til servicelovens § 153, bestemmelserne i Barnets Reform og bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service (under revision).

Den kommunale sundhedstjeneste skal i henhold til bekendtgørelsen §§ 12-14 have udarbejdet retningslinjer for, hvordan sundhedsplejersken, lægen eller andre personer tilknyttet sundhedstjenesten handler i en konkret situation, hvor der er mistanke om omsorgssvigt, herunder have beskrevet samarbejdet med de sociale myndigheder, almen praksis og et socialpædiatrisk team i regionen. Det vil typisk være meget komplekse familiesager, som kræver særlig tværfaglig ekspertise og intenst koordineret indsats. Se også kapitel 4 om det tværfaglige samarbejde.

6.6 Opsporing af fødselsdepression

Under graviditet og barselsperiode er der en større risiko for at udvikle depression end på andre tidspunkter i livet. Forekomsten af depression i graviditeten angives til mellem 7 og 12 % og er formentlig hyppigere i 2. og 3. trimester. Forekomsten af depression i barselsperioden angives til mellem 5 og 12 %. Forekomsten af fødselsdepression ved brug af EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) er fundet at være mellem 10 og 14 % hos mødre og op til 7 % hos fædrene, når både EPDS og Gotlandskalaen anvendes til vurdering af depressionstilstande. Hos ca. en promille udløser graviditet og fødsel en fødselspsykose, som på lige fod med andre akutte psykoser kræver akut indlæggelse.

Særlige risikofaktorer for udvikling af fødselsdepression er tidligere depression eller anden psykisk sygdom, psykologisk belastning under graviditeten, sociale problemer og isolation.

Mange af de tilstande, tanker, følelser, reaktioner og symptomer, som optræder ved andre depressioner, fx angst, skyld, håbløshed, forvirring, nedsat koncentration og træthed, kendetegner også fødselsdepressionen. Men i fødselsdepressionen kan følelserne desuden være knyttet sammen med forældreskabet. Det kan fx være følelser af at være overvældet af ansvar, angst for barnets reaktioner, overdrevne forestillinger om at barnet græder meget og er uroligt, bekymring for om barnet er sygt, angst for at gøre barnet skade, angst for at miste kontrol. Både mænd og kvinder kan få fødselsdepressioner, men reaktionsmønstrene kan være forskellige.

Mænds depressionssymptomer er ofte mere udadrettede end kvinders og kan fx vise sig i form af vredesudbrud, aggressivitet, svag impuls kontrol, lav stress-tærskel eller rusmiddelproblemer.

En depression påvirker måden at fungere som forælder på og relationen til barnet. Ved længerevarende depression hos forældre i spædbarnsperioden er der vist negativ påvirkning af barnet. I spæd- og småbarnsalderen kan det vise sig som spise- og trivselsproblemer, soveproblemer, dårlig blikkontakt, tilbagetrukkethed, alvorlighed, apati og forsinket psykomotorisk udvikling. Der er ligeledes påvist en øget tendens til adfærdsforstyrrelser i de første 5 leveår. Depression hos moderen kan vanskeliggøre amning og forkorte ammeperioden. Desuden er depression hos en af forældrene en alvorlig belastning for parforholdet.

På grund af de alvorlige konsekvenser af ubehandlet fødselsdepression for mor, barn og far er det vigtigt, at tilstanden opdages tidligt, så familien kan tilbydes hjælp. Ud over støtte til og/eller behandling af forældrene bør der samtidig være fokus på at forebygge de negative konsekvenser for barnet, hvis

den primære omsorgsperson, som oftest moderen, har en fødselsdepression. Der kan være behov for, at barnet sikres en supplerende eller alternativ primær omsorgsperson, indtil tilstanden bedres. Det kan fx være faderen, som har mulighed for at overtage noget af barselsorloven, eller en bedsteforælder eller andet familiemedlem, der kan træde til som støtteperson. Der kan også være behov for tidlig pasning af barnet, tilpasset dets alder og behov (fx dagpleje).

Sundhedspersonalet skal være opmærksomt på tegn på angst og fødselsdepression hos både kommende og nye forældre. Med henblik på tidlig opsporing anbefales det rutinemæssigt at spørge til forældrenes psykiske velbefindende et par måneder efter fødslen, enten gennem nogle få strukturerede spørgsmål eller ved brug af en screeningstest. Erfaringsmæssigt viser halvdelen af fødselsdepressionerne sig senere end tre måneder efter fødslen, hvorfor der gennem kontakterne i barnets første leveår skal være opmærksomhed på tegn på psykiske problemer.

6.6.1 Screeningsredskaber

Som screeningsinstrument kan fx anvendes WHO-5 Trivselsindeks, som er en generel depressionstest eller Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), som er udviklet specifikt til opsporing af fødselsdepression. EPDS er ikke valideret i Danmark, men der er gode erfaringer med at bruge det i sundhedsplejen, både som screeningsredskab og som samtaleredskab. Screeningstesten kan anvendes enten til systematisk screening af alle kvinder (generel screening) eller ved formodning om depression (selektiv screening). Ved generel screening opdages flere tilfælde af fødselsdepression end ved selektiv screening. Men generel screening er betydelig mere ressourcekrævende, bl.a. fordi det giver mange flere falsk positive, som må sorteres fra gennem yderligere undersøgelse ved en læge. De falsk positive lider dog ofte af andre psykiske lidelser, som fx panikangst eller OCD. Højere scores bør altid følges op af en samtale med den pågældende.

EPDS og de øvrige screeningsredskaber kan ikke bruges til at stille en egentlig diagnose. Hertil kræves et diagnostisk interview foretaget af en praktiserende læge eller psykiater. Idet det kan være svært at skelne mellem behandlingskrævende og ikke-behandlingskrævende tilstande, kan den praktiserende læge supplere med det validerede spørgeskema *Major Depression Inventory* (MDI) som hjælp til at vurdere, om der er behov for henvisning til videre udredning og behandling for fødselsdepression. Som diagnoseredskab anbefales brug af ICD-10's kriterier for depression.v

6.6.2 Retningslinjer for indsatsen

Den kommunale sundhedstjeneste udarbejder retningslinjer for sundhedsplejerskens indsats ved mistanke om fødselsdepression eller angst med klare anvisninger af sundhedsplejerskens selvstændige kompetencer og mulighed for

ekstra støtte til familien samt henvisningsprocedurer til hhv. almen praksis og et kommunalt behandlingstilbud.

Ved mistanke om psykotiske episoder og/eller depression hos enten mor eller far henviser sundhedsplejersken altid til den praktiserende læge. Den praktiserende læge vurderer herefter behov for psykiatrisk vurdering og behandling. Sundhedsplejersken yder ekstra besøg til familien i henhold til de lokalt udarbejdede anbefalinger herom og i samarbejde med den praktiserende læge/psykiater og evt. psykiatrisk afdeling.

6.7 Børn og unge med handicap og kroniske sygdomme

Børn og unge med handicap og kronisk syge børn og unge skal – uanset at de følges og behandles af specialister – tilbydes samme ydelser som andre børn, herunder de forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis og tilbudene fra den kommunale sundhedstjeneste.

Det er væsentligt, at familier med børn med handicap får mulighed for at drøfte relationer og tilknytning, familiedannelse, amning/ernæring o.a. i hjemmet i lighed med alle andre nye familier. Familier med børn med handicap skal tilbydes hjemmebesøg i barnets første leveår, uanset omfanget af specialister, der er i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring familien, ligesom den kommunale sundhedstjeneste bør inddrages i specialarbejdet i det omfang, det vurderes relevant af såvel primær som sekundær sundhedstjeneste. Den kommunale sundhedstjeneste kan med fordel involveres i vurderingen af særlig støtte, herunder hjælpemidler m.m. Børnene deltager i sundhedspædagogiske aktiviteter i det omfang, de ønsker det, og deres handicap eller kroniske sygdom tillader det.

Børn og unge med handicap kræver særlig professionel opmærksomhed, når det gælder etablering af og fastholdelse i kommunale tilbud, der vedrører forebyggelse af livsstilssygdomme, herunder fx idrætstilbud med henblik på forebyggelse af overvægt, diabetes, m.m. Forebyggelsestilbuddene bør være en integreret del af familie-, skole- og fritidslivet på samme måde som for andre børn og unge, jf. FN's handicapkonvention.

Familier med børn med handicap har vidt forskellige behov. Ens er imidlertid, at børnene ofte har brug for højt specialiserede tilbud på både det sundhedsfaglige, sociale og pædagogiske/psykologiske område. Behandlingen af børn med sjældne handicap er organiseret i få centre i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Det er nødvendigt, at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er vel fungerende og lever op til servicelovens bestemmelser om hjælp til familier

med behov, der *“følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne”*. § 1 stk. 3. Servicelovens § 119 bestemmer, at myndighedernes opgaver skal *“udføres i samarbejde med forældrene og på en sådan måde, at det fremmer børns og unges udvikling, trivsel og selvstændighed”*.

Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde inkluderer den primære sundhedstjeneste, både når det gælder det nyfødte barn med handicap, som udskrives fra sygehuset, og såfremt barnet erhverver sit handicap senere i livet. Særligt overgangssituationer er problematiske for familier med et barn/ung med handicap. Samarbejdet omkring familier med børn og unge med handicap eller kroniske sygdomme kan med fordel beskrives i sundhedsaftalen med henblik på at forebygge mangelfuld information og rådgivning samt manglende koordinering mellem familien og de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet. Se også afsnit 1.2.

6.8 Børn i familier med anden etnisk baggrund end dansk

Familier med anden etnisk baggrund end dansk er en meget uhomogen gruppe. Børn, der vokser op i disse familier, lever under lige så forskellige forhold som etnisk danske børn og præsenterer på samme måde som etnisk danske familier forskellige problemstillinger.



Mødregruppe for kvinder med anden etnisk baggrund end dansk.

Der er imidlertid en række forhold, som sundhedspersonalet må være særlig opmærksom på i mødet med familier af anden etnisk oprindelse end dansk:

- *Familiens socioøkonomiske forhold*: arbejdsløshed, ingen eller kort uddannelse, analfabetisme, lav indtægt, ringe boligforhold m.v.
- *Isolation* og manglende netværk
- *Sproglige kompetencer*: både hos barnet og familien. Professionelle tolke bør anvendes, når det vurderes, at de dansksproglige kompetencer ikke rækker. Familiemedlemmer eller søskende bør ikke bruges som tolke
- *Anderledes familiestruktur*: bedsteforældrene spiller fx i nogle kulturer en mere aktiv rolle, end man i etnisk danske familier er vant til
- *Kendskab til sundhedssystemet og offentlige myndigheder*: utilstrækkelig viden om, hvor familierne kan få hjælp og støtte til børnene.

Desuden gælder, at viden og information om sundhedsforhold i nogle familier hentes andre steder, end man traditionelt gør i Danmark, ligesom sundheds- og sygdomsbegreberne kan være væsentligt forskellige fra den gængse danske opfattelse af disse begreber.

I bilag 6 beskrives en række konkrete forhold, som må tages i betragtning i kontakten med børn og familier af anden etnisk oprindelse end dansk, uanset det langt fra gør sig gældende i alle familier, man møder i den kommunale sundhedstjeneste og i almen praksis.

7. Generelle forebyggelsestemaer

En lang række forebyggelsestemaer er aktuelle i kontakten med familier, børn og unge med henblik på, at sundhedspersonale i primær sektor bidrager til, at børn og unge bevarer deres sundhed gennem opvæksten.

Nedenfor findes en alfabetisk oversigt over, hvilke temaer og indsatsområder den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis bør inddrage i deres rådgivning til forældre afhængigt af barnets/den unges alder.

7.1 Alkohol

Danske unge har en flertalskultur præget af et højt og skadeligt forbrug af alkohol. OECD har i 2009 fastslået, at danske 15-årige har den største andel med erfaringer med fuldskab i OECD-landene. 56 % af de 15-årige piger og 59 % af de 15-årige drenge har været fulde mindst 2 gange i deres liv, mens OECD-gennemsnittet er 29 % af pigerne og 33 % af drengene.

De danske unges drikkemønster medfører, at mange unge oplever akutte problemer i forbindelse med fuldskab. Det drejer sig både om uheld og ulykker, forgiftninger, uønsket og usikker sex, spirituskørsel, brug af narkotika, kontakt til politiet, slagsmål og dårligere skolepræstationer. Et fuldskaborienteret alkoholforbrug i en udviklingsmæssig følsom periode som teenageårene giver en særlig risiko for, at de unges hjerner, som er under udvikling, skades i forhold til udførende funktioner og langtidshukommelse. Desuden er unge formentlig mere udsatte end voksne for mindre skader på hjernen i forbindelse med et stort alkoholforbrug. Alkohol kan desuden øge følelsen af depression, og unge, der drikker meget, har større sandsynlighed for også at lide af hovedpine, appetitændringer og søvnforstyrrelser.

Unge, som har et tidligt alkoholforbrug, er en risikogruppe, og denne risikogruppe har en tendens til at være normsættende på alkoholområdet for hele årgangen. Et massivt gruppepres medvirker til, at mange unge tidligt begynder at drikke alkohol. Et tidligt højt alkoholforbrug giver en større risiko for senere at få problemer med alkohol. Alkoholdebut bør derfor udskydes til i hvert fald 16 år.

Det er vigtigt, at sundhedspersonalet på skolen arbejder for, at der på skolen gennemføres en bred og løbende diskussion om skolens alkoholpolitik. Sundhedspersonalet kan med fordel samarbejde med skolens lærere om dette emne. Centralt er, at forældrene klassevis fra 6.-7. klasse eller på tværs af en årgang laver forældreaftaler om udskydelse af alkoholdebut og håndtering af

fester. Det er afgørende for de unges alkoholvaner, at forældrene er tydelige i deres normsætning og samtidig har en god kontakt til de unge, hvor dialog, normsætning og støtte er mere centrale elementer end kontrol.

7.1.1 Når forældre drikker for meget alkohol

Forældres brug af alkohol kan påvirke deres omsorgsevne, hvorfor der også må være opmærksomhed på dette i kontakten med forældre. Læs mere i afsnit 6.3.

Hvis der opstår formodning om, at børn eller unge bor i familier med alkoholproblemer, skal sundhedspersoner afholde en samtale med forældrene med udgangspunkt i den aktuelle bekymring for barnets eller den unges trivsel og udvikling i relation til det formodede alkoholproblem. Sundhedspersoner skal tage initiativ til en sådan samtale, med mindre der er tale om forhold, der kræver underretning af de sociale myndigheder i henhold til servicelovens bestemmelser. Den nødvendige samtale kan være enkeltstående eller om nødvendigt indgå i et kortere forløb af samtaler.

Sundhedsstyrelsen har udgivet en lang række materialer til støtte for sundhedspersoners rådgivning af børn, unge og deres forældre. Materialet kan hentes på www.naarmorelloerfardrikker.dk eller bestilles på www.sundhedsoplysning.dk

7.2 Allergiske (atopiske) sygdomme

Allergiske sygdomme omfatter atopisk eksem (børneeksem), fødevarerallergi og astma samt sæson- og helårs-høfeber. Derudover optræder – især i skolealderen – kontakteksem udløst af kontaktallergi over for kemiske stoffer.

Børn, hvor en eller begge forældre og/eller søskende har behandlingskrævende allergi, er disponerede for selv at udvikle allergi. Det anbefales, at allergi-disponerede spædbørn ammes i 6 måneder ligesom alle andre børn. Såfremt amning ikke er mulig, tilstrækkelig eller ønsket, anbefales det, at det allergi-disponerede spædbarn ernæres med højt hydrolyseret modermælkserstatning i de første 4 levemåneder. Det reducerer risikoen for udvikling af mælkeallergi og atopisk eksem. Efter 4-måneders-alderen ernæres barnet som alle andre børn.

Mælkeallergi er den hyppigste form for fødevarerallergi hos børn og ses hos omkring 2 % af alle spædbørn i løbet af det første leveår. Mælkeallergi behandles med mælkefri diæt. Der ydes tilskud fra sygesikringen til højt hydrolyseret modermælkserstatning (lægeordineret på en grøn recept) til behandling af lægediagnosticeret komælksallergi, men *ikke* til forebyggelse af allergi. Her kan forældrene i stedet søge om hjælp efter lov om social service § 41 (serviceloven).

Sundhedsstyrelsen har udgivet *Forebyggelse af allergi i spædbarnsalderen. Anbefalinger og dokumentation* og har i samarbejde med Fødevarestyrelsen og Astma- Allergi Danmark udarbejdet materiale vedrørende forskellige allergier hos børn. Materialet kan hentes på www.sst.dk og www.foedevareallergi.dk

7.3 Fysisk aktivitet

Børn er født med en naturlig glæde ved at bevæge sig. Små børn lever og opfatter gennem deres krop. Et barns kropslige erfaringer er grundlaget for udvikling af barnets intellekt, ligesom en motorisk sikker krop er indgangen til samarbejde og grundlæggelsen af sociale kompetencer. Børn, der er fysisk aktive trives ofte bedre socialt og har mere selvtillid og højere stresstærskel. Fysisk aktivitet styrker samtidig børns motoriske udvikling og bidrager til at opbygge muskler og knogler, mens de vokser. Desuden har fysisk aktivitet en positiv indflydelse på koncentrationsevnen, hukommelsen, adfærden i klasselokalet og den kognitive indlæring. Endelig forebygger fysisk aktivitet en række sygdomme, både hos børn og voksne.

Anbefalingen om mindst 60 minutters daglig fysisk aktivitet for børn anbefales at indgå i de sene forebyggende helbredsundersøgelser hos den praktiserende læge, således at forældrene informeres om betydningen heraf i forhold til barnets sundhed og trivsel. Anbefalingen må desuden indgå i tilrettelæggelsen af sundhedsydelseerne i skolen, bedst i samarbejde med skolens ledelse og lærere.

7.4 Ernæring og kosttilskud

Sundhedsstyrelsens anbefalinger til sundhedspersonalet vedr. 0-3-årige er beskrevet i *Anbefalinger for spædbarnets ernæring* og *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*, som suppleres af en bog til forældrene *Mad til spædbørn & småbørn*.

Kostundersøgelser viser, at 4-14-årige børn generelt spiser for lidt fuldkorn, frugt og grønt samt fisk. Endvidere får flertallet af børn stadig for meget sukker, selvom indtaget har været faldende de senere år. De primære sukkerkilder er søde drikke, slik og chokolade. Og det høje sukkerindhold indebærer en risiko for, at mange børn ikke indtager tilstrækkeligt af visse vitaminer og mineraler.

Når behovet for vitaminer, mineraler og andre næringsstoffer skal dækkes, er der kun meget begrænset plads til "tomme kalorier" i en sund kost. Jo mindre barnet er, jo mindre plads er der til tomme kalorier, fordi små børn spiser mindre, samtidig med at de vokser hurtigere. Læs mere på www.altomkost.dk

Kommuner, skoler og daginstitutioner har mulighed for at rekvirere gratis hjælp fra Alt om Kost-rejseholdet, som tager ud i landet og kan hjælpe med at etablere sunde madordninger eller formulere en politik for mad, måltider og bevægelse. Læs mere på www.fvst.dk

7.4.1 Kosttilskud

Alle spæd- og småbørn har op til 2-års-alderen behov for tilskud af vitaminer og mineraler, mens nogle børn skal fortsætte med D-vitamintilskud gennem hele barndommen. Der gælder særlige anbefalinger for præmature børn, både hvad angår vitaminer og jern samt for mørklødede børn og børn, der går klædt, så arme og ben er tildækket om sommeren. Gældende anbefalinger kan ses på www.sst.dk

Såfremt barnet er småtspisende eller spiser meget ensidigt, bør forældrene drøfte med deres praktiserende læge, hvorvidt barnet har behov for kosttilskud i form af en multivitaminpille. Tyggetabletter bør tidligst gives, fra barnet er 1½ år pga. risikoen for fejlsynkning.

7.5 Overvægt

Allerede i 3-6-års-alderen er der risiko for at udvikle overvægt. Almen praksis har en nøgleposition i forhold til at opspore begyndende overvægt, motivere forældre til at ændre på barnets sundhedsvaner og -adfærd samt henvise til kommunale tilbud for overvægtige børn og deres familier.

Sundhedspersonalet i almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste skal være særlig opmærksomme på at opspore børn med begyndende overvægt. Det sker bl.a. gennem rutinemæssig monitorering af højde- og vægtudvikling i henhold til den landsdækkende børnemonitorering, der er etableret i 2009, se bilag 7. Er barnet ved at udvikle overvægt, kan sundhedstjenesten tilbyde behovsundersøgelser eller -samtaler ved hjemmebesøg samt i skole-sundhedstjenestens regi. Såfremt barnet allerede er overvægtigt ved undersøgelsen, skal der efter aftale med forældrene henvises til den kommunalt ansatte læge eller praktiserende læge med henblik på eventuel somatisk udredning. Udviklingshæmmede børn i alderen 3-5 år er i særlig risiko for at udvikle overvægt, hvorfor der må være særlig opmærksomhed på den gruppe børn i almen praksis.

Såfremt der ikke findes en somatisk årsag til barnets overvægt vurderer sundhedspersonalet i samarbejde med forældrene og eventuelt almen praksis hvilken indsats, der skal iværksættes. Desuden sikrer sundhedspersonalet, at der sker opfølgning og eventuelt henvisning til kommunale tilbud for overvægtige børn og unge. Den tværfaglige indsats kan med fordel beskrives i den obligatoriske sundhedsaftale.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet *Klinisk vejledning om opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn* til praktiserende læger i samarbejde med Dansk Selskab for Almen Medicin. Desuden har Sundhedsstyrelsen udgivet *Vejledning om opsporing af overvægt samt tidlig indsats hos skolebørn* til brug for den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis. Vejledningerne findes på www.sst.dk

7.6 Rygning

7.6.1 Passiv rygning i småbarnsalderen

Omkring 13 % af danske børn under 4 år udsættes for passiv rygning i hjemmet. Knap halvdelen af børn af forældre med mindre end 10 års skolegang udsættes for passiv rygning, mens det kun gælder for ca. 1/10 af børn med forældre, der er uddannet i mere end 15 år.

Rygning øger risikoen for vuggedød. Børn, der udsættes for passiv rygning, bliver hyppigere syge af luftvejsinfektioner og mellemørebetændelse, og de indlægges hyppigere på børneafdeling end børn, der ikke udsættes for passiv rygning.

Sundhedspersonalet i den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis skal drøfte forældres rygning i hjemmet med henblik på at styrke barnets sundhed og forebygge vuggedød.

Sundhedsstyrelsen har udgivet materiale til brug for rådgivning af forældre med små børn.

7.6.2 Rygning i teenageårene

Brug af tobak starter ofte i teenageårene. Selvrapporterede data fra unge viser, at i gruppen af 11-15-årige ryger 11 %, heraf ryger 4 % dagligt. Ca. en fjerdedel af danske unge mellem 16 og 20 år ryger, heraf ryger 11 % dagligt, og 3 % er storrygere.

I skolesundhedsarbejdet skal forebyggelse af rygestart og støtte til ophør med rygning være et indsatsområde. Indsatsen sker bedst i samarbejde med forældrene, skolens ledelse og lærere.

7.7 Sol

Det er påvist, at solskoldninger i barndommen øger risikoen for at udvikle hudkræft senere i livet. Børn skal derfor beskyttes mod solens stråler, og beskyttelse er særlig vigtig mellem kl. 12 og 15, når UV-indekset er over 3. Helt små børn, som ikke kan gå eller kravle, bør ikke opholde sig i direkte sol.

Vigtige forebyggelsesmuligheder er tætbevævet tøj og solhat samt muligheder for at søge skygge udendørs, fx på legepladser og i skolegårde. Større børn beskyttes desuden mod solens stråler med solcreme med beskyttelsesfaktor i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Solen er den vigtigste kilde til D-vitamin. Det er derfor vigtigt, at børnene kommer ud dagligt og får noget sol om sommeren under overholdelse af solrådene. D-vitamin dannes meget hurtigt i huden, når den rammes af UV-stråler, hvorfor kortvarige, regelmæssige ophold i solen er tilstrækkelige. Selvom enkelte undersøgelser har vist, at solfaktor kan hæmme hudens D-vitamin dannelse (in vitro), har huden en så stor kapacitet for at danne D-vitamin, at det ikke har nogen betydning i praksis. Forsøg har vist, at personer, som bruger solfaktor, har samme D-vitaminstatus som personer, der ikke bruger solfaktor.

Kosmetisk brug af solarium og brug af solarium til dannelse af D-vitamin frarådes.

Sundhedsstyrelsen har udgivet materiale i form af faktaark til brug for rådgivning af forældre. Faktaark kan ses på www.sst.dk

7.8 Søvn

Tilstrækkelig søvn er vigtig for børns udvikling og helbred. Manglende søvn eller dårlig søvnkvalitet kan have negativ indflydelse på børns vækst, immunforsvar, koncentration og indlæringssevne.

Gode søvnvaner etableres ved hjælp af regelmæssighed og 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 tv, computer og PlayStation, hvorimod rolige og hyggelige ritualer som badning, tandbørstning og godnathistorier hjælper barnet med at falde til ro. Desuden er et godt sovemiljø mht. passende temperatur (ikke for varmt), frisk luft og mørke/vågelampe vigtigt. Hvis man benytter orienteringslys, anbefales et rødt lys, da det virker mindst vækkende, hvis barnet skal spise eller trøstes om natten.

I forhold til teenagere bør alkohol og rygning undgås før sovetid, ligesom de almene livsstilsråd om motion, sund kost bør huskes, da disse ting også påvirker søvnen.

Et barns søvnbehov afhænger af en række faktorer, herunder barnets alder og arvelige forhold. Følgende er nogle generelle retningslinjer omkring søvnbehov:

1-4 uger: 15-18 timer/døgn

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

1-6 måneder: 14-15 timer/døgn

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

6-12 måneder: 14-15 timer/døgn

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

1-3-årige: 12-14 timer/døgn

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

3-6-årige: 10-12 timer/nat

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

7-12-årige: 9-11 timer/nat

Sengetiden bliver gradvis senere. Barnets og familiens mange aktiviteter kan øge risikoen for, at barnet kommer for sent i seng til at få dækket sit søvnbehov sufficient.

13-18-årige: 8-10 timer/nat

Tilstrækkeligt med søvn har fortsat stor betydning for sundhed og trivsel. I løbet af puberteten er der en tendens til, at søvnmængden falder, selvom de fleste unge fortsat har det samme søvnbehov som de foregående år. Det er ofte en kombination af senere sengetid og eventuelt også tidligere opvågningstidspunkt, som især skyldes omgivelserne (skolekrav, lektier, arbejde, familie og

venner). Også for de unge anbefales det at undgå elektronisk underholdning (tv, computer, mobiltelefoner) op til sovetidspunktet og at sørge for, at de ikke bliver forstyrret, når de er gået i seng (af eksempelvis sms'er og lignende).

7.8.1 Utilstrækkelig søvn

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

7.9 Ulykker

Hvert år kommer omkring 30.000 børn under 3 år på skadestuen som følge af uheld og ulykker i hjemmet. Social ulighed, moderens alder m.m. har betydning for barnets ulykkesrisiko, se afsnit 5.1 og bilag 6. Forebyggelse af uheld og ulykker i hjemmet skal indgå i sundhedsplejerskens hjemmebesøg og ved de forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis, tilpasset barnets alder og udvikling samt forældrenes socioøkonomiske forhold.

Sundhedsstyrelsen har udgivet materiale til støtte for rådgivningen af forældre til spæd- og småbørn, *Små børns sikkerhed*. Både Sikkerhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning har udgivet materiale om forebyggelse af ulykker i alderen 0-16 år, som kan hentes på www.sik.dk og www.sundhedsoplysning.dk

7.10 Vuggedød

Gennem de seneste 10 år er antallet af børn, der uventet er døde under søvn, faldet betydeligt og har siden 2006 været på under 10 om året.

Der gælder følgende anbefaling vedr. forebyggelse af vuggedød:

- Læg barnet til at sove på ryggen.
- Lad være med at ryge under graviditet – og undgå tobaksrøg i hjemmet.
- Lad ikke barnet få det for varmt, når det sover.

Sundhedsplejersker og personalet i almen praksis skal sikre, at anbefalingerne fortsat formidles til nye forældre, således at den lave forekomsten af vuggedød kan fastholdes og bedst yderligere reduceres.

Anbefalingen om rygleje har betydet, at man har set en betydelig udvikling i forekomsten af skæve kranier og flade nakker blandt danske spædbørn. Vejledning om forebyggelse af vuggedød skal derfor altid følges af vejledning om forebyggelse af disse fænomener gennem varieret lejrning af barnet i vågen

tilstand samt placering af barnets hoved skiftevis til højre og venstre under søvn. Præmature, tvillinger og trillinger, børn med torticollis samt børn med sygdomme, som medfører en tvangsmæssig drejning af hovedet til den ene side, fx misdannelser i nakkehvirvlerne og lammelser, er i større risiko for at udvikle lejringsbetinget skævt kranie og kræver således særlig opmærksomhed, se afsnit 9.6.

Sundhedsstyrelsen har udgivet materiale til såvel forældre som sundhedspersonale til brug ved rådgivning af forældrene om forebyggelse af vuggedød og udvikling af skæve kranier.

8. Fælles for de forebyggende tilbud til spæd- og småbørn

Gennem barnets første leveår tilbyder sundhedsplejersken og den praktiserende læge i henhold til sundhedsloven en række ydelser til familien med henblik på at fremme barnets sunde udvikling og trivsel. Indsatsen skal tage udgangspunkt i familiens ressourcer og barnets behov og understøtte disse samt medvirke til at udvikle familiens evne til selv at mestre de udfordringer og vanskeligheder, der er forbundet med at have børn.

Samarbejdet mellem den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis er betydningsfuldt, især når det gælder børn og familier med særlige behov af sundhedsfaglig karakter. For at sikre sammenhæng i indsatsen og med henblik på at reducere ulighed i sundhed må der lokalt udvikles samarbejdsstrukturer, der tilgodeser familiernes behov for en samlet og tidlig indsats. Se også kapitel 4 vedr. det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.

8.1 Lovgrundlag

Af sundhedslovens §§ 121-122 fremgår, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde alle børn og unge vederlagsfri sundhedsvejledning, bistand samt funktionsundersøgelser ved en sundhedsplejerske til undervisningspligtens ophør og at børn og unge med særlige behov skal tilbydes en øget rådgivning.

Af sundhedslovens § 63 fremgår, at regionsrådet skal tilbyde alle børn under den undervisningspligtige alder 7 vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser ved alment praktiserende læge, herunder 3 i barnets første leveår.

Af bekendtgørelsen § 8 stk. 2 fremgår, at kommunalbestyrelsens virksomhed for så vidt angår spæd- og småbørn skal omfatte følgende:

1. Sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger over for børnene og deres miljø i deres hjem og dagtilbud
2. Oplysning og vejledning til forældre med det formål at fremme børnenes legemlige og psykiske sundhed og trivsel
3. Tilsyn med det enkelte barns sundhed og trivsel.

Af § 10 fremgår, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde alle børn og unge funktionsundersøgelser ved en sundhedsplejerske indtil undervisningspligtens ophør. Stk. 2 bestemmer, at funktionsundersøgelser i barnets første leveår normalt skal finde sted ved besøg i barnets hjem. § 11 bestemmer, at



5-måneders-undersøgelse hos den praktiserende læge



Besøg i hjemmet af sundhedsplejersken.

sundhedsplejersken ud over funktionsundersøgelser i hjemmet også yder individuel rådgivning til småbørn efter henvisning samt andre aktiviteter, herunder gruppeaktiviteter.

Den kommunale sundhedstjeneste skal således tilrettelægge sine ydelser til kommunens børn og familier sådan, at de opfylder bestemmelsen om at føre tilsyn med det enkelte barns sundhed og trivsel, og dette skal normalt ske i barnets hjem i det første leveår. Indsatsen må gennem hele barnets opvækst differentieres i et sådant omfang, at børn og unge med særlige behov tilgodeses. Samtidig må omfanget af ydelser til børn uden særlige behov have et sådant omfang, at bestemmelserne i bekendtgørelsens § 8 opfyldes.

8.2 Fælles for de forebyggende tilbud

For alle kontakter gælder, at den praktiserende læge og sundhedsplejersken tager udgangspunkt i forældrenes oplysninger, spørgsmål og behov og søger at danne sig et indtryk af samspillet mellem barn og forældre i forhold til relevante forebyggelses- og sundhedstemaer. På den baggrund gennemføres undersøgelsen, og den efterfølgende rådgivning og vejledning tilpasses dette.

Ved vurdering af barnets udvikling må sundhedsplejersken og den praktiserende læge lægge følgende til grund:

- Børns udvikling sker i en lang fortløbende proces fra undfangelsen og frem til voksenlivet.
- Børns udvikling gennemløber samme stadier, men kan have forskellig hastighed – børn udvikler sig forskelligt.
- Børns udvikling er tæt forbundet med hjernens udvikling.

Når det gælder psykiske udviklingsforstyrrelser, må følgende desuden lægges til grund for vurderingen:

- Udviklingen foregår i hurtige skift.
- Adfærdstræk, der er normale på et udviklingstrin, kan være tegn på psykisk forstyrrelse på et andet trin.

Ved vurderingen af barnets udvikling skal forældrenes observationer og informationer inddrages i den samlede vurdering af barnets psyko-motoriske udvikling. Ved fund, der kan give anledning til overvejelser om sygdom eller fejludvikling hos barnet, kan den praktiserende læge eller sundhedsplejersken overveje at lave en ny vurdering på et lidt senere tidspunkt og inden stillingtagen til intervention eller henvisning. Er fundet af akut karakter, skal en henvisning eller intervention ske i umiddelbar fortlængelse af undersøgelsen.

8.3 Fokus- og indsatsområder

Formålet med de forebyggende sundhedsydelser er, at den kommunale sundhedstjeneste og alment praktiserende læge i fællesskab bidrager til at sikre alle børn en sund opvækst gennem sundhedsfremmende og forebyggende indsatser og aktiviteter. Følgende hovedtemaer i forhold til de 0-5-årige børn gælder for både praktiserende læge og sundhedsplejerske:

- Tilsyn med og vurdering af barnets fysiske og psykiske sundhed, udvikling og trivsel
- Råd og vejledning i relation til ovennævnte
- Vurdering af samspil og relationer mellem barn og forældre
- Opsporing og forebyggelse af sygdomstilstande og psykiske helbredsproblemer
- Opsporing af børn og familier med særlige sundhedsfaglige og sociale behov og intervention i relation hertil.

Den praktiserende læge skal desuden tilbyde vaccination i henhold til Sundhedsstyrelsens gældende anbefalinger. Det anbefales, at sundhedsplejersken

ved hjemmebesøg følger op på, hvorvidt barnet følger gældende vaccinationsprogram.

Ved vurdering af barnets vækst anbefales det at anvende WHO's kurver for de 0-5-årige børn, både når det gælder vægt, længde og hovedomfang. Kurverne kan hentes på www.who.int/childgrowth

Når det gælder børn og familier, der er socialt og sundhedsmæssigt udsatte, er problemstillingerne komplekse og multifaktorielle. Det kræver åbent samarbejde med familien og et tæt tværfagligt samarbejde med inddragelse af relevante faggrupper at kunne intervenere til barnets bedste. Den tidlige forebyggende indsats styrkes gennem rettidig visitation og intervention, konkret henvisning og deltagelse i tværfaglige møder. Læs mere i kapitel 4.

9. Særlige kliniske problemstillinger

I dette kapitel beskrives enkelte kliniske undersøgelser og særlige kliniske problemstillinger, hvor der er et forebyggelsespotentiale i forhold til spædbørn og småbørn. Når det gælder særlige kliniske problemstillinger vedr. skolebørn, henvises til Sundhedsstyrelsens bog *Skolesundhedsarbejde*.

Rækkefølgen er alfabetisk.

9.1 Craniotabes og rachitis

Craniotabes er et sent tegn på svær forstyrrelse i kalkstofskiftet (rachitis), der viser sig ved blødt og 'firkantet' kranie. Forekomsten af craniotabes er ekstremt lav (skønsmæssig mindre end 1 tilfælde i Danmark om året), og forældre vil oftest selv bemærke det og foranledige lægebesøg. Det er ikke indiceret at foretage rutinemæssig undersøgelse herfor. Undersøgelse foretages kun på indikation.

Rachitis forekommer i to aldersgrupper i forbindelse med hurtig vækst, nemlig hos 1-2-årige og i starten af puberteten. I Landspatientregistret registreres ca. 20 nye tilfælde årligt. Hos de små er symptomerne karakteristiske, mens symptomerne er få og uspecifikke hos de store børn. De fleste børn med rachitis er af anden etnisk oprindelse, men blandt de små ses rachitis også hos etniske danskere, hvor de oftere debuterer med hypocalcæmiske kramper.

Rachitis forebygges med D-vitamintilskud. I næsten alle tilfælde har børn med rachitis ikke fået D-vitamin, hvorfor sundhedspersonalet må være opmærksomt på, om anbefalingerne om D-vitamintilskud følges.

9.2 Ganespalte

Der fødes årligt ca. 130-140 børn med læbeganespalte, heraf ca. 45 med isoleret ganespalte (inkl. submucøs ganespalte). En stor del af disse isolerede ganespalter opdages på nuværende tidspunkt ikke ved den første undersøgelse af barnet efter fødslen. Der kan gå dage til måneder, og i enkelte tilfælde også år, før ganespalten opdages.

En ganespalte medfører, at der ikke kan dannes undertryk i munden, hvilket kan føre til amme-, spise- og trivselsproblemer samt senere taleproblemer. Andre tegn på ganespalte er, at nogle børn i forbindelse med amningen er meget urolige og udsender kliklyde. Desuden kan der forekomme regurgitation

(mælk ud af barnets næse). Hvis barnet får mælk af en almindelig sutteflaske, kan det ikke suge mælken ud. Ca. 15 % af børn med isoleret ganespalte har også andre misdannelser.

Ved sutte-, amme-, spise- eller trivselsproblemer skal barnets mundhule undersøges både ved inspektion og palpation med henblik på uopdaget ganespalte:

Palpation: Med en finger palperes barnets gane forfra og bagtil samt fra side til side. 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.

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

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

9.3 Hofteluksation

Prævalensen af medfødt hofteluksation og hoftedysplasi er i Danmark 3-5 pr. 1000 nyfødte.

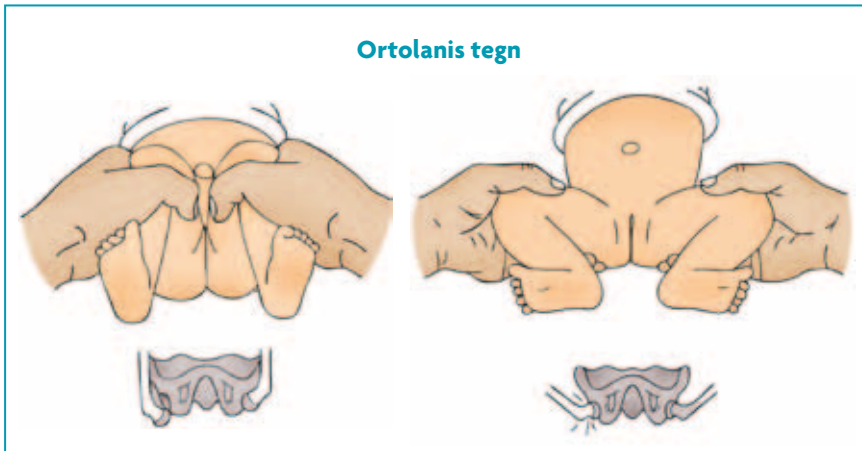
Efter fødslen undersøger jordemoderen og evt. også lægen barnet for medfødt hofteluksation. Hvis sundhedsplejersken i de tidlige besøg får mistanke om hofteluksation, henvises barnet til den praktiserende læge.

Ved 5-ugers-undersøgelsen undersøges alle børn for sene tegn på hofteluksation. Den kliniske undersøgelse for medfødt hofteluksation foretages af lægen og omfatter Ortolanis, Barlows og Galeazzis tegn, som beskrevet nedenfor, samt om der er fri egal bevægelighed af hofterne. Asymmetriske hudfolder er et yderst uspecifikt tegn på evt. hoftedysplasi. Ortolanis og Barlows tests kan kun anvendes de første 2-3 leveuger. I 5-ugers-alderen og senere kan overset hoftedysplasi/-lucksation påvises ved indskrænket abduktion på den afficerede side og positiv Galeazzis tegn.

Den alment praktiserende læge skal være særlig opmærksom på børn født i sædestilling, børn af flerfoldsgraviditeter, børn med familiær disposition i første led og børn med medfødte ekstremitetsdeformiteter, idet der hos disse børn er øget risiko for hofteluksation og -dysplasi.

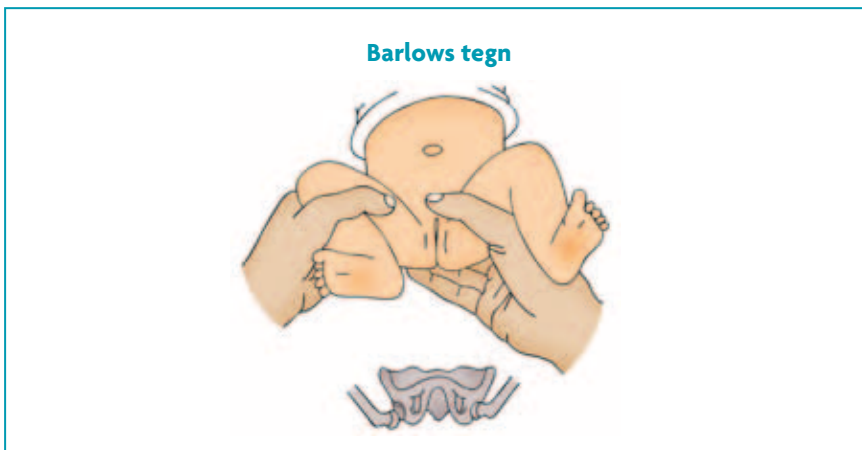
9.3.1 Ortolanis tegn

Ortolanis tegn er kun positivt, hvis hoften spontant ligger ude af led og ved undersøgelsen bringes på plads i acetabulum. Med barnet i rygleje flekteres hoften 90 grader og adduceres 10 grader. Med 2.-4. finger placeret over trochanter og med tomle medialt på låret abduceres hoften eventuelt med et let tryk opad på trochanter. Mærkes herved et "klunk" – en smuttende fornemmelse – hvor en lukseret hofte reponeres, er Ortolanis tegn positivt. Der er ikke tale om et hørbart klik.



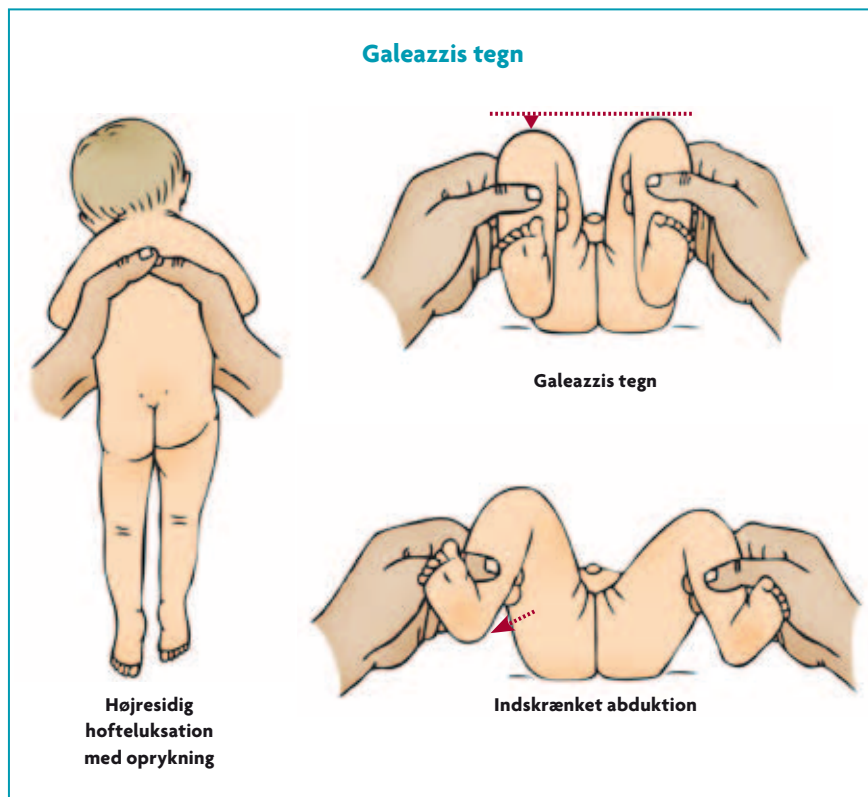
9.3.2 Barlows tegn

Barlows tegn er positivt, hvis hoften spontant er på plads, men kan sublukseres eller helt lukseres. Manøvens udgangspunkt er det samme som ved undersøgelse for Ortolanis tegn. Med flekterede og adducerede hofter udøves et tryk bagud i femurs længderetning. Herefter abduceres hofterne langsomt. Er en hofte lukserbar, mærkes en smuttende fornemmelse, når den kommer på plads igen.



9.3.3 Galeazzis tegn

Barnet undersøges i rygleje og med 90 grader flekterede hofter. Hvis en hofte er lukseret, hvor caput femoris altid står cranielt/posterior for acetabulum, vil knæhøjden være lavere på den afficerede side, og låret synes kortere. Galeazzis tegn er positivt ved enkeltsidig, ikke-reponerbar hofte-luksation.



9.4 Hovedomfang

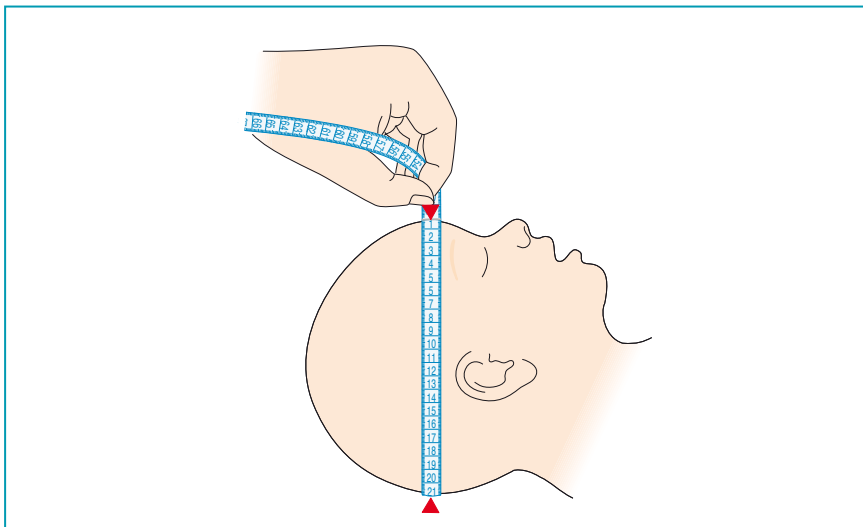
Hjernens vægt tredobles i løbet af de første 2 leveår og i 3-års-alderen har hjernen opnået 90 % af den voksne hjernevægt. Størrelsen af kraniets omkreds er et godt indirekte mål for den underliggende hjernes størrelse, hvorfor ændringer i hovedomfang giver et godt billede af hjernens vækst i de første tre-fire leveår. Måling af hovedomfang er derfor et vigtigt redskab i de forebyggende undersøgelser hos sundhedsplejerske og i almen praksis.

Hovedomfanget måles med alm. målebånd, som placeres rundt om barnets hoved med panderegionens yderste punkt og til nakkeregionens yderste punkt som fikspunkter, se tegning.

I de første leveår er der en retlinet sammenhæng mellem tilvækst i vægt og tilvækst i hovedomfang. Målene for hovedomfang skal derfor ses i sammenhæng med kroppens øvrige vækst, men er målet i absolutte tal henholdsvis under eller over normalvariationen, skal der foretages yderligere undersøgelser. Dette er også tilfældet, hvis omfanget skifter percentil, uden at dette kan forklares ved vækstændringer i øvrigt. Man skal især udvise opmærksomhed over for hastige stigninger i hovedomfang i første leveår.

Målingerne foretages af sundhedsplejersken ved alle besøg i første leveår og i almen praksis ved alle lovpligtige forebyggende undersøgelser, indtil barnet er 3 år.

Det anbefales at anvende WHO's kurver for hovedomfang. WHO's kurver kan hentes på www.who.int/childgrowth



9.5 Icterus

Prolongeret neonatal icterus (icterus ud over de første 2 leveuger) ses hos ca. 1000 børn årligt. Hos langt de fleste er det en godartet tilstand, men hos 4-6 børn årligt er det symptom på galdevejsatresi, hvor tidlig opsporing er altafgørende. Det er af stor betydning, at barnet henvises til børneafdelingen hurtigst muligt, idet operation for galdevejsatresi efter 8. uge giver forringet resultat. Forsinket diagnose kan i værste fald medføre dødsfald.

Der påhviler sundhedsplejersken et selvstændigt ansvar for at følge op på, at Sundhedsstyrelsens patientforløbsprogram vedr. opsporing af galdevejsatresi bliver fulgt, såfremt barnet er icterisk ud over de første 2 leveuger.

Alle børn, som er icteriske efter 14. levedøgn, skal udredes i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. opsporing af galdevejsatresi. Der bestemmes fraktioneret bilirubin snarest muligt. Hvis der er forhøjet konjugeret bilirubin, henvises barnet akut til pædiatrisk afdeling med henblik på videre undersøgelse. Vejledning findes på www.sst.dk

9.6 Plagiocephali

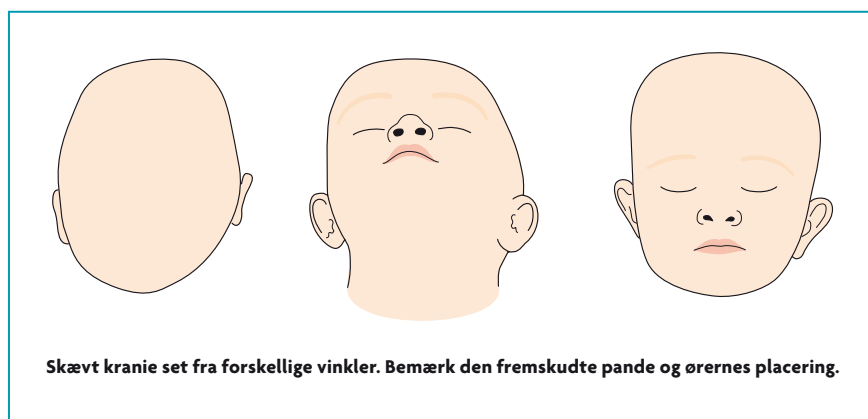
Lejringsbetinget plagiocephali udvikles i løbet af de første levemåneder og kan ledsages af stramning af den ene sternokleidomasteodeus-muskel (torticollis). Forebyggelse af skæve kranier og flade nakker er beskrevet i afsnit 7.10.

Der findes ikke målbare kriterier for sværhedsgraden af plagiocephali, hvorfor henvisning må baseres på et skøn. Det er dog vigtigt at fremhæve, at tidlig indsats og henvisning (senest ved 3-måneders-alderen) er nødvendig, hvis betydende remodelering skal opnås.

Sundhedsplejersker skal være opmærksomme på symptomet ved de første rutinebesøg og i øvrigt henvise i følgende tilfælde:

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

Praktiserende læger skal være særlig opmærksomme på diagnosen ved 5-ugerundersøgelsen, idet mange børn med behandlingskrævende plagiocephali allerede vil have tegn på skævhed på dette tidspunkt.



9.7 Psykiske udviklingsforstyrrelser hos spæd- og småbørn

Stadig yngre børn henvises med og behandles for psykiske forstyrrelser. Der er tydelig variation mht. køn og alder. Neuroudviklingsforstyrrelser diagnosticeres hyppigere hos drenge over 2-3 år, mens spiseforstyrrelser og relationsforstyrrelser/tilknytningsforstyrrelser hyppigere diagnosticeres hos piger under 2 år.

Undersøgelser af normalbefolkningen viser, at 12-18 % i alderen 1-5 år har psykiske vanskeligheder svarende til ICD-10-diagnoser med signifikant symptombelastning og funktionsindskrænkning.

Psykiske vanskeligheder i barndommen er forbundet med øget risiko for fysiske helbredsproblemer, indlæringsproblemer og fortsatte psykiske og sociale vanskeligheder i ungdomsår og voksenalder. Det er derfor vigtigt, at psykiske problemer hos børn opdages og behandles tidligt, før vanskelighederne har nået et betydeligt omfang og ført til komplikationer med hensyn til indlæring og psykosociale funktioner, ikke mindst i skolealderen.

Risikofaktorer for udvikling af psykisk sygdom omfatter et kompliceret samspil af konstitutionelle og miljømæssige faktorer, herunder følgende:

- Genetisk disposition
- Medfødte neuro-kognitive vanskeligheder, som kan have vidt forskellige årsager, fx fødselskomplikationer eller eksponering for rusmidler i foster-tilværelsen
- Faktorer i barnets miljø, herunder forældrenes personlige karakteristika, familiens funktion, samfundspåvirkninger, etnicitet, kultur m.m.

Både risikofaktorer og beskyttende faktorer i forhold til barnets udvikling har betydning for barnets sociale, emotionelle og kognitive erfaringer og senere risiko for udvikling af børnepsykiatrisk sygdom. Følgende psykosociale erfaringer er særlig risikofyldte:

- Mangel på stabil, harmonisk og selektiv relation
- Mangel på social sammenhæng i sociale grupper
- Mangelfuld gensidighed i dialog/leg.

Det er ikke eksposition for specifikke risikofaktorer, men det totale antal af dem, varigheden og tidspunktet for udsættelsen samt deres samspil, der synes at have betydning. Der vil oftest være tale om en blanding af biologiske og sociale faktorer, og man vil sjældent hos det enkelte barn kunne pege på en bestemt årsag til dets vanskeligheder.

9.7.1 Tidlig opsporing

Såvel den praktiserende læge som den kommunale sundhedstjeneste har en væsentlig opgave i forhold til tidlig opsporing og henvisning på mistanke om begyndende udviklingsforstyrrelse. Dette bør indgå systematisk i alle forebyggende børneundersøgelser.

Barnets adfærd og funktion i dagligdagen belyses bredt. Gennem samtale med forældre om fx barnets temperament, sove- og spiseproblemer, adfærdsproblemer, uro og voldsom gråd vurderer praktiserende læge og sundhedsplejerske følgende:

- Barnets psykologiske udvikling og temperament
- Eventuel tilstedeværelse af psykopatologi
- Forældre-barn-relationen
- Forældrenes psykiske og fysiske omsorgsevne og eventuel psykopatologi.

Se tabel 1 på næste side.

9.7.2 Forebyggelse og intervention

Identifikation af risikofaktorer og tidlige tegn på psykiske forstyrrelser giver mulighed for at intervenere med henblik på at optimere barnets udviklingsmuligheder og bremse en eventuel sygdomsudvikling. Den primære intervention er information og vejledning/psyko-edukation af forældrene med henblik på at øge forældrenes forståelse for barnets vanskeligheder og styrke deres kompetencer til at støtte og stimulere deres barn. Interventionen kan tilrettelægges i samarbejde med PPR, se afsnit 4.9, som endvidere kan medvirke til, at barnet får den relevante støtte i daginstitution og skole.

Barnets udvikling og funktion afhænger af, at det mødes med pædagogiske og sociale udfordringer, der tager højde for dets psykiske vanskeligheder. Hvis barnet mødes med krav og forventninger, som det er ude af stand til at honorere, er der stor risiko for, at det reagerer med opgivelse, frustration eller adfærdsproblemer. Det kan således virke forebyggende over for følelsesmæssige og adfærdsmæssige komplikationer, at forældre, pædagoger og lærer får indsigt i barnets kognitive vanskeligheder og forståelse for, at barnets ressourcer og kompetencer er anderledes end det sædvanlige for alderen.

I komplicerede tilfælde henvises barnet til videre diagnostisk udredning og behandling på børnepsykiatrisk afdeling eller hos praktiserende speciallæge i børnepsykiatri.

Tabel 1. Tidlige tegn og symptomer på psykiske forstyrrelser hos førskolebørn.	
Kliniske tegn/symptomer	Kan være tegn på
Forstyrrelser i kontakt og socialt samspil	Neuro-udviklingsforstyrrelse/autisme, ADHD, relationsforstyrrelser/tilknytningsforstyrrelser
Kognitive vanskeligheder: Koncentration, opmærksomhed, indlæring	Generelle udviklingsforstyrrelser/mental retardering, neuro-udviklingsforstyrrelse/autisme, ADHD
Sproglige vanskeligheder: Normalt, men forsinket sprog Afvigende sprog	Dysfasi (sprogudviklingsforstyrrelser), understimulation, autismespektrumforstyrrelser
Afvigende adfærd: Abnormt forstærkede, men ellers normale adfærdssymptomer (fx aggressivitet, destruktivitet, hyperaktivitet, impulsivitet) Bizar, ejendommelig adfærd (fx sansemæssigt optaget i stedet for alderssvarende leg, stereotyp, monoton leg, stereotype bevægelser)	Adfærdsforstyrrelse, ADHD/tilknytningsforstyrrelser, autismespektrumforstyrrelser
Følelsesmæssige problemer: Glædesløshed, tristhed, angst	Emotionelle forstyrrelser, relationsforstyrrelser/tilknytningsforstyrrelser
Spiseproblemer	Spiseforstyrrelse, neuro-udviklingsforstyrrelse
Søvnproblemer	Neuro-udviklingsforstyrrelser/autis- meforstyrrelser, ADHD, emotionelle problemer
Fysiske symptomer uden somatisk årsag: FTT failure to thrive/væksthæmning Recidiverende mavesmerter	Spiseforstyrrelse, relationsforstyrrelser/tilknytningsforstyrrelser, emotionelle forstyrrelser

(Kilde: Skovgaard, Anne Mette: Tidlig opsporing af psykiske forstyrrelser hos førskolebørn. Månedsskrift Praktisk Lægegering. November 2008; 1425-1433)

9.8 Stetoskopi

Svære medfødte hjertesygdomme vil oftest blive fundet ved prænatal ultralyd-undersøgelse (misdannelsesskanning).

Misdannelser, der er ductus-afhængige, vil vise sig ved svær sygdom i tidlig neonatalperiode, når ductus lukker. Derimod vil andre misdannelser (fx VSD, pulmonal- og aortastenose og coarctatio) ofte ikke blive identificeret prænalt. Rutinemæssig stetoskopi af hjertet er derfor vigtig i det første leveår, idet en misdannelse med shunt kan medføre højt pulmonaltryk, der ubehandlet kan blive irreversibelt.

Rutinemæssig stetoskopi af hjertet anbefales hos alle børn ved 5-ugers- og 12-måneders-undersøgelser samt på indikation ved de øvrige forebyggende helbredsundersøgelser.

10. Forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis 0-5 år

- Ved alle forebyggende helbredsundersøgelser vurderes barnets udvikling og trivsel såvel fysisk, psykisk som socialt med udgangspunkt i familiens trivsel og psykiske velbefindende samt tilknytning og relation mellem barnet og dets forældre.
- Ved alle forebyggende helbredsundersøgelser indgår vejning og måling af barnet i henhold til Sundhedsstyrelsens standarder.
- Synet vurderes ved alle undersøgelser. Der undersøges for medfødt cataract ved 5 uger og for skelen ved 1, 2, 3, 4 og 5 år. Synsprøve foretages ved 3-, 4- og 5-års-undersøgelsen.
- Otoskopi foretages ved 4 år. Audiometri foretages kun på indikation.
- Ved alle undersøgelser af drenge indgår undersøgelse af testes placering i scrotum.
- Hovedomfang måles ved alle undersøgelser til og med 3 år.
- Refleksers tilstedeværelse og deres forsvinden undersøges ved 5 uger og 5 måneder.
- Barnet tilbydes vaccination efter Sundhedsstyrelsens gældende anbefalinger.

Formålet med de forebyggende helbredsundersøgelser hos den praktiserende læge er, at lægen gennem regelmæssig kontakt med barnet og dets familie medvirker til at give barnet de bedste betingelser for en sund udvikling både fysisk, psykisk og socialt.

Den praktiserende læge spiller en central rolle i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme, tidlig opsporing af sygdom og udviklingsforstyrrelser samt tidlig opsporing af børn og familier med særlige behov, herunder identifikation af socialt sårbare og udsatte familier. Desuden bør almen praksis medvirke til at reducere forekomsten af ulykker blandt børn.

Bekendtgørelsen bestemmer i § 2, at børn skal tilbydes 7 forebyggende helbredsundersøgelser ved den alment praktiserende læge, og at undersøgelserne skal ske i alderen 5 uger, 5 og 12 måneder samt 2, 3, 4 og 5 år.

Nedenfor følger beskrivelse af de enkelte lovbestemte undersøgelser samt de anbefalede undersøgelser for hvert alderstrin. Der indgår en beskrivelse af barnets generelle udvikling i forhold til de fem parametre: grovmotorik, finmotorik, sprog, kognition og den sociale/emotionelle udvikling. Desuden indgår en beskrivelse af de opmærksomhedspunkter, som lægen må have særligt fokus på vedrørende barnets motoriske udvikling samt samspil og tilknytning mellem barn og forældre. Endelig findes forslag til aldersrelaterede, relevante temaer til drøftelse med forældrene.

Opmærksomhedspunkter og forslag til relevante temaer gælder normalt udviklede, sunde og raske spæd- og småbørn. Når det gælder familier med særlige behov og problemstillinger, må også vejledningen i kapitel 4, 8 og 9 inddrages i vurderingen og indsatsen for barnet og dets familie, idet andre fagpersoner eventuelt skal inddrages.

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

Ved enhver kontakt og gennem hele spædbarnets tidlige udvikling må personalet i almen praksis være opmærksom på familiens psykiske velbefindende, tilknytningen og relationen mellem barnet og dets primære omsorgspersoner samt kvaliteten heraf, ligesom også relationen forældrene imellem må vurderes. Se også afsnit 6.1 om tilknytning og relationer.

Ved alle helbredsundersøgelser vurderes barnets udvikling og trivsel såvel fysisk, psykisk som socialt. Barnet vejes og måles i henhold til bilag 7.

Når det gælder vurdering af barnets psykiske udvikling henvises til 9.7.

10.1 5-ugers-undersøgelsen

5-ugers-undersøgelsen er den første rutinemæssige lægeundersøgelse af spædbarnet efter fødslen. Undersøgelsen er således af stor betydning i forhold til at opspore eventuelle medfødte, uopdagede sygdomme.

Konsultationen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At drøfte familiens oplevelse af fødslen og den tidlige barselsperiode
- At gennemføre en somatisk undersøgelse af barnet og vurdere dets vækst og trivsel
- At orientere sig om, hvorvidt barnet har fået tilbudt de anbefalede ordinære screeninger ved fødslen

- At informere om tilbuddet om forebyggende helbredsundersøgelser gennem spæd- og småbarnsalderen samt vaccinationsprogrammet
- At følge op på initiativer iværksat før fødslen, såfremt familien er sårbar og/eller særlig udsat.

Barnets udvikling

Det 5 uger gamle barn ligger med alle led flekterede og knyttede hænder. Det har rolige bevægelser og kan løfte hovedet i bugleje. Barnets gråd er med variation, afhængigt af hvad den er udtryk for.

Barnet kan fiksere kortvarigt, især på ting i bevægelse. Barnet lytter. Barnet smiler til sine forældre.

Undersøgelse og vurdering

Der foretages en systematisk klinisk gennemgang af barnet afklædt med henblik på at opspore sygdomme og forebygge fejludvikling. Den objektive undersøgelse skal omfatte følgende:

- Vurdering af barnets ernæringstilstand og vækst. Barnet vejes og måles, se bilag 7.
- Vurdering af kraniet – form, symmetri, suturer, ydre ører, herunder om barnet har eller er ved at udvikle lejringsbettinget plagiocephali, se afsnit 9.6
- Kranieomfang måles, se tegning afsnit 9.4
- Undersøgelse for medfødt cataract – der undersøges for den normale røde refleks, se bilag 8
- Undersøgelse for facialisparesis og ganespalte – mund og fauces palperes manuelt og inspiceres med lygte, idet nogle ganespalter ikke kan erkendes ved palpation alene, se afsnit 9.2
- Vurdering af halsens fri bevægelighed, herunder eventuel clavikelfrakstur og torticollis
- Undersøgelse og vurdering af hud: bleghed, cyanose, nævi aplasier, infektioner
- Icterus: Såfremt barnet fortsat er icterisk efter 14. levedøgn, skal der foretages undersøgelse i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. opsporing af galdevejsatresi, se afsnit 9.5
- Hjerter og lunger: Alle børn stetoskoperes rutinemæssigt. Mange børn stetoskoperes for første gang ved denne undersøgelse, se afsnit 9.8
- Tonus, muskelstyrke og bevægelsernes symmetri
- Abdomen: palpation mhp. organsvulst og femoralispuls. Navleinfektioner
- Medfødt hofteuxation, se afsnit 9.3
- Reflekser: sutte-, gribe-, gang- og moro-refleks, se bilag 8.

I forbindelse med undersøgelsen og samtalen med forældrene anbefales opmærksomhed på følgende punkter:

- Kommunikation med barnet (det spæde sprog) og dets reaktioner på ydre stimuli. Lytter barnet opmærksomt, er der kortvarig øjenkontakt, smiler barnet til sine forældre, hvordan oplever forældrene barnets gråd og deres evne til at trøste barnet og tilfredsstille dets behov?
- Barnets spisemønster og mave-tarmfunktion. Bliver barnet ammet eller får det flaske, er der begyndende egenregulering, har forældrene fornemmelse for barnets sultsignaler, er der problemer med barnets trivsel? Er der obstipationsproblemer, hvis barnet får modermælkserstatning?
- Barnets søvn. Hvor meget sover barnet, er der adskillelse mellem spiseperioder og stabile søvnperioder, er barnet ved at finde ind i en døgnrytme?
- Forældrenes samspil og mentale tilstand. Hvordan har forældrene oplevet at blive forældre, orlovsmuligheder for far, får forældrene aflastning og hjælp fra familie og venner, får forældrene tilstrækkelig med søvn, er der tegn på fødselsdepression/angst hos mor eller far?

Forældresamtale

Følgende temaer relaterer sig til barnets udvikling og familiens trivsel og er derfor egnede til drøftelse med forældrene, afhængigt af undersøgelsens udfald, observationer og forældrenes spørgsmål:

- Fødslen og barselperiodens forløb
- Amning/barnets ernæring herunder eventuel forebyggelse af allergi samt jern- og vitamintilskud efter gældende anbefalinger
- Forebyggelse af pludselig uventet spædbarns død, herunder vejledning om forebyggelse af skævt kranie/fladt baghoved samt udvikling af torticollis
- Barnets udsættelse for passiv rygning
- Det spæde barns normale søvnbehov og -mønster
- Stimulation og barnets behov for pauser, herunder barnets evne til selvregulering
- Sikkerhed, forebyggelse af ulykker, herunder især faldulykker
- Familiedannelse, herunder fars deltagelse i pasning og pleje, eventuelle søskendereaktioner, forældrenes mentale tilstand, omfanget af udadvendte aktiviteter m.m.

10.2 5-måneders-undersøgelsen

Ved anden helbredsundersøgelse har familien som oftest fundet en rytme med barnet.

Konsultationen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At undersøge barnet for eventuelle nytilkomne tilstande samt vurdere dets trivsel og udvikling såvel fysisk som psykisk, herunder vurdere samspillet med forældrene
- At drøfte barnets overgang til anden mad end mælk, herunder eventuel fortsat amning
- At tilbyde vaccination efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Barnets udvikling

Det 5 måneder gamle barn har god hovedkontrol, når det sidder op, og det drejer hovedet efter lyd. I bugleje løfter barnet hovedet og støtter på underarmene, og det kan begynde at vende sig fra mave til ryg og trækker selv med fra liggende til siddende, hvor hovedet følger med. Barnet har øje-håndkoordination og griber sikkert ud efter ting med tværgreb, hvor tommelen begynder at kunne komme med. Barnet flytter ting fra hånd til hånd, det putter ting i munden og kan bevæge øjnene uden at bevæge hovedet. Barnet kan begynde at drikke af kop og spise med ske og det 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. Det kan begynde at skelne fremmede. Er interesseret i omgivelserne og sikker i kontakten.

Undersøgelse og vurdering

Den fysiske undersøgelse er som oftest mindre omfattende end den første undersøgelse og skal omfatte vurdering af følgende:

- Barnets tonus og spontanbevægelser
- Kranieform, fontaneller og suturer med henblik på eventuel tårnkranieudvikling. Kranieomfanget måles, se tegning afsnit 9.4
- Barnets hofter, se afsnit 9.3
- Stetoskopi af hjerte og lunger på indikation
- Abdomen palperes på indikation
- Reflekser: Gang- og mororeflex skal være forsvundet. Hvis ikke, henvises til pædiater
- For drenge undersøges, om testes er på plads i scrotum
- Barnet vejes og måles i henhold til standarderne beskrevet i bilag 7.



Lægeundersøgelse af spædbarn.

I forbindelse med undersøgelsen og samtalen med forældrene anbefales opmærksomhed på følgende punkter:

- Barnets motoriske udvikling, herunder manglende hovedkontrol og manglende evne til at løfte hovedet i bugleje samt manglende øje-hånd-koordination
- Barnets psykosociale udvikling, herunder manglende interesse i at række ud efter ting og eventuel manglende pludren samt voksenkontakten. I kontakten kan der fra 3-6-måneders-alderen ses forskel i samspil med forskellige personer (omsorgsperson og andre) uden klar præference, som først ses fra ca. 8-måneders-alderen. Relation/tilknytning mellem barn og forældre
- Barnets søvnmønster. Hvordan er barnets nattesøvn og døgnrytme, har barnet gode søvnvaner om dagen, er barnet veloplagt og frisk i dagtimerne?
- Fortsat tilstedeværelse af nogle af de primitive reflekser.

Forældresamtale

Følgende temaer relaterer sig til barnets udvikling og familiens trivsel og er derfor egnede til drøftelse med forældrene, afhængigt af undersøgelsens udfald, tidligere og aktuelle observationer samt forældrenes spørgsmål:

- Barnets psykosociale og motoriske udvikling, herunder bl.a. forebyggelse af ulykker i forhold til barnets stigende mobilitet
- Barnets ernæring, herunder amning og overgang til anden ernæring end mælk samt barnets eventuelle behov for jerntilskud fra 6-måneders-alderen
- Familiedynamiske problemstillinger, herunder fx parforhold, søskendrelationer og eventuel pasning efter endt orlov
- Tænder og tandfrembrud, herunder tandbørstning
- Infektionssygdomme, herunder hygiejne, håndtering af febertilstande og brug af lægevagt
- Håndtering af eventuelle søvnproblemer.

10.3 12-måneders-undersøgelsen

Langt de fleste børn er på dette tidspunkt begyndt i dagpasningstilbud eller er på vej til det. Barnet kan komme rundt ved egen hjælp og vil i stigende omfang begynde at forsøge at sætte sin vilje igennem.

Konsultationen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At vurdere samspil mellem barn og forældre, herunder drøfte barnets spirende selvstændighedsudvikling
- At drøfte barnets mad, herunder eventuelt amning
- At bidrage til forældrenes viden om forebyggelse af ulykker i hjemmet
- At drøfte hygiejne med henblik på at reducere forekomsten af infektionssygdomme
- At tilbyde vaccination.

Barnets udvikling

Det 1 år gamle barn kan rejse sig selv, står og går eventuelt med støtte. Når barnet lægges på maven, kan det gå som en bjørn på alle fire. Barnet er næsten ophørt med at putte hænderne i munden og med at savle. Der er pincet-greb, barnet kan drikke af en kop og holde på en ske. Barnet kan koordinere øje-hånd ved finmotoriske opgaver som fx leg med putte-kasser. Barnet kan sige enkelte ord, eksperimentere 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. Det kaster med legetøj og leger gerne borte-tit/tit. Barnet søger tryghed, omsorg, sikkerhed, støtte, beskyttelse, trøst hos omsorgspersoner og er angst for fremmede.

Undersøgelse og vurdering

Den fysiske undersøgelse omfatter følgende:

- Højde og vægt samt kranieomfang
- Hjertestetoskopi hos alle
- Abdomen palperes rutinemæssigt hos alle
- Syn og øjenkontakt. Der undersøges for skelen med Hirschbergs test, se bilag 10
- Barnets mund og tandstatus
- For drenge undersøges, om testes er på plads i scrotum.

I forbindelse med undersøgelsen og samtalen med forældrene anbefales opmærksomhed på følgende områder:

- Manglende lokalisering af lyd
- Barnets pludren
- Vedvarende sutten på ting
- Manglende lyst til at udforske rummet/tilbageholdenhed
- Tilstedeværelse af primitive reflekser, manglende faldskærmsrefleks/faldrefleks.

Det anbefales desuden at observere barnets psykomotoriske udvikling i henhold til ovenstående beskrivelse af det 1-årige barns udvikling under samtalen med forældrene, herunder hvordan barnet håndterer legetøjet samt dets nysgerrighed og interesse, den sproglige udvikling og samspillet med forældrene og tilknytningsadfærd (dvs. hvorledes barnet bruger omsorgspersonen som tryghedsbase, om barnet søger nærhed ved utryghed og udforsker omgivelserne ved tryghed).

Forældresamtale

Følgende temaer relaterer sig til barnets udvikling og familiens trivsel. De er derfor egnede til drøftelse med forældrene, afhængigt af undersøgelsens udfald, tidligere og aktuelle observationer samt forældrenes spørgsmål:

- Barnets mad- og spisevaner, herunder ophør med flasker dag og nat
- Psykomotorisk udvikling, stimulation og leg
- Familiedynamiske problemstillinger, herunder fx parforhold, søskenderelationer og pasning efter endt orlov, såfremt barnet fortsat passes hjemme.
- Tandpleje
- Sygdomsperioder og forældrenes håndtering og usikkerhed i forhold hertil
- Sikkerhed og forebyggelse af ulykker i forhold til barnets nysgerrige udforskning af sine omgivelser samt sikkerhed under transport.

10.4 2-års-undersøgelsen

Det 2 år gamle barn har travlt med at udvikle det ekspresive sprog og sin motorik. Barnet kan være genert og som følge deraf være vanskelig at få kontakt med, hvilket kan afhjælpes gennem leg.

Konsultationen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At undersøge barnet og opspore eventuelle nyttilkomne sygdomme eller tilstande
- At vurdere barnets motoriske, sproglige og sociale udvikling
- At vurdere barnets selvstændighedsudvikling og forældrenes opfattelse og håndtering af denne
- At drøfte hygiejne med henblik på at reducere forekomsten af infektionssygdomme
- At bidrage til forebyggelse af ulykker i hjemmet.

Barnets udvikling

Det 2 år gamle barn går og løber på flad fod og kan gå baglæns og til siden. Det går på trapper og kan hoppe på flad fod, kan sparke til en bold og kaster uden retning med en bold. Barnets håndgreb er indad drejet og barnet kan samle små ting op og bygge tårn med omkring 5 klodser. Barnet kan bladre i bøger og spiser selv. Barnets ordforråd er ca. 50 forskellige ord, og det kan sætte 2-3 ord sammen i sætninger. Det fører lange samtaler med sig selv på pludresprog, men med sprogmelodi. Barnet forstår mere end 50 ord, kan udpege og genkende genstande, spørger til navne på ting og personer. Barnet kan udpege ca. 15 kropsdele, læse billedbøger og udføre små opgaver. Barnet imiterer andre, leger "som-om"-lege, eksperimenterer og leger parallelt med andre.

Undersøgelse og vurdering

Den fysiske undersøgelse tager udgangspunkt i tidligere fund og anamnesen. Undersøgelsen omfatter vurdering af følgende:

- Barnets psykomotoriske og sproglige udvikling i henhold til ovenstående beskrivelse af det 2 år gamle barn
- Barnets aktivitetsniveau
- Samspillet med forældrene
- Syn og øjenkontakt. Der undersøges for skelen med Hirschbergs test, se også bilag 10
- Hjerte-lunge-stetoskopi foretages på indikation
- Abdomen palperes på indikation
- For drenge undersøges, om testes er på plads i scrotum.

I forbindelse med undersøgelsen og samtalen med forældrene anbefales opmærksomhed på følgende områder:

- Eventuel tågang og manglende evne til at gå på trapper
- Manglende imitation, unuanceret, uforståeligt sprog, manglende evne til at forstå simple opfordringer/opgaver
- Rastløshed/konstant aktivitet samt usikker kontakt, herunder også øjenkontakt.

Forældresamtale

Følgende temaer relaterer sig til barnets udvikling og familiens trivsel. De er derfor egnede til drøftelse med forældrene, afhængigt af undersøgelsens udfald, tidligere og aktuelle observationer samt forældrenes spørgsmål:

- Barnets mad- og spisevaner, herunder gode vaner i familien og forebyggelse af overvægt
- Familiedynamiske problemstillinger, herunder fx parforhold, private og arbejdsmæssige belastninger, søskenderelationer/jalousi
- Selvstændighedsudvikling, barnets temperament og opdragelse
- Leg og stimulation
- Infektionssygdomme, herunder håndtering af disse, hygiejne, eventuelle pasningsproblemer, brug af lægevagt
- Forebyggelse af ulykker, herunder barnets stigende radius for leg på egen hånd og manglende evne til at overskue konsekvensen af sine handlinger.

10.5 3-års-undersøgelsen

Et 3-årigt barn er livligt og nysgerrigt og i fuld gang med at udvikle sine sproglige færdigheder og med at få kontrol over kroppen. Selvstændighedsudviklingen kan i perioder kræve ekstra opmærksomhed fra forældrene.

Konsultationen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At undersøge barnet og opspore eventuelle nyttilkomne sygdomme eller tilstande
- At opspore u hensigtsmæssig vægtøgning med henblik på at forebygge tidlig udvikling af overvægt
- At vurdere barnets motoriske og sproglige udvikling
- At vurdere barnets selvstændighedsudvikling og forældrenes opfattelse og håndtering af denne
- At bidrage til forebyggelse af ulykker i hjemmet
- Eventuelt at drøfte hygiejne med henblik på at reducere forekomsten af infektionssygdomme, såfremt barnet har hyppige infektioner.

Barnets udvikling

Det 3-årige barn går frit med armsving og fodafvikling, hopper på flade fødder, går alene på trapper med fodskift, kører på trehjulet cykel. Det kan klæde sig af og vaske hænder. Det kan kaste en stor bold med retning og gribe bolden med bryst og arme. Det kan lave kradsetegninger og tegne en cirkel. Det kan klippe med en saks og bygge tårne med 8 klodser. Barnet taler i sætninger med 4-5 ord. Barnet kender eget køn og alder, kender ca. 20 legemsdele og forstår forholdsord. Det kan føre en samtale, svare på spørgsmål og gentage 4 stavelser. Barnet er renligt eller på vej til at blive det. Barnet leger simple rollelege parallelt med andre. Det vil gerne hjælpe til med praktiske gøremål.

Undersøgelse og vurdering

Den fysiske undersøgelse tager udgangspunkt i tidligere fund og barnets anamnese. Undersøgelsen, der sker under leg med barnet og samtalen med forældrene, omfatter vurdering af barnets psykomotoriske udvikling med udgangspunkt i ovenstående beskrivelse.

Desuden foretages følgende:

- Vurdering af syn og øjenkontakt. Der undersøges for skelen med Hirschbergs test, se bilag 10
- Højde- og vægt måling, se bilag 7
- Hjerte-lunge-stetoskopi foretages på indikation
- Abdomen palperes på indikation
- For drenge undersøges, om testes er på plads i scrotum.

I forbindelse med undersøgelsen og samtalen med forældrene anbefales opmærksomhed på følgende områder:

- Barnets mad- og spisevaner, herunder vægtudvikling, især når det gælder udviklingshæmmede børn samt børn, hvor en eller begge forældre er overvægtige
- Barnets opmærksomheds- og aktivitetsniveau samt adfærd (passiv/rastløs/nysgerrig/følelsesstilstand/koncentrationsevne)
- Samspillet med forældrene og kontakten til andre (lægen, andet praksispersonale)
- Barnets sproglige udvikling.

Forældresamtale

Følgende temaer relaterer sig til barnets udvikling og familiens trivsel. De er derfor egnede til drøftelse med forældrene, afhængigt af undersøgelsens udfald, tidligere og aktuelle observationer samt forældrenes spørgsmål:

- Mad og spisevaner med udgangspunkt i barnets vægtudvikling og trivsel ud fra en familiedynamisk synsvinkel
- Familiedynamiske problemstillinger, herunder fx parforhold, private og arbejdsmæssige belastninger, søskenderelationer/jalousi og eventuel familieforøgelse
- Barnets selvstændighed, temperament og opdragelse
- Samvær, leg og stimulation, herunder barnets samvær med andre børn og voksne
- Barnets overgang fra vuggestue/dagpleje til børnehave
- Forebyggelse af ulykker i forhold til barnets udforskning af omgivelserne i stadig større radius.

10.6 4-års-undersøgelsen

Det 4 år gamle barn er som oftest fysik aktiv og glad for at bruge kroppen, som det efterhånden har god kontrol over.

Konsultationen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At undersøge barnet og opspore eventuelle nyttilkomne sygdomme eller tilstande hos barn
- At opspore u hensigtsmæssig vægtøgning med henblik på at forebygge tidlig udvikling af overvægt
- At vurdere barnets motoriske og sproglige udvikling
- At vurdere barnets trivsel i og uden for hjemmet
- At tilbyde vaccination.

Barnets udvikling

Barnet går og løber med fodafvikling, skifter tempo, kan standse brat, hoppe på en fod og stå på tæer. Det griber en stor bold med begge hænder og tager tingene med fingrene og ikke med hele hånden. Det rejser sig fra liggende som en voksen. Barnet tegner mennesker og figurer med tommelkløftgrebet. Det kan knappe knapper. Barnet taler i lange sætninger og kan begynde at lægge forskellige stemmer til figurer i fantasilege, og det husker rim og remser. Barnet leger rollelege med flere børn, og oplever sig som helt adskilt fra andre. Det kan begynde at glæde sig til noget og give udtryk for stærke følelser.

Undersøgelse og vurdering

Den fysiske undersøgelse tager udgangspunkt i tidligere fund og anamnese. Under leg med barnet og under samtalen med forældrene observeres og vurderes barnets psykomotoriske, sproglige og sociale udvikling med udgangspunkt i ovenstående beskrivelse. Desuden foretages følgende:

- Synsprøve. Der undersøges for skelen med Hirschbergs test, se bilag 10
- Otoskopi. Ved tvivl om barnets hørelse, fx ved forsinket sprogudvikling foretages audiometri
- Højde- og vægtmåling
- Hjerte-lunge-stetoskopi foretages på indikation
- Abdomen palperes på indikation
- For drenge undersøges, om testes er på plads i scrotum.

I forbindelse med undersøgelsen og samtalen med forældrene anbefales opmærksomhed på følgende områder:

- Barnets mad og spisevaner, herunder barnets vægtudvikling, især når det gælder udviklingshæmmede børn samt børn, hvor en eller begge forældre er overvægtige
- Barnets opmærksomheds- og aktivitetsniveau samt adfærd og koncentrationsevne
- Samspillet med forældrene, herunder barnets oplevelse af sig som selvstændigt individ
- Sproglig udvikling
- Kompetencer i samvær med andre, fx om barnet kan vente på sin "tur", hvordan håndteres afslag, viser barnet omsorg osv.?

Forældresamtale

Følgende temaer relaterer sig til barnets udvikling og familiens trivsel. De er derfor egnede til drøftelse med forældrene, afhængigt af undersøgelsens udfald, tidligere og aktuelle observationer samt forældrenes spørgsmål:

- Mad og spisevaner med udgangspunkt i barnets vægtudvikling og ud fra en familiedynamisk synsvinkel
- Samvær, leg og stimulation, herunder barnets lyst til og evne for at deltage i hverdagens gøremål i familien og barnets kompetencer i samvær med andre
- Fysisk aktivitet, herunder familiens muligheder for at bevare barnets lyst til at bruge kroppen aktivt
- Toiletbesøg og hygiejne
- Forebyggelse af ulykker som opfølgning på tidligere rådgivning og eventuelle tidligere hændelser
- Familiedynamiske problemstillinger, herunder fx parforhold, private og arbejdsmæssige belastninger, søskenderelationer/jalousi og eventuel familieforøgelse.

10.7 5-års-undersøgelsen

Det 5-årige barn kan overveje og planlægge sine aktiviteter, det kan sætte sig i andres sted og vise hensyn.

Konsultationen har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At opspore eventuelle nytilkomne sygdomme eller tilstande
- At opspore u hensigtsmæssig vægtøgning med henblik på at forebygge tidlig udvikling af overvægt
- At opsummere barnets sundhed, trivsel og udvikling i relation til den forestående skolestart
- At vurdere, hvorvidt skolesundhedstjenesten efter aftale med forældrene skal orienteres om tidligere fund, sygdomme og tilstande, som er af betydning for barnets skolegang og derfor bør videregives til skolesundhedstjenesten
- At tilbyde vaccination.

Barnets udvikling

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, kan kaste overhåndskast. Barnet har tegne- og skrivegreb, maler med pensel, klipper efter en streg, kan tegne en firkant. Barnet kan binde sine snørebånd. Barnet har et ordforråd på ca. 2000 ord, taler i sætninger på seks-otte ord med kun få udtalefejl. Barnet kan tælle til 10, kender fire-seks farver, kan fortælle en handling og egne oplevelser. Barnet leger mere avancerede og fantasifulde rollelege, hvor børnene aftaler detaljerede rammer for legen. Drengene og pigerne leger ofte adskilt i denne alder.

Undersøgelse og vurdering

Den fysiske undersøgelse tager udgangspunkt i tidligere fund og anamnese. Under leg med barnet og under samtalen med forældrene observeres og vurderes barnets psykomotoriske, sproglige og sociale udvikling med udgangspunkt i ovenstående beskrivelse. Desuden foretages følgende:

- Synsprøve. Der undersøges for skelen med Hirschbergs test, se bilag 10
- Hørelse kontrolleres kun, såfremt der tidligere har været problemer
- Højde- og vægtmåling
- Hjerter-lunge-stetoskopi foretages på indikation
- Abdomen palperes på indikation
- For drenge undersøges, om testes er på plads i scrotum.



5-årig til lægeundersøgelse.

I forbindelse med undersøgelsen og samtalen med forældrene anbefales opmærksomhed på følgende områder:

- Barnets mad og spisevaner, herunder vægtudvikling, især når det gælder udviklingshæmmede børn samt børn, hvor en eller begge forældre er overvægtige
- Fin- og grovmotorisk udvikling i henhold til ovenstående beskrivelse
- Barnets psykosociale kompetencer.

Forældresamtale

Følgende temaer relaterer sig til barnets udvikling og familiens trivsel. De er derfor egnede til drøftelse med forældrene, afhængigt af undersøgelsens udfald, tidligere og aktuelle observationer samt forældrenes spørgsmål:

- Mad og spisevaner med udgangspunkt i barnets vægtudvikling og ud fra en familiedynamisk synsvinkel
- Familiedynamiske problemstillinger, herunder fx parforhold, private og arbejdsmæssige belastninger, barnets stigende selvstændighed og kommende udfordringer i forhold til skolevalg, pasning m.m.
- Fysisk aktivitet, herunder familiens muligheder for at bevare barnets lyst til at bruge kroppen aktivt
- Skolestart, herunder barnets venskaber og øvrige relationer.

Såfremt lægen vurderer, at barnet har haft sundhedsmæssige problemer, der kan få betydning for skolegangen, udarbejder lægen i henhold til bekendtgørelse nr.1344 af 03/12/2010 § 22 et notat til den kommunale sundhedstjeneste ved afslutningen af børneundersøgelsen. Notatet, som har betydning for det fortsatte forebyggende arbejde i skolesundhedstjenesten, må også beskrive, hvilke faggrupper og/eller offentlige instanser, der eventuelt hidtil har været involveret i barnets sundheds- og trivselsproblemer. Formålet med notatet er at sikre kontinuitet i den sundhedsfaglige indsats. Notatet fremsendes til den kommunale sundhedstjeneste efter aftale med forældrene.

11. Den kommunale sundheds-tjeneste 0-5 år

- Kommunen udarbejder retningslinjer for sundhedstjenestens ydelser i henhold til kommunens besøgsprofil med henblik på at sikre kvaliteten af ydelserne.
- Kommunen tilbyder graviditetsbesøg til alle kvinder med særlige behov, herunder socialt sårbare og udsatte gravide.
- Kommunen sikrer tilsyn med barnets trivsel i den første sårbare tid efter udskrivelse fra fødestedet.
- Kommunen tilrettelægger ydelser til spædbørns- og småbørnsfamilier, der sikrer, at tilsynspligten i forhold til barnets sunde fysiske, psykiske og motoriske udvikling overholdes.
- Kommunen udvikler sundhedsfagligt begrundede tiltag, der sikrer, at mødre ikke ophører med at amme førend oprindelig ønsket og planlagt og så tæt på barnets 6. levemåned som muligt.
- Kommunen udarbejder beskrivelse af den kommunalt ansatte læges opgaver i relation til spædbørns- og småbørnsområdet.

11.1 Tilsyn med barnets sundhed, trivsel og udvikling

Nedenfor er angivet en række besøg, som Sundhedsstyrelsen anbefaler tilbudt til familierne. Tidspunkterne er begrundet i forhold til at kunne vurdere barnets sundhed og trivsel også i et udviklingsperspektiv.

Alle besøg tilrettelægges ud fra en konkret faglig vurdering og efter aftale med forældrene i henhold deres behov.

Ud over de her anbefalede besøg kan tilbydes yderligere besøg under hensyntagen til kommunens besøgsprofil. Desuden må ydelserne tilrettelægges individuelt og differentieret med henblik på at reducere ulighed i sundhed, således at børn og familier med særlige behov tilgodeses.

Ved enhver kontakt og gennem hele første leveår må sundhedsplejersken være opmærksom på familiens psykiske velbefindende, tilknytningen og relationen mellem barnet og dets primære omsorgspersoner samt kvaliteten heraf,

ligesom også relationen forældrene imellem må vurderes. Se også afsnit 6.1 om tilknytning og relationer.

Såfremt der ved undersøgelse af barnet og samtale med forældrene findes sundhedsmæssige forhold, som kræver nærmere undersøgelse, henvises barnet til den praktiserende læge for undersøgelse og udredning. Desuden kan sundhedsplejersken aftale ekstra besøg med henblik på yderligere rådgivning, såfremt det er forhold, der ikke kræver lægefaglig vurdering.

Beskrivelser og vejledning nedenfor gælder normaltudviklede, sunde og raske spæd- og småbørn. Når det gælder familier med særlige behov, må vejledningen i kapitel 4, 6 og 9 også inddrages i vurderingen af barnet og i tilrettelæggelsen af indsatsen for barnet og dets familie.

Det faglige indhold af besøgene tilrettelægges af kommunerne ud fra et kvalitetssikrings- og kvalitetsudviklingsperspektiv, se bilag 5. I tilrettelæggelsen indgår de forebyggelsestemaer og de kliniske problemstillinger, der er beskrevet i kapitel 7 og 9. Desuden skal parametre fra børnemonitoreringsprogrammet inkluderes.

11.2 Graviditetsbesøg

Bekendtgørelsens § 16 giver kommunalbestyrelsen mulighed for at beslutte, at gravide med særlige behov skal tilbydes en særlig indsats, herunder øget rådgivning, bistand samt yderligere undersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske.

Der er i Danmark fundet betydelige sociale uligheder i forekomsten af en række graviditets- og fødselskomplikationer samt i børnedødeligheden (se kapitel 5). Kommunen må derfor være særlig opmærksom på at etablere og fastholde tværfaglige og tværsektorielle samarbejdsstrukturer, der sikrer, at socialt udsatte og sårbare gravide får tilbudt de i § 16 beskrevne ydelser, som supplement til de ydelser, der tilbydes via svangreomsorgen.

Opmærksomhedspunkter:

- Omfanget af kvindens netværk, såvel personligt som professionelt
- Kvindens særlige behov for støtte både før og efter fødslen
- Familiens livsbetingelser, herunder skolegang/uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet
- Faderens rolle i familien, herunder eventuel manglende tilstedeværelse
- Eventuelle søskende.



Sundhedsplejersken på besøg før fødslen.

Det anbefales, at graviditetsbesøg aflægges omkring 7. måned. Når det drejer sig om socialt udsatte og sårbare gravide, kan det være nødvendigt med flere besøg. Indsatsen må koordineres med kvindens jordemoder og praktiserende læge, som tager initiativ til samarbejdet.

Se i øvrigt *Anbefalinger for svangreomsorgen*. Sundhedsstyrelsen.

11.3 Tilsyn med barnets trivsel i den første tid efter fødslen

Anbefalinger for svangreomsorgen beskriver, at sundhedsplejersken ved ambulante fødsler og hjemmefødsler aflægger 2 besøg i den første uge efter fødslen. Besøgene skal koordineres med jordemoderens hjemmebesøg. Koordinationsforpligtelsen påhviler jordemoderen. Koordinationsopgaven kan med fordel beskrives i den obligatoriske sundhedsaftale.

Bekendtgørelsens § 12 bestemmer, at børn med særlige behov skal tilbydes en særlig indsats. Familier, der udskrives inden amningen er etableret, kan have vanskeligt ved at vurdere, hvorvidt barnet får tilstrækkeligt at spise, og om barnet er ved at udvikle behandlingskrævende gulsot. I henhold til anbefalingerne for svangreomsorg påhviler det fødestedets personale at vurdere

familiens behov inden udskrivelse. Såfremt der er vanskeligheder ved udskrivelsen, kontakter fødestedets personale familien senest 2 dage efter udskrivelsen. Efter aftale med familien kontakter fødestedets personale samtidig den kommunale sundhedstjeneste mhp. et tidligt besøg i henhold til indgåede aftaler med kommunen.

Alle nye mødre vil have god effekt af et tidligt besøg mhp. at etablere og opretholde amning.

Sundhedsplejersken vurderer, om amning eller anden ernæring er sufficient og vejleder ved behov om ammetillinger, ammeteknik o.a., samt drøfter faderens rolle. Eventuel gulsot vurderes. Der bør være særlig fokus på information om og støtte til, at forældrene kan vurdere barnets behov for mad, trøst, omsorg og kærlighed. Ved enhver kontakt må sundhedsplejersken være opmærksomhed på familiens psykiske velbefindende og relationen mellem forældre og barn samt forældrene imellem.

Opmærksomhedspunkter:

- Barnets almentilstand, herunder gulsot
- Amning eller anden ernæring
- Familiedannelsen.

11.4 Støtte til opretholdelse af amning

Der er dokumentation for, at amning har en række gavnlige sundhedsmæssige effekter for barnet både på kort og langt sigt. Mere end 95 % af de danske mødre påbegynder amning. Kun ca. 60 % ammer fuldt ved 4 måneder. Når tidligt ammeophør skal forebygges, skal sundhedsplejersken især være opmærksom på kvinder, som har kort skolegang, kvinder som har dårlig erfaring med amning fra tidligere og kvinder, som er usikre på egne evner til at amme. En intervention i form af tidlige besøg efter fødslen, flere besøg de første fem uger efter fødslen samt praktisk anvisning på amning betyder lavere ophørsrate, hyppigere amning, sjældnere brug af narresut samt mindre usikkerhed hos mødrene over ikke at kende den præcise mælkemængde, som barnet har fået.

Kvinder af anden etnisk oprindelse end dansk ammer kortere end etnisk danske kvinder, og disse mødre skal ydes særlig opmærksomhed.

Faderens holdning til amning har både betydning for, hvilken ernæring barnet får, og hvor længe moderen ammer.



Far og mor er kommet hjem med det nyfødte barn, sundhedsplejersken er på besøg og demonstrerer en ammestilling.

Særlige opmærksomhedspunkter:

- Identifikation af de ovenfor nævnte prædiktorer for tidligt ammeophør hos den enkelte mor
- Faderens holdning til amning
- Mødre, der kommer fra familier uden tradition for at amme
- Moderens øvrige netværk.

Det anbefales at tilrettelægge ydelserne, så der ydes særlig støtte til kvinder med risiko for tidligt ammeophør, samt at sundhedstjenesten iværksætter sundhedspædagogiske tiltag med henblik på at øge ammeperiodens længde, uden at mødrene føler sig pressede til at amme.

Der henvises i øvrigt til *Amning – en håndbog til sundhedspersonale*. Sundhedsstyrelsen.

11.5 Etableringsbesøget

Etableringsbesøget aflægges senest 7 dage efter, familien er udskrevet fra fødestedet. Det er et selvstændigt besøg, hvis indhold adskiller sig fra det tidlige besøg aflagt i forbindelse med ambulante fødsel eller hjemmefødsel eller ved problemer med barnets ernæring ved udskrivelse fra fødestedet.

Såfremt der er aflagt tidligt besøg tilrettelægges etableringsbesøget efter en vurdering af behovet samt efter aftale med forældrene. Etableringsbesøget må i disse tilfælde være aflagt senest 10 dage efter første besøg af hensyn til vurdering af barnets trivsel og besøgets øvrige indhold.

Etableringsbesøget indeholder såvel en fysisk undersøgelse af barnet som information og samtale med forældrene om graviditet og fødsel samt vejledning om pleje af og omsorg for barnet.

Besøget har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At gennemgå problemstillinger eller mistanker opstået i relation til den postnatale screening, familiens historie eller hændelser i forbindelse med fødslen
- At vurdere problemstillinger, som ikke kan observeres umiddelbart i forbindelse med fødslen, som fx gulsot, kredsløbsinsufficiens, dehydrering, etc.
- At orientere sig om, hvorvidt forældrene har fået tilbudt de ordinære screeninger af barnet ved fødslen
- At drøfte temaer vedrørende omsorg, relationer og spædbarnspleje, etablering af amning eller anden ernæring til barnet, forebyggelse af allergi, mad og hvile til mor, vitaminer og jern, familiens trivsel, forebyggelse af vuggedød, herunder barnets udsættelse for passiv rygning i hjemmet, ulykkesforebyggelse (fald) og andet
- At identificere forældre, som kan have alvorlige problemer med relationen til og omsorgen for deres barn, fx depression, vold, misbrug, dårlig begavelse og psykiske problemer
- At informere om forebyggende sundhedstilbud, lokale netværk, fortrolighed, journalføring og databehandling
- At informere familien om hvor de kan hente yderligere oplysninger, hjælp og støtte, hvis nødvendigt.

Opmærksomhedspunkter:

- Barnets fysiske tilstand, herunder vægtøgning og gulsot
- Tilknytning mellem forældre og barn
- Forældrenes mentale tilstand, herunder særlig opmærksomhed på risiko for recidiv af psykiske lidelser efter fødslen
- Forældres og eventuelle søskendes oplevelse af den nye/større familie.

Barnets udvikling

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



Nyfødt vejes af sundhedsplejersken.

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

- Kontakt, proportioner, tonus, reaktioner og bevægemønstre
- Hudens udseende og farve, navlens opheling
- Kraniets facon, fontanellers form og størrelse, kraniefurer, eventuelle hæmatomer, herunder vurdering af spor efter kop-extraction, ansigts-symmetri og dimensionering, ørernes udseende og placering samt huden omkring og bag ørerne
- Halsens fri bevægelighed vurderes i forhold til eventuel clavikelfraktur og torticollis
- Mund og mundhule undersøges for ganespalte, se afsnit 9.2
- Reflekser (sutte-/søge- samt griberefleks), se bilag 8
- Barnet vejes og måles, og hovedomfanget måles, se afsnit 9.4.

11.6 2. besøg i første levemåned

Besøget aflægges inden, barnet er en måned gammel. Såfremt barnet er icterisk efter 14. levedøgn, henvises til den praktiserende læge med henblik på at få målt konjugeret bilirubin i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. opsporing af galdevejsatresi, se afsnit 9.5.

Besøget har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At vurdere barnets trivsel og følge op på eventuel gulsot
- At vurdere og drøfte relationen mellem barnet og dets forældre
- At drøfte problemstillinger relateret til amning eller anden ernæring, barnets søvnmønstre og mors muligheder for at hvile, det spæde sprog og barnets reaktionsmønstre, herunder barnets behov for ro og stimulation samt andre omsorgsrelaterede emner
- At drøfte forældrenes oplevelser som familie, roller og forventninger og eventuelle søskendereaktioner
- At vurdere familiens behov for støttende foranstaltninger, herunder drøfte netværk, mødregrupper 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.

Opmærksomhedspunkter:

- Tilknytning og forældrenes psykiske trivsel
- Barnets søvn- og spisemønstre
- Kraniefacon.

Barnets udvikling

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

Ved undersøgelsen lægges vægt på vurdering og observation af følgende:

- Kontakt, tonus, reaktioner, bevægemønstre
- Vurdering af kranieform (begyndende flad nakke, asymmetri)
- Mundhulen inspiceres for trøske

- Hud og navle
- Barnet vejes og måles, kranieomfang måles, se afsnit 9.4.

11.7 Det 2 måneder gamle barn

For at sikre et kontinuerligt tilsyn med spædbarnets og familiens trivsel og udvikling anbefales at tilbyde et besøg på dette tidspunkt, hvor familien har fundet en rytme i en ny hverdag. Det er på dette tidspunkt relevant at opspore eventuel fødselsdepression hos begge forældre, såfremt det ikke er gjort tidligere. Se også afsnit 6.6.

Besøget 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 fødselsdepression/angst
- At vurdere og understøtte tilknytningen mellem barn og forældre
- At vejlede om barnets lejrning både under søvn og i vågen tilstand med henblik på at forbygge flad nakke eller asymmetrisk hovedfacon
- At drøfte stimulation, ro og hvile samt barnets søvnmønster med henblik på støtte udviklingen af hensigtsmæssig døgnrytme for både barn og forældre.

Opmærksomhedspunkter:

- Forebyggelse af uønsket ammeophør
- Tilknytning mellem barn og forældre samt forældrenes mentale tilstand
- Barnets opmærksomhed, evne til selvregulering og reaktionsmønstre
- Kraniefacon.

Barnets udvikling

Det 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 lyd, og gråden er med større variation. Det kan følge bevægelser med blikket og kan fastholde øjenkontakt i kortere perioder.

Ved undersøgelsen lægges vægt på vurdering og observation af følgende:

- Barnet måles og vejes afklædt, kranieomfang måles, se afsnit 9.4 og bilag 7.
- Barnet psykomotoriske udvikling vurderes ved systematisk undersøgelse.



Sundhedsplejersken rådgiver forældrene om overgang til skemad

11.8 Det 4-6 måneder gamle barn

Besøget aflægges, når forældrene vurderer, at barnet er parat til at starte på anden mad end mælk. Dette sker bedst, når barnet er mellem 17 og 26 uger gammel. Det bør være barnets udvikling og parathed til skemad, der er afgørende for, hvornår besøget tilbydes.

Besøget har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At forældrene føler sig velinformerede og trygge ved at begynde at tilbyde barnet anden mad end mælk, således at overgangsperioden forløber så problemfrit som muligt
- At tilbyde vejledning om spædbarnets ernæring, således at barnet kommer i gang med skemad på et tidspunkt, det er klar til det
- At drøfte fortsat amning i forhold til morens/familiens ønsker og behov
- At informere om supplerende jerntilskud fra 6 måneder, såfremt jernbehovet ikke dækkes gennem modermælksersättning
- At vurdere barnets sproglige og psykomotoriske udvikling, herunder drøfte forebyggelse af ulykker samt vejlede forældrene om relevant stimulation

Opmærksomhedspunkter:

- Overgang til anden mad end mælk
- Barnets psykomotoriske udvikling
- Søvn- og spisemønstre.

Barnets udvikling

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

Ved undersøgelsen lægges vægt på vurdering og observation af følgende:

- Barnets fysiske tilstand og psykomotoriske udvikling
- Barnet vejes afklædt. Barnet måles, såfremt det endnu ikke har været til 5-måneders-undersøgelse hos den praktiserende læge. Hvis barnet er målt hos den praktiserende læge, noteres dette mål i barnets journal.

11.9 Det 8-10 måneder gamle barn

Besøget aflægges med henblik på at vurdere, om tilsynet med barnet kan afsluttes, indtil kontakten eventuelt genoptages i småbarnsalderen, eller om barnets trivsel og udvikling giver anledning til fortsat kontakt.

Besøget har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At vurdere og drøfte barnets mad i forhold til dets alder og udvikling
- At vurdere barnets psykomotoriske og sproglige udvikling og adfærd i samspil med forældrene
- At vejlede om forebyggelse af ulykker i relation til barnets stigende mobilitet
- At drøfte barnets pasning uden for hjemmet, herunder øget sygelighed og forebyggelse af infektioner.

Opmærksomhedspunkter:

- Barnets overgang til familiens mad
- Barnets søvnmønster og sprogudvikling
- Forebyggelse af ulykker.

Barnets udvikling

Det 8-10 måneder gamle barn kan sidde selv og er på vej til at kravle. Barnet har bedre kontrol over hænder og fingre, undersøger legetøjet med begge hænder og er interesseret i at begynde at spise selv. Det slipper aktivt legetøj og udvikler pincetgreb. Mod slutningen af perioden kan barnet vinke og klappe. Barnet forstår enkelte ord og lyde. Pludrer med mange lyde, i to stavelser og i varieret styrke og længde. Gentager forældrenes lyde. Kan tygge mad med grovere konsistens. Kan være angst for separation i perioder. Begynder at udvise interesse for andre børn og tager initiativ til leg ved fx at kaste ting ned.

Ved undersøgelsen lægges vægt på vurdering og observation af følgende:

- Barnets fysiske tilstand samt psykomotoriske udvikling vurderes i henhold til ovenstående beskrivelse. Undersøgelsen kan med fordel ske ud fra en struktureret og systematisk gennemgang, som fx:
 - Barnets sensomotorisk regulering
 - Sociale kompetencer
 - Interesse for omgivelser
 - Initiativ til socialt samspil, besvarelse
 - Vokalisering og kommunikation (visuel, stemme, gestik, mimik, dialog)
 - Reaktion på fremmede, tilknytningsadfærd, kigger efter mor/far
 - Leg og fælles opmærksomhed
 - Grov- og finmotorisk kompetence, aktivitetsniveau
 - Emotionelt (grundstemning, affekter, labilitet)
- Der undersøges for skelen med Hirschbergs test, se bilag 10
- Barnet måles og vejes afklædt
- Hovedomfang måles, se afsnit 9.4.

11.10 Småbørn i alderen 1-5 år

Kommunen kan tilbyde hjemmebesøg og andre aktiviteter til børn ud over første leveår i henhold til bekendtgørelsens § 8. For at skabe en sammenhængende indsats anbefales, at den kommunale sundhedstjeneste tilbyder besøg i småbarnsalderen med henblik på at forebygge udvikling af overvægt samt tilbyde rådgivning og vejledning i forhold til fx familiens funktion og barnets sociale trivsel, sund levevis for hele familien samt forebyggelse af ulykker. Besøgene kan supplere lægens forebyggende helbredsundersøgelser.

Småbørn med særlige behov skal tilbydes hjemmebesøg i henhold til § 13 i bekendtgørelsen.



Åbent hus.

11.11 Andre aktiviteter end hjemmebesøg

I henhold til bekendtgørelsens § 11 kan sundhedsplejersken tilbyde gruppeaktiviteter som supplement til hjemmebesøg.

Eksempler på gruppeaktiviteter:

- Åbent hus-arrangementer
- Aftalt konsultation
- Mødre-, fædre- og familiegrupper af forskellig karakter, herunder også specialgrupper for fx unge mødre, familie af anden etnisk oprindelse end dansk, præmature, adopterede børn o.a.
- Tema-arrangementer om relevante emner
- Forældreuddannelse.

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

11.12 Den kommunalt ansatte læges opgaver i forhold til 0-5-årige

Den kommunalt ansatte læge kan med fordel medvirke til at vurdere børn med særlige behov i samarbejde med den praktiserende læge samt vejlede sundhedspersonale, personale i dagtilbud, sagsbehandlere og ansatte i PPR fx i forbindelse med underretning. Den kommunalt ansatte læge kan desuden deltage i den tværfaglige gruppe, som beskrevet i kapitel 4.

For den kommunalt ansatte læges opgaver i øvrigt se afsnit 3.2.

12. Den kommunale sundhedstjeneste 6-18 år

- Den kommunale sundhedstjeneste udarbejder retningslinjer for gennemførelse af ind- og udskolingsundersøgelser med henblik på at sikre kvaliteten af ydelserne.
- Den kommunale sundhedstjeneste udarbejder retningslinjer for henvisningsprocedurer og opfølgning på henvisninger med henblik på at sikre relevant og rettidig indsats.
- Den kommunale sundhedstjeneste udarbejder retningslinjer for dokumentation af henvisninger til samarbejdspartnere.
- Den kommunale sundhedstjeneste tilrettelægger sundhedspædagogisk varierede ydelser til børn og unge i den skolepligtige alder, der sikrer, at tilsynspligten i forhold til at barnets/den unges sunde udvikling overholdes.
- Den kommunale sundhedstjeneste undersøger alle børn mht. til syn, hørelse og højde-vægt-udvikling i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
- Den kommunale sundhedstjeneste udarbejder beskrivelser af de forskellige sundhedsfaglige personers opgaver i relation til børn og unge, herunder opgaver der vedrører børn og unge med særlige behov.
- Unge kan tilbydes ydelser ud over den undervisningspligtige alder, når særlige forhold gør sig gældende.

Den kommunale sundhedstjeneste skal i henhold til sundhedsloven tilbyde ydelser af såvel sundhedsfremmende som forebyggende karakter til alle skolebørn. Ydelserne kan være af både generel og individuel karakter. Sundhedspersonalet skal være opmærksomt på børn og unge med behov for en særlig indsats af både fysisk, psykisk og social karakter samt unge, der er i særlig risiko for livsstilsrelaterede problemer fx i form af tidlig alkoholdebut, tidlig rygestart eller eksperimenter med euforiserende stoffer.

Målet for skolesundhedsarbejdet er:

- At børn og unge (individuelt og i gruppesammenhæng) gennem forskellige tilbud i løbet af skoletiden gradvist bliver i stand til at forholde sig til og handle i forhold til egen og andres sundhed
- At tilbyde undersøgelser, der opsporer sygdom og/eller fejludvikling og henvise til udredning og eventuel behandling
- At opspore børn og unge med særlige sundhedsmæssige behov og yde en forstærket indsats over for disse i samarbejde med andre

- At indhente viden om sundhedsforholdene i en klasse eller på en skole gennem udarbejdelse af lokale sundhedsprofiler med henblik på at kunne rådgive lærere, skolens ledelse og/eller kommunale samarbejdspartnere samt tage initiativ til relevante indsatser, der kan forbedre sundheden på individ- eller gruppeniveau.

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

Til brug for sundhedsarbejdet på skolen har Sundhedsstyrelsen udgivet bogen *Skolesundhedsarbejde*, som der henvises til, når det gælder inspiration til og vejledning om konkrete sundhedsfremmende og forebyggende indsatser såvel monofagligt som tværfagligt.

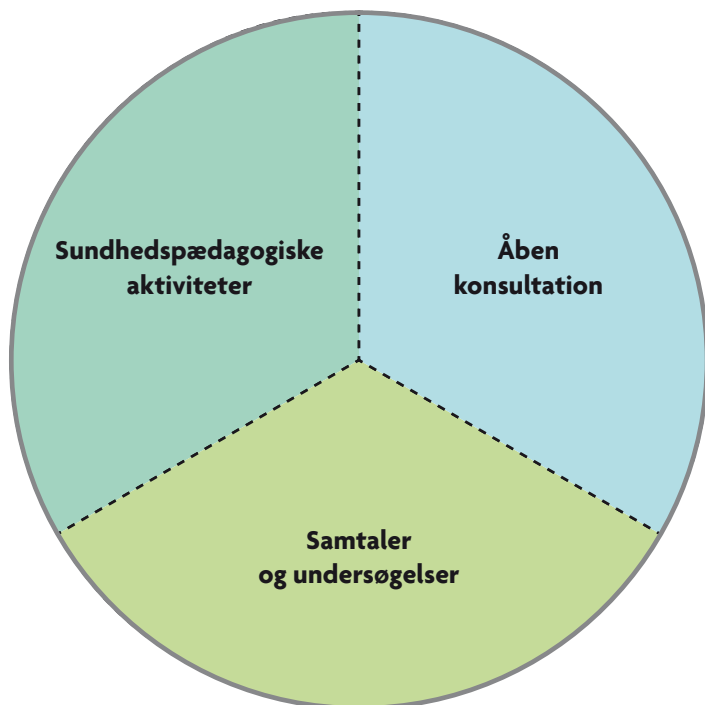
12.1 Hovedtemaer og indsatsområder

I henhold til bekendtgørelsens § 8 stk. 3 påhviler det kommunalbestyrelsen at tilrettelægge sundhedstjenestens opgaver, så den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for alle børn og unge i videst muligt omfang fremmes. I henhold hertil er der følgende hovedtemaer for skolesundhedstjenesten:

- At tilbyde sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger i skolen
- At tilbyde oplysning og vejledning til børn og forældre med henblik på at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed og trivsel
- At føre tilsyn med det enkelte barns fysiske og psykiske helbredstilstand.

Under hensyntagen til såvel det enkelte barn/unge samt gruppen af børn og unge og med reduktion af ulighed i sundhed som særligt indsatsområde planlægges og afvikles prioriterede indsatser i forhold til nedenstående tre forskellige former for aktiviteter.

- *Sundhedspædagogiske aktiviteter* i forhold til enkelte børn/unge, grupper af børn/unge, hele klasser eller hele skolen. Aktiviteterne kan tage udgangspunkt i aktuelle behov, temaer på skolen eller i generel sundhedsfremme
- *Åben konsultation* for børn/unge og deres forældre med henblik på at støtte og vejlede, når behov opstår, og motivation for forandring er størst



- *Samtaler og undersøgelser*, hvor alle børn på fastsatte årgange og desuden efter behov indkaldes med henblik på opsporing og forebyggelse af mistrivsel og helbredsproblemer, der kræver yderligere indsats af skolesundhedstjenesten og/eller henvisning til læge eller andre samarbejdspartnere.

Alle tre aktiviteter anses for lige væsentlige i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde.

12.2 Sundhedspædagogiske begreber og udfordringer

Sundhedspædagogik er en tilgang eller metode til arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse, som bygger på deltager- og handleorienterede principper. Gennem dialog med børn og unge må sundhedspersonalet sikre, at disse involveres i samtalen og dermed bidrage til, at børn og unge lærer at handle i forhold til deres sundhed på et kvalificeret grundlag. Handlingerne kan rette sig mod ændring af levevilkår, livsstil og vaner i samspil med andre.

Arbejdet med den sundhedspædagogiske tilgang forudsætter følgende:

- At der stilles krav til sundhedspersonalets faglighed og evner til at samtale med børn, unge og deres forældre uden at miste perspektivet
- At der er mulighed for konkret at synliggøre børn og unges egne opfattelser, værdier og holdninger til sundhed
- At det sundhedspædagogiske arbejde bliver konkretiseret i forhold til den kontekst, der arbejdes i – dvs. skolens kultur, de fysiske rammer, elevgruppens sammensætning o.a.

Den sundhedspædagogiske arbejde i skolen bør tage udgangspunkt i fire kernebegreber, som bør indgå i tilrettelæggelse af ydelserne:

1. Det brede og positive sundhedsbegreb

Det brede og positive sundhedsbegreb rummer både livskvalitet og helbred, og det omfatter både helbredsmæssige og livsstils- og adfærdsmæssige aspekter. Sundhedsbegrebet tager udgangspunkt i både livsstil og levevilkår.

I samtalen med børn og unge skal sundhedspersonalet medtænke de rammer og vilkår, som børn og unge lever med. Indsatsen skal således, udover den helbredsmæssige dimension, knytte sig til dialog om barnets og den unges egne forestillinger om det gode liv.

Udfordringen ligger i, at også livskvalitet, livsstil og levevilkår såvel som helbred som er afsæt for skolesundhedstjenestens arbejde.

2. Børn og unges handlekompetence

Målet for det sundhedspædagogiske arbejde er at udvikle og kvalificere børn og unges sundhedsmæssige handlekompetence. Handlekompetence defineres som evne og vilje til at skabe positiv sundhedsmæssig forandring i forhold til egen eller andres sundhed. Det kan ske gennem handlinger, der retter sig mod at ændre egen adfærd og livsstil eller gennem handlinger, der søger at forandre vilkår og rammer i sundhedsfremmende retning.

Handlekompetencebegrebet indeholder viden (om effekter, årsager og forandringsstrategier), engagement, visioner og sociale færdigheder (evnen til at samarbejde med andre om at skabe forandring). Disse delelementer indgår i sundhedspersonalets tilrettelæggelse og gennemførelsen af samtaler og andre aktiviteter med henblik på at bidrage til, at børn og unge bliver i stand til at tage vare på egen og andres sundhed.

Selvom en ønsket forandring ikke umiddelbart opnås, er engagementet undervejs, støttet af sundhedspersonalet, en væsentlig erfaring i forhold til at opbygge sundhedsmæssig handlekompetence.



En gruppe børn hos sundhedsplejersken.

Udfordringen ligger i at medtænke udvikling af handlekompetence, både i samtaler med og undersøgelser af børn og unge og i samarbejdet med deres forældre.

3. Børn og unges aktive involvering og deltagelse

Børn og unges aktive deltagelse 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, og princippet om deltagelse er en forudsætning for, at sundhedspersonalets indsatser sætter sig spor på længere sigt.

Deltagelse kan have forskellige former, men må ikke forveksles med en “bottom-up”-tankegang, hvor børn og unge er styrende, og hvor sundhedspersonalet udelukkende fungerer som proces-konsulent. Det vigtige kendetegn ved et deltager-orienteret princip er ikke, hvem der får ideerne, men den efterfølgende dialog. Opgaven er på den ene side at lade børn og unge medvirke til at definere problem, løsnings- og handlingsforslag og på den anden side at styre dialogen på baggrund af sundhedspersonalets faglige viden.

Udfordringen ligger i at sikre børn og unges aktive deltagelse i såvel samtaler som undersøgelser, således at der udvikles ejerskab for de problemstillinger, der arbejdes med i skolesammenhænge.

4. Børn og unges handlinger som en del af deres læring

Børn og unges handlinger bidrager i den sundhedspædagogiske tilgang til tiling: For det første vil handlinger igangsat af børn og unge have mulighed for at skabe reel sundhedsfremme i klassen, på skolen eller i lokalsamfundet – og dermed også i deres eget liv. For det andet vil handlingerne bidrage til, at børnene og de unge generelt udvikler engagement og handlekompetence.

Sundhedspersonalet bør motivere til handlinger, der fører til sundhedsmæssig forandring med udspring i de ønsker og behov, der udvikles af børn, unge og deres familier. Handlingerne bør have både et deltagelses- og et forandringsperspektiv, som kan etableres gennem forskellige aktiviteter.

Udfordringerne ligger primært i at kunne motivere til handling, når kontakten gennem skoletiden ikke er af kontinuerlig karakter samt i at få etableret samarbejde med skolens ledelse, lærere og forældrene, således at dette element i skolesundhedspersonalets arbejde styrkes.

12.3 Ind- og udskolingsundersøgelser

Sundhedslovens § 121, stk. 2, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13/07/2010 bestemmer, at ind- og udskolingsundersøgelser kan ske ved en læge eller sundhedsplejerske. Bemærkningerne til loven angiver, at den enkelte kommunalbestyrelse skal beslutte, hvorvidt de to forebyggende helbredsundersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder skal udføres af en læge eller en sundhedsplejerske.

For at kunne varetage ind- og udskolingsundersøgelsen efter kommunalbestyrelsens beslutning skal sundhedsplejersker, som er uddannet før 31.12.2011, have gennemgået et obligatorisk efteruddannelseskursus – jf. Vejledning nr. 9531 af 14/07/2008 om efteruddannelse af sundhedsplejersker, der skal varetage ind- og udskolingsundersøgelser.

Såfremt sundhedsplejersken er uddannet efter 31.12.2011, er kompetencerne til selvstændigt at kunne gennemføre indskolingsundersøgelse erhvervet på sundhedsplejerskeuddannelsen.

Det anbefales, at den kommunale sundhedstjeneste udarbejder retningslinjer for de lovbestemte undersøgelser med henblik på kvalitetssikring af ydelsen. I retningslinjerne bør indgå beskrivelse af følgende:

- Hvem, der varetager undersøgelsen
- Hvad undersøgelsen indeholder
- Hvilke emner forældrene kan forvente bliver drøftet

- Hvordan skolesundhedstjenesten sikrer opfølgning og registrering af børn og unge henvist til andre faggrupper på baggrund af undersøgelsen.

12.3.1 Indskolingsundersøgelsen

Indskolingsundersøgelsen har til formål at vurdere barnets helbred, trivsel og sundhedsmæssige skoleparathed, samt at vejlede om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart.

Det anbefales, at undersøgelsen foretages sammen med barnets forældre. Forud for undersøgelsen skal barnet have et helbredsskema med hjem til udfyldelse. Helbredsskemaet danner sammen med informationer fra den praktiserende læge i forbindelse med 5-års-undersøgelsen baggrund for undersøgelsen og samtalen med forældrene og barnet.

Resultatet af undersøgelsen og samtalen er udgangspunkt for konkret rådgivning og vejledning til barnet og forældrene.

Følgende elementer skal indgå i undersøgelsen og vurderingen:

- Helbredsmæssige forhold, herunder barnets udvikling til skolestart og afdækning af eventuelle kroniske sygdomme hos barnet eller i den nærmeste familie samt hvordan disse håndteres
- Undersøgelse af syn og hørelse, vægt og højde som beskrevet i bilag 7, 9 og 10
- Barnets sociale relationer – i hjemmet og i skolen, herunder opmærksomhed på eventuel psykisk udviklingsforstyrrelse
- Søvn- og spisevaner
- Sproglige kompetencer, såvel impressivt som ekspressivt
- Barnets generelle udvikling, herunder vurdering af barnets kognitive udvikling (opmærksomhed, koncentration) og motorik.

Sundhedspersonalet noterer, i hvilket omfang barnet har fulgt de forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis, samt hvilke vaccinationer barnet har fået. Såfremt barnet ikke har været til de forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis og/eller fået de anbefalede vaccinationer, drøftes baggrunden for dette med forældrene.

Helbredsmæssige forhold og udvikling

I den samlede vurdering af barnets helbred ved skolestart indgår følgende:

- Vækst
- Astma/allergi
- Motoriske problemer
- Udviklingsforstyrrelser



Synsprøve.

- Adfærds- og emotionelle problemer
- Psykosomatiske problemer (fx mavesmerter, hovedpine, ufrivillig vandladning (enuresis) og afføring (enkoprese))
- Genitale lidelser
- Skeletdeformiteter.

Såfremt sundhedsplejersken foretager indskolingsundersøgelsen, sker den somatiske vurdering alene på baggrund af forældrenes oplysninger samt et eventuelt notat fra 5-års-undersøgelsen i almen praksis, se afsnit 10.7. Desuden bidrager information om eventuelle kroniske sygdomme, medfødte eller erhvervede handicaps, tidligere kontakter med speciallæger og eventuelle hospitalsindlæggelser til den samlede vurdering af barnets helbred.

Barnets udvikling til skolestart drøftes med forældrene. Alle børn vurderes motorisk ved indskoling, eventuelt i samarbejde med andre faggrupper ansat i sundhedstjenesten og/eller børnehaveklasselæreren.

Syn, hørelse, højde og vægt

Barnet undersøges, og der sker henvisning i henhold til retningslinjerne i bilag 7, 9 og 10.

Sociale relationer

Barnets sociale relationer og kompetencer drøftes med forældrene og vurderes på baggrund heraf. Efter aftale med forældrene kan barnets sociale relationer i skolen eventuelt drøftes med børnehaveklasselæreren og/eller pædagogen i SFO (skolefritidsordningen). Ved mistanke om psykiske udviklingsforstyrrelser, inddrages den praktiserende læge og eventuelt PPR i vurderingen.

Søvn- og spisevaner

Barnets søvn- og spisevaner drøftes med forældrene henblik på at vurdere om der er særlige forhold, der har betydning for, om barnet kan mestre skolegangen tilfredsstillende.

Sprog

Barnets sproglige udvikling og kompetencer vurderes i relation til skoleparathed. Det sker under hensyntagen til eventuel audiologisk anamnese samt den aktuelle audiometri. Ved problemer skal barnet henvises til audiologopæd ved PPR.

Efter aftale med forældrene kan børnehaveklasselæreren inddrages i vurderingen, såfremt det vurderes relevant.

Henvisning

Såfremt barnet frembyder symptomer på sygdom, eller hvis der er mistanke om sygdom, henvises barnet til sin praktiserende læge, der herefter undersøger og udreder barnet. Såvel lægen som sundhedsplejersken er forpligtet til at følge op på henvisningen, hvilket må fremgå af journalen, som beskrevet i afsnit 2.5.

Såfremt indskolingsundersøgelsen viser, der er behov for en tværfaglig indsats/udredning, sker dette i henhold til bekendtgørelsens §§ 14-15 samt kapitel 4 i denne vejledning.

12.3.2 Udskolingsundersøgelsen

Udskolingsundersøgelsen har til formål at give en samlet vurdering af den unges helbred og sundhed, umiddelbart inden den unge forlader skolen. Desuden har udskolingsundersøgelsen til formål at drøfte risikoadfærd med den unge under hensyntagen til de sundhedspædagogiske overvejelser, der er beskrevet i afsnit 12.2.

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

Indhold

Samtalen med den unge samt de undersøgelser, der tilbydes, er udgangspunkt for rådgivning til den unge og eventuelt forældrene på baggrund af en samlet vurdering.

Såfremt kommunalbestyrelsen har bestemt, at lægen tilbyder udskolingsundersøgelse, kan sundhedsplejersken med fordel tilbyde sundhedspædagogiske aktiviteter i 8. eller 9. klasse som supplement. Den samlede indsats i forbindelse med udskolingen bør bære præg af flerfaglighed.

Det anbefales, at udskolingsundersøgelsen omfatter følgende elementer:

- Helbredsmæssige forhold, der kan have betydning for studie- og/eller erhvervsvalg. Den unge vejes og måles, se bilag 7. Der foretages høreprøve, se bilag 9 og eventuelt farvesynstest ved behov, se bilag 10.
- Sundhedsadfærd i relation til tobak, alkohol og andre rusmidler
- Seksuel sundhed, herunder forebyggelse af seksuelt overførbare infektionssygdomme
- Status på HPV-vaccination for pigerne
- Vurdering af den unges sociale kompetencer, relationer og netværk bl.a. i relation til risikoadfærd og selvskadende adfærd.

Helbred

Drøftelserne tager afsæt i den unges vurdering af sin aktuelle helbredsmæssige situation og kendskabet til den unge. Der er desuden et forebyggende sigte i forhold til skader og nedslidning under studier og i arbejdslivet, herunder betydningen af eventuelle kroniske sygdomme, medfødte eller erhvervede handicaps ol. Betydningen af fysisk aktivitet bør inddrages i samtalen, eventuelt med udgangspunkt i en konditionstest.

Det anbefales at inddrage udannelses- og ungdomsvejlederne i vejledning om studie- og erhvervsvalg relateret til helbred i det omfang, det vurderes relevant. Det kan desuden være relevant at vejlede den unge i sundhedsvæsnets tilbud og ydelser.

Såfremt den unge frembyder symptomer på sygdom, eller får lægen/sundhedsplejersken mistanke om sygdom, henvises den unge til den praktiserende læge, der herefter undersøger, udreder og diagnosticerer.

Såvel lægen som sundhedsplejersken skal følge op på henvisningen til den praktiserende læge, hvilket må fremgå af journalen, som beskrevet i afsnit 2.5.

Sundhedsadfærd i relation til brug af tobak, alkohol og andre rusmidler

Ved udskolingsundersøgelsen drøftes et eventuelt forbrug af tobak, alkohol eller andre rusmidler med den unge. Hvis den unge er dagligryger, har et alkoholforbrug og/eller har et forbrug af hash, skal sundhedspersonalet søge at motivere den unge til at drøfte den uhensigtsmæssige adfærd og tilbyde støtte til at ændre adfærden. Støtten kan være individuelle samtaler om rusmiddelbrug efter principperne om ”motiverende samtale”. Støtten kan også være henvisning til gruppetilbud for unge i kommunen eller inddragelse af forældrene i fx en begyndende misbrugsproblematik. Se desuden kapitel 7.

Seksuel sundhed

Oplysning om seksuel sundhed, herunder brug af kondom for at undgå sexsygdomme, gives primært i folkeskolen og indgår i læseplanen for de timeløse fag. Seksuelt overførbare sygdomme kan forebygges ved konsekvente, sunde seksualvaner, der grundlægges i ungdommen. Det bør derfor ved udskolings-samtalen sikres, at de unge har modtaget og forstået seksualundervisning på den enkeltes præmisser.

Vurdering af sociale kompetencer, relationer og netværk

Emner som social kompetence, relationer og netværk kan indgå i samtalen med den unge. Disse temaer kan inddrages afhængigt af en konkret vurdering, bl.a. betinget af det kendskab, sundhedspersonalet har til den unge gennem skoleforløbet og af den unges lyst til og interesse i at drøfte disse forhold.

Den unges relationer og netværk drøftes med henblik på forebyggelse af selvskadende adfærd, som fx spiseforstyrrelser, cutting, overdreven indtagelse af alkohol, andre rusmidler eller ikke-lægeordineret medicin. Denne drøftelse finder sted ud fra den forståelse, at manglende trivsel, familiære problemer og ensomhed kan medføre selvskadende adfærd. Børn og unge, der ofte oplever følelser af ensomhed, hjælpeløshed, at være udenfor eller som har svært ved at tale med deres forældre om noget, der virkelig plager dem, har en højere risiko for at opleve et eller flere fysiske eller psykiske symptomer, der påvirker deres sundhed.

12.3.3 Ind- og udskolingsundersøgelser til børn og unge, der modtager hjemmeundervisning

Når det gælder børn, der modtager hjemmeundervisning skal ind- og udskolingsundersøgelser tilbydes på skolen, da det ikke er praktisk muligt at afvikle disse i et privat hjem. Det vurderes individuelt, hvorvidt samtaler i løbet af skoletiden tilbydes på skolen eller afvikles som hjemmebesøg.

Børn, som får midlertidig hjemmeundervisning fx pga. sygdom, tilbydes sundhedssamtaler, når de genoptager deres skolegang.

12.4 Vejledning om skolesundhedstjenestens regelmæssige kontakter gennem skolealderen

Det anbefales, at skolesundhedstjenesten tilbyder sundhedspædagogiske aktiviteter og/eller undersøgelser og samtaler på alle klassetrin samt åben konsultation. Dette følger bestemmelserne i bekendtgørelsens § 8 om at tilrettelægge den kommunale sundhedstjenestes opgaver, så den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for alle børn i videst muligt omfang fremmes og med henblik på at overholde tilsynspligten.

I tilrettelæggelse af aktiviteterne må sundhedstjenesten tilstræbe, at der er en kontinuerlig sammenhængende indsats med variation af tilbuddene til børn og unge gennem hele skoletiden.

12.4.1 Undersøgelser og samtaler

Ud over de lovbestemte ind- og udskolingsundersøgelser anbefales følgende undersøgelser:

- Synsprøve i 6. eller 7. klasse
- Højde og vægt i 1. klasse samt mindst en gang på mellemtrinnet (4., 5. eller 6. klasse).

Herudover anbefales samtaler med alle børn (uden undersøgelse). Disse bør som minimum finde sted på følgende klassetrin:

- 1. klasse
- 4., 5. eller 6. klasse i forbindelse med monitorering af højde og vægt
- 7. eller 8. klasse.

Samtalen er en dialog om sundhed, der kan tilrettelægges individuelt eller i små grupper. Samtalen tager udgangspunkt i det enkelte barns behov og forståelse af begrebet med inspiration fra emnerne beskrevet i afsnit 12.5. 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 piger 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.

12.4.2 Samarbejde med forældrene

I indskolingen etableres den kontakt til familien 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. Familien er omdrejningspunkt i barnets liv, og barnet er ikke i stand til *alene* at redegøre for sin livssituation. Det er derfor væsentligt, at forældrene deltager i de første samtaler og undersøgelser, ligesom de til enhver tid må inddrages, når samtaler med og undersøgelser af barnet giver anledning til dette.

Forældrene skal informeres om skolesundhedstjenestens tilbud og muligheder, fx gennem pjecer, ved sundhedstjenestens deltagelse i forældremøder og ved orientering til forældrene fx via skolens intranet. Undersøgelser og samtaler med barnet er gennem hele skoletiden et tilbud, der forudsætter forældrenes samtykke, enten mundtligt eller skriftligt. Se også kapitel 4.

Undersøgelser og vejledning sker ud fra et helhedssyn og forudsætter dialog med forældrene, der gennem inddragelse forudsættes selv at medvirke til at identificere et eventuelt sundheds- eller trivselsmæssigt problem hos barnet. Løsningsforslag og tiltag tager udgangspunkt i familiens ønsker og behov med fokus på og respekt for familiens værdier, vilkår og ansvar for eget liv. Såfremt forældrene ikke ønsker at medvirke, og det drejer sig om alvorlige tilstande hos barnet eller i familien, skal den skærpede indberetningspligt danne grundlag for sundhedstjenestens indsats, uanset forældrene giver samtykke eller ej, se også afsnit 2.9 og 4.11.



Motorisk undersøgelse hos sundhedsplejersken.

Kontakten mellem sundhedstjenesten og familien kan efterhånden overgå til at ske på familiens initiativ, således at de også selv kontakter sundhedstjenesten ved behov.

Forældrenes samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste sker uden inddragelse af skolens lærere eller ledelse, medmindre andet aftales.

12.4.3 Sundhedspædagogiske aktiviteter

De sundhedspædagogiske aktiviteter har til hensigt at medvirke til at udvikle børn og unges sundhedsmæssige handlekompetence. Aktiviteterne kan forstås af såvel læge som sundhedsplejerske og planlægges i samarbejde med eleverne, lærerne og skolens ledelse. Aktiviteterne tilrettelægges ud fra princippet om relevans, aktualitet og sammenhæng, således at indsatserne bliver meningsfyldte for børn og unge. Se afsnit 12.5 for relevante emneområder.

På klassetrin, hvor der ikke tilbydes samtaler/undersøgelser, anbefales det at tilbyde sundhedspædagogiske aktiviteter på klasse- eller gruppeniveau. Det anbefales desuden, at sundhedspersonalet tilbyder gruppeaktiviteter for børn med samme problemstillinger, fx sorggrupper, grupper for overvægtige børn/unge, børn med psykisk syge forældre eller forældre med rusmiddelforbrug. Nogle grupper kan varetages alene af sundhedspersonalet, mens andre grupper kræver samarbejde med andre faggrupper. Grupperne kan med fordel etableres i et tværfagligt samarbejde med andre professionelle i kommunen. Se også kapitel 4.

Aktiviteterne udarbejdes og afholdes i henhold til kommunens sundhedspolitikker og -strategier og under hensyntagen til de enkelte skolers virksom-

hedsplaner. 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.

Det anbefales, at kommunen udarbejder kvalitetsstandarder ved indførelse af nye metoder i skolesundhedstjenesten. Se bilag 5.

12.4.4 Åben konsultation

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

Den åbne konsultation bør være et let tilgængeligt tilbud til såvel børn og unge som deres forældre, hvor den enkelte har mulighed for at drøfte aktuelle spørgsmål eller problemer med sundhedsplejersken. Tilbud om rådgivning "her og nu" forebygger desuden, at problemer eskaleres. Erfaringer viser, at åben konsultation bidrager til, at børn, unge og forældre får ejerskab til problemet og dermed kan drage konkret nytte af sundhedspersonalets viden.

Målgruppe

Primær målgruppe er børn og unge fra 3. klasse til 9. klasse, der har behov for en samtale/undersøgelse hos sundhedsplejersken, samt forældre der har behov for sundhedsrelateret vejledning vedrørende deres børn.

Organisering

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

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

Der er opfølgings- og journalføringspligt for kontakter i åben konsultation. Det anbefales, at der udarbejdes lokale standarder for tilbuddet.

12.4.5 Behovsundersøgelser og behovssamtaler

Den kommunale sundhedstjeneste tilrettelægger sine ydelser til børn og unge med særlige behov i henhold til kapitel 4 i bekendtgørelsen.

Behovsundersøgelser og behovssamtaler tilbydes på alle klassetrin af såvel læge som sundhedsplejerske, afhængigt af problemets karakter. Behovsundersøgelser og behovssamtaler kan ske på foranledning af sundhedspersonalets vurdering, efter ønske fra barnet/den unge selv samt efter ønske fra forældre eller lærere. Såfremt det sker efter lærerens ønske, skal læreren på forhånd have aftalt dette med forældrene. Sundhedspersonalet kan ikke love barnet/den unge tavshedspligt, men kan love, at de ikke går videre med eventuelle forhold, der kræver dette, uden at informere barnet/den unge herom.

Sundhedspersonalet er en vigtig ressourceperson i forhold til børn med særlige problemer som fx overvægt, skilsmisse og sorg. Sundhedstjenesten kan med fordel oprette grupper, der støtter børnene i at mestre svære forhold og problemstillinger. Det anbefales, at den kommunale sundhedstjeneste i sin virksomhedsplan beskriver, hvilke tilstande og forhold, der som udgangspunkt giver anledning til yderligere undersøgelser og samtaler hos sundhedspersonalet. Desuden bør den kommunale sundhedstjeneste have klare retningslinjer for henvisningsprocedurer ved viden om forhold, der kræver inddragelse af andre faggrupper.

12.5 Metoder og emner

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

En række metoder kan anvendes i skolesundhedstjenesten. Metoderne "Du bestemmer" og "Aktive vurderinger", kan anvendes i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i skolesundhedsplejen. "Den motiverende samtale" kan anvendes, når børn, unge og/eller forældre ønsker støtte til adfærd- og livsstilsændringer. Det anbefales, at den kommunale sundhedstjeneste fortsat udvikler og dokumenterer metoder i forhold til det sundhedspædagogiske arbejde i skolen.

Sundhedspersonalet kan arbejde sundhedspædagogisk med følgende og andre emner:

- *Det brede, positive sundhedsbegreb.* Inden for dette emne kan fx arbejdes med: Hvad er børnenes/de unges forståelse af sundhed? Hvordan forstår de deres egen sundhed? Hvad skaber sundhed for den enkelte/for gruppe/for samfundet som helhed? Hvordan kan disse forståelser sættes i relation til det brede sundhedsbegreb? Hvilke ændringer ønsker den enkelte? Hvordan skabes disse ændringer? Hvad er udfordringer? Osv.
- *Trivselsbegrebet,* herunder begrebet social kapital og betydningen af socialt netværk. Her kan fx arbejdes med: Hvordan har jeg det i min skole – hjemme – i fritiden – med kammeraterne – med min krop? Hvordan har vi det i klassen, i skolen og i de grupper, jeg er en del af? Skal noget være anderledes? Hvordan kan der ske forandringer? Osv.
- *Familieliv, livsstil og levevilkår.* Her kan sundhedstjenesten fx arbejde med forskellige former for familieliv, betydningen af familieliv, livsstil og levevilkår samt med betydningen af risikoadfærd.
- *Forskelle og ligheder i sundhed.* Under dette emne kan fx arbejdes med, hvordan og hvorfor forskelle og uligheder i sundhed opstår, samt hvilke handlemuligheder man som enkeltindivid og som gruppe har for at påvirke og bidrage til at reducere ulighed 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
- *Hygiejne,* herunder forebyggelse af smitsomme sygdomme. I forhold til dette emne bidrager sundhedstjenesten primært med sin sundhedsfaglige viden i forhold til forebyggelse af smitsomme sygdomme, herunder fx indsatser vedr. forbedret håndhygiejne.

12.6 Samarbejde i skolen – udviklingsmuligheder

Skolens lærere skal, i henhold til læseplan for emnet sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab på 1.-9. klassetrin, undervise i disse emner. De grundæggende kundskaber og færdigheder i de tre områder skal udvikles som en helhed gennem hele skoleforløbet både i konkret undervisning og behandlet i tværgående emner og problemstillinger. Emnerne har ikke selvstændigt timetal, men indgår i undervisningen inden for de obligatoriske fags timetalsramme.

Det anbefales, at skolesundhedstjenesten tilbyder skolens ledelse og lærere at deltage i planlægning og gennemførelse af undervisning inden for ovenstående eller andre relevante emner. Dette med henblik på at opfylde vejledningen om de tre ligeværdige aktiviteter i skolesundhedstjenestens arbejde samt principperne om deltagelse, relevans, aktualitet og sammenhæng.

13. Konsulentfunktionen i dagtilbud og skoler

Sundhedstjenestens konsulentfunktion i dagtilbud og skoler indebærer i henhold til sundhedsloven § 124 og bekendtgørelsen §§ 17-18 dels rådgivning i relation til smitsomme sygdomme og forebyggelse af ulykker, herunder vejledning om hygiejnemæssige forhold og sundhedsforholdene på institutionen, dels sundhedspædagogisk vejledning til personale, børn og forældre samt støtte til implementering af kommunens sundhedspolitik. Endelig indebærer funktionen også individuel, konkret rådgivning vedrørende børn, som personalet finder, har særlige behov.

Den kommunale sundhedstjeneste skal medvirke til at sikre børn et sundt miljø ved at yde generel og konkret sundhedsfaglig rådgivning til dagtilbud og skoler om hygiejne og miljø. Bistanden kan ydes på forskellige niveauer:

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

Sundhedsstyrelsens regionale embedslæger vejleder den kommunale sundhedstjeneste. I særlige tilfælde kan Sundhedsstyrelsens centrale enheder inddrages i rådgivning.

Opgavefordeling og kompetencebehov i forhold til opgaveløsningen ses i bilag 11.

Ved organisering og planlægning af indsatsen skal kommunen sikre, at der er de nødvendige faglige kompetencer til rådighed for opgaveløsningen. Dette kan fx ske gennem særlig uddannelse af de ansatte i sundhedstjenesten og/eller ved at indgå samarbejdsaftaler med sundhedsfaglige eksperter som fx hygiejnesygeplejersker, læger eller andre relevante faggrupper.



Den kommunale sundhedstjeneste kan give råd og vejledning i dagtilbud og skoler vedr. hygiejne, støjbekæmpelse m.v.

13.1 Pædagogisk kompetence i forhold til konsulentfunktionen

Ansatte i den kommunale sundhedstjeneste har ofte to roller, når de skal være konsulenter for skole og dagtilbud. De kan dels optræde i rollen som sundhedsfaglige eksperter, og dels som eksperter i at sætte en proces om sundhedsfremme i gang.

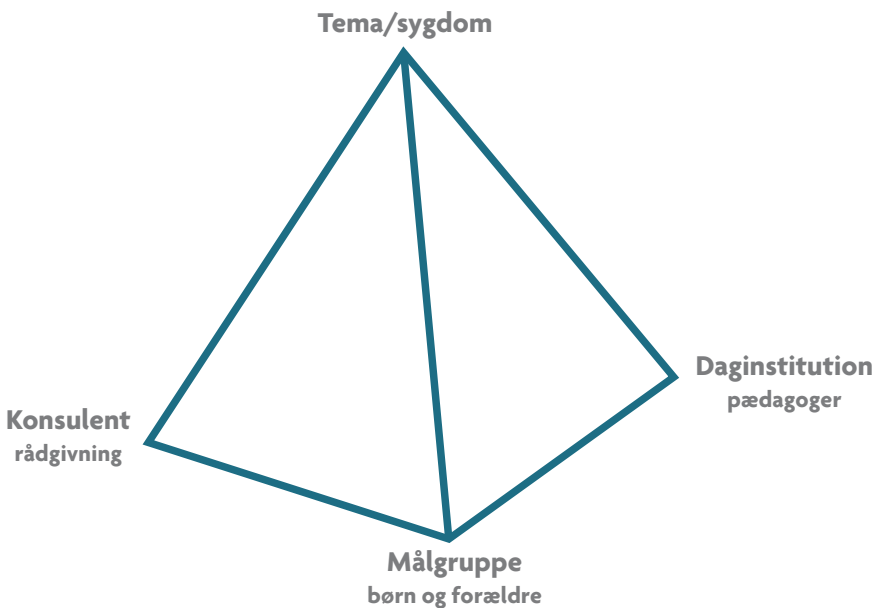
Ekspertrollen anvendes, når der opstår problemer, som i sin løsning kræver sundhedsfaglige kompetencer. Det gælder fx spørgsmål om hygiejne, smitsomme sygdomme og indeklimaproblemer.

Når dagtilbud eller skoler ønsker bistand til fx at udarbejde eller deltage i projekter med sundhedsfagligt indhold, bidrager ansatte i den kommunale sundhedstjeneste ved at deltage i og styre processer. Denne rolle tages også i anvendelse, når erfaringer fra lokale projekter eller sundhedspolitikker skal implementeres i den daglige drift.

Det er væsentligt tidligt i kontakten mellem den kommunale sundhedstjeneste og institutionen/skolen at afklare, hvorvidt konsulentopgaven er af ekspert- eller proceskarakter med henblik på en forventningsafstemning.

Uanset om sundhedspersonalet bidrager som ekspert- eller proceskonsulenter, gælder det om at stimulere og udfordre det pædagogiske personales forståelse af sundhed, så de bliver i stand til at planlægge aktiviteter og handle sundhedsfremmende over for børnene.

Når ansatte i den kommunale sundhedstjeneste skal bidrage som ekspert eller proceskonsulenter, må de så vidt muligt holde sig neutrale. Det indebærer, at de skal udvise nuanceret og reflekteret forståelse for de værdier, som institutionen eller skolen bygger på, og som også i en vis udstrækning repræsenterer forældrenes synspunkter og værdier. Det betyder også, at sundhedspersonalet må kunne håndtere de værdimæssige konflikter, der kan komme til diskussion, når en sundhedsmæssig forandring kommer på tale. Sundhedsplejersken/lægen 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 lægen eller sundhedsplejersken undersøge, hvilken viden der er brug for, hvilke værdier man værner om i institutionen, hvilke ting man ønsker at ændre på, og hvilke barrierer og ressourcer de selv har i forhold til den givne problemstilling eller proces.



Ud fra ovenstående figur skal konsulenten vurdere det enkelte dagtilbuds behov for viden, konkret rådgivning eller sundhedspædagogisk vejledning. Figurens tre sider illustrerer de tre forskellige relationer: a) relationen mellem konsulent og dagtilbud (pædagoger og dagplejere) b) relationen mellem dagtilbud og børn og forældre c) relationen mellem børn, forældre og konsulent. Konsulentopgavens indhold bestemmer, hvorledes relationerne vægtes i det konkrete tilfælde.

13.2 Generel og principiel rådgivning i forhold til andre kommunale aktører

Med henblik på at medvirke til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse anbefales det, at den kommunale sundhedstjeneste inddrages ved udarbejdelse af kommunens sundhedsprofiler og -politikker samt implementering af disse i dagtilbud og skoler. Den kommunale sundhedstjeneste kan ligeledes bidrage sundhedsfagligt ved generelle eller principielle problemstillinger vedrørende smitsomme sygdomme, hygiejne og andre miljømæssige problemer i såvel dagtilbud som skole.

Sundhedsstyrelsen yder efter anmodning rådgivning om sundhedsmæssige og hygiejniske forhold af mere generel karakter. Den generelle rådgivningsfunktion blive ydet af de regionale embedslæger, som i særlige tilfælde kan inddrage Sundhedsstyrelsens centrale enheder.

Mange problemstillinger kræver infektionsmedicinske og epidemiologiske kompetencer. Det vil derfor være naturligt, at dialogen omkring lokale infektionshygiejniske problemstillinger foregår mellem embedslægen og kommunallægen eller en sundhedsperson med kompetence i hygiejne og håndtering af smitsomme sygdomme.

Det anbefales, at der etableres et tæt samarbejde mellem kommunens tekniske forvaltning, samt at de lovbundne børnemiljøvurderinger (se afsnit 13.7 og bilag 11) i dagtilbud og skoler udføres i samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste, således at der er en tæt sammenhæng mellem vurderingen af institutionens sundhedsmæssige forhold og de forhold, der vurderes i henhold til lov om børnemiljø og lov om undervisningsmiljø. Desuden bør der være et tæt samarbejde mellem den kommunale sundhedstjeneste og den/de myndigheder i kommunen, der er ansvarlig for dagtilbud og skoler.

Det anbefales, at sundhedstjenesten inddrages i planlægningen af såvel nye bygninger som ombygninger og renoveringer samt indretning af dagtilbud og skoler, således at den sundhedsfaglige vinkel inddrages fra starten af byggeprojekter.

13.3 Generel rådgivning og vejledning i forhold til gruppen af børn og unge

Når det gælder generel rådgivning om børns og unges sundhed og trivsel bidrager den kommunale sundhedstjeneste med rådgivning og vejledning om sundhedsfremme og generel forebyggelse. Det sker for at reducere forekomsten af

smitsomme sygdomme, indeklimaproblemer, støjskader og ulykker blandt børn både ude og inde. Rådgivning og vejledning omhandler desuden indsatser, der vedrører institutionens aktiviteter i forhold til fysisk aktivitet og forebyggelse af overvægt blandt børn og unge. Som proceskonsulent bidrager lægen/sundhedsplejersken konkret til, at institutionens sundhedspolitik implementeres.

Konsulentopgaverne kan løses både på ekspert- og proces niveau.

13.4 Konkret rådgivning vedrørende sundhedsmæssige forhold i den enkelte institution

Ved konkrete alvorligere sundhedsmæssige problemstillinger skal den kommunale sundhedstjeneste som ekspert vurdere problemets omfang, udbredelse og betydning for børnenes sundhed. Den kommunale sundhedstjeneste rådgiver og vejleder om hygiejne og smitsomme sygdomme, ved indeklimaproblemer i form af fx fugt/skimmelsvamp, ved spørgsmål der vedrører kemiske stoffer, tungmetaller og afgivelse af partikler i luften, eller såfremt der er spørgsmål vedrørende ydre miljøforhold, som fx jord- og luftforurening, skadedyr, drikkevand o.a. For uddybning af de enkelte emner henvises til Sundhedsstyrelsens øvrige publikationer om emnet, væsentligst er *Hygiejne i daginstitutioner. Anbefalinger om forebyggelse og sundhedsfremme inden for hygiejne, miljø og sikkerhed* samt *Personers ophold i bygninger med fugt og skimmelsvamp. Anbefalinger for sundhedsfaglig rådgivning*.

På baggrund af en konkret vurdering kontakter sundhedstjenesten den relevante ansvarlige kommunale myndighed og eventuelt embedslægen med henblik på at konferere den sundhedsfaglige vurdering, der er foretaget. Desuden tager sundhedstjenesten stilling til og iværksætter eventuelle foranstaltninger af hensyn til børn og voksnes sundhed og sikkerhed, eventuelt i samarbejde med embedslægen.

Det anbefales, at det lovbestemte tilsyn 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.

Det anbefales endvidere, at den infektionshygiejniske indsats i daginstitutioner 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.

13.4.1 Smitsomme sygdomme

Jf. Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om forholdsregler mod smitsomme sygdomme i skoler og daginstitutioner for børn og unge nr. 1515 af 15. december 2007 varetager embedslægerne opgaver vedrørende bekæmpelse af spredningen af alment farlige sygdomme og øvrige smitsomme sygdomme, der fremgår af liste A og B og/eller er anmeldelsespligtige, mens den kommunale sundhedstjeneste varetager begrænsningen af spredningen af andre smitsomme sygdomme, herunder rådgivning af de berørte institutioner/skoler.

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

For de anmeldelsespligtige sygdomme påhviler det den behandlende læge at anmelde sygdomstilfældet til den regionale embedslægeinstitution. Når det drejer sig om en smitsom sygdom hos et barn med kontakt til en daginstitution eller en skole, og såfremt embedslægerne finder behov for særlige forebyggende foranstaltninger, kontakter embedslægerne lederen af de berørte institutioner og skoler samt orienterer den kommunale sundhedstjeneste. Embedslægerne afgør i denne forbindelse, hvilke foranstaltninger, der skal iværksættes, herunder hvilken personkreds der skal informeres samt indholdet af denne information.

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 den kommunale sundhedstjeneste. Denne opgave kan naturligt varetages af en kommunallæge eller en sundhedsperson med særlig kompetence i hygiejne og håndtering af smitsomme sygdomme.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at opgaven med den daglige rådgivning af daginstitutioner og kommunens forvaltninger omkring smitsomme sygdomme varetages eller superviseres af kommunallægen i den kommunale sundhedstjeneste eller en anden sundhedsperson med sundhedsfaglig kompetence omkring hygiejne og håndtering af smitsomme sygdomme.

Sundhedsstyrelsen har udgivet publikationen *Smitsomme sygdomme hos børn og unge - en vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler m.m.*

Opgavefordeling vedr. samarbejdet mellem embedslægen og den kommunale sundhedstjeneste om alvorlige smitsomme sygdomme fremgår af bilag 11.

13.4.2 Støjskader

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

13.4.3 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. I de senere år er den teoretiske forståelse af børneulykker betydeligt øget, og det har fået stor betydning for forebyggelsen.

13.4.4 Indeklima

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

Til støtte for rådgivning og vejledning om hygiejne og skimmelsvamp har Sundhedsstyrelsen udgivet *Hygiejne i daginstitutioner. Anbefalinger om forebyggelse og sundhedsfremme inden for hygiejne, miljø og sikkerhed* samt *Personers ophold i bygninger med fugt og skimmelsvamp. Anbefalinger for sundhedsfaglig rådgivning*.

Se bilag 11 for opgavefordeling mellem den kommunale sundhedstjeneste og embedslægeinstitutionen vedrørende miljøproblemer.

13.5 Rådgivning vedrørende det enkelte barn

Såfremt personalet finder, at et barn i dagtilbud eller skole har særlig behov for en sundhedsfaglig indsats, fx et barn med kronisk sygdom (diabetes, astma-allergi, epilepsi m.m.), kan den kommunale sundhedstjeneste tilbyde individuel, konkret rådgivning til personalet efter aftale og i samarbejde med forældrene. Desuden kan den kommunale sundhedstjeneste med fordel indgå i en tværfaglig vurdering af barnets behov i samarbejde med fx PPR og/eller den praktiserende læge.

Med henblik på at sikre tidlig tværfaglig indsats for udsatte og sårbare børn kan institutionen og den kommunale sundhedstjeneste afholde regelmæssige sundhedskonferencer eller lignende, hvor indsatsen for enkelte børn kan drøftes efter aftale med forældrene.

13.6 Medicingivning i dagtilbud og skoler

Medicingivning bør så vidt muligt foregå i hjemmet uden for det tidsrum, hvor børnene er i skole eller dagtilbud. Men ved kroniske eller langvarige sygdomme kan der være behov for at give medicin i løbet af dagen, se bilag 13.

13.7 Dansk Center for Undervisningsmiljø

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

Centret formidler viden og udvikler værktøjer til arbejdet med de lovpligtige miljøvurderinger i henhold til lov om elevers og studerendes arbejdsmiljø, kaldet undervisningsmiljøloven (lov nr. 166 af 14/03/2001) og lov om børnemiljø i dagtilbud (lov nr. 630 af 11/06/2010 med senere lovbekendtgørelse nr. 998 af 16/08/2010), som er integreret i dagtilbudsloven (lov nr. 1148 af 03/12/2008 gældende).

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

I henhold til undervisningsmiljøloven skal DCUM medvirke til at sikre og udvikle et godt undervisningsmiljø, herunder yde vejledning og rådgivning til elever og studerende samt uddannelsessteder og myndigheder i Danmark.

I forbindelse med såvel børnemiljøvurderingen som undervisningsmiljøvurderingen anbefales det, at den kommunale sundhedstjeneste tilbyder at rådgive ved den del af vurderingerne, der vedrører sundhedsfaglige problemstillinger. Børne- og undervisningsmiljøvurderingerne kan bidrage til at tematisere og målrette sundhedstjenestens opgaver i dagtilbud og skole i henhold til bestemmelserne i § 17 i bekendtgørelsen.

På www.dcum.dk kan gratis hentes skriftlige vejledninger, værktøjer og publikationer til arbejdet med børne- og undervisningsmiljø.

BILAG 1

Udvalgte bestemmelser i sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 913 af 13/07/2010)

Vedr. aktindsigt, tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsundersøgelser m.v.

§ 37. Den, om hvis helbredsforhold der er udarbejdet patientjournaler m.v., har på anmodning ret til aktindsigt heri. Patienten har endvidere på anmodning ret til på en let forståelig måde at få meddelelse om, hvilke oplysninger der behandles i patientjournalen m.v. efter 1. pkt., formålet hermed, kategorierne af modtagere af oplysningerne og tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.

Stk. 2. En forældremyndighedsindehavers adgang til aktindsigt i en mindreårigs patientjournal m.v. efter stk. 1, jf. § 14, kan begrænses, i det omfang forældremyndighedsindehaverens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den mindreårige.

Stk. 3. For optegnelser journalført før den 1. januar 2010 kan retten efter stk. 1 begrænses, i det omfang patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser.

§ 38. Den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har ansvaret for patientjournalerne m.v., afgør inden 10 dage efter patientens anmodning, om retten til aktindsigt skal begrænses efter § 37, stk. 2 og 3. Er anmodningen ikke imødekommet inden 10 dage, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

Stk. 2. Aktindsigt kan enten gives elektronisk, eller ved at der gives adgang til gennemsyn af patientjournalen m.v. på stedet eller udleveres en afskrift eller kopi.

Stk. 3. I de tilfælde, hvor en sundhedsperson efter stk. 1 og 2 er tillagt beføjelser, påhviler det overordnede ansvar for, at aktindsigt meddeles i overensstemmelse med loven, den driftsansvarlige myndighed.

Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter

§ 41. Med patientens samtykke kan sundhedspersoner videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten eller behandling af andre patienter.

Stk. 2. Videregivelse af de i stk. 1 nævnte oplysninger kan uden patientens samtykke ske, når

1. det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov,
2. videregivelsen omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat i sygehusvæsenet, til patientens alment praktiserende læge eller den praktiserende speciallæge, der har henvist patienten til sygehusbehandling,
3. videregivelsen omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat på privatejet sygehus, klinik m.v., til de i nr. 2 nævnte læger, når behandlingen er ydet efter aftale med et regionsråd eller en kommunalbestyrelse i henhold til denne lov
4. videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke selv kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre eller
5. videregivelsen sker til patientens alment praktiserende læge fra en læge, der virker som stedfortræder for denne.

Stk. 3. Patienten kan frabede sig, at oplysninger efter stk. 2, nr. 1-3, videregives.

Stk. 4. Den sundhedsperson, der er i besiddelse af en fortrolig oplysning, afgør, hvorvidt videregivelse efter stk. 2 er berettiget.

Stk. 5. Såfremt der videregives oplysninger efter stk. 2, nr. 4, skal den, oplysningen angår, snarest muligt herefter orienteres om videregivelsen og formålet hermed, medmindre orientering kan udelades efter anden lovgivning eller af hensyn til offentlige eller private interesser svarende til dem, der beskyttes i denne lovgivning.

Stk. 6. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. efter denne bestemmelse, herunder om videregivelsens omfang og om gennemførelsen heraf.

§ 42. Samtykke efter § 41, stk. 1, kan være mundtligt eller skriftligt. Samtykket kan afgives til den sundhedsperson, der videregiver oplysninger, eller til den sundhedsperson, der modtager oplysninger. Samtykket skal indføres i patientjournalen. 1.-3. pkt. gælder tilsvarende, når patienten frabeder sig videregivelse af oplysninger, jf. § 41, stk. 3.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte samtykke.

Indhentning af elektroniske helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter

§ 42 a. Læger og sygehusansatte tandlæger kan ved opslag i elektroniske systemer i fornødent omfang indhente oplysninger om en patients helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuell behandling af patienten.

Stk. 2. Andre sundhedspersoner end de i stk. 1 nævnte kan ved opslag i elektroniske systemer, hvori adgangen for den pågældende sundhedsperson teknisk er begrænset til de patienter, der er i behandling på samme behandlingsenhed, som den pågældende sundhedsperson er tilknyttet, i fornødent omfang indhente oplysninger som nævnt i stk. 1 om aktuell behandling, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuell behandling af patienten.

Stk. 3. På behandlingssteder med elektroniske systemer, der kun indeholder oplysninger til brug for behandling, som gives på det pågældende behandlingssted, kan andre sundhedspersoner end de i stk. 1 nævnte, som er ansat på behandlingsstedet, ved opslag i sådanne systemer i fornødent omfang indhente oplysninger som nævnt i stk. 1, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuell behandling af patienten. Dette gælder dog ikke, hvis behandlingsstedet har en i stk. 1 nævnt sundhedsperson ansat.

Stk. 4. Ledelsen på et behandlingssted kan give tilladelse til, at enkelte eller grupper af sundhedspersoner, der er ansat på det pågældende behandlingssted, kan foretage opslag i elektroniske systemer efter stk. 1. Tilladelse efter 1. pkt. kan kun gives til sundhedspersoner, der har behov for at kunne foretage opslag efter stk. 1 med henblik på at kunne varetage de funktioner og opgaver, vedkommende er beskæftiget med. Beslutninger truffet efter 1. pkt. skal fremgå af en datasikkerhedsinstruks for behandlingsstedet. Beslutninger truffet efter 1. pkt. skal gøres offentligt tilgængelige.

Stk. 5. Læger og sygehusansatte tandlæger kan endvidere indhente oplysninger som nævnt i stk. 1, hvis indhentningen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre patienter. Tilsvarende gælder sundhedspersoner med tilladelse efter stk. 4. Tilsvarende gælder endvidere andre sundhedspersoner ved opslag i elektroniske systemer omfattet af stk. 2 og 3 på det behandlingssted, sundhedspersonen er ansat.

Stk. 6. Uden for de i stk. 1 og 5 nævnte tilfælde kan læger og sygehusansatte tandlæger med patientens samtykke endvidere ved opslag i elektroniske systemer indhente oplysninger som nævnt i stk. 1 i forbindelse med behandling af patienter.

Stk. 7. Patienten kan frabede sig, at en sundhedsperson indhenter oplysninger efter stk. 1-4.

Stk. 8. Læger og sygehusansatte tandlæger kan under disses ansvar lade medicinstuderende indhente oplysninger efter stk. 1 og 5-7.

Stk. 9. En sundhedsperson kan under dennes ansvar lade sekretærer yde teknisk bistand til opslag i oplysninger, som den pågældende sundhedsperson selv har adgang til, jf. stk. 1-8.

§ 42 b. Samtykke efter § 42 a, stk. 6, og tilkendegivelse efter § 42 a, stk. 7, kan være mundtligt eller skriftligt. Samtykket eller tilkendegivelsen skal meddeles til den sundhedsperson, som indhenter oplysningerne. Samtykket eller tilkendegivelsen skal indføres i patientjournalen.

§ 42 c. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om private dataansvarliges pligt til at registrere oplysninger om, hvem der har foretaget opslag i en patients elektroniske patientjournal (logning), samt om loggens indhold, opbevaring og sletning.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om patientens elektroniske adgang til oplysninger hos offentlige og private dataansvarlige om, hvem der har foretaget opslag i patientens elektroniske patientjournal, og på hvilket tidspunkt opslagene er foretaget.

Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. til andre formål

§ 43. Med patientens samtykke kan sundhedspersoner til andre formål end behandling videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til myndigheder, organisationer, private personer m.fl.

Stk. 2. Videregivelse af de i stk. 1 nævnte oplysninger kan uden patientens samtykke ske, når

1. det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling,
2. videregivelsen er nødvendig for berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre eller
3. videregivelsen er nødvendig for, at en myndighed kan gennemføre tilsyns- og kontrolopgaver.

Stk. 3. Den sundhedsperson, der er i besiddelse af en fortrolig oplysning, afgør, hvorvidt videregivelse efter stk. 2 er berettiget.

Stk. 4. Såfremt der videregives oplysninger efter stk. 2, nr. 2, skal den, oplysningen angår, snarest muligt herefter orienteres om videregivelsen og formålet hermed, medmindre orientering kan udelades efter anden lovgivning eller af hensyn til offentlige eller private interesser svarende til dem, der beskyttes i denne lovgivning.

§ 44. Samtykke efter § 43, stk. 1, skal være skriftligt. Kravet om skriftlighed kan dog fraviges, når sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler derfor. Samtykket skal indføres i patientjournalen.

Stk. 2. Samtykke efter stk. 1 bortfalder senest 1 år efter, at det er givet.

Stk. 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte samtykke

Vedr. praktiserende læge

§ 63. Regionsrådet tilbyder alle børn under den undervisningspligtige alder 7 vederlagsfri, forebyggende helbredsundersøgelser ved alment praktiserende læger, herunder 3 undersøgelser i barnets første leveår.

Stk. 2. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om regionsrådets forpligtelser efter stk. 1.

Vedr. forebyggende sundhedsydelse til børn og unge

§ 119. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

§ 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 2 vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge.

§ 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. Ministeren for sundhed og forebyggelse 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

Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge

I medfør af § 63, stk. 2, § 126, stk. 1, § 264 og § 265 i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, fastsættes:

Kapitel 1

Formål

§ 1. Kommuner og regioner skal tilrettelægge forebyggende sundhedsydelse, 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, dag institution, 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 hel bredtstilstand.

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

§ 9. Kommunalbestyrelsen skal udover de i § 8 omhandlede ydelser tilbyde alle børn i den undervisningspligtige alder 2 forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske. Stk. 2. Den første helbredsundersøgelse skal tilbydes i barnets første skoleår (børnehaveklasse eller 1. klasse). Den anden helbredsundersøgelse skal tilbydes umiddelbart før undervisningspligtens ophør. I forbindelse med både indskolings- og udskolingsundersøgelsen foretager lægen eller sundhedsplejersken fornøden vejledning, henvisning og opfølgning.

§ 10. Kommunalbestyrelsen skal udover 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 almen 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 udover 1 års alderen 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 afvigelse opspores og behandling iværksættes hos praktiserende læge så tidligt som muligt. Den praktiserende læge skal medvirke til en etablering af fornyet kontakt vedrørende børn, der er udgået af sundhedsplejersketilsynet, når lægen finder dette påkrævet.

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

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

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

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

Kapitel 7

Administration, finansiering, forsøg og ikrafttræden

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

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen kan tilrettelægge de forebyggende sundhedsydelse ved selv eller i samarbejde med andre kommuner at ansætte læger, sundhedsplejersker, sygeplejersker og andet personale eller ved at indgå aftale med private om opgaveløsningen. Kommunalbestyrelsen kan

endvidere beslutte at tilrettelægge ordningerne således, at kommunen både anvender egne ansatte og private leverandører ved udførelse af opgaverne.

§ 24. Den vederlagsfri kommunale sundhedstjeneste skal tilbydes alle børn og unge, der er tilmeldt folkeregistret i kommunen, indtil undervisningspligtens ophør.

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

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

Stk. 4. Børn, der opholder sig på en døgninstitution under servicelovens § 67 er omfattet af den kommunale sundhedstjeneste i den kommune, hvor institutionen er beliggende. Den kommunale sundhedstjenestes funktion i forhold til børn på § 67 institutioner, skal tilpasses under hensynstagen 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 afgangsbrev som sundhedsplejerske.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
BERTEL HAARDER / Helle Hyllehøj

BILAG 3

Andre relevante love

A. Persondataloven nr. 429 af 31/05/2000 angående behandling af personoplysninger (persondataloven) med senere ændringer

B. Forvaltningsloven. Lov nr. 503 af 12/06/2009

C. Lovbekendtgørelse nr. 1096 af 21/09/2010 om social service

Om underretningspligt:

§ 152. Hvis en familie med et eller flere børn under 18 år eller vordende forældre flytter fra én kommune til en anden kommune og fraflytningskommunen finder, at et eller flere børn eller de vordende forældre har behov for særlig støtte af hensyn til barnets eventuelle særlige behov for støtte efter fødslen, skal fraflytningskommunen underrette tilflytningskommunen herom.

§ 153. Socialministeren kan i en bekendtgørelse fastsætte regler, hvorefter personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn eller en ung under 18 år har behov for særlig støtte.

Stk. 2. Socialministeren kan i en bekendtgørelse fastsætte regler om underretningspligt for andre grupper af personer, der under udøvelse af deres erhverv får kendskab til forhold, som bevirker, at der kan være anledning til foranstaltninger efter denne lov.

Stk. 3. Socialministeren kan i en bekendtgørelse fastsætte regler, hvorefter personer, der udøver offentlig tjeneste eller hverv får kendskab til vordende forældre med problemer, der giver formodning om, at barnet vil få behov for særlig støtte umiddelbart efter fødslen. Socialministeren kan i en bekendtgørelse fastsætte tilsvarende regler for andre grupper, der under udøvelsen af deres erhverv får kendskab til sådanne forhold.

Stk. 4. Socialministeren kan i en bekendtgørelse fastsætte regler, hvorefter

1. praktiserende læger, speciallæger og andre, der virker inden for social- og sundhedsvæsenet, kan videregive oplysninger om børn og unge under 18 år med nedsat synsfunktion til Kennedy Centret, for at klinikken kan varetage sine behandlingsmæssige og administrative aktiviteter, og
2. Kennedy Centret kan videregive de oplysninger, der er nævnt i nr. 1, til social-, sundheds- og undervisningsmyndigheder for at sikre, at nødvendige foranstaltninger til afhjælpning af nedsat synsfunktion kan iværksættes.

§ 154. Den, der får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år fra forældres eller andre opdrageres side udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, har pligt til at underrette kommunen.

D. Bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service (under revision)

E. Barnets Reform: Lov nr. 628 af 11/06/2010

Udveksling af oplysninger i det tidlige eller forebyggende arbejde

§ 49 a. Skole, skolefritidsordning, det kommunale sundhedsvæsen, dagtilbud, fritidshjem og myndigheder, der løser opgaver inden for området for udsatte børn og unge, kan indbyrdes udveksle oplysninger om rent private forhold vedrørende et barns eller en ungs personlige og familiemæssige omstændigheder, hvis udvekslingen må anses for nødvendig som led i det tidlige eller forebyggende samarbejde om udsatte børn og unge.

Stk. 2. Udveksling af oplysninger efter stk. 1 til brug for en eventuel sag, jf. kapitel 11 og 12, om et konkret barn eller en ung kan ske én gang ved et møde. I særlige tilfælde kan der ske en udveksling af oplysninger mellem de myndigheder og institutioner, der er nævnt i stk. 1, ved et opfølgende møde.

Stk. 3. Selvejende eller private institutioner eller friskoler, som løser opgaver for de myndigheder, der er nævnt i stk. 1, kan indbyrdes og med de myndigheder og institutioner, der er nævnt i stk. 1, udveksle oplysninger i samme omfang som nævnt i stk. 1.

Stk. 4. De myndigheder og institutioner, der efter stk. 1-3 kan videregive oplysninger, er ikke forpligtede hertil.«

F. Lovbekendtgørelse nr. 998 af 16/08/2010 om folkeskolen (om PPR)

§ 3. Folkeskolen omfatter en 10-årig grundskole bestående af en børnehaveklasse og 1.-9. klasse samt en 1-årig 10. klasse, jf. kapitel 2 a.

Stk. 2. Til børn, hvis udvikling kræver en særlig hensyntagen eller støtte, gives der specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand. Undervisningsministeren fastsætter regler herom, herunder om adgangen til at indhente viden og specialrådgivning samt bistand til kommunens udredning fra den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation, og kan i denne forbindelse fravige §§ 5, 7, 7 a, 13, 14, 16, 28, stk. 1, 29 og § 36, stk. 2 og 4.

Stk. 3. Folkeskolen kan tilbyde eleverne undervisning i deres fritid.

Stk. 4. Folkeskolen kan tilbyde børn optagelse i en skolefritidsordning, hvis børnene er optaget i skolen eller har nået den alder, hvor de tidligst ville kunne optages i børnehaveklasse.

Stk. 5. Folkeskolen kan, hvor geografiske eller andre særlige forhold taler derfor, tilbyde voksne at deltage i folkeskolens undervisning på 8. og 9. klassetrin.

Stk. 6. Folkeskolen kan i samarbejde med lokalsamfundets folkeoplysnings- og foreningsliv, det frivillige børne- og ungdomsarbejde samt andre kredse af interesserede borgere medvirke til eller forestå og koordinere kulturcenteraktiviteter.

§ 4. Efter regler, der fastsættes af undervisningsministeren, tilbyder folkeskolen specialpædagogisk bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen. Undervisningsministeren fastsætter endvidere nærmere regler om adgangen for kommuner, regioner og skoler m.v. til at indhente viden og specialrådgivning samt bistand til kommunens udredning fra den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation.

Stk. 2. Der kan tilbydes elever, hvis udvikling kræver en særlig vidtgående hensyntagen eller støtte, undervisning i 12 år.

§ 12. Eleverne undervises på det klassetrin i grundskolen, der svarer til deres skolealder, jf. dog § 25, stk. 1, 2. pkt., og stk. 7. Skolens leder kan efter samråd med forældrene bestemme, at en elev rykkes et klassetrin op eller undervises på samme klassetrin i 2 år, hvis det er til elevens bedste. Klassetrin-sindplaceringen kan ske i forbindelse med skoleårets start eller i løbet af skoleåret.

Stk. 2. Henvielse til specialundervisning, som ikke er af foreløbig karakter, sker efter pædagogisk-psykologisk rådgivning og efter samråd med eleven og forældrene. Ved henvielse til specialundervisning i enkelte fag kan inddragelse af pædagogisk-psykologisk rådgivning dog undlades, hvis skolens leder vurderer, at det ikke er nødvendigt, og hvis forældrene er enige heri. Elevens synspunkter skal tillægges passende vægt under hensyntagen til elevens alder og modenhed.

Stk. 3. Afgørelse om valg af fag, jf. § 5, stk. 3 og 4, og § 9, og om fortsat skolegang i 10. klasse træffes af eleverne efter samråd med forældrene, jf. § 54, og elevens lærere, eventuelt med inddragelse af Ungdommens Uddannelsesvejledning.

G. Bekendtgørelse nr. 885 af 07/07/2010 om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand

§ 3. Hvis det antages, at en elev har særlige undervisningsbehov, som ikke kan opfyldes inden for rammerne af den almindelige undervisning, eller hvis elevens skolesituation i øvrigt giver anledning til alvorlig bekymring, indstilles eleven til en pædagogisk-psykologisk vurdering. Indstilling afgives af:

1) Klasselæreren, eventuelt på initiativ af elevens øvrige lærere eller andre af skolens medarbejdere med tilknytning til eleven. For elever i børnehaveklassen afgives indstillingen af børnehaveklasselederen.

2) Den kommunale sundhedstjeneste, hvis denne har kendskab til psykiske, fysiske, sproglige eller sensoriske funktionsvanskeligheder hos eleven, som giver grund til at formode, at eleven har behov for specialpædagogisk bistand.

Stk. 2. Indstillingen afgives gennem skolens leder. Skolens leder kan endvidere selv afgive indstilling om en pædagogisk-psykologisk vurdering.

Stk. 3. Forældrene eller eleven kan anmode om en pædagogisk-psykologisk vurdering.

Stk. 4. Indstilling om en pædagogisk-psykologisk vurdering, jf. stk. 1 og 2, afgives efter samråd med forældrene og eleven. Modsat forældrene sig, at der foretages en pædagogisk-psykologisk vurdering, kan der kun afgives indstilling herom, hvis skolens leder anser det for absolut påkrævet, at der foretages en vurdering af elevens behov for specialpædagogisk bistand.

Stk. 5. Den pædagogisk-psykologiske vurdering fremsendes skriftligt til skolens leder. Samtidig fremsendes en kopi af vurderingen til forældrene. Har eleven behov for specialpædagogisk bistand, skal vurderingen indeholde et forslag til den nærmere ordning af den specialpædagogiske bistand. I modsat fald kan udtalelsen ledsages af en vejledning til de lærere eller andre, der har afgivet indstilling med angivelse af, hvilke foranstaltninger der må anses for hensigtsmæssige til forbedring af elevens situation.

Stk. 6. Den pædagogisk-psykologiske vurdering skal efter samråd med forældrene suppleres med udtalelser fra andre sagkyndige i fornødent omfang, herunder sagkyndige fra andre kommuner. I de mest specialiserede og komplicerede tilfælde kan der indhentes bistand fra den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO), jf. kapitel 7. Ved overvejelse om specialpædagogisk bistand ved regionsrådets foranstaltning, jf. folkeskolelovens § 20, stk. 3, 1. pkt., inddrages regionsrådet efter samråd med forældrene.

Stk. 7. Den pædagogisk-psykologiske vurdering efter stk. 5 afgives efter samråd med forældrene og eleven. Kan der ikke opnås enighed med forældrene, skal den pædagogisk-psykologiske vurdering redegøre herfor samt for, hvorvidt den foreslåede specialpædagogiske bistand vurderes at være absolut påkrævet.

H. Lovbekendtgørelse nr. 675 af 26/10/1987 om sygeundervisning for elever i folkeskolen og visse private skoler

§ 2. Ved længere tids forsømmelse på grund af sygdom eller lignende skal skolen rette henvendelse til forældrene senest 3 uger (15 skoledage) efter, at eleven sidst deltog i skolens undervisning eller skulle have påbegyndt skolegangen. Det samme gælder ved hyppige kortvarige forsømmelser på grund af sygdom, når de har haft en samlet varighed af 3 uger.

Stk. 2. Opholder eleven sig i hjemmet, sørger skolens leder efter samråd med forældrene for, at den nødvendige undervisning i hjemmet iværksættes. Er der tvivl om, hvorvidt eleven på grund af sygdom eller lignende er forhindret i at deltage i almindelig skolegang, kan skolen forlange en udtalelse herom fra skolelægen, eventuelt en lægeerklæring.

BILAG 4

Begrebsafklaring

Sundhed

Sundhed defineres som en tilstand hos et individ eller en gruppe af individer karakteriseret ved fysisk, psykisk og social trivsel.

Mental sundhed

Mental sundhed er en tilstand af trivsel, hvor individer kan udfolde deres evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress og indgå i fællesskaber med andre mennesker.

Mental sundhed er dermed mere end fravær af psykisk sygdom. Det er både en tilstand og en række psykosociale funktioner.

Sundhedsfremme

Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetence.

Forebyggelse

Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden.

Tidlig indsats

Tidlig indsats i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse kan være målrettet såvel individer som grupper samt omfatte mere generelle tiltag i kommunen. Det omfatter aktiviteter, som på baggrund af konkret viden eller observationer om et barn/en ung eller en familie udgør grundlaget for handling med forventning om forandring i forhold til barnets/familiens eller gruppens sundhed.

Tidlig indsats er desuden en del af den sekundære forebyggelse, der har til formål at finde risikofaktorer og diagnosticere sygdom så tidligt som muligt.

Vejledning og rådgivning

Begreberne er synonyme. Vejledning og rådgivning betyder at orientere nogen om, hvad der er mest hensigtsmæssigt at gøre i en given situation. Rådgiveren er specialist på sit felt.

BILAG 5

Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring

Kvalitetsudvikling er et overordnet begreb for de aktiviteter og metoder, der har til formål at fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser, herunder:

- Kvalitet i forhold til den/de, der modtager ydelserne – børn, unge og deres forældre
- Kvalitet i forhold til den/de, der tilbyder ydelserne – optimal udnyttelse af de faglige og økonomiske ressourcer, der er til rådighed

1. Værktøjer til kvalitetsudvikling

Det må tilstræbes, at de forebyggende sundhedsydelser til børn og unge er funderet på evidensbaserede undersøgelser, men for nuværende foreligger denne viden ikke i særlig stort omfang. Hvor den evidensbaserede viden ikke foreligger, træder den erfaringsbaserede viden, erfaringsudveksling samt erfaringer indhentet ved projekter ind som grundlag for kvalitetsudvikling. Der kan benyttes forskellige metoder til at undersøge kvaliteten og værdien af de ydelser, der tilbydes. Valg af metode vil afhænge af det område, der ønskes belyst.

Som metodeeksempler kan nævnes:

- Audit
- Brugertilfredshedsundersøgelser
- Fokusgruppeinterviews
- Gruppeudviklingssamtaler
- Klinisk forskning
- Kvalitetsrapporter og kvalitetssamtaler bygget på Virksomhedsmodellen og på ROYE modellen (ressourcer, organisation, ydelser, effekt)
- Kvalitetsudviklingsprojekter
- Medarbejderudviklingssamtaler
- Monitorering
- Pilotprojekter
- Satspuljeprojekter
- Spørgeskemaundersøgelser
- Sundhedspædagogiske eksperimenter med løbende procesevaluering samt effekt-/resultatevaluering
- Supervisions- og efteruddannelsesgrupper

2. Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)

Den Danske Kvalitetsmodel (DKKM) er det første fælles kvalitetsudviklings-system for det danske sundhedsvæsen. Formålet er:

- At fremme kvaliteten af patientforløb
- At fremme udviklingen af den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- At synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet

DDKM er endvidere udviklet med det formål at skabe læring og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet gennem løbende vurdering af den enkelte institutions resultater. Metodemæssigt er DDKM et akkrediteringssystem, der omfatter et sæt af akkrediteringsstandarder og en akkrediteringsproces.

DDKM har fokus på såvel kvaliteten i sundhedsydelse, som på de processer og strukturer, der understøtter forløbet for en borger i forhold til de sundhedsydelser, denne modtager fra forskellige enheder i kommunen. Modellen henvender sig derfor til ledere og medarbejdere på tværs af professioner.

Med hjemmel i Sundhedsloven er der hidtil udviklet fire akkrediteringsstandarder til den kommunale sundhedstjeneste. Kommunen kan vælge at anvende akkrediteringsstandarderne på områder, hvor det vurderes, at standarderne kan medføre kvalitetsudvikling af ydelserne. Akkrediteringsstandarderne i DDKM vil løbende blive videreudviklet, således at nye temaer vil blive inddraget i modellen, ligesom der vil blive stillet øgede krav til sundhedsvæsenets ydelser.

IKAS vil udsende reviderede versioner af akkrediteringsstandarderne ca. hvert 3. år – svarende til længden af en akkrediteringsperiode.

Læs mere på www.ikas.dk

3. Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed DAK-E

Dak-E koordinerer kvalitetsudviklingen i almen praksis i samarbejde med Danske Regioner. Dak-E har fem hovedindsatsområder:

- Et data fangstmodul, der er implementeret i alle lægesystemer, således at den enkelte læge kan indberette patientdata til Dansk AlmenMedicinsk Database med henblik på tilbagemelding af data til praksis
- Implementering af ICPC-2 til fremme af ensartet kodning
- Patientevaluering af lægen og lægepraksis
- Udvikling af indikatorer i almen praksis
- Patientforløb.

Desuden arbejdes der fx med uddannelse og koordination af praksisinformation samt en række andre udviklingsområder, herunder udvikling af “En dansk kvalitetsmodel for almen praksis” samt temadage, workshops og konferencer med fokus på kvalitetsudvikling i almen praksis.

Læs mere på www.dak-e.dk

4. Rapportering af utilsigtede hændelser – patientsikkerhed

I henhold til lov nr. 288 af 15/04/2009 om ændring af sundhedsloven (Udvidet patientsikkerhedsordning) omfatter patientsikkerhedsordningen også den kommunale sundhedssektor. Bekendtgørelse nr. 925 af 14/07/2010 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.m. omfatter også primær sektor. Sundhedsstyrelsen har til brug for de forskellige instanser udarbejdet *Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.m.*, ligeledes af 14/07/2010. Både bekendtgørelse og vejledning kan hentes på www.retsinformation.dk

Af § 198, stk. 2 fremgår, at en sundhedsperson, der som led i sin faglige virksomhed bliver opmærksom på en utilsigtet hændelse, skal rapportere hændelsen til det sted, hvor hændelsesforløbet fandt sted. Sundhedspersonalet er således forpligtet til at rapportere de utilsigtede hændelser, der er sket i primær og sekundær sektor, og som de enten selv involveres i, observerer hos andre, eller som de i kraft af deres erhverv får kendskab til.

Kommunalbestyrelsen skal i henhold til § 198 i sundhedsloven modtage, registrere og analysere rapporteringer om utilsigtede hændelser til brug for forbedring af patientsikkerheden og med henblik på rapportering af oplysninger til Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen er forpligtet til at formidle resultaterne som udmeldinger og retningslinjer til sundhedsvæsenet.

Ved en utilsigtet hændelse forstås en ikke-tilstræbt begivenhed, der skader patienten/borgeren eller medfører risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme.

Eksempler på utilsigtede hændelser i den kommunale sundhedstjeneste:

1. En sundhedsplejerske har ikke spurgt ind til, hvorvidt der er allergi i familien ved første besøg. Ved næste besøg har forældrene givet barnet almindelig modermælkerstatning, da forældrene mente barnet ikke fik tilstrækkelig med modermælk. Barnets far har svær allergi og barnet udvikler mælkeallergi.
2. Ved vejning har sundhedsplejersken ikke bundet knuden på stofbleen rigtigt, den glider op og barnet falder ned på gulvet.

3. En jordemoder har ikke udfyldt fødselsanmeldelsen tilstrækkeligt omhyggeligt, og det fremgår således ikke, at der er brug for hurtigt besøg af sundhedsplejersken, idet moderen er alene og socialt belastet. Første besøg aflægges derfor først efter 10 dage, barnet er ikke i trivsel og mor er trist og fysisk udkørt.
4. Kommunallægen undersøger ved udskolingsundersøgelsen ikke den unges ryg, selvom det sædvanligvis indgår i udskolingsundersøgelsen. Få måneder efter går den unge til egen læge, der konstaterer scoliose.

5. National database om børns sundhed

Sundhedsstyrelsen har etableret en national database om børns sundhed. Formålet er at opbygge en fælles offentlig database om børns sundhed baseret på systematisk indsamling af data fra de forebyggende børneundersøgelser hos praktiserende læge, sundhedsplejerske og kommunalt ansat læge. En national børnedatabase er en forudsætning for at kunne følge sundhedsforholdene blandt danske børn og iværksætte relevante og prioriterede forebyggelsesindsatser.

Siden 2009 har det teknisk været muligt at indrapportere data på fire udvalgte indikatorer i et pilotprojekt, der skal udvikles til en landsdækkende børnemonitorerings database. De fire udvalgte indikatorer i pilotprojektet er:

- Højde
- Vægt
- Barnets udsættelse for passiv rygning ved fødslen
- Amning.

Når projektets pilotfase er overstået, og der sker regelmæssig indrapportering til Sundhedsstyrelsen, vil antallet af indikatorer blive udvidet, og indberetningen til databasen gjort obligatorisk i henhold til sundhedsloven § 195, se afsnit 1.3.

6. Nye initiativer

I forbindelse med udvikling, implementering og evaluering af nye procedurer og metoder i den kommunale sundhedstjeneste anbefales, at processen altid indeholder et kvalitetssikrings element ligesom evalueringen må sikre, at projektet vurderes kritisk i et udviklingsperspektiv.

BILAG 6

Familier af anden etnisk oprindelse end dansk

Spæd- og småbørn

- Der er i Danmark påvist en øget forekomst af dødfødsel og spædbarnsdødelighed blandt etniske minoritetsgrupper af tyrkisk, pakistansk og somalisk oprindelse.
- Børn født af kvinder med hepatitis B vaccineres ved fødslen og 3 gange inden for det næste år.
- Færre kvinder med anden etnisk baggrund end dansk starter med at amme og andelen af børn, der ammes efter 3 måneder er lidt lavere end blandt etnisk danske spædbørn. Der er forskel mellem de enkelte nationaliteter.
- En langt større andel blandt etniske minoriteter ryger, særligt mænd, end blandt etniske danskere. Dertil kommer, at bevidstheden om skadevirkningerne ved passiv røg kan være mindre.
- Slægtskab mellem ægtefæller medfører en øget risiko for medfødte misdannelser. For nogle kan det være forbundet med skam at få et handicappet barn, og dertil kommer at meget få indvandrere har kendskab til mulighederne i handicaporganisationerne.
- Ensidig kost til småbørn er generelt problem blandt indvandrere. Det drejer sig især om for meget mælk og mælkeprodukter, sen introduktion af overgangskost og for mange søde sager, fx søde drikke og kiks.
- Vedr. D-vitaminmangel og forekomsten af rachitis, se afsnit 9.1.

Skolebørn

- Overvægt er hyppigere forekommende blandt etniske minoriteter, og grundlægges for manges vedkommende allerede i barndommen. I nogle kulturer kan kropsidealet kan være et andet – også for børn, hvilket må medtages i rådgivningen.
- En række etniske grupper er genetisk disponeret for diabetes, hvilket sammenholdt med højere forekomst af livsstils risikofaktorer gør, at man bør være særlig opmærksom på symptomer hos børn og unge.
- Astma og allergi er hyppigere forekommende blandt indvandrere.
- Børn og unge fra familier med anden etnisk baggrund har generelt dårligere tandsundhed og bruger de forebyggende tilbud mindre end etnisk danske børn og unge.
- Børn med anden etnisk baggrund er hyppigere udsat for mobning end deres etnisk danske kammerater, selv om mobningen ikke nødvendigvis er af racistisk karakter.

- Vedr. D-vitaminmangel og forekomsten af rachitis i puberteten, se afsnit 9.1.

Forebyggelse af ulykker

Børn, som har en mor, der er født i udlandet, kommer sjældnere på skadestuen på grund af en ulykke en børn af mødre født i Danmark. Skoldninger forekommer imidlertid 3 gange så hyppigt, og ulykker med forbrændinger, herunder fyrværkeriulykker og forbrændinger med strygejern forekommer ligeledes hyppigere. Forbrændingerne er ofte kraftigere end de forbrændinger man ser, når mødrene er danskfødte. Desuden kommer børnene oftere til skade ved at putte genstande i munden og ørerne. Pigerne har væsentligt færre ulykker end drengene, der kommer næsten lige så tit på skadestuen som drenge af danskfødte mødre.

Smitsomme sygdomme

For både børn og forældre gælder, at besøg i hjemlandet kan udgøre en risiko i forhold til smitsomme sygdomme som hepatitis A og B, TB og tyfus/paratyfus, malaria og tarmparasitter. Sundhedspersonalet i almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste må ved viden om planlagt ferie oplyse om vaccination og malariaprophylakse.

Psykiske forhold

- 10-55 % af flygtninge – afhængigt af oprindelsesland – har været udsat for tortur eller andre traumatiserende oplevelser. Det er vigtigt at være opmærksom på børn af torturoverlevende. Nogle børn har selv været udsat for overgreb eller været vidne dertil, men alene forældrenes traumatisering kan påvirke børnene; såkaldt sekundær traumatisering. Dette giver sig udtryk i adfærdsmæssige, psykosomatiske og følelsesmæssige problemer.
- Børn og unge i familier med anden etnisk baggrund er i højere risiko for at opleve vold, enten rettet mod dem selv eller deres mødre. Halvdelen af kvinderne på danske krisecentre har anden etnisk baggrund end dansk.
- Personer med anden etnisk baggrund har højere kontaktrate til voksenpsykiatrien end etnisk danske, men er underrepræsenteret i børne- og ungdomspsykiatrien. Undersøgelser tyder på, at man først henvender sig sent i forløbet. Fokus bør derfor være på tidlig opsporing af eventuelle psykiatriske problemstillinger, og rådgivning af familien i at finde relevante behandlingstilbud. Psykisk sygdom kan være tabu i nogle kulturer.
- At være ung, der skal navigere mellem to kulturer, kan være svært. De naturlige identifikationsprocesser, der er så vigtige for den unge, kan være problemfyldte, når den unge er splittet mellem forskellige kulturer, der stiller forskellige krav. Den unge kan have brug for ekstra støtte.
- I Nordøstafrika og i Yemen er tygning af khat udbredt. Man bør derfor være opmærksom på eventuelt khatmisbrug i familier fra disse områder. Khat bruges både af mænd og kvinder.

Sprogudvikling

Særligt tosprogede børn, der lever under dårlige socioøkonomiske forhold er i risiko for at få vanskeligheder med deres sproglige udvikling og kan have behov for særlig opmærksomhed og støtte.

Familiesammenførte børn og flygtningebørn fra 3. verdens lande

Mange af disse børn kan have levet under dårlige forhold. Der må være særlig opmærksomhed på:

- Mangelsygdomme og underernæring: særligt jern og D-vitamin
- Anæmi: fejlerernæring, blødningsanæmi, orm, hæmoglobinopati.
- Vaccinationsstatus. Der dannes skøn over status, og herefter følges Serum Institutets anbefalinger (www.ssi.dk).
- Smitsomme sygdomme: TB, hepatitis A og B, hiv, syfilis, almindelige børnesygdomme som følge af manglende vaccination.
- Blodparasitter: malaria og filariasis
- Tarmparasitter
- Infektioner i hud; særligt lus og fnat
- Luftvejsinfektioner
- Tandstatus
- Vurdering af psykosocial situation (se i øvrigt afsnit om traumatisering og psykosociale forhold)

Kulturel praksis

- Mange trosretninger praktiserer *omskæring af drengébørn*. Omskæring af drenge er et operativt indgreb og dermed forbeholdt læger. Indgrebet skal foretages under bedøvelse.
- *Omskæring af piger* praktiseres hovedsageligt i Nord- og Østafrika. I Somalia omskæres de fleste piger i 5-års-alderen. Kvindelig omskæring er i alle former ulovligt og strafbart ifølge dansk straffelov og et brud på FN's Konvention om Barnets rettigheder. I Danmark kan man også blive straffet for at lade omskæring udføre i et andet land – også selvom omskæring ikke er forbudt ifølge dette lands lovgivning.

Sundhedsbehandling af asylansøgerbørn

Udlændingesservice har i 2009 udgivet retningslinjer for sundhedsbehandling af asylansøgerbørn m.v. Retningslinjerne kan rekvireres ved henvendelse til Udlændingesservice.

BILAG 7

Højde- og vægtmåling

Højde/længde og vægt registreres til børnedatabasen ved 5-ugers, 5-måneders og 1-, 2-, 3-, 4- og 5-års-undersøgelserne hos praktiserende læge samt ved ind- og udskolingsundersøgelserne. Derudover en registrering i 1. klasse samt i en af følgende klasser: 4., 5. eller 6. klasse.

Højde/længde registreres i hele cm. Der forhøjes fra ,5 således at fx. 165,4=165 cm og 165,5=166 cm.

Vægt registreres som kg med én decimal.

Godkendte vægte er mærket OIML klasse III (romertal).

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

Målet foretages med barnet i rygleje, med udstrakte ben og placeret på et fast underlag. Barnets hoved føres mod et lodret materiale. Herfra foretages målingen til punktet ud for barnets hæl. Målingen registreres i hele cm. Måling med et målebånd er upræcist.

Forskrift for registrering af højde fra 2-års-alderen:

Barnet måles uden sko på stående med samlede ben op mod en væg og skulderende lige frem.

Forskrift for registrering af vægt:

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

Spædbørn: Barnet må højst have undertrøje på.

Småbørn: Efter 1-års-alderen vejes barnet uden fodtøj og i så lidt tøj som muligt. Hvis barnet bruger ble, bør den være tør.

Skolebørn: Barnet vejes uden sko på flade fødder, uden overtøj og uden ting i lommerne. Målingen sker med lodret bagkant. Barnet må ikke læne sig op ad eller røre ved noget under målingen.

BILAG 8

Reflekser

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

REFLEKS	BESKRIVELSE	DEBUT	FORSVINDER
Sutte/søge	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	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	Når foden berøres tværs henover den distale del af fodsålen flekteres tæerne	Nyfødt	9-10 måneder
Gang-refleks	Når barnet holdes oprejst med fødderne mod underlaget, vil barnet med reciprok fleksion og extension af benene lave en bevægelse, der ligner gang	Nyfødt	3-4 måneder
Moro	Når barnet holdes med hovedet bøjet fremover, og man pludselig slipper hovedstøtten ekstenderes og abduceres, armene efterfulgt af adduktion som en omfavnelse	Nyfødt	4-5 måneder
Krybe-kravle	Når barnet lægges på maven og dets fødder støttes, vil barnet skubbe sig fremad i kravlemønster	Nyfødt	?
Asymmetrisk tonisk hals-refleks	Når barnet ligger roligt i rygleje, og hovedet drejes 90° til siden vil arme og ben på samme side ekstenderes	1 måned	6-7 måneder
Faldskærms/faldrefleks	Når barnet holdes vandret med ansigtet mod underlaget og derefter sænkes nedad vil barnet ekstendere armene over hovedet for at forebygge fald. Ses også når barnet i siddende stilling er ved at falde og tager armene ud til siden for at finde balancen og forebygge fald	6-9 måneder	Varig

BILAG 9

Vejledning i høreprøve i skolen (audiometri)

Høretest af skolebørn tilbydes ved ind- og udskolingsundersøgelser. Formålet med undersøgelsen er tidlig opsporing af hørenedsættelse i skolealderen. Audiometri kan desuden gennemføres på indikation efter forespørgsel fra barnet, dets forældre eller barnets lærere efter aftale med forældrene.

Testen foretages med et audiometer, som frembringer rene toner i forskellig frekvens og af forskellig styrke. Ved høreprøven bestemmes høretærsklen for de enkelte toner, dvs. den svageste lyd, som barnet lige netop kan opfatte.

Høreprøve er en følsom undersøgelse, som kræver optimale omstændigheder. Forstyrrende baggrundsstøj og uro i lokalet skal undgås. Barnet skal være koncentreret om opgaven og være forberedt på karakteren af lydene, der kan beskrives som ganske svage fløjtelyde.

Fremgangsmåde ved høreprøve

- Barnet placeres med ryggen til undersøgeren.
- Hovedtelefoner påsættes nøjagtigt.
- Høreevnen for frekvenserne 250, 500, 1000, 2000, 4000, 6000 og 8000 Hz undersøges ved en intensitet på 20 dB. Toner sendes til hvert øre med uregelmæssigt interval, styrken startende på 20 dB, varighed mindst 1 højst 2 sekunder, gerne gentaget flere gange. Ved manglende reaktion på 20 dB skal intensiteten øges med 5 dB, indtil barnet reagerer. Derpå sænker man intensiteten med 5 dB ad gangen, til tonen ikke mere høres, dog ikke lavere end 20 dB. Den laveste intensitet, hvor tonen lige kan opfattes, er høretærsklen for den pågældende frekvens. Det anbefales at starte midt i frekvensområdet.
- Barnet markerer med sammesidig hånd eller tryk på indikatorknop, når en tone er hørt.
- Resultaterne af høreprøven indføres på audiogram, såfremt hørelsen ikke er normal. Audiogrammet medgives barnet ved henvisning til praktiserende læge eller otolog. Normal hørelse indføres i barnets journal.

Mulige fejlkilder er baggrundsstøj, rytme og regelmæssighed i sideskift, manglende korporation samt aggravaion (overdrivelse i negativ retning ved at simulere nedsat høreevne ved audiometri).

Rutinemæssig audiometri gennemføres ikke, såfremt barnet er forkølet. Barnet genindkaldes, når det er rask.

Tolkning af resultater

En hørelse på 20 dB for samtlige toner er normal. Spredte dyk i hørelsen til 30 dB, særlig i det lave frekvensområde er dog acceptabelt. Smådyk ved 6000 og 8000 Hz har ikke betydning for hørelsen og kræver normalt ikke nærmere udredning, end sige hørepædagogiske tiltag. Derimod er dyk ved 4 kHz karakteristisk for støjpåvirkning og bør give anledning til en snak om profylakse/høreværn og om at undgå kraftig og langvarig støj (fx høj musik og brug af MP3). Andre uregelmæssigheder kræver henvisning som beskrevet nedenfor.

Ved mistanke om forkølelse, sequelae herefter eller forudgående stærk lydpåvirkning som forklaring på hørenedsættelsen, bør høreprøven gentages efter et par ugers forløb inden videre henvisning.

Henvisning

Der skal ske henvisning til praktiserende læge med henblik på ny audiometri og vurdering af denne, når der konstateres hørenedsættelse ved audiometri.

Der kan ske henvisning til otolog, når der konstateres hørenedsættelse ved audiometri, såfremt barnet tidligere har haft kontakt med otolog.

Familien kan henvende sig direkte til otologen, som efterfølgende orienterer den praktiserende læge om resultatet.

Afprøvning og kontrol af udstyr

Audiometret skal jævnligt afprøves af tekniker til sikring af standardiseringskravene.

BILAG 10

Vejledning i synsprøve i almen praksis og skolen

A: I almen praksis

Undersøgelser

Medfødt grå stær: Der fødes ca. 20 børn årligt med medfødt grå stær. Det er 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 grå stær tager mindre end 30 sekunder. Undersøgelsen foregår i et rum uden direkte sol og stærkt lys (så mørkt som muligt), for at pupillerne er så store som muligt. Øjnene undersøges med pencillygte, hvor der kigges efter hvide pletter i pupilfeltet (grå stær). Ved mistanke om grå stær henvises subakut til den praktiserende øjnlæge.

Alle børn med følgende sygdomme i familien (også fætre og kusiner) skal henvises til praktiserende øjnlæge: retinoblastom, kongenit/infantil/juvenil grå stær, kongenit grøn stær.

Synsstyrke: Barnets synsstyrke måles bedst på 3 meters afstand. Effektiv tildekning af øjet, som ikke undersøges, er af afgørende betydning for udfaldet af undersøgelsen. Barnet må ikke kunne kigge ved siden af eller mellem forældrenes fingre. Der skal derfor anvendes en klap eller sort skive ved undersøgelsen.

Ved 3 år er synsstyrken normalt 6/12. Synet kan testes med synstavler med meget enkle optotyper. Ved senere synstest kan flere tavler anvendes.

Amblyopi ved skelen: Amblyopi ved skelen debuterer ofte i alderen 9 måneder til 6 år. I de fleste tilfælde er der tale om konvergensskelen. Jo tidligere der iværksættes amblyopibehandling, jo bedre er chancerne for, at synet kan normaliseres.

Hirschbergs test: Med en pencillygte lyses mod barnets næserod. Det vurderes, om lysrefleksen ligger symmetrisk i pupillerne på begge øjne.

For at opspore børn med begyndende skelen undersøger sundhedsplejersken for dette med Hirschbergs test ved undersøgelse i 8-10-måneders-alderen.

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

Såfremt barnet skeler, skal det henvises til øjnlæge, der varetager den videre behandling.

Binoculært syn og samsyn: Er med til at fastholde, at synsudviklingen forløber normalt. Undersøgelse for samsyn foretages af øjnlæge.

Såfremt der findes nedsat synsfunktion, eller hvis synsprøven ikke kan gennemføres, skal den gentages inden for en kortere periode. Herefter stillingtagen til det videre forløb.

B: I skolen

Formålet med undersøgelserne i skolealderen er at afsløre nedsat syn hos skolebarnet/den unge.

Synsstyrke: Der tilbydes rutinemæssigt synsprøve ved indskolingsundersøgelsen og i 6. eller 7. klasse. Ud over de rutinemæssige synsprøver, undersøges barnet ved behov, hvis barnet/den unge selv henvender sig og efter henvisning fra forældre eller skolens lærere.

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

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

Amblyopi forekommer hos ca. 2 % af alle børn, der starter i skole. Hvis amblyopi først findes ved skolestart, er der kun ringe mulighed for at kunne bedre tilstanden ved genoptræning, men det er væsentligt, at tilstanden opspores, og at barnet henvises til øjnlæge.

Myopi (nærsynethed) 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.

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

Astigmatisme (forskellig brydning i forskellige planer af linsen – “bygningsfejl”) afslører sig ved almindelig synstest, såfremt det er betydende.

Synstavler, der kan anvendes:

- L-H tavlen
- Kay pictures
- Østerberg
- Sheridan-Gardiner
- E tavle
- Taltavle
- Bogstavtavle.

Fremgangsmåde ved synstest

- Anvend en af ovenstående tavler.
- Afstand til tavle 3 meter for børn indtil 5 år, 6 meter (direkte eller ved spejl) for skolebørn.
- Sørg for god belysning af tavlen, uden genskin eller modlys.
- Prøv først synet binokulært, derefter hvert øje for sig. Det afdækkede øje skal lukkes med en klap eller en brille. Det er ikke tilstrækkeligt at knibe det sammen.
- Start med en linje, som barnet sandsynligvis kan læse/tolke og gå hurtigt ned til den linje, som barnet lige akkurat kan læse/tolke.

Tolkning af resultaterne

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

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

Samsyn kan testes med “LANG” stereotest af kommunallægen, når det gælder skolebørn. Undersøgelsen foretages, såfremt barnet har læsevanskeligheder.

Læsesyn kan testes med standardiseret læsebog (nærvisustest) af kommunallægen eller sundhedsplejersken. Undersøgelsen foretages, såfremt barnet har læsevanskeligheder.

HenviŒning til øjenlæge

- Hvis synsstyrken monokulært er < 6/9
- Såfremt barnet/den unge klager over hovedpine og svien i øjnene ved længere tids læsning, PC brug, TV kiggeri o.l.
- Hvis LANG test ikke kunne ses, såfremt denne er foretaget
- Hvis nærvisus test ikke kan gennemføres, og barnet har læseproblemer.

HenviŒning til optiker

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

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

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

Vedrørende brug af kontaktlinser

Der gælder ingen særlige regler vedr. brug af kontaktlinser for børn i skolealderen. Såfremt en ung spørger sundhedsplejersken/lægen til råds herom, anbefales at orientere om risikoen for infektioner og overfølsomhedsreaktioner.

BILAG 11

Opgavefordeling og kompetencebehov ved den kommunale sundhedstjenestes rådgivning i dagtilbud og skoler

Fagligt område: SMITSOMME SYGDOMME				
Opgavefelt	Nødvendig faglig kompetence	Hvem rådgiver institutionen?	Samarbejdspartnere og faglig sparring	Yderligere info
Anmeldelsespligtige sygdomme Smitteopsporing og -forebyggelse. Kunne vurdere behovet for oplysninger og dokumentation, afgrænse underretninger, yde rådgivning og vejledning, udstede pålæg, sikre infektionsmedicinsk beredskab (liste A + B).	Sundhedsfaglig samfundsmedicinsk kompetence, herunder infektionsmedicinsk og viden om forebyggelsesstrategier. Myndighedsbeføjelse i henhold til lovgivning. Etableret smittenetværk.	Embedslægerne	Statens Seruminstitut, klinisk mikrobiologiske afdelinger, fødevarer-netværk, herunder Fødevarerregion. Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse. Det generelle og kommunale sundhedsberedskab.	www.sst.dk (Sundhedsstyrelsen) www.ssi.dk (Statens Seruminstitut) www.fv.dk (Fødevarerregion) www.retsinformation.dk
Begrænsning og forebyggelse af andre smitsomme sygdomme end anmeldelsespligtige Sikre forebyggende foranstaltninger, herunder rådgivning og vejledning og hygiejnetiltag, varetage forældreinformation Registrere udviklinger	Viden om almindelige smitsomme sygdomme Visse samfundsmedicinske (epidemiologiske) og almene infektionsmedicinske kompetencer. Sundhedspædagogisk kompetence.	Kommunallæge og sundhedsplejerske i aftalt samarbejde	Embedslægerne.	www.sst.dk (Sundhedsstyrelsen) www.ssi.dk (Statens Seruminstitut) <i>Litteratur:</i> Smitsomme sygdomme hos børn i daginstitutioner Sundhed, miljø og hygiejne i pædagogisk arbejde
Hygiejnerutiner Udvikling af kvalitetsstandarder og instrukser. Etablere monitorering og opfølgning. Sikre hygiejneorganisationen på institutionsniveau. Rådgivning og vejledning.	Ledelses- og administrativ kompetence samt hygiejneteknisk indsigt. Sundhedsfaglig og hygiejnedicinsk kompetence.	Institutionsledelse, sundhedsplejerske og kommunallæge	Lokale kommunal hygiejneorganisation, Embedslægerne, Statens Seruminstitut	www.sst.dk (Sundhedsstyrelsen) www.ssi.dk (Statens Seruminstitut) <i>Litteratur:</i> Sundheds, miljø og hygiejne i pædagogisk arbejde
Hygiejnetilsyn Udvikling af kvalitetsstandarder, instrukser og manualer. Etablere monitorering og opfølgning. Rådgivning og vejledning.	Ledelses- og administrativ beføjelse. Sundhedsfaglig og hygiejnedicinsk kompetence. Sundhedspædagogisk kompetence. Proceskonsulent.	Kommunallæge og sundhedsplejerske i aftalt samarbejde	Lokale kommunale hygiejneorganisation.	www.ssi.dk (CAS) <i>Litteratur:</i> Sundheds, miljø og hygiejne i pædagogisk arbejde

Fagligt område: FØDEVAREHYGIEJNE				
Opgavefelt	Nødvendig faglig kompetence	Hvem rådgiver institutionen?	Samarbejdspartnere og faglig sparring	Yderligere info
Hygiejnerutiner Sikre forebyggende foranstaltninger, herunder eventuelle kvalitetsstandarder. Rådgivning og vejledning. Iværksætte interventioner.	Fødevarehygiejnisk indsigt, sundhedsfaglig kompetence.	Sundhedsplejerske og kommunallæge	Lokale kommunale hygiejneorganisation Regionale fødevareregion	www.fvst.dk (Fødevestyrelsen) <i>Litteratur:</i> Sundhed, miljø og hygiejne i pædagogisk arbejde

Fagligt område: FOREBYGGELSE AF ULYKKER				
Opgavefelt	Nødvendig faglig kompetence	Hvem rådgiver institutionen?	Samarbejdspartnere og faglig sparring	Yderligere info
Sikre forebyggende foranstaltninger, indarbejde området i børnemiljøvurderingen. Gennemføre konkrete risikovurderinger. Tilsyn?	Sundhedsfaglig kompetence. Kendskab til ulykkesrisici og ulykkesforebyggelse. Kendskab til samarbejdspartnere. Viden om ulykkesregistrering og skaderegistrering.	Sundhedsplejerske og kommunallæge i samarbejde med teknisk forvaltning.	Center for undervisningsmiljø Embedslægerne	www.dcum.dk (Center for Undervisningsmiljø) www.si.dk (Sikringsstyrelsen) www.mst.dk (Miljøstyrelsen) www.ds.dk (Dansk Standard) www.si-folkesundhed.dk (Statens Institut for Folkesundhed) www.forbrug.dk www.giftinformationen.dk

Fagligt område: MILJØHYGIJNE				
Opgavefelt	Nødvendig faglig kompetence	Hvem rådgiver institutionen?	Samarbejdspartnere og faglig sparring	Yderligere info
Indeklima generelt Rådgivning og vejledning. Foretage systematisk gennemgang af indeklimaet, som indarbejdes i børnemiljøvurdering, kortlægge og beskrive konkrete problemstillinger. Foretage risikovurderinger, udarbejde forslag til og medvirke ved implementering af interventioner.	Sundhedsfaglig kompetence og sundhedspædagogisk kompetence. Ved risikovurdering og interventioner af konkrete problemstillinger tillige samfundsmedicinsk, herunder miljømedicinsk kompetence.	Kommunallæge og sundhedsplejerske – oftest i samarbejde med teknisk forvaltning. Kommunallægen inddrages altid ved sygelighed hos børn og personale og ved sager med miljøfremmede stoffer	Embedslægerne	www.mst.dk (Miljøstyrelsen)
Fugt og skimmel Rådgivning og vejledning. Kortlægge og beskrive konkrete problemstillinger. Vurdering af eventuelle tekniske undersøgelser og forslag. Foretage risikovurderinger, uarbejde forslag til og medvirke ved implementering af interventioner. Udarbejde informationsmateriale og deltage i møder for forældre, personale m.v.	Sundhedsfaglig samfundsmedicinsk herunder miljømedicinsk kompetence.	Kommunallæge (og sundhedsplejerske) – oftest i samarbejde med teknisk forvaltning. I ukomplicerede sager kortlægger kommunallægen problemstillingen og tager kontakt med de kommunale myndigheder Embedslægen orienteres.	Eventuelt rådgivende ingeniørfirma. Embedslægerne I komplicerede sager rådgiver embedslægen i samarbejde med kommunallægen kommunen på baggrund af den kommunale sagsbehandling	www.sst.dk (Sundhedsstyrelsen) www.skimmel.dk www.mst.dk (Miljøstyrelsen) www.ami.dk (Arbejds miljøinstituttet)
Fysiske rammer – indendørsarealer Rådgivning og vejledning vedr. bygning (nybygning), bygningsmaterialer, installationer. Inventar, legetøj, (se også ulykkesforebyggelse)	Miljøteknisk og sundhedsfaglig indsigt.	Teknisk forvaltning-ofte i samarbejde med sundhedsplejerske og kommunallæge.	Embedslægerne Produktansvarlige	www.sbi.dk (Statens Byggeforskningsinstitut) www.ebst.dk (Bygge- og Boligstyrelsen) www.at.dk (Arbejdstilsynet)
Fysiske rammer – udendørsarealer Legepladser og skolegårde. Svømme- og soppebassiner (se også ulykkesforebyggelse)	Miljøteknisk og sundhedsfaglig indsigt.	Teknisk forvaltning – oftest i samarbejde med sundhedsplejerske og kommunallæge.	Embedslægerne Produktansvarlige	www.sst.dk (Sundhedsstyrelsen)
Forsyninger Drikkevand og vandinstallationer. Spildevand og afløb. Affaldshåndtering	Miljømedicinsk og miljøteknisk kompetence.	Altid teknisk forvaltning Kommunallægen orienteres og varetager generel sundhedsfaglig rådgivning her ud fra.	Eventuelle laboratorier og rådgivende firmaer. Embedslægerne rådgiver ved behov kommunen på baggrund af den kommunale sagsbehandling	www.mst.dk (Miljøstyrelsen)
Forureninger Jordforurening. Luftforurening og udendørs støj				
Skadedyr Rotter, mus, ræve, insekter og parasitter	Indsigt i skadedyrsbekæmpelse.	Teknisk forvaltning – oftest i samarbejde med sundhedsplejerske og kommunallæge.	Skadedyrlaboratoriet Embedslægerne	www.dpil.dk (Skadedyrlaboratoriet) www.mst.dk (Miljøstyrelsen) www.sst.dk

Fagligt område: GENEREL SUNDHED				
Opgavefelt	Nødvendig faglig kompetence	Hvem rådgiver institutionen?	Samarbejdspartnere og faglig sparring	Yderligere info
Sygdom og sygelighed Rådgivning og vejledning, konkret vurdering af problemstillinger. Monitorering, herunder indsamling af sygelighedsdata. Vurdering af sygelighedsdata. Iværksættelse af interventioner.	Lægefaglig og sundhedspædagogisk kompetence	Kommunallæge – eventuelt i samarbejde med sundhedsplejerske	Praktiserende læger Speciallæger og hospitaler. Embedslægerne.	www.sst.dk (Sundhedsstyrelsen)

Fagligt område: SUNDHED OG LIVSSTIL				
Opgavefelt	Nødvendig faglig kompetence	Hvem rådgiver institutionen?	Samarbejdspartnere og faglig sparring	Yderligere info
Livsstilsfaktorer (KRAM m.v.) Rådgivning og vejledning. Iværksættelse af sundhedspædagogiske tiltag i forhold til overvægt, fysisk aktivitet, kost, rygning, seksuel sundhed, ulykker. Udarbejdelse af sundhedsprofiler. Monitorering og evaluering af indsatser.	Sundhedsfaglig og sundhedspædagogisk kompetence. Bredere samfundsmedicinsk kompetence kan være nødvendig.	Sundhedsplejerske og kommunallæge i aftalt samarbejde	Praktiserende læger, kommunale sundhedskonsulenter	www.sst.dk (Sundhedsstyrelsen) www.si-folkesundhed.dk (Statens Institut for Folkesundhed)

Fagligt område: STRESS OG TRIVSEL				
Opgavefelt	Nødvendig faglig kompetence	Hvem rådgiver institutionen?	Samarbejdspartnere og faglig sparring	Yderligere info
Psykisk sundhed Rådgivning og vejledning. Iværksættelse af sundhedspædagogiske tiltag. Eventuelt gennemføre screeningsaktiviteter samt udarbejdelse af trivselsprofiler.	Sundhedsfaglig og sundhedspædagogisk kompetence Bredere samfundsmedicinsk kompetence kan være nødvendig.	Sundhedsplejerske og kommunallæge i aftalt samarbejde	PPR og ledere af dagtilbud og skoler	www.sst.dk (Sundhedsstyrelsen) www.si-folkesundhed.dk Statens Institut for Folkesundhed

Fagligt område: MEDICINADMINISTRATION				
Opgavefelt	Nødvendig faglig kompetence	Hvem rådgiver institutionen?	Samarbejdspartnere og faglig sparring	Yderligere info
Generel rådgivning om opbevaring og regler for administration af medicin. Udarbejde lokale retningslinjer. Konkret rådgivning vedr. medicin til børn med kroniske sygdomme (diabetes, feberkrampe, allergi, psykisk lidelse).		Sundhedsplejerske og kommunallæge i aftalt samarbejde, eventuelt i samarbejde med hjemmesygeplejerske	Behandlerende (oftest praktiserende) læge – inddrages altid i forbindelse med vejledning om konkret individuel medicinadministration.	www.sst.dk (Sundhedsstyrelsen)

BILAG 12

Bekendtgørelse om gratis vaccination mod visse smitsomme sygdomme m.v.

I medfør af § 158, § 214, stk. 1, § 222, stk.1, § 254, § 264 og § 265 i Sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, fastsættes:

§ 1. Tilbud om gratis vaccination mod visse smitsomme sygdomme m.v. gives til personer, der har dansk indfødsret eller bopæl her i landet, jf. dog § 5, og til de persongrupper og mod de sygdomme m.v., som fremgår af § 2.

§ 2. Enhver person under 18 år kan gratis blive vaccineret mod kighoste, difteri, stivkrampe og polio.
Stk. 2. Enhver person under 18 år kan gratis blive vaccineret mod mæslinger, fåresyge og røde hunde. Vaccinationen tilbydes i form af en kombineret MFR-vaccine.

Stk. 3. Enhver kvinde kan fra det fyldte 18. år gratis blive vaccineret mod røde hunde. Vaccinationen tilbydes eventuelt i form af MFR-vaccine.

Stk. 4. Børn under 6 år kan gratis blive vaccineret mod *Hæmophilus influenzae*, type b (Hib).

Stk. 5. Børn under 2 år kan gratis blive vaccineret mod pneumokoksygdom.

Stk. 6. Enhver pige, som er født efter den 31. december 1992, kan fra det fyldte 12. år gratis blive vaccineret mod livmoderhalskræft. Vaccinationerne skal være afsluttet inden det fyldte 15. år, dog inden udgangen af 2010 for piger født før den 1. januar 1996.

§ 3. Til vaccinationerne anvendes vacciner, der udleveres gratis fra Statens Serum Institut.

Stk. 2. Statens Serum Institut er forpligtet til stadig at have en passende beholdning af vaccine til brug ved vaccination mod de i § 2 nævnte sygdomme.

§ 4. Vaccinationerne kan foretages af enhver læge, der i henhold til lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed har tilladelse til selvstændigt virke som læge.

Stk. 2. Udgifterne til honorarer til lægerne for vaccination mod de i § 2 nævnte sygdomme afholdes af regionerne.

§ 5. For personer, der ikke har dansk indfødsret eller bopæl her i landet, men som har ret til vaccinationsydelser under ophold i Danmark i medfør af EF-retten eller internationale aftaler, afholdes udgiften til vaccinationshonorar af den region, hvori den pågældende opholder sig.

Stk. 2. Refusion af udgifter til vaccination af personer, der er syge(for)sikret i et andet land, som i medfør af EF-retten eller internationale aftaler skal overføres til det danske sundhedsvæsen, tilfalder den region, der har afholdt udgiften.

Stk. 3. Ved EF-retten eller internationale aftaler forstås Rådets forordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet, og den dertil knyttede forordning (EØF) nr. 574/72 om gennemførelse af forordning nr. 1408/71, 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.

§ 6. Sundhedsstyrelsen vejleder om gennemførelsen af de i § 2 nævnte vaccinationer.

§ 7. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. januar 2009, dog den 1. oktober 2008 for piger født før 1. januar 1996 for så vidt angår vaccination mod livmoderhalskræft, jf. § 2, stk. 6.

Stk. 2. Samtidig ophæves bekendtgørelse nr. 1171 af 7. december 2005 om gratis vaccination mod visse smitsomme sygdomme m.v.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, den 5. september 2008

Jakob Axel Nielsen

/Helle Hyllehøj

BILAG 13

Skrivelse om medicingivning til børn i dagtilbud, skoler og skolefritidsordninger

Til personale i dagtilbud, skoler og skolefritidsordninger

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at ledelsen i dagtilbud for børn (daginstitutioner og dagpleje) og på skoler og skolefritidsordninger sikrer, at personalet er i stand til at varetage medicingivning i de tilfælde, som er beskrevet i denne skrivelse.

Medicingivning bør så vidt muligt foregå i hjemmet uden for det tidsrum, børnene er i dagtilbud eller skole og skolefritidsordning.

Personalet i dagtilbud, skoler og skolefritidsordninger har ikke sundhedsfaglig baggrund og er derfor ikke uddannet til at observere og behandle syge børn.

Akut syge børn må ikke møde i dagtilbud, skoler og skolefritidsordninger, og ved akut sygdom skal forældrene snarest muligt sørge for, at barnet bliver hentet.

Det er imidlertid vigtigt for børn, også børn med kronisk eller længerevarende sygdom, at have adgang til pasning og kontakt til andre børn i dagtilbud og at deltage i skolegangen i den udstrækning, deres sygdomstilstand tillader det. Ved kroniske eller længerevarende sygdomme kan det være nødvendigt at give medicin flere gange i løbet af dagen.

Når medicin skal gives på tidspunkter, hvor børnene er i dagtilbud, skole eller skolefritidsordning, bør personalet, i det omfang det er muligt, påtage sig opgaven. Det vil oftest dreje sig om børn med kronisk eller længerevarende sygdom, og der skal være tale om lægeordineret medicin.

Ledelsen har ansvar for, at det af en skriftlig instruktion til personalet fremgår, hvordan børnenes medicin skal håndteres og opbevares. Medicinen skal opbevares, så den er utilgængelig for uvedkommende, og det anbefales, at institutionen, skolen mv. for hvert barn nedskriver, hvornår og af hvem medicinen er givet.

Når den behandlende læge har vurderet, at medicinen kan administreres af forældre/personer, der ikke er sundhedsuddannede, vil personalet i pasningsordningen eller skolen også kunne påtage sig dette.

Vejledning for instruktion ved kronisk eller langvarig sygdom

Når forældre til kronisk eller langvarigt syge børn anmoder personalet i dagtilbud, skoler og skolefritidsordninger om at give medicin, er forældrene ansvarlige for, at instruktionen fra den ordinerende læge om medicingivningen videregives til personalet. I de fleste tilfælde vil påskriften på medicinbeholderen være tilstrækkelig instruktion om medicingivningen. Beholderen skal have let læselig påskrift med oplysning om barnets navn og eventuelt personnummer, medicinens art og den ordinerede dosis. Hvis en mere grundig instruktion af personalet er nødvendig, kan ledelsen af skolen eller dagtilbuddet anmode forældrene om en supplerende skriftlig instruktion fra lægen.

Akutte tilfælde

I sjældne tilfælde kan der ved nogle kroniske sygdomme opstå hurtigt indsættende anfaldsænomener. Det kan f.eks. dreje sig om feberkrampe, epileptiske anfald, kraftige overfølsomhedsreaktioner eller akut forværring af en kronisk tilstand. Den behandlende læge vil i disse tilfælde ofte have ordineret medicin, som personalet efter aftale med forældrene straks kan give samtidig med, at der tilkaldes ambulance. Det kan dreje sig om en tablet, mikstur, en stikpille eller et stik med en EPI-pen.

Sundhedsstyrelsen har forståelse for, at det kan virke foruroligende for personalet at skulle give behandling i disse tilfælde, som kan synes faretruende. Indsatsen må betragtes som en form for førstehjælp, der forbedrer barnets muligheder for hurtigt at komme over anfaldet/den akutte forværring. Disse anfaldsænomener er for det enkelte barn sjældne, så den enkelte medarbejder vil kun sjældent komme ud for denne situation.

Det er derfor vigtigt, at der i pågældende tilfælde i institutionen forudgående har været en drøftelse med forældrene på baggrund af instruktionen fra lægen.

Den kommunale sundhedstjeneste

Ledelsen af institutionen/skolen kan anmode den kommunale sundhedstjeneste om at rådgive personalet om generelle forhold vedrørende medicingivning og medicinopbevaring.

Den kommunale sundhedstjeneste kan også indøve de aktuelle procedurer med personalet. Det kan være behandling med stikpiller (suppositorier), anvendelse af inhalationsapparater eller EPI-pen samt insulininjektioner.

Personalet kan herved oplæres i, hvordan de efter den behandlende læges instruktion skal håndtere akutte situationer for det enkelte barn og således iværksætte den ordinerede behandling og/eller tilkalde akut hjælp.

Denne skrivelse erstatter Sundhedsstyrelsens udmelding af 28. september 2000 om medicingivning i dagtilbud for børn.

Sundhedsstyrelsen, den 25. oktober 2010

Anna Murphy / Marianne Søborg Nielsen

Referencegruppe

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, IBCLC, Sundhedsstyrelsen (formand)

Annette Storr-Paulsen, kommunallæge, Dansk Selskab for Børnesundhed, børnefraktionen

Bjarne Bruun Jensen, professor, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole til 31.5.2009, herefter chef for Steno Center for Sundhedsfremme

Christine Brot, overlæge, ph.d., Sundhedsstyrelsen

Eva Due, kommunal børnelæge, Dansk Pædiatrisk Selskab (fra januar 2009)

Hanne Sejerøe, ledende sundhedsplejerske, Foreningen af ledere af sundhedsordninger for børn og unge i Danmark

Ingeborg H. Kristensen, regionssundhedsplejerske, MPH, Danske Regioner

Inger Mortensen, ledende sundhedsplejerske, MSP, Dansk Sygeplejeråd

Janni Ammitzbøll, sundhedsplejerske, MPH, sundhedsfaglig konsulent, Københavns kommune

Jørgen Lassen, praktiserende læge, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver

Kari Vieth, seniorkonsulent, Kommunernes Landsforening

Lene Flachs, speciallæge i almen medicin, praktiserende læge og praksiskonsulent på Børneafdelingen, Hvidovre hospital

Louise Filt, fuldmægtig, Ministeriet Sundhed og Forebyggelse (fra februar 2008 til januar 2009)

Margit Ulmer, fuldmægtig, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (fra januar 2009)

Niels Henrik Nielsen, embedslæge, MPH, Sundhedsstyrelsen

Pernille Due, overlæge, Statens Institut for Folkesundhed

Poul Lundgaard Bak, Chef for Videncenter for Sundhed og Trivsel, Børn og unge, Århus Kommune

Susanne Hede, sundhedsplejerske, MSA, Formand for Fagligt Selskab for Sundhedsplejerske

Susanne Munck, speciallæge i pædiatri, Dansk Pædiatrisk Selskab (fra februar 2008 til januar 2009)

Vibeke Manniche, kommunallæge, Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger

Arbejdsgrupper

Spæd- og småbørn

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, IBCLC, Sundhedsstyrelsen (formand)

Christine Brot, overlæge, ph.d., Sundhedsstyrelsen

Claus Malta Nielsen, kommunallæge, Foreningen af kommunalt Ansatte Læger

Inger Marie Thomsen, ledende sundhedsplejerske, Foreningen af ledere af sundhedsordninger for børn og unge i Danmark (til februar 2009)

Janni Ammitzbøll, sundhedsplejerske, MPH, sundhedsfaglig konsulent, Københavns kommune

Lene Flachs, Speciallæge i almen medicin, praktiserende læge og praksiskonsulent på Børneafdelingen, Hvidovre hospital

Susanne Hede, Sundhedsplejerske, MSA, Fagligt Selskab for Sundhedsplejerske

Børn og unge i den skolepligtige alder

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, IBCLC, Sundhedsstyrelsen (formand)

Annette Storr-Poulsen, kommunallæge, Dansk Selskab for Børnesundhed, børnefraktionen

Christine Brot, overlæge, ph.d., Sundhedsstyrelsen

Bjarne Bruun Jensen, professor, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole til 31.5.2009, herefter chef for Steno Center for Sundhedsfremme

Eva Due, kommunal børnelæge, Dansk Pædiatrisk Selskab (fra januar 2009)

Hannah Glismann, sundhedsplejerske, MSP, Københavns kommune

Inge Amlund, ledende sundhedsplejerske, MPH, Danske Regioner

Inger Mortensen, ledende sundhedsplejerske, MSP, Dansk Sygeplejeråd

Susanne Munck, speciallæge i pædiatri, Dansk Pædiatrisk Selskab (fra februar 2008 til januar 2009)

Søren Gissel, kommunallæge, Århus kommune

Vibeke Manniche, kommunallæge, Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger

Konsulentfunktionen

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, IBCLC, Sundhedsstyrelsen (formand)

Birgitte Brinck, Speciallæge i samfundsmedicin, MPH, Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger

Christine Brot, overlæge, ph.d., Sundhedsstyrelsen

Hanne Sejerø, ledende sundhedsplejerske, Foreningen af ledere af sundhedsordninger for børn og unge i Danmark

Karen Wistoft, ph.d., lektor, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole

Niels Henrik Nielsen, embedslæge, MPH, Sundhedsstyrelsen

Øvrige bidragsydere

Ane Stallknecht, pædagogisk psykolog, Pædagogiske Psykologers Forening

Anne Mette Skovgaard, overlæge, klinisk lektor, Børne- og ungdomspsykiatrisk Center, Københavns Universitets Hospital Glostrup

Charlotte Meibom, fuldmægtig, Indenrigs- og socialministeriet

Charlotte Westerlin Nielsen, ledende sundhedsplejerske, MI, Fredensborg kommune

Christian von Buchwald, overlæge, dr. med., Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver

Christina Fischer Stougaard, psykolog, PsykiatriFondens Børne- og Ungeafdeling
Dansk Oftalmologisk Selskab

Dorthe Ahlvang, fuldmægtig, Undervisningsministeriet

Hallur GilstónThorsteinsson, afdelingsleder PsykiatriFondens Børne- og Ungeafdeling

Hanne Kronborg, Sundhedsplejerske, MPH, ph.d., Institut for sygeplejevidenskab, Århus Universitet

Jan Kampmann, professor, Roskilde Universitetscenter

John Rosendahl Østergaard, klinisk professor, overlæge, dr. med., Klinisk Institut, Skejby Sygehus, Århus Universitetshospital

Nina Nygaard-Rasch, ledende sundhedsplejerske, Egedal kommune

Niels Peter Rygaard, cand. psych., aut. af DP

Ole Juhl, centerleder, Dansk Center for Undervisningsmiljø

Poul Jennum, professor, overlæge, dr.med., Dansk Center for Søvnmedicin, Københavns Universitet

Poul Videbech, ledende overlæge, professor, dr. med., Center for Psykiatrisk Forskning, Århus Universitets Hospital

Rasmus Larsen Lindblom, fuldmægtig, Indenrigs- og socialministeriet

Sven Bremberg, professor, FolkhälsöInstituttet, Stockholm, Sverige

Toke Bek, ledende overlæge, dr. med., Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver

Tony Olesen, ledende overlæge, Næstved Sygehus.

Register

- § 50-undersøgelse 37-38
12-måneders-undersøgelse 85
2. besøg i første levemåned 102
2-måneders-besøg 103
2-års-undersøgelse 87
3-års-undersøgelse 88
4-6-måneders-besøg 104
4-års-undersøgelse 90
5-måneders-undersøgelse 83
5-ugers-undersøgelse 80
5-års-undersøgelse 92
8-10-måneders-besøg 105
- A**
Afvigende adfærd 77
Aktive vurderinger 124
Alkohol 56
Alkoholproblem 45-47
Allergi 115
Allergiske sygdomme 57
Almen praksis 15, 24, 33
Amblyopi 157-158
Amning, støtte til 98, 103
Anmeldelsespligtige sygdomme 130
Astigmatisme 159
Asthma 39, 115
Asylansøgerbørn 151
Audiometri 155
- B**
Barlows tegn 71
Barnets bog 17
Barnets Reform 22, 142
Barnets udvikling 81, 83, 85, 87, 89, 90, 92,
100, 102, 103, 105, 106
Begrebsafklaring 144
Behovssamtale 124
Børnemiljøvurdering 128
Børneundersøgelse, ved læge 81, 83, 86,
87, 89, 90, 92
ved sundhedsplejerske 101, 102, 103,
105, 106
- C**
Craniotabes 69
- D**
Dagtilbud 27
Dagtilbudsloven 133
Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed 146
Dansk Center for Undervisningsmiljø 133
Database 148
Deltagelse 113
Den Danske Kvalitetsmodel 146
Den motiverende samtale 124
Du bestemmer 124
D-vitaminmangel 149
- E**
Embedslæge 24, 27-28
Enkeltsager 31
EPDS 51
Ernæring 58
Etableringsbesøg 99
Etnisk baggrund 54, 149
- F**
Familieambulatorium 32
Familiesammenførte børn 151
Farvesynstest 158
Flytning 22
Folkeskoleloven 142
Forebyggelse 144
Forebyggelsestemaer 56-68
Forebyggende helbredsundersøgelser 79
Forvaltningsloven 140
Forældre 33, 121
Forældregruppe 14, 107
Forældresamtale 82, 84, 86, 88, 89, 91,
94, 121

Forældreuddannelse 107
Funktionsområder 24
Fysisk aktivitet 58
Fysiske symptomer 77
Fædregruppe 14, 107
Fødselsdepression 33, 45, 51-52, 82, 103
Fødselsvægt 39-40
Følelsesmæssige problemer 77

G

Galdevejsatresi 73
Galeazzis tegn 72
Ganespalte 69
Gotlandskalaen 51
Graviditetsbesøg 14, 95
Gruppeaktivitet 14

H

Handicap 53
Handlekompetence 112
Hepatitis B 149
Hirschbergs test 157
Hjemmebesøg 14, 53, 97
Hjemmeundervisning 120
Hofteluksation 70
Hovedomfang 72, 153
Hygiejne 15, 128
Hypermetropi 158
Højdemåling 152
Højdeudvikling 42
Høreprøve 155

I

Icterus 73
Indeklima 129, 132
Indskolingsundersøgelse 14, 114-118,
120
Infektioner 39, 81, 88, 151
Infektionshygiejne 130

J

Jerntilskud 85, 104
Journalføring 16
Journalføringspligt 18

K

Kognitive vanskeligheder 77
Kommunalt ansat læge 24-25, 108
Kommunikation 18
Konsulentfunktion 126
Konsultation 14
Kontaktforstyrrelse 77
Kontaktlinser 160
Kosttilskud 59
Kraniefacon 103
Krise 45
Kronisk sygdom 53
Kulturel praksis 151
Kvalitetssikring 25, 145

L

Lokalsamfund 27
Lov om børnemiljø i dagtilbud 133
Lov om social service 141
Lægemiddel 41
Lærere 34
Læsesyn 159

M

Mavesmerter 77, 117
Medfødt grå stær 158
Medicingivning 132
Medicinsk sundhedsproblem 39
Miljø 28, 128
Myopi 158
Mælkeallergi 57
Mødregruppe 14, 107
Måling af hovedomfang 153
Måling af højde og vægt 152

O

Omsorgsevne 45
Omsorgssvigt 33, 49
Optiker 160
Organisering 30-31
Ortolanis tegn 71
Overgangsperiode, 104
Overvægt 39, 59

P

Passiv rygning 60
Patientsikkerhed 147
Plagiocephali 74
Posttraumatisk belastningsreaktion 50
PPR 35
Praktiserende læge 24
Psykisk sygdom 45, 47-48
Psykiske udviklingsforstyrrelser 75
PTSD 50
Pædagogisk kompetence 127
Pædagogisk Psykologisk Rådgivning 35
Påvirket trivsel 41

R

Rachitis 69
Reflekser 154
Relationer 43
Ruskevold 50
Rusmiddelproblem 45-47
Rygning 60

S

Samarbejdsmodel 38
Samarbejdspartnere 32
Samsyn 159
Samtale m. børn 111
Samtykke 19
Seksuel sundhed 119
Seksuelle overgreb 49
Serviceloven 37, 140
Shaken-baby-syndrome 50
Skader 42
Skimmelsvamp 129
Skole 34
Skolesundhedsarbejde 109
Smitsomme sygdomme 28, 128, 131, 150
Småbørn 106
Social ulighed 40
Sol 60
Spiseproblem 50, 76, 77

Sprog 77, 80, 82, 87, 88, 102, 115, 151
Sproglige vanskeligheder 77, 88
SSD-samarbejde 36
SSP-samarbejde 36
Stetoskopi 78
Stofproblem 45-47
Støjskade 129, 132
Sundhed 144
Sundhedsadfærd 42, 119
Sundhedsaftale 11
Sundhedsbegreb 112
Sundhedsberedskab 28
Sundhedsfremme 144
Sundhedskoordinationsudvalg 11
Sundhedsloven 29
Sundhedsplejerske 27
Sundhedspolitik 25
Sundhedspædagogik 111
Sundhedspædagogisk aktivitet 14, 110, 122
Svangreomsorg 14
Sygeplejefaglige optegnelser 18
Synsprøve 158
Synstavler 159
Særlige behov 14, 43-55
Søvn 61-62
Søvnforstyrrelse 50
Søvnproblemer 77
Sårbarhed 45

T

Tavshedspligt 19
Tavshedspligtsregler 142
Teamsamarbejde 16
Tidlig indsats 144
Tilknytning 43
Tilknytningsforstyrrelse 33
Tilsyn den første tid 97
Tovholder 32
Trivsel 41, 97
Tværfaglig gruppe 25, 30
Tværfagligt samarbejde 29

U

Udskolingsundersøgelse 14, 114-120

Ulighed i helbred 40

Ulykker 42, 63, 132, 150

Underretningspligt 22

Undervisning 14

Undervisningsmiljøloven 133

Utilsigtede hændelser 147

V

Vaccination 14

Videregivelse af oplysninger 19-21

Vuggedød 63

Vægtmåling 152

Vægtudvikling 42

Vækst 115

Væksthæmning 77

Værdispringsregel 20-21

W

WHO-5 Trivselsindeks 52

Ø

Øjenkontakt 102

Øjenlæge 160

Å

Åben konsultation 14, 110

Åbent hus 14, 107

VEJLEDNING OM FOREBYGGENDE SUNDHEDSYDELSER TIL BØRN OG UNGE

Vejledningen beskriver, hvordan de forebyggende sundhedsydelse og den sundhedsfaglige forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for børn, unge og deres forældre kan tilrettelægges i overensstemmelse med bestemmelserne i gældende lovgivning.

Vejledningen indeholder to dele: Første del er af rammesættende, udredende og beskrivende karakter og er primært henvendt til politikere og sundhedsfaglige ledere med ansvar for planlægning af den kommunale sundhedsindsats. Anden del er en konkret vejledning om de ydelser, som den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis skal tilbyde børn, unge og familier. Denne del kan være et nyttigt redskab for praktikernes tilrettelæggelse af indsatsen.

Fra indholdet:

- Lovgrundlag og rammer for de forebyggende sundhedsydelse
- Funktionsbeskriver for aktører i den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis
- Rammer for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde
- Børns sundhed og trivsel
- Generelle forebyggelsestemaer
- Særlige problemstillinger
- Beskrivelser af ydelserne i den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis.

Vejledningen anlægger et familieorienteret og sammenhængende perspektiv på indsatsen med fokus på børn og unge med særlige behov. Der er i vejledningen lagt vægt på det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, herunder sundhedsaftaler mellem kommune og region. Det beskrives, hvilke opgaver der med fordel kan inddrages i en sundhedsaftale med henblik på at sikre en sammenhængende forebyggelsesindsats.

www.sst.dk

Bogen kan købes hos:
Komiteen for Sundhedsoplysning
Classensgade 71, 5. sal, 2100 København Ø
Telefax 35 43 02 13
E-mail: kfs@sundkom.dk
Hjemmeside: www.sundhedsoplysning.dk

