

UNG- OG SMÁBARNAYERND

Leiðbeiningar um heilsuvernd barna 0–5 ára

3. útgáfa - maí 2013, uppf. nóv. 2013

2. útgáfa - október 2010

1. útgáfa - september 2009



**Embætti
landlæknis**
Directorate of Health



Efnisyfirlit

1	Ung- og smábarnavernd á Íslandi	6
1.1	Ung- og smábarnavernd	7
2	Skoðanir í ung- og smábarnavernd	12
2.1	Inngangur	13
2.2	Yfirlit yfir skoðanir og ónæmisadgerðir	15
2.3	Yfirlit yfir þroskamat 0-18 mánaða	16
2.4	Heimavitjanir	17
2.5	Sex vikna skoðun	32
2.6	Níu vikna skoðun	38
2.7	Þriggja mánaða skoðun	42
2.8	Fimm mánaða skoðun	47
2.9	Sex mánaða skoðun	51
2.10	Átta mánaða skoðun	59
2.11	Tíu mánaða skoðun	64
2.12	Tólf mánaða skoðun	71
2.13	Átján mánaða skoðun	76
2.14	Tveggja og hálfs árs skoðun	87
2.15	Fjögurra ára skoðun	95
3	Bólusetningar	105
3.1	Yfirlit yfir bólusetningar	106
3.2	Ónæmisadgerðir	108
3.3	Bráðaofnæmi tengt ónæmisadgerðum	113
3.4	Sjúkdómar sem bólusett er gegn	115
4	Líkamleg skoðun	120
4.1	Leiðbeiningar um líkamlega skoðun	121
4.2	Augnskoðanir barna	139
4.3	Heyrn og heyrnarmælingar	142
4.4	Munnskoðanir barna	145
4.5	Vaxtarlínurit stúlkur	146
4.6	Vaxtarlínurit drengir	147
5	Þroski barna	148
5.1	Þroski barns og helstu þroskafrávik	149
5.2	Dæmigerð máltaka barna	154
5.3	Einhverfa og raskanir á einhverfurófi	157
5.4	Athyglisbrestur með ofvirkni (ADHD)	163
5.5	PEDS - Mat foreldra á þroska barna	171
5.6	BRIGANCE þroskaskimun	178
6	Fræðsla og forvarnir	186
6.1	Næring ungbarna	187
6.2	Brjóstagjöf	195

6.3	Uppeldi og uppeldisfræðsla.....	239
6.4	Svefn og svefnvandamál ungra barna	248
6.5	Slysavarnir barna	256
6.6	Tannvernd.....	258
6.7	Hreyfing barna	263
6.8	Tóbak, áfengi og vímuefni - Forvarnir og heilsuefning	267
6.9	Andleg líðan eftir fæðingu	273
6.10	Ofbeldi gegn börnum	279
6.11	Aðgerðir til varnar vöggudauða.....	283
7	Heilsufarsvandi.....	284
7.1	Hiti hjá börnum	285
7.2	Miðeyrnabólgur	289
7.3	Uppköst og niðurgangur	297
7.4	Hægðatregða ungbarna að fimm ára aldri.....	301
7.5	Offita barna og unglunga.....	305
7.6	Næturvæta	312
7.7	Barnaastmi	315
7.8	Barnaexem.....	320
7.9	Kláðamaur, lús og njálgur	323
8	Sértæk verkefni.....	328
8.1	Eftirfylgd fyrirbura	329
8.2	Börn af erlendu bergi brotin.....	334
8.3	Seinfærir foreldrar	337
9	Félagsþjónusta og tryggingamál.....	340
9.1	Félagsþjónusta og tryggingamál.....	341
10	Skráning	345
10.1	Skráning	346
11	Nafnalisti.....	350
11.1	Nafnalisti.....	351

FORMÁLI

Tilgangur og markmið ung- og smábarnaverndar er að fylgjast reglulega með heilsu og framvindu á þroska barna. Þannig er fylgst með vitsmuna- og tilfinningaþroska, ásamt félagslegum og líkamlegum þroska frá fæðingu til skólaaldurs. Áhersla er lögð á stuðning við fjölskylduna og þannig stuðlað að því, að börnum séu búin bestu möguleg uppvaxtarskilyrði á hverjum tíma. Mikilvægt er að uppgötva sem fyrst frávik hvað heilsufar og þroska varðar og gera viðeigandi ráðstafanir. Hlutverk ung- og smábarnaverndar er því mikilvægt og ber að sinna í góðri samvinnu lækna, hjúkrunarfræðinga, ljósmæðra og annars heilbrigðisstarfsfólks.

Skipuleg ung- og smábarnavernd hefur verið í boði hér á landi allt frá árinu 1927. Framkvæmd hennar hefur að hluta til byggst á almennum vinnureglum sem hafa þróast í tímans rás en einnig á almennum leiðbeiningum embættis landlæknis. Fyrstu leiðbeiningarnar komu út árið 1984. Þær voru síðan endurskoðaðar og gefnar út árið 1996. Þær breytingar sem síðan hafa orðið hafa verið sendar út sem *Dreifibréf landlæknis* og hafa m.a. snert málþroskaskimun við 3½ árs aldur og bólusetningar.

Í ljósi reynslunnar og þeirra breytinga sem ung- og smábarnavernd hefur gengið í gegnum á nýliðnum árum þótti mikilvægt að framkvæma heildarendurskoðun á *Handbók ung- og smábarnaverndar*. Þessi endurskoðun hefur tekið langan tíma og fjölmargir aðilar komið að henni, á einn eða annan hátt. Í grundvallaratriðum byggir hún á fyrri handbók. Auk fyrri texta sem hefur verið endurskoðaður hefur mörgum nýjum köflum verið bætt við.

Ein mikilvægasta breytingin frá fyrri *Handbók* er breyting á lykilaldurskoðun barna frá 3½ árs aldri til 2½ árs aldurs og svo 5 ára skoðun í 4 ára skoðun.

- Tekin verða upp ný skimunartæki *PEDS* og *BRIGANCE* þroskaskimun til að skima fyrir þroska barna á þessum aldri og í 18 mánaða skoðun. Rökunum fyrir þessum breytingum og nýjum vinnuferlum eru gerð skil í viðeigandi köflum en endurspeгла áherslu á mikilvægi eðlilegs þroska barnanna fyrstu æviárin.
- Ný áhersla er á hlutverk ung- og smábarnaverndar varðandi fræðslu til foreldra um aga og uppeldi.
- Sérstakir kaflar eru um þroska og þroskafrávik, þroskamat og einhverfu.
- Breytingar á lykilaldursskoðunum hafa í för með sér að sjónpróf 3½ árs barna verða framvegis við 4 ára aldur og ekki er hægt að nota EFI málþroskaskimunina.
- Þar sem heyrnarmæling nýbura nær í vaxandi mæli til allra nýfæddra barna á landinu verður engin heyrnarmæling í ung- og smábarnavernd. Ekki er mælt með hljóðholismælingum sem skimun í ung- og smábarnavernd.

Reynslan hefur leitt í ljós, að leiðbeiningar sem þessar eru gagnlegar fyrir ýmsa starfshópa heilbrigðisstétta og hefur því verið reynt að hafa þær sem fjölbreytilegastar, þannig að þær nái jafnt til einfaldra og flókinna atriða. Sum þessara atriða geta virst einföld í augum þeirra sem reyndari eru, en orðið afar hagnýt þeim, sem minni reynslu hafa.

Handbókin er í þetta sinn bæði gefin út í möppu og í rafrænu formi og mun verða í sífelldri endurskoðun. Þar sem handbókin er gefin út í möppu en ekki sem rit verður auðvelt að skipta út eldra efni fyrir nýtt. Leiðbeiningar sem þessar nýtast best sem uppflettirit, fremur en að þær séu lesnar í einni lotu spjaldanna á milli.

Tilgangur þessara leiðbeininga er einkum að:

- Lýsa kröfum um ákveðin lágmarksgæði í ung- og smábarnavernd hér á landi.
- Vera marklýsing fagaðila um innihald ung- og smábarnaverndar.
- Koma að gagni við grunn-, framhalds- og símenntun heilbrigðisstétta.
- Samræma innihald leiðbeininga og framkvæmd í ung- og smábarnavernd

Vert er að hafa hugfast, að við skipulagningu ung- og smábarnaverndar er oft og tíðum eingöngu stuðst við fyrri reynslu og hefðir fremur en vísindalegar staðreyndir. Þetta eru þess vegna klínískar leiðbeiningar í heild sinni en margt í þeim byggir þó á gagnreyndri þekkingu.

Það er von okkar sem höfum haft umsjón með þessari endurskoðuðun á Handbók ung- og smábarnaverndar að hún nýtist í daglegum störfum með börnum og fjölskyldum. Það er einnig von okkar að hún myndi faglegan ramma um starfið samtímis sem hún hvetji til gagnrýnnar og upplýstrar umræðu um þróun ung- og smábarnaverndar á landsvísu. Þess vegna hvetjum við alla til að leggja sitt af mörkum og koma með ábendingar um það sem betur mætti fara.

Seltjarnarnes í mars 2009

Anna Björg Aradóttir
Yfirhjúkrunarfræðingur
Landlæknisembættið

Geir Gunnlaugsson
Forstöðumaður og barnalæknir
Miðstöð heilsuverndar barna

Sesselja Guðmundsdóttir
Sviðsstjóri Ung- og
smábarnasviðs MHB

Fyrsti kafli

1 Ung- og smábarnavernd á Íslandi

1.1 UNG- OG SMÁBARNAYERND

Um áratugaskeið hefur skipulögð heilsuvernd barna á Íslandi náð frá fæðingu barns til loka grunnskóla. Markmið hennar er, og hefur verið, að fylgjast með heilsu barna svo þau megi dafna og þroskast á besta hugsanlegan hátt. Af hefð og skipulagslegum ástæðum hefur henni verið skipt í ung- og smábarnavernd og skólaheilsugæslu. Vert er að taka fram að ung- og smábarnavernd er þjónusta sem foreldrum og börnum stendur til boða en er ekki skylt að þiggja.

Í ung- og smábarnavernd er boðið upp á heimavitjanir við fæðingu barns og langflestar fjölskyldur, ef ekki allar, koma í kjölfarið í reglulegar skoðanir á heilsugæslustöð. Sveigjanleiki þjónustunnar er mikill og foreldrar geta haft samband við hjúkrunarfræðing sinn að vild og komið í heimsókn eins oft og þurfa þykir. Þjónustan er án kostnaðar fyrir foreldra, aðgengileg öllum börnum á landinu og vel metin ef dæma má af mikilli og almennri þátttöku foreldra. Kjölfestan í öllu starfi heilsuverndar barna er starf hjúkrunarfræðinga sem eru studdir af læknum á grunni leiðbeininga og öðrum fagaðilum eftir því sem við á.

Í upphafi skipulegs starfs á sviði heilsuverndar barna hér á landi voru helstu vandamálín skæðir smitsjúkdómar, vannæring og há tíðni ungbarnadauda. Í dag stendur heilsuvernd barna frammi fyrir nýjum áskorunum í ljósi betri almennrar heilsu barna. Ungbarnadauðinn er hér á landi sá lægsti í heiminum og getur vart orðið lægri og hefur undanfarin ár verið minni en þrjú börn á hver 1000 lifandi fædd börn. Hættulegum smitsjúkdómum hefur nánast verið útrýmt. Aftur á móti standa íslensk börn frammi fyrir nýjum heilsutengdum vandamálum sem endurspeglast m.a. í því að í stað vannæringar er offita vaxandi vandamál og önnur verkefni bíða úrlausnar sem m.a. snerta þroska og almenna líðan þeirra. Aðstæður í nútímasamfélagi kalla líka á aukna fræðslu um uppeldisaðferðir sem eru líklegar til að hafa fyrirbyggjandi gildi og fer slík fræðsla í auknum mæli fram í ung- og smábarnavernd. Heilsuvernd barna vinnur auk þess í auknum mæli með nýja hópa barna með sérstaka sögu, t.d. litla fyrirbura (fæðingarþyngd minni en 1500 g) og börn sem hafa fengið erfiða og lífshættulega sjúkdóma eins og krabbamein. Nýtt mynstur verkefna kallar á þverfagleg vinnubrögð innan heilsugæslunnar á sviði ung- og smábarnaverndar, meiri fagþekkingar og aukna sérhæfingu.

Auk nýrra verkefna er ljóst að ungir foreldrar nú á dögum sækja ekki eins mikið af upplýsingum um heilsu, vöxt og þroska og uppeldi barna sinna til eldri kynslóða og áður var. Nú til dags leitar fólk sem er að stofna fjölskyldu gjarnan upplýsinga í fræðsluritum og handbókum og hjá jafnöldrum. Veraldarvefurinn er líka uppspretta upplýsinga fyrir unga foreldra og ber fjörug umræða þeirra á þeim vettvangi um málefni sem snerta ung- og smábörn þess vitni. Allir sem vinna með börnum og fjölskyldum standa því frammi fyrir nýjum áskorunum þegar kemur að því að styrkja forvarnarstarf ung- og smábarnaverndar.

Skipulag ung- og smábarnaverndar

Í IV kafla laga um heilbrigðisþjónustu, frá 2007 nr. 40 er kveðið á um að hlutverk heilsugæslustöðva sé að sinna heilsugæslu. Í reglugerð fyrir heilsugæslustöðvar nr. 787/2007 er kveðið á um að heilsugæslustöðvar skuli veita ung- og smábarnavernd.

Heilbrigðisráðuneytið er ábyrgt fyrir stefnumótun, almenntri stjórnarsýslu og fjárhagslegu eftirliti með starfi ung- og smábarnaverndar. Embætti Landlæknis er heilbrigðisráðuneyti til ráðgjafar í heilbrigðismálum, þ.m.t. heilsuvernd barna og Lýðheilsustöð frá stofnun hennar árið 2003. Fagstjórnendur á hverri heilsugæslustöð bera ábyrgð á heilsugæslu barna á sínu þjónustusvæði og að tilmælum landlæknis um ung- og smábarnavernd sé framfylgt. Í lögum eða reglugerð er engin stjórnskipuð miðlæg stoðþjónusta við heilsugæsluna um málefni sem varða ung- og smábarnavernd utan leiðbeiningar Landlæknisembættisins. Barnadeild Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur starfaði þó óformlega í þeim anda allt frá stofnun hennar árið 1953 en hafði aldrei skriflegt umboð til slíks á landsvísu. Miðstöð heilsuverndar barna (MHB), sem féll undir stjórnarsýslu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins eins og barnadeildin gerði, tók við hlutverki hennar frá árinu 2003 og fékk ábyrgð á þróun heilsuverndar barna á landsvísu með fulltingi ráðherra heilbrigðismála og framkvæmdastjórnar Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (HH). Vorið 2009 voru gerðar skipulagsbreytingar hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins sem fólu í sér að MHB var lögð niður sem sérstök eining og starfsemi skipt niður á nýjar einingar að hluta til ásamt starfsemi sem áður tilheyrði Miðstöð mæðraverndar og Miðstöð tannverndar. Ung- og smábarnavernd heyrir núna undir Þróunarstofu og sú starfsemi sem áður tilheyrði Þroska- og hegðunarsviði MHB er nú sjálfstæð eining innan HH og mun veita sömu þjónustu við greiningu barna með þroska- og hegðunarfrávik en nefnist nú Þroska- og hegðunarstöð. Sem fyrr hafa þessar einingar sambærilegt landsbyggðahlutverk og áður.

Framkvæmd ung- og smábarnaverndar

Rammi ung- og smábarnaverndar hefur í grundvallaratriðum verið hinn sami á undanfórnum áratugum þó svo að vinnuferli og almennt verklag hafi breyst í tímans rás. Þær leiðbeiningar sem hér liggja fyrir gera ráð fyrir a.m.k. einni heimavitjun eftir fæðingu barnsins en þær eru þó að jafnaði um 2-4 talsins s.k.v. landskönnun sem fór fram árið 2003. Í kjölfarið koma síðan fimm s.k. lykilaldursskoðanir á fyrstu 18 mánuðunum (þ.e. við 6 vikna og 3, 6, 10 og 18 mánaða aldur) þar sem barnið og fjölskyldan hitta lækni og hjúkrunarfræðing. Í þessum skoðunum er lögð áhersla á að fylgjast með vexti og þroska barnsins og veita viðeigandi aldurstengda fræðslu. Auk þessarar lykilaldursskoðana hittir fjölskyldan hjúkrunarfræðing a.m.k. fjórum sinnum (þ.e. við 9 vikna og 5, 8 og 12 mánaða aldur) og oftast ef ástæða þykir til. Ef þörf krefur er auk þessa ávallt hægt að fá skoðun hjá lækni. Skoðun við 9 vikna aldur beinist mest að móður og líðan hennar samtímis sem hugað er að barninu og líðan þess. Bólusetningar á grunni leiðbeininga frá sóttvarnalækni mynda síðan almennan ramma utan um þjónustu ung- og smábarnaverndar.

Eftir 18 mánaða lykilaldursskoðun er hefð fyrir því að boðið sé upp á tvær skipulagðar heimsóknir fram til grunnskólaaldurs. Um tíma var boðið upp á þær við 2½ árs og 4 ára aldur en með leiðbeiningum landlæknis frá 1996 var því breytt í skoðanir við 3½ og 5 ára aldur. Eins og sjá má í þeim leiðbeiningum sem hér liggja fyrir er ákveðið að breyta þessum skoðunum aftur á sama aldur og var fyrir 1996. Þessi niðurstaða byggist m.a. á skoðunum foreldra sem hafa fengist með spurningakönnun á landsvísu og reynslu fagfólks á núverandi fyrirkomulagi. Einnig hefur almenn þátttaka barna í leikskólum og aukin þekking á ýmsum þroskafrávikum barna gert að verkum að það þykir mikilvægt að bjóða upp á skipulegra vinnuferli við þroskamat á yngra aldursskeiði en verið hefur hingað til. Fyrstu einkenni um þroska- og hegðunarfrávik þarf að greina sem fyrst og með réttum viðbrögðum fagfólks og þverfaglegri nálgun í anda snemmtækrar íhlutunar má vinna með og koma í veg fyrir alvarlegri einkenni seinna á lífsleiðinni.

Pau skimunartæki sem nú er lagt til að verði í almennri notkun eru Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) sem er mat foreldra á þroska barnsins og BRIGANCE þroskaskimun sem lagt er fyrir barnið sjálft og byggja þau á erlendum rannsóknum. Við fyrirlögn PEDS eru tíu spurningar um þroska og hegðun lagðar fyrir foreldra, sem tekur þá innan við 10 mínútur að svara. Á grundvelli svaranna tekur það fagmann aðeins um tvær mínútur að meta hvað eigi að gera næst, miðað við ákveðnar forsendur sem liggja að baki matstækinu. BRIGANCE nær til margra þroskaþátta, þar með talið fín- og grófhreyfinga, almennrar þekkingar, máls, skólafærni og beitingar skriffæris. Hægt er að leggja matið fyrir og skora á 15-20 mínútum. Bæði PEDS og BRIGANCE hafa verið til skoðunar hér á landi sem rannsóknarverkefni um heilsu, þroska og líðan fimm ára barna á vegum þverfaglegs hóps barnalækna, barnageðlækna, sálfræðinga og hjúkrunarfræðinga. Nú liggur fyrir að nota þessi matstæki á landsvísu og staðla fyrir íslenskar aðstæður í samvinnu við Námsmatsstofnun. Við notkun þeirra fær ung- og smábarnavernd ný hjálpartæki til að fylgjast með og meta þroska barna með vaxandi aldri þeirra. Með þeim breytingum sem hér er lagt til varðandi lykilaldursskoðanir eftir 18 mánaða aldur fellur almenn skimun með málþroskaprófinu EFI niður.

Rafræn skráning heilsufarsupplýsinga

Árið 1997 var heilsufarsskrá barna í ung- og smábarnavernd gerð rafræn sem hluti af sjúkraskrárkerfninu *Sögu* en að mestu án ákveðinna vinnuferla um á hvern hátt ætti að nýta upplýsingarnar til stefnumótunar, gæðapróunar eða rannsókna. Starfsfólk hefur því á undanförunum árum oft tvískráð upplýsingar, þ.e. á pappír og á rafrænu formi. Tölfræðileg úrvinnsla þessara heilsufarsupplýsinga hefur auk þess verið misjöfn og að mestu á hendi stjórnenda hverrar heilsugæslustöðvar. Með öflugri rafrænni sjúkraskrá skapast einstakt tækifæri fyrir þá sem starfa í ung- og smábarnavernd að leggja grunninn að öflugri gæðastjórnun og rannsóknarvinnu um málefni sem snerta fjölskyldur og börn á fyrstu árum lífs þeirra.

Lokaorð

Þessar leiðbeiningar byggja á bestu þekkingu sem völ er á hvað varðar heilsu og þroska barna. Eins og fram hefur komið hefur verið ákveðið að bjóða upp á skoðun við við 2½ árs og 4 ára aldur og taka í notkun þroskamatatæki sem byggja á ítarlegum rannsóknum. Þjónusta ung- og smábarnaverndar byggir á gömlum merg og veitir fjölskyldum aðgengilega þjónustu á viðkvæmasta aldri barnanna og gefur mörg tækifæri á því að fræða og veita viðeigandi stuðning. Almenn þátttaka foreldra styður einnig að þjónustan er mikils metin sem leggur síðan grunn að almennri og góðri þátttöku þeirra í bólusetningum. Mikilvægt er að leitast ávallt eftir því að styðjast við bestu reynslu og þekkingu hvers tíma. Skipuleg vinnuferli við mat á vexti og þroska barna, bólusetningar og rafræn skráning heilsufarsupplýsinga í SÖGU gefa tækifæri á að meta betur dagleg störf, samtímis sem faglegar stöðir starfsins eru styrktar.

Nokkrar heimildir og ítarefni

- Brynhildur Briem (1999). *Breytingar á hæð og þyngd 9 ára skólabarna í Reykjavík 1919-1998*. Óbirt lokaritgerð til meistaraþrófsgráðu í heilbrigðisvísindum. Reykjavík: Læknadeild Háskóla Íslands.
- Geir Gunnlaugsson og Evald Sæmundsen (2005). Að finna frávík í þroska og hegðun fimm ára barna. Í *Ungir Íslendingar í ljósi vísindanna* (bls. 237-45). Reykjavík: Umboðsmaður barna og Háskóli Íslands.
- Geir Gunnlaugsson (2005). Miðstöð heilsuverndar barna: ný stofnun á gömlum merg. *Læknablaðið*, 91, 456-59.
- Geir Gunnlaugsson (2005). Miðlæg þjónusta heilsuverndar barna: ný verkefni á nýrri öld. *Læknablaðið*, 91, 542-44.
- Geir Gunnlaugsson (2007). *Hälsa och välfärd bland barn och ungdomar på Island*. Í Guðbjörg Linda Rafnsdóttir (ritstj.), *Arbete, helse og velfærd i Vestnorden*. Antologi (bls. 126-146). Reykjavík: Háskólaútgáfan og Rannsóknarstofa í vinnuvernd.
- Gestur Pálsson, Jóhann Ág. Sigurðsson og Hjördís Guðbjörnsdóttir (1996). *Ungbarnavernd. Leiðbeiningar um heilsugæslu barna*. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Grøholt, E.K. og Nordhagen, R. (fyrir vinnuhóp NOMESCO um heilsu barna) (2005). Children's health in the Nordic Countries – Barns helse i Norden. Í Nielsen, J. (ritstj.), *Health Statistics in the Nordic Countries 2003* [Helsestatistik for de nordiske lande 2003] (bls. 193-245). København: Nordisk Medicinalstatistisk Komité. Sérprentun: Rapport 2005:6, Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Hall, D. og Elliman, D. (2003). *Health for all children* (4. útg.). Oxford: Oxford University Press.
- Hallveig Finnbogadóttir (2001). Hjúkrunarfræðingar í ung- og smábarnavernd á nýrri öld. Í Herdís Sveinsdóttir og Ari Nyysti (ritstj.), *Framtíðarsýn innan heilsugæsluhjúkrunar* (bls. 216-221). Reykjavík: Rannsóknarstofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Háskólaútgáfan.

- Hallveig Finnbogadóttir og Geir Gunnlaugsson (2002). Hjúkrunarfræðingar og framkvæmd skimunar í ung- og smábarnavernd í ljósi reynslu af EFI málþroskaskimun. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 78, 277-79.
- Hiilamo, H. (2008). *Promoting Children's Welfare in the Nordic Countries*. Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 15.
- Ólöf Garðarsdóttir (2002). *Saving the Child. Regional, Cultural and Social Aspects of the Infant Mortality Decline in Iceland, 1770-1920*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.

Annar kafli

2 Skoðanir í ung- og smábarnavernd

2.1 INNGANGUR

Tilgangur og markmið ung- og smábarnaverndar er að fylgjast reglulega með heilsu og framvindu á þroska barna. Þannig er fylgst með vitsmuna- og tilfinningaþroska, ásamt félagslegum og líkamlegum þroska frá fæðingu til sex ára aldurs. Áhersla er lögð á stuðning við fjölskylduna og þannig stuðlað að því, að börnum séu búin bestu möguleg uppvaxtarskilyrði á hverjum tíma, fræðsla og ráðgjöf og framkvæmd ónæmisaðgerða. Við frávík ber að tryggja að barn fái viðeigandi stuðning og þjónustu fagaðila.

Skömmu eftir fæðingu berst fæðingatilkynning á þá heilsugæslustöð sem sinnir svæðinu sem barnið býr á og er foreldrum ráðlagt á að hafa samband við heilsugæslustöðina fljótlega eftir að heim er komið af fæðingadeildinni. Öllum foreldrum nýfæddra barna er boðið upp á heimavitjanir fyrstu vikunar og að koma síðan í kjölfarið á heilsugæslustöðina með barnið í skoðanir. Með þessu er dregið úr þeirri hættu á að fjölskyldur í þörf fyrir þjónustu gleymist. Hafa ber í huga að engum er skylt að þiggja þjónustu ung- og smábarnaverndar. Fjöldi heimsóknna fer eftir samkomulagi en algengt er að fjölskyldur séu heimsóttar nokkrum sinnum fyrstu þrjá mánuðina. Að jafnaði er miðað við tvær til þrjár heimavitjanir fram að sex vikna skoðun á heilsugæslustöð og eina vitjun frá sex vikna til þriggja mánaða skoðunar. Það er mikilvægt að öll fræðsla fari fram eftir þörfum fjölskyldunnar og aðstæðum hverju sinni. Foreldrum er ávallt velkomið að hafa samband við hjúkrunarfræðinga í ung- og smábarnavernd umfram þessar skipulögðu skoðanir. Þjónustan á að vera sveigjanleg og er foreldrum að kostnaðarlausu.

Heimavitjanir eiga sér langa sögu hér á landi og hafa marga góða kosti, en eru tímafrekar og kostnaðarsamar. Kostirnir eru þó mun fleiri en ókostirnir þegar til langs tíma er litið. Barninu er hlíf við ferðalögum og er því síður útsett fyrir smithættu. Hjúkrunarfræðingar fá einnig betri yfirsýn yfir félagslegar aðstæður foreldra og samband verður oft mjög náð. Þeir verða þó að hafa í huga að foreldrar eru að bjóða þeim inn á heimili sitt og heimsóknin getur virkað ógnandi fyrir suma foreldra. Því er mikilvægt að sýna foreldrum virðingu og nærgætni.

Hjúkrunarfræðingar eru í einstakri aðstöðu að hafa áhrif á og styðja foreldra í foreldrahlutverkinu. Í heimavitjunum skoðar hjúkrunarfræðingur barnið, metur þroska þess, þyngd og höfuðummál. Foreldrar fá ráðgjöf og fræðslu varðandi umönnun barnsins og eigin líðan, en það er mikilvægt að huga að allri fjölskyldunni. Þegar barnið er sex vikna gamalt er læknesskoðun á heilsugæslustöð og við þriggja mánaða aldur hefjast bólusetningar. Þeim er ætlað að verja börn eins snemma á ævinni og auðið er gegn alvarlegum smitsjúkdómum og hindra farsóttir af völdum þeirra. Hefðbundnar bólusetningar eru framkvæmdar samkvæmt fyrirmælum frá Embætti landlæknis. Vegna almennrar þátttöku landsmanna í bólusetningum í gegnum árin hefur ekki verið talin þörf á að gera bólusetningu að skyldu hér á landi.

Góð aðstaða þarf að vera fyrir hendi á heilsugæslustöðinni fyrir móttöku í ung- og smábarnavernd. Starfsfólk á í sameiningu að vinna að því að skapa hlýlegar aðstæður á heilsugæslustöðinni og sýna foreldrum ávallt nærgætni og virðingu. Virk hlustun er mikilvæg og skiptir þá máli að tala ekki of mikið, því þá er erfitt að hlusta. Taka þarf tillit til forsenda foreldra, s.s. þjóðernis, aldurs, þroska, bakgrunns, trúar menningar o.s.frv. Vert er að geta þess að samkvæmt lögum um réttindi sjúklinga nr. 74/1997 eiga notendur heilbrigðisþjónustunnar rétt á þjónustu túlks ef þeir tala ekki íslensku eða nota táknmál.

Mikilvægt er að heilbrigðisstarfsfólk muni markvisst eftir því að hrósa og draga fram styrkleika foreldra mjög fljótlega í upphafi skoðunar/vitjunar og leggja þannig grunn að góðum samskiptum.

2.2 YFIRLIT YFIR SKOÐANIR OG ÓNÆMISAÐGERÐIR

Aldur	Hver skoðar	Áhersla	Ónæmis- aðgerðir	Bóluefni
< 6 vikna	H (vitjanir)	Upplýsingar um ung- og smábarnavernd. Proskamat. Brjóstagjöf/næring. D-vítamín. Svefn. Tengslamyndun. Líðan foreldra eftir barnsburð, kynlíf og getnaðarvarnir. Proski og örvun barns. Slysavarnir. Reykingar, áfengisnotkun og önnur vímuefni.		
6 vikna	H + L/BL	Proskamat. Næring móður og barns. D-vítamín. Svefn. Tengslamyndun. Proski og örvun barns. Slysavarnir. Reykingar.		
9 vikna	H (vitjun/ heilsu- gæslustöð)	Brjóstagjöf/næring. Svefn. Tengslamyndun, líðan foreldra eftir barnsburð, EPDS skimun. Proski og örvun barns. Uppeldi, hegðun og agi. Slysavarnir. Kynning á ónæmisadgerðum.		
3 mán	H + L	Proskamat. Brjóstagjöf/næring. Svefn. Tengslamyndun, líðan foreldra eftir fæðingu. Proski og örvun barns. Uppeldi, hegðun og agi. Slysavarnir. Upplýsingar um ónæmisadgerðir/ aukaverkanir.	DTaP, Hib, IPV (1) Pneumó- kokkar (1)	Pentavac Synflorix
5 mánaða	H	Brjóstagjöf/næring. Svefn. Líðan móður. Tannvernd. Proski og örvun barns. Slysavarnir. Upplýsingar um ónæmisadgerðir/ aukaverkanir.	DTaP, Hib, IPV (2) Pneumó- kokkar (2)	Pentavac Synflorix
6 mánaða	H + L	Proskamat. Næring, lýsi. Svefn. Tannvernd. Proski og örvun. Uppeldi, hegðun og agi. Slysavarnir. Upplýsingar um ónæmisadgerðir/ aukaverkanir.	MCC (1)	NeisVac-C
8 mánaða	H	Næring. Svefn. Tannvernd. Proski og örvun barns, málörvun. Uppeldi, hegðun og agi. Reykingar. Slysavarnir. Upplýsingar um ónæmisadgerðir/ aukaverkanir.	MCC (2)	NeisVac-C
10 mánaða	H + L/BL	Proskamat. Næring. Svefn. Tannvernd. Proski og örvun barns, málörvun. Uppeldi, hegðun og agi. Slysavarnir.		
12 mánaða	H	Næring. Svefn. Líðan móður. Tannvernd. Proski og örvun, málörvun. Uppeldi, hegðun og agi. Slysavarnir. Upplýsingar um ónæmisadgerðir/ aukaverkanir.	DTaP, Hib, IPV (3) Pneumó- kokkar (3)	Pentavac Synflorix
18 mánaða	H + L/BL	PEDS. Proskamat. Næring. Hreyfing. Svefn. Líðan móður. Tannvernd. Málörvun. Hreinlætisvenjur. Uppeldi, hegðun og agi. Slysavarnir. Reykingar. Upplýsingar um ónæmisadgerðir/ aukaverkanir.	MMR	MMRvaxPro
2 1/2 árs	H + L/BL	PEDS, BRIGANCE. Næring. Hreyfing. Svefn. Tannvernd. Málörvun, hreinlætisvenjur. Slysavarnir. Uppeldi, hegðun og agi. Sjónvarpsáhorf. Reykingar.		
4 ára	H	PEDS, BRIGANCE. Næring. Hreyfing. Svefn. Tannvernd. Málörvun. Slysavarnir. Reykingar. Uppeldi, hegðun og agi. Sjónvarpsáhorf/ tölvunotkun. Kynferðisleg áreitni. Upplýsingar um ónæmisadgerðir/ aukaverkanir. Sjónpróf.	dTaP	Boostrix

H: Hjúkrunarfræðingur L: Læknir
BL: Barnalæknir (ef til staðar)

Tilmæli sóttvarnalæknis—janúar 2013



Embætti
landlæknis
Directorate of Health



2.3 YFIRLIT YFIR ÞROSKAMAT 0-18 MÁNAÐA

Almennt má framkvæma þroskamat með þremur mismunandi aðferðum:

- **Upplýsingar foreldra.** Foreldrar eru spurðir um einstök atriði þroskamatsins. Mikilvægt er að ljóst sé að foreldrið skilji hvað verið er að spyrja um. Ef minnsti vafi leikur á þessu ætti að biðja foreldrið að lýsa hvernig barnið gerir það atriði sem spurt er um. Ef foreldrið getur ekki gefið fullnægjandi upplýsingar um tiltekin atriði þroskamatsins þarf að gera beina eða óbeina athugun á atriðinu. Sama gildir ef upplýsingar foreldris þykja ekki nægilega trúverðugar eða stangast á við klínískt mat læknis/hjúkrunarfræðings á aðstæðum og almennri stöðu barnsins.
- **Óbein athugun.** Fylgst er með barninu, t.d. á meðan foreldri sinnir því, eða þegar barnið leikur sér frjálst.
- **Bein athugun.** Atriðið er skoðað með beinum hætti í samskiptum við barnið samkvæmt sérstökum leiðbeiningum sem fylgja hverju atriði.

Við sum atriði þroskamatsins þarf að nota gögn, t.d. algeng leikföng. Best er að koma sér sérstaklega upp viðeigandi gagnasafni fyrir þessar athuganir og hafa það handbært þar sem skoðun fer fram. Æskilegir hlutir eru: hringla, bolti, litur, trékubbar, þykkblaðabók, blöð og sverir vaxlitir.

Aldur	Grófhreyfingar	Fínhreyfingar	Samskipti og leikur	Vitsmuna- og málþroski
2-4 vikna	Samhverfar hreyfingar hand- og fótleggja		Myndar augnsamband	Myndar hljóð Bregst við hljóði
6 vikna	Lyftir höfði liggjandi á grúfu	Opnar lófa	Brosir	Fylgir hlut eftir með augunum Myndar hljóð með mismunandi blæbrigðum
3 mánaða	Heldur höfði í nokkrar sekúndur	Skoðar hendur	Þekkir móður Sýnir leikfangi áhuga	Hjalar
6 mánaða	Veltir sér af baki yfir á maga Hjálpar til við að setjast upp	Flytur hluti milli handa	Vill láta taka sig upp	Bablar Litast um eftir leikfangi sem það missir
10 mánaða	Situr vel óstutt Togar sig upp í standandi stöðu	Tekur um skaft á skeið Tangargrip	Leikur týndur fundinn Vinkar Klappar	Fjölbreytt babl Skilur einstaka orð Slær saman tveim kubbum
18 mánaða	Gengur án stuðnings	Borðar með skeið eða gaffli Krotar	Bendir til að sýna áhuga Bendir á líkamshluta Sækir hlut sem beðið er um	Notar 6-10 orð Byggir turn úr tveim kubbum Skoðar mynd í bók

2.4 HEIMAVITJANIR

Hjúkrunarfræðingur fer í fyrstu heimavitjun fljótlega eftir heimkomu móður og barns eða þegar heimaþjónustu ljósmóður lýkur. Fyrsta vitjun er æskileg 7-14 dögum eftir fæðingu. Heimsókn er alltaf ákveðin í samráði við foreldra. Fyrsta heimavitjun tekur u.þ.b. klukkustund en næstu heimavitjanir taka yfirleitt skemmri tíma. Tímalengd og fjöldi vitjana fer þó alltaf eftir þörfum fjölskyldunnar hverju sinni. Hjúkrunarfræðingur metur út frá aðstæðum og sögu fjölskyldunnar hverju sinni hvaða stuðning og fræðslu foreldrar þurfa í hverri heimavitjun.

Hjúkrunarfræðingur tekur með sér í heimavitjun þær upplýsingar sem hann hefur um barnið, vigt, málband til að mæla höfuðummál og viðeigandi fræðsluefni. Hann skráir síðan þær upplýsingar sem hann fær um móður og barn í SÖGU. Heilbrigðisstarfsfólk þarf að hafa í huga að skráning heilsu- og þroskatengdra vandamála er undirstaða rannsókna og skipulagningar. Því er mikilvægt að gera mat og setja fram hjúkrunargreiningar. Staðfesta þarf öll samskipti svo hægt sé að fá tölfræðilegar upplýsingar úr skráningu.

Leggja skal áherslu á:

- að gefa foreldrum tækifæri til að spyrja spurninga
- að gefa upplýsingar um ung- og smábarnavernd
- að styðja við brjóstagjöf
- að styðja við jákvæða tengslamyndun
- að veita fræðslu og gefa ráðleggingar um umönnun barns og þarfir þess
- að meta hvort fjölskyldan þurfi sérstakan stuðning
- almenna skoðun barns

Gefið foreldrum tækifæri á að tala um meðgönguna, fæðinguna, sængurleguna, foreldrahlutverkið og það sem þeim liggur helst á hjarta. Hvernig upplifa foreldrar barnið og foreldrahlutverkið? Hafa þeir einhverjar spurningar eða áhyggjur? Mikilvægt er að nota virka hlustun, spyrja opinna spurninga og sýna foreldrum nærgætni og virðingu.

Í fyrstu heimavitjun veitir hjúkrunarfræðingur upplýsingar um ung- og smábarnavernd, starfsemi heilsugæslunnar og hvert foreldrar geta leitað ef barn veikist. Vitjanir eru ákveðnar í samráði við foreldra og lögð áhersla á símatíma hjúkrunarfræðings. Foreldrar eru hvattir til að skrá hjá sér þær spurningar sem upp kunna að koma á milli heimsókna svo þær gleymist ekki.

Almenn skoðun ungbarns

Hjúkrunarfræðingur útskýrir fyrir foreldrum tilgang skoðunar. Barnið er skoðað nakið á hörðu undirlagi t.d. skiptiborði eða stífri dýnu (*sjá leiðbeiningar um líkamlega skoðun í kafla 4.1*).

Almennt

Útlit barns og hreyfingar, samhverfa, tonus, meðfæddir gallar og viðbrögð.

Mæling

Pyngd og höfuðummál. Barnið er vigtað án fata og bleiu.

Höfuðummál lítils barns er auðveldast að mæla á barninu liggjandi. Mælt er með notkun málbanda sem ekki teygist á, s.s. úr málm. Víða eru notuð taumálbönd, en mikilvægt er að endurnýja þau reglulega þar sem getur teygst á þeim með tímanum. Mælt er mesta höfuðummál um enni og hnakka.

Húð

Litarháttur, útbrot, afrifur, þurrkur, hiti, blettir (s.s. *mongolian spot*, *hemangioma*).

Höfuð

Höfuðmót, höfuðlag, skóf í hársverði.

Mislögun (*asymmetri*) á höfði er algeng, sérlega eftir erfiða eða langdregna fæðingu. Jafnvel þó að um talsverða mislögun sé að ræða, gengur hún smám saman til baka og má hafa áhrif á það með því hvernig barnið er látið liggja.

Preifið á fremri hausamótunum. Aukinn þrýstingur án þess að barnið gráti er óeðlilegur og gefur tilefni til frekari rannsókna án tafar. Stærð höfuðmóta er breytileg, eða allt frá 0,5 x 0,5 cm til 4 x 4 cm án þess að það teljist óeðlilegt. Höfuðmót eiga að finnast við þreifingu til eins árs aldurs, annars vaknar grunur um að saumar hafi lokast of snemma og er nánari rannsókn þá nauðsynleg.

Andlit

Andlitsfall, augu (gröftur, roði), eyru, nef (þrengsli), munnur (skán, þruska, tunguhaft).

Háls

Hreyfanleiki, eitlastækkarir, toniskt hnakkaviðbragð, viðbeinsbrot.

Brjóstkassi

Lögun, geirvörtur, bólgur brjóstakirtlar.

Kviður

Mýkt, nafli, naflastúfur, naflaslit.

Kynfæri

Útlit, eistu í pung, *hydrocele testes*, kviðslit í nára, útferð hjá stúlkum, samloðun innri og ytri skapabarma.

Endaþarmur

Útlit.

Handleggir

Samhverfar hreyfingar, hendur, fingur, neglur, gripviðbragð.

Fótleggir

Samhverfar hreyfingar, fætur, tær, táneglur, gangviðbragð.

Mjaðmir

Samhverfa á fellingum á lærum, hreyfingar í mjaðmalið.

Hryggur

Meðfæddir gallar, *sinus pil*.

Meðfædd viðbrögð

Viðbrögð	Framkvæmd	Svörun	Tímabil
<i>Leitarviðbragð</i>	Vangi barns snertur	Barnið snýr höfði að snertingunni og opnar munninn	Frá fæðingu til 4-6 mánaða. Getur varað til 12 mánaða, sérstaklega í svefni
<i>Gripviðbragð</i>	Fingur lagður í lófa barns	Barnið grípur fast um fingurinn	Frá fæðingu til 4-6 mánaða
<i>Gangviðbragð</i>	Tekið undir armkrika barns og fætur látnir snerta sléttan flöt	Barnið hreyfir fæturnar líkt og það gangi	Frá fæðingu til 2-3 mánaða
<i>Skriðviðbragð</i>	Barnið lagt á magann og veittur stuðningur við iljar	Barnið dregur fótleggi að sér eins og það sé að reyna að skríða. Ósamræmi í hreyfingum getur bent til frávika í taugaproska	Frá fæðingu
<i>Moroviðbragð (Hræðsluviðbragð)</i>	Ath. með hávaða eða snöggum hreyfingum. Barnið er hálfstíjandi með stuðning um höfuð og hrygg. Látið falla snögg aftur í hendi um 3 sm.	Barnið sveiflar handleggjum út, teygir úr sér og spennir líkamann aftur. Strax á eftir kemur umfaðmandi hreyfing og skelfingarsvipur kemur á barnið	Frá fæðingu til 4-6 mánaða
<i>Babinski</i>	Strjúkið il barns utanvert frá hæl og yfir táberg	Barnið sperrir út tær og kreppir þær síðan nema stóru tanna sem helst útsperrt	Frá fæðingu til 2 ára
<i>Tonískt hnakkaviðbragð (Skylmingarviðbragð, ATNR)</i>	Barn liggur á baki. Snúið höfði þess til hliðar	Þegar barnið liggur á baki leitar höfuðið til hliðar, t.d. vinstri. Er þá vinstri handleggur og fótleggur beinn en sá hægri boginn. Snúi barnið höfðinu í gagnstæða átt fylgja útlímir með, þ.e. hægri handleggur og fótleggur beinn en vinstri boginn.	Frá fæðingu til 4-6 mánaða

Proskamat 2-4 vikna

Almennt má framkvæma þroskamatið með þremur mismunandi aðferðum: beinni athugun, óbeinni athugun og/eða upplýsingum foreldra (*sjá kafla 2.3 um þroskamat*). Athugið hvort áður hefur verið gerð athugasemd varðandi þroska barns sem þarf að fylgja eftir.

Ef barnið getur ekki **eitt atriði** í viðkomandi þroskamati en engar aðrar áhyggjur eru til staðar, er yfirleitt nóg að gefa ráðleggingar og athuga nánar í næstu heimsókn nema annað sér tilgreint í leiðbeiningum í töflu. Ef barnið getur ekki **tvö atriði eða fleiri** þarf að huga vel að öðrum þáttum og vísa áfram til barnalæknis eða annarra sérfræðinga til nánari athugunar.

	Lýsing	Framkvæmd/lýsing	Úrlausn ef frávík
Grófhreyfingar	Samhverfar hreyfingar hand- og fótleggja	Barnið liggur á bakinu, léttklætt. Fylgist með hreyfingum barnsins, eru þær samhverfar (symmetriskar) eða hreyfir barnið einn eða fleiri útlími minna en hina?	Ef ekki samhverfar, tilvísun til barnalæknis.
Samskipti og leikur	Myndar augnsamband	Fylgst er með hvort barnið horfi í augu athuganda og stoppi við í 2-3 sek. Ef þetta gerist ekki sjálfkrafa skal halda á barninu eða halla sér yfir það liggjandi á baki með andlitið u.þ.b. 30 sm frá andliti barnsins og reyna að ná athygli þess og augnsambandi með tali og svipbrigðum.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða aftur í næstu heimsókn (6 vikna).*
Vitsmuna- og málþroski	Myndar hljóð	Hlustað er eftir hvers kyns hljóðamyndun hjá barninu, hvort barnið gefur frá sér einhver hljóð önnur en grát, svo sem lítil kurr- og kokhljóð, eða sérhljóð svo sem aa, uu, eeh.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða aftur í næstu heimsókn (6 vikna).*
	Bregst við hljóði	Fylgst er með hvort barnið bregst við rödd eða öðru hljóði úr umhverfinu. Beinir það t.d. augum að eða snýr höfði í átt að hljóðinu, eykur eða minnkar það hreyfingar útlíma eða gerir hlé á eigin hljóðamyndun.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða aftur í næstu heimsókn (6 vikna).

* Ef ekki til staðar við 6 vikna aldur en engar áhyggjur, fylgja vel eftir. Ef enn ekki til staðar við 3 mánaða aldur, ber að vísa áfram.

Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf

Meta þarf út frá aðstæðum og líðan hverju sinni hvaða stuðning og fræðslu foreldrar þurfa á að halda. Notið eftirfarandi leiðbeiningar og ráðleggingar þegar við á.

Að lesa í hegðun barnsins

Ungbörn hafa strax í upphafi sitt eigið merkjamál og tjáningarform sem gefa vísbendingar um þarfir þeirra og líðan. Mikilvægt er að foreldrar fylgist vel með barninu og læri að þekkja ýmis merki og viðbrögð (mörg ósjálfráð) sem gefa til kynna líðan þess og þarfir, t.d. svengd, þörf fyrir nærveru o.s.frv.

- Merki barns?
 - Merki barns um að því líði vel og vilji samskipti: bros, hjal, augnsamband, mjúkar hreyfingar handa og fóta, teygir hendurnar til foreldra, glaðlegt andlit og augu, lyftir höfði, lófi opinn en fingur ekki krepptir.
 - Merki barns um að það vilji hlé frá samskiptum, því líður ekki vel eða þarfnast breytingar (hlé frá næringu eða leik): grátur, píringur, berjast um, ýta sér frá, hósta, svelgjast á, sveigja höfuð aftur, snúa höfði frá, líta undan, geispa, frussa, deyfð yfir augum og andliti, snöggar hreyfingar, grípa í eigin líkama eða föt.
 - Leggið áherslu á að mikilvægt sé að sinna börnum sem fyrst, helst áður en þau byrja að gráta. Gráturinn er þeirra tjáningarform til að láta foreldrana vita af vanlíðan eða þörfum. Börnum sem er vel sinnt hafa tilhneigingu til að gráta minna af því að þau finna fyrir öryggi.

Næring

Nýfædda barnið tapar venjulega þyngd fyrstu dagana. Almennt gildir að því stærra sem barnið er því meira er þyngdartapið og getur verið allt að 7% af fæðingarþyngd. Þyngdartapið stafar af vökvatapi í gegnum lungu og húð, einnig þvagútskilnaði og *meconium*. Jafnframt þessu er vökvaneysla í lágmarki. Á fyrsta sólarhringnum fer barnið að meðaltali fjórum til fimm sinnum á brjóst og drekkur 7-14 ml (1-2 tsk) í hverri gjöf. Gjöfin getur tekið 20-40 mínútur. Síðan fer barnið að jafnaði 8-12 sinnum á brjóst á sólarhring og í lok fyrstu vikunnar drekkur það um 70-90 ml. í hverri gjöf.

Þyngdarkúrfan nær oftast lágmarki á þriðja eða fjórða degi og flest börn ná fæðingarþyngd á 10.-12. degi.

- Fær barnið brjóstamjólk?
 - Upplýsingar um upphaf brjóstagjafar. Veitið stuðning og fræðslu um brjóstagjöf.
 - Leggið áherslu á jákvæðni, foreldrarnir fræddir um kosti þess að hafa barnið á brjósti, bæði fyrir móðurina og barnið (*sjá kafla 6.2 um brjóstagjöf*).

- Hvernig upplifir móðirin brjóstagjöfina? Eru einhver vandamál til staðar varðandi brjóstagjöf?
 - Fylgist með stöðu og stellingu barns á brjósti og hjálpið móður að öðlast færni í að leggja barnið rétt á brjóst. Mikilvægt er að yfirstíga vandamál sem geta komið upp sem fyrst.
- Fær barnið þurrmjólk?
 - Veitið upplýsingar um blöndun þurrmjólkur, magn sem barn þarf að drekka á sólarhring, almennt hreinlæti og þrif á pelatúttum og pela.
 - Leggja áherslu á líkamlega nálægð við pelagjöf.
- D vítamín?
 - Mælt með því að gefa barni D vítamín frá 1–2 vikna aldri (*sjá kafla 6.1 um næringu ungbarna*). Ráðlagður dagskammtur af D vítamíndropum er 10 µg sem eru 5 dropar. Byrjað er að gefa einn dropa í tvo til þrjá daga, svo 2 dropa og þannig er barnið vanið á fullan skammt eða 5 dropa á 10-15 dögum.

Skilgreiningar á brjóstagjöf

Brjóstamjólk eingöngu (e. *exclusive breastfeeding*)

- Barnið fær brjóstamjólk og ekkert annað (getur fengið brjóstamjólkina úr brjóstinu eða á annan hátt).
- Leyfir vítamín, steinefni og lyf.

Aðallega brjóstamjólk (e. *predominant breastfeeding*)

- Brjóstamjólk er nánast eingöngu næringin
- Leyfir aðra vökva í takmörkuðu magni, s.s. vatn, þurrmjólk og te.
- Leyfir vítamín, steinefni og lyf.

Brjóstamjólk með öðru (e. *complementary feeding*)

- Brjóstamjólk og hverskonar ábót, þar með talið önnur mjólk og föst fæða.

Ekki brjóstamjólk (e. *no breastfeeding*)

- Barn fær ekki brjóstamjólk

Svefn

- Hve mikið sefur barnið?
- Hvar sefur það?
 - Öruggsti svefnstaður barns er liggjandi á bakinu í eigin vöggu eða rúmi. Undirlagið undir barninu má ekki vera of mjúkt og best er að barnið sofi með sína eigin sæng og án kodda. Gæta að því að sæng geti ekki farið fyrir vit barnsins og að ekki sé of heitt í herberginu.
 - Sérstaklega er varhugavert að börn deili rúmi með þeim sem:
 - Reykja.
 - Hafa notað áfengi eða önnur vímuefni.
 - Nota lyf sem að valda syfju og slæva dómgreind.
 - Hafa einhvern sjúkdóm eða ástand sem að skerðir getu þess til að sinna barninu.
 - Eru mjög þreyttir og yfirkeyrðir og eiga erfitt með að vakna til barns.
 - Ekki er ráðlagt að fyrirburar eða léttburar sofi í rúmi foreldra sinna fyrstu vikurnar. Ekki er heldur ráðlagt að barn deili rúmi með foreldrum sínum ef að eldri systkini eða gæludýr eru í sama rúmi. Rannsóknir hafa sýnt fram á að ef barnið sýgur oft um nóttina, minnka líkur á vöggudauða. Því er gott að hvetja foreldra til að láta barnið sjúga annaðhvort með því að drekka brjóst eða nota snuð þegar brjóstagjöfin er komin vel á veg.
- Svefn- og vökustig (6 stig)
 - Djúpur svefn
 - Erfitt að vekja barnið.
 - Barnið dreymir ekki.
 - Öndun er djúp og regluleg.
 - Hjartsláttur er rólegur.
 - Augu eru kyrr.
 - Soghreyfingar öðru hvoru.
 - Léttur svefn
 - Miklar augnhreyfingar.
 - Líkaminn er á iði.
 - Soghreyfingar og brosvirpur.
 - Hjartsláttur og öndun eru hröð.

- Barnið vaknar auðveldlega.
 - Barnið dreymir.
- Syfjað/mókir
 - Óregluleg öndun.
 - Hreyfir sig af og til.
 - Opnar og lokar augunum.
 - Lengi að vakna.
- Vakandi rólegt
 - Hreyfir sig lítið.
 - Augu er vel opin og öndun regluleg.
 - Veitir umhverfinu athygli.
 - Best að hafa samskipti við barnið á þessu stigi.
 - Tilbúið að drekka.
- Vakandi og virkt
 - Hreyfir sig mikið.
 - Óregluleg öndun.
 - Miklar andlitshreyfingar.
 - Augu opin.
 - Jafnvel pirringur.
- Grátur
 - Grettir sig.
 - Óregluleg öndun.
 - Roðnar í framan.
 - Viðkvæmt fyrir áreiti.
- Svefnvenjur?
 - Gott er að stuðla að heilbrigðum svefnvenjum strax frá upphafi (*sjá kafla 6.4 um svefn og svefnvandamál ungra barna*). Það er best gert með því að láta barnið sofa í eigin rúmi og skapa eins fljótt og hægt er, fastar venjur í kring um svefntímann.

Barn þarf að læra að gera greinarmun á degi og nóttu og foreldrar að lesa í merki barnsins um þreytu. Bendið foreldrum á að öruggast sé fyrir barn að sofa á bakinu, en það er mikilvægt að leyfa því að liggja líka á hliðum og maganum þegar það er vakandi.
- Útivera og útisvefn?

- Það hafa ekki verið gerðar neinar vísindalegar rannsóknir um aldur barna og útisvefn. Venjulega er miðað við þriggja vikna aldur barna eða a.m.k. þrjú kg á sumrin og fjögurra vikna aldur eða a.m.k. fjögur kg á veturna. Sterk hefð er fyrir útisvefni barna á Íslandi sem þróaðist út frá lélegum og þröngum húsakynnum. Börn búa við aðrar aðstæður í dag og þurfa ekki að sofa úti.
- Ekki er mælt með því að börn sofi úti í frosti eða roki. Þegar hitastig fer niður fyrir frostmark þarf að taka tillit til hitastigs, vindhraða, rakastigs og lengd útiverunnar.
- Ekki er mælt með útiveru eða útisvefni þegar svikryksmengun fer yfir heilsuverndarmörk. Heilsuverndarmörk á sólarhring eru 50 míkrogrömm á rúmmetra.
- Á sólríkum sumardögum er mikilvægt að hafa vagninn í skugga og barnið léttklætt. Forðast skal að sól skíni beint á húð barns fyrsta árið.
- Nota á hlífðarnet yfir barnavagninn, en ekki setja þykkar flíkur eða teppi fyrir vagnopið þar sem það hindrar eðlileg loftskipti.
- Varast fjölmenna staði, s.s. verslunarmiðstöðvar. Ónæmiskerfi nýbura er óþroskað og áreitið of mikið fyrir barnið.

Óværd og grátur

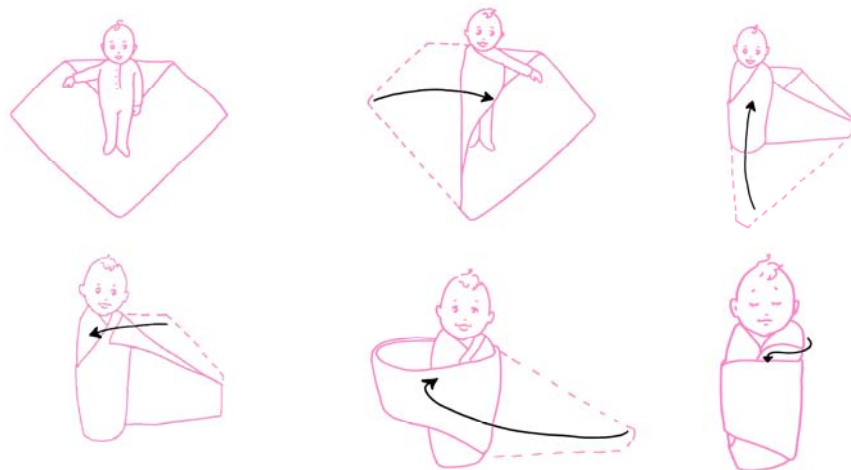
- Er barnið órólegt og grætur mikið?
 - Grátur er tjáningarform barnsins og getur verið vegna hungurs og vanlíðunar en einnig þörf fyrir félagsskap og hlýju. Oftast róast barnið í örmum foreldra. Foreldrar læra smám saman að lesa í merki barnsins. Benda má foreldrum á þörf barnsins fyrir nærveru þeirra og að við það sé talað. Eins til þriggja mánaða gömul börn geta grátið að meðaltali í allt að 2 klukkustundir á sólarhring án þess að það teljist óeðlilegt.
 - Almenn skilgreining á ungbarnakveisu er „grátur hjá heilbrigðu barni sem varir minnst í 3 klst. á dag í a.m.k. 3 daga vikunnar og stendur yfir í a.m.k. 3 vikur samfellt.“ Einkenni ungbarnakveisu byrja gjarnan við tveggja vikna aldur, nær hámarki við 6-8 vikna aldur og gengur oftast yfir af sjálfu sér við 3-4 mánaða aldur (*sjá bækling um óværd barna*). Orsök er óþekkt og ýmsir þættir hafa verið nefndir, s.s. óþroskaður meltingavegur og óþroskað miðtaugakerfi, og ekki endilega sú sama hjá öllum börnum. Þau geta brugðist ólíkt við ýmsum áreitum sem valda gráti/óværd og einnig huggunaraðferðum sem róar þau og hjálpa þeim að ná jafnvægi á ný.
- Hver huggar barnið best og hvernig er það gert?

- Benda má foreldrum á mismunandi huggunaraðferðir eins og hvernig er haldið á barninu til að róa það og kenna þeim að reifa barn í teppi til að veita því öryggiskennd.

Að sveipa/reifa barn: Eftirfarandi aðferð hefur reynst vel til að róa barn með ungubarnakveisu/órólegt grátandi barn.

- **Barnið er sveipað** (sjá skýringarmynd).

Best er að nota teppi sem er hvorki of þykkt né teygjanlegt og er um 1 x 1 m eða stærra (t.d. flónel). Sveipa má barn með hendurnar beint niður eða uppúr þannig að það nái að snerta andlit sitt eða munn. Þá nær barnið að nýta sér meðfæddar huggunarleiðir til að róa sig, til dæmis með því að sjúga fingur.



- **Halda á barninu í hliðarlegu.**
- **Líkja eftir hljóðum í móðurkviði,** mörg börn róast við ssshhhh hljóð eða annað ákveðið róandi hljóð.
- **Líkja eftir smáum vaggandi hreyfingum.** Setið er með barnið og því haldið í hliðarlegu á fótleggjum foreldris og höfuð barnsins hvílir í höndum foreldris. Fótum foreldris er vaggað til hliðanna með rólegum taktföstum hreyfingum.
- **Líkja eftir rólandi hreyfingum (fram og til baka).** Rólegar taktfastar hreyfingar róa barnið og hægt er að notast við t.d. hangandi vöggju, þar tilgerðar rólur sem sveiflast fram og til baka eða setja barnið í bílstól eða ömmustól og sveifla nokkuð hratt (um 60 sinnum mínútu) en með litlum hreyfingum fram og til baka (um 7-8 cm).

- **Sog barnsins.** Mörg börn þurfa þessu til viðbótar að sjúga snuð, fingur eða brjóst móðurinnar til að ná að róast vel.
- Kengúrumedferð (húð við húð) stuðlar að betri líðan barna. Rannsóknir sýna að þau eru værari, gráta minna og nærast betur. Sýnt hefur verið fram á að þetta stuðlar að betri súrefnismettun, jafnari öndun, jafnari hjartslætti og betri hitastjórnun hjá barninu. Barnið er þá lagt bert en í bleiu á bringu foreldris. Þetta er sérstaklega mikilvægt fyrstu dagana og þegar barnið er óvært. Einnig er hægt að leiðbeina foreldrum um hvernig nota má burðarpoka og sjöl til að róa börn og veita þeim öryggistilfinningu.
- Ælur/bakflæði. Börn geta haft óþægindi af því að magainnihald gúlpast upp í vélinda en það kallast bakflæði. Þetta kemur oftast í lok gjafar þegar barnið er orðið satt, en svo lengi sem barnið þrífst vel og þyngist eðlilega þarf ekki að hafa áhyggjur. Það getur verið gott að gefa barninu oftár og minna í einu. Börn gleypa mismikið loft í gjöf. Því er mikilvægt að athuga þörf barnsins fyrir að ropa eftir hverja gjöf og vera í aðeins uppréttri stellingu eftir gjöfina. Ef önnur vandamál eru til staðar, s.s. léleg þyngdaraukning, vanlíðan og óværd þarf að skoða það nánar.

Umönnun barns

- Þvag?
 - Oft eru blautar bleiur notaðar sem viðmið um hvort að barnið fær nóg að drekka. Eftir fyrstu vikuna er eðlilegt að barnið bleyti 6-8 þvagbleiur á sólarhring.
- Hægðir?
 - Fyrstu vikuna breytast hægðir barnsins dag frá degi, bæði í lit og magni. Fyrstu hægðirnar á fyrsta til öðrum degi eru einu sinni eða oftár, tjörulitaðar (*meconium*). Á þriðja til fjórða degi má búast við hægðum tvisvar eða oftár, liturinn líkist meira grænum lit. Á fimmta til sjötta degi a.m.k tvisvar á dag, mjúkar og gular hægðir. Á sjöunda degi halda hægðirnar áfram að vera gular og mjúkar en magnið eykst og sjá má hvítar yrjur í þeim.
- Klæðnaður, útivera, heimsóknir, fjölmennir staðir?
- Böðun, naflastúfur, handþvottur?

Heyrn

- Hefur barnið verið heyrnarmælt og stóðs það skimun á heyrn?
 - Stefnt er að því að öll börn sem fæðast á Íslandi verði heyrnarmæld við 5 daga skoðun eða í síðasta lagi við 3 mánaða aldur.

- Ef barnið stóðst ekki skimunarprófið eða efasemdir eru varðandi niðurstöður skal hafa samband við Heyrnar- og talmeinstöð Íslands og/eða vísa barninu þangað (*sjá kafla 4.3 um heyrn og heyrnarmælingar frá fæðingu til loka skólaaldurs*).

Fjölskyldan

- Hvernig eru tengsl foreldra við barnið? Tala foreldrar við barnið, syngja fyrir það, snerta og mynda augnsamband? Hvernig tala foreldrar um barnið?
 - Ungbarnið er algjörlega háð umönnunaraðila sínum til að lifa af. Fullkomið samspil milli umönnunaraðila og barns felur í sér að hinn fullorðni skilji merki barnsins, túlki þau rétt og bregðist við þeim á viðeigandi hátt. Þetta samspil verður til þess að barnið fær sínum líkamlegu og andlegu þörfum fullnægt.
 - Foreldrar sem mynda heilbrigð og sterk tilfinningatengsl við barn sitt strax frá fæðingu geta betur veitt því þá félagslegu örvun og öryggiskennd sem það þarf á að halda.
 - Barn sem býr við örugg tengsl í frumbersku getur betur myndað traust tilfinningatengsl í gegnum lífið.
 - Fyrstu tvo til þrjú ár barnsins er heilinn í hröðustum vexti og mestri mótun. Þess vegna er mjög mikilvægt að leggja góðan grunn á þessum árum.
 - Mikilvægt er að leita leiða til að efla innri styrkleika foreldra sem glíma við vanlíðan, sjúkdóma eða einhvers konar erfiðleika sem geta haft áhrif á tengsl þeirra við barnið og þroskaferil þess. Rannsóknir hafa sýnt að inn grip fagfólks getur skipt sköpum á fyrstu æviárum barns þegar taugakerfi þess er í hröðum vexti og mikilli mótun. Ef ekkert er aðhafst geta áhrifin valdið ýmsum vanda síðar á ævinni, s.s. hegðunarvandamálum og geðröskunum.
 - Athuga aðstæður á heimilinu m.t.t. of mikils áreitis á barnið t.d. frá útvarpi, sjónvarpi, tölvum, sínum o.s.frv.
- Líðan móður á meðgöngu, þátttaka í foreldrafræðslu, gangur fæðingar, óeðlilega mikil blæðing í fæðingu, saga móður um lágan járnþúska, sængurlega, einkenni frá kynfærum og úthreinsun á legi, skurðsár eftir keisara, þvag, hægðir, sviti, grindarbotnsæfingar, hvíld/svefn, brjóstin/brjóstagjöf, líðan eftir fæðingu, bæði andleg og líkamleg, einkenni um járnskort, blóðþrýstingur (eftir þörfum), mataræði og matarlyst, vökvaneysla, kynlíf og getnaðarvarnir, tengsl við föður/barn/systkini, líkamsæfingar, útivera/félagsskapur, reykingar, áfengis- og vímuefnanotkun?
- Líðan föður, stuðningur við móður, reykingar, áfengis- og vímuefnanotkun, almennt heilsufar og sjúkdómar í fjölskyldu?

- Líðan systkina, hugsanleg afbrýði, heilsufar og þroski, bólusetningar, skólaganga/dagvistun?
- Félagslegar aðstæður fjölskyldu (húsnæði, fjárhagur og afkoma)? Stuðningur frá fjölskyldu? Meta þörf fyrir aðstoð eða hugsanlega heimilishjálp.
- Almennt heilsufar og sjúkdómar í fjölskyldu?

Þroski og örvun barns

- Eru aðstæður barnsins öruggar og stuðla að hreyfingu og örvun? (*sjá kafla 5.1 um þroska barns og helstu þroskafrávik*)
 - Huga að því að barnið fái nægilega örvun, sjónar, heyrnar- og félagslega. Passa þó að ekki séu óhófleg og stöðug áreiti í umhverfi barnsins (útvarp, sjónvarp, símar og aðrir hávaðavaldar) en að barninu sé séð fyrir hæfilegri örvun á vökutíma. Dæmi um þetta eru óróar í passlegri fjarlægð og mannsandlitið sem er áhugavert fyrir barnið og örvast barnið mest þegar umönnunaraðili brosir, talar við það og syngur.
- Takmarka aðstæður hreyfingu barnsins til langs tíma, s.s. kyrrseta í ömmustól/bílstól?
 - Örvun hreyfiþroska er mikilvæg. Börn eiga að sofa á bakinu, en það er mikilvægt að láta þau liggja reglulega í öðrum stellingum þegar þau eru vakandi á hliðum og maganum
 - Höfuðkúpa ungra barna er sveigjanleg. Hætta er á að höfuð barns aflagist liggi það alltaf á sömu hlið. Mikilvægt er að gæta hvernig barn liggur og hvernig það er handfjatlað (*sjá bæklingana Vegna barna sem skekkja höfuðið til vinstri/hægri*).
- Erlendir foreldrar?
 - Það er mikilvægt að erlendir foreldrar tali við barn sitt á sínu móðurmáli. Barn sem nær góðum tókum á móðurmáli foreldra sinna hefur betri grunn til að byggja á og öðlast færni í öðrum tungumálum, s.s. íslensku.

Slysavarnir

- Er búnaður barnsins öruggur (rúm/vagga/skiptiborð/barnavagn-notkun á beisli strax frá fæðingu)?
- Er öryggi barnsins tryggt í bílnum (bakvísandi barnabílstóll)?
- Hæfa leikföng barnsins aldri þess og þroska?
- Eru eldvarnir heimilisins í lagi?
 - Helstu áhættuþættir fyrstu mánuðina eru bruni, fall, köfnun, umferðarslys og slys af völdum búnaðar (*sjá fræðsluefni um*

slysavarnir barna fyrir fagfólk á Heilsuvefnum www.6h.is og á vef Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins á www.heilsugaeslan.is).

- Ítreka þarf við foreldra í hverri vitjun að BARN ER ALLTAF Á ÁBYRGÐ FORRÁÐAMANNA SINNA. Lítil börn eiga því aldrei að vera eftirlitslaus. Bendið foreldrum á fræðsluefni á netinu: *Slysavarnir 0-5 mánaða barna*.
- Afhendið *boðskort* á námskeið í Miðstöð slysavarna barna (www.msb.is) um það hvernig tryggja meggi öryggi barna á heimilum og í bílum. Námskeiðið er verðandi foreldrum og foreldrum ungra barna að kostnaðarlausu.

Reykingar, áfengisnotkun og önnur vímuefni

- Reykir móðir?
- Reykir faðir?
- Býr barn í reyklusu umhverfi?
 - Mjög mikilvægt er að barnið fái að alast upp í reyklusu umhverfi. Þetta krefst þess að foreldrar eða aðrir sem reykja verða að gera það utanhúss. Ekki skal heldur reykja í bíl sem barn er í.
 - Styðja þarf sérstaklega við þær mæður sem hætta að reykja í kjölfari þungunar.
 - Ráðgjöf í reykbindindi í sími 800-6030
 - www.reyklaus.is
- Áfengis- eða vímuefnaneysla foreldra á meðgöngu og/eða eftir fæðingu?
 - Ráðlagt er algjört bindindi á áfengi og vímuefni á meðgöngu og við brjóstagjöf (sjá kafla 6.8 um áfengi og vímuefni).

2.5 SEX VIKNA SKOÐUN

Hjúkrunarfræðingur og læknir koma að þessari skoðun. Mælt með að barnalæknir komi að skoðuninni, ef til staðar. Skoðunin fer fram á heilsugæslustöð.

- Líkamleg skoðun.
- Proskamat.
- Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf.

Byrja á að spyrja foreldra hvort það sé eitthvað sérstakt sem þeir vilja spyrja um í dag og hvort þeir hafi einhverjar áhyggjur af barni sínu. Skoðið heilsufarsskrá barns og athugið hvort athugasemdir hafi verið gerðar sem þurfi að skoða betur.

Skoðun

Mæla þyngd, lengd og höfuðummál.

Almenn skoðun (*sjá leiðbeiningar um líkamlega skoðun í kafla 4.1*).

Athugið tonus

Með því að rétta úr í olnbogum, mjöðmum, hnjám og fótliðum. Talsverður breytileiki í tonus er eðlilegur á þessum aldri. Sé um að ræða verulega hypo- eða hypertoni eða greinilegan mun vinstra og hægri megin ber að vísa barni áfram til nánari athugunar.

Ef barnið „fixerar“ ekki og fylgir ekki eftir

Athugið svörun sjáaldurs við ljósi (*sjá áður*). Athugið að gult eða gulhvítt sjáaldur getur bent til að um retinoblastoma eða sjúkdóm í augnbotnum sé að ræða.

Sé um veruleg frávik að ræða ber að fá álit sérfræðings og í vafatilvikum skoða barnið aftur eftir 4 - 6 vikur.

Proskaskimun

Gert er mat á þroska og skimað fyrir þroskafrávikum með þroskamati. Athugið hvort athugasemd hefur verið gerð áður varðandi þroska barns sem þarf að fylgja eftir. Endurtakið atriði úr fyrra þroskamati sem voru óeðlileg og metið útkomu í samhengi við 6 vikna þroskamat.

Þroskamat 6 vikna

Almennt má framkvæma þroskamatið með þremur mismunandi aðferðum: beinni athugun, óbeinni athugun og/eða upplýsingum foreldra (*sjá kafla 2.3 um þroskamat*).

Athugið hvort áður hefur verið gerð athugasemd varðandi þroska barns sem þarf að fylgja eftir. Endurtakið atriði úr fyrra þroskamati sem voru óeðlileg og metið útkomu í samhengi við þroskamat nú.

Ef barnið getur ekki **eitt atriði** í viðkomandi þroskamati en engar aðrar áhyggjur eru til staðar, er yfirleitt nóg að gefa ráðleggingar og athuga nánar í næstu heimsókn nema annað sér tilgreint í leiðbeiningum í töflu. Ef barnið getur ekki **tvö atriði eða fleiri** þarf að huga vel að öðrum þáttum og vísa áfram til barnalæknis eða annarra sérfræðinga til nánari athugunar.

	Lýsing	Framkvæmd/lýsing	Úrlausn ef frávík
Grófhreyfingar	Lyftir höfði liggjandi á grúfu	Barnið er lagt á grúfu. Reynt er að ná athygli þess með leikfangi og fylgst með hvort það geti lyft höfðinu upp af bekknum. Nauðsynlegt er að barnið nái að halda andliti og höku uppi í örstutta stund (a.m.k. 1 sek).	Ráðleggingar til foreldra. Skoða aftur í næstu heimsókn (3 mán).*
Fínhreyfingar	Opnar lófa	Fylgst er með hvort barnið geti rétt úr fingrum og opnað báða lófa sjálf.	Ráðl. til foreldra. Skoða aftur í næstu heimsókn (9 vikna) Séu hendur stöðugt krepptar eftir 2 mánaða aldur þá tilvísun til barnalæknis.
Samskipti og leikur	Brosir	Fylgst er með hvort barnið bregst við með augljósu brosi þegar talað er við það og/eða brosað til þess. Ef þetta gerist ekki á meðan á skoðun stendur er reynt að kalla fram bros með því að ná fyrst augnsambandi við barnið og tala síðan til þess og brosa.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða aftur í næstu heimsókn. Ef barn brosir ekki í 9 vikna skoðun en aðrir þættir í lagi, þá áfram ráðl. og skoða aftur í 3 mánaða skoðun. *

* Ef enn ekki til staðar við 3 mánaða aldur, skoða nánar.

framhald á næstu síðu

frh. þroskamat 6 vikna

	Lýsing	Framkvæmd/lýsing	Úrlausn ef frávik
Vitsmuna- og málþroski	Fylgir hlut eftir með augunum	Á meðan barnið liggur á baki eða er í fangi foreldris er athygli þess náð með leikfangi í beinni sjónlínu 20-30 sm frá andliti þess. Leikfangið (t.d. skærlituð hringla) er hreyft hægt frá miðlínu til hægri og til baka yfir miðlínu til vinstri og athugað hvort barnið fylgir eftir með augunum (alls um 20-30 sm leið). Í lagi er þótt barnið missi sjónar á hlutnum örstutt í nokkur skipti.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða aftur í næstu heimsókn. Ef barn fylgir hlut ekki eftir með augunum í 9 vikna skoðun en aðrir þættir í lagi, þá áfram ráðl og skoða aftur í 3 mánaða skoðun.*
	Myndar hljóð með mismunandi blæbrigðum	Hlustað er eftir hljóðum (öðru en gráti) sem barnið gefur frá sér og hvort mismunandi sérhljóð og breytileiki í áherslu kemur fram. Hlustað er eftir hvort barnið virðist tjá mismunandi líðan eða skap með hljóðunum, t.d. ánægju við leik, áhuga á einhverju áhugaverðu sem er rétt utan seilingar, eða óánægju t.d. ef það er truflað eða missir eitthvað (snuð, hringlu).	Ráðleggingar til foreldra. Skoða aftur í næstu heimsókn (3 mán).

* Ef enn ekki til staðar við 3 mánaða aldur, skoða nánar.

Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf

Meta þarf út frá aðstæðum hverju sinni hvaða stuðning og fræðslu foreldrar þurfa á að halda. Notið eftirfarandi leiðbeiningar og ráðleggingar þegar við á.

Næring

- Fjöldi og lengd máltíða (dag/nótt)? Brjóstagjöf eða pelagjöf?
 - Leggja áherslu á að brjóstabarn drekki eins oft og mikið og það vill og eðlilegt sé að það drekki á næturnar.
 - Nærast barn á pela er meira horft á fjölda máltíða og magn þurrmjólkur í hverri máltíð.
- Hvernig upplifir móðirin brjóstagjöfina?
- Eru vandamál til staðar?
 - Stuðningur og hvatning mikilvæg.
- D vítamín?
 - Minna á mikilvægi þess að barnið fái D vítamín, í sumum tilfellum hætta foreldrar tímabundið vítamíngjöf vegna óvæðar og hefja hana svo ekki aftur.

Svefn

- Hve mikið sefur barnið?
- Hvar sefur barnið? (*sjá umfjöllun um svefn í kafla 2.4 um heimavitjanir*)
- Sofnar barnið sjálft eða í fangi foreldra?
- Lega barns í svefni?
- Snuð?
 - ALDREI að dýfa snuði í sætindi, eingöngu vatn.

Óvæð og grátur

- Er barnið oft órólegt og grætur mikið? Ungbarnakveisa?
- Er auðvelt að hugga barnið? Hver huggar barnið best og hvernig er það gert? (*sjá umfjöllun um að sveipa barnið og róa í kafla 2.4 um heimavitjanir*)
- Bakflæði, ælur?

Þroski og örvun barns

- Brosir barnið, þegar það er örvað?
- Bregst barnið við hljóði?
 - Örvun á hreyfiproska, t.d. með því að láta barn liggja á maga og hliðum þegar það er vakandi.

- Örvun á sjón, t.d. með því að setja myndir í vögg og við skiptiborð (einfalt form og svarthvítar myndir til að byrja með).
- Örvun á málproska, t.d. með því að tala við barnið og syngja.

Fjölskyldan

- Tengsl foreldra við barnið? Horfir barnið á andlit foreldra, þegar þau tala við það?
 - Leggja áherslu á að tala mikið við barnið í rólegum tón og jafnvel að syngja. Leiðbeina foreldrum að lesa í merki barnsins og bregðast við þeim.
- Líðan foreldra? Ef hjúkrunarfræðingur hefur á tilfinningunni að móður líði illa andlega, er ráðlagt að leggja EPDS fyrir hana fyrir.
- Svefn, hvíld, hreyfing, forgangsroðun verkefna, næring og vítamín?

Slysavarnir

- Slysavarnir á heimili barns?
- Hæfa leikföng barnsins aldri þess og þroska?
- Er beisli í barnavagninum?
- Er barnið í bakvísandi barnabílstól í bílnum?
- Eru eldvarnir heimilisins í lagi?
 - Ítreka þarf við foreldra í hverri skoðun að BARN ER ALLTAF Á ÁBYRGÐ FORRÁÐAMANNA SINNA. Lítil börn eiga því aldrei að vera eftirlitslaus.
 - Ítreka við foreldra að skilja barn aldrei eftirlitslaust (skiptiborð, rúm).
 - Ekki drekka heita drykki með barn í fanginu (*sjá fræðsluefni um slysavarnir barna fyrir fagfólk á Heilsuvefnum www.6h.is og á vef Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins á www.heilsugaeslan.is*).
 - Bendið foreldrum að nota hlífðarnet yfir barnavagninn, en ekki setja þykka flíkur eða teppi fyrir vagnopið þar sem það hindrar eðlileg loftskipti.

Reykingar

- Reykir móðir?
- Reykir faðir?
- Reykingar í umhverfi barns?
 - Mjög mikilvægt er að barnið fái að alast upp í reyklusu umhverfi. Þetta krefst þess að foreldrar eða aðrir sem reykja verða að gera það utanhúss. Ekki skal heldur reykja í bíl sem barn er í.

- Styðja þarf sérstaklega við þær mæður sem hættu að reykja í kjölfari þungunar.
- Ráðgjöf í reykbindindi í sími 800-6030, www.reyklaus.is

2.6 NÍU VIKNA SKOÐUN

Barnið er skoðað af hjúkrunarfræðingi á sama hátt og áður, vigtað og höfuðummál mælt. Skoðunin fer ýmist fram á heilsugæslustöð eða í heimahúsi.

Skoðunin felur í sér eftirfarandi:

- Líkamleg skoðun.
- Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf.
- Skimun með Edinborgarkvarðanum (EPDS).

Byrja á að spyrja foreldra hvort það sé eitthvað sérstakt sem þeir vilja spyrja um í dag og hvort þeir hafi einhverjar áhyggjur af barni sínu. Skoðið heilsufarsskrá barns og athugið hvort athugasemdir hafi verið gerðar sem þurfi að skoða betur.

Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf

Meta þarf út frá aðstæðum hverju sinni hvaða stuðningi og fræðslu foreldrar þurfa á að halda. Notið eftirfarandi leiðbeiningar og ráðleggingar þegar við á.

Næring

- Fjöldi og lengd máltíða (dag/nótt)? Brjóstagjöf eða pelagjöf?
 - Leggja áherslu á að brjóstabarn drekki eins oft og mikið og það vill og eðlilegt sé að það drekki á næturnar. Á þessum aldri má búast við að barnið taki vaxtarkipp og þurfi því að drekka oftar.
 - Nærast barn á pela er meira horft á fjölda máltíða og magn þurrmjólkur í hverri máltíð.
- Hvernig gengur brjóstagjöfin?
 - Stuðningur og hvatning.
- Eru vandamál til staðar?
- D vítamín?

Svefn

- Hve mikið sefur barnið?
- Hvar sefur það?
- Lega barns í svefni?
- Sofnar barnið sjálft eða í fangi foreldra?
 - Gott er að stuðla að heilbrigðum svefnvenjum strax frá upphafi. Barn þarf að læra að gera greinarmun á degi og nóttu og foreldrar að lesa í merki barnsins um þreytu. Örvun barnsins ætti að fara fram að degi til og að næturlagi skal draga úr öllum

áreitum og hafa umhverfi barnsins rökkvað og rólegt. Gefa þarf barni tækifæri til að sofna sjálft. Það er gert með því að leggja barnið þegar það sýnir þreytumerki en er þó vakandi.

Óvæð og grátur

- Er barnið oft órólegt og grætur mikið? (sjá nánari umfjöllun um óvæð og grát í kafla 2.4 um heimavitjanir).
- Er auðvelt að hugga barnið? Hver huggar barnið best og hvernig er það gert?
 - Kynna leiðir til að byrja snemma að ýta undir að barnið geti róað sig sjálft. Sum börn eru með rólegt skapferli strax í upphafi önnur eru órólegri. Þá er mikilvægt að foreldrar byrji snemma að hjálpa börnunum að læra að róa sig sjálf, t.d. með því að sinna börnum strax og þau vakna eftir lúr í stað þess að bíða þar til þau fara að gráta eða kvarta.

Þroski og örvun barns

- Brosir barnið?
 - Örvun á hreyfiþroska, t.d. sprikla frjáls eftir það eða við bleiuskipti, liggja stund og stund á grúfu á teppi á gólfinu.
 - Örvun á sjón, t.d. órói, litríkt dót, myndir (dökkir fletir á ljósum grunni), andlit og hendur þess sem annast barnið.
 - Örvun á málþroska, t.d. með því að tala við barnið og syngja fyrir það.

Fjölskyldan

- Tengslamyndun foreldra og barns? Hvernig ræður fjölskyldan við breyttar aðstæður og og hver eru bjargráð hennar?
 - Leggja áherslu á foreldrar myndi góð tengsl við barnið, sýni því hlýju og jákvæða athygli.
- Líðan foreldra?
 - Mikilvægt er að fylgjast með andlegri og líkamlegri líðan móður/föður, sérstaklega með andlega vanlíðan og fæðingabunglyndi móður í huga. Leggja Edinborgarkvarðann (EPDS) fyrir allar konur u.þ.b. 9 vikum eftir fæðingu.

Vinnureglur vegna skimunar með Edinborgarþunglyndiskvarðanum (EPDS)

1. Leggja fyrir allar konur 9 vikum eftir fæðingu
2. Ef hjúkrunarfræðingur hefur á tilfinningunni að konunni líði illa andlega, leggja EPDS fyrr.
3. Konur sem fá 12 stig eða meira fá viðtal/símtal hjá hjúkrunarfræðingi og minnst 4 samskipti áður en barnið verður 12 vikna gamalt. Ef konan skorar jákvætt á 10. spurningu, þá tilvísun til heimilislæknis.
 - A. Endurmeta 3 mánuðum eftir fæðingu
 - B. Ef konan skorar 12 stig eða meira, tilvísun til heimilislæknis. Áfram samskipti hjúkrunarfræðings eftir þörfum, viðtöl/símtöl.
4. Konur sem skora 9-11 stig 9 vikum eftir fæðingu.
 - A. Áfram samskipti hjúkrunarfræðings eftir þörfum.
 - B. Endurmeta 5 mánuðum eftir fæðingu.
5. Eftirfylgd langveikra kvenna.
 - A. Endurmeta 12 mánuðum eftir fæðingu ef þörf krefur.
 - B. Endurmeta 18 mánuðum eftir fæðingu ef þörf krefur.

- Getnaðarvarnir og kynlíf eftir fæðingu. Grindarbotnsæfingar.
- Ræða um mikilvægi krabbameinsskoðunar. Frumustrok frá leghálsi eru ráðlögð á tveggja ára fresti frá 20 ára aldri, þó er frumustrok ekki marktækt fyrr en í fyrsta lagi þremur mánuðum eftir fæðingu. Konum er jafnframt ráðlagt að skoða brjóst sín reglulega sjálfar og fara á tveggja ára fresti í brjóstamyndatöku frá 40 ára aldri.

Uppeldi, hegðun og agi

- Ræða mikilvægi þess að foreldrar hugi sameiginlega að uppeldinu og taki ákvarðanir um markmið og leiðir (*sjá nánar um uppeldi og uppeldisfræðslu í kafla 6.3*).
- Fastar venjur í daglegri umönnun barnsins ýta undir öryggistilfinningu og vellíðan.

Slysavarnir

- Slysavarnir á heimili barns?
- Hæfa leikföng barnsins aldri þess og þroska?
- Er barnið í bakvísandi barnabílstól í bílnum?
- Eru eldvarnir heimilisins í lagi?
 - Ítreka við foreldra að skilja barn aldrei eftirlitslaust (skiptiborð, rúm).
 - Ítreka þarf við foreldra í hverri vitjun/skoðun að BARN ER ALLTAF Á ÁBYRGÐ FORRÁÐAMANNA SINNA. Lítil börn eiga því aldrei að vera eftirlitslaus.
 - Ekki drekka heita drykki með barn í fanginu (*sjá fræðsluefni um slysavarnir barna fyrir fagfólk á Heilsuvefnum www.6h.is og á vef Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins á www.heilsugaeslan.is*).
 - Bendið foreldrum á að láta ekki börn vera í barnabílstól/taustól í langan tíma í einu þar sem það er ekki gott fyrir bakið og hindrar örvun á hreyfiþroska. Ekki má skilja barn eftir í slíkum stólum upp á borði vegna hættu á falli.
 - Bendið foreldrum á að nota ekki brjóstgjafapúða/grjónapúða til að styðja við bakið á barninu því hætta er á að andlit þeirra geti grafist ofan í mjúkt undirlagið og þau kafnað.

Ónæmisaðgerðir

Kynna fyrir foreldrum fyrirhugaðar ónæmisaðgerðir. Bæklingurinn *Upplýsingar um bólusetningar barna fyrir foreldra og aðstandendur* kynntur.

Fleiri vitjanir eru farnar hafi fjölskyldan þörf fyrir það eða ef hjúkrunarfræðingur telur það mikilvægt. Foreldrum er gefinn tími fyrir barnið í 3ja mánaða skoðun á heilsugæslustöð og lögð áhersla á að þeir geti áfram haft símasamband við hjúkrunarfræðinginn.

2.7 ÞRIGGJA MÁNAÐA SKOÐUN

Hjúkrunarfræðingur og læknir koma bæði að þessari skoðun.

- Líkamleg skoðun.
- Proskamat.
- Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf.
- Bólusetning.

Byrja á að spyrja foreldra hvort það sé eitthvað sérstakt sem þeir vilja spyrja um í dag og hvort þeir hafi einhverjar áhyggjur af barni sínu. Skoðið heilsufarsskrá barns og athugið hvort athugasemdir hafi verið gerðar sem þurfi að skoða betur.

Skoðun

Mæla þyngd, lengd og höfuðummál.

Almenn skoðun (*sjá leiðbeiningar um líkamlega skoðun í kafla 4.1*).

Athugið tonus

Veruleg hypo- eða hypertoni? Greinilegur munur hægra og vinstra megin?

Samhæfð hreyfing útlíma?

Óeðlilegt

Ef annar eða báðir hnefar eru stöðugt krepptir þarf að athuga það nánar.

Proskaskimun

Gert er mat á þroska og skimað fyrir þroskafrávikum með þroskamati. Athugið hvort athugasemd hefur verið gerð áður varðandi þroska barns sem þarf að fylgja eftir. Endurtakið atriði úr fyrra þroskamati sem voru óeðlileg og metið útkomu í samhengi við 3 mánaða þroskamat.

Proskamat 3 mánaða

Almennt má framkvæma þroskamatið með þremur mismunandi aðferðum: beinni athugun, óbeinni athugun og/eða upplýsingum foreldra (sjá kafla 2.3 um þroskamat).

Athugið hvort áður hefur verið gerð athugasemd varðandi þroska barns sem þarf að fylgja eftir. Endurtakið atriði úr fyrra þroskamati sem voru óeðlileg og metið útkomu í samhengi við þroskamat nú.

Ef barn getur ekki **eitt atriði** í viðkomandi þroskamati en engar aðrar áhyggjur eru til staðar, er yfirleitt nóg að gefa ráðleggingar og athuga nánar í næstu heimsókn nema annað sér tilgreint í leiðbeiningum í töflu. Ef barnið getur ekki **tvö atriði eða fleiri** þarf að huga vel að öðrum þáttum og vísa áfram til barnalæknis eða annarra sérfræðinga til nánari athugunar.

	Lýsing	Framkvæmd/lýsing	Úrlausn ef frávik
Grófhreyfingar	Heldur höfði í nokkrar sekúndur	Barnið situr í fangi foreldris og snýr fram. Foreldri heldur um bol barnsins en gætir þess að barnið halli sér ekki aftur á bak til stuðnings. Fylgst er með hvort það geti sjálft haldið höfðinu stöðugu í nokkrar sekúndur.	Ráðleggingar til foreldra. Auka-skoðun 4 mánaða. Ef barn heldur ekki höfði 4 mán. þá tilvísun til sjúkrahjálfa og e.t.v. barnalæknis.
Fínhreyfingar	Skoðar hendur	Fylgst er með hvort barnið skoðar á sér hendurnar eða leikur sér að því að horfa á og hreyfa hendur sínar.	Ráðleggingar til foreldra. Athuga í næstu heimsókn (5 mán.) *
Samskipti og leikur	Þekkir móður	Fylgst er með hvort barnið sýnir merki þess að þekkja móður, t.d. með brosi, breytingu á svipbrigðum eða annarri virkni þegar móðir talar til þess.	Skoða vel aðra þroskaþætti eða áhættuþætti. Aukaskoðun 4 mán. Ef áfram áhyggjur þá vísa til barnalæknis.
	Sýnir leikfangi áhuga	Athugað er hvort barnið horfir greinilega á leikfang sem haldið er í sjónlínu þess í a.m.k. 3 sek. Fylgst er með hvort barnið sýnir merki um áhuga á leikfanginu, s.s. með svipbrigðum, eða breytingu í hreyfivirkni t.d. aukningu handahreyfinga.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða betur í næstu heimsókn (5 mán.) *
Vitsmuna- og málproski	Hjalar	Hlustað er eftir hvort barnið hjalar greinilega og myndar a.m.k. tvö mismunandi hljóð (önnur en grát) eða hvort sama eða sömu atkvæðin heyrast endurtekið, t.d. gú, ía, ui, la, ma.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða betur í næstu heimsókn (5 mán.).*

* Ef enn ekki til staðar við 5 mánaða aldur og áfram áhyggjur, vísa áfram.

Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf

Meta þarf út frá aðstæðum hverju sinni hvaða stuðning og fræðslu foreldrar þurfa á að halda. Notið eftirfarandi leiðbeiningar og ráðleggingar þegar við á.

Næring

- Brjósta-/pelagjöf, D vítamín?
 - Barn sem dafnar vel eingöngu á brjósti þarf enga aðra næringu fyrr en við sex mánaða aldur. Ef barnið þyngist hins vegar illa eða þarf oft að drekka brjóst án þess að verða mett, er mikilvægt að fara yfir brjóstagjöfina með móðurinni og gefa ráð til að auka mjólkurframleiðsluna. Jafnframt að benda móðurinni á að á þessu aldurs skeiði taki börnin oft vaxtarkipp og þurfi því oft að drekka meira. Þessum ráðleggingum er fylgt eftir t.d. með símtölum til að styðja móðurina og jafnvel aukavigtun við fjögurra mánaða aldur.
 - Ef að þetta ber ekki árangur má huga að því að gefa barninu þurrmjólk sem ábótargjöf en fasta fæðu í allra fyrsta lagi á aldrinum 4-6 mánaða.

Svefn

- Hve mikið sefur barnið?
- Hvar sefur það?
- Sofnar barnið sjálft eða í fangi foreldra?
- Lega barns í svefni?
 - Fastur svefntími, svefnvenjur og stöðugleiki. Börn hafa þörf fyrir reglur og venjur. Gott er að venja börn á að háttatími þeirra sé alltaf með sama skipulagi.
 - Barn þarf að læra að gera greinarmun á degi og nóttu og foreldrar að lesa í merki barnsins um þreytu. Örvun barnsins ætti að fara fram að degi til og að næturlagi skal draga úr öllum áreitum og hafa umhverfi barnsins rökkvað og rólegt.
 - Gefa þarf barni tækifæri til að sofna sjálft. Það er gert með því að leggja barnið þegar það sýnir þreytumerki en er þó vakandi. Sofni barnið við brjóst eða pela, er ráðlagt að taka það upp, láta það ropa og leggja vakandi í rúmið. Hafa þarf í huga að barn kallar eftir því sama á næturnar og það sofnar út frá á kvöldin (*sjá kafla 6.4 um svefn og svefnvandamál ungra barna*).

Þroski og örvun barns

- Hafa foreldrar velt fyrir sér hvort barnið heyri ekki nógu vel?
 - Ef grunur um heyrnarskerðingu er barni vísað á Heyrnar- og talmeinastöð Íslands í heyrnarmælingu.

- Færni barns? (*sjá kafla 5.1 um þroska barns og helstu þroskafrávik*).
 - Örvun á málþroska, t.d. með því að tala við barnið og syngja fyrir það.
 - Örvun á hreyfiþroska, t.d. sprikla frjáls eftir það eða við bleiuskipti. Hvetja foreldra til að láta barn liggja á teppi á gólfinu. Minna á að láta barnið liggja á maganum af og til. Gott að hafa leikföng innan seilingar þannig að barnið geti teygst sig í það.
 - Örvun á sjón. Barn hefur aukna ánægju af dóti með björtum og skærum litum (t.d. óróa og mjúka hringlu). Ekki er ráðlagt að ungbörn séu útsett fyrir sjónvarpsáhorfi.

Fjölskyldan

- Tengsl foreldra og barns?
 - Leggja áherslu á að foreldrar myndi góð tengsl við barnið, sýni því hlýju og jákvæða athygli. Skapa ró í kringum barnið. Reglufesta veitir börnum öryggiskennd og lætur þau finna að borin sé umhyggja fyrir þeim.
- Líðan móður?
 - EPDS-skali. Konur sem fá 12 stig eða meira í fyrstu skimun þarf að endurmeta 3 mánuðum eftir fæðingu (*sjá vinnureglur vegna skimunar með EPDS í 9 vikna skoðun í kafla 2.6*).

Uppeldi, hegðun og agi

- Kynna aðferðir til að veita jákvæða svörun þegar barnið er rólegt, sinna barninu áður en það þarf að kalla eftir athygli með gráti, sbr. grípa börn góð (*sjá nánar um uppeldi og uppeldisfræðslu í kafla 6.3*).

Slysavarnir

- Slysavarnir á heimili barns?
- Er barnið í bakvísandi barnabílstól?
 - Mikilvægt er að leggja áherslu á að nota bakvísandi barnabílstól. Börn undir eins árs aldri mega ekki undir neinum kringumstæðum nota framvísandi barnabílstól. Lendi þau í árekstri eru miklar líkur á því að þau geti skaðast alvarlega, því höfuð þeirra er stórt og þungt og hálsinn viðkvæmur.
- Eru eldvarnir heimilisins í lagi?
 - Ítreka þarf við foreldra í hverri skoðun að BARN ER ALLTAF Á ÁBYRGÐ FORRÁÐAMANNA SINNA. Lítil börn eiga aldrei að vera eftirlitslaus.

- Slys á börnum 0-5 mánaða er aldrei af þeirra völdum, heldur aðstæðum sem skapast í umhverfinu og við umönnun barnsins sem fullorðnir geta haft áhrif á, með því að huga að slysavörnum. Ábyrgðin er því hjá foreldrum og öðrum umönnunaraðilum (sjá fræðsluefni um slysavarnir barna fyrir fagfólk á Heilsuvefnum www.6h.is og á vef Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins á www.heilsugaeslan.is).

Ónæmisaðgerðir og aukaverkanir

Fyrsta bólusetning með Pentavac gegn Barnaveiki, Kíghósta, Stífkrampa, Haemophilus influenzae hjúpgerð b og Mænusótt. Fyrsta bólusetning með Synflorix gegn Pneumókokkum. Upplýsa foreldra um hugsanlegar aukaverkanir (sjá kafla 3.2 um ónæmisaðgerðir).

Athuga betur

Ef foreldrar hafa áhyggjur af barni.

Ef hjúkrunarfræðingur/læknir hafa áhyggjur af barni eða fjölskyldu þess eða ef um verulegt frávik er að ræða.

Í sumum tilvikum þurfa börn aukaskoðun við 4 mánaða aldur, aðallega vegna vandamála tengt næringu og svefni og/eða frávik í þroska

2.8 FIMM MÁNAÐA SKOÐUN

Hjúkrunarfræðingur framkvæmir þessa skoðun.

Skoðunin felur í sér eftirfarandi:

- Líkamleg skoðun.
- Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf.
- Bólusetning.

Byrja á að spyrja foreldra hvort það sé eitthvað sérstakt sem þeir vilja spyrja um í dag og hvort þeir hafi einhverjar áhyggjur af barni sínu. Skoðið heilsufarsskrá barns og athugið hvort athugasemdir hafi verið gerðar sem þurfi að skoða betur.

Athugið hvort athugasemd hefur verið gerð áður varðandi þroska barns sem þarf að fylgja eftir. Endurtakið atriði úr fyrra þroskamati sem voru óeðlileg og metið útkomu.

Hægt að leggja fyrir PEDS Matsblað foreldra um þroska barna, ef vill. Skoðið útkomu. Veitið ráðleggingar og bendið á úrræði m.t.t. niðurstaðna.

Skoðun

Mæla þyngd, lengd og höfuðummál.

Almenn skoðun (sjá leiðbeiningar um líkamlega skoðun í kafla 4.1).

Athugið tonus

Veruleg hyper- eða hypotoni? Er munur hægra og vinstra megin?

Takið í hendur barnsins og togið það upp í sitjandi stöðu

Eðlilegt telst að barnið haldi höfðinu stöðugu og kreppi mjaðmar- og hnjáliði.

Óeðlilegt

Ef höfuðið hangir aftur og ef ganglimir eru beinir eða í kross. Athuga þá einnig í lóðréttri stöðu.

Sitjandi með stuðningi

Heldur höfðinu stöðugu.

Barnið liggjandi á maganum

Reisir sig með handleggjum, lyftir vel höfði og efri hluta brjóstkassans frá undirlaginu.

Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf

Meta þarf út frá aðstæðum hverju sinni hvaða stuðning og fræðslu foreldrar þurfa á að halda. Notið eftirfarandi leiðbeiningar og ráðleggingar þegar við á.

Næring

- Brjóstagjöf?
 - Barn sem dafnar vel eingöngu á brjósti þarf enga aðra næringu fyrr en við sex mánaða aldur. Það getur verið eðlilegt að dragi úr þyngdaraukningu á þessum aldri m.a. vegna þess að barnið hreyfir sig meira. Það er því ekki alltaf nauðsynlegt að grípa inn í með ábótargjöf. Í þeim tilvikum sem að barn virðist samt ekki vera að fá nóg er hægt að byrja á að kynna því fyrir fastri fæðu (*sjá kafla 6.1 um næringu ungbarna*).
- Pelagjöf?
 - Barn sem nærast á þurrmjólk þarf ekki nauðsynlega aðra fæðu fyrir sex mánaða aldur. Í þeim tilvikum sem að barn virðist ekki vera að fá nóg er í lagi að byrja hægt og rólega að kynna barnið fyrir fastri fæðu.
 - Foreldrum er ráðlagt að gefa ekki börnum undir sex ára aldri drykki úr hrísgrjónum, t.d. hrísgrjónadrykk (e. rice drink) vegna arseninnihalds þeirra.
- D vítamín?
 - Mikilvægt að muna eftir mikilvægi D vítamín gjafar.

Svefn

- Hvernig sefur barnið þitt?
- Sofnar það sjálft?
- Geta báðir foreldrar lagt barnið til svefns?
 - Börn hafa þörf fyrir reglur og venjur. Gott er að venja börn á að háttatími þeirra sé alltaf með sama skipulagi, þ.e. gera alltaf sömu hlutina í sömu röð á sama tíma.
 - Flest börn á þessum aldri vakna ennþá á nóttunni til að drekka. Þau þurfa að læra að gera greinarmun á degi og nóttu og því mikilvægt að öll umönnun sé í lágmarki svo þau sofni sem fyrst aftur.
 - Gefa þarf barni tækifæri til að sofna sjálft. Það er gert með því að leggja barnið þegar það sýnir þreytumerki en er þó vakandi. Sofni barnið við brjóst eða pela, er ráðlagt að taka það upp, láta það ropa og leggja hálfsofandi í rúmið. Hafa þarf í huga að barn kallar eftir því sama á næturnar og það sofnar út frá á kvöldin (*sjá kafla 6.4 um svefn og svefnvandamál ungra barna*).

Tannvernd

- Er fyrsta tönnin komin?
 - Gjöf: Bókin um barnatennurnar.

Þroski og örvun barns

- Hafa foreldrar velt fyrir sér hvort barnið heyri ekki nógu vel?
 - Ef grunur um heyrnarskerðingu er barni vísað á Heyrnar- og talmeinastöð Íslands í heyrnarmælingu.
- Færni barns? (sjá kafla 5.1 um þroska barns og helstu þroskafrávik).
 - Málörvun. Ýta undir hljóðamyndun og samskipti við barnið. Tala við barnið og hlusta, gera til skiptis, líka svara með því að herma eftir babli barnsins.
 - Hreyfileikir og hermileikir. Hvetja til að barn leiki sér á gólfi til að örva hreyfiþroska, ekki mælt með að nota göngugrind eða hoppurólu.

Fjölskyldan

- Tengsl foreldra og barns? Gerir barnið greinarmun á foreldrum og öðrum? Hvernig er samband barns við systkini? Hvað finnst barninu gaman að gera? Hvað finnst foreldrum gaman að gera með barninu? Sýnir barnið áhuga á því sem gerist í kringum það?
- Líðan móður?
 - EPDS-skali. Konur sem fá 9-11 stig 9 vikum eftir fæðingu þarf að endurmeta (sjá vinnureglur vegna skimunar með EPDS í kafla 2.6).

Uppeldi, hegðun og agi

- Kynna foreldranámskeiðið Uppeldi sem virkar – Færni til framtíðar og Uppeldisbókina, að byggja upp færni til framtíðar.

Slysavarnir

- Er heimilið öruggt?
 - Fall er algengasta orsök þess að barn á þessum aldri slasar sig og eru brunar næst algengasta orsök slysa (sjá fræðsluefni um slysavarnir barna fyrir fagfólk á Heilsuvefnum www.6h.is og á vef Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins á www.heilsugaeslan.is).
 - Er barnið í bakvísandi barnabílstól? Ef þyngd barnsins er að nálgast 9 kg. og barnabílstóllinn sem það er að nota er gerður fyrir hámark 9 kíló, er mikilvægt að brýna fyrir foreldrum að þeir ættu ekki fá sér barnabílstól sem er framvísandi heldur nota áfram bakvísandi barnabílstól. Börn undir eins árs aldri mega ekki undir neinum kringumstæðum nota framvísandi barnabílstól. Lendi þau í árekstri eru miklar líkur á því að þau

geti skaðast alvarlega, því höfuð þeirra er stórt og þungt höfuð og hálsinn viðkvæmur.

- Eru foreldrar búnir að fara á námskeið um slysavarnir barna í Miðstöð slysavarna barna?
 - Hvetjið foreldra sem ekki hafa sótt námskeið um slysavarnir barna til að skrá sig á námskeið. Ef þeir hafa ekki tök á að mæta þangað bendið þeim á gátlistann *Er öryggi barna tryggt á heimilinu*. Leiðbeinið foreldrum hvernig gátlistinn virkar og hvernig á að nota hann.
- Eru eldvarnir heimilisins í lagi?
 - Ítreka þarf við foreldra í hverri skoðun að BARN ER ALLTAF Á ÁBYRGÐ FORRÁÐAMANNA SINNA. Lítil börn eiga því aldrei að vera eftirlitslaus. Bendið foreldrum á fræðslufni á netinu: *Slysavarnir 6-11 mánaða barna*.
 - Börn á þessum aldri muna ekki né læra af reynslunni. Eftirlit og öryggisbúnaður fyrir heimilið er besta forvörnin gegn slysum.

Ónæmisáðgerðir og aukaverkanir

Önnur bólusetning með Pentavac gegn Barnaveiki, Kíghósta, Stífkrampa, Haemophilus influenzae hjúpgerð b og Mænusótt. Önnur bólusetning með Synflorix gegn Pneumókokkum. Upplýsa foreldra um hugsanlegar aukaverkanir (*sjá kafla 3.2 um ónæmisáðgerðir*).

Athuga betur

Ef foreldrar hafa áhyggjur af barni.

Ef hjúkrunarfræðingur/læknir hafa áhyggjur af barni eða fjölskyldu þess eða ef um verulegt frávík er að ræða.

2.9 SEX MÁNAÐA SKOÐUN

Hjúkrunarfræðingur og læknir koma bæði að þessari skoðun.

Skoðunin felur í sér eftirfarandi:

- Líkamleg skoðun.
- Proskamat.
- Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf.
- Bólusetning.

Byrja á að spyrja foreldra hvort það sé eitthvað sérstakt sem þeir vilja spyrja um í dag og hvort þeir hafi einhverjar áhyggjur af barni sínu. Skoðið heilsufarsskrá barns og athugið hvort athugasemdir hafi verið gerðar sem þurfi að skoða betur.

Hægt að leggja fyrir PEDS Matsblað foreldra um þroska barna, ef vill. Skoðið útkomu. Veitið ráðleggingar og bendið á úrræði m.t.t. niðurstaðna.

Skoðun

Mæla þyngd, lengd og höfuðummál.

Almenn skoðun (*sjá leiðbeiningar um líkamlega skoðun í kafla 4.1*).

Athugið hvort hreyfingar útlíma eru samhæfðar.

Eðlilegur tonus?

Athugið flexion í úln- og olnbogaliðum, abduction í mjaðmarliðum og dorsalflexion í ökkulum.

Proskaskimun

Gert er mat á þroska og skimað fyrir þroskafrávikum með þroskamati. Athugið hvort athugasemd hefur verið gerð áður varðandi þroska barns sem þarf að fylgja eftir. Endurtakið atriði úr fyrra þroskamati sem voru óeðlileg og metið útkomu í samhengi við 6 mánaða þroskamat.

Proskamat 6 mánaða

Almennt má framkvæma þroskamatið með þremur mismunandi aðferðum: beinni athugun, óbeinni athugun og/ eða upplýsingum foreldra (*sjá kafla 2.3 um þroskamat*).

Athugið hvort áður hefur verið gerð athugasemd varðandi þroska barns sem þarf að fylgja eftir. Endurtakið atriði úr fyrra þroskamati sem voru óeðlileg og metið útkomu í samhengi við þroskamat nú.

Ef barnið getur ekki **eitt atriði** í viðkomandi þroskamati en engar aðrar áhyggjur eru til staðar, er yfirleitt nóg að gefa ráðleggingar og athuga nánar í næstu heimsókn nema annað sér tilgreint í leiðbeiningum í töflu. Ef barnið getur ekki **tvö atriði eða fleiri** þarf að huga vel að öðrum þáttum og vísa áfram til barnalæknis eða annarra sérfræðinga til nánari athugunar.

	Lýsing	Framkvæmd/lýsing	Úrlausn ef frávik
Grófhreyfingar	Veltir sér af baki yfir á maga	Barnið er lagt á bakið á skoðunarbekk eða þétt undirlag og fylgst með hvort það geti velt sér sjálft yfir á magann (eða upplýsingar frá foreldrum)	Ráðleggingar til foreldra. Skoða betur í næstu skoðun (8 mán).*
	Hjálpar til við að setjast upp	Barnið liggur á bakinu. Látið barnið grípa um fingur, takið utan um hendur þess og togið það upp í sitjandi stöðu. Fylgst er með hvort barnið hjálpar til við að setjast upp með því að toga sig fyrst upp með handleggjum og láti höfuðið síðan fylgja með.	Tilvísun til sjúkráðgjafara og e.t.v. barnalæknis.
Fínhreyfingar	Flytur hluti milli handa	Réttið barninu hringlu eða annað lítið leikfang í aðra höndina. Fylgst er með hvort barnið geti flutt hlutinn yfir í hina höndina án þess að setja hann fyrst í munninn. Athuga þarf hvora hönd fyrir sig.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða betur í næstu skoðun (8 mán).*
Samskipti og leikur	Vill láta taka sig upp	Fylgst er með hvort barnið teygir upp hendur til foreldris til að láta taka sig upp. Ef ekki, er talað til barnsins þegar það situr eða liggur á baki og hendur réttar í áttina til þess eins og eigi að fara að taka það upp. Athugað er hvort það svarar með því að rétta fram hendur á móti. Gerist þetta ekki er athugað hvort barnið gefur til kynna eftirvæntingu um að verða tekið upp með öðrum viðbrögðum, svo sem auknum hreyfingum útlíma.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða betur í næstu skoðun (8 mán).

* Ef barnið getur ekki enn við 8 mánaða aldur ber að vísa í nánari athugun, t.d. til barnalæknis, sjúkráðgjafara, Þroska- og hegðunarstöð HH eða annarra.

framhald á næstu síðu

frh. þroskamat 6 mánaða

	Lýsing	Framkvæmd/lýsing	Úrlausn ef frávik
Vitsmuna- og málproski	Bablar	Hlustað er eftir babli hjá barninu þar sem bæði koma fyrir sér- og samhljóð. Þetta geta verið samsett hljóð þar sem sama málhljóðið er endurtekið (t.d. ama, aba) eða atkvæði skeytt saman (s.s. ma-ma, ba-ba, mí-mí). Barnið notar hljóðin reglulega og endurtekið eins og til að tjá sig og „tala“ við fólk, sérstaklega við sína nánustu.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða betur í næstu skoðun (8 mán).*
	Litast um eftir leikfangi sem það missir	Fylgst er með hvort barnið lítur eftir leikfangi eða hlut sem dettur niður á gólf. Þetta má athuga sérstaklega með því að vera með hlut úti við borðbrún nálægt barninu (skeið eða annað sem heyrir í þegar það dettur), vera viss um að barnið sé að veita hlutnum athygli (t.d. með því að banka honum í borðið) og láta hann síðan falla á gólfið. Fylgst er með hvort barnið fylgir hlutnum eftir með augunum eða lítur greinilega niður eins og til að leita eftir hlutnum.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða betur í næstu skoðun (8 mán).

Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf

Meta þarf út frá aðstæðum hverju sinni hvaða stuðning og fræðslu foreldrar þurfa á að halda. Notið eftirfarandi leiðbeiningar og ráðleggingar þegar við á.

Næring

- Brjóstamjólk/þurrmjólk/stoðmjólk?
 - Börn sem fá brjóstamjólk halda því áfram ásamt því að byrja smám saman að smakka á fastri fæðu.
 - Æfa barn að drekka af stútkönnu (gjarnan vatn).
 - Gefa barninu brjóstamjólk/þurrmjólk/stoðmjólk og vatn við þorsta á daginn.
 - Barn sem hefur verið á fá brjóstamjólk eingöngu þarf ekki endilega aðra mjólk með, þó að það byrji að borða fasta fæðu. Brjóstamjólkin heldur áfram að vera fullkomin næring fyrir barnið með annarri fæðu. Þeim börnum sem að hafa verið að drekka þurrmjólk, má smám saman fara að gefa stoðmjólk í staðinn.
 - Foreldrum er ráðlagt að gefa ekki börnum undir sex ára aldri drykki úr hrísgrjónum, t.d. hrísgrjónadrykk (e. rice drink) vegna arseninnihalds þeirra.
- Vaknar barnið á nóttunni – fær það að drekka?
 - Næturgjafir geta enn verið eðlilegar, sérstaklega ef barnið er á brjósti og oft á tíðum upplifir móðirin þær ekki sem truflun á nætursvefni. Hinsvegar er mælt með því að draga úr brjóstagjöf að næturlagi ef að hún hefur truflandi áhrif á nætursvefninn.
 - Mælt er með því að minnka pelanotkun að næturlagi.
 - Ástæðulaust er að gefa barni ávaxtasafa eða aðra sæta og súra drykki og ekki mælt með að gefa þá að næturlagi.
- Að byrja með fasta fæðu?
 - Foreldrum er ráðlagt að tryggja fjölbreytni í vali á ungbarnagrautum með því að velja grauta úr mismunandi korntegundum og breyta til á milli vörumerkja. Hrísmjölsgrautar hafa gefið góða raun sem fyrsta fæða en einnig ætti að velja grauta úr t.d. maís, hirsí eða bóghveiti sem fyrsta graut. Þá má byrja á grænmetis- eða ávaxtamauki. Þetta er haft mjög þunnt í upphafi en smám saman gert þykkara eftir því sem þroski og færni barnsins eykst. Eftir sex mánaða aldur má byrja að gefa grauta úr höfrum, byggi, hveiti eða rúgi.
 - Mikilvægt er að byrja hægt og rólega, gefa lítið í einu (1 tsk) og kynna barninu eina nýja fæðutegund í einu, með nokkura daga

millibili. Það getur tekið allt að 10-15 skipti fyrir barnið að venjast nýrri fæðutegund.

- Gott er að leyfa barninu að handleika mat þannig að það kynnist smámsaman bragði og áferð og þjálfist smátt og smátt í að borða sjálft. Dæmi um þetta er t.d. stórir bitar af skráluðu þvegnu grænmeti (rófur, gulrætur, melóna, sellerí). Í upphafi heldur barnið bara á matnum og skoðar en byrjar svo að sleikja og finna bragðið. Þetta ung börn valda því ekki að halda á skeið og láta hana rata í munninn, en það er allt í lagi að leyfa þeim að prófa að halda á skeiðinni.
- Það er mikilvægt að lesa í merki barnsins og læra að þekkja hvenær barnið er búíð að fá nóg, láta barnið stjórna að mestu hversu mikið það vill borða.
- Fita er mikilvægur þáttur í fæðu barnsins, ráðlagt er að bæta 1 tsk af olíu eða smjöri í venjulegan mat barnsins.
- Ekki er ráðlagt að bæta við matinn salti eða sykri.
- D-vítamín?
 - Í lagi er að halda áfram að gefa D vítamín dropa en ráðlagt er að skipta yfir í lýsi þar sem að lýsið inniheldur líka fjölómettaðar fitusýrur sem eru heilsusamlegar. Ráðlagt er að gefa annaðhvort krakkalýsi sem inniheldur líka Omega 3 eða þorskalýsi, eina teskeið á dag (5 ml).

Svefn

- Upplifa foreldrar vandamál tengt svefni barns?
 - Veita fræðslu um eðlilegt svefnmynstur barns.
 - Börn á aldrinum 6-9 mánaða taka gjarnan tvo daglúra. Sum börn fara að sofa alla nóttina, það er þó fullkomlega eðlilegt að það gerist ekki alveg strax.
 - Mikilvægt er að ráðleggja foreldrum að þeir þurfa ekki að grípa strax inn í þó að barnið vakni. Börn sem að læra að róa sig sjálf án hjálpar, eiga auðveldara með að sofna sjálf (*sjá kafla 6.3 um uppeldi og uppeldisfræðslu*).
 - Fastar reglur og venjur veita börnum öryggi. Barn kallar eftir því sama á næturnar og það sofnar út frá á kvöldin.
 - Ef að foreldrar upplifa vandamál í tengslum við svefninn er mikilvægt að fylgja því eftir með fræðslu og stuðningi. Hægt er að vinna nánar með foreldrum með því að nota svefndagbók (*sjá kafla 6.4 um svefn og svefnvandamál barna*).

Tannvernd

- Er fyrsta tönnin komin?

- Eru tennur burstaðar daglega?
 - Fræðsluefni: <http://www.heilsugaeslan.is/fraedsla/tannvernd/>
 - Tannhirða 0-3 ára barna: fræðslumyndefni á netinu, efni talsett á íslensku, ensku, pólsku og rússnesku
 - Tannvernd barna (einblöðungur) – þýddur á netinu á albönsku, ensku, spænsku, pólsku, rússnesku, serbnesku, tælnesku og víetnömsku.

Þroski og örvun barns

- Hafa foreldrar velt fyrir sér hvort barnið heyri ekki nógu vel?
 - Ef grunur um heyrnarskerðingu er barni vísað á Heyrnar- og talmeinastöð Íslands í heyrnarmælingu.
- Færni barns? (sjá kafla 5.1 um þroska barns og helstu þroskafrávik).
 - Málörvun. Hvetja foreldra til að tala mikið við barnið, syngja fyrir það og sýna því bækur. Sýnt hefur verið fram á að málþroski er betri við tveggja ára aldur hjá börnum sem lesið er fyrir á fyrsta árinu. Sýna bækur, benda og skoða. Einnig að ýta undir það að gera hluti saman (sameinuð athygli).
 - Hreyfileikir og hermileikir. Hvetja til að barn leiki sér á gólfi til að örva hreyfiþroska. Ekki mælt með að nota göngugrind eða hoppurólu. Bæði er hætt á ofnotkun og einnig eru meiri líkur á auknu álagi á neðri hluta líkamans og minni samhæfingu.

Fjölskyldan

- Tengsl foreldra og barns? Gerir barnið greinarmun á foreldrum og öðrum?
 - Á aldrinum 6-8 mánaða byrjar oft að bera á aðskilnaðarkvíða. Mikilvægt er að benda foreldrum á að láta barnið alltaf vita að þau séu að fara til að barnið upplifi öryggi. Mikilvægt er að gera ekki mikið úr kveðjustundinni heldur kveðja með stillingu og heilsa með hlýju. Hægt er að æfa fjarveru foreldra með því að þau fari smástund í einu frá barninu og skilji það eftir í umsjá annarra fullorðinna.
- Hvernig er samband eldri barna og yngri systkina? Hvað finnst barninu gaman að gera? Hvað finnst foreldrum gaman að gera með barninu? Sýnir barnið áhuga á því sem gerist í kringum það?

Uppeldi, hegðun og agi

- Er barnið í dagvistun eða stendur það til? Hve margar klukkustundir á dag?
 - Ræða við foreldra um að vera búin að æfa barnið smám saman við aðskilnað áður en að upphafi dagvistunar kemur.

- Mikilvægi þess að hafa fastar venjur (*sjá nánar um uppeldi og uppeldisfræðslu í kafla 6.3*).
- Minnispunktar fyrir foreldra um aga, uppeldi og hegðun.
- Benda á hvar foreldranámskeiðið *Uppeldi sem virkar – Færni til framtíðar* er í boði.

Slysavarnir barna

- Er heimilið öruggt?
 - Fall er algengasta orsök þess að barn á þessum aldri slasar sig og eru brunar næst algengasta orsök slysa. Barn í barnabílstól eða ömmustól/taustól getur mjakað sér fram af borði eða öðrum húsgögnum.
- Notar barnið beisli í matarstólnum?
 - Mikilvægt er að byrja að nota beisli frá fyrsta degi sem byrjað er að nota matarstólinn.
- Er barnið í bakvísandi barnabílstól?
 - Ef þyngd barnsins er að nálgast 9 kg. og barnabílstóllinn sem það er að nota er gerður upp að 9 kílóum, er mikilvægt að brýna fyrir foreldrum að þeir ættu ekki fá sér barnabílstól sem er framvísandi heldur nota áfram bakvísandi barnabílstól. Börn undir eins árs aldri mega ekki undir neinum kringumstæðum nota framvísandi barnabílstól. Lendi þau í árekstri eru miklar líkur á því að þau geti skaðast alvarlega, því höfuð þeirra er stórt og þungt höfuð og hálsinn viðkvæmur.
- Eru foreldrar búnir að fara á námskeið um slysavarnir barna í Miðstöð slysavarna barna?
 - Hvetjið foreldra til að sækja námskeið um slysavarnir barna.
 - Á þessum aldri er gott að gera úttekt á heimilinu samkvæmt gátlistanum *Er öryggi barna tryggt á heimilinu*.
- Eru eldvarnir heimilisins í lagi?
 - Ítreka þarf við foreldra í hverri skoðun að BARN ER ALLTAF Á ÁBYRGÐ FORRÁÐAMANNA SINNA. Lítil börn eiga því aldrei að vera eftirlitslaus. Bendið foreldrum á fræðsluefni á netinu: *Slysavarnir 6-11 mánaða barna*.
 - Börn á þessum aldri muna ekki né læra af reynslunni. Eftirlit og öryggisbúnaður eru besta forvörnin gegn slysum.

Ónæmisáðgerðir og aukaverkanir

Bólusetning með *NeisVac-C* gegn Meningókokkum C (sjá kafla 3.2 um bólusetningar). Fyrri bólusetning.

Athuga betur

Ef foreldrar hafa áhyggjur af barni.

Ef hjúkrunarfræðingur/læknir hafa áhyggjur af barni eða fjölskyldu þess eða ef um verulegt frávik er að ræða. Sé um verulegt frávik að ræða ber að vísa barninu til sérfræðings.

2.10 ÁTTA MÁNAÐA SKOÐUN

Hjúkrunarfræðingur framkvæmir þessa skoðun.

Skoðunin felur í sér eftirfarandi:

- Líkamleg skoðun.
- Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf.
- Bólusetning.

Byrja á að spyrja foreldra hvort það sé eitthvað sérstakt sem þeir vilja spyrja um í dag og hvort þeir hafi einhverjar áhyggjur af barni sínu. Skoðið heilsufarsskrá barns og athugið hvort athugasemdir hafi verið gerðar sem þurfi að skoða betur.

Athugið hvort athugasemd hefur verið gerð áður varðandi þroska barns sem þarf að fylgja eftir. Endurtakið atriði úr fyrra þroskamati sem voru óeðlileg og metið útkomu.

Hægt að leggja fyrir PEDS Matsblað foreldra um þroska barna, ef vill. Skoðið útkomu. Veitið ráðleggingar og bendið á úrræði m.t.t. niðurstaðna.

Skoðun

Mæla þyngd, lengd og höfuðummál.

Almenn skoðun (*sjá leiðbeiningar um líkamlega skoðun í kafla 4.1*).

Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf

Meta þarf út frá aðstæðum hverju sinni hvaða stuðning og fræðslu foreldrar þurfa á að halda. Notið eftirfarandi leiðbeiningar og ráðleggingar þegar við á.

Næring

- Hvað borðar barnið og hversu oft? Borðar barnið með fjölskyldunni?
 - Eftir því sem að þroski barnsins eykst fer barnið að borða fjölbreyttari mat og áferð matarins má verða grófari, minna maukað og stærri bitar.
 - Fita er mikilvægur þáttur í fæðu barnsins. Ráðlagt að bæta 1 tsk af olíu eða smjöri í venjulegan mat barnsins.
- Brjóstamjólk/þurrmjólk/stoðmjólk/vatn? Notar barnið pela, stútkönnu og/eða glas? Brjóstamjólkinn heldur áfram að vera mikilvæg næring fyrir barnið og stór þáttur í heildarnæringu hjá mörgum börnum (*sjá kafla 6.1 um næringu ungbarna og kafla 6.2 um brjóstagjöf*).
- Fær barnið að drekka á nóttunni?
 - Mælt með því að draga úr pelanotkun og hætta alveg pelagjöf á nóttunni. EKKI gefa barni ávaxtasafa í pela.

- Mælt er með því að venja barn á stútkönnu.
- Lýsi?
 - 1 tsk Krakkalýsi/Porskalýsi
- Hafa foreldrar einhver áhyggjur tengdar næringu barnsins?

Svefn

- Svefnvenjur að degi og nóttu?
- Sofnar barnið sjálft?
- Sefur það alla nóttina?
- Hafa foreldrar einhverjar áhyggjur tengdar svefni? (*sjá kafla 6.4 um svefn og svefnvandamál ungra barna*).
 - Börn á aldrinum 6-9 mánaða taka gjarnan tvo daglúra. Gera má ráð fyrir því að barn geti farið að sofa alla nóttina á þessu aldursbili, en það tengist meira uppeldisháttum og venjum heldur en næringu.
 - Börn þurfa smámsaman að læra að róa sig og sofna sjálf.
 - Fastar reglur og venjur veita börnum öryggi.

Tannvernd

- Er fyrsta tönnin komin?
- Eru tennur burstaðar daglega?
- Er skán á tönnum?

RAUTT FLAGG ef tannburstun er ábótavant og skán situr á efri göms framtönnum 8-12 mánaða barna.

- Í kjölfar tanntöku er æskilegt að draga úr næturgjöfum, sérstaklega hjá börnum sem nærast á þurrmjólk með pela og gefa þeim í staðinn vatn að drekka á nóttunni (*sjá kafla 6.6 um tannvernd barna*).
- ALDREI að gefa ávaxtasafa eða sætt te með pela, hvorki á nóttu né degi því sykurrinn skemmir tennurnar og ávaxtasýra eyðir tannglerungi. Benda á fræðsluefni á netinu: <http://www.heilsugaeslan.is/fraedsla/tannvernd/>

Þroski og örvun barns

- Hafa foreldrar velt fyrir sér hvort barnið heyri ekki nógu vel?
 - Ef grunur um heyrnarskerðingu er barni vísað á Heyrnar- og talmeinastöð Íslands í heyrnarmælingu.
- Færni barns? (*sjá kafla 5.1 um þroska barns og helstu þroskafrávik*).
 - Málörvun. Hvetja foreldra til að tala mikið við barnið, setja í orð hvað barnið er að gera, hvernig því líður, syngja fyrir það og lesa bækur. Sýnt hefur verið fram á að málþroski er betri við tveggja ára aldur hjá börnum sem lesið er fyrir á fyrsta árinu.

- Hreyfileikir og hermileikir. Hvetja til að barn leiki sér á gólfi til að örva hreyfiþroska. Ekki er mælt með að nota göngugrind eða hoppurólu. Á þessum aldri eru sum börn að byrja að toga sig upp með húsgögnum og því mikilvægt að huga vel að slysavörnum en jafnframt að hvetja barnið til hreyfingar.

Fjölskyldan

- Tengsl foreldra og barns?
 - Foreldrar eru mikilvægasta fólkið í lífi barnsins. Á þessum aldri eru mörg börn að byrja í dagvistun og mikilvægt er að foreldrar noti þann tíma sem þau hafa með barninu sínu til að styrkja sjálfsöryggi þess. Einnig er mikilvægt að foreldrar ýti undir forvitni barnsins með því að leyfa því að skoða umhverfi sitt óhindrað. Þá er einnig gott að þjálfa barn í að efla félagslega færni sína með því að kynna barninu fyrir öðru fólki og venja það við að foreldrarnir fari frá í smástund.

Uppeldi, hegðun og agi

- Mikilvægt að foreldrar ræði saman um uppeldið, setji sér markmið og búi barninu heppilegt umhverfi. Ræða við foreldra að þeir séu barninu fyrirmynd. Foreldrar sýni barninu það fordæmi sem þeir vilja að barnið læri af.
- Benda foreldrum á að ýta undir að barnið leiki sér sjálfstætt og geti róað sig sjálft (að grípa börn góð). Ýta undir traust og sjálfsöryggi með því að æfa aðskilnað markvisst.
- Benda á hvar foreldranámskeiðið *Uppeldi sem virkar – Færni til framtíðar* er í boði.

Slysavarnir

- Er heimilið öruggt?
 - Slysa af völdum falls eykst til muna á þessum aldri. Það er því mikilvægt að skilja börn aldrei eftir ein á háum flötum, s.s. rúnum, borðum, skiptiborðum.
 - Brunar eru næst algengasta orsök slysa á þessum aldri. Þau hafa öðlast meiri færni í að fíka í hlutum án þess að gera sér grein fyrir hættunum sem því fylgir. Foreldrar verða að vera á varðbergi og skilja ekki hættulega hluti eftir á glámbekk, s.s. heita drykki og kerti.
 - Á þessum aldri eykst hættan á drukknun. Foreldrar mega því aldrei víkja frá barni í baði eitt augnablik og alls ekki treysta barni undir 12 ára aldri fyrir gæslu á meðan böðun stendur.
- Er barnið í bakvísandi barnabílstól?

- Ef þyngd barnsins er að nálgast 9 kg. og barnabílstóllinn sem það er að nota er gerður upp að 9 kílóum, er mikilvægt að brýna fyrir foreldrum að þeir ættu ekki fá sér barnabílstól sem er framvísandi heldur nota áfram bakvísandi barnabílstól. Börn undir eins árs aldri mega ekki undir neinum kringumstæðum nota framvísandi barnabílstól. Lendi þau í árekstri eru miklar líkur á því að þau geti skaðast alvarlega, því höfuð þeirra er stórt og þungt höfuð og hálsinn viðkvæmur.
- Notar barnið beisli í kerrunni/innkaupakerrunni?
 - Bendið foreldrum á að nota alltaf beisli þegar barn situr í innkaupakerru til að koma í veg fyrir fall. Það á aldrei að sitja í vöruhluta kerrunnar.
- Hjólreiðar?
 - Það má byrja að reiða börn frá þeim aldri sem þau sitja stöðug eða um 9 mánaða og hafa þau í tengivagni hjóls. Mikilvægt er að festa þau í hjólasætinu/tengivagninum og að þau verða að nota þartilgerðan ungubarnahjál. Klæða þarf börn vel áður en þau fara í hjólreiðatúr. Ekki má skilja þau eftirlitslaus í sæti hjólsins eða í tengivagninum.
- Eru eldvarnir heimilisins í lagi?
 - Ítreka þarf við foreldra í hverri skoðun að BARN ER ALLTAF Á ÁBYRGÐ FORRÁÐAMANNA SINNA. Lítil börn eiga því aldrei að vera eftirlitslaus.
 - Börn á þessum aldri muna ekki né læra af reynslunni. Eftirlit og öryggisbúnaður eru besta forvörnin gegn slysum (*sjá fræðsluefni um slysavarnir barna fyrir fagfólk á Heilsuvefnum www.6h.is og á vef Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins á www.heilsugaeslan.is*).

Reykingar

- Reykir móðir?
- Reykir faðir?
- Reykingar í umhverfi barns? Mjög mikilvægt er að barnið fái að alast upp í reyklusu umhverfi. Þetta krefst þess að foreldrar eða aðrir sem reykja verða að gera það utanhúss. Ekki skal heldur reykja í bíl sem barn er í.
 - Ráðgjöf í reykbindindi sími 800-6030, www.reyklaus.is

Ónæmisáðgerðir og aukaverkanir

Bólusetning með *NeisVac-C* gegn Meningókokkum C (*sjá kafla 3.2 um ónæmisáðgerðir*). Seinni bólusetning.

Athuga betur

Ef foreldrar hafa áhyggjur af barni.

Ef hjúkrunarfræðingur/læknir hafa áhyggjur af barni eða fjölskyldu þess eða ef um verulegt frávik er að ræða.

2.11 TÍU MÁNAÐA SKOÐUN

Hjúkrunarfræðingur og læknir koma að þessari skoðun. Mælt með að barnalæknir komi að skoðuninni, ef til staðar.

Skoðunin felur í sér eftirfarandi:

- Líkamleg skoðun.
- Proskamat.
- Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf.

Byrja á að spyrja foreldra hvort það sé eitthvað sérstakt sem þeir vilja spyrja um í dag og hvort þeir hafi einhverjar áhyggjur af barni sínu. Skoðið heilsufarsskrá barns og athugið hvort athugasemdir hafi verið gerðar sem þurfi að skoða betur.

Hægt að leggja fyrir PEDS Matsblað foreldra um þroska barna, ef vill. Skoðið útkomu. Veitið ráðleggingar og bendið á úrræði m.t.t. niðurstaðna.

Skoðun

Mæla þyngd, lengd og höfuðummál

Almenn skoðun (*sjá leiðbeiningar um líkamlega skoðun í kafla 4.1*).

Hyper- eða hypotoni?

Athugið að munur á tonus hægra og vinstra megin er alltaf óeðlilegur.

Proskaskimun

Gert er mat á þroska og skimað fyrir þroskafrávikum með þroskamati.

Athugið hvort athugasemd hefur verið gerð áður varðandi þroska barns sem þarf að fylgja eftir. Endurtakið atriði úr fyrra þroskamati sem voru óeðlileg og metið útkomu í samhengi við 10 mánaða þroskamat.

Proskamat 10 mánaða

Almennt má framkvæma þroskamatið með þremur mismunandi aðferðum: beinni athugun, óbeinni athugun og/eða upplýsingum foreldra (sjá kafla 2.3 um þroskamat).

Athugið hvort áður hefur verið gerð athugasemd varðandi þroska barns sem þarf að fylgja eftir. Endurtakið atriði úr fyrra þroskamati sem voru óeðlileg og metið útkomu í samhengi við þroskamat nú.

Ef barnið getur ekki **eitt atriði** í viðkomandi þroskamati en engar aðrar áhyggjur eru til staðar, er yfirleitt nóg að gefa ráðleggingar og athuga nánar í 12 mánaða skoðun nema annað sér tilgreint í leiðbeiningum í töflu. Ef barnið getur ekki **tvö atriði eða fleiri** þarf að huga vel að öðrum þáttum og vísa áfram til barnalæknis eða annarra sérfræðinga til nánari athugunar.

	Lýsing	Framkvæmd/lýsing	Úrlausn ef frávik
Gróf-hreyfingar	Situr vel óstutt	Látið barnið sitja á gólfi eða á skoðunarbekk. Fylgst er með hvort barnið haldi jafnvægi í sitjandi stöðu án þess að styðja sig með höndunum. Getur barnið teygst sig eftir leikfangi, fram, til hliðanna eða upp og handfjatlað það án þess að detta eða styðja sig við.	Tilvísun til sjúkrahjálfa og e.t.v. barnalæknis.
	Togar sig upp í standandi stöðu	Fylgst er með hvort barnið geti staðið sjálft upp af gólfi t.d. með því að styðja sig við húsgöng eða toga sig upp með því að grípa í foreldra sína, en án þess að því sé hjálpað.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða betur í næstu skoðun (12 mán)
Fín-hreyfingar	Tekur um skaft á skeið	Barninu er rétt plasticskeið og athugað hvort það getur tekið um skaftið, haldið á skeiðinni sjálft og beitt henni líkt og það ætli að fara að borða með henni.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða betur í næstu skoðun (12 mán)*
	Tangar-grip	Barnið situr í fangi foreldris. Smáhlutur t.d. lítill pappírshnoðri er lagður á borð fyrir framan það og athugað hvort barnið geti tekið hlutinn upp með vísifingri á móti þumli. Prófa þarf báðar hendur.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða betur í næstu skoðun (12 mán)*
Samskipti og leikur	Leikur týndur fundinn	Þegar tryggt er að athugandi hafi athygli barnsins felur hann andlit sitt með höndum eða öðru tiltæku (t.d. pappírsörk). Síðan skal afhjúpa andlitið með viðeigandi glaðlegum svipbrigðum, brosi eða hljóði (t.d. búú, hó eða hæ). Þetta er gert í nokkur skipti og fylgst með (t.d. í gegn um rifu milli fingra eða gat á blaði) hvort barnið sýnir ánægjuviðbrögð við leiknum, brosir eða hlær. Einnig hvort það sýnir viðbrögð um eftirvæntingu áður en andlit birtist aftur eftir að hafa verið falið.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða betur í næstu skoðun (12 mán)*

* Ef barnið getur ekki aðra þætti við 12 mán. skoðun, fylgja vel eftir. Aukaskoðun 15 mán.

Frh. á næstu bls.

frh. þroskamat 10 mánaða

	Lýsing	Framkvæmd/lýsing	Úrlausn ef frávik
	Vinkar	Fylgst er með hvort barnið svarar með því að lyfta hendi og vinka eða hreyfa fingur (opna og loka lófa) þegar athugandi vinkar til barnsins og segir bless. Ágætt er að gera þetta í lok heimsóknar.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða betur í næstu skoðun (12 mán)*
	Klappar	Athugandi klappar saman höndum, t.d. þegar barninu hefur tekist vel upp með eitthvað, brosir til barnsins og segir klappa. Þetta má endurtaka nokkrum sinnum, en ekki skal snerta hendur eða handleggi barnsins til að stýra því.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða betur í næstu skoðun (12 mán)*
Vitsmuna- og málþroski	Fjölbreytt babl	Hlustað er eftir hvort barnið hefur fjölbreytta og blæbrigðaríka hljóðamyndun, þ.á.m. langar hljóðakeðjur með bæði sérhljóðum og samhljóðum. Babl heyrir sem hefur a.m.k. 4 atkvæði, t.d. da-da-da-da, ba-ba-ba-ba, ma-ma-ma-ma, eða flóknari samsetningar. Bablið getur líkst orðum og jafnvel haft ákveðna merkingu	Ráðleggingar til foreldra. Skoða betur í næstu skoðun (12 mán) **
	Skilur einstaka orð	Hlustað er eftir hvort barnið bregst sérstaklega við ákveðnum orðum, t.d. datt, bíll, mamma, bolti. Ef þetta er ekki augljóst við skoðun má spyrja foreldri hvaða orð séu barninu sérstaklega kunnugleg. Prófa síðan að nota þau orð t.d.: „Hvar er boltinn, hvar er bangsinn?“ Gott er að hafa þessa hluti tiltæka svo athuga megi hvort barnið lítur á þessa hluti þegar spurt er um þá eða sýnir tilburði til að nálgast þá	Ráðleggingar til foreldra. Skoða betur í næstu skoðun (12 mán) **
	Slær saman tveim kubbum	Teknir eru tveir trékubbar (u.þ.b. 2-3 sm á hlið) og þeim slegið saman 3 til 4 sinnum með jöfnum takti. Barninu eru síðan réttir kubbarnir, einn í hvora hönd. Athugandi tekur aðra tvo kubba, slær þeim saman og segir: „Getur þú gert þetta“ eða „gerðu svona“. Fylgst er með hvort barnið slær kubbunum a.m.k. einu sinni saman örugglega.	Ráðleggingar til foreldra. Skoða betur í næstu skoðun (12 mán) *

* Ef barnið getur ekki aðra þætti við 12 mánaða skoðun, fylgja vel eftir. Aukaskoðun við 15 mán. aldur.

** Ef barnið sýnir ekki færni við 12 mánaða aldur ber að vísa í nánari athugun, t.d. til barnalæknis, þroska- og hegðunarstöð HH, HTÍ eða annað þar sem viðeigandi þjónusta er að fá.

Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf

Meta þarf út frá aðstæðum hverju sinni hvaða stuðning og fræðslu foreldrar þurfa á að halda. Notið eftirfarandi leiðbeiningar og ráðleggingar þegar við á.

Næring

- Hvað borðar barnið og hversu oft? Borðar barnið með fjölskyldunni? Fær það tækifæri til að prófa að borða sjálf?
 - Fita er mikilvægur þáttur í fæðu barnsins. Ráðlagt að bæta 1 tsk af olíu eða smjöri í venjulegan mat barnsins.
- Brjóstamjólk/þurrmjólk/stoðmjólk/vatn? Notar barnið pela, stútkönnu og/eða glas?
- Fær barnið að drekka á nóttunni?
 - Mælt með því að draga úr pelanotkun og hætta alveg pelagjöf á nóttunni. EKKI gefa barnið ávaxtasafa í pela.
- Lýsi?
 - 1 tsk Krakkalýsi/Porskalýsi
- Hafa foreldrar einhverjar áhyggjur tengdar næringu barnsins?

Svefn

- Svefnvenjur að degi og nóttu?
- Sofnar barnið sjálf?
- Sefur barnið alla nóttina?
- Hafa foreldrar einhverjar áhyggjur tengdar svefni? (sjá kafla 6.4 um svefn og svefnvandamál ungra barna).
 - Á þessum aldri eru sum börn tilbúin að taka aðeins einn daglúr meðan önnur þurfa ennþá tvo lúra.
 - Börn þurfa að læra að róa sig og sofna sjálf.
 - Fastar reglur og venjur veita börnum öryggi.

Tannvernd

- Er fyrsta tönnin komin?
- Eru tennur burstaðar daglega?
- Er skán á tönnum?
 - Ef barn sofnar út frá brjóstagjöf á kvöldin er mikilvægt að bursta tennurnar vel áður og þar sem skán myndast á tönnum við næturgjafir er mælt með tannburstun strax að morgni (sjá kafla 6.6 um tannvernd barna).

RAUTT FLAGG ef tannburstun er ábótavant og skán situr á efri góms framtönnum 8-12 mánaða barna.

- Mælt er með því að venja barn af því að sofna út frá pelagjöf á kvöldin. Munnvatnsframleiðsla er í lágmarki á nóttunni sem eykur hættu á tannskemmdum ef tennur eru ekki burstaðar vel áður en barnið fer að sofa.
- Sýna hvernig best er að hafa barnið vel skorðað í útafliggjandi stöðu við framkvæmd tannburstunar.
- Sýna að magn flúortannkrem þekur $\frac{1}{4}$ af nögl litlafingurs barns.
- Tannburstun kvölds og morgna með 0,1% flúortannkreminu.

Þroski og örvun barns

- Hafa foreldrar velt fyrir sér hvort barnið heyri ekki nógu vel?
 - Ef grunur um heyrnarskerðingu er barni vísað á Heyrnar- og talmeinastöð Íslands í heyrnarmælingu.
- Færni barns?
 - Málörvun. Hvetja foreldra til að tala mikið við barnið, setja í orð hvað barnið er að gera, hvernig því líður, syngja fyrir það og lesa bækur. Herma eftir dýrahljóðum og segja nafnið á dýrunum, benda á myndirnar og spyrja barnið „hvar er hesturinn“, „hvað segir hænán“?
 - Hreyfileikir og hermileikir. Hvetja til að barn leiki sér óhindrað. Á þessum aldri hafa börn vaxandi ánægju af útiveru og að leika með foreldrum í t.d. sandkassa og róla í fangi foreldra. Hvetja til allskonar leikja með barninu s.s. týndur/fundinn, hreyfileikir með söng o.fl. Á þessum aldri eru mörg börn að byrjuð að standa upp með húsgögnum og sum jafnvel að taka fyrstu skrefin og því mikilvægt að huga vel að slysavörnum en jafnframt að hvetja barnið til hreyfingar.

Fjölskyldan

- Tengsl foreldra og barns?
 - Foreldrar eru mikilvægustu aðilar í lífi barnsins. Hjá þeim leitar barnið eftir öryggi og umhyggju. Foreldrar eru líka mikilvæg fyrirmynd og þurfa að huga að eigin hegðun í tengslum við það.
 - Veita barninu athygli og gefa því jákvæða svörun þegar það unir sér við leik eða er rólegt, en jafnframt gefa því tækifæri á að leika sér einsamalt og prófa sig áfram.

Uppeldi, hegðun og agi

- Er barnið í dagvistun? Ef ekki, stendur það til? Hve margar klukkustundir á dag?
 - Mikilvægt er að undirbúa barnið markvisst, t.d. að æfa aðskilnað, ýta undir að barnið uni sér við leik, geti róað sig og fleira þessháttar.

- Hafa foreldrar sótt uppeldisnámskeið sem eru í boði?

Slysavarnir barna

- Er heimilið öruggt?
 - Algengustu slysin á þessum aldri eru fall, brunar, köfnun, hengingar, drukknun, skurðir og mar.
 - Brunar eru næst algengasta orsök slysa á þessum aldri. Þau hafa öðlast meiri færni í að fíkta í hlutum án þess að gera sér grein fyrir hættunum sem því fylgir. Foreldrar verða að vera á varðbergi og skilja ekki hættulega hluti eftir á glámbekk, s.s. heita drykki og kerti.
- Er barnið í bakvísandi barnabílstól?
 - Börn undir eins árs aldri mega ekki undir neinum kringumstæðum nota framvísandi barnabílstól. Lendi þau í árekstri eru miklar líkur á því að þau geti skaðast alvarlega, því höfuð þeirra er stórt og þungt höfuð og hálsinn viðkvæmur.
- Hjólreiðar?
 - Það má byrja að reiða börn á þessum aldri eða hafa þau í tengivagni hjóls. Mikilvægt er að festa þau í hjólasætinu/tengivagninum og að þau verða að nota reiðhjólaihjál. Klæða þarf börn vel áður en þau fara í hjólreiðatúr. Ekki má skilja þau eftirlitslaus í sæti hjólsins eða í tengivagninum.
- Notar barnið beisli í kerrunni?
 - Bendið foreldrum á að nota alltaf beisli þegar barn situr í innkaupakerru til að koma í veg fyrir fall. Það á aldrei að sitja í vöruhluta kerrunnar.
- Fer barnið í sund?
 - Á þessum aldri eykst hættan á drukknun. Foreldrar mega því aldrei víkja frá barni í baði eitt augnablik og alls ekki treysta barni undir 12 ára aldri fyrir gæslu á meðan böðun stendur. Í sundi er mælt með því að nota armkúta. Mittiskútar (hringlaga kútar) eru ekki flotbúnaður heldur stórhættulegt leikfang sem foreldrar ættu aldrei að nota.
- Eru eldvarnir heimilisins í lagi?
 - Ítreka þarf við foreldra í hverri skoðun að BARN ER ALLTAF Á ÁBYRGÐ FORRÁÐAMANNA SINNA. Lítil börn eiga því aldrei að vera eftirlitslaus (sjá fræðsluefni um slysavarnir barna fyrir fagfólk á Heilsuvefnum www.6h.is og á vef Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins á www.heilsugaeslan.is). Bendið foreldrum á fræðsluefni á netinu: *Slysavarnir 12-36 mánaða barna*.

Athuga betur

Ef foreldrar hafa áhyggjur af barni.

Ef hjúkrunarfræðingur/læknir hafa áhyggjur af barni eða fjölskyldu þess eða ef um verulegt frávik er að ræða. Sé um greinilegt frávik að ræða er frekari athugunar þörf. Sé frávik minni háttar eða vafasamt má skoða barnið aftur í 12 mánaða skoðun.

2.12 TÓLF MÁNAÐA SKOÐUN

Hjúkrunarfræðingur framkvæmir þessa skoðun.

Skoðunin felur í sér eftirfarandi:

- Líkamleg skoðun.
- Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf.
- Bólusetning.

Byrja á að spyrja foreldra hvort það sé eitthvað sérstakt sem þeir vilja spyrja um í dag og hvort þeir hafi einhverjar áhyggjur af barni sínu. Skoðið heilsufarsskrá barns og athugið hvort athugasemdir hafi verið gerðar sem þurfi að skoða betur.

Athugið hvort athugasemd hefur verið gerð áður varðandi þroska barns sem þarf að fylgja eftir. Endurtakið atriði úr fyrra þroskamati sem voru óeðlileg og metið útkomu.

Hægt að leggja fyrir PEDS Matsblað foreldra um þroska barna, ef vill. Skoðið útkomu. Veitið ráðleggingar og bendið á úrræði m.t.t. niðurstaðna.

Skoðun

Mæla þyngd, lengd og höfuðummál

Almenn skoðun (sjá leiðbeiningar um líkamlega skoðun í kafla 4.1).

Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf

Meta þarf út frá aðstæðum hverju sinni hvaða stuðning og fræðslu foreldrar þurfa á að halda. Notið eftirfarandi leiðbeiningar og ráðleggingar þegar við á.

Næring

- Brjóstagjöf/þurrmjólk/stoðmjólk/nýmjólk?
- Borðar barnið venjulegan fjölskyldumat? Borðar það með fjölskyldunni? Fær barnið tækifæri til að borða sjálft? Notar barnið pela, stútkönnu og/eða glas?
 - Fita er áfram mikilvægur þáttur í fæðu barnsins.
- Lýsi?
 - 1 tsk Krakkalýsi/Þorskalýsi
- Hafa foreldrar einhverjar áhyggjur tengdar næringu barnsins?

Svefn

- Svefnvenjur að degi og nóttu?
- Sofnar barnið sjálft?
- Sefur barnið alla nóttina?

- Geta báðir foreldrar lagt barn til svefns?
- Hafa foreldrar einhverjar áhyggjur tengdar svefni? (*sjá kafla 6.4 um svefn og svefnvandamál ungra barna*)
 - Börn þurfa að læra að róa sig og sofna sjálf.
 - Fastar reglur og venjur veita börnum öryggi.

Tannvernd

- Er fyrsta tönnin komin?
- Eru tennur burstaðar daglega?
- Er skán á tönnum?
 - Ítreka mikilvægi tannburstunar og leiðbeina um tannhirðu.
 - Benda á að munnvatnsframleiðsla er í lágmarki að næturlagi sem eykur hættu á tannskemmdum ef tennur eru ekki burstaðar vel áður en farið er að sofa.
 - Brjóstamjólk getur verið varasöm fyrir barnatennur ef hennar er neytt oft að nóttu til eftir eins árs aldur.
 - Mælt er með því að venja 12-18 mánaða barn af pela.
 - Tilvísun til tannlæknis ef skemmd sýnileg.

RAUTT FLAGG ef tannburstun er ábótavant og skán situr á efri góms framtönnum 8-12 mánaða barna.

Þroski og örvun barns

- Athugið **RAUÐ FLÖGG** vegna einhverfurófs. Ef eitthvert þeirra atriða er til staðar ber að vísa barni í frumgreiningu nema allt annað mæli gegn því (*sjá kafla 5.3 um einhverfu og raskanir á einhverfurófi*).
 - Ekkert babl til staðar.
 - Engar bendingar/annað látbragð til staðar.
 - Afturför í þroska.
 - Systkini með einhverfurófsröskun.
- Hafa foreldrar velt fyrir sér hvort barnið heyri ekki nógu vel?
 - Ef grunur um heyrnarskerðingu er barni vísað á Heyrnar- og talmeinastöð Íslands í heyrnarmælingu.
- Segir barnið a.m.k. 3 orð með merkingu? Skilur barnið margt sem foreldrar segja? Getur það hlýtt einföldum fyrirmælum, t.d. „náðu í boltann.“
 - Málörvun. Hvetja foreldra til að tala mikið við barnið, setja í orð hvað barnið er að gera, hvernig því líður, syngja fyrir það og skoða með því og lesa bækur. Skoða má einfaldar myndabækur með barninu, athuga hvort barnið sýnir áhuga og stoppar við myndina. Benda á og nefna myndina og athuga hvort barnið gerir það sama.

- Hreyfifærni barns?
 - Hreyfileikir og hermileikir. Hvetja til að barn leiki sér óhindrað. Á þessum aldri hafa börn vaxandi ánægju af útiveru. Hvetja til allskonar leikja með barninu s.s. týndur/fundinn, hreyfileikir með söng o.fl. (*sjá nánar um þetta í fræðsluefninu Að verða maður með mönnum*). Á þessum aldri eru flest börn byrjuð að standa örugg með húsgögnum og sum jafnvel að taka fyrstu skrefin og því mikilvægt að huga vel að slysavörnum en jafnframt að hvetja barnið til hreyfingar.
 - Algengast er að börn byrji að ganga á aldrinum 10-14 mánaða, en sum byrja þó fyrr og önnur seinna. Þjóða má foreldrum að koma með barnið í aukaskoðun ef að það er ekki farið að ganga við 15-16 mánaða aldur og/eða ef foreldrar hafa áhyggjur af hreyfiproska barnsins.

Fjölskyldan

- Tengsl foreldra og barns?
 - Foreldrar eru mikilvægustu aðilar og fyrirmyndir í lífi barnsins. Hjá þeim leitar barnið eftir öryggi og umhyggju.
- Líðan móður? Muna að leggja aftur fyrir EPDS ef þörf krefur.
 - EPDS-skali (*sjá vinnureglur vegna skimunar með EPDS í kafla 2.6*).

Uppeldi, hegðun og agi

- Er barnið í dagvistun? Ef ekki, stendur það til? Hve margar klukkustundir á dag?
- Hafa foreldrar velt fyrir sér og rætt uppeldisaðferðir? Eru fastar venjur og reglur, t.d. um matar- og háttatíma?
 - Fastar venjur í heimilisskipulagi veita barni öryggi. Foreldrar þurfa að ákveða saman uppeldisaðferðir, setja sér markmið og búa barninu heppilegt umhverfi.
- Hafa foreldrar sótt námskeið um uppeldi barna? Ef ekki, mæla með því.

Slysavarnir

- Er heimilið öruggt?
 - Barnið er sjálft farið að klifra en skynjar ekki hættuna. Það er því mikilvægt að hafa hlið fyrir stigaopum og öðrum hættulegum stöðum.
 - Algengustu slysin á þessum aldri eru fall, brunar, köfnun, hengingar, drukknun, skurðir og mar.
 - Brunar eru næst algengasta orsök slysa á þessum aldri. Þau hafa öðlast meiri færni í að fikta í hlutum án þess að gera sér grein

fyrir hættunum sem því fylgir. Á þessum aldri er eldavélin orðin áhugaverð fyrir barnið en á sama skapi hættuleg. Gæta þarf að því að barnið geti ekki togað potta og pönnur á eldavélinni yfir sig eða brenni sig á bakaraofninum. Blöndunartæki í baðherbergi eiga að vera með viðeigandi öryggisbúnaði sem lækkar hitastigið á heita vatninu svo barn geti ekki brennt sig.

- Er leiksvæði barnsins öruggt?
 - Á þessum aldri eykst hættan á drukknun. Foreldrar mega því aldrei víkja frá barni í baði eitt augnablik og alls ekki treysta barni undir 12 ára aldri fyrir gæslu á meðan böðun stendur. Í sundi er mælt með því að nota armkúta. Mittiskútar (hringlaga kútar) eru ekki flotbúnaður heldur stórhættulegt leikfang sem foreldrar eiga aldrei að nota.
 - Börn undir 3 ára eru of ung til að vera eftirlitslaus úti í garði. Þau geta til að mynda drukknað í grunnnum polli. Gæta þarf að því að engin hættuleg efni séu í garðinum. Flest leiktæki eru framleidd fyrir börn 3 ára og eldri og geta því reynst þeim yngri hættuleg.
- Er barnið í bakvísandi barnabílstól?
 - Mikilvægt er að brýna fyrir foreldrum að barnið noti bakvísandi barnabílstól upp að 18-25 kílóum. Börn undir 3 ára aldri eru betur varin í árekstri ef þau eru í bakvísandi barnabílstól. Lendi þau í árekstri eru miklar líkur á því að þau geti skaðast alvarlega, því höfuð þeirra er stórt og þungt höfuð og hálsinn viðkvæmur.
- Hjólreiðar?
 - Það má byrja að reiða börn á þessum aldri eða hafa þau í tengivagni hjóls. Mikilvægt er að festa þau í hjólasætinu/tengivagninum og að þau verða að nota reiðhjólshjál. Klæða þarf börn vel áður en þau fara í hjólreiðatúr. Ekki má skilja þau eftirlitslaus í sæti hjólsins eða í tengivagninum.
- Notar barnið beisli í kerrunni/innkaupakerrunni?
 - Bendið foreldrum á að nota alltaf beisli þegar barn situr í innkaupakerru til að koma í veg fyrir fall. Það á aldrei að sitja í vöruhluta kerrunnar.
- Eru eldvarnir heimilisins í lagi?
 - Ítreka þarf við foreldra í hverri skoðun að BARN ER ALLTAF Á ÁBYRGÐ FORRÁÐAMANNA SINNA. Lítil börn eiga því aldrei að vera eftirlitslaus.

Ónæmisáðgerðir

Þriðja bólusetning með Pentavac gegn Barnaveiki, Kíghósta, Stífkrampa, Haemophilus influenzae hjúpgerð b og Mænusótt. Þriðja bólusetning með Synflorix gegn Pneumókokkum. Upplýsa foreldra um hugsanlegar aukaverkanir (*sjá kafla 3.2 um ónæmisáðgerðir*).

Athuga betur

Ef foreldrar hafa áhyggjur af barni.

Ef hjúkrunarfræðingur/læknir hafa áhyggjur af barni eða fjölskyldu þess eða ef um verulegt frávík er að ræða.

2.13 ÁTJÁN MÁNAÐA SKOÐUN

Hjúkrunarfræðingur og læknir koma að þessari skoðun. Mælt með að barnalæknir komi að skoðuninni, ef til staðar.

Skoðunin felur í sér eftirfarandi:

- PEDS *Matsblað foreldra um þroska barna* lagt fyrir foreldra.
- Líkamleg skoðun.
- Proskamat.
- Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf.
- Bólusetning.

Byrja á að skoða heilsufarsskrá barns og athuga hvort athugasemdir hafi verið gerðar sem þurfi að skoða betur eða spyrja foreldra um.

Skoðun

Mæla þyngd, lengd og höfuðummál

Almenn skoðun (*sjá leiðbeiningar um líkamlega skoðun í kafla 4.1*).

Proskaskimun

Gert er mat á þroska og skimað fyrir þroskafrávikum með PEDS og þroskamati.

PEDS

- Áður en foreldrar fá *PEDS Matsblað foreldra* í hendurnar skal greina þeim frá því að athugun á hegðun og þroska sé mikilvægur þáttur í veittri þjónustu á heilsugæslustöðvum. Spyrja þarf hvort foreldrar vilji fylla blaðið út sjálfir eða hvort að þeir vilji að einhver fari með þeim í gegnum spurningarnar (*sjá nánar um PEDS í kafla 5.5*).
- Við úrvinnslu á matsblaðinu skal skrá áhyggjur sem hafa verið til staðar þótt dregið hafi verið úr þeim.
- Skoðið útkomu PEDS. Spyrjið nánar út í áhyggjur, ef til staðar.

Túlkun niðurstaðna

Fylgið leiðbeiningum á *PEDS túlkunarblaði* og notið klínískt mat við túlkun niðurstaðna (*sjá PEDS leiðbeiningar um framkvæmd og stigagjöf sem fylgir tösku með skimunartækjum*).

Skoðið rauð flögg vegna einhverfurófs.

Ef eitthvert þeirra atriða er til staðar ber að vísa barni í frumgreiningu nema allt annað mæli gegn því (*sjá nánar í kafla 5.3 um einhverfu og raskanir á einhverfurófi*).

RAUÐ FLÖGG vegna einhverfurófs:

- ◀ Ekkert orð til staðar
- ◀ Stöðnun eða afturför í þroska
- ◀ Systkini með einhverfurófsröskun

Leið A: Merkt við tvö eða fleiri áhyggjuefni í hringlaga reit.

Ef merkt hefur verið við tvö eða fleiri áhyggjuefni í hringlaga reit skal vísa barninu í formlega frumgreiningu, nema engar áhyggjur séu af almennum vitsmunapróska.

Ef áhyggjur eru einungis af framburði í *Tjáningu og hljóðmyndun* og t.d. eyrnasýkingu og/eða öðrum heilsuþáttum í *Annað* og engin rauð flögg, ætti að vísa á HTÍ og/eða til sérfræðings.

Leið B: Merkt við eitt áhyggjuefni í hringlaga reit.

Ef eina áhyggjuefnið sem merkt var við í hringlaga reit snertir heilsufar eða skynfæri og þroskamatið vekur engar áhyggjur af almennum þroska, veitið ráðgjöf og fylgist vel með barninu. Metið klínískt hvort vísa eigi barni til sjúkráþjálfara, barnalæknis eða annarra sérfræðinga.

Ef áhyggjur af almennum þroska/vitsmunum eða málþáttum eru studdar af þroskamati og rauðum flöggum skal vísa í frumgreiningu.

Leið C: Merkt við áhyggjuefni í kassalaga reit.

Ef eingöngu eru áhyggjur af grófhreyfingum skal vísa í sjúkráþjálfun og/eða til barnalæknis, veita ráðgjöf, eftirfylgd.

Ef aðrar áhyggjur þarf að skoða klínískt mat, rauð flögg og útkomu úr þroskamati. Vísa í frumgreiningu ef þroskamat og áhyggjur gefa tilefni til. Veitið ráðgjöf og eftirfylgd eftir þörfum.

Leið D: Ónógar upplýsingar frá foreldrum

Ef fást ekki afgerandi svör við spurningum PEDS skal nota erlendar útgáfur af matslistanum og/eða túlk sé erlent tungumál hindrun. Ef ekki, þarf að leggja meiri áherslu á nákvæmt þroskamat.

Leið E: Ekki merkt við nein áhyggjuefni

Ef ekkert vekur áhyggjur hjá foreldrum né heilbrigðisstarfsmanni, þá er ekki ástæða til annarra aðgerða en mælt er með í hefðbundinni ung- og smábarnavernd. Ef heilbrigðisstarfsmaður hefur hins vegar áhyggjur og/eða aðrar upplýsingar gefa tilefni til þá þarf að ræða það við foreldra og skoða nánar í tengslum við þroskamatið.

Proskamat 18 mánaða

Við 18 mánaða skoðun ber að hafa í huga að vísbendingar um alvarleg þroskafrávik, s.s. einhverfurófsraskanir og/eða þroskahömlun, eru yfirleitt komnar fram á þessum aldri og ætti að vera hægt bera kennsl á þessi börn. Almennt má framkvæma þroskamatið með þremur mismunandi aðferðum: beinni athugun, óbeinni athugun og/eða upplýsingum foreldra (sjá kafla 2.3 um þroskamat).

Athugið hvort áður hefur verið gerð athugasemd varðandi þroska barns sem þarf að fylgja eftir. Endurtakið atriði úr fyrra þroskamati sem voru óeðlileg og metið útkomu í samhengi við þroskamat nú. Hafið útkomu **PEDS** í huga þegar þroskamatið er gert. Takið mið af útkomu beggja og hvort **rauð flögg** vegna einhverfurófs eru til staðar til að taka ákvörðun um þörf á aðgerðum (sjá túlkun PEDS).

Ef barnið getur ekki **eitt atriði** í viðkomandi þroskamati en engar aðrar áhyggjur eru til staðar, er yfirleitt nóg að gefa ráðleggingar og athuga nánar í næstu heimsókn nema annað sér tilgreint í leiðbeiningum í töflu. Ef barnið getur ekki **tvö atriði eða fleiri** þarf að huga vel að öðrum þáttum og vísa áfram til barnalæknis eða annarra sérfræðinga til nánari athugunar.

Hafi foreldrar eða heilbrigðisstarfsmaður áhyggjur af öðrum þáttum í fari barnsins, s.s. hegðun, samskiptum, líðan, virkni og tengslum getur það verið næg ástæða til að vísa barni áfram í athugun. Komi fram saga um stöðnun eða afturför er alltaf ástæða til nánari athugunar.

	Lýsing	Framkvæmd/lýsing	Úrlausn ef frávik
Gróf-hreyfingar	Gengur án stuðnings	Fylgst er með hvort barnið geti gengið um innandýra örugglega og án stuðnings. Hreyfingar eru frjálslugar og samhverfar og handleggir ekki á lofti. Athugið fótaborð barnsins, t.d. stígur það í hælana eða er það uppi á tánum við gang?	Tilvísun til sjúkráðgjafara og/eða barnalæknis.
Fín-hreyfingar	Borðar með skeið eða gaffli	Foreldrar eru spurðir hvort barnið geti matað sig sjálft með skeið eða gaffli. Einnig má athuga þetta í hlutverkaleik með plasthnífapörum.	Ráðleggingar til foreldra. Athuga vel annan þroska. Skoða í næstu heimsókn.*
	Krotar	Barninu er fenginn litur og blað og athugað hvort það krassar sjálft á blaðið án þess að því sé sýnt það fyrst.	Ráðleggingar til foreldra. Athuga vel annan þroska. Skoða í næstu heimsókn.*

* Benda foreldrum á möguleika á aukaheimsókn fram að 2 ½ árs aldri ef barnið sýnir ekki framfarir og áhyggjur eru til staðar. framhald á næstu síðu

frh. þroskamat 18 mánaða

	Lýsing	Framkvæmd/lýsing	Úrlausn ef frávik
Samskipti og leikur	Bendir til að sýna áhuga	Fylgst er með hvort barnið bendir einhvern tíma í skoðuninni sjálft á eitthvað í umhverfinu (t.d. leikfang eða mynd), greinilega í þeim tilgangi að vekja athygli athuganda eða foreldris. Bendingin þarf að vera greinileg og með útréttum vísifingri.	Ath. rauð flögg fyrir einhverfu. Ef til staðar þá tilvísun í frumgreiningu.
	Bendir á líkamshluta	Þegar barnið er að veita athygli er það spurt um ákveðna líkamshluta, t.d. „Hvar er nefið þitt“ eða munnurinn, augun, hárið, tærnar o.s.frv. Biðja má foreldri að spyrja barnið og nota þau orð sem barnið þekkir í þessu sambandi (t.d. nebbi, tásur, bumba). Fylgst er með hvort barnið svarar með því að benda á, snerta eða horfa augljóslega á að minnsta kosti einn af þeim líkamshlutum sem spurt er um.	Ráðleggingar til foreldra. Athuga vel annan þroska. Skoða í næstu heimsókn.*
	Sækir hlut sem beðið er um	Þegar barnið er á ferðinni eða situr á gólfinu er athugað hvort það tekur upp og réttir athuganda eða foreldri hlut samkvæmt beiðni. Spyrja skal um eitthvað sem er í augljósu sjónmáli barnsins og innan seilingar, t.d. þannig: „Réttu mér bókina, gefðu mömmu bangsann, láttu mig hafa boltann“. Ef nauðsyn krefur má til áherslu benda á hlutinn sem spurt er um, en ekki skal teygja útrétta hendi í áttina að honum.	Ráðleggingar til foreldra. Athuga vel annan þroska. Skoða í næstu heimsókn.*
Vitsmuna- og málþroski	Notar 6-10 orð	Hlustað er eftir allri hljóðmyndun hjá barninu og athuga hvort merkingarbær orð heyrast. Orðin þurfa að vera skiljanleg og notuð reglulega í ákv. merkingu. Sérnöfn, t.d. nöfn systkina teljast eitt orð þó mörg séu nefnd.	Tilvísun í frumgreiningu.

* Benda foreldrum á möguleika á aukaheimsókn fram að 2 ½ árs aldri ef barnið sýnir ekki framfarir og áhyggjur eru til staðar. framhald á næstu síðu

frh. þroskamat 18 mánaða

	Lýsing	Framkvæmd/lýsing	Úrlausn ef frávik
Vitsmuna- og málþroski	Byggir turn úr tveim kubbum	Athugandi byggir turn úr nokkrum trékubbum fyrir framan barnið og tekur hann svo niður. Setur síðan einn kubbb á borðið, réttir barninu annan og hvetur það til að byggja sjálft. T.d.: „Þú skalt gera alveg eins turn“ eða „settu kubbin hérna ofaná“. Barnið þarf að geta sleppt seinni kubbinum þannig að hann tolli ofan á þeim fyrri.	Ráðleggingar til foreldra. Athuga vel annan þroska. Skoða í næstu heimsókn.*
	Skoðar mynd í bók	Barninu er sýnd myndabók með skýrum myndum t.d. af algengum dýrum eða hlutum, athygli barnsins dregin að myndunum t.d. með því að benda á eina í einu og segja: „Sjáðu myndina“. Fylgst er með hvort barnið stoppar greinilega við einhverja mynd og gefur til kynna áhuga á einhvern hátt, t.d. með því að horfa augljóslega á viðkomandi mynd, sýna svipbrigði, gefa frá sér hljóð, snerta myndina eða benda á hana.	Ráðleggingar til foreldra. Athuga vel annan þroska. Skoða í næstu heimsókn.*

* Benda foreldrum á möguleika á aukaheimsókn fram að 2 ½ árs aldri ef barnið sýnir ekki framfarir og áhyggjur eru til staðar.

Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf

Meta þarf út frá aðstæðum hverju sinni hvaða stuðning og fræðslu foreldrar þurfa á að halda. Notið eftirfarandi leiðbeiningar og ráðleggingar þegar við á.

Næring

- Hve margar máltíðir borðar barnið yfir daginn?
- Borðar barnið venjulegan fjölskyldumat? Borðar það með fjölskyldunni? Fær barnið tækifæri til að borða sjálft? Hvernig er matarlystin? Hvað gera foreldrar ef barn vill ekki borða? Magn og tegund mjólkur og mjólkurvöru Brjóstamjólk/stoðmjólk/nýmjólk (jógúrt, súrmjólk, skyr)?
- Fær barnið lýsi?
- Hafa foreldrar einhverjar áhyggjur tengdar næringu barnsins?
 - Reglulegir matmálstímar, hollir millimálsbitar.
 - Venja barnið á að drekka vatn eða mjólk með matnum.
 - Forðast að venja barnið á sætindi og sæta drykki.
 - Mjólkurmatur ætti ekki að fara yfir 500-600 ml á dag.

Hreyfing

- Hreyfifærni barns?
 - Hreyfifærni líkt og að hoppa, hlaupa, kasta og sparka er hluti af almennri þroskaframvindu. Það er mikilvægt að börnin fái tækifæri til æfa nýja færni í samskiptum við foreldra og önnur börn til að hún þroskist á eðlilegan hátt (*sjá kafla 6.7 um hreyfingu barna*).
 - Foreldrar verði góð fyrirmynd og hreyfi sig með börnunum.
 - Leyfa þarf barni að klæða sig sjálft og ganga stuttar vegalengir.
 - Barn undir 2 ára aldri ætti sem minnst að horfa á sjónvarp. Takmarka ætti langa kyrrsetu hjá barni á þessum aldri eins og unnt er.
 - Útivera/útileikir

Svefn

- Svefnvenjur að degi og nóttu? Börn á þessum aldri hafa ennþá þörf fyrir daglúr. Æskilegur tími fyrir daglúrin er milli kl. 12 og 14.
- Sofnar barnið sjálft (á daginn, kvöldin og nóttunni)?
- Sefur barnið alla nóttina?
- Geta báðir foreldrar lagt barn til svefns?
- Hafa foreldrar áhyggjur tengdar svefni?

- Börn þurfa að læra að róa sig og sofna sjálf.
- Fastar reglur og venjur veita börnum öryggi.

Tannvernd

- Eru tennur burstaðar daglega?
- Er skán á tönnum?
- Er barnið með pela?
- Er tannskemmd í framtönn/jaxli (K02.1)?
 - Munnskoðun og áhættumat, fræðsla og tilvísun
 - Benda á kosti foreldrastóls við munnhirðu.
 - Sýna að magn flúortannkremis þekur $\frac{1}{4}$ af nögl litlafingurs barns.
 - Tannburstun kvölds og morgna með 0,1% flúortannkreminni.
 - Tilvísun til tannlæknis ef skemmd sýnileg.

RAUTT FLAGG ef skemmd sýnileg í framtönn eða jaxli 18 mánaða og 2 ½ árs barna. Tilvísun til tannlæknis.

Þroski og örvun barns

- Hafa foreldrar velt fyrir sér hvort barnið heyri ekki nógu vel?
 - Ef grunur um heyrnarskerðingu er barni vísað á Heyrnar- og talmeinastöð Íslands í heyrnarmælingu.
- Færni barns?
 - Þroski barnsins byggist bæði á meðfæddum þáttum en einnig hvað það upplifir og hvernig skilyrði foreldrarnir skapa þeim til uppvaxtar.
 - Allir þroskaþættirnir eru tengdir (félagslegir-/tilfinningalegir-/vitsmunalegir-/málþroski og hreyfiþroski). Hver og einn byggir á hinum og eru innbyrðis tengdir.
 - Málörvun. Tala við barnið og spyrja opinna spurninga, nota söng- og hreyfileiki, lesa einfaldar bækur fyrir barnið, nota einföld spil, hrósa. Ýta undir eftirhermu, að gera til skiptis
- Hreinlætisvenjur?
 - Það er misjafnt hvenær börn hætta að nota bleiu. Fyrir foreldra er mikilvægt að fylgjast með því hvenær barn hafi náð þroska og sýni áhuga á að nota kopp. Ekki má þvinga barn sem ekki er tilbúið. Börn byrja oft að sýna áhuga á að pissa í kopp í kringum 2 ára aldur, en það er mjög einstaklingsbundið hvenær þau hætta að nota bleiur.

Fjölskyldan

- Tengsl foreldra og barns?
 - Tengsl foreldra við barnið leggur grunninn að þroska þess.

- Líðan móður? Muna að leggja aftur fyrir EPDS ef þörf krefur.
 - EPDS-skali (*sjá vinnureglur vegna skimunar með EPDS í kafla 2.6*).

Uppeldi, hegðun og agi

- Er barnið í dagvistun eða leikskóla? Hve margar klukkustundir á dag?
 - Miklar breytingar eiga sér stað á þessum aldri þegar barnið öðlast aukinn þroska og með því sjálfstæði og getu til að framkvæma hluti sem það gat ekki áður. Á sama tíma er eðlilegt/alengt að börn grípi til kröftugra aðgerða til að sýna sjálfstæði sitt og æfa nýja færni. Þetta getur t.d. leitt til skapofsakasta, að börn fari að kasta sér í gólfið, öskra, lemja frá sér og þess háttar, fái þau ekki vilja sínum framgengt. Mikilvægt að taka á allri slíkri hegðun á markvissan hátt, þannig að hún festist ekki í sessi. Kenna börnum æskilegri leiðir til að tjá vilja.
 - Mæla með að foreldrar fái ráðgjöf/sæki námskeið ef einhverjir erfiðleikar eru í uppsiglingu vegna hegðunar.
 - Uppeldi í nútímasamfélagi krefst fyrirhyggju, framtíðarsýnar, skipulagningar og samstarfs uppalenda (*sjá kafla 6.3 um uppeldi og uppeldisfræðslu*). Hafa foreldrar sótt uppeldisnámskeið? Ef ekki, mæla með því.

Nokkur atriði sem skipta megin máli í uppeldi

Foreldrafærni

Foreldrar þurfa að leggja rækt við sjálfa sig til að styrkja og efla getu og færni sína sem uppalendur.

Fordæmi

Foreldrar gefa fordæmi með eigin framkomu og eru barninu stöðug fyrirmynd.

Skipulag

Setja markmið, ræða málin, koma á föstum venjum.

Kennsla æskilegrar hegðunar

Nauðsynlegt er að kenna börnunum markvisst þá hegðun sem ætlast er til að þau sýni.

Jákvæðar aðferðir

Leggja áherslu á það jákvæða og gefa jákvæða svörun og hrós við góðri hegðun og ýta þannig undir hana.

Efla færni barna

Þjálfra börn í að róa sig sjálf.

Ýta undir sjálfstæðan leik hjá barni.

Slysavarnir

- Eru húsgögn fest við vegg (skápar/hillur/kommóður)? Hætta á falli?
 - Börn á þessum aldri geta klífrað mjög hátt og nota oft bókahilluna, skápinn eða kommóðuna til að klífra upp á. Hætta er á að húsgagnið falli yfir barnið og slasi það lífshættulega.
 - Bendið foreldrum á að nota alltaf beisli þegar barn situr í innkaupakerru til að koma í veg fyrir fall. Það á aldrei að sitja í vöruhluta kerrunnar.
 - Lykilatriði er að vera búin að gera ráðstafanir áður en barnið nær næsta þroskastigi. Algeng slys á þessum aldri: fall, köfnun, eitranir, hængingar, brunaslys, drukknun, skurðir og mar (*sjá fræðsluefni um slysavarnir barna fyrir fagfólk á Heilsuvefnum www.6h.is og á vef Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins á www.heilsugaeslan.is*).
- Eru eitrefni og lyf geymd á öruggum stað?
 - Rannsóknir hafa sýnt að á þessum aldri verður að geyma lyf og hættuleg efni í læsti hirslu og lykilinn ekki í skránni. Ekki er óhætt að geyma slík efni í efri skápum. Snyrtivörur og vítamín geta t.d. valdið alvarlegum eitrunum hjá börnum, svo og sígarettustubbar.
- Eru öryggislæsingar á gluggum og svalahurðum?
 - Börn á þessum aldri geta opnað glugga og hurðir og það er því mjög mikilvægt að hafa öryggislæsingar á öllum opnanlegum fögum.
- Er barnið í bakvísandi barnabílstól?
 - Mikilvægt er að brýna fyrir foreldrum að barnið noti bakvísandi barnabílstól upp að 18-25 kílóum. Börn undir 3 ára aldri eru betur varin í árekstri ef þau eru í bakvísandi barnabílstól. Lendi þau í árekstri eru miklar líkur á því að þau geti skaðast alvarlega, því höfuð þeirra er stórt og þungt höfuð og hálsinn viðkvæmur.
- Er leiksvæði barnsins öruggt?
 - Börn undir 3 ára eru of ung til að vera eftirlitslaus úti í garði. Þau geta til að mynda drukknað í grunnnum polli. Gæta þarf að því að engin hættuleg efni séu í garðinum. Ef það er setlaug í garðinum þarf hún að vera með loki sem er barnhelt. Flest leiktæki eru framleidd fyrir börn 3 ára og eldri og geta því reynst þeim yngri hættuleg.
 - Á þessum aldri eykst hættan á drukknun. Foreldrar mega því aldrei víkja frá barni í baði eitt augnablik og alls ekki treysta barni undir 12 ára aldri fyrir gæslu á meðan böðun stendur. Í

sundi er mælt með því að nota armkúta. Mittiskútar (hringlaga kútar) eru ekki flotbúnaður heldur stórhættulegt leikfang sem foreldrar eiga aldrei að nota.

- Er barnið farið að hjóla?
 - Á þessum aldri er öruggast fyrir barnið að hjóla á þríhjóli, alltaf undir eftirliti foreldra. Æskilegt er að barnið byrji að nota reiðhjólahjálms svo það venjist honum. Hægt er að kaupa tvíhjól með hjálpardekkjum frá tveggja ára aldri. Betra er að bíða þangað til barnið hefur náð þeim samhæfingarþroska sem þarf til að hjóla á tvíhjóli án hjálpardekkja.
 - Það má byrja að reiða börn frá þeim aldri sem þau sitja stöðug eða um 9 mánaða og hafa þau í tengivagni hjóls. Mikilvægt er að festa þau í hjólasætinu/tengivagninum og að þau verða að nota þartilgerðan ungbarnahjálms. Klæða þarf börn vel áður en þau fara í hjólreiðatúr. Ekki má skilja þau eftirlitslaus í sæti hjólsins eða í tengivagninum.
- Brunahætta?
 - Brunar eru næst algengasta orsök slysa á þessum aldri. Þau hafa öðlast meiri færni í að fíkta í hlutum án þess að gera sér grein fyrir hættunum sem því fylgir. Á þessum aldri er eldavélin orðin áhugaverð fyrir barnið en á sama skapi hættuleg. Gæta þarf að því að barnið geti ekki togað potta og pönnur á eldavélinni yfir sig eða brenni sig á bakaraofninum. Blöndunartæki í baðherbergi eiga að vera með viðeigandi öryggisbúnaði sem lækkar hitastigið á heita vatninu svo barn geti ekki brennt sig.
- Eru eldvarnir heimilisins í lagi?
 - Ítreka þarf við foreldra í hverri skoðun að BARN ER ALLTAF Á ÁBYRGÐ FORRÁÐAMANNA SINNA. Lítil börn eiga því aldrei að vera eftirlitslaus.

Reykingar

- Reykir móðir?
- Reykir faðir?
- Reykingar í umhverfi barns? Mjög mikilvægt er að barnið fái að alast upp í reyklusu umhverfi. Þetta krefst þess að foreldrar eða aðrir sem reykja verða að gera það utanhúss. Ekki skal heldur reykja í bíl sem barn er í.
 - Ráðgjöf í reykbíndindi sími 800-6030
 - www.reyklaus.is

Ónæmisáðgerðir

Bólusetning með M-M-RVAXPRO gegn mislingum, hettusótt og rauðum hundum. Upplýsa foreldra um hugsanlegar aukaverkanir (*sjá kafla 3.2 um ónæmisáðgerðir*).

Athuga betur

Ef foreldrar hafa áhyggjur af barni.

Ef hjúkrunarfræðingur/læknir hafa áhyggjur af barni eða fjölskyldu þess eða ef um verulegt frávik er að ræða.

2.14 TVEGGJA OG HÁLFS ÁRS SKOÐUN

Hjúkrunarfræðingur og læknir koma að þessari skoðun. Mælt með að barnalæknir komi að skoðuninni, ef til staðar.

- *PEDS Matsblað foreldra um þroska barna* lagt fyrir foreldra.
- BRIGANCE þroskaskimun.
- Líkamleg skoðun.
- Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf.

Byrja á að skoða heilsufarsskrá barns og athuga hvort athugasemdir hafi verið gerðar sem þurfi að skoða betur eða spyrja foreldra um.

Skoðun

Mæla þyngd og lengd.

Almenn skoðun (*sjá leiðbeiningar um líkamlega skoðun í kafla 4.1*).

Þroskaskimun

Gert er mat á þroska og skimað fyrir þroskafrávikum með PEDS og BRIGANCE þroskaskimun. Mikilvægt er að finna frávik snemma því það getur skipt máli fyrir framtíðarhorfur barna að viðeigandi úrræði hefjist sem fyrst.

PEDS

- Áður en foreldrar fá *PEDS Matsblað foreldra* í hendurnar skal greina þeim frá því að athugun á hegðun og þroska sé mikilvægur þáttur í veittri þjónustu á heilsugæslustöðvum. Spyrja þarf hvort foreldrar vilji fylla blaðið út sjálfir eða hvort að þeir vilji að einhver fari með þeim í gegnum spurningarnar (*sjá nánar um PEDS í kafla 5.5*).
- Við úrvinnslu á matsblaðinu skal skrá áhyggjur sem hafa verið til staðar þótt dregið hafi verið úr þeim.
- Skoðið útkomu PEDS. Spyrjið nánar út í áhyggjur, ef til staðar.

Túlkun niðurstaðna

Fylgið leiðbeiningum á *PEDS túlkunarblaði* og notið klínískt mat við túlkun niðurstaðna (*sjá PEDS leiðbeiningar um framkvæmd og stigagjöf sem fylgir tösku með skimunartækjum*). Hafið í huga fyrri áhyggjur og leitið eftir upplýsingum frá leikskóla ef ástæða er til.

Ef áhyggjur af vitsmunabroska skal vísa í frumgreiningu, nema allt annað mæli gegn því.

Ef áhyggjur eru af málþroska skal vísa á HTÍ í heyrnarmælingu og mat á málþroska. Ef áhyggjur snúa að málskilningi og/eða hvernig barnið notar

málið til tjáskipta (annað en framburður) skal einnig vísa í frumgreiningu. Skoðið hvort rauð flögg vegna einhverfurófs voru til staðar í 12 og 18 mánaða skoðun sem styður þörf á frumgreiningu hafi barni ekki verið vísað áður.

BRIGANCE þroskaskimun

Leggið BRIGANCE þroskaskimun fyrir barnið, skoðið útkomu og fylgið ráðleggingum (sjá nánar um BRIGANCE þroskaskimun í kafla 5.6). Til að nota BRIGANCE þarf að fylgja leiðbeiningum vandlega í BRIGANCE þroskaskimun fyrir 2 ½ árs börn. Leggja verður prófið á sama hátt fyrir öll börn svo hægt sé að bera saman frammistöðu þeirra. Ekki má umorða atriði eða gefa frekari vísbendingar.

Túlkun niðurstaðna

Pegar niðurstöður eru túlkaðar þarf að athuga hvort frammistaða barnsins er talin áreiðanleg, þ.e. hvort barn hafi náð að sýna þá færni sem það býr yfir.

Atriði sem geta haft áhrif á niðurstöðu prófsins eru m.a. slæm aðstaða til prófunar, ónóg tenging milli barns og prófanda, ónóg sjálfstjórn barns og/eða heilsufarsvandamál. Í þeim tilvikum þarf að skima aftur eftir 2 vikur eða eins fljótt og hægt er.

Skoðið heildarstig barns og athugið hvort það fellur undir viðmiðunarmörkum eða áhættuviðmiðunarmörkum.

Aldur	Möguleg stig	Viðmiðunarmörk
2-6 til 2-8	100	<72
2-9 til 2-11		<76

Stór hluti þeirra barna sem skora undir viðmiðunarmörkum eiga við raunverulegan vanda að stríða eins og þroskafrávik eða námsörðugleika.

Það skiptir miklu máli að átta sig á því hvar vandi barnsins liggur til að geta vísað því í frekara mat eða komið með ráðleggingar varðandi íhlutun fyrir barnið.

Áhættuviðmiðunarmörk

Nokkrir prófhlutar hafa meiri forspá um vanda en aðrir. Samtala þeirra hluta getur frekari vísbendinu um vanda. Ef samtala barnsins er undir áhættuviðmiðunarmörkum þarf að vísa því í frekara mat.

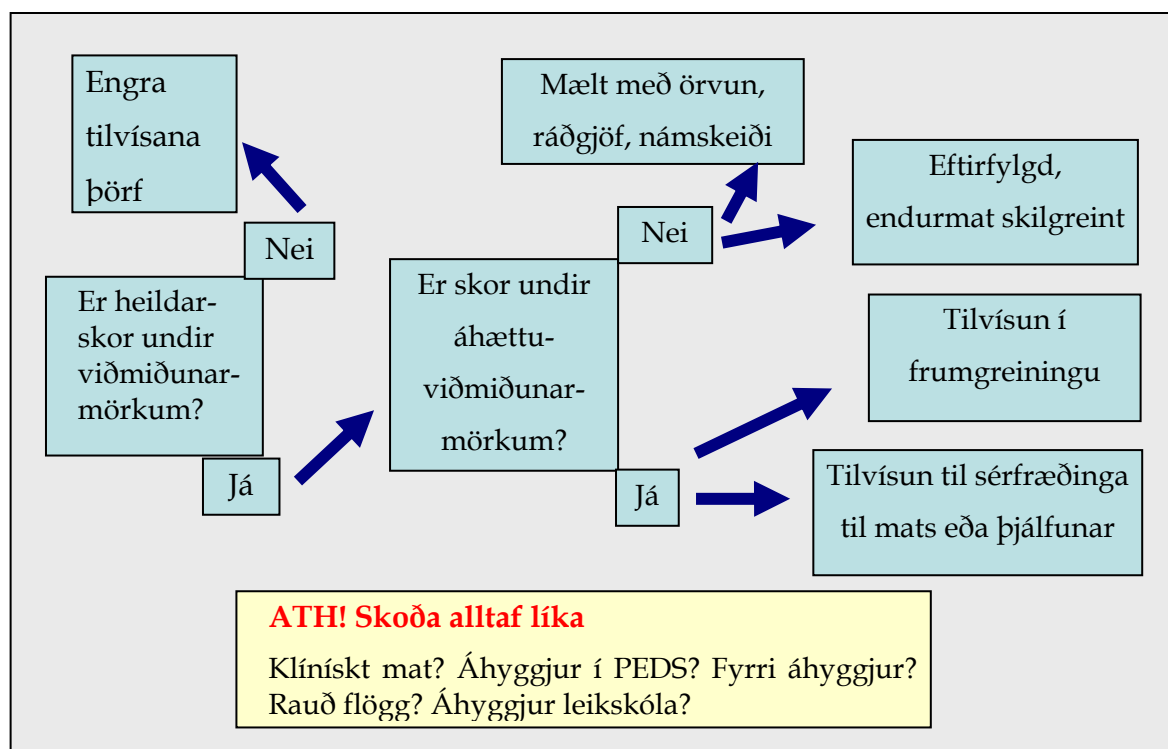
Aldur	Prófhloti	Möguleg stig	Áhættuviðmiðunarmörk
2-6 til 2-8	<i>Þekkir líkamshluta</i> 2B	47	<34
	<i>Skilur notkun hluta</i> 4B		
	<i>Endurtekur setningar</i> 5B		
2-9 til 2-11	<i>Myndaorðaforði</i> 10B		
	<i>Fleirtala og þátíð</i> 11B		

Til að meta hvort barnið þurfi frekara mat, tilvísun eða hvort allt sé með felldu skal fylgja leiðbeiningum um túlkun í *BRIGANCE* þroskaskimun fyrir 2 ½ árs börn. Einnig taka mið af niðurstöðum úr PEDS, fyrri áhyggjum, klínísku mati og upplýsingum frá leikskóla. Athuga að í þeim tilvikum sem skor er undir viðmiðunarmörkum og fjórir áhættuþættir til staðar, að fresta ekki að senda barn í greiningu nema að klárlega að ekki séu áhyggjur að þroska barnsins.

Ef saga eða vísbendingar eru um hamlandi félagslega erfiðleika eða frávik í fjölskyldu skal íhuga hvort vísa þarf foreldrum í ráðgjafaviðtöl, aðstoð félagsþjónustu, uppeldisnámskeið eða önnur viðeigandi úrræði.

Ef barn er ekki í leikskóla og vísbendingar um ónóga örvun heima, skal auk viðeigandi fræðslu mæla með leikskóla fyrir barnið.

Almennt er óhætt að nota eftirfarandi töflu sem viðmið við túlkun niðurstaðna.



Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf

Meta þarf út frá aðstæðum hverju sinni hvaða stuðning og fræðslu foreldrar þurfa á að halda. Notið eftirfarandi leiðbeiningar og ráðleggingar þegar við á.

Næring

- Hve margar máltíðir borðar barnið yfir daginn?
- Borðar barnið venjulegan fjölskyldumat? Borðar það með fjölskyldunni?
- Borðar barnið sjálft? Hvernig er matarlystin? Hvað gera foreldrar ef barn vill ekki borða?
- Fær barnið lýsi?
- Hafa foreldrar einhverjar áhyggjur tengdar næringu barnsins?
 - Reglulegir matmálstímar, hollir millimálsbitar.
 - Venja barnið á að drekka vatn eða mjólk með matnum.
 - Forðast að venja barnið á sætindi og sæta drykki.
 - Sýna foreldrum og afhenda fæðuhringinn.

Hreyfing

- Hafa foreldrar einhver áhyggjur tengdar hreyfingu barnsins?
 - Foreldrar verði góð fyrirmynd og hreyfi sig með börnunum (*sjá kafla 6.7 um hreyfingu barna*).
 - Leyfa þarf barni að klæða sig sjálft og ganga stuttar vegalengdir.
 - Mikilvægt er að börn hafi tækifæri til að stunda fjölbreytta hreyfingu sem þeim finnst skemmtileg og er í samræmi við færni þeirra og getu.
 - Takmarka ætti sjónvarpáhorf og langvarandi kyrrsetu.

Svefn

- Svefnvenjur? Daglúr eða hvíld að degi til?
- Sofnar barnið sjálft? Á hvaða tíma?
- Vaknar barnið á nóttunni? Hvað gerir barnið? Viðbrögð foreldra?
- Geta báðir foreldrar lagt barn til svefns?
- Upplifa foreldrar vandamál tengt svefni?

Tannvernd

- Eru tennur burstaðar daglega?
- Er skán á tönnum?
- Er tannskemmd í framtönn/jaxli (K02.1)?

RAUTT FLAGG ef skemmd sýnileg í framtönn eða jaxli 18 mánaða og 2 ½ árs barna. Tilvísun til tannlæknis.

- Munnskoðun, áhættumat, fræðsla og tilvísun.
- Tannburstun kvölds og morgna með 0,1-0,15% flúortannkremi og magn tannkremis þekur nögl litlafingurs barns.
- Mælt með því að venja barn af snuði fyrir 3-ára aldur.
- Minnið á nauðsyn þess að barn fari í reglulegt tanneftirlit og skráið nafn heimilistannlæknis.
- Tilvísun til tannlæknis ef skemmd sýnileg.

Þroski og örvun barns

- Hafa foreldrar velt fyrir sér hvort barnið heyri ekki nógu vel?
 - Ef grunur um heyrnarskerðingu er barni vísað á Heyrnar- og talmeinastöð Íslands í heyrnarmælingu.
- Málþroski barns? (sjá PEDS og BRIGANCE)
 - Tala við barnið, söng- og hreyfileikir, lesa einfaldar bækur fyrir barnið, nota einföld spil, hrósa. Ýta undir eftirhermu, að gera til skiptis (*sjá nánar um dæmigerða máltöku barna í kafla 5.2*).
 - Upplýsingar um almenna málörvun barna eru á vef Heyrnar- og talmeinastöðvar Íslands (www.hti.is)
- Hreinlætisvenjur?
 - Það er misjafnt hvenær börn hætta að nota bleiu. Fyrir foreldra er mikilvægt að fylgjast með því hvenær barn hafi náð þroska og sýni áhuga á að nota kopp. Ekki má þvinga barn sem ekki er tilbúið. Börn byrja oft að sýna áhuga á að pissa í kopp í kringum 2 ára aldur, en það er mjög einstaklingsbundið hvenær þau hætta að nota bleiur.

Uppeldi, hegðun og agi

- Er barnið í dagvistun eða leikskóla? Hve margar klukkustundir á dag?
 - Uppeldi krefst fyrirhyggju, framtíðarsýnar, skipulagningar og samstarfs uppalenda (*sjá kafla 6.3 um uppeldi og uppeldisfræðslu*).
 - Ítreka fræðslu úr 18 mánaða skoðun.
 - Sjónvarpsáhorf/tölvuleikir. Velja þarf sjónvarpsefni m.t.t. aldurs og þroska barns. Mikilvægt er að foreldrar horfi með börnum sínum og útskýri sjónvarpsefnið. Börn eiga erfitt með að greina ímyndun frá veruleika fyrir 4-6 ára aldur og fyrst um 12 ára aldur geta þau dregið eigin ályktanir og skilið hlutina í réttu samhengi.
 - Miklar breytingar eiga sér stað á þessum aldri þegar barnið öðlast aukinn þroska og með því sjálfstæði og getu til að framkvæma hluti sem það gat ekki áður. Á sama tíma er eðlilegt/algengt að börn grípi til kröftugra aðgerða til að sýna

sjálfstæði sitt og æfa nýja færni. Þetta getur t.d. leitt til skapofsakasta, að börn fari að kasta sér í gólfið, öskra, lemja frá sér og þess háttar, fái þau ekki vilja sínum framgengt. Mikilvægt að taka á allri slíkri hegðun á markvissan hátt, þannig að hún festist ekki í sessi. Kenna börnum æskilegri leiðir til að tjá vilja.

- Mæla með að foreldrar fái ráðgjöf/sæki námskeið ef einhverjir erfiðleikar eru í uppsiglingu vegna hegðunar.

Slysavarnir

- eru húsgögn fest við vegg (skápar/hillur/kommóður)? Hætta á falli?
 - Lykilatriði er að vera búin að gera ráðstafanir áður en barnið nær næsta þroskastigi. Algeng slys á þessum aldri: fall, köfnun, eitranir, hengingar, brunaslys, drukknun, skurðir og mar (*sjá fræðsluefni um slysavarnir barna fyrir fagfólk á Heilsuvefnum www.6h.is og á vef Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins á www.heilsugaeslan.is*).
 - Börn á þessum aldri geta klifrað mjög hátt og nota oft bókahillur, skápa eða kommóður til að klifra upp á. Hætta er á að húsgögn falli yfir barnið og slasi það lífshættulega.
 - Bendið foreldrum á að nota alltaf beisli þegar barn situr í innkaupakerru til að koma í veg fyrir fall. Það á aldrei að sitja í vöruhluta kerrunnar.
- Er brunahætta?
 - Brunar eru næst algengasta orsök slysa á þessum aldri. Börn hafa öðlast meiri færni í að fíkta í hlutum án þess að gera sér grein fyrir hættunum sem því fylgir. Á þessum aldri er eldavél orðin áhugaverð fyrir barnið en að sama skapi hættuleg. Gæta þarf að því að barnið geti ekki togað potta og pönnur á eldavél yfir sig eða brenni sig á bakaraofni. Blöndunartæki í baðherbergi eiga að vera með viðeigandi öryggisbúnaði sem lækkar hitastigið á heita vatninu svo barn geti ekki brennt sig.
- eru eiturefni og lyf geymd á öruggum stað?
 - Rannsóknir hafa sýnt að á þessum aldri verður að geyma lyf og hættuleg efni í læsti hirslu og lykilinn ekki í skránni. Ekki er óhætt að geyma slík efni í efri skápum. Snyrtivörur og vítamín geta t.d. valdið alvarlegum eitrunum hjá börnum, svo og sígarettustubbar.
- eru öryggislæsingar á gluggum og svalahurðum?
 - Börn á þessum aldri geta opnað glugga og hurðir og það er því mjög mikilvægt að hafa öryggislæsingar á öllum opnanlegum fögum.
- Er barnið í bakvísandi barnabílstól?

- Barn sem náð hefur 18-25 kílóum má fara að nota sessu með baki. Rannsóknir sýna að börn geta slasast alvarlega ef þau nota einungis sessu án baks. Þennan búnað á barnið að nota þangað til það hefur náð 36 kílóum eða orðið 12 ára. Ekki er ráðlagt að fjarlægja bakhluta sessunar.
- Hvernig er leiksvæði barnsins?
 - Börn yngri en 3 ára eru of ung til að vera eftirlitslaus úti í garði. Þau geta til að mynda druknað í grunnum polli. Gæta þarf að því að engin hættuleg efni séu í garðinum. Ef það er setlaug í garðinum þarf hún að vera með loki sem er barnhelt. Flest leiktæki eru framleidd fyrir börn 3 ára og eldri og geta því reynst þeim yngri hættuleg.
- Notar barnið armkúta?
 - Á þessum aldri eykst hættan á druknum. Foreldrar mega því aldrei víkja frá barni í baði eitt augnablik og alls ekki treysta barni undir 12 ára aldri fyrir gæslu á meðan böðun stendur. Í sundi er mælt með því að nota armkúta. Mittiskútar (hringlaga kútar) eru ekki flotbúnaður heldur stórhættulegt leikfang sem foreldrar eiga aldrei að nota.
- Er barnið farið að hjóla?
 - Á þessum aldri er öruggast fyrir barnið að hjóla á þríhjóli, alltaf undir eftirliti foreldra. Æskilegt er að barnið byrji að nota reiðhjólajálm svo það venjist honum. Hægt er að kaupa tvíhjól með hjálpardekkjum frá tveggja ára aldri. Betra er að bíða þangað til barnið hefur náð þeim samhæfingarþroska sem þarf til að hjóla á tvíhjóli án hjálpardekkja. Börn á þessum aldri geta einungis notað fæturnar til að snúa pedulunum og halda sér í stýrið. Þau geta ekki tekið beyjur, hjólað niður halla, hemað, ráða ekki við beyjur, fylgjast ekki með umhverfinni í kringum sig og átta sig ekki á fjarlægðum.
 - Ef barn er reitt á hjóli eða situr í tengivagni er mikilvægt að festa það í hjólasætinu/tengivagninum og barnið verður að nota þartilgerðan reiðhjólajálm. Klæða þarf börn vel áður en þau fara í hjólreiðatúr. Ekki má skilja þau eftirlitslaus í sæti hjólsins eða í tengivagninum.
- Eru eldvarnir heimilisins í lagi?
 - Ítreka þarf við foreldra í hverri skoðun að BARN ER ALLTAF Á ÁBYRGÐ FORRÁÐAMANNA SINNA. Lítil börn eiga því aldrei að vera eftirlitslaus. Bendið foreldrum á fræðsluefni á netinu: *Slysavarnir 3-5 ára barna*.

Reykingar

- Reykir móðir?

- Reykir faðir?
- Reykingar í umhverfi barns? Mjög mikilvægt er að barnið fái að alast upp í reyklusu umhverfi. Þetta krefst þess að foreldrar eða aðrir sem reykja verða að gera það utanhúss. Ekki skal heldur reykja í bíl sem barn er í.
 - Ráðgjöf í reykbindindi sími 800-6030
 - www.reyklaus.is

Athuga betur

Ef foreldrar hafa áhyggjur af barni.

Ef hjúkrunarfræðingur/læknir hafa áhyggjur af barni eða fjölskyldu þess eða ef um verulegt frávik er að ræða.

2.15 FJÖGURRA ÁRA SKOÐUN

Hjúkrunarfræðingur framkvæmir þessa skoðun.

- PEDS Matsblað foreldra um þroska barna lagt fyrir foreldra.
- BRIGANCE þroskaskimun.
- Sjónpróf.
- Líkamleg skoðun.
- Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf.
- Bólusetning.

Byrja á að skoða heilsufarsskrá barns og athuga hvort athugasemdir hafi verið gerðar sem þurfi að skoða betur eða spyrja foreldra um.

Skoðun

Mæla þyngd og lengd.

Almenn skoðun (*sjá leiðbeiningar um líkamlega skoðun í kafla 4.1*).

Sjónpróf

Gera sjónpróf og kanna samsjón (*sjá kafla 4.2 um augnskoðanir barna frá fæðingu til loka skólaaldurs*).

4 ára börn eiga að sjá 0,8 (6/7,5) með hvoru auga um sig. Ef barnið nær ekki þessari sjón eða ef munar meira en einni línu á sjón hægra og vinstu auga þarf að senda barnið til augnlæknis, einnig öllum vafaatriðum.

Sendu þarf öll börn til augnlæknis sem ekki hafa eðlilega samsjón.

Þroskaskimun

Gert er mat á þroska og skimað fyrir þroskafrávikum með PEDS og BRIGANCE þroskaskimun. Mikilvægt er að finna frávik snemma því það getur skipt máli fyrir framtíðarhorfur barna að viðeigandi úrræði hefjist sem fyrst. Ef barn hefur þegar farið í frumgreiningu er mikilvægt að kanna niðurstöður þeirrar greiningar og spyrja hvort barnið hafi fengið viðeigandi úrræði og eftirfylgd. Ef ekki, ætti hjúkrunarfræðingur að hafa samráð við heimilislækni barns um framhaldið.

PEDS

- Áður en foreldrar fá *PEDS Matsblað foreldra* í hendurnar skal greina þeim frá því að athugun á hegðun og þroska sé mikilvægur þáttur í veittri þjónustu á heilsugæslustöðvum. Spyrja þarf hvort foreldrar vilji fylla blaðið út sjálfir eða hvort að þeir vilji að einhver fari með þeim í gegnum spurningarnar (*sjá nánar um PEDS í kafla 5.5*).
- Við úrvinnslu á matsblaðinu skal skrá áhyggjur sem hafa verið til staðar þótt dregið hafi verið úr þeim.
- Skoðið útkomu PEDS. Spyrjið nánar út í áhyggjur, ef til staðar.

Túlkun niðurstaðna

Fylgið leiðbeiningum á *PEDS túlkunarblaði* og notið klínískt mat við túlkun niðurstaðna (*sjá PEDS leiðbeiningar um framkvæmd og stigagjöf sem fylgir tösku með skimunartækjum*). Hafið í huga fyrri áhyggjur og leitið eftir upplýsingum frá leikskóla ef ástæða er til.

Ef áhyggjur af vitsmunabroska skal vísa í frumgreiningu, nema allt annað mæli gegn því. Aflið upplýsinga frá foreldrum og/eða leikskóla hvort barni hafi þegar verið vísað í greiningu hjá ráðgjafarþjónustu leikskóla. Ef barn hefur fengið greiningu eða er á biðlista eftir greiningu, þarf ekki að vísa því áfram. Veitið ráðgjöf og eftirfylgd.

Ef áhyggjur eru af málþroska skal vísa á HTÍ í málþroskamat og heyrnarmælingu nema ef þessar athuganir hafa nýlega farið fram. Ef áhyggjur snúa að málskilningi og/eða hvernig barnið notar málið til tjáskipta (annað en framburður) skal einnig vísa í frumgreiningu hafi hún ekki farið fram. Skoðið hvort rauð flögg vegna einhverfurófs voru til staðar í 12 og 18 mánaða skoðun sem styður þörf á frumgreiningu hafi barni ekki verið vísað áður.

BRIGANCE þroskaskimun

Leggið BRIGANCE þroskaskimun fyrir barnið, skoðið útkomu og fylgið ráðleggingum (*sjá nánar um BRIGANCE þroskaskimun í kafla 5.6*). Til að nota BRIGANCE þarf að fylgja leiðbeiningum vandlega í *BRIGANCE þroskaskimun fyrir 4 ára börn*. Leggja verður prófið á sama hátt fyrir öll börn svo hægt sé að bera saman frammistöðu þeirra. Ekki má umörða atriði eða gefa frekari vísbendingar.

Túlkun niðurstaðna

Þegar niðurstöður eru túlkaðar þarf að athuga hvort frammistaða barnsins er talin áreiðanleg, þ.e. hvort barn hafi náð að sýna þá færni sem það býr yfir.

Atriði sem geta haft áhrif á niðurstöðu prófsins eru m.a. slæm aðstaða til prófunar, ónóg tenging milli barns og prófanda, ónóg sjálfstjórn barns og/eða heilsufarsvandamál. Í þeim tilvikum þarf að skima aftur eftir u.þ.b. 2 vikur eða eins fljótt og hægt er.

Skoðið heildarstig barns og athugið hvort það fellur undir viðmiðunarmörkum eða áhættuviðmiðunarmörkum.

Aldur	Möguleg stig	Viðmiðunarmörk
4-0 til 4-3	100	<58
4-4 til 4-7		<72
4-8 til 4-11		<80

Stór hluti þeirra barna sem skora undir viðmiðunarmörkum eiga við raunverulegan vanda að stríða eins og þroskafrávik eða námsörðugleika. Það skiptir miklu máli að átta sig á því hvar vandi barnsins liggur til að geta vísað því í frekara mat eða komið með ráðleggingar varðandi íhlutun fyrir barnið.

Áhættuviðmiðunarmörk

Nokkrir prófhlutar hafa meiri forspá um vanda en aðrir. Samtala þeirra hluta getur frekari vísbendinu um vanda. Ef samtala barnsins er undir áhættuviðmiðunarmörkum þarf að vísa því í frekara mat.

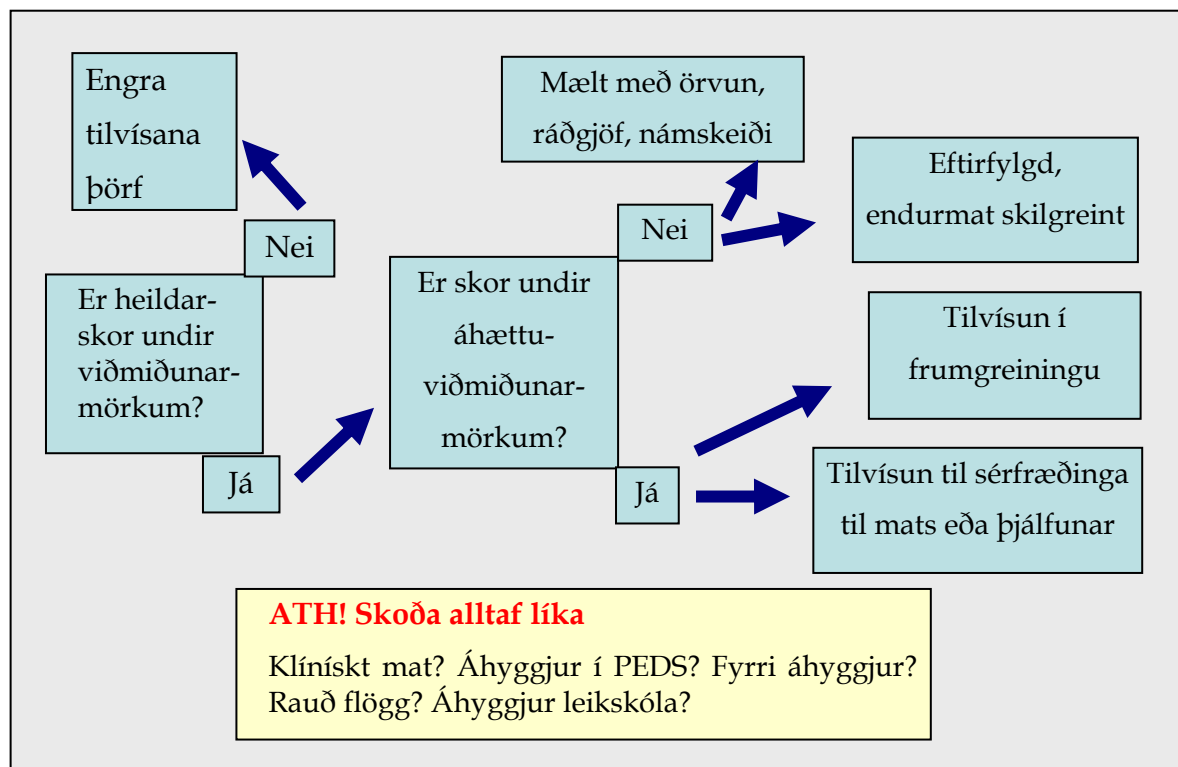
Aldur	Prófhluti	Möguleg stig	Áhættuviðmiðunarmörk
4-0 til 4-3	Veitir persónulegar upplýsingar 1B	47	<25
4-4 til 4-7	Litapekking 2B		<36
	Sjónræn aðgreining 4B		
	Talning 7B		
4-8 til 4-11	Talnaskilningur 10B		<39

Til að meta hvort barnið þurfi frekara mat, tilvísun eða hvort allt sé með felldu skal fylgja leiðbeiningum í handbók um túlkun BRIGANCE. Einnig taka mið af niðurstöðum úr PEDS, fyrri áhyggjum, klínísku mati og upplýsingum frá leikskóla. Athuga að í þeim tilvikum sem skor er undir viðmiðunarmörkum og fjórir áhættuþættir til staðar, að fresta ekki að senda barn í greiningu nema að klárlega að ekki séu áhyggjur að þroska barnsins.

Ef saga eða vísbendingar eru um hamlandi félagslega erfiðleika eða frávik í fjölskyldu skal íhuga hvort vísa þarf foreldrum í ráðgjafaviðtöl, aðstoð félagsþjónustu, uppeldisnámskeið eða önnur viðeigandi úrræði.

Ef barn er ekki í leikskóla og vísbendingar um ónóga örvun heima, skal auk viðeigandi fræðslu mæla með leikskóla fyrir barnið.

Almennt er óhætt að nota eftirfarandi töflu sem viðmið við túlkun niðurstaðna.



Upplýsingasöfnun, fræðsla og ráðgjöf

Meta þarf út frá aðstæðum hverju sinni hvaða stuðning og fræðslu foreldrar þurfa á að halda. Notið eftirfarandi leiðbeiningar og ráðleggingar þegar við á.

Næring

- Borðar barnið venjulegan fjölskyldumat? Borðar það með fjölskyldunni?
- Borðar barnið sjálft? Hvernig er matarlystin? Hvað gera foreldrar ef barn vill ekki borða?
- Fær barnið lýsi?
- Hafa foreldrar einhverjar áhyggjur tengdar næringu barns?
 - Reglulegir matmálstímar, hollir millimálsbitar.
 - Venja barnið á að drekka vatn eða mjólk með matnum.
 - Fordast að venja barnið á sætindi og sæta drykki (laugardagssælgæti).
 - Sýna/afhenda foreldrum fæðuhringinn.

Hreyfing

- Hafa foreldrar einhverjar áhyggjur tengt því hvernig barnið hreyfir sig (sjá PEDS)?
 - Foreldrar verði góð fyrirmynd og hreyfi sig með börnunum (sjá kafla 6.7 um hreyfingu barna).

- Mikilvægt er að börn hafi tækifæri til að stunda fjölbreytta hreyfingu sem þeim finnst skemmtileg og er í samræmi við færni þeirra og getu.
- Takmarka ætti sjónvarpáhorf og tölvunotkun barna.

Svefn

- Sofnar barnið sjálft? Á hvaða tíma? Hvíld að degi til?
- Sefur barnið alla nóttina í eigin rúmi?
- Eru vandamál við að koma barninu í rúmið?
- Hafa foreldrar áhyggjur tengdar svefni?

Tannvernd

- Eru tennur burstaðar daglega?
- Er skán á tönnum?
- Eru tannskemmdir í framtönn/jaxli (K02.1)?
- Hefur barn farið í 3 ára skoðun til heimilistannlæknis?
- Nafn heimilistannlæknis skráð.
- Tilvísun til tannlæknis ef skemmd sýnileg.

RAUTT FLAGG ef tvær skemmdir sýnilegar í framtönnum eða jöxlum. Tilvísun til tannlæknis.

Þroski og örvun barns

- Hafa foreldrar velt fyrir sér hvort barnið heyri ekki nógu vel?
 - Ef grunur um heyrnarskerðingu er barni vísað á Heyrnar- og talmeinastöð Íslands í heyrnarmælingu.
- Málþroski barns (sjá PEDS og *BRIGANCE*)?
 - Tala við barnið og hlusta á það, lesa daglega bækur fyrir barnið, spila einföld spil t.d. minnisþil, söng- og hreyfileikir (*sjá nánar um dæmigerða máltöku barna í kafla 5.2*).
 - Upplýsingar um almenna málörvun barna eru á vef Heyrnar- og talmeinastöðvar Íslands (www.hti.is)
- Hafa foreldrar áhyggjur af hreinlætisvenjum barns? Hefur barnið stjórn á þvagi og hægðum að degi og nóttu.

Uppeldi, hegðun og agi

- Er barnið leikskóla? Hve margar klukkustundir á dag?
- Eru vandamál með hegðun barnsins? (*sjá kafla 6.3 um uppeldi og uppeldisfræðslu*)
- Hvernig eru umgengnisreglur á heimilinu?
- Eru reglur/fastar venjur sem tengjast: morgunverkum, háttatímum, sjónvarpsáhorfi, tölvunotkun, samverustundum með barninu, samskiptareglum?

- Á barnið vini, leikur það sér sjálfstætt?
- Sjónvarpsáhorf/tölvuleikir?
 - Velja þarf sjónvarpsefni m.t.t. aldurs og þroska barns. Mikilvægt er að foreldrar horfi með börnum sínum og útskýri sjónvarpsefnið. Börn eiga erfitt með að greina ímyndun frá veruleika fyrir 4-6 ára aldur og fyrst um 12 ára aldur geta þau dregið eigin ályktanir og skilið hlutina í réttu samhengi.

Slysavarnir

- Eru húsgögn fest við vegg (skápar/hillur/kommóður)?
 - Börn á þessum aldri geta klifrað mjög hátt og nota oft bókahillur, skápa eða kommóður til að klifra upp á. Hætta er á að húsgögn falli yfir barnið og slasi það lífshættulega.
 - Fjögurra ára gamalt á ekki lengur að sitja í barnasætinu á innkaupakerrunni. Hámarksþyngd miðast við 15 kíló. Það má aldrei að sitja í vöruhluta kerrunnar.
 - Ekki er mælt með því að leyfa börnum á þessum aldri að sofa í efri koju. Miðað er við sex ára aldur.
- Er brunahætta?
 - Brunar eru næst algengasta orsök slysa á þessum aldri. Þau hafa öðlast meiri færni í að fikta í hlutum án þess að gera sér grein fyrir hættunum sem því fylgir. Á þessum aldri er eldavél orðin áhugaverð fyrir barnið en á sama skapi hættuleg. Gæta þarf að því að barnið geti ekki togað potta og pönnur á eldavél yfir sig eða brenni sig á bakaraofninum. Blöndunartæki í baðherbergi eiga að vera með viðeigandi öryggisbúnaði sem lækkar hitastigið á heita vatninu svo barn geti ekki brennt sig.
- Eru eiturefni og lyf geymd á öruggum stað?
 - Eftir þriggja ára aldur minnka hætturnar á eitrunum meðal barna. Mikilvægt er þó að geyma öll lyf og eiturefni í læstum hirslum.
- Eru öryggislæsingar á gluggum og svalahurðum?
 - Börn á þessum aldri geta opnað glugga og hurðir og það er því mjög mikilvægt að hafa öryggislæsingar á öllum opnanlegum fögum.
- Öryggi barnsins í bílnum?
 - Þegar barnið hefur náð hefur 25 kílóum má það fara að snúa fram, en nota áfram barnabílstól eða sessu með baki. Rannsóknir sýna að börn geta slasast alvarlega ef þau nota einungis sessu án baks. Þennan búnað á barnið að nota þangað til það hefur náð 36

kílóum eða orðið 12 ára. Ekki er ráðlagt að fjarlægja bakhluta sessunar.

- Hvernig er leiksvæði barnsins?
 - Börn sem náð hafa 4 ára aldri geta nú verið ein úti að leika sér í sínum eigin garði, en undir eftirliti. Barnið er hins vegar ekki tilbúið að fara á óþekktar slóðir frá heimilinu. Gæta þarf að því að engin hættuleg efni, eitradar plöntur eða runnar séu í garðinum. Ef það er setlaug í garðinum þarf hún að vera með loki sem er barnhelt.
 - Sum leiktæki á opnun leiksvæðum eru gerð fyrir 8 ára börn og eldri. Börn sem ekki hafa náð þeim aldri geta slasast alvarlega í slíkum tækjum. Foreldrar verða að fylgjast með leiksvæðum barnsins, að þar séu ekki hættur fyrir hendir fyrir barnið s.s. sprautur, glerbrot, skemmd leiktæki. Slíkt ber að tilkynna til sveitarfélags.
- Notar barnið armkúta?
 - Börn eru enn í hættu á að drukkna á þessum aldri. Foreldrar mega því aldrei víkja frá barni í baði eitt augnablik og alls ekki treysta barni undir 12 ára aldri fyrir gæslu á meðan böðun stendur. Í sundi er mælt með því að nota armkúta. Mittiskútar (hringlaga kútar) eru ekki flotbúnaður heldur stórhættulegt leikfang sem foreldrar eiga aldrei að nota.
- Er barnið farið að hjóla?
 - Þegar börn hafa náð 4½ -5 ára aldri geta þau lært á tvíhjól án hjálpardekkja. Á þessum aldri eiga þau auðveldara að átta sig á sínu nánasta umhverfi og ráða betur við að stjórna hjólinu. Þau mega einungis hjóla á öruggum svæðum og undir eftirliti foreldra. Börn eiga alltaf að nota reiðhjólaihjálmm þegar þau eru að hjóla.
 - Fjögurra ára gömul börn eru of ung til að fara að nota línuskauta, hjólabretti og hlaupahjól. Miðað er við 5-6 ára aldur. Börn eiga alltaf að nota reiðhjólaihjálmm og viðeigandi hlífar.
 - Ef foreldrar eru enn að reiða börnin sín á þessum aldri verða þau að kanna hámarksburðargetu sætisins (venjulega 18-24 kíló). Ef barnið er orðið þyngra en sú talar segir getur það verið hættulegt fyrir jafnvægi hjólreiðamannsins. Tengivagnar eru líka með hámarksburðargetu og er því mikilvægt fyrir foreldra að kanna hvort börnin séu orðin of þung fyrir þá.
- Eru eldvarnir heimilisins í lagi?
 - Lykilatriði er að vera búin að gera ráðstafanir áður en barnið nær næsta þroskastigi. Algeng slys á þessum aldri: fall, köfnun, eitranir, hengingar, brunaslys, drukknun, skurðir og mar (*sjá*

fræðsluefni um slysavarnir barna fyrir fagfólk á Heilsuvefnum www.6h.is og á vef Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins á www.heilsugaeslan.is).

- Ítreka þarf við foreldra í hverri skoðun að BARN ER ALLTAF Á ÁBYRGÐ FORRÁÐAMANNA SINNA. Lítil börn eiga því aldrei að vera eftirlitslaus.

Reykingar

- Reykir móðir?
- Reykir faðir?
- Reykingar í umhverfi barns? Mjög mikilvægt er að barnið fái að alast upp í reyklausu umhverfi. Þetta krefst þess að foreldrar eða aðrir sem reykja verða að gera það utanhúss. Ekki skal heldur reykja í bíl sem barn er í.
 - Ráðgjöf í reykbindindi sími 800-6030
 - www.reyklaus.is

Ónæmisaðgerðir og aukaverkanir

Bólusetning með Boostrix gegn Barnaveiki, Kíghósta og Stífkrampa. Upplýsa foreldra um hugsanlegar aukaverkanir (*sjá kafla 3.2 um ónæmisaðgerðir*).

Athuga betur

Ef foreldrar hafa áhyggjur af barni

Ef hjúkrunarfræðingur/læknir hafa áhyggjur af barni eða fjölskyldu þess eða ef um verulegt frávík er að ræða

Ítarefni

- Brigance, A.H. (2008). *BRIGANCE Þroskaskimun fyrir 2 ½ árs börn, EPS II*. Reykjavík: Námsmatsstofnun og Landlæknisembættið.
- Brigance, A.H. (2008). *BRIGANCE Þroskaskimun fyrir 4 ára börn, PS II*. Reykjavík: Námsmatsstofnun og Landlæknisembættið.
- BRIGANCE Early Childhood Screening (vefsetur) www.brigance.com
- Geir Gunnlaugsson og Evald Sæmundsen (2005). Að finna frávik í þroska og hegðun fimm ára barna. Í *Ungir Íslendingar í ljósi vísindanna* (bls. 237-245). Reykjavík: Umboðsmaður barna og Háskóli Íslands.
- Gestur Pálsson, Jóhann Ág. Sigurðsson og Hjördís Guðbjörnsdóttir (1996). *Ungbarnavernd. Leiðbeiningar um heilsugæslu barna*. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Glascoe, F.P. (2009). *PEDS, Mat foreldra á þroska barna*. Reykjavík: Námsmatsstofnun og Landlæknisembættið.
- Glascoe, F.P. (2008). *Technical Report for the BRIGANCE SCREENS*. Reykjavík: Námsmatsstofnun og Landlæknisembættið.
- Glascoe, F.P. (2006). *Collaborating With Parents: Using Parents' Evaluations of Developmental Status to Detect and Address Developmental and Behavioral Problems* (2. útg.). Reykjavík: Námsmatsstofnun og Landlæknisembættið.
- Glascoe, F.P. (2001). Are Overreferrals on Developmental Screening Tests Really a Problem? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155, 54-59.
- Glascoe, F.P. (2000). Early Detection of Developmental and Behavioral Problems. *Pediatrics in Review*, 21, 272-280.
- Glascoe, F.P. (2000). Evidence-based approach to developmental and behavioural surveillance using parents' concerns. *Child Care Health Development*, 26(2), 137-49.
- Glascoe, F.P. (1999). Using parents' concerns to detect and address developmental and behavioral problems. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 4(1), 24-35.
- Glascoe, F.P. (1999). The value of parents' concerns to detect and address developmental and behavioural problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*; 35(1), 1-8.
- Glascoe, F.P., Oberklaid, F., Dworkin, P.H. og Trimm, F. (1998). Brief Approaches to Educating Patients and Parents in Primary Care. *Pediatrics*, 101(6), p. e10.
- Glascoe, F.P. (1998). *Technical Report for the BRIGANCE SCREENS*. North Billerica, MA: Curriculum Associates, Inc.
- Haslam, R. (1996). The Nervous System. Í Behrman, Kliegman, Arvin (ritstj.), *Nelson Textbook of Pediatrics* (bls 1667-1673). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Karp, H. (2002). *The Happiest baby on the block*. New York: Bantam Dell.
- Marcias, M, Glascoe, F.P. (2003). Implementing the AAP's new policy on developmental and behavioral screening. *Contemporary Pediatrics*, 4, 85.
- Misvær, N. og Oftedal, G. (2006). *Håndbok for helsestasjoner 0-5 år*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

PEDS - Parents' Evaluation of Developmental Status (vefsetur) www.pedstest.com

Sellin, K. (2006). *Svøb dit barn - efterlign livet i mors mave-spædbarnskolik/vedvarende gråd*. Forlaget Olivia.

Sumner, G. og Spietz, A. (1994). *NCAST Caregiver/Parent- Child Interaction Feeding. Manual*. Seattle, Washington: NCAST publications.

Þriðji kafli

3 Bólusetningar

3.1 YFIRLIT YFIR BÓLUSETNINGAR

Samkvæmt tilmælum sóttvarnalæknis frá 1. september 2011 er skipulag bólusetninga barna með með þeim hætti sem fram kemur í mynd 1.

Mynd 1

Almennar bólusetningar barna á Íslandi

Öll neðangreind bóluefni má gefa samtímis.

Bóluefni ▼	Aldur ►	3 mán.	5 mán.	6 mán.	8 mán.	12 mán.	18 mán.	4 ára	12 ára	14 ára
Barnaveiki (D), Stífkrampi (T), Kikhósti (aP)		1-DTaP ¹	2-DTaP ¹			3-DTaP ¹		4-dTaP ²		5-dTaP ³
<i>Hemofilus influenzae b</i>		1-Hib ¹	2-Hib ¹			3-Hib ¹				4-IPV ⁴
Mænusótt		1-IPV ¹	2-IPV ¹			3-IPV ¹				
Pneumókokkar		1-PCV ⁵	2-PCV ⁵			3-PCV ⁵				
Meningókokkar C				1-MCC ⁶	2-MCC ⁶					
Mislingar, hettusótt, rauðir hundar							1-MMR ⁷		2-MMR ⁷	
HPV									HPV ⁸	

1. Gefið í einni sprautu í samsettu 5-gildu bóluefni. Hib þarf yfirleitt ekki að gefa börnum 5 ára og eldri.

2. Gefið í einni sprautu. Ath. Inniheldur minna magn mótefnavaka gegn barnaveiki (d), stífkrampa (T) og kikhósta (P).

3. Gefið í einni sprautu (með mænusótt). Endurbólusetning á 10 ára fresti með dT eða dTaP ef hætta er á smiti.

4. Gefið í einni sprautu með 5-dTaP. Endurbólusetning á 10 ára fresti ef hætta er á smiti.

5. Gefnar eru 3 sprautur fyrir eins árs aldur. Tvær sprautur milli 1 og 2 ára með minnst eins mánaðar millibili en eldri börn fá eina sprautu.

6. Börn allt að 12 mánaða þurfa tvær sprautur með minnst 1 mánaðar millibili. Ein sprauta nægir hjá 12 mán. og eldri.

7. Gefið í einni sprautu. Einstaklingar 12 ára og eldri þurfa einungis eina sprautu. Ekki gefið börnum yngri en 12 mánaða.

8. Eingöngu fyrir stúlkur. Þrjár sprautur, eftir 1 mánuð og 6 mánuði frá fyrstu bólusetningu.

Mynd 2

Bólusetningar barna skv. sérstökum ábendingum										
Bóluefni ▼	Aldur ►	3 mán.	5 mán.	6 mán.	8 mán.	12 mán.	18 mán.	5 ára	12 ára	14 ára
Hlaupabóla										
Pneumókokkar										
Inflúensa										
Lifrabólga B										
Lifrabólga A										

1. Gefið einstaklingum 13 mánaða og eldri. Mælt er með tveimur sprautum með minnst þriggja mánaða millibili.

2. Mælt með próteintengdum bóluefnum hjá börnum.

3. Ef barn yngri en 9 ára hefur ekki fengið inflúensubólusetningu áður, er mælt með 2 sprautum með minnst 1 mánaðar millibili.

4. Nýfædd börn mæðra með smitandi lifrabólgu B skal bólusetja og gefa mótefni gegn lifrabólgu B innan 12 klst. frá fæðingu, endurbólusetja eftir 1 mánuð og aftur eftir 6 mánuði. Einnig skal bólusetja börn sem þurfa tíðar blóðgjafir, þurfa blóðskilun og börn sem búa á heimili með einstaklingi með lifrabólgu B smit. Þau börn þurfa einnig þrjár sprautur (eftir 1 mán. og 6 mán. frá fyrstu sprautu).

5. Má gefa börnum eldri en eins árs. Endurbólusetning er gefin 6–12 mánuðum eftir frumbólusetningu.

Mynd 3

Bólusetningar barna á Íslandi með sögu um ófullkomna bólusetningu Leiðbeiningar við lestur töflunnar: Finnið í fyrsta dálki hversu margar bólusetningar viðkomandi hefur fengið áður. Farið síðan yfir til hægri í næsta opna dálk eftir lit. Ath.: Aldrei er þörf á að byrja bólusetningu upp á nýtt þó langt sé liðið frá síðustu sprautu. Innflytjendur sem ekki geta framvísað staðfestingu á bólusetningum ber að líta á sem óbólusetta. Öll neðangreind bóluefni má gefa samtímis.				
Aldur: 6 mánaða til og með 4 ára				
Fjöldi fyrri skammta	Fyrsti skammtur	Annar skammtur	Þriðji skammtur	Fjórði skammtur
Barnaveiki, stíframpi, kikhósti Mænuðótt Hemófilus influenzae b	DTaP ¹ IPV ¹ Hib ¹	DTaP ¹ : eftir 4 vikur IPV ¹ : eftir 4 vikur Hib ¹ : eftir 4 vikur <u>ef</u> fyrsti skammtur gefinn <12 mán. eftir 8 vikur (lokaskammtur) ef fyrsti skammtur gefinn 12-14 mán. Enginn ef fyrsti skammtur gefinn ≥15 mán.	DTaP ¹ : eftir 6 mán. IPV ¹ : eftir 6 mán. Hib ¹ : eftir 8 vikur (loka-skammtur) ef annar skammtur gefinn <12 mán. Enginn ef annar skammtur gefinn 12-14 mán. PCV ³ eftir 6 mán.	DTaP ² : eftir 6 mán.
Pneumókokkar Mislingar, hettusótt, rauðir hundar Meningókokkar C	PCV ³ MMR ⁴ MCC ⁵	PCV ³ eftir 4 vikur MCC ⁵ : eftir 4 vikur		
Enginn				
Einn				
Tveir				
Þrír				

- Má gefa samsett 5-gilt bóluefni 4 ára og yngri. DTap, IPV og Hib má gefa í sér sprautu. Hib þarf ekki að gefa 5 ára og eldri.
- DTaP gefið að 5 ára aldri.
- Þrír skammtar gefnir börnum yngri en 12 mán. Tveir skammtar 1-2 ára og einn eftir 2 ára.

- Fyrsti skammtur gefinn við 18 mánaða aldur.
- Tveir skammtar með minnst 1 mánaðar millibili gefnir börnum frá 6 mán. til og með 11 mán. Börn 12 mán. til og með 18 ára þurfa einn skammt.

3.2 ÓNÆMISAÐGERÐIR

Í eftirfarandi leiðbeiningum er fjallað um einstök lyfjaform, sum hver með mörgum bóluefnum. Ekki má blanda saman lyfjaformum í sömu sprautu til að spara stungustaði (sjá nánar um bólusetningar á heimasíðu Embætti landlæknis (www.landlaeknir.is)).

Pentavac

(Diphtheria - Pertussis - Tetanus - Haemophilus influenzae b - Polio;

Barnaveiki - Kíghósti - Stífkrampi - Haemophilus influenzae hjúpgerð b - Mænusótt).

Hver skammtur af Pentavac fyrir börn (0,5 ml) inniheldur difteríu toxíni, tetanus toxíni, frumulaust pertussis, haemophilus influenzae b og polio (IPV).

Framkvæmd

0,5 ml sprautað í vöðva í miðhluta læris framan og utanvert. Athugið að meiri hætta er á staðbundinni bólgusvörun ef efnið fer grunnt undir húðina. Samkvæmt leiðbeiningum frá framleiðanda á að gefa Pentavac með inndælingu í lærvöðva á mismunandi stöðum við hverja bólusetningu.

Til að ná sem bestum árangri er mælt með minnst 3 sprautum. Fyrstu þrjár sprauturnar eru gefnar með minnst 4-8 vikna millibili, við 3ja 5 og 12 mánaða aldur.

Athugið að ef fresta þarf einhverri af sprautunum til dæmis vegna sýkingar eða af öðrum ástæðum, þarf ekki að byrja upp á nýtt.

Athugið að enginn ávinningur er af að gefa hálfan skammt í senn.

Ýmsar fyrri frábendingar í sambandi við Pentavac gjöf hafa ekki verið staðfestar eða eru ekki í gildi lengur. Það er til dæmis talið í lagi að bólusetja þótt barnið hafi haft sögu um háan hita ($<40,5^{\circ}$) eftir fyrstu gjöf, $<38^{\circ}$ hita við skoðun, sé á sýklalyfjameðferð eða hafi nýlega verið með hita (pest), verið fyrirburi, hafi sögu um ofnæmi eða sögu um krampa.

Frábendingar

Hiti hærri en 38°C og sem hefur áhrif á almennt ástand barnsins.

Börnum eldri en 4 ára á ekki að gefa Pentavac, heldur dTaP (Boostrix).

Ef börn hafa sögu um encephalopathy eftir fyrri Infanrix Polio HIB eða Pentavac, sem kemur fram innan 7 daga frá ónæmisaðgerð eða eru meðfæddan hrörnunarsjúkdóm í miðtaugakerfi svo sem PKU þarf að hafa samráð við sérfræðing í taugasjúkdómum.

Bráðaofnæmi (anaphylaxis) eftir Infanrix Polio HIB eða Pentavac eða efni sem í því eru

Ekki má gefa neitt þessara efna aftur fyrr en gert hefur verið ofnæmispróf fyrir öllum þáttum bóluefnisins.

Aðrar varúðarráðstafanir í sambandi við Infanrix Polio Hib ónæmisaðgerð:

Almenn svörun, það er hiti hærri en 40,5°C innan 48 klst eftir ónæmisaðgerð og sem ekki er af öðrum ástæðum. (Í slíkum tilvikum er mælt með dTaP við framhaldsbólusetningar)

Saga um lostástand (hypotonic-hyporesponsive episode) innan 48 klukkustunda. (Í slíkum tilvikum er talið rétt að nota dT).

Krampar með eða án hita sem eiga sér stað innan 72 klst. (Hér er ráðlagt að seinka ónæmisaðgerðum þar til frekari athuganir hafa verið gerðar varðandi mögulega miðtaugakerfissjúkdóma).

Staðbundin bólga og roði sem tekur yfir stóran hluta ytri og fremri hluta læris. Slík svörun getur orðið alvarlegri við endurteknar ónæmisaðgerðir en sjaldan þarf að sleppa frekari bólusetningum.

Athugið að fyrri saga um hitakrampa, flogaveiki, heilahimnubólgu eða sjúkdóma í miðtaugakerfi, sem ekki eru taldir upp hér að framan, er ekki talin vera frábending hvað varðar ónæmisaðgerðir með Pentavac.

Óhætt er að bólusetja börn með væg einkenni, sem ekki hafa áhrif á almennt ástand barnsins, svo sem kvef eða einkenni um væga sýkingu í efri öndunarferum.

Bólusetja má barn, þótt það sé á sýklalyfjum eða hafi nýlega lokið slíkri meðferð, ef almennt ástand þess er gott.

Bólusetja skal hrausta fyrirbura eins og önnur börn samkvæmt lífaldri.

Til að viðhalda mótefnasvörun er mælt með endurbólusetningum með Td eða dTaP á 10 ára fresti ef hætta er á smiti.

Ráðstafanir vegna aukaverkana

Upplýsa skal foreldra um að börnin geti fengið hita, væga bólgu á stungustað og orðið óvær og slöpp. Þessi einkenni ganga yfirleitt yfir á 12-18 klukkustundum. Foreldrum skal ráðlagt að hafa börnin léttklædd og gefa þeim hitalækkandi, til dæmis paracetamolstíla í endaparm, 60 mg á 4-6 klukkustunda fresti.

Boostrix

(Diphtheria – Tetanus – Pertussis;

Barnaveiki – Stífkrampi - Kíghósti).

Er gefið 4 ára gömlum börnum.

Framkvæmd:

0,5 ml í vöðva, hjá yngri börnum í lærið eins og Pentavac, eldri börn oftast sprautuð í handlegg. Notað við 4 ára aldur og við 14 ára aldur sem Boostrix Polio. Má nota til 19 ára aldurs.

Frábendingar

Hiti eða sýkingar sem hafa áhrif á almennt ástand barnsins.

Aukaverkanir

Sviði fyrstu mínúturnar, sjaldan hiti eða óvæð og því ekki ástæða til að ráðleggja notkun hita- eða verkjastillandi lyfja. Ósjaldan kemur rúsinustór fyrirferðaraukning á stungustaðinn, sem hverfur venjulega á 6-8 vikum.

M-M-RVAXPRO

(Measels - mumps - rubella;

Mislingar, hettusótt og rauðir hundar)

Ónæmisáðgerðir með þrígildu blöndunarbóluefni gegn mislingum, hettusótt og rauðum hundum hófust hér á landi 1989. Áður höfðu 18 mánaða börn fengið mislingasprautur (frá 1976) og stúlkur voru bólusettar gegn rauðum hundum við 12 ára aldur allt frá 1979.

Þrígilda bóluefnið (MMRvaxPro®) er þurrfrosið og með því fylgir leysiefni. Geyma verður bóluefnið óuppleyst í kæli við 2-8 C°, þannig að ekki komist ljós að því (athugið að geyma það ekki í kælishurðinni, þar sem hitastig er oft hærra). Eftir að búið er að leysa bóluefnið upp þarf að nota það sem fyrst, en hægt er að geyma uppleyst bóluefni í kæli í allt að 8 klst.

Framkvæmd

Skammturinn (0,5 ml) er gefinn djúpt undir húð, til dæmis í framanvert læri eða upphandlegg. MMR er gefið 18 mánaða börnum og ónæmisáðgerðin endurtekin í sambandi við 12 ára skólaskoðun.

Frábendingar

Börn með ómeðhöndlaða, illkynja sjúkdóma eða börn sem eru á ónæmisbælandi meðferð eða geislameðferð. Einkennalausir eða einkennalitlir HIV-smitaðir einstaklingar þola bólusetninguna vel. Börn sem fengið hafa bólusetningu með öðru lifandi bóluefni fyrir minna en mánuði. Börn sem hafa ofnæmi fyrir neómýcini, kanamýcini, eða hafa sögu um bráðafnæmi (anaphylaxis) af hvaða orsök sem er. Ofnæmi gegn eggjum er ekki frábending. Börn með sýkingu og slappleika eða hita hærri en 38° C. Sé bóluefnið gefið kynþroska stúlkum, ber að koma í veg fyrir þungun í 3 mánuði eftir ónæmisáðgerðina. Bóluefnið skal ekki gefa innan þriggja mánaða frá immunoglobulingjöf.

Hafi barn sögu um bráðafnæmi er nauðsynlegt að hafa samráð við sérfræðing í ofnæmissjúkdómum áður en ákvörðun um ónæmisáðgerðina er tekin.

Sannað er að MMR valdi ekki einhverfu í börnum.

Aukaverkanir

Sviði og roði á stungustað, hiti og stundum útbrot 5 til 13 dögum eftir sprautuna vegna mislingaveirunnar í bóluefninu (veiklað bóluefni). Þessi einkenni eru yfirleitt væg og börnin ekki smitandi. Í sumum tilvikum geta munnvantskirtlar bólгнаð (vegna hettusóttaveirunnar) og barnið fengið liðverki.

NeisVac - C

(Meningococcar C)

Meningókokkar af hjúngerð C hafa verið algengasta orsök alvarlegra meningókokka sýkinga hér á landi á undanförunum árum. Bóluefnið samanstendur af fjölsykrum sem tengd er tetanus toxoid og almenn bólusetning hófst í október 2002.

Framkvæmd

Skammturinn (0,5 ml) er gefinn í vöðva. Bólusetja þarf börn tvívegis með 2 mánaða millibili á aldrinum 6-12 mánaða en börn eldri en 12 mánaða þurfa eina sprautu.

Frábendingar

Ofnæmi fyrir bóluefninu.

Synflorix

(Pneumókokkar)

Pneumókokkar (*Streptococcus pneumoniae*) er baktería sem getur valdið alvarlegum og lífshættulegum sjúkdómum, einkum hjá ungum börnum og fullorðnum einstaklingum. Alvarlegustu sjúkdómarnir eru heilahimnubólga og blóðsýkingar. Ónæmisáðgerðir gegn pneumókokkum hófust hér á landi 2011.

Í dag eru til tvenns konar bóluefni gegn pneumókokkum. Fjölsykrubóluefni hefur verið á markaði í nokkurn tíma og er mælt með notkun þess hjá einstaklingum eldri en 60 ára og einstaklingum með ónæmisbælandi sjúkdóma. Fjölsykrubóluefni gagnast hins vegar ekki ungum börnum og því eru á markaði próteintengd bóluefni fyrir þennan aldurshóp.

Framkvæmd

Skammturinn (0,5 ml) er gefinn í vöðva. Bólusetja þarf þrisvar. Fyrstu tveir skammtarnir með 1-2 mán. á milli og síðan einn skammtur við 12-15 mánaða aldur.

Aukaverkanir

Algengustu aukaverkanir eru verkur, roði og bólga á stungustað auk þess sem barnið getur fengið hita á bólusetningardegi. Alvarlegar aukaverkanir eru ekki þekktar.

Cervarix

(Human papiloma virus – HPV)

HPV er algeng veira, einkum meðal ungs fólks, og smitast auðveldlega við kynmök. Talið er að um 80% þeirra sem stunda kynlíf smitist af veirunni einhvern tímann á ævinni, en veiran hefur margar undirtegundir sem geta valdið kynfærasjúkdómum þar með talið leghálskrabbameini. HPV bóluefnin eru fyrirbyggjandi og því þarf að bólusetja áður en kynmök eru hafin. Bólusetningin er ætluð stúlkum og samkvæmt almennum bólusetningum barna eru þær bólusetta 12 ára gamlar.

Á markaði eru tvö bóluefni gegn þeim tveimur tegundum HPV-veirunnar (HPV-16/18) sem einkum valda leghálskrabbameini. Bóluefnin eru Cervarix® og Gardasil®. Síðarnefnda bóluefnið inniheldur að auki mótefnavaka gegn þeim tegundum veirunnar (HPV-6/11) sem valda kynfæravörtum (<http://landlaeknir.is/pages/789> og <http://www.hudlaeknastodin.is/page4/page12/page12.html>).

HPV-bóluefnin verja ekki gegn öllum stofnum veirunnar sem geta valdið leghálskrabbameini en með bólusetningu má koma í veg fyrir allt að 70% krabbameinstífla. Þar sem ekki fæst full vörn með bólusetningunni er nauðsynlegt að stúlkurnar fari reglulega í krabbameinsleit síðar á ævinni.

Framkvæmd

Bóluefninu (0,5 ml) er dælt í vöðva. Þrjár sprautur gefnar á 6-12 mánaða tímabili.

Aukaverkanir

Algengustu aukaverkanirnar eru verkur, roði og þroti á stungustað auk hitahækkunar ($>38^{\circ}\text{C}$). Alvarlegar aukaverkanir ekki þekktar.

Ónæmisáðgerðir á HIV - smituðum börnum

HIV-smituðum börnum hefur fjölgað víða erlendis og því hefur þótt ástæða til að gefa sérstakar ráðleggingar varðandi þessi börn. Öll þau bóluefni sem notuð eru hér á landi við ónæmisáðgerðir á heilbrigðum börnum má gefa HIV-sýktum börnum, með eða án einkenna.

Berklar

Ekki er mælt með berklabólusetningu á Íslandi.

3.3 BRÁÐAOFNÆMI TENGT ÓNÆMISAÐGERÐUM

Bráðaofnæmi (*anaphylaxis*) tengt ónæmisaðgerðum er mjög sjaldgæft. Það á sér yfirleitt stað mjög skyndilega, innan klukkustundar frá ónæmisaðgerðinni og getur verið banvænt. Nauðsynlegt er að hver sá sem framkvæmir slíkar aðgerðir sé fær um að greina á milli bráðaofnæmis og annarra bráðra einkenna eins og til dæmis krampa og yfirliðs. Yfirlið er tiltölulega algengt í kjölfar ónæmisaðgerða hjá fullorðnum og unglingum. Aftur á móti líður sjaldan yfir ungbörn og er bráðaofnæmi mun líklegri ástæða skyndilegs meðvitundarleysis á þessum aldri. Líklega er um bráðaofnæmi að ræða, ef ekki finnst æðasláttur hálsslagæðar (*carotis*), sem er til staðar þegar um yfirlið eða krampa er að ræða.

Einkenni bráðaofnæmis eru

1. **Fölvi, slekja (hypótónía) og öndunarstöðvun** eru algengustu einkenni hjá börnum.
2. **Þrengsli í efri hluta öndunarvegjar:** hæsi og innöndunarsog (*stridor*) vegna þjúgs í barkakýli og barkakýlisloki.
3. **Þrengsli í neðri hluta öndunarvegjar:** þrengslatilfinning í brjósti, andþyngsli með önghljóðum við útöndun vegna berkjukrampa.
4. **Frá hjarta- og æðakerfi:** hraður hjartsláttur, blóðþrýstingsfall samfara hröðum hjartslætti. Mjög hægur hjartsláttur er sjaldgæfari.
5. **Húð:** ofsakláði (*urticaria*) með dæmigerðum útbrotum, afmörkuðum af upphækkuðum, rauðum brúnum og með miðlægum fölva, samfara áköfum kláða.

Meðferð

Eins og áður segir er bráðaofnæmi óvæntur og sjaldgæfur fylgikvilli ónæmisaðgerða, sem ekki gerir boð á undan sér. Þar sem um lífshættulegt ástand getur verið að ræða, er nauðsynlegt að læknum og hjúkrunarfræðingum, sem starfa við ungbarnavernd, sé kunnugt um hvernig bregðast á við. **Ávallt eiga lyf og sprautur að vera tiltæk.**

1. Leggið barnið í **vinstri hliðarlegu** og sjáið til þess, að öndunarvegur barnsins sé opinn.
2. Gefið **adrenalín djúpt í vöðva** í samræmi við neðanskráð, þó ekki ef æðasláttur er kröftugur og almennt ástand barnsins gott.
3. Gefið **súrefni** að vitum.
4. Kallið efir **hjálp** (neyðarbíll). **Skiljið barnið aldrei eftir eftirlitslaust.**
5. Hefjið **endurlífgun** með öndunaraðstoð og hjartahnoði, sé þess þörf.
6. Gefið **iv hydrokortison** 100 mg óháð aldri.
7. Batni ástand barnsins ekki á næstu 10 mínútum, **endurtakið þá adrenalínjöf**, hámark x 3.

8. Barnið skal leggja inn á sjúkrahús í öllum tilvikum.

<i>Adrenalínskammtar</i> <i>(1 mg/ml, óþynnt, 1 ml sprauta) gefið í vöðva:</i>	
Börn yngri en 1 árs:	0,05 ml
1 árs:	0,1 ml
2ja ára:	0,2 ml
3-4 ára:	0,3 ml
5 ára:	0,4 ml
6-10 ára:	0,5 ml

3.4 SJÚKDÓMAR SEM BÓLUSETT ER GEGN

Barnaveiki (Diphtheria)

Barnaveiki er sjúkdómur orsakaður af bakteríu. Helstu einkenni eru svæsin hálsbólga með myndun skána, en sjúkdómurinn getur orðið mjög alvarlegur og leitt til dauða. Bakterían framleiðir eitur sem berst út í blóðið. Þetta eitur er skaðlegt vefjum svo sem hjartavöðva. Sýklalyf drepa bakteríuna, en koma ekki í veg fyrir eituráhrifin. Því er bólusetning eina vörnin gegn sjúkdómnum. Barnaveiki er mjög sjaldgæf nú á dögum vegna þess hve öflug og víðtæk bólusetningin er gegn henni.

Stífkrampi (Tetanus)

Stífkrampi orsakast af bakteríu sem er til staðar víða í náttúrunni, svo sem í jarðvegi og húsdýraskít. Auðvelt er að smitast af óhreinindum sem komast í sár. Bakterían framleiðir eitur sem veldur því að vöðvar herpast saman og stífna. Þetta getur valdið dauða ef ekkert er að gert. Til er móteitur sem hindrar þessi einkenni ef gefið er nægilega snemma en eina örugga vörnin er bólusetning.

Kíghósti (Pertussis)

Kíghósti orsakast af bakteríu sem framleiðir eiturefni. Bakterían er mjög smitandi og berst milli manna með úðasmiti. Einkennin eru í fyrstu vægt kvef, síðan vaxandi hósti, slímsöfnun og slæm hóstaköst sérstaklega á næturnar. Sjúkdómurinn er bæði erfiður og langdreginn og getur verið lífshættulegur ungbörnum sem fá áköf hóstaköst með einkennandi soghljóði. Sýklalyf gera lítið gagn, nema mjög snemma í sjúkdómsferlinum. Með bólusetningu er hægt að verja börnin og er mikilvægt að byrja að bólusetja þau ung, því sjúkdómurinn er hættulegastur yngstu börnunum.

Mænusótt (Polio)

Mænusótt eða lömunarveiki orsakast af veiru sem getur borist í menn með saurmengun, fæðu og vökva og hugssanlega einnig með úðasmiti. Einkenni geta verið væg, en einnig alvarleg vegna lamana sem leitt geta til dauða. Engin lyf eru til sem lækna sjúkdóminn. Með bólusetningu hefur náðst mikill árangur í að fyrirbyggja mænusótt og hefur nánast tekist að útrýma sjúkdómnum úr heiminum. Vonast er til að það markmið náist á næstu árum.

Haemophilus influenzae sjúkdómur af gerð b (Hib)

Haemophilus influenzae b er baktería sem getur orsakað alvarlega sjúkdóma svo sem heilahimnubólgu, barkabólgu, lungnabólgu, blóðsýkingu og liðbólgu. Bólusetning gegn þessarri bakteríu hefur verið mjög árangursrík. Frá því byrjað var að bólusetja gegn Hib hér á Íslandi árið 1989, hefur ekkert tilfelli greinst af heilahimnubólgu eða öðrum alvarlegum sýkingum af hennar völdum. Fyrir þann tíma greindust u.þ.b. 10 börn á ári með heilahimnubólgu af völdum Hib.

Mislingar (Morbilli, measles)

Mislingar stafa af veiru sem er mjög smitandi og berst milli manna með úðasmiti. Einkenni eru mismikil, en sjúkdómurinn getur verið hættulegur og jafnvel valdið dauða. Um það bil 10% þeirra sem sýkjast fá alvarlega fylgikvilla svo sem heilabólgu eða lungnabólgu. Bólusetning gefur góða vörn.

Hettusótt (Parotitis epidemica, mumps)

Hettusótt sem stafar af veiru er oftast mildur sjúkdómur, en er þekktur fyrir að geta valdið alvarlegum fylgikvillum. Heilabólga er algengust fylgikvilla, en aðrir fylgikvillar eru heyrnarskerðing og bólga í eistum, sem getur valdið ófrjósemi. Bólusetning veitir vörn gegn sjúkdómnum.

Rauðir hundar (Rubella)

Rauðir hundar er vægur veirusjúkdómur hjá börnum, en ef ófrísk kona fær sjúkdóminn getur fóstrið skaðast. Fósturskaði getur verið heyrnarskerðing, blindi, vansköpun, vaxtarskerðing og jafnvel fósturlát. Með bólusetningu allra í þjóðfélaginu er hægt að hindra faraldra af rauðum hundum og koma í veg fyrir að konur á barneignaraldri smitist.

Meningókokkar C.

Fram til ársins 2003 greindust að meðaltali um 10-15 einstaklingar á hverju ári með alvarlega sýkingu af völdum meningókokka C. Auk þess getur bakterían valdið hópsýkingum þar sem mun fleiri sýkjast. Aðallega er hér um að ræða börn og unglinga. Þessar sýkingar eru mjög alvarlegar þar sem um 10% þeirra sem sýkjast deyja og önnur 20% geta fengið alvarleg örku. Bólusetning gegn meningókokkum C hófst hér á landi síðla árs 2002 með mjög góðum árangri. Búast má við að með almennri bólusetningu megi útrýma meningókokkum C úr þjóðfélaginu. Bólusetningin hindrar hins vegar ekki sýkingar af völdum annarra meningókokka.

Pneumókokkar

Pneumókokkar eru bakteríur sem geta valdið alvarlegum og lífshættulegum sjúkdómum, svo sem heilahimnubólgu, blóðsýkingum, lungnabólgu, eyrnabólgu og kinnholusýkingum, einkum hjá yngstu börnunum. Hættulegastir þessara sjúkdóma eru heilahimnubólga og blóðsýkingar. Áður en bólusetning hófst greindust árlega um 11 börn hér á landi með slíkar sýkingar. Með því að bólusetja gegn hættulegustu stofnum bakteríunnar má koma í veg fyrir allt að 90% þessara sjúkdóma. Einnig má ætla að bólusetningin dragi úr bráðum og þrálátum miðeyrnabólgu og lungnabólgu hjá ungum börnum. Þá er þess vænst að árleg sýklalyfjanotkun hjá þessum hópi minnki um allt að fjórðung, en það myndi draga úr hættu á útbreiðslu sýklalyfjaónæmra pneumókokka.

HPV (Human Papilloma Virus)

HPV er algeng veira, einkum meðal ungs fólks, og smitast auðveldlega við kynmök. Talið er að um 80% þeirra sem stunda kynlíf smitist af veirunni einhvern tímann á ævinni, en veiran hefur margar undirtegundir sem geta

valdið kynfærasjúkdómum. Í flestum tilfellum hverfur veiran úr líkamanum af sjálfu sér, en sumar tegundir hennar geta valdið viðvarandi forstigsbreytingum í leghálsi sem með tímanum geta orðið að leghálskrabbameini.

Nokkur grundvallaratriði varðandi bóluefni

Dauð bóluefni

DTaP, Hib, IPV, dT

PCV

MCC, hepatitis A og B, influensa

HPV

DTaP: Barnaveiki (D), Stífkrampi (T), Kíghósti (aP) (Pentavac/Infanrix Polio Hib, Boostrix)

dT: barnaveiki (d), Stífkrampi (T) (Boostrix, Boostrix Polio)

Hib: Hemofilus influenzae b (Pentavac/Infanrix Polio Hib)

IPV: Mænuveiki (Inactivated Polio Vaccine) (Pentavac/Infanrix Polio Hib, Imovax og Boostrix Polio)

PCV: Pneumókokkar (Synflorix og Prevenar)

MCC: Meningókokkar C (NeisVac C)

HPV: Leghálskrabbamein (Cervarix/Gardasil)

Til að ná fram fullnægjandi mótefnasvari með dauðum bóluefnum þarf að grunnbólusetja og síðan gefa viðhaldsbólusetningu.

Sem dæmi má nefna að hér á landi er bólusett gegn DTaP á eftirfarandi hátt:

„Grunnbólusetning“ er gerð við 3 og 5 mánaða aldur.

„Viðhaldsbólusetning“ er gerð við 12 mánaða aldur, 4 og 14 ára.

Lifandi/veikluð bóluefni

MMR, hlaupabóla

MMR: mislingar, hettusótt og rauðir hundar

Yfirleitt eru lifandi/veikluð bóluefni ekki gefin börnum yngri en eins árs þar sem mótefni frá móður geta gert bóluefnið óvirkt. Stundum er nægilegt að gefa einn skammt af bóluefninu en oftast þarf tvo skammta til að mynda varanlegt ónæmi.

ALGENGAR SPURNINGAR OG SVÖR

1) Hversu ung börn má bólusetja?

Bóluefni	Lágmarks aldur	Minnsti tími á milli skammta
DTaP, Hib, IPV	6 vikna	4 vikur („grunnbólusetning“) 6 mán. („viðhaldsbólusetning“)
MCC	2 mán.	4 vikur
MMR	12 mán.	4 vikur
Hep-B	Við fæðingu	4 vikur („grunnbólusetning“) 8 vikur („viðhaldsbólusetning“)
Hep-A	1 árs	6 mán.
Varicella	12 mán.	4 vikur
Inflúensa	6 mán.	4 vikur
Synflorix	3 mán.	4 vikur („grunnbólusetning“) 6 mán. („viðhaldsbólusetning“)
Cervarix	12 ára	4-6 vikur („grunnbólusetning“) 4 mán. („viðhaldsbólusetning“)

2) Er hægt að hraða bólusetningum?

Það er hægt að hraða bólusetningum en taka þarf tillit til lágmarksaldurs og minnsta tíma á milli skamta (*sjá töflu*).

Ef barnið er 3 mánaða eða eldra þarf það tvær sprautur í „grunnbólusetningu“ þegar um er að ræða almennar bólusetningar.

Ef barnið er yngra en 3ja mánaða þarf það þrjár sprautur í „grunnbólusetningu“ þegar um er að ræða almennar bólusetningar.

Ef lifandi bóluefni er gefið börnum yngri en 12 mánaða, þarf að byrja upp á nýtt samkvæmt tilmælum sóttvarnarlæknis.

3) Hvaða bóluefni má gefa saman?

Öll dauð bóluefni má gefa saman en í mismunandi útlím.

Það má gefa dautt og lifandi bóluefni á sama tíma.

Öll lifandi bóluefni má gefa saman. Ef þau eru ekki gefin á sama tíma þá þarf að láta a.m.k einn mánuð líða á milli bólusetninga.

Það þarf aldrei að byrja bólusetningar upp á nýtt.

4) Má breyta um bóluefni hjá einstaklingi í skemanu?

Æskilegast er að nota bóluefni frá sama framleiðanda við bólusetningu barns. Hins vegar má í undantekningar tilvikum skipta um tegund ef innhald bóluefnanna er það sama.

5) Má gefa minni skammt af bóluefni?

Alltaf á að nota fullan skammt af bóluefni hvort sem um er að ræða fyrirbura eða lítil börn.

6) Hvenær þarf að hefja bólusetningu að nýju?

Pegar fyrri bólusetningar eru metnar þarf að hafa núverandi fyrirkomulag bólusetninga í huga. Engu máli skipir hversu langt er liðið frá síðustu bólusetningu, **aldrei þarf að byrja bólusetningar upp á nýtt nema ef lifandi bóluefni er gefið fyrir eins árs aldur**. Klára þarf skemað þar sem frá var horfið.

7) Má bólusetja ef einstaklingur hefur veikt af þeim sjúkdómi sem bólusett er gegn?

Hættulaust er að bólusetja barn sem áður hefur veikt af þeim sjúkdómi sem bólusett er gegn.

8) Hvenær þarf að fresta bólusetningu?

Óhætt er að bólusetja barn sem er með kvef, eyrnabólgu og er á sýklalyfjum.

Það getur hins vegar verið rétt að bíða með bólusetningu ef barn er veikt og með hita. Oft er þó hægt að bólusetja í þeim tilvikum. Meta þarf í hverju tilfelli hvort það sé í lagi.

9) Ferðamannabólusetningar?

Hafa þarf í huga:

- Fyrri bólusetningar?
- Til hvaða lands er verið að fara?
- Hvar í landinu kemur viðkomandi til með að dvelja ?
 - Í borg
 - Í sveit/óbyggðum
- Hversu lengi mun ferðalagið standa?
- Hvert er algengi helstu smitsjúkdóma?

Upplýsingavefir

Embætti landlæknis (www.landlaeknir.is)

Udlandsvaccinationen I/S (www.vaccination.dk)

Centers for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov/travel/)

World Health Organization (www.who.int/ith/en/)

The International Society of Travel Medicine (www.istm.org/)

Fjórði kafli

4 Líkamleg skoðun

4.1 LEIÐBEININGAR UM LÍKAMLEGA SKOÐUN

Almennt um vöxt barna

Vöxtur barna stjórnast af mörgum þáttum, meðal annars af erfðum, næringu, hormónum, heilsufari og aðbúnaði. Hvert barn hefur sinn eigin vaxtarhraða. Vöxtur og vaxtarhraði er best metinn með vaxtarlínuritum. Hérlandis eru notuð sænsk vaxtarlínurit, eitt fyrir drengi og annað fyrir stúlkur. Hægt er að nota sérstök vaxtarlínurit fyrir fyrirbura eða „leiðrétt“ fyrir líffræðilegan (biologískan) aldur. Þetta er gert með því að draga af lífaldri þær vikur sem vantaði upp á eðlilega meðgöngulengd. Til að venjuleg vaxtarlínurit gefi rétta mynd af vexti fyrirburans þarf að gera þetta fyrstu tvö ár barnsins.

Mikilvægt er að hafa hæð foreldra í huga þegar metið er hvort um frávik á vexti barns er að ræða eða ekki. Gildir það ekki síst um lengd og höfuðummál. Þegar frávik mælast er mikilvægt að hafa í huga mæliskekkjur og skoða hvort rétt hafi verið fyllt í vaxtarlínurit. Endurteknar mælingar eru því mikilvægar þegar grunur vaknar um frávik.

Þyngd

Ekki er hægt að gefa ákveðnar reglur um hve oft eigi að vigta barnið. Talið er æskilegt að vigta barnið allt að því einu sinni í viku fyrstu 4 vikurnar, en síðan í tengslum við reglubundið eftirlit samkvæmt *Yfirliti yfir skoðanir í kafla 2.2*. Barnið skal vigtað án fata og bleiu. Ef barnið þyngist ekki eðlilega samkvæmt vaxtarlínuriti getur að sjálfsögðu verið ástæða til að vigta það oftari og einnig ef einkenni eru um sjúkdóm.

Þyngdaraukningu og vöxt barna þarf að skoða í víðu samhengi. Mikilvægt er að skoða hvað og hversu mikið barnið nærast en vöxtur barns getur gefið vísbendingu um heilsuvanda, sérstaklega á fyrsta árinu. Flest börn fylgja samsíða ferli á vaxtarlínuritinu.

Á fyrstu 3 mánuðunum telst óeðlilegt að frávik nemi meir en ± 1 staðalfrávik (1 SD, eitt bil á línuritinu) á minna en 4 vikna tímabili og er þá ástæða til frekari athugana.

Á aldrinum 3-12 mánaða telst frávik, sem nemur ± 1 SD eða meir á skemmri tíma en 3 mánuðum óeðlilegt og

á aldrinum 12-24 mánaða telst óeðlilegt að frávik nemi meir en ± 1 SD á skemmri tíma en 6 mánuðum.

Ónóg þyngdaraukning

Algengar ástæður eru ófullnægjandi eða röng næring, kúamjólkuróþol og niðurgangur. Ekki má gleyma félagslegum vandamálum. Rannsaka þarf þau börn sem þyngjast ekki nægilega. Hafa bera í huga vanfrásog (*malabsorption*), taugakerfis- og innkirtlasjúkdóma, hjartagalla, langvinnar sýkingar, ef til vill dulda þvagfærasýkingu og fleira.

Óeðlilega mikil þyngdaraukning

Hjá börnum yngri en 18 mánaða er óeðlileg þyngdaraukning sjaldnast vegna sjúkdóms, ef líkamsskoðun er eðlileg að öðru leyti. Ekki þarf að hafa áhyggjur af börnum, sem eingöngu nærast á brjóstamjólk, hvað þetta varðar. Ef áhyggjur vakna af of mikilli þyngdaraukningu barns er ástæða til að spyrja nákvæmlega um mataræði og gefa leiðbeiningar þar að lútandi. Hafa ber í huga að ráðleggja foreldrum að sleppa því að gefa barninu sælgæti, sætabrauð og sæta drykki og vara sérstaklega við því að gefa barni ávaxtasafa eða mjólk að næturlagi. Þegar um eldri börn er að ræða ber, auk ráðlegginga varðandi mataræði, að leggja áherslu á aukna hreyfingu. Eftir 3-5 ára aldur ber að vera sérstaklega vel vakandi fyrir of mikilli þyngdaraukningu ekki síst með aukna tíðni offitu barna í huga. Sjá klínískar leiðbeiningar um forvarnir og meðferð offitu barna og unglinga (www.landlaeknir.is).

Eðlileg þyngdaraukning

Aldur	Meðalþyngdaraukning (g/dag)
0-3 mánaða	25-30
3-6 mánaða	20
6-12 mánaða	12
12-18 mánaða	8

Lengd

Æskilegt er að mæla lengd við reglubundnar skoðanir samkvæmt *Yfirliti yfir skoðanir í kafla 2.2*.

Til tveggja ára aldurs er lengdarmæling framkvæmd með barnið liggjandi og þess gætt að hné séu bein. Eftir það stendur barnið við vegg og þarf þá að standa beint með hælana að vegg.

Ef línuritið sýnir frávik er auðvitað ástæða til að mæla oftari. Flest börn fylgja samsíða ferli á vaxtarlínuritinu. Algengustu ástæður frávika eru: Röng mælitækni eða rangt útfyllt vaxtarlínurit, arfgengir þættir, vanstarfsemi skjaldkirtils eða aðrar hormónatruflanir, vannæring og félagslegir þættir.

Á fyrstu 12-18 mánuðunum telst frávik ef lengd breytist meira en 1 SD (flyst milli kúrfa) á þriggja mánaða tímabili.

Eftir 2-3 ára aldur á frávik ekki að vera meira en $\pm 1/2$ SD.

Ef frávik er óeðlilegt, þarf nánari rannsókn. Því stærra sem frávikið er þeim mun meiri líkur eru á að orsök fyrir því finnist.

Athugið að fyrirburar og léttburar vaxa oft hraðar í byrjun en önnur börn og getur það valdið fráviki á vaxtarlínuritinu án þess að óeðlilegt teljist.

Höfuðummál

Höfuðummál lítils barns er auðveldast að mæla á barninu liggjandi. Best er að nota málband sem ekki teygist á, s.s. úr málm. Víða eru notuð taumálbönd, en þau þarf að endurnýja reglulega þar sem getur teygst á þeim með tímanum. Mælt er mesta höfuðummál um enni og hnakka.

Á fyrstu 2 mánuðunum er hæfilegt, ef því verður við komið, að mæla höfuðummál aðra hverja viku.

Á aldrinum 2-8 mánaða eru mælingar gerðar við reglubundnar skoðanir og síðan þegar barnið er 10, 12 og 18 mánaða, eftir það einungis eftir þörfum. Höfuð sem stækkar eðlilega fylgir sínum ferli eða bili á vaxtarlínuritinu.

Breytist höfuðummál meir en 1 SD á þriggja mánaða tímabili fram að 6 mánaða aldri telst það óeðlilegt (flyst milli kúrfa).

Breytist höfuðummál meir en 1 SD á aldrinum 6-12 mánaða telst það einnig óeðlilegt.

Reynslan, bæði hér á landi og erlendis, hefur sýnt, að á seinni árum hefur höfuðummál barna yfirleitt mælst stærra en meðalgildi samkvæmt núverandi línuritum og hefur því verið bent á nauðsyn þess að afla nýrra viðmiðunargilda hvað þetta varðar. Aðalatriðið er að höfuðummál barnsins fylgi sínu ferli á vaxtarlínuritinu.

Aukist höfuðummál hratt er nauðsynlegt að vera vel á verði gagnvart eftirfarandi þrýstingseinkennum:

Spennt hausamót (*fontanella*), saumagliðnun, *sunset phenomenon*, sljóleiki, uppköst, óvæð, nýtilkominn skjálgur.

Of hraður vöxtur höfuðummáls getur gefið vísbendingu um sjúkdóma svo sem vatnshöfuð, *subdural-hygrom* eða fæðingargalla. Þegar um slíkt er að ræða ber að sjá til þess að frekari rannsókn fari fram án tafar.

Of hæg aukning á höfuðummáli leiðir grun að smáheila (*microcephali*) eða ótímabærri lokun á höfuðsaumum.

Þegar um óeðlilegt frávík er að ræða, hvort sem höfuð stækkar óeðlilega mikið eða lítið, ber að sjá til þess að barnið verði rannsakað frekar án tafar.

Hafa ber í huga að höfuðummál fyrirbura vex oft hratt á fyrstu 6 mánuðunum („catch-up“) og veldur þannig „eðlilegu“ frávíki á vaxtarlínuritinu, sem erfitt getur reynst að meta. Oftast á þetta einnig við um lengd og þyngd. Sérstök vaxtarlínurit eru nú fáanleg fyrir börn, sem fædd eru fyrir tímann.

Almennt útlit

Hvernig kemur barnið þér fyrir sjónir? Vellíðan? Vanlíðan? Er öndunin eðlileg? Hreyfir barnið sig eðlilega?

Húð

Er húðlitur eðlilegur? Er barnið fölt, með bláma eða er gula greinanleg?

Fölvi

Fölur húðlitur getur verið merki um blóðleysi, járnskort eða veikindi. Járnskortur er sjaldgæfur meðal barna á Norðurlöndum. Endurteknar Hb-mælingar í ungbarnavernd eru yfirleitt ekki nauðsynlegar nema við grun um blóðleysi. Ef sýnt er fram á, að um blóðskort sé að ræða ber að rannsaka barnið áður en járnmedferð er hafin. Vægan blóðskort eftir sýkingar á ekki að meðhöndla með járn og þegar um slíkt er að ræða er nægilegt að endurtaka Hb-mælingu eftir 4-6 vikur.

Blámi

Blámi á útlimum er algengur hjá kornabörnum, vegna kulda á útlimum. Stöðugur blámi eða blámi við áreynslu vekur grun um hjartagalla eða hjartasjúkdóm og ber að skoða nánar.

Gula

Ef gula er merkjanleg lengur en í 4-6 vikur eftir fæðingu, ber að rannsaka barnið nánar. Auðveldast er að meta gulu í hvítu (*sclera*). Athugið að börn, sem drekka gulrótarsafa eða borða mikið af gulrótum eða grænmeti geta haft gulan húðlit, sérstaklega í lófum, á iljum og í andliti. Þetta er eðlilegt ástand, sem ekki þarf að hafa áhyggjur af.

Naflinn

Mikilvægt er að þrífa naflastúfinn og svæðið í kring vel með volgu vatni og gæta þess að þerra hann vel á eftir. Aðgæta þarf að rök bleia liggi ekki yfir þessu svæði. Naflapúður er ekki lengur notað að staðaldri.

Ef ekki er hefðbundinn gangur við bata skal athuga hvort ofholdgun (*granuloma*) geti verið til staðar. Ofholdgun er meðhöndluð með vítissteinspinna (*lapis*) eftir þörfum.

Stundum getur naflinn verið sýktur og því er stundum ástæða til að taka sýni í ræktun frá svæðinu. Ef greinileg sýking til staðar með roða í húðinni umhverfis (*omphalit*) ber að senda barnið á barnadeild til meðhöndlunar.

Naflaslit eru allalgeng en góðir möguleikar að það jafni sig án meðferðar þótt þau séu stór. Því þarf að fylgjast með þróun þeirra.

Hormónabólur (*erythema toxicum neonatorum*)

Hormónabólur eru algengar (50-70% barna). Þetta eru rauðar skellur (*macular*), gulhvítar *papulur* og *eosinophila pustulur* (bólur). Hormónabólur eru

oftast greinilegar á fyrstu sólarhringunum og geta verið til staðar fyrstu tvær vikurnar. Oft mjög útbreitt en gengur yfir án meðferðar. Talið vera vegna áhrifa hormóna frá móður.

Hitabólur (miliaria neonatorum)

Annars vegar er um að ræða litlar yfirborðsbólur (*crystallina*) og hins vegar þær sem liggja dýpra (*rubra*) og ná að valda meiri ertingu. Þessar bólur eru því stærri og rauðari (*maculur* eða *pustulur*) og geta líkst „hormónabólunum“. Eru algengastar á 1.-2. mánuði. Kemur til vegna þess að keratin blokkarar svitagangana. Ber meira á þeim ef barninu er heitt (ofdúðað/eftir grát). Gengur einnig oftast yfir án meðferðar. Ef húðin er einnig mjög þurr og barnið virðist hafa óþægindi af útbrotunum má reyna 1% sterakrem í nokkra daga.

Milia neonatorum

Smáhvítir punktar á nefhryggnum og undir augunum aðallega. Þessir punktar koma til vegna þess að gangar fitukirtla stíflast. Jafnar sig á 1-3 mánuðum. Milia neonatorum getur einnig sést á efri góm í miðlínu og líta út eins og litlar perlur (Epstein perlur).

Storkabit (capiller hemangioma)

Storkabit (*Salmon patch*): rauðir flekkir á enni/hnakka/augnlokum. Eru leifar af fósturblóðrásinni. Lýsast á fyrsta aldursárinu, sérstaklega í andliti.

Valbrá (nevus flammeus)

Valbrá eða eldsmerki. Af sama meiði og storkabit en blárauð og meira áberandi og lýsast ekki með tíma. Ekki upphækkað.

Cavernös hemangioma

Sjást yfirleitt ekki fyrr en á fyrstu vikunum eftir fæðingu. Fullur vöxtur næst á 3-4 mánuðum og getur tekið einhver ár að hverfa. Sum hverfa þó ekki nema með sérstökum aðgerðum, t.d. lasermeðferð. Teikn um að cavernös hemangioma eru að láta undan er að þau byrja að lýsast í miðjunni. Ekki er hætt á illkynja vexti.

Mongólian flekkir

Blá-/blágráleitar macular húðbreytingar með misskörpum brúnum, oftast á presacral svæði en geta verið sýnilegir aftan á lærum, baki og á öxlum.

Geta verið stakir eða margir og taka oft yfir stórt húðsvæði. Langalgengast (80%), hjá svörtu fólki og börnum af asískum uppruna en er einnig þekkt hjá hvítum börnum þó það sé ekki algengt. Þessir litaflekkir dofna oftast með tímanum þó svo þeir geti verið til frambúðar.

Bólnir brjóstakirtlar

Kemur í ljós fljótlega eftir fæðingu, öðrum eða báðum megin hjá báðum kynjum. Er ekki óalgengt og getur verið til staðar í mislangan tíma. Stundum er jafnvel hægt að „mjólka“ þá. Þetta ástand er sársaukalaust nema ef sýking

er til staðar. Þá er hætta á graftarkýlis (*abscess*) myndun sem þarf að stinga á og setja barnið á sýklalyf.

Skóf (seborrhoeic dermatitis)

Skóf er gulbrúnar fitukenndar skellur eða hrúður, oftast í hársverði og milli augna en getur verið útbreiddara. Getur legið í þykkum lögum. Veldur yfirleitt ekki óþægindum eins og kláða og þá helst ef atopískt exem er einnig til staðar. Gott er að bleyta hárið og nudda með þvottapoka og greiða með finni greiðu eða lúsakambi. Ef þetta dugar ekki til að fjarlægja skófina gæti þurft að bera feitt krem í hársvörðinn sem er látið liggja í nokkra tíma eða yfir nótt. Þessa meðferð þarf oft að endurtaka. Ef ástæða þykir má reyna Salicylvaselin 2% sem er borið í að kvöldi og síðan er hársvörður nuddaður eða bustaður að morgni. Stundum þarf að endurtaka þessa meðferð. Í erfiðum tilvikum eru sterakrem/smyrslu notuð í samráði við lækni.

Bleiútbrot (bleiudermatitis)

Útbrot á bleiusvæði eru algeng. Ef einungis er um að ræða væga ertingu má reyna eitthvað af hinum hefðbundnu „bossakremum“ eða verjandi smyrslum, lofta vel og skipta þétt um bleiur. Vakni grunur um sveppasýkingu þarf oft að nota sveppa- og sterakrem saman. Athugið jafnframt hvort barnið sé með þrusku í munni á sama tíma. Ertingu í húðfellingum vegna raka sem legið hefur við húðina má stundum laga með púðri.

Barnaexem (atopic dermatitis)

Til eru mismunandi tegundir exems en algengast hjá börnum er það sem í daglegu tali er kallað barnaexem (*atopískt exem*). Tíðni barnaexems hefur farið vaxandi sl. áratugi og hefur ekki verið hægt að benda á eitthvað eitt til skýringar. (*Nánari upplýsingar um barnaexem er í kafla 7.8*).

Frauð-/flökkuvörtur (molluscum contagiosum)

Frauð-/flökkuvörtur eru algengar og orsakast af veiru. Þær breiðast mismikið út og eru smitandi. Gefa helst óþægindi ef barnið er með þurra húð eða undirliggjandi exem. Getur verið hvítleitt og margir leita aðstoðar vegna þessa. Hverfur þegar líkaminn hefur myndað ónæmi gegn veirunni en það getur aftur á móti tekið mjög langan tíma (jafnvel 1-2 ár). Þessar vörtur eru stundum skafnar í burtu eða þær penslaðar með veirulyfi.

Vörtur

Vörtur hverfa oftast af sjálfu sér án nokkurrar meðferðar, en það getur þó tekið langan tíma, jafnvel ár. Meðferð með vörtulyfi (Verucid®), kvölds og morguns, er möguleg en getur tekið margar vikur. Best er að skafa fyrst burt það sem laust er á yfirborði vörtunnar með hnífsblaði, setja síðan útsett svæði í heitt vatn í 5 mínútur, skafa aftur, þurrka vel, bera vörtulyfið á vörtuna og setja síðan plástur yfir. Meðferðin endurtekin tvisvar á dag. Stundum reynist nauðsynlegt að frysta vörturnar.

Kláðamaur

(*Sjá umfjöllun í kafla 7.9*)

Höfuðlús

(Sjá umfjöllun í kafla 7.9)

Höfuð

Athugið vaxtarferil á vaxtarlínuriti (sjá höfuðummál). Preifið á fremri hausamótunum. Aukinn þrýstingur án þess að barnið gráti er óeðlilegur og gefur tilefni til frekari rannsókna án tafar.

Stærð hausamóta er breytileg, eða allt frá 0,5 x 0,5 cm til 4 x 4 cm án þess að það teljist óeðlilegt. Hausamót eiga að finnast við þreifingu til eins árs aldurs, annars vaknar grunur um að saumar hafi lokast of snemma og er nánari rannsókn þá nauðsynleg. Stundum finnst töluverð gliðnun í sagittalis- saumnum, sem er óeðlileg, ef vaxtarhraði höfuðummáls er samtímis óeðlilega mikill og þrýstingur aukinn við þreifingu á hausamótum.

Finnist garður við þreifingu á saumum, getur það bent til ótímabærrar lokunar og ber að athuga nánar.

Mislögun (*asymmetri*) á höfði er algeng, sérlega eftir erfiða eða langdregna fæðingu. Jafnvel þó að um talsverða mislögun sé að ræða, gengur hún smám saman til baka og má hafa áhrif á það með því hvernig barnið er látið liggja. Ekki er þess þó alltaf að vænta, að höfuðið verði fullkomlega jafnlagt. Jafnvel þótt um mikla mislögun sé að ræða er sjaldnast ástæða til að óttast heilaskemmdir.

Við bungandi hátt enni er vert að hafa í huga vatnshöfuð eða aukinn þrýsting af öðrum ástæðum (hratt vaxandi höfuðummál, spennt hausamót („sunset phenomenon”), ef til vill uppköst og óvæð).

Augu barna

Áríðandi er að þeir sem hafa með börn að gera viti nokkur deili á eðlilegum þroska sjónar. Forsendur góðrar sjónar eru fjölþættar, bæði meðfæddar og áunnar.

Augu þurfa að vera rétt sköpuð. Það eitt og sér er þó ekki nægilegt til að þroska góða sjón heldur þarf barnið að „nota” augun til að sjón þroskist. Sjónin er að þroskast fyrstu 7-8 ár ævinnar og eru fyrstu árin mikilvægust. Auga barns getur verið líffræðilega heilbrigt en ef eitthvað kemur í veg fyrir eðlilegan sjónþroska getur þróast svokallað letiauga (*amblyopia*) Ef fullum sjónþroska er náð án þess að gripið hafi verið til viðeigandi meðferðar er skaðinn varanlegur. Oftast er hins vegar með tiltölulega einföldum aðferðum hægt að koma í veg fyrir latt auga með því að nota gleraugu og leppmeðferð. Möguleikar á að ná árangri af meðferðinni minnka eftir því sem barnið er eldra. Dæmi um hvað kemur í veg fyrir eðlilegan sjónþroska eru tærleiki ljósvega, rangeygð, sjónlagsgallar, skjálgur, þrengsli í tárögöngum og sýkingar.

Tærleiki ljósvega

Ef ljósvegir eru ekki tærir eins og til dæmis þegar ský er á augasteini (*congenital cataract*) þannig að ljósið nær ekki að falla inn í augað hindrar það eðlilegan sjónþroska. Mikilvægt er að kanna hvort eðlilegur rauður reflex sé til staðar hjá öllum nýfæddum börnum, því grípa þarf strax til aðgerðar ef um meðfætt ský á augasteini er að ræða. Allt sem hindrar að ljós falli inn í auga hamlar sjónþroska eins og til dæmis sigið augnalok (lokbrá) eða *haemangioma* á augnaloki sem lokar auganu.

Rangeygð (strabismus)

Ef augu eru ekki réttstæð er barnið ekki að nota það auga sem skekkist. Afleiðingin verður latt auga með vanþroska sjón nema gripið sé til viðeigandi meðferðar. Meðferðin er meðal annars gleraugu, oft leppur og síðar jafnvel skurðaðgerð. Nauðsynlegt er að augnlæknir skoði öll börn sem fyrst eftir að augnskekkju verður vart, bæði til að hægt sé að grípa til viðeigandi meðferðar sem fyrst og til að útiloka alvarlegar en sem betur fer sjaldgæfar orsakir skekkjunnar, svo sem æxli í auga eða heila.

Sjónlagsgallar

Miklir sjónlagsgallar eða verulegur munur á sjónlagi hægra og vinstra auga valda því að barnið fær ekki skýra mynd á annað eða bæði augun og hamlar það eðlilegum sjónþroska nema gripið sé til viðeigandi meðferðar eins og gleraugna og/eða leppmeðferðar.

Athugið hvort hornhimnan er stærri en það sem eðlilegt telst (12 mm í þvermál eða meira), hvort hún er mött (meðfædd gláka), og hvort sjáaldrið upplýsist hvítt eða gult (æxli?).

Þrengsli á tárögöngum

Einkenni eru oftast gröftur í auga og tár á kinn án þess að barnið gráti, að jafnaði stöðugt frá fæðingu. Leggja ber áherslu á að þvo augun með volgu vatni, þrýsta laust á eða nudda tárapokann í hvert skipti, ef til vill meðhöndla með sýkladrepandi augndropum x2-3 á dag, jafnvel í lengri tíma, ef ástandið fer ekki batnandi. Eftir sex til níu mánaða aldur ber að sjá til þess að augnlæknir skoði barnið, séu einkenni enn til staðar.

Sýkingar í augum

Tára (*conjunctiva*) ungbarna er föl og hrein. Þegar einungis er um að ræða smávægilegt gulleitt slím í augnkrókum, er nægilegt að hreinsa augun með volgu vatni nokkrum sinnum á dag. Sé um að ræða roða á tárú ásamt slímmyndun í auganu fyrstu vikur ævinnar, er oft nauðsynlegt að senda sýni í ræktun, bæði almenna- og gónókokkaræktun og einnig fyrir chlamydia (athugið að notað er sérstakt æti fyrir chlamydia, sem er ekki það sama og notað er fyrir ræktanir af þessu tagi frá kynfærum). Sýkingar af völdum gónókokka og chlamydia þarfnast sérfræðilegrar meðferðar.

Augnsýkingar hjá börnum eru nokkuð algengar hjá börnum, með eða án kvefs. Eru oftast veirusýkingar og lagast gjarnan af sjálfu sér. Ef augnsýking er langvarandi eða mjög slæm er rétt að láta lækni skoða.

Eyru

Eyrnamergur

Mikill mergur í eyrnagangi er algengt fyrirbæri. Stundum verður þó til mergtappi sem lokar hlustinni og veldur óþægindum. Til að hreinsa eyrnagang þar sem er mikill mergur má nota sérstaka eyrnadropa (*Earex®*) sem leysa merginn upp og reyna síðan að skola út með vatni þegar barnið fer í bað. Ef þetta dugar ekki getur þurft að skola eða sofa merginn út á stofu. Foreldrar skulu alltaf varast að fara með eyrnapienna eða önnur verkfæri inn í eyrnaganginn til að forðast skemmd á hljóðhimnu eða bólgu eða exema í eyrnagangi.

Exema í eyrnagangi (external otitis)

Exema í eyrnagangi er bólguástand í húð eyrnagangsins sem veldur oft kláða, óþægindum og stundum hlustarverk. Húðin er þá oft rauð og ert, stundum flagnandi. Stundum getur fylgt húðsýking, sérstaklega sveppasýking en einnig stundum bakteríusýkingar, og er þá exemað blautt og vessandi. Hvítleitar skánir benda frekar til sveppasýkingar. Bleyta, t.d. eftir sund eða böð, getur verið meðvirkandi orsakavaldur og þá frekar ef mikill mergur er í hlustum. Best er að skola út merg og óhreinindi áður en meðferð er hafin með eyrnadropum sem virka í senn á exema, sveppasýkingu og væga bakteríusýkingu, svo sem *Hydrocortison med Terramycin* og *Polymyxin-B (HTP)* eða *Ciproxin-Hydrocortison* eyrnadropa. *Locacorten Vioform* eru áhrifaríkir á erfiðari sveppasýkingar. Gefa á nokkra dropa í senn, 2-4 sinnum á dag í nokkra daga (3-5 d) og meta ástandið síðan aftur. Ef mikil bólga er í eyrnaganginum getur verið ástæða til að skola út oftár á heilsugæslustöð eða vísa til meðferðar hjá sérfræðingi í háls-, nef- og eyrnalækningum.

Miðeyrnabólgur (otitis media):

Miðeyrnabólga er aðallega sjúkdómur hjá ungum börnum (sjá kafla 7.1 um miðeyrnabólgur).

Nefkirtlar

Allir hafa kirtla (*adenoid*) í nefkoki. Þeir bólgna/stækka gjarnan við kvef, hafa tilhneigingu til að minnka og hverfa í kringum 4 ára aldur. Stundum þarf að taka nefkirtla. Ástæður ráðast af einkennum en ekki stærð nefkirtilsins.

Ástæður til að vísa barni áfram til háls-, nef- og eyrnalæknis eru helst þessar:

- Verulegir öndunarerfiðleikar að næturlagi með hrotum og ef til vill kæfisvefni, að deginum opinmynnt og eiga í erfiðleikum með að anda í gegnum nefið.
- Endurteknar eyrnabólgur og langvarandi vökvasöfnun í miðeyrum með skertri heyrn.
- Endurteknar öndunarfærasýkingar með hitatoppum og grafrartaum á afturvegg koksins.

Munnur og háls*Hvítar skánir*

Merki um þrusku, (*monilia*), sem er algengt hjá ungbörnum. Pensla má daglega með 0,5 til 1,0% gentianaviolet sem fæst án lyfseðils. Dugi það ekki má nota mycostatin mixtúru 1 ml x 4 (lyfseðilsskylt) á dag eftir máltíð í 10 daga.

Klofinn úfur

Ef úfurinn sést ekki eða er klofinn ber að þreifa eftir klofnum gómi undir slímhúðinni aftan til.

Tunguhæft

Mjög sjaldan ástæða til aðgerðar þess vegna. Bíða til 18 mánaða aldurs og geti barnið þá ekki rekið tungubroddinn út fyrir varirnar (ulla) er ástæða til aðgerðar, sér í lagi ef skert tunguhreyfing hefur áhrif á tal, mál og kyngingu.

Stórir hálskirtlar

Algengir í börnum. Sjaldnast er ástæða til að taka kirtlana vegna þess nema þegar þeir valda kæfisvefni, ógreinilegu tali eða kyngingarörðugleikum. Til að skoða háls barns án tunguspaða má biðja barnið að gapa eins og það getur og reka út úr sér tunguna.

Ástæður til að senda barn til frekari mats hjá lækni eru:

- Endurteknar erfiðar sýkingar af völdum baktería.
- Ef hálsbólga hefur leitt til myndunar á graftarkýli.
- Ef í kjölfar hálsbólgu hafa komið aukaverkanir eins og bólgur í nýrum, liðum eða hjartavöðva.
- Ef hálskirtlarnir valda öndunarerfiðleikum við svefn (í slíkum tilvikum hefur nefkirtlataka verið framkvæmd án árangurs).
- Þegar hálskirtlanir valda óskýru tali eða kyngingarörðugleikum.

Eitlar á hálsi

Eitlastækkarnir á hálsi barna, undir kjálkabörðum og aftan sternokleidovöðvans, eru algengar og þá fyrst og fremst í sambandi við öndunarfarasýkingar. Oft ná eitlarnir ekki að hjaðna á milli sýkinga. Eðlilegir eitlar eru mjúkir átöku, spólulaga, hreyfanlegir og oftast ekki stærri en sveskjusteinn. Ef eitlarnir eru óeðlilega stórir, fastir við undirlagið, óreglulegir að lögun eða grunur er um að staðsetning þeirra sé óeðlileg, ber frekari rannsókn að fara fram án tafar.

Fistilop á hálsi

Eru leifar frá fósturstigi. Stundum kemur útferð úr fistilopinu. Þarf að fjarlægja með aðgerð.

Tennur**Tennur/tannskemmdir**

Tanntaka hefst um 6-8 mánaða aldur og nýjar tennur bætast smám saman við þar til allar barnatennurnar tuttugu hafa skilað sér við 2½ árs aldur. Skán sem fær að liggja á tönnunum veldur tannskemmdum. *Ef munnhirðu barns er ábótavant, skán hylur tannfirborð, hvítleitur mattur litur er á glerungi (byrjandi tannskemmd – K02.0) eða tannskemmd er sýnileg í tönn/tönnum (K02.1) er mikilvægt að leita skýringa, leiðbeina um tannvernd og vísa foreldri STRAX með barnið til tannlæknis.*

Bráð tannholdsbólga

Bráð munn- og tannholdsbólga með blöðrumyndun í tannholdi, tungu, koki og slímhúð munns fylgir frumsýkingu *Herpes simplex* veirunnar. Börnin eru með hita og mjög kvalin. Yfir 80% eru án einkenna við fyrsta smit. Meðferð felst fyrst og fremst í að næra barnið (gefa nægan vökva, AB-ávaxtamjólk og vatn) og pensla sárin með deyfilyfi (Andolex) eða klórhexidíni. Sárin gróa án ummerkja á 7-10 dögum. Leitið ráða hjá tannlækni eða lækni ef þörf krefur.

Tannáverkar

Áverkar á tönnnum eru algengir, einkum hjá börnum. Mikið blæðir úr sárum í munnslímhúð, en græðslan er einnig hröð og oftast án ummerkja. Algengt er að los komi á tennur, sérstaklega miðframtennur efri góms og einnig getur kvarnast upp úr glerungi eða tönn/tennur brotnað. Mikilvægt er að láta tannlækni meta áverka í munnholi og fylgjast með í nokkurn tíma á eftir.

Ástæður til að senda barn til frekari mats hjá tannlækni eru:

- Munnhirðu barns er mjög ábótavant.
- Hvítleitur, mattur litur er á tannglerungi (K02.0).
- Tannskemmd („hola“) er sýnileg í tönn/tönnum (K02.1)
- Ef brotnar upp úr tönn/tönnum eða þær losna í kjölfar áverka.

Hallinsvíri (torticollis)

Oftast vegna óhagstæðrar legu barnsins í leginu, en stundum vegna blæðingar í sternokleidomastoideusvöðvann í fæðingu. Við þetta verður yfirleitt stytting á vöðvanum. Stundum finnst smá fyrirferðaraukning við þreifingu. Við dæmigerðan torticollis hallar höfuð barnsins að stytta vöðvanum og andlit barnsins snýr í gagnstæða átt. Slík skekkja og stytting í vöðva þarf meðferð sjúkrabjálfa þar sem teygt er varlega á vöðvanum. Í einstaka tilfellum getur skurðaðgerðar verið þörf.

Fyrstu vikurnar er nokkuð algengt að börn leiti með höfuðið meira í aðra áttina, einkum ef það hefur verið lengi skorðað í móðurkviði. Höfuðkúpa svo ungra barna er sveigjanleg og hætta er á að höfuðið aflagist ef barnið liggur alltaf á sömu hlið. Gefa skal foreldrum ráðleggingar um hvernig best er að draga úr þessari tilhneigingu barnsins og afhenda þeim leiðbeiningabækling frá sjúkrabjálfa: *Vegna barna sem skekkja höfuðið til VINSTRI/HÆGRI*. Ef enn ber á skekkju við 3 mánaða aldur og þessi ráð hafa ekki dugað þarf að meta hvort þörf er frekari leiðbeininga eða meðferðar hjá sjúkrabjálfa.

Viðbeinsbrot-plexuskaði

Ekki er óalgengt að barn viðbeinsbrotni í fæðingu og uppgötvast það ekki alltaf á fæðingarstofnun. Við þreifingu finnst fyrirferð í beininu *callus* eftir 1-2 vikur. Þetta er saklaust ef einangrað fyrirbæri, og þarfnast enga meðferð.

Áverki á plexus brachialis, sem verður við tog í fæðingu, getur valdið tónusbreytingu og stundum varanlegri lömun á handleggnum. Stundum aðgerða þörf, ber að vísa til sérfræðings.

Brjóstkassi

Ef aflögun kemur fram á brjóstkassa getur vaknað grunur um beinkröm. Þessi sjúkdómur er afar sjaldgæfur nú á tímum. Sést stundum í sambandi við vannæringu hjá börnum sem eru ættleidd frá löndum þar sem fátækt er mikil, eða hjá börnum sem ekki hafa fengið rétta næringu og AD-vítamín t.d vegna félagslega erfiðleika foreldra. Þetta sést einnig við vanfrásog (*malabsorption*). Preifið eftir fyrirferðaraukningu á mótum rifbeina og brjósks. Við þennan sjúkdóm verða höfuðbein (*craniotables*) mjúk og eftirgefanleg, sem getur þó verið eðlilegt fyrirbæri hjá ungbörnum. Preifið einnig eftir *tvöföldum malleolus*, þ.e. fyrirferðaraukningu ofan við *malleolus medialis*, sem þannig verður eins og tvöfaldur. Auk klínískra einkenna er hægt að greina D-vítamínskort með því að mæla kalsíum (kalk) og fosfat í blóði og taka röntgenmyndir af viðeigandi beinum.

Öndunarfæri

Óþarft er að hlusta lungu í hvert skipti sem barnið kemur til eftirlits ef það hefur engin einkenni frá öndunarfærum en er þó oftast gert samtímis og hjartahlustun.

Hjarta

Við hjartahlustun heyrir nokkuð oft systólískt blásturshljóð með fysiologískum blæ, mjúkt, stutt, af gráðu I-II við neðanverða vinstri bringubeinsbrún. Sé maður viss í sinni sök má bíða átekta.

Sé óhljóðið af óeðlilegri gerð (sterkt, gróft eða lágtíðni) eða með óvenjulegri staðsetningu, hafi barnið einkenni (bláma (*cyanosis*), öndunarerfiðleika, lélega þyngdaraukningu, veikan púls) eða þegar um barn yngra en 6 mánaða er að ræða, ber að sjá til að frekari rannsókn fari fram án tafar. Díastolískt óhljóð er alltaf óeðlilegt. Munið að hlusta eftir systolisku óhljóði í 1-2 millirifjabili vinstra megin, sem heyrir við opinn ductus arteriosus.

Þreifið eftir æðaslætti í nárum hjá öllum börnum á fyrsta aldursári svo og hjá þeim sem hafa hjartaóhljóð.

Foreldra ber að upplýsa um öll óhljóð sem eru skráð í skýrslur ung og smábarnaverndar, jafnvel saklaus blásturshljóð.

Kviður

Ef kviður er þaninn eða óeðlilega fyrirferðamikill, ber að hafa í huga vandamál eins og vannæringu, líffærastækkanir (t.d. nýru, lifur) meðfæddan *megacolon* eða æxli.

Naflakviðslit

Ekki óalgengt, innan naflahringsins. Flest hverfa af sjálfu sér þegar barnið fer að ganga og vöðvarnir í kviðveggnum að styrkjast. Gefið foreldrum ráð í samræmi við þetta. Veldur barninu ekki óþægindum, jafnvel þó það sjáist þegar barnið grætur. Plástur gerir ekkert gagn. Ef barnið er orðið fjögurra ára og hefur naflakviðslit sem er tveir þverfingur eða meira (sjaldgæft) er ástæða til aðgerðar.

Supraumbilical - eða periumbilical kviðslit

Kviðslit utan naflahringsins þarfnast aðgerðar.

Hjá litlum börnum finnst oft veikleiki í miðju rectusslíðrinu og sést þá við grát hvernig frambungun, oft 1-2 cm á breidd, verður í miðlínu. Saklaust og hverfur oftast þegar barnið eldist.

Lifrarkantur

Finnst oft 1 cm neðan hægra rifjabarðs á börnum á fyrstu mánuðunum. Telst eðlilegt, ef kanturinn er mjúkur og jafn og barnið annars einkennalaust. Finnist milta við þreifingu vaknar grunur um sýkingu eða annan sjúkdóm sem orsök og ber að vísa barni áfram til nánari athugunar.

Þreifið kvið ung- og smábarna af gaumgæfni, sérstaklega yfir nýrum. Fyrirferðaraukning þar getur orsakast af Wilms-tumor, *neuroblastoma*, *hydronephrosis* eða *cystunýra*. Vakni grunur um slíkt ber að rannsaka barnið þegar í stað. Athugið að ekki er óalgengt, að eðlileg nýru finnist við þreifingu á kvið ungbarna.

Endaþarmur

Fissura ani

Minniháttar ferskar blæðingar frá endaðarmi eru oftast vegna hægðatregðu og sprungumyndana í endaðarmsopi.

Njálgur

(Sjá umfjöllun í kafla 7.9)

Ytri kynfæri og nárar

Forhúðarþrengsl

Forhúðin er oftast fremur þröng á fyrsta árinu (fysiologískt fyrirbæri), og hjá 90% drengja undir 3 ára aldri er ekki hægt að bretta forhúð upp og ekki ástæða til þess. Varast ber að ráðleggja foreldrum að bretta hana upp, það veldur sársauka og örmyndunum sem getur valdið því að það þurfi að gera aðgerð síðar. Lagast oftast af sjálfu sér fyrir kynþroska. Gagnlegt er að sýna foreldrum að forhúð sé í raun ekki svo þröng með því að toga hana fram og þá opnast hún oftast vel. Ef forhúð þenst út við þvaglát ber að athuga málið nánar, t.d. vísa til barnaskurðlæknis.

Ástæður fyrir aðgerð vegna forhúðarþrengsla eru:

- Endurteknar (tvær eða fleiri) ígerðir (balanítar) eða stöðugur þroti í og undir forhúð samhliða þröngri forhúð.
- Hindrun á þvagrennsli. Það koma þá eingöngu dropar eða forhúðin blæs upp við þvaglát eins og blaðra.

Balanitis

Balanitis er sýking í forhúð, með roða í húð, sviða við þvaglát og e.t.v. gröftur. Best að meðhöndla með heitu baði (láta barnið sitja í barni í dágóða stund) og með saltvatnsskolun, sem framkvæmd er með sprautu án nálar eða að skola með því að nota handsturtu. Ef lagast ekki við skoðanir gefa sýklalyf staðbundið, t.d. augndropa úr túpu með ílöngum stút sem auðvelt er að nota til að sprauta undir forhúð.

Eistu

Finnist eistun ekki í pungnum við þreifingu, getur ástæðan verið kuldi, feimni eða hræðsla og er því rétt að reyna að „mjólka“ þau niður (ekki kaldar hendur!). Heppnist það ekki má biðja foreldra að þreifa í rólegheitum einhverju sinni, þegar drengurinn er í heitu baði.

Hafi eista ekki fundist, þegar drengurinn er 18 mánaða er ástæða til að halda að um retentio testis sé að ræða og aðgerðar því þörf. Aðgerð þarf að gera fyrir 2 ára aldur.

Í þeim tilvikum þegar hvorugt eistað finnst er frekari rannsókna þörf sem fyrst.

Hydrocele testis eða funiculi

Hydrocele, sem lýsist upp með vasaljósi, er algengt hjá nýfæddum drengjum og finnst við endurtekna skoðanir á fyrsta árinu, en fer síðan stöðugt minnkandi. Sjaldan er ástæða til aðgerðar vegna þessa, nema ef hydrocele stækkar eða hefur ekki horfið þegar barnið er ársgamalt. Greinist *hydrocele* síðar er aðgerðar þörf.

Kviðslit í nára

Skurðaðgerðar er þörf. Getur verið til staðar jafnvel þótt ekkert óeðlilegt finnst við skoðun, ef sagan bendir til að um slíkt sé að ræða. Vekjið athygli foreldra á því, að görnin geti klemmst, einkennum sem því fylgja og hvert leita skuli. Sé um að ræða fyrirferðaraukningu í pung, sem ekki lýsist upp með vasaljósi eða bólgið, aumt eista, ber að leggja barnið inn á barnadeild tafarlaust. Verkjalaus fyrirferð er yfirleitt kviðslit og má skoða þetta í rólegheitum.

Verulega stór snípur (klítorishypertrophy) eða mjög pigmentuð ytri kynfæri

Getur bent til *adrenogenital syndroms* og ber þá að rannsaka án tafar.

Mjaðmir

Mjaðmaliðhlaup er mikilvægt að greina sem fyrst. Það greinist ekki í öllum tilvikum á fæðingarstofnun og er því nauðsynlegt, að mjaðmir séu skoðaðar gaumgæfilega allt til 18 mánaða aldurs.

Spyrjið um ættarsögu. Það eitt að horfa á barnið getur vakið grun um liðhlaup í mjöðm (ójafnar fellingar á lærum, mislangir ganglimir, ójafnar hreyfingar, útróteraður ganglimur). Skoðið barnið liggjandi á bakinu. Eðlilegar mjaðmir er yfirleitt hægt að abducera að minnsta kosti 60-70° þegar mjaðmir og hnjáliðir eru í 90° flexion. Best er að hafa þumalfingur innanvert á hnjám barnsins og hina fingurna utanvert á lærinu og abducera í báðum mjöðmum samtímis. Athugið að óstöðugleiki í mjaðmaliðum, sem kemur fram þegar lærleggshausinn hoppar í eða úr lið (*jákvæður Ortholani*), finnst yfirleitt einungis á fyrstu 1-2 mánuðunum en eftir það er hreyfingarhindrun (*abductionshindrun*) mikilvægasta einkenni mjaðmaliðhlaups og yfirleitt alltaf til staðar. Oftast auðvelt að greina þegar um einkenni og hreyfingarhindrun frá einungis öðrum liðnum er að ræða. *Abductionshindrun* báðum megin er erfiðara að meta en segja má að minni abduction en 60° gefi grun um liðhlaup.

Smelli er algengt að finna í eðlilegum mjaðmar- og hnjáliðum.

Abductionshindrun

Um eðlilegar mjaðmir gildir að oftast er hægt að *abducera* í 60-70°, nokkru minna þegar um feit börn er að ræða.

Hreyfingar í öðrum liðum

Parfnast yfirleitt ekki sérstakrar skoðunar, nema í sambandi við frávik í hreyfingum, eða þegar sagan gefur tilefni til.

Hryggur

Skoða með tilliti til hryggskekkju. Hryggskekkja á ungbarnaskeiði er algengari hjá drengjum en stúlkum.

Hjá eldri börnum, horfa á hrygginn þegar barnið stendur beint og einnig þegar það beygir sig fram með fætur saman. Þegar um hryggskekkju er að ræða, kemur fram mislögun (*asymmetri*) á brjóstakassa. Börnum með hryggskekkju ber að vísa til sérfræðings

Lítilsháttar aukning á eðlilegum sveigjum hryggsúlunnar, til dæmis háls-, brjóstkryppa (*kyphosis*) eða *lumbal-lordosis* er eðlileg og varla ástæða til neinnar meðferðar þess vegna. Veruleg skekkja, jafnvel hjá ungbörnum, getur þó vakið grun um vansköpun á hryggjarliðum og er þá ástæða til röntgenrannsóknar. Hártoppur, fituæxli eða fæðingarblettur yfir spjaldhrygg getur verið í tengslum við klofinn hrygg og því ástæða til frekari rannsókna þess vegna.

Ganglimir

Ungbörn eru að öllu jöfnu vægt hjólbeinótt. Eykst oft þegar barn byrjar að ganga og er oftast orðið eðlilegt við 2-3 ára aldur.

Við 3-5 ára aldur eru mörg börn kiðfætt. Bil allt að 5-7 cm milli *malleola* er eðlilegt. Allt að ca 5 cm milli *medial kondyla* femur er eðlilegt hjá börnum sem eru hjólbeinótt. Sé um verulegan mismun á aflögun á hægri og vinstra ganglims er ástæða til áframhaldandi rannsókna og tilvísun á sérfræðing.

Ef einkenni eru um "tvöfaldan malleolus", það er fyrirferðaraukningu ofan við *malleolus medialis*, sem þannig verður eins og tvöfaldur, vaknar grunur um beinkröm. Þá ber að athuga fleiri einkenni svo sem frá brjóstakassa (sjá brjóstakassa) og höfuðbein.

Klumbufótur (pes equinovaroadductus)

Þegar ekki er hægt að rétta í *equino varus* stöðu. Venjulega greint fyrir útskrift af fæðingarstofnun, oft greint með ómskoðun í mæðraskoðun. Algengt er að fætur ungbarna vísi inn á við, iljarnar jafnvel á móti hvor annarri. Sé auðvelt að rétta úr, sem oftast er, er ástandið ekki óeðlilegt og fæturnir réttast af sjálfu sér. Ráðleggja má foreldrum að æfa varlega þegar skipt er á barninu.

Innskeifa

Algengt að tærnar vísi inn á við, þegar börnin byrja að ganga. Af þessu þarf ekki að hafa áhyggjur séu fæturnir mjúkir, jafnlaga og auðvelt að rétta þá. Athugið þó, að hafi barnið tilhneigingu til að detta, getur það stafað af óeðlilegu ástandi mjaðmarliða og því ástæða til frekari rannsókna þess vegna. Sé um mislögun að ræða (annar fóturinn innskeifur) getur það stafað af lömun og því ástæða til nánari athugunar. Sé lögun fótans sjálfs óeðlileg miðlægt, getur verið um metatarsus adductus að ræða og því stöku sinnum ástæða til meðferðar.

Tágangur

Algengt er að börn gangi að mestu á tánum þegar þau eru að læra að ganga. Athugið þá hvort vöðvarnir eru mjúkir (*cerebral paresis með spasticiteti* getur gefið sömu einkenni) og hvort barnið getur staðið í ilina með hæla á gólfi. Geti barnið stigið auðveldlega í hæla og gengið hindrunarlaust með hæla/ilina alla í gólf, þarf ekki að hafa áhyggjur.

Flatfótur (pes plano valgus)

Fætur smábarna eru venjulega mjög mjúkir og hjá smábörnum er fitukoddi í ilinni. Flatfótur samfara valgustilhneigingu er þess vegna algengur hjá börnum yngri en fjögurra ára. Telst ástandið eðlilegt, svo fremi sem þau hreyfa fæturna eðlilega og fóturinn fái eðlilega lögun með holfæti þegar staðið er á tá eða stóratá extenderuð.

Notkun innleggja breytir ekki þróun hins venjulega flatfótar (plattfótar)

Sé um verulega aflögun að ræða er þó ástæða til nánari athugunar.

Eftir fjögurra ára aldur er fóturinn stöðugri. Ekki er ástæða til að meðhöndla plattfót án valgusstöðu. Sé um greinilega valgusstöðu að ræða (hásinin víkur frá lóðlínu yfir 5-10°) eða misvísun á framhluta fótans er frekari athugunar þörf.

Pes calcaneus valgus

Hjá nýfæddum, ristin liggur upp að legg framanvert og á hlið, hæll í valgusstöðu. Lagast af sjálfu sér á nokkrum vikum.

Pes metatarsus adductus

Framanverður fóturinn eða stóratáin veit þá óeðlilega mikið inn á við. Þetta er algengt vandamál og lagast yfirleitt af sjálfu sér fyrir 4-5 ára aldur. Ráðleggja má foreldrum að teygja fótinn út á við (í eðlilega stöðu) nokkurm sinnum á dag. Sé um verulega skekkju að ræða, sem ekki er auðvelt að rétta, er sérstakrar meðferðar þörf.

Í vissum tilvikum getur aflögun á fæti verið fyrsta einkenni taugakerfistrufunar eða vöðvasjúkdóms, sérstaklega ef einkenni eru öðru megin eða vaxandi. Athugið hvort vöðvaspenna (*tonus*) og sinaviðbrögð eru eðlileg, kraftar eðlilegir eða *Babinski* jákvæður.

Vaxtarverkir

Svokallaðir vaxtarverkir hafa óþekkta orsök. Líklegasta skýringin er eymsli og þreyta í vöðvum og stoðkerfi, stundum eftir mikið álag. Nokkuð algengt á aldrinum frá 2-3 ára og fram til um 12 ára aldurs.

Barnið kvartar um verki í ganglimum, oft framan á lærum, í kálfum eða hnésbótum, báðum megin. Einkennin koma oft fram á kvöldin eða barnið vaknar upp að nóttu með verki. Verkirnir linast oft við að nudda eða teygja á vöðvum eða nota heita bakstra. Óþægindin eru yfirleitt gengin yfir að morgni.

Gleymið ekki möguleikanum á beinæxli eða sýkingu í beini, en þá eru einkenni yfirleitt öðrum megin, sagan stutt, verkir oftast viðvarandi og eymsli við þreifingu á ákveðnum stað.

Ítarefni

- Bruce, R.W. (1996). Torsional and angular deformities. *Pediatric Clinics of North America*, 43(4), 867-881.
- Sass, P. og Hassan, G. (2003). Lower extremity abnormalities in children. *American Family Physician*, 68(3), 461-468.
- Scherl, S.A. (2004). Common lower extremity problems in children. *Pediatrics in Review*, 25(2), 52-60.
- Joiner, T.A., Foster, C. og Shope, T. (2000). The many faces of vitamin D deficiency rickets. *Pediatrics in Review*, 21(9), 296-302.

4.2 AUGNSKOÐANIR BARNA

1. **Á fyrstu dögum ævinnar.** Kanna rauðan reflex frá augnbotni. Athuga hvort augu virðast eðlilega sköpuð.
2. **Í ung- og smábarnavernd.** Athuga hvort barnið hafi eðlilegan augnkontakt og fylgi eftir hlutum. Athuga hvort augu séu réttstæð. Athuga rauðan reflex frá augnbotni.
3. **Við 4 ára skoðun.** Gera sjónpróf og kanna samsjón. Purfa að sjá 0,8 (6/7,5) á hvoru auga um sig.
4. **Skólaaldur.** Mælt er með að börn séu sjónprófuð í 1., 4., 7. og 9. bekk. Börn með fulla sjón eiga að sjá 1,0 (6/6) með hvoru auga um sig. Athuga litarskyn hjá 12 ára drengjum. Ráðleggja að börn með lestrarörðugleika leiti að minnsta kosti einu sinni til augnlæknis.

Á fyrstu dögum ævinnar er mikilvægt að skoða hvort eðlilegur rauður reflex sé frá augnbotni. Sjúkdómar eins og ský á augasteini þarfnast meðferðar á fyrstu vikum ævinnar til að barnið eigi möguleika á að þroska sjón. Aðrir mjög sjaldgæfir sjúkdómar, eins og t.d. *retinoblastom*, geta einnig valdið óeðlilegum rauðum reflex. Athuga þarf einnig í þessari fyrstu skoðun hvort augun virðist eðlilega sköpuð, til dæmis hvort þau virðist jafn stór, hvort hornhimnur séu tærar og speglandi og hvort sjáöldur séu kringlótt.

Á næstu vikum og mánuðum þarf að fylgjast með því hvernig sjónin þroskast. Tveggja mánaða eru flest börn farin að veita umhverfi sínu athygli og sum mun fyrr, horfa á andlit manns, svara brosi og fylgja eftir hlutum. Senda þarf börn til augnlæknis ef þau eru ekki enn farin að gefa augnsamband þegar þessum aldri er náð. Léleg augnfesta (*fixation*), óstöðugleiki á augum og augntin (*nystagmus*) eru merki um vanþroska sjón. Um tveggja til þriggja mánaða eru börn einnig farin að hafa nokkuð gott vald á augnhreyfingum en fram að því geta þau stundum virst dálítið rangeygð án þess að það þurfi að vera óeðlilegt. Rangeygð er stundum mjög áberandi og fer þá ekkert á milli mála en þegar um litlar skekkjur er að ræða getur verið erfitt að átta sig á þeim. Gott getur verið að beina litlu vasaljósi að augum í ½ - 1 m fjarlægð fjarlægð þannig að barnið horfi á ljósið. Má þá sjá hvort ljósið fellur miðlægt á báðar hornhimnur eða ljósop. Það er merki um að augu séu réttstæð. Nauðsynlegt er að senda barn til augnlæknis ef grunur er um að augu séu ekki réttstæð.

Við 4 ára aldur þarf að gera nákvæmt sjónpróf. Mikla áherslu þarf að leggja á þessa skoðun því mikilvægt er að finna þau börn í tíma sem þarfnast meðferðar til að þau eigi þess kost að þroska góða sjón. Ef eitthvað kemur í veg fyrir að barnið þroski eðlilega sjón, eins og til dæmis miklir sjónlagsgallar eða rangeygð er mikilvægt að grípa til meðferðar á þessum aldri svo ekki hljótist af varanleg skerðing á sjón. Leggið því mikla áherslu á þetta sjónpróf

og sendið öll vafaatriði til augnlæknis. Hvort auga er prófað fyrir sig og mikilvægt er að líma vel fyrir það auga sem ekki er verið að prófa, til dæmis með hvítum pappírplástri 5 cm breiðum, síður sjóræningjalepp þar sem mörg dæmi eru um að börn hafi getað horft framhjá honum.

Til eru nokkrar gerðir af sjónprófunartöflum sem notaðar eru og dálítið mismunandi skali er á þeim, til dæmis tugabrot eins og 0,65, 0,8 o.s.frv. eða almennbrot eins og 6/9, 6/7,5 o.s.frv. Við 4 ára skoðun þarf barnið að sjá 0,8 (6/7,5) á hvoru auga um sig. Ef barnið nær ekki þessarri sjón eða ef munar meira en einni línu á sjón hægra og vinstra auga þarf að senda barnið til augnlæknis.

LH tafla er mjög hentug fyrir ung börn. Hún er byggð upp af fjórum mismunandi táknum: hring, feringi, húsi og hjartalaga tákni. Fyrst þarf að fara yfir með þeim hvað þau vilja kalla táknin. Sum kalla þetta til dæmis bolta, kassa, hús og epli o.s.frv. Prófað er í 3 metra fjarlægð. Algengt er, þegar þau eiga orðið erfitt með að greina táknin, að þeim finnist þau öll líta út eins og hringir (boltar).

HVOT tafla er einnig mikið notuð en hún samanstendur af þessum fjórum bókstöfum. Flestar HVOT-töflur eru gerðar fyrir 3 metra fjarlægð en til eru töflur fyrir 4 metra. Standa ætti á töflunum fyrir hvaða fjarlægð þær eru gerðar. Mikilvægt er að prófað sé úr þeirri fjarlægð sem taflan er gerð fyrir. Prófið byggir á pörum bókstafa og situr barnið með spjald á borði eða hnám fyrir framan sig.

HVOT sjónpróf

4 ára börn eiga að sjá 0,8 (6/7,5) með hvoru auga um sig

Ýmsar fleiri sjónprófunartöflur eru til. Aðalatriðið er að notuð sé sjónprófunartafla sem hæfir þroska barnsins og að hún sé staðsett í réttri fjarlægð.

Við 4 ára skoðun er einnig kannað hvort eðlileg **samsjón** sé til staðar. Það segir okkur hvort augun vinni saman. Ef samsjón er ekki til staðar eru verulegar líkur á að eitthvað sé að, til dæmis rangeygð eða letiauga. Hægt er að kanna samsjón á einfaldan hátt, til dæmis með **Titmus þrívíddarprófi**. Maður biður börnin að taka í vænginn á flugunni og benda á dýrin og hringina sem koma upp úr bókinni. Þau verða að hafa á sér sérstök gleraugu sem fylgja með prófinu. Annað próf, sem er mjög einfalt í notkun, er svo kallað **Lang-stereotest** en það er plata sem prófandinn heldur á og eiga börnin þá að sjá þrjár myndir sem virðast koma út úr plötunni. Þetta próf er mjög þægilegt að því leyti að ekki þarf að setja á barnið sérstök gleraugu. Senda þarf öll börn til augnlæknis sem ekki hafa eðlilega samsjón.

Hvað grunnskólabörn varðar er mælt með að gera sjónpróf í 1., 4., 7. og 9. bekk. Á skólaaldri fjölga þeim börnum sem eru nærsýn og þurfa gleraugu til að sjá vel á töfluna. Börn með gleraugu á að prófa með gleraugu á sér. Prófa

þarf hvort auga um sig og gæta þess að vel sé límt fyrir það auga sem ekki er verið að prófa. Börn með fulla sjón sjá 1,0 (6/6) með hvoru auga um sig.

Gera þarf litarskynspróf hjá 12 ára drengjum. Litblinda er nokkuð algeng meðal drengja. Ætla má að allt að 8% þeirra séu litblindir. Hún er hins vegar ákaflega sjaldgæf hjá stúlkum. Ekki þarf að senda barn til augnlæknis vegna litblindu en vitneskjan er mikilvæg fyrir viðkomandi með tilliti til starfsvals síðar á ævinni.

Rétt er að ráðleggja foreldrum þeirra barna sem eiga við lestrarvanda að etja að leita með þau til augnlæknis að minnsta kosti einu sinni. Til eru mörg dæmi þess að hluta vandans sé að rekja til sjónlagsgalla, sem hægt hefði verið að leiðrétta með viðeigandi gleraugum og því rétt að útiloka slíkt, þar sem um svo mikilvægt atriði er að ræða eins og að ná tökum á lestri.

4.3 HEYRN OG HEYRNARMÆLINGAR

Inngangur

Á hverju ári fæðast á Íslandi 6-10 heyrnarskert börn. Ef þessi börn fá rétta meðhöndlun skömmu eftir fæðingu, t.d. með viðeigandi heyrnartækjum eða hugsanlega kuðungsígræðslu í tilviki heyrnarleysis, geta þau flest öðlast það góða heyrn að þau eigi möguleika á góðum málþroska í framtíðinni. Ef börnin hins vegar greinast og/eða fá úrræði seint, getur heyrnarskerðingin leitt til þess að börnin glími við verulegan vanda fram eftir aldri, ekki síst í málnotkun í töluðu máli eða táknmáli.

Góð heyrn er mikilvæg fyrir þroska barna, ekki síst málþroska þeirra. Með heyrninni skynja þau blæbrigði talaðs máls, læra málið og notkun þess. Börn nema einnig ýmiss konar hljóð sem hjálpa þeim að kynnast umhverfinu. Heyrnin er ekki eingöngu skynfæri heldur einn þeirra þátta sem móta barnið, persónuleika þess og atferli.

Á fyrsta aldursári er heyrnin mjög mikilvæg til að safna upplýsingum sem síðan verða undirstaða málþroska. Heyrnin er notuð til að hafa samskipti við annað fólk en samskipti eru undirstaða félagsþroska. Heyrnin hjálpar einnig til að staðsetja sig í rými.

Það er mjög erfitt að skynja eða geta sér til um hvort lítið barn sé með skerta heyrn. Þess vegna greinist heyrnarskerðing hjá börnum oft seint. Greiningaraldur á heyrnarskerðingu á Íslandi var á árunum 2002-2006 mjög hár, eða við 5-6 ára aldur vegna heyrnarskerðingar, og við 18-20 mánaða þegar um heyrnarleysi var að ræða.

Mikilvægt er að allir sem koma að heilsuvernd og umönnun barna séu vakandi fyrir einkennum heyrnarskerðingar.

Heyrnarskerðing getur verið **meðfædd** eða **áunnin** og komið fram á hvaða aldri sem er. Það á alltaf að taka grun um skerta heyrn alvarlega. Það er betra að heyrnarmæla fleiri börn en færri.

Athugið! *Hjá þeim börnum sem ekki hafa farið í nýburaskimun á heyrn er afar mikilvægt að hlusta eftir áhyggjum foreldra og skoða vel niðurstöður PEDS og BRIGANCE þroskamats í 2½ árs og 4 ára skoðunum, m.t.t. þátta sem geta gefið til kynna heyrnaskerðingu.*

Markhópar

< 3 mánaða börn

Heyrnar- og talmeinastöð Íslands (HTÍ) hefur yfirumsjón með heyrnarmælingum á nýburum. Stefnt er að því að öll börn sem fæðast á Íslandi verði heyrnarmæld í svokallaðri 5 daga skoðun eða í síðasta lagi við 3 mánaða aldur af sérfræðingi HTÍ. Nú er heyrnarmælt á Landspítala alla virka daga og geta allir foreldra nýfæddra barna komið þangað í mælingu. Tvisvar

á ári er farið á Kragasjúkrahúsin (Akranes, Keflavík, Selfoss) og þau börn mæld sem ekki hafa skilað sér í heyrnarmælingu á HTÍ. Einnig er mælt á heilsugæslustöðinni á Akureyri í hverri viku. Einu sinni á ári er farið á Ísafjörð, á Egilsstaði og Eskifjörð. Foreldrar barna sem fædd eru á Austurlandi eða Vestfjörðum geta valið hvort þau fara á Landspítala eða Akureyri með barnið sitt í nýburamælingu. HTÍ heldur utan um allar mælingar og fylgist með því hvort börn skili sér í heyrnarmælingu. Afrit af heyrnarmælingu er send á heilsugæslustöð barnsins þannig að unnt verður að fylgjast með hvort barnið hafi verið heyrnarmælt. Mikilvægt er að fram komi í heilsufarsskrá barnsins hvort að heyrnarmæling hafi verið framkvæmd og hvort barnið hafi staðist skimun á heyrn. Ef fram kemur að barnið hafi ekki staðist skimunarprófið eða efasemdir eru varðandi niðurstöður skal hafa samband við HTÍ, spyrjast fyrir um niðurstöður og/eða vísa barninu þangað.

3 mánaða til 5 ára börn

Við 6 mánaða aldur fara heyrandi börn að auka hjal, hrynjandinn verður meiri í röddinni og þau reyna að herma eftir hljóðum. Hjá börnum sem eru mikið heyrnarskert fer að draga úr hjali á þessum tíma og rödd þeirra verður smámsaman eintóna (*monoton*). Mikið heyrnarskert börn nota augun til að fylgjast með því sem gerist í umhverfinu

Mikilvægt er að spyrja foreldra í öllum skoðunum í ung- og smábarnavernd hvort þau gruni að barnið hafi skerta heyrn.

Engin formleg heyrnarmæling er gerð á aldrinum 3 mánaða til 5 ára en leita skal að þáttum sem bent gætu til heyrnarskerðingar t.d.:

- Barn fylgist ekki með hljóðum og /eða málörðugleikar hverskyns tal- og/eða málörðugleikar
- Skert athygli
- Annað sem vakið getur grun um skerta heyrn.

Hægt er að afla upplýsinga um fyrrgreinda þætti með viðtali við foreldra, aðra ummönnunaraðila eða í samtali við barnið. Ef **grunur (t.d. hjá foreldrum) leikur á að um heyrnarskerðingu sé að ræða, á þessum aldri, skal vísa barni beint til HTÍ.**

Eyrnaskoðanir og hljóðholismælingar

Á þessum aldri er mikilvægt að skoða eyru barna með eyrnaspegli (*otoscope*) og síðan, ef tilefni er til, að gera hljóðholismælingar. Hljóðholismælingar gefa upplýsingar um miðeyrnaþrýsting og hvort að vökvi geti verið í miðeyra. Hljóðholismæling er **ekki** heyrnarmæling. Ef barn er með miðeyrnavökva skal skoða barnið aftur eftir u.þ.b. 3 mánuði, ef vökvi er enn til staðar er rétt að vísa barni til háls-, nef- og eyrnalæknis.

Athugið! Börn með rör í hljóðhimnu hafa flata kúrfu á hljóðholismælingu en rúmmál mælist hærra en ef um flata kúrfu vegna vökva er að ræða. Mælingin gefur litlar upplýsingar ef rör eru opin.

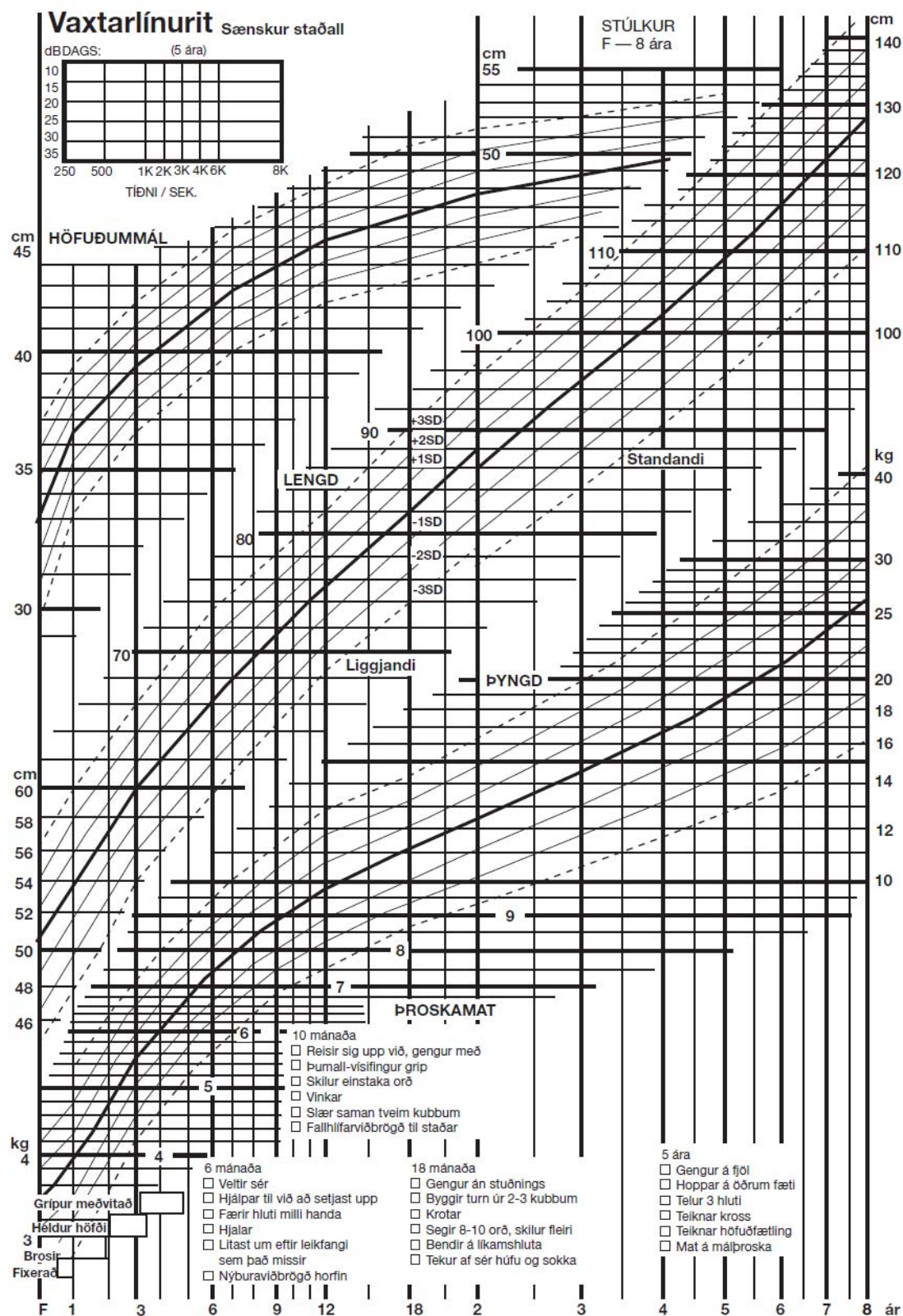
4.4 MUNNSKOÐANIR BARNNA

Kaflinn er í endurskoðun.

Neyðarvakt tannlækna - símsvari: 575 05 05

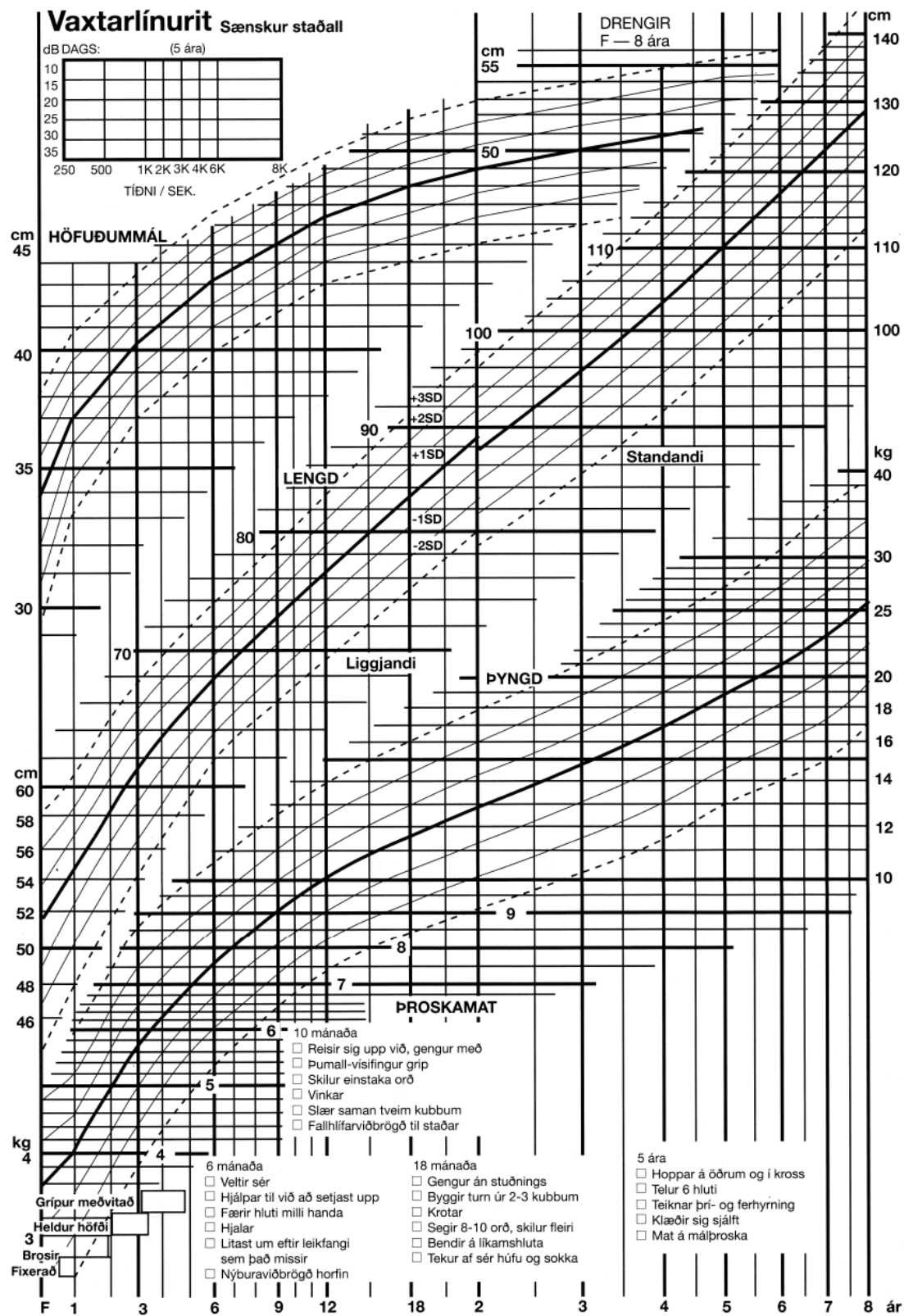
www.tannsi.is/neydarvakt-tfi/

4.5 VAXTARLÍNURIT STÚLKUR



Sænskur staðall sem gefinn var út af Socialstyrelsen 1983.

4.6 VAXTARLÍNURIT DRENGIR



Sænskur staðall sem gefinn var út af Socialstyrelsen 1983.

Fimmti kafli

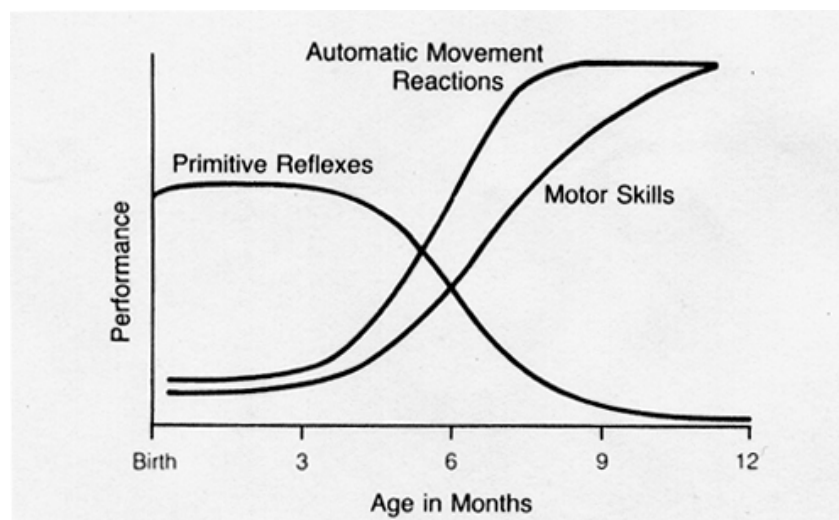
5 Þroski barna

5.1 PROSKI BARNS OG HELSTU PROSKAFRÁVIK

Við fæðingu eru börn harla ósjálfbjarga og viðkvæm. Það er kraftaverki líkast hvað þau þyngjast, stækka og þroskast hratt og mikið fyrstu mánuðina og árin. Langoftast fylgir þroski barna ákveðnu ferli en eitt mikilvægasta hlutverk ung- og smábarnaverndar er einmitt að fylgjast með vexti og þroska barna. Við mat á þroska er mikilvægt að skoða líkamleg einkenni barnsins, s.s. vöxt, sjón og heyrn, samhliða mati á alhliða þroska þess og hegðun. Einnig þarf að taka mið af almennu heilsufari barnsins og félagslegum aðstæðum þess. Nauðsynlegt er að hafa yfirlit yfir þroskaáfangana til viðmiðunar. Í kafla um 2.3 *Þroskamat 0-18 mánaða* hafa verið skráðir þroskaáfangar eftir aldri á fjórum mismunandi þroskasviðum, þ.e. gróf- og fínhyfingum, málþroska og samskiptum og leik.

Hreyfiþroski

Hreyfifærni barna eykst hratt á fyrsta árinu. Nýburaviðbrögðin (*primitive reflexes*), svo sem Moro viðbragðið og toniska hnakkaviðbragðið, einkenna hreyfingar barna fyrstu mánuðina. Með tímanum dregur úr þeim og telst það óeðlilegt ef þessi viðbrögð eru ríkjandi hreyfimyntur barnsins eftir sex mánaða aldur (sjá mynd). Þá þarf að athuga barnið nánar með tilliti til heilalömunar (CP) eða annarra sjúkdóma í hreyfikerfinu. Varnarviðbrögð (*automatic movement reactions*) fylgja í kjölfar nýburaviðbragðanna, þá t.d. styður barnið niður höndum til að verja sig falli í sitjandi stöðu eða ber fyrir sig hendur ef það er látið síga niður úr fangi (fallhlífarviðbragð). Varnarviðbrögðin eru nauðsynlegur undanfari viljastýrðra hreyfinga (*motor skills*) barnsins, þ.e. barn sem ekki er með eðlileg varnar- og jafnvægisviðbrögð á t.d. erfitt með að halda jafnvægi í sitjandi stöðu eða ganga. Ef barn sýnir ekki varnaviðbrögð við 6-8 mánaða aldur þarf að athuga það með tilliti til sjúkdóms í hreyfikerfinu.



Úr bókinni *Children with disabilities*, ritstjóri Mark L. Batshaw, 5. útgáfa 2002, 23. kafli um *Cerebral Palsy* ritaður af Louis Pellegrino, blaðsíða 450.

Við allt mat á hreyfingum er mikilvægt að fylgjast með hreyfingum barnsins við frjálsar aðstæður. Eru hreyfingarnar samhverfar og jafnar eða hreyfir barnið sig lítið og virkar óeðlilega slappt eða stíft? Ýmsir sjúkdómar í heila, taugum, vöðvum og stoðkerfinu öllu geta komið fram snemma í bernsku og lýst sér sem seinkun eða frávik í hreyfiþroska. Oft lýsa þeir sér þannig að barnið tekur hægun framförum í hreyfiþroska en sjaldnar er um hrörnunarsjúkdóma að ræða þar sem barnið missir niður þá færni sem það hafði náð.

Heilalömun eða CP (cerebral palsy) er algengasta tegund hreyfihömlunar meðal barna. Orsökina má rekja til truflunar á starfsemi stjórnstöðva hreyfinga í heila. Áfallið á miðtaugakerfið verður yfirleitt á fósturskeiði en getur orðið í fæðingunni sjálfri eða á þroskaárum barnsins. Um helmingur barna með CP hefur fæðst fyrir tímann. Sjaldnast er skaðinn á heilann það afmarkaður að einungis verði röskun á hreyfingum heldur koma oft fram einkenni á öðrum þroskasviðum. Þess vegna er mikilvægt að leggja mat á aðra þætti þroskans vakni grunur um CP hjá barni. Fyrstu mánuðina geta börn með CP verið slöpp í líkamanum og haft lága vöðvaspennu en seinna eru stífir vöðvar og spastísk einkenni oftast yfirgnæfandi.

Hér fylgir listi yfir ákveðin einkenni í hreyfiþroskanum sem taka verður alvarlega og skoða barnið nánar ef þau koma fram:

- Barn er farið að velta sér á milli hliða fyrir 3 mánaða aldur
- Barn stendur en sest ekki upp þegar það er togað upp úr baklegu
- Krepptir lófar við 3 mánaða aldur
- Barn heldur ekki vel höfði við 5 mánaða aldur
- Nýburaviðbrögðin eru ríkjandi hreyfimynstur barnsins eftir 6 mánaða aldur
- Varnarviðbrögðin ekki komin fram við 6-8 mánaða aldur
- Önnur höndin er orðin ríkjandi við 18 mánaða aldur
- Viðvarandi táfótarstaða eftir að barnið er farið að ganga

Sýni barnið eitthvert þessara einkenna þarf að vísa því áfram til sérfræðings sem metur stöðuna og ákveður hvaða rannsóknir er nauðsynlegt að gera.

Málproski

Þroskaáfangar málþroskans eru ekki jafn sýnilegir og hinir ýmsu áfangar hreyfiþroskans og því getur verið erfiðara að meta nákvæma stöðu og frávik. Í töflum I og II koma fram mikilvægir áfangar málþroskans eftir aldri. Málskilningur eykst hratt á fyrsta árinu og hljóðamyndunin þróast frá því að vera einföld sérhljóð yfir í hjal, babl og tal en við 18 mánaða aldur eru flest

börn farin að nota nokkur stök orð. Orðaforði vex hratt á seinni hluta annars ársins og síðan fer að reyna á félagslega notkun málsins, þekkingu og skilning t.d. á afstöðu- og fjöldahugtökum.

Málþroskinn er talinn vera besti staki mælikvarðinn á vitsmunþroska barnsins. Eitt helsta einkenni ýmissa fatlana meðal barna, svo sem *þroskahömlunar, einhverfu og heyrnarskerðingar*, er seinkun í málþroska eða óeðlilegur málþroski að öðru leyti. Mikilvægt er því fyrir alla þá sem koma að ung- og smábarnavernd að þekkja helstu áfangana í eðlilegum málþroska og vita hvenær þörf er á frekari athugun hjá sérfræðingum. Barn sem er með marktæka seinkun í málþroska við 5 ára aldur er hætt við að eiga erfitt með lestur og annað nám á grunnskólaárum og það er einnig í áhættu fyrir að eiga í erfiðleikum vegna hegðunar- eða tilfinningavanda seinna meir.

**Helstu mismunagreiningar sem hafa verður
í huga þegar barn er seint til máls eru:**

- Málþroskaröskun, ef barnið þroskast eðlilega að öðru leyti
- Heyrnarskerðing
- Þroskahömlun
- Einhverfa
- Vanörvun
- Kjörþögli (mismunagreining hjá eldri börnum)

Brýnt er að kanna heyrn þessara barna sem allra fyrst og í framhaldi af því að fá nákvæmari málþroskagreiningu með meðfylgjandi ráðgjöf til foreldra. Börn með sértækar málþroskaraskanir ættu að fangast með BRIGANCE þroskaskimun. Eins er líklegt að foreldrar greini frá áhyggjum af máli og tali barna sinna á PEDS *Matsblaði foreldra*. Í báðum tilvikum ætti börnum með slaka útkomu að vera vísað á Heyrnar- og talmeinastöð Íslands í heyrnarmælingu og frekara málþroskamat. Nánar er fjallað um málþroska í kafla 5.2 um dæmigerða máltöku barna og sértæka málþroskaröskun.

Félagsþroski, samskipti og leikur

Félagsþroskinn er nátengdur málþroskanum og þróast hratt á fyrstu árunum. Fyrstu áfangarnir eru einfaldlega stutt augnsamband, bros og einfaldir hermíleikir sem síðar þróast yfir í flóknari samskipti og leik. Á sama hátt og erfitt getur verið að meta frávík frá eðlilegu ferli málþroskans er mat á félagsþroska og samskiptum flókið og byggir oft mikið til á upplýsingum frá foreldrum og leikskóla. Ef málþroski barnsins er seinn má búast við erfiðleikum í samskiptum, hegðun og leik. Börn með *þroskaraskanir á einhverfurófi* sýna afgerandi frávík á þessum þáttum, þau vantar oft þennan náttúrulega áhuga á jafnöldrum, samleik og innsýn í líðan annarra. Börn með seinan málþroska af öðrum ástæðum sýna meiri áhuga á félagslegum

samskiptum og leik. Þau hafa ánægju af því að vera innan um önnur börn og nýta allar leiðir til tjáningar s.s. bendingar og einföld ták.

Vitsmunaproski

Vitsmuna- eða greindarproskinn er samsettur úr öllum ofangreindum þáttum. Málproskinn vegur þar sennilega þyngst en einnig kemur til útsjónasemi við lausn sjónrænna og verklegra verkefna. Þrír eiginleikar barnsins ráða mestu um vitsmunaproskann, þ.e. athygli og eftirtekt, hvernig barnið vinnur úr upplýsingum og minni þess, bæði hæfileiki barnsins til að byggja upp minni og einnig hæfileikinn til að kalla fram úr minni þætti sem það hefur lært áður. Eðlileg framvinda vitsmunaproskans einkennist síðan af auknum skilningi, dómgreind og færni til að greina að rétt og rangt.

Í *Þroskamati 0-18 mánaða* má sjá áfanga í vitsmunaproskanum sem auðvelt er að prófa í heimsóknnum tengdum ung- og smábarnavernd. Lagt er til að notuð séu einföld leikföng, t.d. kubbar, skýrar myndir, púsluspil og þegar barnið eldist er hægt að athuga færni þess við að meðhöndla skriffæri, teikna og draga til stafs. Ef seinkun í þessum þroskaáföngum er útbreidd og umtalsverð getur barnið verið með alvarlegan seinþroska eða *þroskahömlun*. Þá þarf að vísa barninu til sérfræðings eða sérfræðiteymis þar sem lögð eru fyrir stöðluð þroskapróf. Ef frammistaða barns á slíku prófi er meira en tveimur staðalfrávikum neðan meðaltals og frávik í aðlögunarfærni og félagsþroska eru einnig mikil vaknar grunur um þroskahömlun. Sem betur fer er seinþroskinn oftast vægari og bundinn við þrengra svið þroskans, t.d. er seinkun á einhverjum þáttum málþroskans ekki óalgengt vandamál og er í raun algengasta þroskafrávik barna á forskólaárum. Allt að 5-10% fimm ára barna eru með markverða seinkun í málþroska sem getur haft veruleg áhrif á framvindu náms hjá þeim á grunnskólaárum sem og hegðun þeirra og tilfinningaþroska.

Hafa þarf í huga að foreldrar og aðrir forsjáraðilar barnsins þekkja þroska þess og færni manna best. Hlusta þarf náið á lýsingar þeirra á færni barnsins og taka mark á áhyggjum þeirra um framvindu þroskans. Það er þó sjaldgæft að foreldrar nefni beint t.d. grun um þroskahömlun eða einhverfu heldur eru kvartanirnar almennari. Oft er lýst almennri seinkun eða erfiðleikum við mál, aðra tjáningu, leik eða samskipti. Sjaldan koma slíkar áhyggjur fram fyrr en barnið hefur náð 18 til 24 mánaða aldri. Þroskahömlun er oft greind við 3-4 ára aldur en almennt gildir að þeim mun fyrr sem seinþroskinn kemur fram þeim mun meiri líkur eru á alvarlegri fötlun. Væg þroskahömlun, þar sem greindarvísitala mælist á milli 50 og 70, er miklu algengari en alvarlegri þroskahömlun (greindarvísitala neðan við 50) og greinist oft ekki fyrr en seint á forskólaárum eða eftir að barnið er komið í grunnskóla.

Gagnlegar heimasíður og ítarefni

www.med.umich.edu/1Libr/yourchild/devmile.htm

www.nlm.nih.gov/medlineplus/childdevelopment.html

www.who.int/topics/child_development/en/

Cioni, G. og Mercuri, E. (2008). *Neurological assessment in the first two years of life*. New Oxford: Wiley-Blackwell.

Johnson, C.P. og Blasco, P.A. (1997). Infant growth and development. *Pediatrics in Review*, 18, 224-242.

Solveig Sigurðardóttir barnalæknir

5.2 DÆMIGERÐ MÁLTAKA BARNNA

Málproski er stór hluti af almennum þroska hvers barns. Fram að þeim tíma er barnið segir sín fyrstu orð er það upptekið við að greina milli hljóða og orða sem það heyrir í umhverfinu. Smám saman eflist hlustunin og málskilningurinn og loks kemur að því að barnið segir sitt fyrsta merkingarbæra orð. Mjög mikilvægt er að foreldrar og heilsugæslufólk sé meðvitað um þátt hlustunar og málskilnings. Ef barnið nær ekki að taka á móti áreitum - heyra þau ekki eða veita þeim ekki athygli - þá eru sterkar líkur á að tjáningin verði lítilfjörleg. Vert er að hlusta vel eftir athugasemdum foreldra sem hafa áhyggjur af slökum skilningi eða slakri athygli barns síns við 18 mánaða skoðun. Eftir 18 mánaða aldurinn heldur barnið að sjálfsögðu áfram að bæta við málskilninginn en þá eykst tjáningin tiltölulega hratt. Misjafnt er hversu börn eru fljót til máls en þau byrja vanalega að tjá sig með orðum á bilinu 12-18 mánaða og tengja saman tvö orð í setningu um tveggja ára aldurinn.

Tveggja og hálfs árs gömul börn

Tveggja og hálfs árs gömul börn ættu að geta tjáð sig með a.m.k. þremur - fjórum orðum í setningu. Þau ættu að hafa a.m.k. 100 orð í orðaforða sínum en algengt er að þau hafi um 300-400 orð (samkvæmt upplýsingum úr *Orðaskilum*; Elín Pöll Þórðardóttir, 1998). Þau biðja um hluti með spurningu, t.d. *Bíllinn minn?* eða *Hvar húfan mín?* Á þessum aldri eru börn farin að nota persónufornöfnin *ég, hann og hún*. Þau þekkja og tala um ýmis lýsandi hugtök á borð við *heitt, kalt, lítið og stórt* og nota forsetningar eða orð um staðsetningu eins og *frammi, í, á, upp, niður, inn og út*. Þau nota stundum þátíð veikra sagna, t.d. *hoppaði*. Jafnframt nota börn á þessum aldri fleirtölu orða eins og *bílar* og *dúkkur* og ákveðinn greini, t.d. *stelpa* og *húsið*. Flest kunna þau skil á helstu grunnlitum á þessum aldri eins og *gulur* og *rauður*.

Fjögurra ára börn

Fjögurra ára börn skilja tiltölulega flóknar spurningar og nota setningar sem innihalda nákvæmar upplýsingar, t.d. *Litla dúkkan á að sofa í rauða rúminu en stóra dúkkan á að sofa í bláa rúminu*. Orðaforði hefur aukist til mikilla muna. Þau nota nú í auknum mæli sterkar beygingar sagna eins og *sá* og *las* og geta útskýrt orð þegar spurt er spurninga eins og *Hvað er handklæði?* eða *Hvað er epli?* Börn á þessum aldri svara *hvers vegna* spurningum og setningar lengjast og verða málfræðilega flóknari.

Þróun málhljóða hjá börnum (framburður)

Framburður fyrstu orðanna er einfaldur og hljóðin sem börn ná tökum á einna fyrst eru **m, b, n, d** og einföld sérhljóð (einhljóð), t.d. **a, í, ú**, o.s.frv. Algeng fyrstu orð barns eru *mamma, babba/babbi* og *datt*. Smám saman ná börnin tökum á flóknari samsetningu hljóða, framburður tals verður skýrari og hann fer að líkjast því sem heyrir hjá fullorðnum.

Tveggja og hálf árs gömul börn

Tveggja og hálf árs gömul börn ráða við flest málhljóð íslenskunnar en eiga e.t.v. enn í erfiðleikum með fráblástur lokhljóða (**p**, **t** og **k**) og segja þá t.d. *goddi* í stað *koddi*. Þau eiga það til að sleppa samhljóði fremst í orði þótt þau geti myndað sama hljóð í miðju eða aftast í orði. Önghljóðin (t.d. **f**, **þ** og **s**) eru enn svolítið á reiki og börn á þessum aldri hafa fæst náð tókum á **r**. Þá eru samhljóðasambönd vanalega einfölduð og segja þau gjarnan *dehpa* í stað *stelpa* og *dákur*, eða jafnvel *gáku*, í stað *strákur* og *elda* verður *enda*. Gera má ráð fyrir að nánustu aðstandendur skilji að mestu tal barnsins.

Fjögurra ára gömul hafa börn

Fjögurra ára gömul hafa börn tileinkað sér langflest málhljóðanna en eiga e.t.v. enn í erfiðleikum með sum samhljóðasambönd (t.d. verður *blaðra* oft að *blarða*, *fiðrildi* að *firrildi* og *kartafla* verður *karpatla*). Á þessum aldri eru sum börn enn að basla við að ná **r**, **s**, **þ** og önghljóðsforminu af **g** (eins og það birtist í orðunum *fluga* og *auga*). Auk þess er ekki hægt að búast við að fjögurra ára börn ráði við **hn**-hljóðið í orðum eins og *hnífur* og *hneppa*. Framburður í samfelldu tali er orðið vel skiljanlegt ókunnugum viðmælendum.

Mál- og talerfiðleikar barna á forskólaaldri geta verið af ýmsum toga. Algengustu frávikin eru málþroskaröskun, framburðarfrávik, stam og raddveilur (sjá nánar á www.hti.is)

Sértæk málþroskaröskun

Fyrir flest okkar er tungumálið spennandi og ánægjulegur lífsförunautur alveg frá því að við myndum hikandi fyrstu orðin og til þess að við sýnum meistarataka í notkun mjög flókinna setninga í fullorðinslegri notkun þess síðar. Þótt flest börn ná eðlilegum tókum á málinu má reikna með að nokkur hópur barna eigi í einhverjum erfiðleikum með að fylgja jafnöldrum sínum í máltökunni. Hversu stór sá hópur er eru fræðimenn ekki alveg sammála enda geta viðmiðin verið nokkuð ólík. Í rannsókn sem gerð var í Bandaríkjunum og iðulega er vitnað til er áætlað að 7,4% 5 ára barna líði fyrir að hafa sértæk málþroskafrávik. Sértæk málþroskaröskun (SM) felur í sér að barn er með dæmigerðan eða nokkuð dæmigerðan almennan þroska (t.d. ekkert amar að heyrn, verkleg eða óyrt greind er eðlileg og hreyfiþroski dæmigerður miðað við jafnaldra) en það á einungis í erfiðleikum með málþroskann. Helstu einkenni eru þau að börn með SM tjá sig að jafnaði með styttri og einfaldari setningum, orðaforðinn er fátæglegri og málfræðipekking af skornum skammti. Börn með SM eiga oft í vandræðum með að skilja langar og málfræðilega flóknar setningar. Sum þessara barna eiga einnig í erfiðleikum með framburð og tal en það er þó ekki einhlítt. Algengt er að börn með SM eigi í erfiðleikum með að læra að lesa. Talmeinafræðingar greina sértæka málþroskaröskun hjá börnum.

*Þóra Másdóttir talmeinafræðingur og Friðrik Rúnar Guðmundsson
talmeinafræðingur*

Heimildir og ítarefni

Indriði Gíslason, Sigurður Konráðsson og Benedikt Jóhannesson (1986). *Framburður og myndun fleirtölu hjá 200 íslenskum börnum við fjöggra og sex ára aldur*. Rit Kennaraháskóla Íslands.

Friðrik Rúnar Guðmundsson o.fl. *Málproski barna*. Bæklingur Heyrnar- og talmeinastöðvar Íslands.

Sigríður Magnúsdóttir og Ester Sighvatsdóttir (2004). Málproskaraskanir í málfræðilegu samhengi – skilgreiningar og viðmið. *Talfræðingurinn*, 18(1), 16-18.

Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E., og O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40, 1245–1260.

Thordardottir, E. T. og Weismer, S. E. (1998). Mean length of utterance and other language sample measures in early Icelandic. *First language*, 18, 1-32.

Póra Másdóttir (2008). *Phonological development and disorders in Icelandic-speaking children*. Óbirt doktorsritgerð. Newcastle University, Bretlandi.

Póra Sæunn Úlfisdóttir (2004). Sérækar málproskaraskanir barna á skólaaldri. *Talfræðingurinn*, 18(1), 22-23.

Nánari upplýsingar um tal- og málproska barna má finna á heimasíðu Heyrnar- og talmeinastöðvar Íslands: www.hti.is

5.3 EINHVERFA OG RASKANIR Á EINHVERFURÓFI

Skilgreining

Einhverfa er röskun í taugaproska sem kemur yfirleitt fram snemma í barnæsku. Hún er skilgreind á sama hátt í flokkunarkerfunum ICD-10 (World Health Organization, 1993) og DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Einkenni birtast í hegðun og koma fram á þremur sviðum: a) í félagslegu samspili b) í tjáskiptum og c) í sérkennilegri og/eða áráttukenndri hegðun. Mismunandi fjöldi og styrkleiki einkenna ásamt mikilli breidd í vitsmunaproska ræður hinu fjölbreytta birtingaformi. Hugtakið röskun á einhverfurófi (*autism spectrum disorder*) (Wing, 2005) nær yfir þennan breytileika. Fá dæmi eru um að börn „læknist“ af einhverfu enda þótt hægt sé að hafa mikil áhrif á framvindu með markvissum aðgerðum, sérstaklega snemma á lífsleiðinni (Helt o.fl., 2008). Þar af leiðandi er mikilvægt að finna börnin og hefja snemmtæka íhlutun sem fyrst (Johnson og Myers, 2007; Myers og Johnson, 2007).

Orsakir

Fjölgena erfðir eru taldar liggja að baki í um það bil 85-90% tilvika, en í 10-15% tilvika eru til staðar læknisfræðilegir þættir með mismunandi sterk tengsl við einhverfu (Kielinen, Rantala, Timonen, Linna og Moilanen, 2004; Szatmari, 2003). Sumir þeirra hafa aftur þekktar erfðafræðilegar orsakir sbr. *tuberous sclerosis complex* (Bolton, Park, Higgins, Griffiths og Pickles, 2002) og *fragile-X syndrome* (Clifford o.fl., 2007). Nýjustu uppgötvanir á þessu sviði telja meðal annars míkro litningabreytingar (*copy number variations*, skst. CNVs) sem fela í sér úrfellingu eða tvöföldun á örfáum prósentum af erfðafni viðkomandi litnings (Weiss, o.fl., 2008).

Algengi og nýgengi einhverfurófsraskana

Nýlegar rannsóknir bæði íslenskar og erlendar hafa metið algengi einhverfurófsraskana hjá börnum undir 12 ára aldri á bilinu 0,6-1,0% og teljast þær því ekki sjaldgæfar (Páll Magnússon og Evald Sæmundsen, 2001; Evald Sæmundsen, Páll Magnússon, Solveig Sigurðardóttir og Vilhjálmur Rafnsson, 2006; Fombonne, 2009). Þrátt fyrir mikla fjölgun greindra tilfella undanfarna tæpa tvo áratugi þá er ekki talið að um aukið nýgengi sé að ræða. Rannsóknir hafa ekki leitt í ljós nýja áhættuþætti sem skýrt gætu aukið algengi. Miklu frekar byggja hækkandi algengistölur á meiri þekkingu enda hefur verið mikil gróska í rannsóknum á sviði einhverfu og einhverfurófsraskana undanfarna tvo áratugi.

Birtingarform einhverfu á unga aldri (18-24 mánaða)

Birtingaform einhverfu getur verið mjög mismunandi. Einkenni geta lýst sér í lítilli eftirhermu, litlum áhuga á öðrum börnum, slöku augnsambandi, að

svara illa kalli, takmörkuðum svipbrigðum, lítilli svörun við svipbrigðum annarra, bjóða sjaldan huggun, frumstæðum leik, eða miklum endurtekningum (Landa, 2008). Sjá ennfremur lista hér að neðan.

Áhyggjur foreldra

Í nýlegri íslenskri rannsókn svöruðu 76% foreldra barna með einhverfu að þeir hefðu haft áhyggjur af þroska eða hegðun fyrir 3 ára aldur. Svipað hlutfall foreldra taldi að þeir hefðu verið fyrstir til að tilgreina slíkar áhyggjur. Þegar litið var til baka töldu um 80% að einkenni einhverfu hafi verið sýnileg fyrir 2 ára aldur og nánast allir að þau hefðu verið komin fram fyrir 3 ára aldur (Sigríður Lóa Jónsdóttir, Evald Sæmundsen, Ingibjörg Sif Antonsdóttir, Solveig Sigurðardóttir og Daníel Ólason, óbirt).

Málþroski

Áhyggjur af málþroska, nánar tiltekið af tali, eru algengustu áhyggjur foreldra ungra barna af þroskaframvindu (Glascoe, 1997; Evald Sæmundsen, Helga Hannesdóttir, Stella Hermannsdóttir og Guðmundur B. Arnkelsson, 1998). Um leið eru það slíkar áhyggjur sem foreldrar munu oft bera upp í heilsugæslunni. Þetta á einnig við um einhverfu, fyrstu áhyggjur foreldra eru oftast af tal- og málþroska (Chawarska, 2007).

Félagsþroski

Almennt orða foreldrar sjaldan áhyggjur af færni í samskiptum (nema þá sem afleiðingu af málþroska) þegar börn eru á aldursbilinu 18-24 mánaða. Það sama á við um einhæfan leik. Hafi þeir hins vegar slíkar áhyggjur ber að taka þær alvarlega (Filipek o.fl., 1999).

Stöðnun eða afturför

Foreldrar barna með einhverfu upplifa stundum, á ofangreindu aldursbili, að þeim virðist barnið hafa staðnað, eða því farið aftur, í málþroska (Lord, Shulman og DiLavore, 2004). Þessu geta einnig fylgt breytingar á leik, svefn- og matarvenjum, eða óútskýrður pirringur og vansæld. Foreldrar hafa gjarnan skýringar á reiðum höndum; veikindi, tilkoma nýs systkinis og/eða búferlaflutningar er gjarnan nefnt. Niðurstaðan verður því oft sú, að þetta séu eðlileg viðbrögð barnsins við breytingu, nema í þeim fáu tilvikum þar sem afturförina ber mjög brátt að. Það ber að taka allar vísbendingar um stöðnun eða afturför mjög alvarlega og vísa án tafar áfram til frumgreiningar.

Ýmsar algengar áhyggjur

- Svarar ekki kalli (bregst ekki við nafni)
- Virðist stundum heyra en stundum ekki
- Getur ekki sagt hvað hann/hún vill
- Fylgir ekki fyrirmælum
- Bendir ekki og vinkar ekki bless
- Notaði nokkur orð sem nú heyrast ekki lengur
- Notar ekki bros í samskiptum

- Virðist helst vilja leika ein(n)
- Nær í það sem hann/hana vantar frekar en að biðja um hjálp
- Erfitt að ná augnsambandi
- Er í eigin heimi, lokar sig af
- Hefur ekki áhuga á öðrum börnum
- Fær reiðiköst af litlu eða óskiljanlegu tilefni
- Er mikið á ferðinni, ósamvinnuþýð(ur)
- Kann ekki að leika sér með dót
- Hefur óvenjuleg tengsl við hluti
- Er ofurnæm(ur) á ákveðin hljóð
- Hreyfir sig skrítilega á köflum

(Filipek o.fl., 1999; Wetherby o.fl., 2004; Johnson og Myers, 2007)

Foreldrar lýsa sjaldan áhyggjum af öllum ofangreindum atriðum hjá sama barninu.

Áhættuhópar

Tvíburarannsóknir hafa leitt í ljós mikla samsvörun milli eineggja tvíbura, þ.e. þegar annar tvíburinn er með einhverfu eru yfir 60% líkur að hinn sé það einnig. Ef hins vegar gengið er út frá öllum röskunum á einhverfurófi ásamt „víðari svipgerð“ einhverfu er samsvörunin yfir 90% (Rutter, 2000). Fyrir tvíeggja tvíbura er samsvörun svipuð og hjá systkinum almennt. Endurtekingarlíkur fyrir einhverfu eru metnar 3-6%, en ef aðrar raskanir á einhverfurófi og víðari svipgerð einhverfu eru taldar með, þá margfaldast líkurnar (10-20%) (Le Couteur o.fl., 1996). Það er því mikilvægt að fylgjast náið með þroskaframvindu hjá systkinum barna með einhverfu.

Aðrir áhættuhópar eru tengdir frávikum í taugaþroska, svo sem alvarlegum málskilningsröskunum, þroskahömlun, heilalömun, og/eða ýmsum læknisfræðilega skilgreindum heilkennum.

Áhættuþættir

- Ekkert babl, bendingar eða annað látbragð við 12 mánaða aldur
- Einstök orð ekki komin við 16 mánaða aldur
- Tveggja orða tengingar ekki komnar við 24 mánaða aldur
- Ef barnið tapar orðum sem það var farið að nota eða missir aðra færni
- Systkini með einhverfurófsröskun
- Áhyggjur foreldra eða heilbrigðisstarfsmanns af þroska og hegðun

Um skimun og skimunartæki

Það fer eftir skilgreindum viðbrögðum við áhættuþáttum og þeim vinnureglum sem ákveðnar eru um notkun PEDS (Glascoe, 2006) skimunartækisins, hvernig staðið verður að því að svara spurningum um mögulega einhverfurófsröskun. Að gefnum tilteknum þroskuldi fyrir tilvísun í frumgreiningu vegna mögulegs þroskafráviks (með eða án hjálpar PEDS), væri hægt að hugsa sér að spurning um einhverfurófsröskun væri hluti af

skilgreindu hlutverki greiningarteyma eða næsta stigs í sérhæfingu við að finna og skilgreina þroska- og hegðunarfrávik.

Ef þroskafrávik kemur til kasta greiningarteymis mundi einhverfa verða útilokuð. Í því sambandi mætti benda á *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (Nadel og Poss, 2007; Kleinman o.fl., 2008) (skst. M-CHAT) sem er spurningalisti sem þýddur hefur verið á íslensku. Listinn er ætlaður foreldrum ungra barna til útfyllingar, þegar grunur um þroskafrávik hefur vaknað. Hann samanstendur af 23 spurningum sem ýmist er svarað „já“ eða „nei“.

Hvað skal gera

Ef við 18, 30 eða 48 mánaða skoðun koma fram sterkar grunsemdir um einhverfurófsröskun ber að vísa barninu strax áfram til frumgreiningar (t.d. greiningarteymi innan heilsugæslu, sérhæfðir barnalæknar, eða sérfræðipjónusta sveitarfélaga). Ef 18 mánaða skoðun er ekki afgerandi, þá er mælt með endurmati í ungabarnavernd innan 6 mánaða.

Upplýsingar á veraldarvefnum

- Greiningar- og ráðgjafarstöðvar ríkisins: <http://www.greining.is/>
- Autism Speaks samtökin
<http://www.autismspeaks.org/whatisit/learnsigns.php#redflags>
- M-CHAT
http://www2.gsu.edu/~psydlr/Diana_L_Robins_Ph.D..html

Þakkir

Samstarfsmönnum á GRR og á MHB er þakkað fyrir yfirlestur og góðar ábendingar.

Evald Sæmundsen sálfræðingur og Ingólfur Einarsson barnalæknir

Heimildir

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. útg.) (bls. 70-71). Washington DC: American Psychiatric Association
- Bolton, P.F., Park, R.J., Higgins, J.N., Griffiths, P.D. og Pickles, A. (2002). Neuro-epileptic determinants of autism spectrum disorders in tuberous sclerosis complex. *Brain*, 125, 1247-1255.
- Chawarska, K., Paul, R., Klin, A., Hannigen, S., Dichtel, L.E. og Volkmar, F. (2007). Parental recognition of developmental problems in toddlers with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 62-72.
- Clifford, S., Dissanayake, C., Bui, Q.M., Huggins, R., Taylor, A.K. og Loesch, D.Z. (2007). Autism spectrum phenotype in males and females with fragile X full mutation and premutation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 738-747.

- Evald Sæmundsen, Helga Hannesdóttir, Stella Hermannsdóttir og Guðmundur B. Arnkelsson (1998). Áhyggjur foreldra af málþroska barna á aldrinum tveggja til sjö ára. *Læknablaðið*, 84, 741-747.
- Evald Sæmundsen, Páll Magnússon, Solveig Sigurdardóttir og Vilhjálmur Rafnsson (2006, June). *Prevalence of pervasive developmental disorders in Iceland in a cohort born 1994-1998*. Veggspjald kynnt á International Meeting for Autism Research, Montreal, Canada.
- Filipek, P.A., Accardo, P.J., Baranek, G.T., Cook, E.H., Dawson, G., Gordon, B. o.fl. (1999) The screening and diagnosis of autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 439-484.
- Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65, 591-598.
- Glascoe, F.P. (2006). *Collaborating with parents: using "Parents Evaluation of Developmental Status" to detect and address developmental and behavioral problems*. Nashville: Ellsworth & Vandermeer Press.
- Glascoe, F.P. (1997). Parents' concerns about children's development: prescreening technique or screening test? *Pediatrics*, 99, 522-528.
- Helt, M., Kelley, E., Kinsbourne, M., Pandey, J., Boorstein, H., Herbert, M. og Fein, D. (2008). Can children with autism recover? If so, how? *Neuropsychology Review*, 18, 339-366.
- Johnson, C.P. og Myers, S.M. (2007). American Academy of Pediatrics, Council on Children with Disabilities. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120, 1183-1215.
- Kielinen, M., Rantala, H., Timonen, E., Linna, S.L. og Moilanen, I. (2004). Associated medical disorders and disabilities in children with autistic disorder: A population-based study. *Autism*, 8, 49-60.
- Kleinman, J.M., Robins, D.L., Ventola, P.E., Pandey, J., Boorstein, H.C., Esser, E.L. o.fl. (2008). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: a follow-up study investigating the early detection of autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 827-839.
- Landa, R. (2008). Diagnosis of autism spectrum disorders in the first 3 years of life. *Nature Clinical Practice. Neurology*, 4, 138-147.
- Le Couteur, A., Bailey, A., Goode, S., Pickles, A., Robertsson, S., Gottesman, I., o.fl. (1996). A broader phenotype of autism: The clinical spectrum in twins. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 785-801.
- Lord, C., Shulman, C. og DiLavore, P. (2004). Regression and word loss in autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 936-955.
- Myers, S.M. og Johnson, C.P. (2007). American Academy of Pediatrics, Council on Children with Disabilities. Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120, 1162-1182.
- Nadel, S. og Poss, J.E. (2007). Early detection of autism spectrum disorders: screening between 12 and 24 months of age. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 408-417.

- Páll Magnússon og Evald Sæmundsen (2001). Prevalence of autism in Iceland. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 153-163.
- Rutter, M. (2000). Genetic studies of autism: From the 1970s into the millennium. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 3-14.
- Sigríður Lóa Jónsdóttir, Evald Sæmundsen, Ingibjörg Sif Antonsdóttir, Solveig Sigurðardóttir og Daníel Ólason. *Children diagnosed with autism spectrum disorders before or after the age of 6 years*. Óbirt handrit.
- Szatmari, P. (2003). The causes of autism spectrum disorders. *British Medical Journal*, 326, 173-174.
- Weiss, L.A., Shen, Y., Korn, J.M., Arking, D.E., Miller, D.T., Fossdal, R., o.fl. (2008). Association between microdeletion and microduplication at 16p11.2 and autism. *New England Journal of Medicine*, 358, 667-675.
- Wetherby, A.M., Woods, J., Allen, L., Cleary, J., Dickinson, H. og Lord, C. (2004). Early indicators of autism spectrum disorders in the second year of life. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 473-493.
- Wing, L. (2005). Problems of categorical classification systems. Í Volkmar, R., Paul, R., Klin, A. og Cohen, D., (ritstj.). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (3. útg.) (bls. 583-605). New Jersey: John Wiley & Sons.

5.4 ATHYGLISBRESTUR MEÐ OFVIRKNI (ADHD)

Textinn í þessum kafla er unninn upp úr leiðbeiningum Landlæknisembættisins *Vinnulag við greiningu og meðferð athyglisbrests með ofvirkni (ADHD)* frá desember 2007 (www.landlaeknir.is).

Athyglisbrestur með ofvirkni (hér kallað ADHD, sem er skammstöfun á alþjóðlega heitinu *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) er röskun á taugabroska sem lýsir sér í einbeitingarerfiðleikum, ofvirkni og hvatvísi. ADHD er ein algengasta hegðunarröskun barna og unglinga og veldur þeim, fjölskyldum þeirra og nánasta umhverfi verulegum óþægindum og truflunum. Algengt er að einstaklingurinn fái ekki notið hæfileika sinna vegna þessa, auk þess sem ADHD fylgja oft aðrar raskanir. Þá hafa rannsóknir sýnt að í mörgum tilvikum halda einkenni áfram fram á fullorðinsár, stundum í nokkuð breyttri mynd.

Greining byggist á skilmerkjum sem lýsa hegðun en ekki eru til nein líffræðileg eða lífeðlisfræðileg próf sem eru greinandi fyrir ADHD. Einkennin koma fram snemma, oftast fyrir fimm ára aldur. Hér á landi hefur greining barna og unglinga einkum verið á hendi barna- og unglingageðlækna, barnalækna með ákveðnar undirsérgreinar og sálfræðinga. Á sumum stöðum hefur verið komið á greiningarteymi sérfræðinga. Afla þarf upplýsinga víða að, svo sem frá foreldrum og öðrum í fjölskyldunni, kennurum og nánasta umhverfi. Greining ADHD er bæði tímafrek og vandasöm.

Eins og algengt er með geð- og hegðunarraskanir ætti meðferð ADHD að vera samsett. Lyfjameðferð hefur verið umdeild sérstaklega vegna þess að m.a. eru notuð lyf sem virka á miðtaugakerfi og eru misnotuð af fíklum. Notkun þessara lyfja hér á landi er svipuð og gerist í Bandaríkjunum en meiri en í flestum Evrópuríkjum. Á síðari árum hafa komið á markað forðalyf, sem hafa þann kost að börn þurfa ekki að hafa lyfin með sér í skóla.

Þegar grunur leikur á að um hamlandi einkenni ADHD geti verið að ræða er eðlilegast að leita fyrst til heimilislæknis eða sálfræðings tengdan skóla barns. Þessir aðilar geta ákveðið að vísa börnum í nánari greiningu, t. d. Þroska- og hegðunarstöðvar (áður Miðstöð heilsuverndar barna) eða annarra greiningarteyma í tengslum við heilsugæslu og heilbrigðisstofnanir. Einnig má vísa á stofur barna- og unglingageðlækna, barnalækna með sérhæfingu í þroskaröskunum barna og/eða til sálfræðinga með reynslu og þekkingu varðandi greiningu á ADHD. Aðkomu barnageðlækna eða barnalækna með sérhæfingu í þroskaröskunum barna er ætíð krafist þegar lyfjameðferð kemur til álita hjá börnum. Undantekningarlítið eru það ofangreindir sérfræðingar sem hefja lyfjameðferð barna og unglinga, en oft sjá heimilislæknar að hluta um viðhaldsmeðferð.

Klínísk einkenni

Hjá leikskólabörnum getur verið erfitt að meta einkenni um athyglisbrest þar sem ekki er farið að gera sambærilegar kröfur um einbeitingargetu eins og hjá grunnskólabörnum. Því kemur oft fyrir að einkenni um athyglisbrest verða ekki skýr fyrr en komið er fram á grunnskólaaldur. Eftirfarandi kjarnaeinkenni eru fyrst og fremst miðuð við börn á grunnskólaaldri en vel er þó hægt að nota þau hjá yngri börnum.

Kjarnaeinkennum ADHD má skipta í þrjá flokka:

Einkenni *athyglisbrests* eru m.a:

- Hugur illa að smáatriðum og gerir oft fljótfaernislegar villur.
- Á erfitt með að halda athygli við verkefni eða leiki.
- Virðist ekki hlusta þegar talað er beint til hennar/hans.
- Fylgir ekki fyrirmælum til enda og lýkur ekki við verkefni.
- Á erfitt með að skipuleggja verkefni og athafnir.
- Forðast viðfangsefni sem krefjast mikillar einbeitingar (t.d. heimanám og skólaverkefni).
- Týnir oft hlutum sem hann/hún þarf á að halda til verkefna sinna eða annarra athafna.
- Truflast auðveldlega af utanaðkomandi áreiti.
- Er gleyminn/n í athöfnum daglegs lífs.

Einkenni *ofvirkni* eru m.a :

- Er oft stöðugt á ferðinni eða eins og þeytisþjald.
- Talar óhóflega mikið.
- Hendur og fætur á sífelldu iði.
- Fer úr sæti í skólastofu eða við aðrar aðstæður þar sem ætlast er til kyrrsetu.
- Hleypur um eða þrilar óhóflega við aðstæður þar sem slíkt á ekki við.
- Á erfitt með að vera hljóð/ur við leik eða tómstundastarf.

Einkenni *hvatvísi* eru m.a.:

- Á erfitt með að bíða eftir að röðin komi að honum/henni í hópvinnu eða leik.
- Grípur fram í eða ryðst inn í samræður eða leiki.
- Grípur fram í með svari áður en spurningu er lokið.

Orsakir

Orsakir ADHD eru ekki þekktar en sterkar vísbendingar eru um erfða- og umhverfisþætti. Tvíbura- og ættleiðingarrannsóknir hafa samkvæmt allsherjargreiningu (*meta-analysis*) sýnt áhrif erfðaþátta á bilinu 60–94% (American Academy of Pediatrics, 2000). Sameindaerfðafræðirannsóknir sýna enn fremur breytileika í genum sem tengjast flutningi eða bindingu taugaboðfnisins dópamin.

Á undanförnum áratugum hafa komið fram margar kenningar um líffræðilega orsakaþætti ADHD. Talið hefur verið að skemmd í djúphnoðum heilans (*basal ganglia*) leiði til taugalífefnafræðilegra frávika sem hefðu áhrif á dópamínframleiðslu í taugaenda (Lou, 1996).

Rannsóknir sýna fylgni á milli ADHD og áfalla á meðgöngu og við fæðingu. Aukin tíðni ADHD kemur m.a. fram meðal fyrirbura og léttbura. Einnig eykur neysla tóbaks, áfengis og vímuefna þungaðra kvenna líkur á ADHD (Valdimarsdóttir, 2006).

Á síðari árum hefur verið sýnt fram á afbrigðilega virkni á svæðum í framhluta heilans, bæði með taugagreiningu og taugasálfræðilegum aðferðum (Castellanos et al., 1994; Zametkin & Liotta, 1994; Semrud-Clikeman, 1997). Með myndgreiningu sem bæði tekur til útlits og starfsemi kemur fram mismunur milli einstaklinga með ADHD og viðmiðunarhóps (Zametkin & Liotta, 1994; Semrud-Clikeman, 1997). Einnig hefur verið sýnt fram á með segulómun að stærð ákveðinna hluta heilans er hlutfallslega minna en í viðmiðunarhóp (Giedd et al., 1994; Hynd et al., 1991). Myndgreiningarrannsóknir eru ekki taldar hafa þýðingu í klíniskri greiningu.

Tíðni

Ýmsar faraldsfræðilegar rannsóknir á almennu þýði sýna 5–10% algengi ADHD hjá börnum og unglingum, en 4–5% meðal fullorðinna (Faraone et al., 2003). ADHD er tvöfalt til fjórfalt algengara meðal drengja en stúlkna (Costello et al., 2003).

Rannsóknir benda til þess að um helmingur (30–70%) einstaklinga sem greinast með ADHD í æsku haldi áfram að hafa veruleg hamlandi einkenni á unglings- og fullorðinsaldri (Faraone et al., 2006). ADHD er algengara meðal fullorðinna karla en kvenna. Munurinn virðist þó ekki vera eins mikill og hjá börnum og í nýlegri rannsókn reyndist mhlutfallið vera 1,8 drengir:1 stúlku (Kessler et al., 2005). Þessi aldursbundni munur á hlutföllum kynjanna kann að einhverju leyti að stafa af því að stúlkur séu fremur vangreindar en drengir og að konur leiti hjálpar síðar á ævinni vegna einkenna athyglisbrests (Biederman & Faraone, 2004).

Greiningarskilmerki

Við söfnun upplýsinga um sjúkling skal hafa í huga að hin viðurkenndu greiningarskilmerki fyrir ADHD hafa aðeins verið prófuð á börnum og

unglingum. Greiningarskilmerki ADHD eru skráð í tveimur flokkunarkerfum:

1. Alþjóðlegu flokkunarkerfi sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála, 10. útgáfu (*International Classification of Diseases (ICD-10)*).
2. Greiningar- og tölfræðihandbók geðraskana (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, fjórðu útgáfu (DSM-IV-TR)), sem er flokkunarkerfi bandaríska geðlæknafélagsins fyrir greiningar.

Verklag við greiningu

Greining ADHD krefst viðamikillar söfnunar gagna ásamt viðtali við einstaklinginn sjálfan og þá sem best þekkja til hans. Einkenni þurfa að vera íþyngjandi og mega ekki vera betur skýrð með öðrum geð- og hegðunarröskunum. Starfsfólk heilbrigðisþjónustu, sem hefur færni til þess að rannsaka og greina geðraskanir, skal framkvæma greiningarvinnuna.

Sálfélagsleg meðferð

Sálfélagsleg meðferð breytir ekki þeim frávikum í heilastarfi sem eru undirrót vandans né heldur kjarnaeinkennunum. Hún getur hins vegar dregið úr þeirri hömlun sem einkennin valda, létt þann tilfinningalega vanda sem mjög oft fylgir ADHD og bætt aðlögun. Þegar greining ADHD liggur fyrir er mikilvægt að fræða einstaklinginn og hans nánustu um eðli, gang og horfur röskunarinnar. Ráðgjöf um meðferðarmöguleika og viðbrögð til að sporna við truflandi áhrifum, t.d. á nám og atvinnu, er mikilvæg.

Fræðsla

Rannsóknir hafa sýnt að aukin þekking á ADHD bætir líðan foreldra og barna og gerir foreldrana að betri uppалendum (Anastopoulos & Farley, 2003). Hér á landi hafa ADHDsamtökin (www.adhd.is) staðið fyrir fræðslunámskeiðum í samvinnu við Eirð sf. fyrir foreldra barna sem greinst hafa með ADHD. Um er að ræða sex klukkustunda námskeið þar sem m.a. er fjallað um greiningu, framvindu og horfur, orsakir og lyfjameðferð, kennslu barna með ADHD og áhrif ADHD á heimilislíf og fjölskyldur. Þá fer einnig fram fræðsla um hvernig skipuleggja megi umhverfi barnsins á sem heppilegastan hátt og nota atferlismótun til að bæta aðlögun. Á haustmisseri 2006 hófu ADHD-samtökin einnig að starfrækja fræðslunámskeið um ADHD fyrir kennara og aðra starfsmenn skóla.

Fagfólk þarf einnig að sjá til þess að börnin sjálf fái fræðslu um ADHD eftir því sem hæfir þroska þeirra. Nokkuð er til af fræðsluefni á íslensku um ADHD og er auðveldast að fá yfirsýn yfir það sem til er og nálgast það á vef ADHD-samtakanna eða með því að hafa samband við skrifstofu samtakanna.

Foreldraráðgjöf og kennsla í aðferðum atferlismótunar

Mörgum foreldrum nýtist vel ráðgjöf fagmanna um það hvernig móta má uppeldisumhverfi barnsins á þann veg að draga sem mest úr þeirri truflun

sem einkennin valda barninu og umhverfi þess. Meðal þeirra atriða sem áhersla er lögð á má nefna ríkulegt skipulag og fastar venjur í daglegu lífi, oft með sjónrænum leiðbeiningum. Stuðst skal við skýrar reglur um hegðun sem framfylgt er af sanngirni. Mikilvægt er að skapa rólegt umhverfi með sem minnstu áreiti við vinnu sem krefst einbeitingar og áhersla skal lögð á að veita sterkum þáttum í fari barnsins jákvæða athygli svo og öllu því sem það gerir vel.

Þjálfun í atferlismótun fyrir foreldra telst gagnreynd (*evidence based*) meðferð við ADHD hjá börnum (Pelham et al., 1998; Barkley, 2002; Farmer, 2002). Hér á landi hafa verið í boði nokkur námskeið þar sem foreldrar hafa fengið kennslu í atferlismótun. Má þar nefna SOS-námskeiðin og PMT (*Parent Management Training*). Á BUGL og Miðstöð heilsuverndar barna (nú Þroska- og hegðunarstöð) og þvíðar hafa verið haldin námskeið sem eru sérstaklega sniðin að þörfum foreldra barna með ADHD (Barkley, 1997; Anastopoulos & Farley, 2003). Einnig hafa verið þróuð námskeið og meðferðarúrræði fyrir börn með ADHD (Snillingarnir á Þroska- og hegðunarstöð, á BUGL og víðar)

Lyfjameðferð

Örvandi lyfjameðferð

Rannsóknir á áhrifum örvandi lyfja á ofvirknieinkennum hófust á árunum 1937–1941. Lyfjameðferð er það meðferðarúrræði sem lengst hefur verið beitt á markvissan hátt og er það úrræði sem best er stutt með rannsóknum.

Á síðustu árum hefur fjöldi klínískra rannsókna staðfest að örvandi lyf eru mjög áhrifarík í meðferð ADHD. Þetta eru adrenhermandi lyf sem líkjast katekólamínunum. Þau draga úr einkennum athyglisbrests, ofvirkni og hvatvísi. Tvíblindar rannsóknir á börnum og fullorðnum sýna 50–75 % svörun með lyfjameðferð samanborið við 0–30% hjá einstaklingum með lyfleysu (Greenhill, 1998; Greenhill et al., 1999).

Í þessum klínísku rannsóknum hefur áhrifastærð (*effect size*) mælst í kringum 1,0, sem er mjög góður árangur og betri en fyrir flest önnur geðlyf. Sumar rannsóknir sýna að atferlismeðferð getur dregið úr einkennum ADHD (Pelham et al., 1998).

Á síðustu árum hafa rannsóknir beinst að samanburði á lyfjameðferð og atferlismeðferð. Þekktasta rannsókn á þessu sviði er svokölluð *Multimodal Treatment Study of ADHD* (MTA) þar sem skoðuð voru áhrif mismunandi meðferðarúrræða sem beitt er um lengri tíma (í heilt ár) (MTA Cooperative Group, 1999). Fram kom að árangur meðferðar helst lengur hjá börnum sem fá samþætta meðferð (MTA Cooperative Group, 2004).

Meðferð forskólabarna

Þrátt fyrir að *methylphenidate* sé ekki skráð fyrir börn undir sex ára aldri hefur lyfið verið mikið notað hjá þessum aldurshópi. Þetta byggir á takmörkuðum fjölda rannsókna.

Niðurstöður nýrrar rannsóknar, þar sem 303 börn á forskólaaldri voru meðhöndluð með *methylphenidate*, liggja nú fyrir. Börnin voru á aldrinum 3–5½ árs og voru meðhöndluð með skammverkandi lyfjaformi þrisvar á dag. Meðalskammtur var 14,2 mg á dag \pm 8,1 mg (0,75 mg/kg/dag) en skammtar yfir 7,5 mg voru ekki gefnir. Áhrifastærð var 0,4–0,8 eða talsvert minni en hjá eldri börnum. Algengustu aukaverkanirnar voru reiðiköst, pirringur, svefnerfiðleikar, árattuþráhyggjuhegðun, minnkuð matarlyst og skapstyggi (Greenhill et al., 2006).

Forskólabörn með þroskafrávik eru næmari fyrir aukaverkunum, t.d. í formi félagsfælni, skapstyggi og grátgirni (Handen et al., 1999). Þessa vegna er nauðsynlegt að gefa minni skammta og auka síðan varlega. Meðalskammtur sem hefur verið notaður í rannsóknum er 0,75 mg/kg, sem er lægra en hjá börnum á skólaaldri. Rannsóknir hafa einnig sýnt að börn á forskólaaldri brjóta *methylphenidate* hægar niður en börn á grunnskólaaldri (Greenhill et al., 2004; Wigal et al., 2007).

Heimildir

- American Academy of Pediatrics (2000). Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 105, 1158–70. Aðgengilegt á: <http://help4adhd.org/en/treatment/guides/>
- Anastopoulos A.D. og Farley E.F. (2003). A Cognitive-Behavioral Training Program for Parents of Children with ADHD. Í Kazdin A.E., Weisz J.R. (ritstj.), *Evidence Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (bls. 187–203). New York: The Guilford Press.
- Barkley R.A. (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 36–43.
- Barkley R.A. (1997). *Defiant Children. A Clinicians Manual for Assessment and Parent Training*. New York: The Guilford Press.
- Biederman J. og Faraone S.V. (2004). The Massachusetts General Hospital studies of gender influences on attention-deficit/hyperactivity disorder in youth and relatives. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 225–32.
- Castellanos F.X., Giedd J.N., Eckburg P., Marsh W.L., Vaituzis A.C., Kaysen D. o.fl. (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1791–6.
- Costello E.J., Mustillo S., Erkanli A., Keeler G. og Angold A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837–44.
- Faraone S.V., Biederman J. og Mick E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36, 159–65.
- Faraone S.V., Sergeant J., Gillberg C. og Biederman J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2, 104–113.

- Farmer E.M.Z., Compton S.M., Robertson E. og Burns B.J. (2002). Review of the Evidence Base for Treatment of Childhood Psychopathology: Externalizing Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1267–1302.
- Giedd J.N., Castellanos F.X., Casey B.J., Kozuch P., King A.C., Hamburger S.D., o.fl. (1994). Quantitative morphology of the corpus callosum in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 665–9.
- Greenhill L., Kollins S., Abikoff H., McCracken J., Riddle M. og Swanson J., o.fl. (2006) Efficacy and Safety of Immediate-Release Methylphenidate Treatment for Preschoolers with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 1284–93.
- Greenhill L.L., Vitiello B., Abikoff H., Kollins S., Wigal S. og Swanson J. (2004) PATS Cooperative Group Outcome results from NIMH, multi-site, preschool ADHD treatment study (PATS). Scientific Proceedings of the 51st Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Oct. 19–24), Washington, D.C.
- Greenhill L.L. (1998). Childhood attention deficit hyperactivity disorder: pharmacological treatments. In: Nathan P.E. og Gorman J. *Treatments that Work*. Philadelphia: Saunders: 42–64.
- Greenhill L.L., Halperin J.M. og Abikoff H. (1999). Stimulant medication. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 503–512.
- Handen B.L., Feldman H.M., Lurier A. og Murray P.J. (1999). Efficacy of methylphenidate among preschool children with developmental disabilities and ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 805–12.
- Hynd G.W., Semrud-Clikeman M., Lorys A.R., Novey E.S., Eliopoulos D. og Lyytinen H. (1991). Corpus callosum morphology in attention deficit-hyperactivity disorder: morphometric analysis of mri. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 141–6.
- Kessler R.C., Adler L.A., Barkley R., Biederman J., Conners C.K., Faraone S.V., o.fl. (2005). Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 57, 1442–51.
- Lou H.C. (1996). Etiology and pathogenesis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): significance of prematurity and perinatal hypoxic-haemodynamic encephalopathy. *Acta Paediatrica*, 85, 1266–71
- Margrét Valdimarsdóttir, Agnes Huld Hrafnisdóttir, Páll Magnússon og Ólafur Ó Guðmundsson (2006). Íslensk börn með ofvirkniröskun – lýsing á nokkrum þáttum í meðgöngu og fæðingu. *Læknablaðið*, 92, 609–614.
- MTA Cooperative Group (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2004, 113, 754–61
- MTA Cooperative group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal treatment study of children with ADHD. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1097–99.
- Pelham W.E., Wheeler T. og Chronis A. (1998). Empirically supported psychosocial treatment for ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190–205.

- Semrud-Clikeman M. (1997). Evidence from imaging on the relationship between brain structure and developmental language disorders. *Seminar in Pediatric Neurology*, 4, 117-24. [doi:10.1016/S1071-9091\(97\)80028-9](https://doi.org/10.1016/S1071-9091(97)80028-9)
- Wigal S.B., Gupta S., Greenhill L., Posner K., Lerner M., Steinhoff K. o.fl. (2007). Pharmacokinetics of methylphenidate in preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17, 153-64.
- Zametkin A.J. og Liotta W. (1998). The neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 17-23

5.5 PEDS - MAT FORELDRA Á ÞROSKA BARNA

(Parents' Evaluation of Developmental Status)

Áhyggjur foreldra af málþroska, heyrn, fínhyreyfingum, hegðun (m.a. athygli) og almennri þroskaframvindu eru þættir sem spá fyrir um rauveruleg vandamál barna. PEDS Mat foreldra á þroska barna (*Parents' Evaluation of Developmental Status*) er spurningalisti sem sem fær foreldra til að lýsa yfir áhyggjum sínum eða áhyggjuleysi varðandi þroska, heilsu eða hegðun barna sinna. Við fyrirlögn PEDS svara foreldrar tíu spurningum um þroska og hegðun barna sinna og tekur um fimm mínútur að svara listanum. Á grundvelli svara foreldranna tekur það fagmann aðeins að jafnaði um tvær mínútur að færa stigin inn á stigablaðið, nota túlkunarblaðið til að lesa úr niðurstöðum og ákvarða næstu skref.

Hægt er að nota PEDS við reglubundið eftirlit frá fæðingu og þar til barnið verður 8 ára. Hins vegar er talið æskilegra að hefja notkun þess við 4-6 mánaða aldur. Hér er lagt til að það verði notað við skoðun 18 mánaða, 2½ árs og 4 ára barna, en ekkert hindrar þó notkun þess á öðrum aldri barnsins, ef ástæða þykir til.

Markmið höfundar var að hanna mælitæki sem er auðvelt í notkun, tekur stuttan tíma og spáir fyrir um vanda barna. Notkun þess stuðlar að samvinnu fagfólks og foreldra til að styðja barnið eftir þörfum þess.

PEDS samanstendur af þremur blöðum:

- PEDS Matsblað foreldra
- Stigablað
- Túlkunarblað

Áhyggjuefni metin á PEDS

Almennt/vitsmunir

Tjáning og hljóðmyndun

Málskilningur

Fínhyreyfingar

Grófhreyfingar

Hegðun

Félags - tilfinningalegt

Sjálfsbjörg

Skólafærni/forskólafærni

Annað

Leiðbeiningar stigagjöf á íslensku ásamt skýrum leiðbeiningum um túlkun niðurstaðna fylgja með í tösku sem inniheldur PEDS og BRIGANCE skimunartækin. Einnig fylgir leiðbeiningahandbók á ensku sem tilgreinir allar rannsóknir sem prófið byggir á, auk margvíslegra mikilvægra upplýsinga.

Peds er til á nokkrum tungumálum, m.a. ensku, spænsku, tælensku, indónesísku, frönsku, swahili, arabísku, kínversku, rússnesku og víetnömsku. Hægt er að nálgast þessar erlendu útgáfur á www.pedstest.com.

Næmi og sértæki

Næmi og sértæki mæla hversu líklegt ákveðið skimpróf er til að finna raunveruleg frávik. Næmi mælir hlutfall þeirra sem sannanlega eru frískir en sértæki þá sem sannanlega eru með frávik. Öll próf, eins og PEDS, hafa því í för með sér ákveðna óvissu og túlkun þeirra er því ekki alltaf auðveld.

Næmi og sértæki PEDS er breytilegt eftir aldri, en almennt lækkar sértæki með hækkandi aldri. Við 2½ árs aldur er næmi 79% en sértækni 79%. Í 4;6 til 7 ára aldurshópnum, samkvæmt skilgreiningu PEDS á aldursþrepum, er næmi 74% en sértæki 70%.

Þess má geta að PEDS hefur verið staðlað fyrir erlendar aðstæður en notkun þess í rannsóknarskyni hér á landi fyrir 5 ára börn reyndist vel. PEDS spurningalistinn reyndist auðveldur í notkun og útfylling tók foreldra aðeins nokkrar mínútur. Niðurstöður gefa auk þess til kynna tölfræðilega marktæka samsvörun PEDS við niðurstöður í þroskamati með *BRIGANCE þroskaskimun* og styttri útgáfu staðfærðs *WPPSI-R^{IS}* vitsmunapróskaþrófs. Foreldrar áttu ekki í erfiðleikum með að fylla listann út og túlkun hans reyndist starfsfólki auðveld. Við innleiðingu á þessum spurningalista í ung- og smábarnavernd verður sérstaklega fylgst með árangrinum í samvinnu við Námsmatsstofnun og listinn endurskoðaður og staðlaður fyrir íslenskar aðstæður, ef þörf krefur.

Framkvæmd og stigagjöf

Hægt er að leggja PEDS *Matsblað foreldra* fyrir foreldra á meðan þeir bíða á heilsugæslustöð eftir þjónustu. Annar möguleiki er að senda spurningalistann heim til þeirra með þeirri ósk að foreldrar komi með hann útfylltan í boðuðum tíma.

Áður en foreldrar fá spurningalistann í hendurnar skal greina þeim frá því að athugun á hegðun og þroska sé mikilvægur þáttur í veittri þjónustu á heilsugæslustöðvum. Spyrra þarf foreldra hvort þeir vilji fylla blaðið út sjálfir eða hvort að þeir vilji að einhver fari með þeim í gegnum spurningarnar.

Við úrvinnslu á matsblaðinu skal skrá áhyggjur sem hafa verið til staðar þótt dregið hafi verið úr þeim. Skoðið útkomu PEDS og spyrið nánar út í áhyggjur, ef til staðar.

Fylgið leiðbeiningum á *PEDS túlkunarblaði* og notið klínískt mat við túlkun niðurstaðna (sjá *PEDS leiðbeiningar um framkvæmd og stigagjöf sem fylgir tösku með skimunartækjum*). Hafið í huga fyrri áhyggjur og leitið eftir upplýsingum frá leikskóla ef ástæða er til.

Túlkun niðurstaðna

- *Leið A: Merkt við tvö eða fleiri áhyggjuefni í hringlaga reit*

Ef merkt hefur verið við tvö eða fleiri áhyggjuefni í hringlaga reit skal vísa barninu í nánari greiningu m.t.t. vanda barnsins. Notið faglega dómgreind til að meta hvaða athuganir þurfi að gera.

- *Leið B: Merkt við eitt áhyggjuefni í hringlaga reit*

Ef eina áhyggjuefnið sem merkt var við í hringlaga reit snertir heilsufar eða skynfæri og þroskamatið vekur engar áhyggjur af almennum þroska, veitið ráðgjöf og fylgist vel með barninu. Metið klínískt hvort vísa eigi barni til sjúkraþjálfara, barnalæknis eða annarra sérfræðinga.

Ef áhyggjur eru af almennum þroska/vitsmunum eða málþáttum eru studdar af þroskamati og rauðum flöggum vegna einhverfurófs skal vísa í frumgreiningu.

- *Leið C: Merkt við áhyggjuefni í kassalaga reit*

Ef eingöngu eru áhyggjur af grófhreyfingum skal vísa í sjúkraþjálfun og/eða til barnalæknis, veita ráðgjöf, eftirfylgd.

Ef aðrar áhyggjur þarf að skoða klínískt mat, rauð flögg og útkomu úr þroskamati. Vísa í frumgreiningu ef þroskamat og áhyggjur gefa tilefni til. Veitið ráðgjöf og eftirfylgd eftir þörfum.

- *Leið D: Ónógar upplýsingar frá foreldrum*

Ef fást ekki afgerandi svör við spurningum PEDS skal nota erlendar útgáfur af matslistanum og/eða túlk sé erlent tungumál hindrun. Ef ekki, þarf að leggja meiri áherslu á nákvæmt þroskamat.

- *Leið E: Ekki mert við nein áhyggjuefni*

Ef ekkert vekur áhyggjur hjá foreldrum né heilbrigðisstarfsmanni, þá er ekki ástæða til annarra aðgerða en mælt er með í hefðbundinni ung- og smábarnavernd. Ef heilbrigðisstarfsmaður hefur hins vegar áhyggjur og/eða aðrar upplýsingar gefa tilefni til þá þarf að ræða það við foreldra og skoða nánar í tengslum við þroskamatið.

Heimildir

Geir Gunnlaugsson og Evald Sæmundsen (2005). Að finna frávik í þroska og hegðun fimm ára barna. Í *Ungir Íslendingar í ljósi vísindanna* (bls. 237-245). Reykjavík: Umboðsmaður barna og Háskóli Íslands.

Glascoe F.P. (2009). PEDS, Mat foreldra á þroska barna. Reykjavík: Námsmatsstofnun og Landlæknisembættið.

Glascoe, F.P. (2006). *Collaborating With Parents: Using Patents' Evaluations of Developmental Status to Detect and Address Developmental and Behavioral Problems* (2. útg.). Reykjavík: Námsmatsstofnun og Landlæknisembættið.

- Glascoe, F.P. (2001). Are Overreferrals on Developmental Screening Tests Really a Problem? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155, 54-59.
- Glascoe, F.P. (2000). Early Detection of Developmental and Behavioral Problems. *Pediatrics in Review*, 21, 272-280.
- Glascoe, F.P. (2000). Evidence-based approach to developmental and behavioural surveillance using parents' concerns. *Child: Care, Health and Development*, 26(2), 137-49.
- Glascoe, F.P. (1999). Using parents' concerns to detect and address developmental and behavioral problems. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 4(1), 24-35.
- Glascoe, F.P. (1999). The value of parents' concerns to detect and address developmental and behavioural problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 35(1), 1-8.
- Glascoe F.P., Oberklaid F., Dworkin P.H. og Trimm F. (1998). Brief Approaches to Educating Patients and Parents in Primary Care. *Pediatrics*, 101(6), p. e10.
- Haslam, R. (1996) The Nervous System. Í Behrman, Kliegman, Arvin (ritstj.), *Nelson Textbook of Pediatrics* (bls 1667-1673). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Marcias M. og Glascoe F.P (2003). Implementing the AAP's new policy on developmental and behavioral screening. *Contemporary Pediatrics*, 4, 85.
- PEDS - Parents' Evaluation of Developmental Status (vefsetur) www.pedstest.com

PEDS MATSBLAÐ FORELDRA

Nafn barns _____ Nafn foreldris _____
 Fæðingadagur barns _____ Aldur barns _____ Dágsetning _____

1. Vinsamlegast teldu upp allar efasemdir um eða áhyggjur af námsgetu, þroska og hegðun barns þíns.

Gerðu kross í viðeigandi reiti og svaraðu spurningunum. Notaðu bakhlið blaðsins ef þil duga ekki fyrir athugasemdir.

2. Hefur þú einhverjar áhyggjur af því hvernig barnið þitt talar eða myndar hljóð?

☐ Nei ☐ Já ☐ Svolitlar *ATHUGASEMDIR:*

3. Hefur þú einhverjar áhyggjur af því hvernig barnið þitt skilur það sem þú segir?

☐ Nei ☐ Já ☐ Svolitlar *ATHUGASEMDIR:*

4. Hefur þú einhverjar áhyggjur af því hvernig barnið þitt notar hendur sínar og fingur við að gera hluti?

☐ Nei ☐ Já ☐ Svolitlar *ATHUGASEMDIR:*

5. Hefur þú einhverjar áhyggjur af því hvernig barnið þitt notar handleggja sína eða fótleggja?

☐ Nei ☐ Já ☐ Svolitlar *ATHUGASEMDIR:*

6. Hefur þú einhverjar áhyggjur af því hvernig barnið þitt hegðar sér?

☐ Nei ☐ Já ☐ Svolitlar *ATHUGASEMDIR:*

7. Hefur þú einhverjar áhyggjur af samskiptum barnsins við aðra?

☐ Nei ☐ Já ☐ Svolitlar *ATHUGASEMDIR:*

8. Hefur þú einhverjar áhyggjur af því hvernig barnið þitt lærir að hjálpa sér sjálf?

☐ Nei ☐ Já ☐ Svolitlar *ATHUGASEMDIR:*

9. Hefur þú einhverjar áhyggjur af því hvernig barnið þitt tileinkar sér þá færni sem ætlast er til í leikskóla eða skóla?

☐ Nei ☐ Já ☐ Svolitlar *ATHUGASEMDIR:*

10. Vinsamlegast teldu upp allar aðrar áhyggjur.

Sýnishorn

Fjölföldun með öllu óheimil.

© 2009 Frances Page Glascoe. Íslensk þýðing og útgáfa á vegum Námsmatsstofnunar og Landlækniseimbættisins, unnið í samstarfi við Miðstöð heilsuverndar barna. (www.namsmat.is, Borgartún 7A, 105 Reykjavík. Sími: 550-2400). Fjölföldun er með öllu óheimil.

ISBN 978-9979-9891-4-1

PEDS STIGABLAÐ

Nafn barns _____ Fæðingardagur og ár _____

Finnið réttan dálk fyrir aldur barnsins. Merkið áhyggjufni sem fram komu á *PEDS Masblaði foreldra* í viðeigandi reit. Sjá nánar um stigagjöf og flokkun áhyggjuefna í *Leiðbeiningar um framfarir og stigagjöf*. Hringlaga reitir hafa forspá um vanda*. Kassalaga reitir hafa ekki forspágildi.

Aldur barns:	0-3 m.	4-5 m.	6-11 m.	12-14 m.	15-17 m.	18-23 m.	2 ára	3 ára	4-4½ ára	4½-6 ára	6-7 ára	7-8 ára
Almennt/vitsmunir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tjáning og hljóðmyndun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Málskilningur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fínhreyfingar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grófhreyfingar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hegðun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Félags-tilfinningalegt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sjálfsbjörg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skóli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annað	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Teljð fjölda merkja í litlu, hringlaga reitunum og setjið stigafjölda í stóra hringlaga reitinn fyrir neðan.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Ef niðurstaðan er 2 eða fleiri stig, farið eftir Leið A á túlkunarblaðinu. Ef niðurstaðan er nákvæmlega 1 stig farið eftir Leið B. Ef niðurstaðan er 0 stig, teljið fjölda litlu kassalaga reitanna og setjið stigafjölda í stóra kassalaga reitinn fyrir neðan.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Ef niðurstaðan í kassalaga reitnum er 1 stig eða fleiri, farið eftir Leið C. Ef niðurstaðan er 0 stig, fangið Leið D ef hún á við. Annars gildir Leið E.

* Forspá byggir á erlendum viðmiðum

Sýnishorn

Fjölföldun með öllu óheimil.

Sérstakar ákvarðanir

0-3 mán.

4-5 mán.

6-11 mán.

12-14 mán.

15-17 mán.

18-23 mán.

2 ára

3 ára

4-4½ árs

4 ½-6 ára

6-7 ára

7-8 ára

PEDS TÚLKUNARBLAÐ

Nafn barns

Fæðingardagur og ár

Leið A: Merkt við tvö eða fleiri áhyggjuefni í hringlaga reit?

Tilvísun í nánari greiningu m.t.t. vanda barnsins. Notið faglega dómgreind til að meta hvaða athuganir þurfi að gera, s.s. heyrnarmæling, málþroskapróf, próf á vitsmunapróska, athugun barnalæknis eða annarra sérfræðinga.

Leið B: Merkt við eitt áhyggjuefni í hringlaga reit?

Eingöngu áhyggjur af heilsufari eða skynferum?

Skimið fyrir heilsufarsvanda og vanda tengdum skynferum og almennum þroska. Íhugið frekara þroskamat.

Ef barnið stent skimun, veitið ráðgjöf varðandi áhyggjuefni og fylgist vel með barninu.

Ef skimun bendir til vanda, vísið í nánari athugun.

Leið C: Merkt við áhyggjuefni í kassalaga reit?

Grófræfingar eingöngu?

Ráðgjöf, evt. sjúkrahjálun og/eða athugun hjá barnalækni.

Veitið ráðgjöf í tengslum við áhyggjuefni. Eftirfylgd eftir nokkrar vikur.

Tilvísun í nánari greiningu m.t.t. vanda barnsins. Notið faglega dómgreind til að meta hvaða athuganir þurfi að gera, s.s. heyrnarmæling, málþroskapróf, próf á vitsmunapróska, athugun barnalæknis eða annarra sérfræðinga.

Leið D: Ónógar upp- lýsingar frá foreldrum?

Er erlent tungumál hindrun?

Gerði beina athugun á þroska barnsins með viðeigandi matstækjum eða samkvæmt leiðbeiningum í Handbók um ung- og smábarnavernd.

Notið erlendar útgáfur matslistans og/eða notið túlk.

Leið E: Ekki merkt við nein áhyggjuefni?

Hefðbundin ung- og smábarnavernd samkvæmt leiðbeiningum í Handbók um ung- og smábarnavernd.

Sýnishorn
Fjölföldun með öllu óheimil.

5.6 BRIGANCE ÞROSKASKIMUN

BRIGANCE þroskaskimun er lagt fyrir 2½ árs og 4 ára gömul börn. Ákveðið var að leggja það fyrir börnin samhliða PEDS til að auka sértæki þessa nýja vinnuferlis, þ.e. að greina raunveruleg frávik. *BRIGANCE Screens* er í raun mörg þroskamatstæki, sem ná frá tæplega tveggja ára aldri til 7 ára aldurs. Sá hluti sem er fyrir 2½ árs gömul börn kallast *BRIGANCE, Early Preschool Screen II*, en sá fyrir 4 ára börn *BRIGANCE, Preschool Screen II*.

BRIGANCE þroskaskimun nær til margra þroskaþátta, þar með talið fín- og grófhreyfinga, almennrar þekkingar, máls, skólafærni og beitingar skriffæris. Prófið hefur góðan innri stöðugleika, háan áreiðanleika við endurprófun og gott samræmi milli mismunandi prófenda.

Hægt er að leggja prófið fyrir og skora á 15-20 mínútum. Fyrir liggja rannsóknir á ákveðnum greiningarmörkum sem skila 75% þeirra sem eru með þroskafrávik og segir í um 80% tilvika réttilega fyrir um þá sem ekki víkja frá í þroska.

BRIGANCE samanstandur af:

- *BRIGANCE þroskaskimun fyrir 2½ árs börn EPS II* (inngangur og matstæki í sömu bók, þ.e. leiðbeiningar á íslensku).
- *BRIGANCE þroskaskimun fyrir 4 ára börn PSII* (inngangur og matstæki í sömu bók, þ.e. leiðbeiningar á íslensku).
- *Skráningarblað BRIGANCE 2 ½ árs*
- *Skráningarblað BRIGANCE 4 ára*
- *Kubbakassi með 10 kubbum*
- *Breiður blýantur og litur*
- *Ólínustrikað blað*

Hvað mælir BRIGANCE?

Skólafærni/forskólafærni

- Magnhugtök
- Persónulegar upplýsingar
- Lestrar-/forlestrarfærni

Samskiptafærni

- Málskilningur
- Orðaforði
- Málfærni

Hreyfifærni

- Sjón
- Fínhreyfingar
- Grófhreyfingar

Handbók á íslensku sem inniheldur upplýsingar varðandi skimunina, leiðbeiningar um útfyllingu skráningarblaðs og túlkun niðurstaðna fylgja með í tösku sem inniheldur PEDS og *BRIGANCE* skimunartækin. Einnig fylgir leiðbeiningahandbók á ensku sem tilgreinir allar rannsóknir sem prófið byggir á, auk margvíslegra mikilvægra upplýsinga.

PEDS og *BRIGANCE* er ekki staðlað fyrir íslenskar aðstæður enn sem komið er, en reyndist vel í rannsókn um þroska 5 ára barna árið 2003-2004 sem gerð var af þverfaglegum hópi barnalækna, barnageðlækna, sálfræðinga og hjúkrunarfræðinga. Fyrir þann aldurshóp var niðurstaða í *BRIGANCE* hvað varðar að greina frávik tölfraðilega marktæk þegar hún var borin saman við

PEDS og staðfærða styttri útgáfu WPPSI-R^{IS} vitsmunapróskaprófsins. Fyrirlögn BRIGANCE reyndist auðveld og almenn ánægja var með notkun þess og börnunum líkaði við viðfangsefnin. Samhliða innleiðingu á þessu nýja vinnuferli verður unnið að stöðlun matstækjanna í samvinnu við Námsmatsstofnun.

Framkvæmd og stigagjöf

Leggið BRIGANCE þroskaskimun fyrir barnið, skoðið útkomu og fylgið ráðleggingum. Til að nota BRIGANCE þarf að fylgja íslenskum leiðbeiningum vandlega. Nánari leiðbeiningar er einnig að finna í *Technical Report for the BRIGANCE Screens-II*.

Ráðleggingar fyrir skimun

- Ekki er hægt að umorða atriði eða gefa frekari vísbendingar.
- Leggja verður prófið á sama hátt fyrir öll börn svo að bera meg saman frammistöðu þeirra.
- Í framandi umhverfi er ekki búist við að börn sýni alla færni sem foreldrar hafa tekið eftir heima fyrir og þegar nýlærð færni er prófuð, eru börn yfirleitt ósamkvæm í frammistöðu sinni. Það getur verið til bóta að minna foreldra á að slík ónákvæmni er eðlileg í þroskaferli barna.
- Ef foreldri vill hvetja barnið í prófinu má það segja „Gott hjá þér að reyna“ og „Fínt hjá þér.“ En ekki láta í ljós rétt eða röng svör.
- Bendið foreldrum á að sýna ekki vonbrigði vegna frammistöðu barnsins.
- Ef barnið neitar að sýna margvíslega færni sem það er sagt eiga að ráða við, ætti að endurtaka skimunina seinna.
- Ekki horfa á rétt svör og gefa barni þannig vísbendingar.
- Ekki laða fram svör yfir mörkum, ef það er gert teljast þau ekki með í stigagjöf
- Hentugt er að hafa skimunina snemma dags.
- Gætið þess að vel fari um barnið.
- Notið skýr og vinsamleg tilmæli.
- Kynntu prófhluta sem „leiki“ frekar en próf.
- Notið munnlega hvatningu og sýnið áhuga gagnvart barninu.
- Gætið hlutleysis. Ef prófendur þekkja börnin er enn mikilvægara að gæta hlutleysis.
- Skipuleggið fram í tímann. Takið til öll prófgögn áður en skimunin hefst.

- Breytið röð atriða ef þörf krefur.

Sjá nánari leiðbeiningar í handbók með þroskaskimun fyrir viðeigandi aldurshóp.

Raunaldur barns og námundun á raunaldri

Pegar aldur hefur verið reiknaður í árum, mánuðum og dögum þarf að námunda dagana. Húsið dagafjölda ef hann er undir 15. Ef dagar eru 15 eða fleiri skal námunda mánuðinn upp með einum.

Dæmi: Barn sem er 2 ára, 6 mánaða og 15 daga, er reiknað 2 ára og 7 mánaða.

Barn sem er 2 ára 6 mánaða og 14 daga, er reiknað 2 ára og 6 mánaða.

BRIGANCE þroskaskimun

2½ árs

2 ára – 5 mánaða – 15 daga

2 ára – 11 mánaða – 14 daga

4 ára

3 ára – 11 mánaða – 15 daga

4 ára – 11 mánaða – 14 daga

Túlkun niðurstaðna

Pegar niðurstöður eru túlkaðar þarf að athuga hvort frammistaða barnsins er talin áreiðanleg, þ.e. hvort barn hafi náð að sýna þá færni sem það býr yfir.

Atriði sem geta haft áhrif á niðurstöðu prófsins eru m.a. slæm aðstaða til prófunar, ónóg tenging milli barns og prófanda, ónóg sjálfstjórn barns og/eða heilsufarsvandamál. Í þeim tilvikum þarf að skima aftur eftir 2 vikur eða eins fljótt og hægt er.

Heildarstigafjöldi getur hæst orðið 100. Skoðið heildarstig barns og athugið hvort það fellur undir viðmiðunarmörkum eða áhættuviðmiðunarmörkum.

Viðmiðunarmörk

Stór hluti þeirra barna sem skora undir viðmiðunarmörkum eiga við raunverulegan vanda að stríða eins og þroskafrávik eða námsörðugleika. Það skiptir miklu máli að átta sig á því hvar vandi barnsins liggur til að geta vísað því í frekara mat eða komið með ráðleggingar varðandi íhlutun fyrir barnið.

2½ árs þroskaskimun

Aldur	Möguleg stig	Viðmiðunarmörk
2-6 til 2-8	100	<72
2-9 til 2-11		<76

4 ára þroskaskimun

Aldur	Möguleg stig	Viðmiðunarmörk
4-0 til 4-3	100	<58
4-4 til 4-7		<72
4-8 til 4-11		<80

Áhættuviðmiðunarmörk

Nokkrir prófhlutar hafa meiri forspá um vanda en aðrir. Samtala þeirra hluta getur frekari vísbendinu um vanda. Ef samtala barnsins er undir áhættuviðmiðunarmörkum þarf að vísa því í frekara mat.

2½ árs þroskaskimun

Aldur	Prófhluti	Möguleg stig	Áhættuviðmiðunarmörk
2-6 til 2-8	<i>Þekkir líkamshluta</i> 2B	47	<34
	<i>Skilur notkun hluta</i> 4B		
2-9 til 2-11	<i>Endurtekur setningar</i> 5B		<35
	<i>Myndaorðaförði</i> 10B		
	<i>Fleirtala og þátíð</i> 11B		

4 ára þroskaskimun

Aldur	Prófhluti	Möguleg stig	Áhættuviðmiðunarmörk
4-0 til 4-3	<i>Veitir persónulegar upplýsingar</i> 1B	47	<25
	<i>Litabekking</i> 2B		
4-4 til 4-7	<i>Sjónræn aðgreining</i> 4B		<36
	<i>Talning</i> 7B		
4-8 til 4-11	<i>Talnaskilningur</i> 10B		<39

Til að meta hvort barnið þurfi frekara mat, tilvísun eða hvort allt sé með felldu skal fylgja leiðbeiningum í handbók um túlkun BRIGANCE. Einnig taka mið af niðurstöðum úr PEDS, fyrri áhyggjum, klínísku mati og upplýsingum frá leikskóla. Athuga að í þeim tilvikum sem skor er undir viðmiðunarmörkum og fjórir áhættuþættir til staðar, að fresta ekki að senda barn í greiningu nema að klárlega að ekki séu áhyggjur að þroska barnsins.

Áhættuþættir

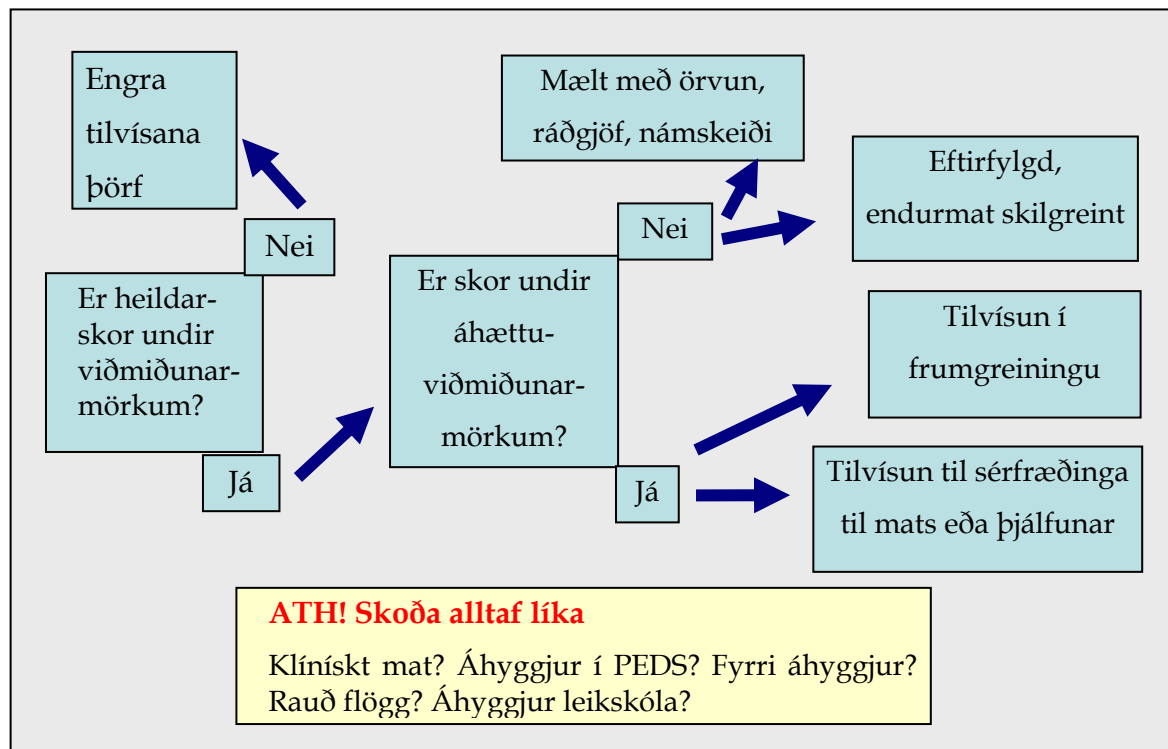
Því fleiri áhættuþættir sem eru til staðar hjá fjölskyldum, því meiri líkur eru á seinkun í þroska, minni greind og slakari frammistöðu í skóla. Þegar viðmiðunarskor eru skoðuð verður að hafa í huga að lágt skor gæti hafa stafað af ónógri örvun eða öðrum aðstæðum hjá fjölskyldu en ekki vegna raunverulegs þroskavanda barnsins.

Ef saga eða vísbendingar eru um hamlandi félagslega erfiðleika eða frávik í fjölskyldu skal íhuga hvort vísa þarf foreldrum í ráðgjafaviðtöl, aðstoð félagsþjónustu, uppeldisnámskeið eða önnur viðeigandi úrræði.

Ef barn er ekki í leikskóla og vísbendingar um ónóga örvun heima, skal auk viðeigandi fræðslu mæla með leikskóla fyrir barnið.

Skref í túlkun niðurstaðna

Almennt er óhætt að nota eftirfarandi töflu sem viðmið við túlkun niðurstaðna.



Ítarefni

- Brigance, A.H. (2008). *BRIGANCE Þroskaskimun fyrir 2 ½ árs börn, EPS II*. Reykjavík: Námsmatsstofnun og Landlæknisembættið.
- Brigance, A.H. (2008). *BRIGANCE Þroskaskimun fyrir 4 ára börn, PS II*. Reykjavík: Námsmatsstofnun og Landlæknisembættið.
- Geir Gunnlaugsson og Evald Sæmundsen (2005). Að finna frávik í þroska og hegðun fimm ára barna. Í *Ungir Íslendingar í ljósi vísindanna* (bls. 237-245). Reykjavík: Umboðsmaður barna og Háskóli Íslands.
- Glascoe, F.P. (2008). *Technical Report for the BRIGANCE SCREENS*. Reykjavík: Námsmatsstofnun og Landlæknisembættið.
- Glascoe, F.P. (2001). Are Overreferrals on Developmental Screening Tests Really a Problem? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155, 54-59.
- Glascoe, F.P. (2000). Early Detection of Developmental and Behavioral Problems. *Pediatrics in Review*, 21, 272-280.
- Glascoe, F.P. (2000). Evidence-based approach to developmental and behavioural surveillance using parents' concerns. *Child: Care, Health and Development*, 26(2), 137-49.
- Glascoe, F.P. (1999). Using parents' concerns to detect and address developmental and behavioral problems. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 4(1), 24-35.

- Glascoe, F.P. (1999). The value of parents' concerns to detect and address developmental and behavioural problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 35(1), 1-8.
- Glascoe F.P., Oberklaid F., Dworkin PH. og Trimm F. (1998). Brief Approaches to Educating Patients and Parents in Primary Care. *Pediatrics*, 101(6):p. e10.
- Glascoe, F.P. (1998). *Technical Report for the BRIGANCE SCREENS*. North Billerica, MA: Curriculum Associates, Inc.
- Haslam, R. (1996) The Nervous System. Í Behrman, Kliegman, Arvin (ritstj.), *Nelson Textbook of Pediatrics* (bls 1667-1673). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Marcias M., Glascoe F.P. (2003). Implementing the AAP's new policy on developmental and behavioral screening. *Contemporary Pediatrics*, 4, 85.
- BRIGANCE Early Childhood Screening (vefsetur) www.brigance.com

A. Upplýsingar um barn

Nafn barns _____
 Nafn foreldris _____
 Heimilisfang _____
 Póstnúmer _____
 Ár _____
 Dagssetning _____
 Fæðingardagur _____
 Aldur _____
 Heilsugæslustöð _____
 Próflandi _____

Skráningarblað – BRIGANCE 2½ árs

B. Proskaskimun

Bláðsða	Próflut	Fæmi, Dragðu hring um atnið ef fæmil er nó. Skráð athugasemdir ef ástæða er til.	Fjöldi réttra atniða	Gildi atniðs	Stig barns
3	1B	Veitir persónulegar upplýsingar. 1. Skirnarnafn 2. Kyn 3. Aldur		2 stig hvert	/6
4	2B	Þekkir líkamshluta. – Hættið eftir tvö röng svör í röð. – Bendir á eða snertir 1. Fingur 2. Tennur 3. Tær 4. Háls 5. Magi 6. Þumalfingur		1,5 stig hvert	/9
5	3B	Grófhreyfingar. – Hættið eftir tvö röng svör í röð. 1. Gengur á lánum þrjú skref 2. Gengur áfram þrjú skref hæð-há 3. Stendur á öðrum fæti í eina sekúndu		3 stig hvert	/9
7	4B	Þekkir nokkun hluta. 1. Eldavél 2. Úlpa 3. Litur		3 stig hvert	/9
9	5B	Endurtekur setningar 1. Þrjú atkvæði 2. Fjórir atkvæði 3. Fimm atkvæði		3 stig hvert	/9
11	6B	Samhæfing sjónar og handa 1. Heldur á litbjánti með fingrum (geitð rangt fyrir þverhandargrip (í hneta)) 2. Notar alltaf sömu hönd 3. Teiknar nokkuð þekjanlega mynd sem hefur merkingu fyrir barnið en ekki endilega fyrir fullorðna		3 stig hvert	/9
13	7B	Magnhugtök 1. Skilur einn/einn í viðbót 2. Bendir á stórar kisur 3. Bendir á litlar kisur		3 stig hvert	/9
15	8B	Byggir turn úr kubbum – Hættið eftir hver tilraunir án árangurs. 1. 4 kubbir 2. 5 kubbir 3. 6 kubbir 4. 7 kubbir 5. 8 kubbir		2 stig hvert	/10
17	9B	Parar titi – Hættið eftir tvö röng svör í röð. Parar 1. Rauður 2. Blár 3. Grænn 4. Gulur 5. Appelsínugulur		2 stig hvert	/10
19	10B	Myndaorðaförð – Hættið eftir þrjú röng svör í röð. Þekkir og nefnir myndir af eftirfarandi 1. Tré 2. Fugl 3. Bollur 4. Litur 5. Sokkur		2 stig hvert	/10
21	11B	Fléirtala og þátíð 1. Fléirtala 2. Þátíð		5 stig hvert	/10

C. Fyrirgjöf

D. Til athugunar

1. Ríkjandi hönd: Hægri _____ Vinstri _____ Óvíst _____
2. Grip um bjánt með: Hneta _____ Fingur _____
3. Hæyrn virðist eðlileg: Já _____ Nei _____ Óviss _____
4. Sjón virðist eðlileg: Já _____ Nei _____ Óviss _____
5. Skráð athugasemdir

E. Ráðleggingar

Athugasemdir

Heildarstig =

/100

Sýnishorn
 Fjölföldun með öllu óheimil.

A. Upplýsingar um barn

Nafn barns _____

Nafn foreldris _____

Heimilisfang _____

Póstnúmer _____

Heilsugæslustíð _____

Proíandi _____

B. Proskaskimun

Bláðiða _____

Proíhluti _____

1B _____

2B _____

3B _____

4B _____

5B _____

6B _____

7B _____

8B _____

9B _____

10B _____

11B _____

C. Fyrirgjöf

Fjöldi rétra atriða _____

Gildi atriðis _____

Stig barns _____

Skráningarglað – BRIGANCE 4 ára

Ár _____

Dagsetning _____

Fæðingardagur _____

Aldur _____

D. Til athugunar

1. Ríkjandi hönd: Hægri _____ Vinstri _____ Övist _____

2. Grip um blyant með: Hnafa _____ Fingrum _____

3. Heyrn virðist eðlileg: Já _____ Nei _____ Öviss _____

4. Sjón virðist eðlileg: Já _____ Nei _____ Öviss _____

5. Skráð athugasemdir _____

E. Ráðleggingar

1. Mál er skiljanlegt _____

2. Talar í heilum setningum, minnst þriggja orða _____

3. Hættir í líkamshluta _____

4. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

5. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

6. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

7. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

8. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

9. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

10. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

11. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

12. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

13. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

14. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

15. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

16. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

17. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

18. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

19. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

20. Hættir í líkamshluta með nafni sem bent er á: _____

Sjötti kafli

6 Fræðsla og forvarnir

6.1 NÆRING UNGBARNA

Í þessum kafla er fjallað um næringu ungbarna. Ekki er um tæmandi umfjöllun að ræða heldur hagnýtar leiðbeiningar sem styðjast má við í daglegu starfi í ungbarnavernd.

Bent er á meðfylgjandi heimildalista en þar er að finna mikið af góðu og fræðilegu efni um næringu ungbarna. Sérstaklega skal bent á bæklinginn „Næring ungbarna“ og mælt með, að heilbrigðisstarfsmenn kynni sér hann vel og að öllum foreldrum sé afhentur sá bæklingur fyrir eða sem fyrst eftir fæðingu.

Brjóstamjólk

Mælt er með brjóstamjólk eingöngu strax frá fæðingu sem fullkominni næringu til sex mánaða aldurs ef kostur er, auk þess sem D vítamín er gefið frá 1-2 vikna aldri. Ráðleggingin er í samræmi við alþjóðlegar og norrænar ráðleggingar um næringu ungbarna. Ef brjóstamjólkinn ein nægir ekki af einhverjum ástæðum er mælt með að gefa þurrmjólk sem ábót eða byrja að gefa fasta fæðu frá 4 mánaða aldri. Mikilvægt er að styðja við fjölskylduna í að finna leið sem hentar hverju barni og fjölskyldu þess og virða þeirra ákvörðun, hver sem hún er.

Vísindalegar niðurstöður styðja að brjóstamjólkinn ein og sér sé besta fæðan fyrir heilbrigð börn fyrstu sex mánuðina. Frá sex mánaða aldri er mælt með brjóstamjólk ásamt annarri næringu út fyrsta árið og lengur þegar það hentar móður og barni. Auk næringarefna inniheldur brjóstamjólkinn ýmis efni sem hafa áhrif á þroska meltingarfæranna og starfsemi þeirra, vaxtarþætti, hormóna og efni sem örva ónæmiskerfið. Einnig er að finna í brjóstamjólk mótefni sem vernda barnið að nokkru leyti gegn sýkingum. Næringarinnihald brjóstamjólkur er breytilegt eftir næringarástandi móðurinnar og árstíðum, til dæmis er meira D-vítamín á sólríkum tímabilum, en brjóstamjólkinn fullnægir í langflestum tilfellum þörfum barnsins fyrir næringarefni fyrsta hálfa árið, að D-vítamíni undanskildu. Meðal annarra kosta brjóstagjafar má nefna samveru móður og barns, þægindi við næturgjöf, brjóstamjólkinn er ætíð fersk við rétt hitastig og síðast en ekki síst er hún ókeypis. Sjálfsagt er fyrir móðurina að huga að eigin mataræði og fylgja ráðleggingum Embættis landlæknis. Hollt fæði felur í sér fisk a.m.k. tvisvar í viku eða oftar, og daglegt mataræði sem veitir fimm skammta af grænmeti- og ávöxtum, a.m.k. tvo skammta af mjólkurmat (eða að daglegri kalkþörf sé mætt á annan hátt), teskeið af þorskalýsi, gróft brauð og kornmat, auk þess sem mælt er með að mjúk fita sé notuð fremur en hörð við matargerð og að salt sé notað í hófi. Lesa má um ráðleggingarnar m.a. á vef Embættis landlæknis (www.landlaeknir.is).

Aðrar mjólkurtegundir

Þeim börnum, sem af einhverjum ástæðum eiga þess ekki kost að fá móðurmjólk fyrstu sex mánuðina, er ráðlegast að gefa ungbarnaþurrmjólk (e. infant formula). Þurrmjólkin er járnrík og framleidd til að uppfylla næringarþörf barna sem eina fæðan fram til fjögurra til sex mánaða aldurs. Ekki er mælt með að börn fái venjulega kúamjólk á fyrsta árinu, bæði vegna lágs járninnihalds og lélegrar nýtingar járns frá kúamjólkinni auk þess sem magn próteina í kúamjólkinni eru langt umfram það sem æskilegt er fyrir ungbörn. Áður var ráðlagt að kúamjólk gæti tekið við af brjóstamjólk eða þurrmjólk við sex mánaða aldur, en rannsóknir hafa meðal annars sýnt að lélegur járnþúskaþur er tengdur kúamjólkurneyslu hjá eins árs og tveggja ára börnum, og er það í samræmi við erlendar rannsóknir og ráðleggingar. Í dag er því mælt með að gefa börnum íslenska stoðmjólk. Stoðmjólkin er tilbúin fersk mjólk, járnþett og ætluð börnum frá sex mánaða aldri fram að eins árs og allt að tveggja ára aldri. Ef foreldrar kjósa að draga úr brjóstagjöf eftir að barnið hefur náð sex mánaða aldri er mælt með stoðmjólk en að sjálfsögðu er í lagi sé barnið á brjósti, að það haldi áfram að fá brjóstamjólk með annarri fæðu án þess að annarri mjólk sé þett við allt fyrsta aldursárið. Við og eftir eins árs aldur er þó óhætt að börn byrji að fá nýmjólk eða mjólk með skertu fituinnihaldi í litlu magni, til dæmis út á grauta. Ekki er þá þörf á að þynna kúamjólk þegar hún er kynnt fyrir barni.

Föst fæða

Erfitt er fyrir barnið að neyta fastrar fæðu svo vel sé fyrstu mánuði ævinnar vegna sogviðbragðs, en tungan færir þá fram í munninn, þegar barnið kyngir. Um sex mánaða aldur hefur hæfileikinn til að flytja fæðu aftur í munninn og kyngja þroskast. Með aldrinum eykst einnig áhugi barnsins á mat, þó svo að flest börn taki nýrri fæðutegund eða nýju bragði með ákveðinni tortryggni í byrjun. Við sex mánaða aldur er byrjað að gefa barninu fasta fæðu. Hinsvegar, ef börn fá ekki næga næringu á brjóstamjólk eingöngu eða nærast eingöngu á þurrmjólk má byrja að kynna fyrir þeim fasta fæðu á aldrinum 4-6 mánaða. Ekki er ráðlagt að gera þetta fyrr en barnið hefur náð 4 mánaða aldri. Hérlandis hafa hrísmjölsgrautar gefið góða raun sem fyrsta fæða en einnig má byrja á grænmetis- eða ávaxtamauki. Mikilvægt er að byrja hægt og rólega, gefa lítið í einu til að byrja með og kynna barninu eina nýja fæðutegund í einu, með nokkurra daga millibili.

Vítamín

Lengi vel hafa ungbörnum verið gefnir AD-vítamíndropar. Í raun er það D-vítamín sem þarf að bæta í fæðið en ekki A-vítamín. Útreikningar á inntöku A vítamíns meðal hérlandra ungbarna sýna að betra er að sleppa A-vítamíni aukalega í bætiefni og láta það A-vítamín nægja sem kemur með brjóstamjólk og annarri fæðu ungbarnsins. A-vítamín er sérlega mikilvægt fyrir þroska

fósturs og ungbarns og reyndar fyrir flestar frumur líkamans allt lífið. A-vítamín er nauðsynlegt fyrir þekjuvef og er þannig meðal annars vörn gegn sýkingum, einnig er það nauðsynlegt fyrir vöxt og viðhald beina, og fyrir sjón, svo dæmi séu nefnd. D-vítamín er nauðsynlegt fyrir upptöku og nýtingu á kalki og fyrir uppbyggingu og viðhald á beinvefjum líkamans. Líkaminn framleiðir D-vítamín fyrir áhrif útfjólublárra geisla á húð. Skortur á D-vítamíni getur valdið beinkröm.

Að jafnaði fá ung börn nægjanlegt magn A-vítamíns úr brjóstamjólki og síðar úr fæðunni en nauðsynlegt er að taka til viðbótar inn D-vítamín. Þessari þörf má mæta með D-vítamíndropum frá 1-2 vikna aldri. Í mörgum rannsóknum hefur verið sýnt fram á að þar sem sólar nýtur eins lítið við og á Íslandi inniheldur brjóstamjólki ekki nægjanlega mikið magn af D-vítamíni til að koma í veg fyrir beinkröm, jafnvel þó styrkur vítamínsins í íslenskri brjóstamjólki hafi mælst hærri en erlendri, líklega vegna lýsisinntöku mæðranna. Magn A-vítamíns í brjóstamjólki er aftur á móti nægjanlegt til að mæta þörfum ungbarnsins.

Til eins árs aldurs er ráðlagður dagskammtur (RDS) af A- vítamíni 400 míkrogrömm, og af D-vítamíni 10 míkrogrömm (hver dropi af D-vítamíndropum veitir 2 míkrogrömm) eða sem nemur teskeið (5 ml) af krakkalýsi. Krakkalýsið er framleitt með þarfir ungra barna í huga þar sem meðal annars er tekið tillit til þess að RDS barna fyrir A-vítamín er lægri en fullorðinna. Síður er mælt með þorskalýsi fyrir ung börn en A-vítamín magn í því er herra en í krakkalýsi (sjá töflu). Ekki er mælt með því að börnum sé gefið ufsalýsi þar sem A- og D-vítamín magn er mjög hátt og magn æskilegra fitusýra hlutfallslega lágt miðað við aðrar lýsistegundir. Ekki er lengur ástæða til að gefa C-vítamín sérstaklega, eins og gert var á þeim tíma, þegar ungbörnum var gefið kúamjólkbland. Oft er nauðsynlegt að gefa fyrirburum fjölvítamín og járn fyrstu mánuði ævinnar, en slíkt er ákveðið við útskrift af sjúkrahúsi.

A- og D-vítamín magn í LIVOL-D dropum og mismunandi lýsistegundum.

	LIVOL - D *	Krakkalýsi **	Þorskalýsi **	Ufsalýsi **
	5 dropar	5 ml (teskeið)	5 ml (teskeið)	5 ml (teskeið)
A-vítamín µg	0	138	230	460
D-vítamín µg	10	9,2	9,2	18,4

Samkvæmt upplýsingum frá *Icepharma og **Lýsi hf. 2011.

Hér á landi fást D-vítamíndropar, Baby Ddrops, sem eru mun sterkari en Livol droparnir og gilda aðrar ráðleggingar fyrir þá. Droparnir innhalda 400 iu eða 10 µg pr. dropa sem er ráðlagður dagskammtur af D-vítamíni. Samkvæmt umbúðum er ráðlagt að setja einn dropa á geirvörtu eða snuð og barni leyft að sjúga í a.m.k. 30 sekúndur. Einnig er hægt að setja dropann í formúlu, djús eða aðra fæðu.

Járn

Brjóstamjólki inniheldur lítið af járn, rétt eins og kúamjólki, en frásog járns úr brjóstamjólki er mun meira en úr kúamjólki. Brjóstamjólki, ásamt járnbirgðum

fullburða barns við fæðingu, veitir nægilegt járn til vaxtar og viðhalds fyrstu sex mánuði ævinnar. Sé brjóstamjólki ekki aðgengilegt er æskilegt að nota járnþetta ungbarnapurmjólki. Eftir sex mánaða aldur er járnþúskapur barna í hættu vegna þess að þær birgðir sem barnið fæðist með eru uppurnar og önnur fæða barnsins, t.d. spónamatur, grautar o.þ.h., inniheldur oft lítið og/eða óaðgengilegt járn. Þess vegna er mikilvægt að gefa barninu stoðmjólki sem er járnþetta, en sú járnþætting er hófleg svo engin hættu er á of miklu járn. Brjóstabarni nægir hins vegar föst fæða sem er rík af járn, fyrst járnþettir barnamjólsgrautar og síðar fiskur, kjöt og stundum innmatur, eftir því sem barnið eldist. Ekki er ástæða til að ætla að heilbrigð ungbörn hér á landi, sem nærast samkvæmt þessum leiðbeiningum, líði járnskort og því alls engin ástæða til að gefa þeim járn aukalega. Annað gildir um fyrirbura, sem hafa litlar járnbirgðir, vaxa hratt og þurfa því járn aukalega fyrstu mánuðina.

Áhrif næringar á þróun ofnæmis

Því hefur verið haldið fram, að brjóstgjöf svo og það að bíða með að gefa barninu ákveðnar fæðutegundir, hafi fyrirbyggjandi áhrif hvað ofnæmi varðar. Hugsanlega má fresta ofnæmiseinkennum hjá barni, sem telst í áhættuhópi vegna þess að það á ættingja með ofnæmi, með því að gefa brjóstamjólki eingöngu, auk D-vítamíns fyrstu sex mánuðina. Skoðanir eru þó skiptar hvað varðar brjóstgjöf og ofnæmi. Kúamjólkuofnæmi kemur yfirleitt fram á fyrsta aldursári og er líklegra hjá börnum sem hafa fengið kúamjólkurafurð fyrir þriggja mánaða aldur, en ofnæmið eldist af flestum börnum fyrir þriggja ára aldur. Almennt er mælt með, að sé um ofnæmi hjá nánustu ættingjum (foreldrum, systkinum) að ræða, er ráðlegt að bíða með að gefa barninu kúamjólki, egg, fisk, baunir og hnetur þar til eftir eins árs aldur, og að móðirin forðist að borða sterka ofnæmisvaka, svo sem egg og fisk, meðan hún hefur barn á brjósti.

Frá fæðingu til sex mánaða

Fyrstu sex mánuðina þarf barnið eingöngu brjóstamjólki, ásamt D-vítamíni frá 1-2 vikna aldri. Til að örva mjólkurmyndunina, þegar þess er þörf vegna vaxandi orkuþarfar barnsins, er nauðsynlegt að leggja barnið oft á brjóst. Mikilvægt er að veita móðurinni stuðning og ráðgjöf varðandi brjóstgjöfina. Það getur þó komið fyrir að brjóstgjöf sé ekki möguleg eða brjóstamjólkin nægi ekki. Í þeim tilvikum er ráðlagt að gefa ungbarnapurmjólki. Einnig er hægt að byrja að kynna fyrir barni fasta fæðu frá fjögurra mánaða aldri. Áður var ráðlagt að byrja að gefa fasta fæðu á aldursbilinu 4-6 mánaða en alls engin nauðsyn er til þess ef barnið dafnar eðlilega og er vært. Ráðlagt er að gefa engar sykraðar eða sætar vörur og að setja aldrei hunang á snuð barnsins. Börn geta fengið bótúlisma og veikst alvarlega af því að borða hunang. Því eru foreldrar varaðir við því að gefa börnum yngri en 12 mánaða hunang, en það getur innihaldið dvalargró *Clostridium botulinum*-sýkilsins.

Sex til níu mánaða

Á þessu aldursbili má byrja að gefa barninu spónamat, eins og grauta og

maukaðan mat, ávexti og grænmeti. Byrjað er að nota grauta úr hrísmjöli og er mikilvægt að nota mjöl, sem ætlað er ungbörnum. Best er að velja hreint mjöl, það er sértílbúinn ungbarnagraut, sem er járn- og vítamínbættur og án aukabragðefna. Auk hrísmjölsgrauta má smátt og smátt bjóða börnum á þessum aldri upp á graut úr byggi, haframjöli, hirsu, hveiti og rúgi. Varað er við sætum blöndum úr pakka. Einnig má gefa barninu soðið og maukað grænmeti, svo sem kartöflur, gulrætur og rófur, og soðna og maukaða ávexti svo sem banana, epli og perur. Af öðru grænmeti má svo smátt og smátt bæta við spergilkáli (brokkólí), blómkáli, maískorni og grænum baunum. Best er að nota ferskt eða fryst grænmeti, en allt grænmeti þarf að sjóða. Út á grauta, grænmetismauk og annan fitusnaðan mat má bæta fitu, eins og t.d. hálfri til einni teskeið af matarolíu. Snemma á þessu tímabili má byrja að gefa barninu að smakka kjöt en bíða með fisk og egg til 7-8 mánaða aldurs. Gott er að nota soðvatnið og olíu eða smjör til að mauka með. Ráðlegt er að hafa barnið áfram á brjósti en fyrir þau börn sem hafa fengið pela er rétt að fara að draga úr pelanotkun og hætta næturgjöfum.

Níu til tólf mánaða

Barn á þessum aldri er fært um að borða flestan almennan, hollan mat sem ekki er mikið saltaður og kryddaður. Gefa má barninu venjulegan hafragraut og brauð, þó að gott sé að nota áfram járnþetta graut á meðan fjölbreytni fæðunnar er að aukast. Flest grænmeti má barnið fá og nú má bæta við súrum ávöxtum eins og appelsínum og kíví. Einnig má gefa barninu slátur og er rétt að hafa í huga að innmatgur er mjög járnrík fæða. Ekki er lengur þörf á að mauka matinn fyrir barnið, yfirleitt nægir að stappa hann eða brytja mjög smátt. Smátt og smátt lærir barnið að tina matinn upp í sig sjálf og sitja til borðs með öðrum í fjölskyldunni og eykur það oft matarlyst þess að borða um leið og aðrir.

Auk brjóstamjólkur má byrja að gefa barninu kúamjólk í hófi, t.d. ósoðna og óblandaða út á grauta og í annan mat en ekki er ráðlegt að byrja að gefa kúamjólk sem drykk. Einnig má byrja að gefa barninu aðrar mjólkurvörur í hófi eins og hreint jógúrt, súrmjólk og AB-mjólk. Kúamjólkurvörur eru próteinríkar og mikil neysla þeirra leiðir til óþarflega og stundum óæskilega mikils magns próteina í fæðunni. Þar sem mjólkurvörur eru fremur járnnaðar og mikilvægt er fyrir barnið að fá járnríka næringu á þessum aldri, er áriðandi að vanda til annarra fæðutegunda þegar barnið er byrjað að borða úr öllum fæðuflokkum. Bíða má með skyr þar til amk eftir eins árs. Ef mikið er neytt af próteinríkum mjólkurvörum snemma verður heildarmagn próteina í fæði mjög hátt, sem er óæskilegt m.a. er það tengt þróun ofþyngdar og offitu við upphaf skólagöngu. Þar sem úrval mjólkurvara eykst mjög hratt hér á landi, verða ekki nefndar hinar ýmsu tegundir sem eru á markaðnum, heldur einungis að átta til tólf mánaða gamalt barn má borða flestar tegundir mjólkurvara. Þó skal hafa í huga að hvað varðar barn á fyrsta ári er rétt að velja stoðmjólk en forðast fljótandi mjólkurvörur til drykkjar, sem og fituskertar, sykraðar mjólkurafurðir og mjólkurafurðir með gervisykri/sætuefni.

Áhættuhópar

Á síðastliðnum áratugum hefur börnum af erlendum uppruna fjölgað mjög á Íslandi, ættleiddum börnum svo og börnum erlendra mæðra, sem flust hafa hingað. Hafa ber í huga, að börn með dökkan húðlit, sem búa þar sem sólar nýtur jafn lítið við og á Íslandi, þurfa sérstaklega á D-vítamíni að halda. Það hefur sýnt sig á síðari árum hjá þeim þjóðum, þar sem mikið er af innflytjendum, að flest þeirra barna sem lögð eru inn á sjúkrahús með beinkröm af völdum D-vítamínskorts eru börn innflytjenda með dökkan húðlit. Einnig er rétt að benda á hættuna á járnskorti vegna einhæfrar fæðu. Þá er einnig nauðsynlegt að hafa möguleikann á mjólkursykurópoli í huga en slíkt ópol er margfalt algengara meðal dökkra manna en hvítra. Hafa ber þó í huga að arfgengt mjólkursykurópol byrjar yfirleitt ekki að þróast fyrr en í fyrsta lagi eftir að eins árs aldri er náð, og oftast ekki fyrr en nokkrum árum síðar.

Tilbúinn barnamat

Mikið er á markaðnum af tilbúnum mat fyrir ung börn. Gæðin eru misjöfn og skiptir því miklu að hvetja foreldra til að kynna sér innihaldslýsingar vel. Ekki er ástæða til að forðast tilbúinn barnamat algjörlega, en ekki er heldur gott að hann sé eina fæða barnsins. Þegar mikið liggur við, til dæmis á ferðalögum, getur verið heppilegt að grípa til tilbúnnar fæðu fyrir barnið. Einnig hefur hér á undan verið mælt með því að nota tilbúna ungbarnagrauta, sem eru járn- og vítamínbættir. Tilbúin ungbarnafæða er hinsvegar yfirleitt mjög maukuð og einhæf. Því getur verið óheppilegt að nota slíka fæðu daglega, sérstaklega eftir átta mánaða aldur, þegar barnið þarf að venjast venjulegum mat sem er grófari.

Óæskileg fæða fyrir ung börn

Börnum á fyrsta ári ætti ekki að gefa fituskertar mjólkurvörur, svo sem léttmjólk, undanrennu og fjörmjólk. Flestar tegundir grænmetis má gefa ungum börnum en þó segir reynslan að rétt sé að forðast hvítkál, lauk, rabbarbara og spínat. Unnar kjötvörur og önnur tilbúin fæða, sem ekki er sérstaklega ætluð börnum, er óæskileg og forðast ber að nota borðsalt í mat barna. Mikilvægt er að vara við að gefa börnum hnetur, brjóstsykur, poppkorn eða aðra harða bita, sem gætu staðið í þeim. Einnig ber að vara við notkun sætra drykkja, svo sem epla- eða sólberjasafa.

Inga Þórsdóttir næringarfræðingur

Heimildir

Alexander J., Anderssen S.A., Aro A., Becker W., Fogelholm M., Lyhne N., Meltzer H.M., Pedersen J. og Inga Þórsdóttir (2004). *Nordic Nutrition Recommendations - Integrating nutrition and physical activity*. Nordic Council of Ministers (4. útg.). Nord:13. ISBN 92-893-1062-6.

- Anna S. Ólafsdóttir, Wagner K.H., Inga Þórsdóttir og Elmadfa I. (2001). Fat-soluble vitamins in maternal diet, influence of cod liver oil supplementation and impact of the maternal diet in human milk. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 45, 265-272.
- Björn S. Gunnarsson, Inga Þórsdóttir og Gestur Pálsson (2004). Iron status in 2-year-old Icelandic children and association with dietary intake and growth. *European Journal of Clinical Nutrition*; 58, 901-906.
- Bryndís E. Birgisdóttir, Hill J.P., Atli V. Þórsson og Inga Þórsdóttir (2006). Lower consumption of cow milk protein A1 β -casein at 2 years of age, rather than consumption among 11-to 14-year-old adolescents, may explain the lower incidence of type 1 diabetes in Iceland than in Scandinavia. *Annals of Nutrition & Metabolism*; 50, 177-183
- Bryndís E. Birgisdóttir, Hill J.P., Harris D.P. og Inga Þórsdóttir (2002). Variation in consumption of cow milk proteins and lower incidence of type 1 diabetes in Iceland vs the other Nordic countries. *Diabetes, Nutrition & Metabolism*, 15, 240-245
- Hay G., Lande B., Gronn M., Wathne K.O., Alexander J., Kolset S.O. og Saugstad O.D. (2001). *Anbefalinger for spedbarnsernæring - Til helsepersonell*. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Oslo: Zoom Grafisk AS.
- Horta, B.L., Bahl, R., Martinés, J.C. og Victora, C.G. (2007). *The evidence of long-term effect of breastfeeding*. World Health Organization.
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241595230/en/
- Iggman D., Bryndís Birgisdóttir, Ramel A., Hill J. og Inga Þórsdóttir (2003). Difference in cow's milk consumption between Iceland and the other Nordic countries and possible connection to public health. *Scandinavian Journal of Clinical Nutrition*; 47,194-198
- Inga Þórsdóttir, Hill J. og Ramel A. (2004). Omega-3 fatty acid supply from milk associates with lower type 2 diabetes in men and coronary heart disease in women. *Preventive Medicine*, 39, 630-634
- Inga Þórsdóttir, Björn S. Gunnarsson, Hildur Atladóttir, Michaelsen K.F. og Gestur Pálsson (2003). Iron status at 12 months of age – effects of body size, growth and diet, in a population with high birth weight. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 505-513.
- Inga Þórsdóttir, Hildur Atladóttir og Gestur Pálsson (2000). *Mataræði íslenskra ungbarna 1995-2000*. Rannsóknastofa í næringarfræði og Háskólaútgáfan, Reykjavík. ISBN 9979-54-439-2.
- Embætti landlæknis (2013). *Ráðleggingar um mataræði og næringarefni fyrir fullorðna og börn frá tveggja ára aldri*.
<http://www.landlaeknir.is/utgefid-efni/skjal/item11479/>
- Manneldisráð og Miðstöð heilsuverndar barna (2003). *Næring ungbarna*. Reykjavík: Svansprent.
- Nordic Council of Ministers (2004). *Nordic Nutrition Recommendation integrating nutrition and physical activity* (4. útg.). (NNR). Copenhagen.
- Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen (2007). *Mad til spædbørn & småbørn – fra skemad til familiemad*. Copenhagen: Narayana Press.

Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning (2005).

Anbefalinger for spædbarnets ernæring – vejledning til sundhedspersonale. .

Copenhagen: Narayana Press

World Health Organization (2001). *The optimal duration of exclusive breastfeeding.*

Report of an expert consultation. Department of nutrition for health and development & Department of child and adolescent health and development: Geneva, Switzerland.

http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf

6.2 BRJÓSTAGJÖF

Móðurmjólkin er ótvírætt besta næring sem hægt er að bjóða nýfæddum börnum enda er hún sérsniðin handa þeim frá náttúrunnar hendi. Fjölmargar rannsóknir hafa sýnt fram á kosti brjóstamjólkur sem fullkominnar næringar fyrir barnið a.m.k. fyrstu sex mánuðina og Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) mælir með áframhaldandi brjóstagjöf með annarri fæðu í allt að tvö ár eða lengur.

Brjóstagjöf er talin eiga stóran þátt í að tengja móður og barn tilfinningaböndum auk þess sem þessi líkamlega nálægð veitir barninu hlýju og öryggi. Móðir sem brjóstfæðir barn sitt er fljótari að ná sér líkamlega eftir fæðingu þar sem að sog barnsins stuðlar að því að legið dragist saman.

Móðurmjólkin er alltaf til staðar, við rétt hitastig, án aukaefna eða sýkla, auðmeltanleg og kostar ekki neitt. Meltingarfæri barnsins eru óþroskuð og viðkvæm við fæðingu. Brjóstamjólkin veitir yfirborðsvernd, fóðrar meltingarveginn og þannig fæst mikilvæg vörn gegn ýmsum sýkingum, s.s. í meltingar- og öndunarferum. Næringargildi brjóstamjólkurinnar fylgir þroska barnsins hverju sinni og segja má að nýburinn fái sína fyrstu bólusetningu með broddinum sem er fullur af lífsnauðsynlegum efnum.

Brjóstagjöf:

- Eflir tengslin á milli móður og barns.
- Er fullkomnasta næring kornabarnsins.
- Ver barnið gegn fjöldamörgum sjúkdómum í gegnum broddinn.
- Minnkar líkur á ýmsum sjúkdómum eins og niðurgangi, miðeyrnabólgu, loftvegssjúkdómum, sjúkdómum í maga og þörmum og þarmadrepsbólgu.
- Eflir líkamlegan og andlega þroska barns.
- Eykur líklega greind og hraðar sjónþroska.
- Minnkar hættu á ofþornun og ófullnægjandi næringu þegar barnið er veikt og flýtir þar með fyrir bata.
- Virkar til lengri tíma fyrirbyggjandi á fjölda langvarandi sjúkdóma og ástands, t.d. offitu, sykursýki, háan blóðþrýsting, krabbamein, liðagigt, Crohns sjúkdóm og ofnæmi.
- Hefur jákvæð áhrif á heilsu móður og hefur fyrirbyggjandi áhrif á t.d. brjóstkrabbamein og eggjastokkkrabbamein ásamt því að minnka líkur á andlegri vanlíðan eftir fæðingu.
- Eykur bilið á milli fæðinga með því að virka sem náttúruleg getnaðarvörn, legið dregst líka hraðar saman eftir fæðingu.
- Er ódýr bæði fyrir fjölskylduna og þjóðfélagið.
- Getur bjargað lífi.

10 þrep til velheppnaðrar brjóstagjafar:

Sameiginleg yfirlýsing Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) og Barnahjálpar Sameinuðu þjóðanna (UNICEF) um barnvænar sjúkrastofnanir (*Baby Friendly Hospital Initiative*) er eftirfarandi.

Sérhver stofnun sem sinnir mæðravernd og umönnun nýfæddra barna skal:

1. Hafa skriflega stefnu varðandi brjóstagjöf sem miðlað er reglulega til heilbrigðisstarfsfólks.
2. Þjálfar allt heilbrigðisstarfsfólk í vinnuaðgerðum sem nauðsynlegar eru til að framfylgja þessari stefnu.
3. Fræða allar barnshafandi konur um kosti brjóstagjafar og hvernig er best að standa að henni.
4. Aðstoða móður við fyrstu brjóstagjöf innan hálftrar stundar frá fæðingu.
5. Sýna mæðrum hvernig á að leggja á brjóst og hvernig hægt sé að viðhalda mjólkurmyndun jafnvel þó að móðir og barn séu aðskilin.

6. Ekki gefa nýfæddum börnum aðra fæðu eða vökva en brjóstamjólk nema heilsufarsleg rök liggi að baki.
7. Hafa sólarhringssamveru, leyfa móður og barni að vera saman allan sólarhringinn.
8. Hvetja til að börnum sé gefið brjóst þegar þau vilja.
9. Ekki gefa nýfæddum börnum sem eru á brjósti snuð eða túttur.
10. Styðja uppbyggingu stuðningshópa við brjóstagjöf og vísa mæðrum á þá við útskrift af fæðingarstofnun.

Kostir brjóstagjafar

Kostir brjóstagjafar fyrir barnið

Mesti og áhrifaríkasti ávinningur brjóstagjafar fyrir ungbarnið eru áhrifin á heilbrigði þess. Brjóstabörn verða síður veik og fjöldi rannsókna staðfesta að dánartíðni ungbarna er meiri hjá þeim sem nærast á þurrmjólk en þeirra sem nærast á brjóstamjólk. Þetta á sérstaklega við í þróunarlöndunum vegna fátæktar, skorts á hreinlæti og takmarkaðrar menntunar mæðra. Rannsóknir hafa þó sýnt að hættan á skyndidauða ungbarna er hærri hjá þeim börnum sem ekki nærast á brjóstamjólk. Brjóstagjöf stuðlar líka að góðum tilfinningatengslum móður og barns og margir líta á þennan tíma sem einn mikilvægasta og ánægjulegasta á ungbarnaskeiðinu.

Brjóstabörn fá sjaldnar loftvegssýkingar, miðeyrnabólgu og meltingarfærasýkingar, þar með talið sjúkdóma sem valda niðurgangi en börn sem fá ekki brjóstamjólk. Á fyrstu sex mánuðunum eru þessir sjúkdómar sjaldgæfari hjá þeim börnum sem eru eingöngu á brjósti samanborið við þau börn sem fá brjóst að hluta eða ekki neitt.

Verndandi áhrif brjóstamjólkur fyrir sýkingum má skipta í tvennt. Að hluta til eru áhrifin þannig að mjólkinn ver slímhúðina beint í efri loftvegi og meltingarvegi gegn sýkingum en auk þess verður betra ónæmisviðbragð í líkamanum hjá barninu þannig að minni líkur eru á því að sýklar nái að festast í sessi. Móðurmjólkinn örvar ónæmiskerfi barnsins og brjóstabörn fá t.d. betri ónæmissvörun eftir bólusetningu heldur en börn sem fá ekki móðurmjólk. Þessi örvun á ónæmiskerfi barnsins veitir langvarandi vörn gegn sýkingum sem heldur áfram eftir að barnið hættir á brjósti.

Þroski barns

Brjóstagjöf hefur einnig langtíma virkni á þroska barnsins, efnaskipti og sjúkdóma seinna á ævinni. Sjónþroski hjá brjóstabarni er betri en hjá barni sem ekki fær móðurmjólk. Á sama tíma hafa æ fleiri rannsóknir staðfest að vitsmuna- og hreyfiþroski brjóstabarna er betri en þeirra sem fá ekki brjóstamjólk. Skýringin er líklega líffræðileg, þar sem móðurmjólkinn, ólíkt þurrmjólkinni inniheldur langkeðju fjölómettaðar fitusýrur sem eru mikilvægar heilanum bæði til vaxtar og þroska. Ennfremur finnst kólesteról í

meiri styrkleika í móðurmjólkinni en í kúamjólki og þurrmjólki en kólesterólið er nauðsynlegt í uppbyggingu taugakerfisins.

Heilbrigði barns til langs tíma

Brjóstagjöf hefur verndandi áhrif hjá barninu fyrir mörgum langvarandi sjúkdómum seinna meir á ævinni, þar með talið ofnæmi, offitu, insúlínháðari sykursýki, hækkuðum blóðþrýstingi, krabbameini og bólgusjúkdómum í þörmum. Margar rannsóknir hafa sýnt fram á að minni líkur séu á að brjóstabörn séu í ofþyngd á barns- og unglingsaldri og að brjóstagjöfin verji mögulega gegn hjartasjúkdómum seinna á lífsleiðinni. Margir telja að brjóstamjólkinn geti minnkað líkur á því að kornabörn úr ofnæmisfjölskyldum þrói með sér ofnæmi og barnaexsem ef þau fá ekki þurrmjólk eða kúamjólkurafurðir fyrstu fjóra mánuði lífsins.

Kostir brjóstagjafar fyrir móðurina

Brjóstagjöf frestar því að blæðingar og egglos hefjist aftur eftir fæðingu, þannig að tímabilið á milli fæðinga getur aukist. Brjóstagjöf hefur verndandi áhrif gegn brjóstakrabbameini. Talið er að áhættan fyrir brjóstakrabbameini minnki um 4,3% fyrir hvert ár sem konan mjólkar og um 7% fyrir hverja fæðingu. Brjóstagjöf virðist líka minnka áhættuna á krabbameini í eggjastökkum og legi. Við brjóstagjöf losnar hormónið oxytocin sem að hefur áhrif á samdrátt legsins og flýtir því fyrir því að legið dragist saman eftir fæðingu.

Ráðgjöf og upplýsingar

Til þess að heilbrigðisstarfsfólk geti veitt ráðleggingar og upplýsingar um brjóstagjöf á sem faglegastan hátt, er nauðsynlegt að viðkomandi hafi sjálfur skýra afstöðu til brjóstagjafar en byggi ráðleggingar ekki á eigin reynslu og fordómum. Nauðsynlegt er að allt fagfólk styðjist við sömu leiðbeiningar sem byggðar eru á nýjustu þekkingu á hverjum tíma.

Brjóstagjöf er ekki meðfædd, heldur færni sem lærist og mæður tileinka sér. Margar frumbyrjur hafa aldrei séð barn á brjósti og hafa því þörf fyrir mikinn stuðning í byrjun brjóstagjafar. Fjölbyrjur geta haft slæma reynslu og upplifun af fyrri brjóstagjöf og þurfa því ef til vill hjálp við að leggja barnið á brjóst í upphafi. Mikilvægt er að leiðbeina móðurinni munnlega án þess að nota mikið hendurnar og án þess að grípa truflandi inn í brjóstagjöfina. Það hefur því mikið að segja að ráðleggingarnar sem veittar eru séu á forsendum móður og barns.

Stuðningurinn sem móðurinni er veittur þarf að fela í sér hvatningu, hlýju og nærgætni. Mikilvægt er að hjálpa móðurinni í að styrkja sjálföryggi hennar og trú á því að brjóstagjöfin heppnist. Hafa skal í huga að virða ávallt þá ákvörðun sem móðirin tekur varðandi brjóstagjöf, hver sem hún er.

Þó að brjóstagjöfin sé náttúrulegt fyrirbæri er það ekki sjálfgefið að móðirin geti eða vilji hafa barn sitt á brjósti. Það er því nauðsynlegt að styðja líka mæður sem einhverra hluta vegna geta ekki eða vilja ekki hafa barn á brjósti. Koma í veg fyrir sjálfsásökun og samviskubit, veita upplýsingar, sýna skilning og hvetja foreldra til að gefa barni pela í sömu stellingu og í brjóstagjöf til að ýta undir nálægð og tengslamyndun.

Upplýsingasöfnun við símaráðgjöf eða móttöku þegar upp koma erfiðleikar í brjóstagjöf

- Einkenni? Útilokið aðrar orsakir. Útiloka þarf aðrar líkamlegar ástæður fyrir vandanum, s.s. önnur veikindi móður (t.d. tengt fæðingu, þvagfærasýking, o.s.frv.)
- Hvenær byrjuðu einkennin og hversu lengi hafa þau staðið yfir? Mikilvægt að vita hvort konan hafi haft brjóstavandamál áður í þessari brjóstagjöf, fyrst og fremst með einkennum eins og þrota, roða og/ eða hita. Með því er hægt að meta hvort konan geti verið heima og hafið meðferð sjálf eða hvort vísa eigi henni áfram til brjóstagjafaráðgjafa eða læknis.
- Almennt ástand móður, hiti, verkir, svefn og hvíld, næringar- og vökvainntekt?
- Upplifun móður af brjóstagjöfinni? Tilfinningar tengdar brjóstagjöf, hræðsla, ótti, vanmáttur, verkir og stuðningur frá fjölskyldu.
- Útlit brjósta? Spyrjið um útlit brjósta bæði fyrir og eftir brjóstagjöf, hvort þrýstingur/spenna sé jafnmikil í báðum brjóstum, staðbundnir

þrymlar (hnútar), roði, hitaaukning, sár á geirvörtum (sár eykur áhættuna á brjóstasýkingu sérstaklega ef að þau eru lengi að gróa).

- Aldur barns? Fyrstu þrjá til fjóra dagana getur komið stálmi þegar mjólkinn er að koma í brjóstinn (þroti og hitahækkun).
- Hvernig þrífst barnið? Þvag og hægðir?
- Hvernig hegðar barnið sér við brjóstið? Grætur, tekur brjóstið? Tekur fyrst en rífur sig frá eða sleppir. Sofnar?
- Brjóstagjafatæknin? Staða og stelling, útlit geirvörtu fyrir og eftir gjöf, klemmd, aflöguð, litur?
- Brjóstagjafamynstrið? Tíðni, lengd, hversu langt á milli gjafa? Hver ákveður hvenær gjöfinni er lokið (móðir vs. barn). Hafa orðið einhverjar breytingar á brjóstagjafamynstrinu? Ef engar og brjóstagjafatæknin er góð, er mikilvægt að hvetja móður til að halda áfram brjóstagjöf.
- Ábótargjöf? Þurrmjólk, vatn, smakk af graut eða mauki?
- Hjálpartæki? Mjaltavél, mexicanahattur, hjálparbrjóst, peli eða snuð?
- Hvaða meðferðir eru þegar hafnar eða hafa staðið yfir? Hvar fékk konan ráðleggingar varðandi brjóstagjöf? Fær móðir þann stuðning sem hún þarf á að halda?

Leiðbeiningar til mæðra sem hafa ekki reynslu af brjóstagjöf:

Mikilvægt er að veita mæðrum sem hafa hvorki þekkingu né reynslu af brjóstagjöf eftirfarandi upplýsingar.

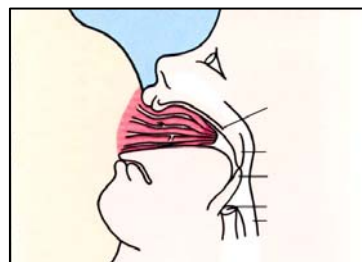
- Broddurinn er einstakur og uppfyllir fullkomlega þarfir nýburans, svo lengi sem barnið hefur ótakmarkaðan aðgang að brjóstinu.
- Barn sem nærast á brjósti þarf engan annan vökva en móðurmjólkina.
- Þyngdartap barns fyrstu dagana er eðlilegt og búast má við að barn nái fæðingarþyngd á fyrstu þremur vikunum.
- Mikilvægi þess að barnið taki brjóstið sjálf frá upphafi. Leggja skal áherslu á rétt grip við brjóstið.
- Barnið drekki brjóstið eins oft og eins lengi og það vill.
- Búast má við dálitlum eymslum í upphafi brjóstgjafar. Brjóstagjöf sem er komin vel á veg á að vera sársukalaus. Ef sársauki er við brjóstagjöf eða sár og rifur getur orsökkin verið léleg sogtækni.
- Því meira sem barnið sýgur, þeim mun meiri verður mjólkurframleiðslan.
- Veita upplýsingar um brjóstgjafaferlið, hvernig mjólkin framleiðist, losunarviðbragðið og hvernig mjólkin berst frá móður til barns.
- Að samsetning mjólkurinnar og fituinnihald breytist stöðugt á meðan máltíðinni stendur. Til þess að barnið nái að drekka feitu mjólkina á ekki að takmarka lengd gjafarinnar heldur að láta barnið sleppa sjálf.

Að leggja barnið á brjóstið - skref fyrir skref

Eftir fæðingu barnsins fer mjólkurframleiðslan fljótlega af stað og í flestum tilfellum gengur vel að leggja barnið rétt á brjóst þó að í sumum tilfellum þurfi aðstoð og leiðbeiningar til að koma brjóstagjöfinni vel á veg. Barnið þarf að hafa frjálsan aðgang að brjóstinu til að auka mjólkurframleiðsluna. Ef valið er að nota snuð fyrir barnið, er ekki mælt með að byrja að nota það fyrr en brjóstagjöfin er komin vel á veg (3-4 vikur). Móðirin þarf að læra tæknina við að leggja barnið rétt á brjóstið og með því er hægt að koma í veg fyrir ýmisskonar vanda eins og aumar og sárar geirvörtur. Verkir og eymsli, rifur og það að móðirin upplifi of litla mjólkurframleiðslu á fyrstu vikum brjóstgjafar eru í langflestum tilfellum vegna þess að barnið tekur brjóstið ekki rétt. Mikilvægt er að konan fái stuðning og leiðsögn eftir þörfum við að leggja barnið á brjóst og því sé fylgt eftir þegar heim er komið.

Eftirfarandi leiðbeiningar eru til að stuðla að árangursríkri brjóstagiðf (sjá nánar kennsluspjald fyrir hjúkrunarfræðinga og í bæklinginn Árangursrík brjóstagiðf).

- Gott er að sitja upprétt með góðan stuðning við bakið og láta fara vel um sig. Finna þægilega stellingu.
- Best er að halda þannig á barninu að höndin sé á milli axla þess og háls. Gott er að hafa barnið léttklætt og ekki vafið inn í teppi eða sæng.
- Barninu er komið fyrir undir brjóstinu og höfuð barnsins er látið falla aðeins aftur og hvíla á úlnið og framhandlegg þannig að hakan komi fyrst að brjóstinu. Þetta er nauðsynlegt til að barnið nái góðu taki og munnfylli af brjóstinu.
- Notuð eru hönd og handleggur til að þrýsta bringu barnsins upp undir brjostið. Gæta þess að bringa barns og brjóst móður snertist.
- Tryggja að barnið snúi að móðurinni, magi á móti maga.
- Barninu er komið þannig fyrir að geirvartan sé fyrir ofan efri vör barnsins og á móti nefi þess.
- Neðri vör og haka barnsins er strokin með brjóstinu og geirvörtunni.
- Beðið er eftir að barnið bregðist við með því að galopna munninn með tunguna niður.
- Barnið er fært strax að brjóstinu. Þrýst undir axlir og háls en aldrei á höfuð barnsins.
- Gætt er að því að neðri vör barnsins vísi út og taki 3-4 cm af brjóstinu fyrir neðan vörtuna. Kinnar barnsins leggjast þétt að brjóstinu þannig að geirvartan rennur undir efri vör.
- Athuga að barnið sé þétt að brjóstinu meðan á gjöfinni stendur.
- Gott er að leiðbeina móður að slaka á, ekki vera stíf í öxlum og baki, reyna að koma sér vel fyrir og setja e.t.v. púða undir barnið og sem stuðning við móðurina.



Önnur brjóstgjafastelling sem kallast *Biological nurturing* eða „hægindastelling“ gengur út á það að móðirin finni þægilega stellingu og er hálf útafliggjandi. Barnið liggur ofan á móður (maga við maga) með höfuð á milli brjóstanna og leitar svo sjálft að geirvörtunni.

Merki þess að barnið taki brjostið rétt

Enginn sársauki. Öll óþægindi, klemmd geirvarta, sviði eða stingir eru merki um að barnið sé ekki að taka brjostið rétt og getur því skaðað geirvörtuna.

Horfðu á hvernig barnið tekur brjostið. Munnurinn er galopin og neðri vör barnsins brettist út undir brjóstinu, tungan kemur undir geirvörtuna, haka

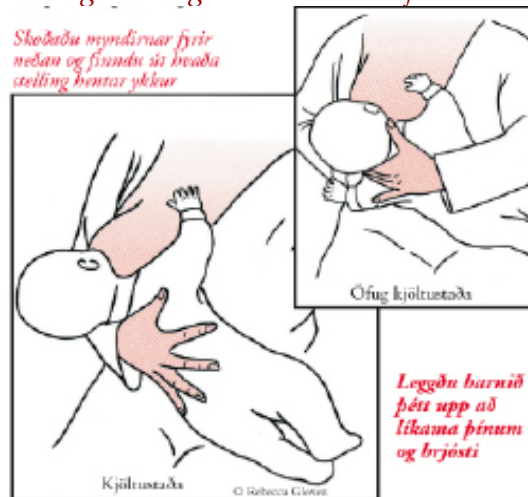
barnsins liggur þétt inn í brjóst móðurinnar og það á að vera bil frá brjósti að nefi barnsins.

Fylgstu með sogtaki barnsins. Þegar barnið tekur brjóstið vel er það rólegt og afslappað og nærast með taktföstu sögi, hratt og grunnt í byrjun sem leiðir til losunarviðbragðs. Síðan kemur fjöldi af djúpum og hægum sogum og kyngingum. Barnið tekur hlé á milli og byrjar svo aftur. Það geta verið mörg losunarviðbrögð í hverri gjöf. Fyrst í gjöf sýgur barnið einu sinni til tvisvar og kyngir en eftir því sem á gjöfina líður getur barnið auðveldlega sögið oftari áður en það kyngir og það hægir á öllum hreyfingum. Samkvæmt rannsóknum virðist það vera lykilatriði í mjólkurlosun að það skapist undirþrýstingur (*vacuum*) í munni barnsins þegar það nær góðu taki. Við það sogast mjólkinn úr brjóstinu upp í munn barnsins.

Kinnar barnsins ættu ekki að sogast inn og það á ekki að heyrast smellur eða smjatt þegar barnið sýgur. Ef brjóstið hreyfist inn og út úr munni barnsins eða rennur auðveldlega út úr munni þess, þá hefur barnið ekki náð réttu taki á brjóstinu.

Horfðu á lögun geirvörtunnar eftir gjöf. Geirvartan á að vera kringlótt og lík því sem hún var áður en barnið byrjaði að sjúga. Klemmd eða aflöguð geirvarta ber merki þess að barnið er ekki að taka brjóstið rétt. Sviði, stingir og hvítnuð geirvarta geta verið merki um rangt grip en einnig geta aðrar ástæður legið að baki, s.s. sveppasýking, æðasamdráttur o.fl.

Fylgstu með stellingunni og hvernig barnið tekur brjóstið



Algengustu vandamál í brjóstagjöf:

Aumar geirvörtur og verkir

Einkenni

Það er algengt að móðirin finni fyrir eymslum eða verkjum í brjóstunum og/eða geirvörtunum fyrstu 3-5 dagana. Þetta getur verið fullkomlega eðlilegt

og er skýringin að hluta til vegna líffræðilegra breytinga á brjóstunum eftir fæðingu. Það verður aukið blóðflæði í brjóstunum og jafnvel eilítill bjúgur.

Meðferð

Almennt er engin meðferð. Í sumum tilfellum hjálpar að nota þunnt lag af góðu brjóstakremi s.s. HPA Lanolin kremi. Það þarf að gæta vel að handþvotti og almennu hreinlæti.

Oft finnur móðirin fyrir þreytu og vanmáttarkennd gagnvart brjóstagjöfinni og verkir geta haft mjög slæm áhrif á líðan kvenna í upphafi brjóstagjafarinnar. Meiri líkur eru á að konan líti á þetta sem tímabundið vandamál sem hægt sé að yfirvinna, ef að hún fær fræðslu og hvatningu frá heilbrigðisstarfsfólki og stuðning frá sínum nánustu.

Notkun á snuði eða pelatúttum getur truflað sogtækni barnsins og leitt til vandamála við að taka brjóstið rétt. Ef foreldrar kjósa að nota snuð, er ráðlagt að bíða með snuðanotkun þangað til brjóstagjöf er komin vel á veg eða 3-4 vikur. Einnig getur mikil snuðanotkun leitt til þess að svangt barn sjúgi snuðið í stað þess að drekka og hættan er sú að foreldrar missi af merkjum barnsins um svengd.

Það er því mikilvægt fyrir mjólkurmyndun að barnið hafa frjálsan aðgang að brjóstinu. Eftir því sem barnið drekkur oftar eru meiri líkur á að það myndist meiri mjólk.

Það sem virðist skipta meginmáli til að koma í veg fyrir áframhaldandi verki og að sár myndist, er að barnið nái góðu taki þegar það er lagt á brjóst. Það er einnig mikilvægt að barnið fái að drekka að vild og breytt sé um brjóstagjafastellingar.

Sárar geirvörtur

Einkenni

- Sárar geirvörtur eru ólíkar aumum geirvörtum að því leiti að verkurinn getur staðið inn í gjöfina eða varað alla gjöfina.
- Verkur fyrir gjöf getur verið ábending um byrjandi brjóstagjafavandamál. Oft finna konur fyrir verk í upphafi gjafar sem hverfur svo fljótlega eftir að barnið byrjar að drekka.
- Ef verkurinn heldur áfram í gjöfinni er nánast öruggt að barnið er ekki að taka brjóstið rétt.
- Verkir milli gjafa geta verið ábending um að vandamál sé til staðar, s.s. sveppa- eða bakteríusýking.

Greining

Við mat á brjóstagjöf er mikilvægt að gefa sér góðan tíma með móðurinni þegar hún leggur barnið á brjóst, skoða stöðu við brjóstið og sogtækni. Eftir gjöf á geirvartan að vera eins og fyrir gjöfina, ekki klemmd eða aflöguð. Í

sumum tilfellum getur tunguhaft haft þau áhrif að barnið nái ekki rétttri sogtækni og særi þessvegna geirvörtuna.

Orsök sárra geirvarta er langoftast rangt grip barnsins þegar það tekur brjóstið. Gripið er oft of grunnt eða skakkt sem myndar rangt álag eða tog á geirvörtuna og eykur líkur á sárum. Ástæður geta líka verið að barnið er ekki lagt nógu oft á brjóstið sem að leiðir til minni mjólkurframleiðslu og sýgur barnið þá mjög fast þegar það kemur á brjóstið. Þá er mjólkurflæðið oft ekki nægilegt til að anna eftirspurninni og barnið annaðhvort rífur sig frá brjóstinu eða sofnar á brjóstinu og gjafirnar verða óþarflega langar sem að skapar líka álag á aumar og sárar geirvörtur. Í þeim tilfellum getur verið gagnlegt að leiðbeina móður eftirfarandi.

- Hvernig barnið tekur rétt brjóstið.
- Benda á leiðir til að auka mjólkurmyndun.
- Halda barninu við að drekka og handmjólka upp í barn (*sjá umfjöllum um handmjólkun*).

Meðferð

- Leiðbeina móður að laga grip barnsins á brjóstinu og huga að stellingu barnsins.
- Mikilvægt er að halda brjóstunum mjúkum, auðveldara að leggja barnið á ef að brjóstin eru ekki yfirfull.
- Halda geirvörtum hreinum og þurrum milli gjafa, þvo jafnvel geirvörtur og þurrka eftir gjafir.
- Krem eða áburðir geta haft áhrif í að græða fyrr sárar og aumar vörtur en verður að notast í hófi og bara örþunnt lag.
- Gott getur verið að nota hlífar fyrir sárar geirvörtur milli gjafa.
- Nota heitar votar grisjur á geirvörtuna um 1-2 mínútur fyrir gjöf.
- Reyna að leggja barnið fyrst á það brjóst sem er betra, þegar sogkrafturinn er mestur. Reyna að leggja barnið á brjóstið þegar það er rólegt en ekki æst eða grátandi.
- Skipta reglulega um brjóstainnlegg og nota tegundir sem festast ekki við geirvörtuna. Til eru sérstakar leka hlífar fyrir sárar geirvörtur.
- Ef komin eru opin sár eða sprungur er hægt að nota sérstakar Hydrogel umbúðir á sárið. Nær þá að lofta um sárið sem flýtir fyrir því að það grói.
- Það er alveg óhætt að gefa barni brjóst þó að blæði úr sárum á geirvörtunni, það skaðar barnið ekki neitt.
- Best er að barnið taki áfram brjóstið og ekki sé gripið til þess að fækka gjöfum og/eða sleppa þeim. Ekki á að vera þörf að nota mjaltavél til að hlífa geirvörtunum en í einstaka tilfellum getur það hjálpað.

- Í slæmum tilfellum má nota mexicanahatt tímabundið meðan sárin eru að gróa. Hafa ber í huga að ráðleggja þetta ekki nema annað hafi verið reynt. Fræða þarf konuna um að með notkun á hattinum geti mjólkurframleiðslan minnkað ef til lengri tíma er litið. Einnig nær barnið oft ekki nógu góðu taki á brjóstinu og nær þar með ekki að mynda jafnmikinn undirþrýsting (*vacuum*) sem er forsenda fyrir góðri mjólkurlosun. Passa þarf að stærðin á mexicanahattinum (*small, medium, large*) sé mátuleg og ráðleggja móður að best sé að nota hattinn í eins stuttan tíma og hægt er, jafnvel bara í byrjun gjafar.

Sýkt sár á geirvörtu

Ef sár er lengi að gróa eða sársauki fer versnandi er sárið mögulega sýkt. Þetta er oftast af völdum *Staphylococcus aureus*. Taka má stök til að greina hvort um sýkingu sé að ræða og meðhöndla svo í kjölfarið með sýkladrepanði kremi. Ef það ber ekki árangur þarf mögulega sýklalyfjagjöf.

Einnig er mikilvægt að:

- laga grip barns við brjóstið
- bleyta geirvörtur fyrir gjöf
- kenna hreinsun sára.
- leggja áherslu á handþvott

Best er að halda áfram að leggja barnið á brjóst ef konan treystir sér til, annars getur hún mjólkað sig og gefið barninu. Oftast er ekki sársauki milli gjafa af sárum nema þau séu mjög djúp eða sýkt. Þannig sársauki stafar frekar af sveppasýkingu eða æðasamdrætti (Raynaud's).

Sveppasýking

Sveppurinn *Candida albicans* er til staðar undir eðlilegum kringumstæðum á húð og í slímhúð án þess að valda sjúkdómseinkennum. Ef mótstaða minnkar í líkamanum vegna streitu eða sjúkdóma getur sveppurinn náð að fjölga sér og valdið staðbundnum einkennum á húð eða slímhúð sem kallast sveppasýking. Þetta gerist einnig oft þegar sýklalyf eru notuð en þá verður ójafnvægi í húðflórinni sem getur valdið sveppasýkingu. Kjöraðstæður fyrir svepp að þrífast er í raka, myrkri og hita.

Sveppasýking getur komið hvenær sem er á brjóstagjafatímanum. Eftir barnsburð verður almennt minni mótstaða í líkama móðurinnar og lækkaðar varnir hjá henni. Hún getur líka verið veikari fyrir vegna blóðmissis eða annarra veikinda. Það er sömuleiðis mögulegt að móðirin hafi verið með sveppasýkingu á kynfærum í lok meðgöngu og barnið smitast í fæðingu. Barnið getur þá verið með sveppasýkingu á bleiusvæði og í munni og þannig smitað geirvörtur móður.

Einkenni hjá móður

Fyrstu einkennum hjá móður eru kláði, pirringur og húðflögnun á geirvörtubaug. Næstu einkennum geta verið:

- Eymsli og sársauki í byrjun gjafar, sem nær mislangt inn í gjöfina. Sársukinn getur verið skerandi.
- Greinilegar fingerðar sprungur á mótum geirvörtu og vörtubaugis og smáflögnun kringum þær.
- Sýkta svæðið verður oft frábrugðið í lit og áferð.
- Aukin viðkvæmni geirvartna við snertingu.
- Vörtubaugurinn virðist stundum vera glansandi og rauðbleikur.
- Hvítir flekkir sjást stundum á geirvörtum.
- Stundum má sjá agnarlitlar upphleyptar bólur á vörtubaugi

Lengra gengin sveppasýking veldur meiri einkennum frá brjóstum. Þá eru sveppirnir komnir inn í mjólkurgangana og einkennin verða skarpari. Þau eru mest áberandi í lok gjafar eða eftir að gjöf lýkur.

- Sviði, bruni eða stingir sem að leiða inn í brjóst.
- Stundum nær verkurinn upp í holhönd, aftur í bak eða út í handlegg.
- Verkurinn getur staðið í 30-60 mín. eftir að gjöf lýkur.
- Flestum mæðrum finnst verkirnir verri í næturgjöfum en daggjöfum.

Það er mögulegt að móðir sé komin með langt gengna sveppasýkingu án þess að nokkur merki sýkingar séu sjáanleg á geirvörtunum.

Einkenni hjá barni

- Hvít skán í munni (á tungu, innan á vörum, kinnum eða gómi). Greina þarf á milli svokallaðrar mjólkurskánar sem er eðlileg hvítnun á tungu strax eftir gjöf og hverfur 1-2 klst. eftir gjöf. Hvítir kringlóttir blettir annarsstaðar á slímhúð munnsins (í kinnum, á vörum eða á tanngómum) benda oftast til sveppasýkingar.
- Sveppasýking getur líka komið á bleiusvæði og það lýsir sér með rauðum uppleyptum útbrotum sem eru oft í hringlega klösum. Ólíkt venjulegum bleiútbrotum, hverfa þau ekki við notkun á venjulegum kremum (t.d. zink-kremi) og jafnvel versna. Börn virðast ekki finna mikið fyrir sveppasýkingu í munni og það truflar þau yfirleitt ekki í gjöfum.
- Athugið að barn getur verið einkennalaust en samt sýkt.

Greining

Mat fer fram á grundvelli klínískra einkenna. Skoðun á geirvörtum móður þarf að fara fram og líka skoðun á munni barns. Varast skal að greina sveppasýkingu í gegnum síma þar sem einkennum geta verið vegna annarra

vanda. Mjög erfitt er að greina sveppasýkingu með því að rækta sýni. Einkenni geta birst hjá móður, barni eða báðum. Það er mjög mikilvægt að meðhöndla bæði móður og barn til að forðast krosssmit. Engin ástæða er til annars en að halda áfram brjóstagjöf.

Meðferð

Hefja skal meðferð strax og greining liggur fyrir.

- Vinna á móti kjöraðstæðum sveppavaxtar (raki, hiti, myrkur).
- Vera berbrjósti í dagsbirtu ef mögulegt er.
- Skipta ört um innlegg (fjölnota eða einnota).
- Þvottur og þurrkun geirvartna eftir gjafir.
- Nota einungis 100% bómullarbrjóstahaldara sem má sjóða til að forðast endursmit.
- Handþvottur er mjög mikilvægur (sérstaklega við bleiuskipti og brjóstagjöf).
- Forðast það með öðrum fjölskyldumeðlimum og nota þaðhandklæði einu sinni. Þaðhandklæði eru þvegin eftir hverja notkun og handklæði til að þerra hendur daglega (við a.m.k. 60°C).
- Fatnaður sem kemst í snertingu við sýkt svæði þvegin daglega (60°C).
- Nota smokka við samfarir.
- Ekki geyma mjólk frá sýktri móður (frysting drepur ekki svepp).
- Sjóða eftir hverja notkun túttur, snuð, mexicanahatta, mjaltarvélahluta og annað sem kemst í snertingu við munn barns (við 100°C í 20 mínútur). Snuðum og túttum er skipt út vikulega.
- Nota má edikblöndu (1 bolli vatn +1 msk edik) til að strjúka af flötum sem barnið snertir mikið, s.s. leikföng, skiptiborð, rimla í rúmi o.fl

Lyfjameðferð

- Ef einkenni eru mjög væg má byrja með að þvo tungu og innan úr kinnum barns með sóðavatni tvisvar á dag í 2-3 daga (nota t.d. svamppinna).
- Við vægum einkennum má nota Gentiana violet (methylrosanalin) sem er bæði borið á slímhúð í munni barnsins með bómullarpinna einu sinni á dag í 4-7 daga og á geirvörtur og vörtubauga móður. Ef einkenni eru horfin eftir 4 daga er meðferð hætt.
- Við lengra gengnum einkennum er oftast notuð Mycostatin mixtúra. 1-2 ml. eru bornir inn á slímhúð í munni barnsins eftir gjöf að lágmarki fjórum sinnum á dag (helst eftir hverja gjöf) í tvær vikur og einnig á geirvörtur og vörtubauga móður. Konur sem að leggja barnið ekki á brjóst heldur mjólka sig, þurfa líka að bera Mycostatin á sig a.m.k 4

sinnnum á dag. Það tekur tíma fyrir lyfið að byrja að virka, jafnvel nokkra daga og geta einkennin jafnvel versnað í byrjun. Alltaf skal ljúka meðferð þó að einkennin séu horfin.

- Ef að Mycostatin virðist ekki ætla að virka er oft notað Daktar krem (Miconazole nitrate) á geirvörtur móður eða Dactacort sem er með sterum en fleiri sveppalyf koma til greina. Óþol getur verið til staðar fyrir þessum staðbundnu meðferðum og lýsir það sér með því að húðin ertist sífellt meir og sviði eftir áburð lyfsins verður nær stöðugur. Hætta þarf þá notkun lyfsins og leita annarra leiða við meðhöndlun.
- Ef að Mycostatin virkar á verkina í geirvörtunum en ekki á sviðatilfinningu inni í brjóstinu er stundum bætt við Diflucan (Fluconazole) töflum. Teknar eru 4 stk. af 150 mg töflum, 2 saman fyrsta daginn, 1 annan daginn og sú síðasta þriðja daginn. Fleiri skammtastærðir koma til greina.
- Ef um síendurteknar sýkingar er að ræða er mikilvægt að skoða makann og aðra fjölskyldumeðlimi sem mögulega smitbera. Náttúrulyf hafa stundum gagnast, s.s. edikblanda, grapeseed extract og ab-mjólk. Breytt mataræði hjálpar sumum og þá einkum að taka acidophilus töflur daglega, sleppa áfengi, ostum, gerbakstri, hvítu hveiti, sykri, hunangi og sterku kryddi.

Ofnæmisviðbrögð og/eða exem á geirvörtu

Exem á vörtubaugi og í kringum hann virkar oft sem gróðrastíga fyrir bakteríu- og sveppasýkingu. Því er mikilvægt að meðhöndla exem til að húðin haldist heil. Meiri líkur eru á því að konur sem hafa sögu um atopísk exem fái exem á geirvörtur á meðgöngu og/eða við brjóstagið.

Einkenni

Einkennin eru óregluleg útbrot á vörtubaugum og brjóstum. Sársauki getur verið í gjöfum og á milli gjafa.

Greining

Greining byggir á klínískum einkennum og fyrri sögu. Ávallt skal skoða útbrotin og forðast greiningu í síma.

Meðferð

Bera milt sterakrem á geirvörtu tvisvar á dag eftir gjafir í sjö daga. Þvo kremið af fyrir næstu brjóstagið. Útbrot á geirvörtum og brjóstum getur líka verið vegna ofnæmisviðbragða (sápa, sjampó, krem, svitalyktareyðir, þvottaefni, snyrtivörur, gerviefni, ull og klórvatni í sundlaugum). Hlífar fyrir geirvörtur, skeljar eða brjóstapumpur og staðbundin kremanotkun getur líka komið af stað ofnæmisviðbrögðum (rauðar doppur, flekkir og/eða roði).

Forðast þarf og fjarlægja allt sem veldur viðbrögðunum. Láta loft og dagsbirtu leika um brjóstin, forðast brjóstakrem og brjóstainnlegg, nota bómullar

brjóstahaldara, velja ofnæmisprófað þvottaefni (nota lítið magn) og sleppa mýkingarefni.

Innfallnar geirvörtur

Flestar konur með flatar eða innfallnar geirvörtur geta haft börn sín á brjósti án vandkvæða. Á milli 10-35% allra frumbyrja eru með innfallnar geirvörtur á meðgöngu. Aðeins 0-1% kvenna eru með geirvörtur algjörlega innfallnar, þ.e. geirvörtur dragast hvorki fram í brjóstagjöf né við mjólkun.

Einkenni og greining

Barn getur átt í erfiðleikum við að ná taki á brjóstinu ef geirvörtur eru innfallnar. Skoða útlit geirvörunnar bæði fyrir og eftir gjöf og viðbrögð við þrýstingi sitthvoru megin. Móðir og barn hafa sérstaka þörf fyrir lengri tíma, stuðning og næði við upphaf brjóstagjafar.

Meðferð

Húð við húð snerting hefur mikla þýðingu við að undirbúa barnið til að ná góðu taki á brjóstinu. Oft er hægt að draga geirvörtur út með því að þrýsta þétt á geirvörtubauginn sitthvoru megin við geirvörtu um leið og barnið er lagt á brjóst. Einnig eru til hjálpartæki sem hjálpa til við að toga geirvörtuna út.

Í sumum tilfellum getur verið hjálplegt að nota mexicanahatt tímabundið til að auðvelda barninu að ná góðu taki á brjóstinu. Smám saman er svo hægt að venja barnið af hattinum. Ávallt skal upplýsa móður af ókostum þess að nota hattinn áfram vegna hættu á minni mjólkurframleiðslu. Sumum mæðrum gagnast þá að gefa oftar og hafa gjafirnar lengri.

Hægt er að koma mjólkurframleiðslunni af stað og viðhalda henni með handmjólkun eða brjóstadælu ef barnið nær ekki að taka brjóstið.

Raynaud's/æðasamdráttur

Algengasta ástæða fyrir verkjum í geirvörtum er léleg sogtækni. Í einstaka tilfellum er ástæðan æðasamdráttur (*vasospasm*) í geirvörtunum sem kallast Raynaud's heilkenni. Orsakirnar eru ekki alltaf þekktar, en í sumum tilfellum er þetta ættgengt. Raynaud's heilkenni getur komið sem afmarkað tilfelli á brjóstagjafatímanum og ekki endilega aftur í öðrum brjóstagjöfum.

Einkenni

Geirvartan verður hvít/bláleit og síðan rauð eftir gjafir. Getur jafnvel verið hvít nánast stöðugt meðan geirvartan er að aðlagast breyttu hitastigi. Verkurinn kemur oftast eftir gjöf en getur þó verið meðan á gjöf stendur. Verkurinn er stingandi/brunaverkur sem að varir svo lengi sem geirvartan er hvít. Hvítnun geirvörtunnar er vegna þess að æðarnar í geirvörtunni dragast saman vegna krampa og blóðið kemst ekki fram í geirvörtunni. Þessi brunaverkur getur varað í nokkrar sekúndur upp í mínútur en í kjölfarið kemur oftast verkur sem að getur staðið í allt að klukkustund eða meira.

Greining

Raynauds heilkenni kemur oftast í kjölfarið (*secondary*) á annars konar vandamálum í geirvörtum s.s. sveppasýkingar, lélegrar sogtækni, sára og stíflna. Greining byggist á sögu um fyrri vanda, útlit geirvörtu fyrir og eftir gjöf og lýsingu á verkjum.

Meðferð

Fyrst og fremst að byrja á því að meðhöndla undirliggjandi orsakir ef eru til staðar s.s. stöðu og stellingu, meðferð við sveppasýkingu o.s.frv.

Gagnlegt er að nota hitabakstra (t.d. hitagelpoka) og nota ullarhlífar á brjóstin milli gjafa. Kuldi og hitabreytingar geta magnað upp einkennin. Best er að forðast streitu, koffínneyslu og reykingar. Ráðlagt að reyna að hafa hitabakstur á brjóstinu alveg þangað til geirvartan fer upp í munn barnsins og strax eftir gjöf.

Bætiefni sem að reynast stundum gagnleg eru:

- B6 vítamín 100-200 mg í 4 daga, minnkað síðan í 25 mg á dag í nokkrar vikur eða eins lengi og þörf er á.
- Kalsíum 2000 mg og Magnesíum 1000mg einu sinni á dag á meðan einkennin vara.
- Tvöfaldur dagskammtur af lýsi meðan einkennin vara.
- Kvöldvorrósarolía hefur stundum gagnast.
- Nudda volgri ólífufólíu á geirvörturnar meðan brunatilfinningin varir.
- Þegar einkenni eru mjög slæm og ekkert af ofangreindu hefur borið árangur til að minnka verki er hægt að nota lyfið Adalat (Nifedipine) 5 mg þrisvar sinnum á dag í tvær vikur. Hlé er gert á lyfjatöku og metið hvort verkur kemur aftur. Þessi meðferð er endurtekin allt að þrisvar sinnum og jafnframt má samtímis nota ofangreindar bætiefnameðferðir.

Þegar kona ákveður að hætta brjóstagjöf vegna verkja eða annarra vandamála í brjóstagjöf, þrátt fyrir að allra leiða hafi verið leitað til að laga vandamálið, er mjög mikilvægt að **vera styðjandi og hjálpa henni að sættast við þessa ákvörðun**. Það getur líka verið mjög mikilvægt fyrir konuna að vita að næsta brjóstagjöf getur orðið allt öðruvísi og þessi vandamál þurfa alls ekki að koma upp aftur.

Mjólkurbóla (bleb)

Einkenni og greining

Oftast staðbundinn hvítur blettur eða bóla (getur líkst blöðru) fremst á geirvörtu. Geta verið fleiri saman en ofast bara einn eða tveir.

Orsakast af því að mjólk lokast inni undir húð þar sem mjólkurkirtill á að opnast á geirvörtu. Mjólkinn safnast undir og þrýstir á. Getur verið mjög sársaukafullt. Sársaukinn getur leitt inn í brjóstið og geirvörtunarnar verið mjög aumar viðkomu. Getur fylgt Raynaud's en þarf þó ekki að vera.

Meðferð

Það má væta svæðið yfir blöðrunni með heitu vatni eða volgri ólífúolíu og reyna svo að opna blöðruna með þrýstingi eins og þegar bóla er kreist. Ef það dugar ekki má stinga varlega á bólunni með sótthreinsaðri nál og hleypa vökvanum út (oft þykkur og kremkenndur). Sótthreinsa eða bera sýkladreypandi krem á svæðið.

Stálmi

Einkenni og greining

Eftir fæðingu eiga sér stað lífeðlisfræðilegar breytingar í brjóstinu sem eru eðlilegar í mjólkurmyndunarferlinu. Ástæðan er aukið blóðstreymi til brjóstanna og vökvasöfnun í vefjum þegar mjólkurframleiðslan er að fara af stað. Konur finna oft fyrir mikilli spennu og eymslun í brjóstunum, tveimur til fjórum dögum eftir fæðinguna. Getur þrotinn verið það mikill að það geti verið erfitt fyrir barnið að ná góðu taki á brjóstinu til að drekka.

Meðferð

Til að minnka líkur á vandamálum er ráðlagt að gefa barninu oft að drekka (á eins til þriggja tíma fresti allan sólarhringinn), tryggja gott grip og reyna að slaka á. Fordast allar ábóttagjafir og snuðanotkun. Ef þrotinn er það mikill að barnið nær ekki taki, er ráðlagt að móðirin fari í heitt bað/sturtu, nuddi brjóstin og handmjólki aðeins áður en barnið er lagt á brjostið. Ef barnið nær ekki að taka brjostið þrátt fyrir þetta er mikilvægt að móðirin mjólki sig og gefi barninu mjólkina á annan hátt, t.d. með staupi, fingurgjöf eða sprautu (síst pela vegna hættu á sogvillu).

Kæling getur hjálpað til að móðurinni líði betur en kælingin minnkar blóðflæði til brjóstanna sem stuðlar að minni þrota. Það er hægt að nota kalda bakstra eða köld kálblöð eftir gjafir til að minnka óþægindi. Eðlilegt er að stálminn gangi yfir á einum sólarhring til viku.

Stíflur

Stíflur geta komið í brjóstin hvenær sem er á brjóstagjafatímanum en eru þó algengari á fyrstu vikunum. Ástæðurnar eru oftast léleg brjóstagjafatækni, takmörkun á gjöfum (lengd og fjöldi), meiðsl eða staðbundinn þrýstingur á brjosti. Stíflur tengjast stundum mjólkurbólu á geirvörtu (*bleb*) eða sárum á geirvörtum.

Einkenni og greining

Aumir hnúðar finnast í brjosti og svæði á brjóstinu geta verið rauð og aum. Venjulega bara í öðru brjóstinu og líkamshiti móður getur verið hækkaður.

Meðferð

Skoða stöðu og stellingar barnsins við brjóstið og leiðbeina varðandi góða mjólkurlosun. Hvetja móður til að gefa barni oft og láta barnið drekka (jafnvel tvær gjafir í röð) á því brjósti þar sem stíflan er. Meðferð að öðru leyti eins og við brjóstabólgu án sýkingar. Forðast þrönga brjóstahaldara og þröng föt.

Ráðleggja heita bakstra á brjóstið stuttu fyrir gjöf og kalda baksta eftir gjöf. Leggja áherslu á hvíld. Það tekur yfirleitt um einn sólarhring að vinna á stíflu í brjósti ef ofantaldar aðferðir eru notaðar.

Brjóstabólga/sýking (Mastitis)

Skiptist í brjóstabólgu án sýkingar og brjóstabólgu með sýkingu.

Brjóstabólga án sýkingar

Einkenni byrja með þrýstingi og brjóstið verður hart með eymslum og þrota. Hiti og verkur í öllu brjóstinu og e.t.v. glansandi rauð húð yfir því svæði þar sem stíflan er. Það er ekki alltaf hækkadur líkamshiti hjá móður en getur þó verið. Stíflur í mjólkurgöngum þurfa ekki að leiða til sýkingar ef að þær eru meðhöndlaðar á þessu stigi.

Meðferð

- Minnka óþægindi hjá móður, verkjalyf. Ibufen 200-400 mg 1x4 á dag, þó mest 1200 mg á sólarhring. Má taka með paracetamol 1g fjórum á dag. Takist jafnt yfir sólarhringinn.
- Meðhöndla sár á geirvörtunum ef þau eru til staðar þar sem þau geta verið ástæða brjóstabólgunnar.
- Meðferð felst einnig í því að stuðla að góðri mjólkurlosun, reyna að láta barnið drekka sem mest af því brjósti þar sem stíflan er. Það hefur verið gagnlegt að láta barnið sjúga brjóstið á þann hátt að haka þess vísi í átt að stíflunni.
- Mikilvægt er að skipta um brjóstagjafastellingar. Það getur t.d. verið gott að nota stellingu þar sem barn liggur og móðir beygir sig yfir það.
- Nota má létta handmjólkun/nudd í gjöfinni og er þá þrýst létt á það svæði þar sem stíflan er í átt að geirvöрту.
- Ef að móðirin hefur mjólkurbólu (*bleb*) á geirvöрту er mikilvægt að mýkja hana upp með grisju sem er vætt með volgri ólífíuolíu og stinga síðan á henni með sótthreinsaðri nál.
- Nota má kalda bakstra eða hita á brjóstið ef að móður finnur betri líðan við það.
- Hvetja móður til að hvíla sig, líka að degi til og að láta barnið drekka.

Brjóstabólga með sýkingu

Einkenni eru viðkvæm eða sársaukafull rauð glansandi svæði á brjóstunum, getur fundist þrymill. Stundum er allt brjostið rautt og þrotið. Móðir getur verið með flensulík einkenni: hækkaðan hita (meira en 38,5°C), skjálfta og beinverki. Ástandið getur hríðversnað.

Greining byggist á sögu og skoðun á klínískum einkennum.

Orsökina er sú sama og vegna stíflaðra mjólkurganga, en líklegt er að sýking komi í kjölfar sárs á geirvörtum og getur það leitt til alvarlegrar sýkingar ef ástandið er vangreint eða ómeðhöndlað.

Meðferð

Meðferð er sú sama og við brjóstabólgu án sýkingar en á þessu stigi er mikilvægt að hvetja móður til mikillar hvíldar og að taka ofangreind verkjalyf til að minnka vanlíðan. Mikilvægt er að meðhöndla sár á geirvörtum ef þau eru til staðar. Fullvissa móður um að halda áfram brjóstagjöf. Best sé að láta barnið sjálft um að drekka brjostið ef hægt er, en mjólkin inniheldur engin efni eða sýkla sem eru skaðleg barninu. Ráðleggja móður að drekka vel af vökva.

Ef að ástandið lagast ekki með ofangreindum ráðum á 12-24 klst. er þörf á að leita til læknis og jafnvel sýklalyfjameðferð.

Lyfjameðferð

Dicloil® 1 gr. x 4 í tvo sólarhringa og svo 500 mg. x 4 í 5-8 sólarhringa. Annað samsvarandi lyf er notað ef ofnæmi er til staðar.

Graftarkýli í brjóstinu (abscess)

Í fáum tilfellum þróast brjóstabólga með sýkingu í staðbundið graftarkýli (*abscess*) í sýkta brjóstinu. Ástæðan getur verið sú að brjóstabólgan hefur ekki greinst, verið vanmeðhöndluð eða ekki svarað meðferð og þróast í graftarkýli.

Einkenni og greining

Greinist með þreifingu eða sónarskoðun. Móðir er með háan hita eða mallandi hita og flensueinkenni. Svæðið þar sem sýkingin er í brjóstinu, er heitt og mjög aumt. Gröftur getur farið út í mjólkina en hún er ekki skaðleg barninu.

Meðferð

Móðir hvött til að halda áfram brjóstagjöf, bæði á sýkta brjóstinu og hinu. Ef hún treystir sér ekki til brjóstagjafar á sýkta brjóstinu er samt mikilvægt að mjólka það með handmjólkun eða mjaltavél. Ef það er ekki gert getur það gert ástandið verra. Stundum er þörf á tæmingu í skurðaðgerð og dren notað tímabundið til að hreinsa út sýkinguna. Oftast er þó nægilegt að stungið sé á kýlinu með nál og dreginn út gröftur. Sýklalyf eru stundum gefin í kjölfarið.

Í flestum tilfellum er hægt að gefa brjóst áfram strax eftir aðgerð á því brjosti sem var stungið á, nema stungan hafi verið mjög nálægt geirvörtunni. Hvetja

Þá móður til að mjólka sig og halda áfram að gefa hitt brjóstið. Gefa þarf ráðleggingar til að örva aftur framleiðslu á sýkta brjóstinu þegar barnið byrjar aftur að drekka af því.

Í sumum tilfellum endurtaka stíflur og bólgur sig endurtekið hjá sömu konunum. Þá er gagnlegt að skoða í samhengi alla ofangreinda orsakapætti og úrræði. Það hefur einnig reynst gagnleg í slíkum tilfellum að móðir forðist harða fitu í mataræðinu og taki inn Lecithin 1200 mg x 4 og steinefni.

Of lítil mjólkurframleiðsla

Algengasta ástæða þess að konur hætta brjóstagjöf fyrr en þær vilja er sú að þær telja að mjólkurframleiðslan sé of lítil. Ástæðan er sjaldnast lífeðlisfræðileg, en næstum allar konur geta haft barn á brjósti. Þó eru tilfelli að brjóstagjöf gengur illa eða alls ekki, t.d. eftir sumar brjóstaðgerðir, vegna hormónasjúkdóma og vegna vanþroska á kirtilvef. Ástæður geta einnig verið vegna sjúkdóma eða ástands hjá barni, s.s. tunguhaft, skarð í vör og góm, börn með óþroskað eða veikt sog og hjá fyrirburum, o.s.frv.

Mæður upplifa oft óöryggi um að nóg mjólk sé til staðar í byrjun brjóstagjafar, þegar stálminn er farinn og spennan í brjóstunum minnkar. Þetta tengist oft vandamálum við að lesa í merki barnsins í upphafi þegar það er órólegt. Margir upplifa það sem merki um að mjólkurframleiðslan sé ekki nægileg. Það er því mikilvægt að fræða foreldra um það hvað er eðlilegt og hvers þau megi vænta á þessum fyrstu vikum.

Þegar móður finnst hún ekki hafa næga mjólk

- Hvetja móður til að huga að hvíld og slökun, næringu og að drekka nóg.
- Spyrra móður um ástæður fyrir upplifun hennar á of lítilli mjólk.
- Hafa í huga að ástæðurnar geta verið bæði líkamlegar jafnt sem andlegar.
- Fylgjast með barninu á brjósti og hvort það taki brjóstið rétt.
- Meta hvernig barnið þrífst og þyngist.
- Leiðbeina móður
 - að leyfa barninu að ráða ferðinni hversu oft og lengi það vill drekka, líka á næturnar.
 - að gefa barninu tækifæri að klára að drekka á öðru brjóstinu áður en því er boðið hitt brjóstið.
 - að sleppa því helst að nota snuð/pela og ábót á þeim tíma þegar er verið að reyna að auka mjólkurframleiðslu.
- Að byggja upp sjálfstraust móður og trú hennar á því að brjóstagjöfin eigi eftir að ganga. Þetta er t.d. gert með því að hlusta, veita upplýsingar, vera styðjandi og hvetjandi og draga fram það jákvæða hjá móðurinni. Faðir og fjölskylda/stuðningsaðilar eru mikilvægasta fólkið til að styðja móðurina í þessu ferli.
- Stuðningur frá öðrum konum í sömu stöðu er einnig mjög mikilvægur. Dæmi um þetta er opið hús í kirkjum fyrir foreldra og sérstakir stuðningshópar fyrir konur með börn á brjósti (www.brjostagjof.is). Hjá íslensku brjóstagjafasamtökunum geta mæður leitað aðstoðar varðandi brjóstagjöf hjá stuðningskonum á jafningjagrundvelli (studningskona@gmail.com)

Þættir sem að vinna á móti mjólkurmyndun

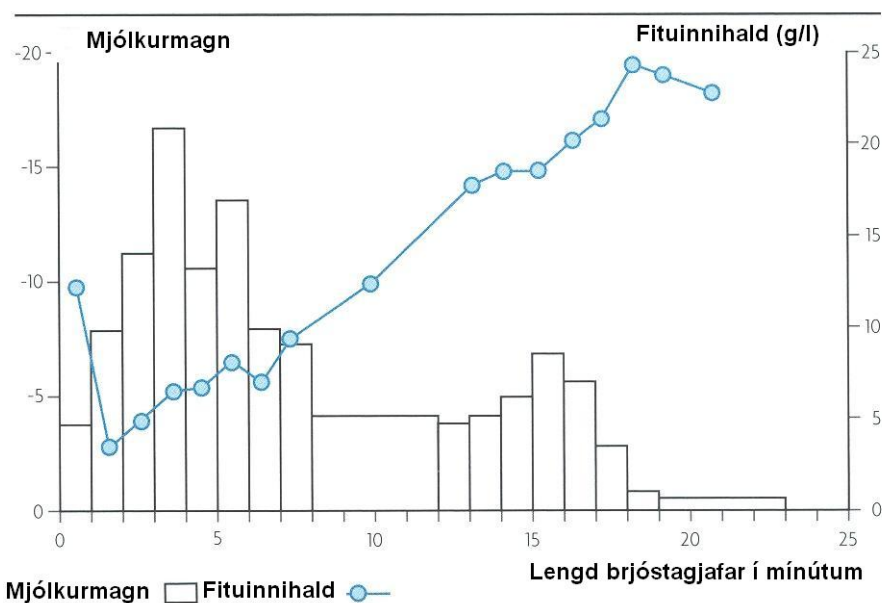
- Að barnið komist seint á brjóst eftir fæðingu. Aðskilnaður móður og barns eftir fæðingu.
- Streita, óöryggi, hræðsla, andleg vanlíðan, kvíði, svefnleysi.
- Álag í foreldrahlutverki, sérstaklega þegar fleiri streituvaldar koma á sama tíma.

- Takmarkaðar gjafir (of stuttar og/eða of fáar). Eftir því sem barnið drekkur meira og oftar verður framleiðslan meiri. Framleiðsla mjólkur minnkar smám saman ef gjafirnar eru of stuttar og/eða fáar.
- Reykingar móður.
- Sumar brjóstaaðgerðir, s.s. brjóstaminnkun, hormónasjúkdómar og vanþroskaður kirtilvefur.
- Snuða- og pelanotkun.
- Sum lyf sem móðir þarf að taka.
- Sumar tegundir af getnaðarvörnum, s.s. samsetta pillan (estrogen og progesteron). Ekki er heppilegt að nota hormónatengdar getnaðarvarnir (með progesteron) fyrr en 6 vikum eftir fæðingu eða þegar mjólkurframleiðslan er komin í gang. Ef hormónasprautan er valin er jafnvel ráðlagt að prófa brjóstapilluna (progesteron) fyrst í a.m.k. mánuð til að athuga hvort að það hafi áhrif á mjólkurframleiðsluna. Ef svo er er ekki mælt með hormónasprautunni þar sem áhrif hennar vara í 3 mánuði.

Ráð til að auka mjólkurmyndun

- Auka tíðni, lengd og kraft brjóstagjafar. Næturgjafir mikilvægar.
- Ef að gjafir hafa verið sjaldnar en 8 sinnum á sólarhring, ráðleggja að auka tíðni og gefa brjóst á 1 ½ -2 klst. fresti yfir daginn og á 3 klst. fresti á nóttunni þar til barnið er farið að þyngjast. Börn sem eru löt við brjóstið þurfa örvun og hvatningu. Gott er að hafa þau léttklædd og sem mest við húð móður og reyna að halda þeim við að drekka. Handmjólka til dæmis upp í barn á meðan það drekkur. Hvetja móður til að reyna að taka hlé frá öllu öðru en brjóstagjöf og hvíld í nokkra daga. Þetta ætti að bera árangur á nokkrum dögum með aukinni mjólkurmyndun.
- Rétt staða og stelling (*sjá leiðbeiningar um árangursríka brjóstagjöf fyrr í þessum kafla*).
- Bjóða bæði brjóstin í gjöf og hafa gjöfina nógu langa til að barnið fái líka feitu mjólkina (*sjá línurit um fituinnihalds brjóstamjólkur*).
- Forðast snuð og pela, bæði vegna hættu á sogvillu og líka vegna þess að barn getur misst úr gjafir ef það fær sogþörf sinni fullnægt með sögi á snuðinu.
- Mikilvægt er að móðirin fái fjölbreytta og góða næringu og drekki nóg.
- Hvíld og slökun (*prólaktín* í blóði hækkar í djúpum svefni). Streituhormón virka hamlandi á mjólkurmyndunarferlið.
- Húð við húð snerting (*sjá umfjöllun um kengúrumeðferð í kafla 2.4 um heimavitjanir*).

- Handmjólkun upp í barn. Tilgangur með handmjólkun er að fá meira mjólkurflæði þegar barnið er sjálft hætt að drekka til að koma meiri mjólk upp í barnið. Handmjólkun örvar mjólkurlosunarviðbragðið (*sjá leiðbeiningar um handmjólkun*).
- Brjóstannudd er notað til að örva mjólkurframleiðslu, koma af stað flæði og minnka einkenni stálma. Einnig er þetta gagnlegt til að losa um stíflur og þetta virðist auka fituinnihald mjólkurinnar. Brjóstin eru þá nudduð með því að pressa þau saman, nuddað er undir brjóstunum eða gerðar hringlega hreyfingar með báðum höndum á sama brjósti. Nudd á öxlum, hálsi og baki er einnig gagnlegt til slökunar og til að minnka óþægindi.
- Skiptigjafir ef barnið sýgur vel. Notað ef börn vakna ekki oft til að sjúga eða sofna strax eftir fárra mínútna gjöf. Ef verið er að reyna að auka mjólkurframleiðslu ætti ekki að láta barnið sofa í meira en 2-3 tíma og vekja þá barnið. Þegar barn eyðir löngum hluta gjafar í tott án þess að drekka og þyngist hægt er tilvalið að nota skiptigjafir. Til að koma í veg fyrir að barnið sofni á brjóstinu á að skipta um brjóst um leið og áhuginn minnkar. Barnið er tekið upp, reynt að láta ropa, skipt er á bleiu og barnið vakið og sett á hitt brjóstið. Þegar sögið hægist aftur er barnið tekið af brjósti, það örvað og aftur boðið fyrra brjóstið. Þannig er skipt um hægra og vinstra brjóst til skiptist í 20-30 mín. í senn á tveggja tíma fresti yfir daginn og fjögurra tíma fresti á nóttunni. Það þarf að passa að barnið grípi vel og vartan sé langt upp í munni.
- Pumpa eftir gjöf eða milli gjafa. Mjólk í tvær mínútur eftir að rennsli stöðvast.
- Ef barn nær ekki að drekka að vild við brjóstið eða aðrar ástæður liggja að baki s.s. fyrirburður, barn með veikt sog, veikindi hjá móður eða barni er hægt að ráðleggja móður að mjólka sig tímabundið til að auka/viðhalda mjólkurframleiðslu.
- Náttúrulyf og jurtir (*Galactogogues*). Sumar jurtir eru taldar hafa áhrif á aukna mjólkurmyndun og má þar helst nefna fenugreek, blessed thistle (virkar best saman), nettlulauf, fennelfræ, anis, kúmen og alfa alfa sem fæst í hylkjaformi. Einnig er hægt að fá mjólkuraukandi te sem inniheldur eitthvað af þessum jurtum. Ekki er mælt með að konur sem eru með sykursýki noti fæðubótarefni.
- Lyfseðilskyld lyf. Primperan 10 mg x 3 í 14 daga. Mjólkurframleiðslan byrjar að aukast hjá flestum eftir 2 daga.
- Nálastungumeðferð.

Breyting á mjólkurmagni og fituinnihaldi á meðan á brjóstagjöf stendur**Handmjólkun upp í barn**

Notað til að fá fram flæði þegar barnið er hætt að drekka sjálft. Þetta getur hjálpað til þegar barn sofnað auðveldlega á brjóstinu og illa gengur að halda því við að drekka. Þetta er sérstaklega gagnlegt fyrst eftir fæðingu til að barnið fái meiri brodd en er líka gagnlegt á fyrstu vikum og mánuðum brjóstagjafar þegar auka þarf mjólkurflæðið og halda barninu við að drekka feitu mjólkina í lok gjafar.

Þegar barnið er farið að totta eða drekkur ekki lengur er brjóstið kreist. Þegar barn drekkur úr vinstra brjósti er hægri handleggur notaður til að styðja undir barnið, lófinn undir herðum þess. Vinstri hönd er notuð til að halda um brjóstið og kreista hægt og rólega (þumall efst á brjósti, hinum fingrum undir nokkuð langt frá geirvörtu). Við kreistunina ætti barnið að byrja aftur að sjúga. Þrýstingi er haldið þar til barnið drekkur ekki lengur og þá er sleppt hægt og rólega. Stundum hættir þá barnið að sjúga en heldur svo áfram þegar mjólkinn fer aftur að flæða. Þetta má endurtaka eins oft og þörf er á en höndin hvíld á milli. Passa upp á að reyna að slaka á í öxlum. Þessa aðferð þarf ekki að nota í hverri gjöf og má hætta þegar barnið fer sjálft að drekka vel.

Hæg þyngdaraukning**Einkenni**

Talað er um hæga þyngdaraukningu þegar börn þyngjast hægt en dafna og þroskast að öðru leyti vel. Sum þeirra eru oft á brjósti, hafa gott sog, móðir finnur fyrir losunarviðbragði og finnur mun á fyllingu brjósta eftir gjafir. Barnið vætir a.m.k. 6 bleiur á dag, þvagið er ljósgult og með daufri lykt. Hægðir eru þunnar og þyngdaraukning er hæg en stöðug. Barnið er vel vakandi, brosir og sýnir viðbrögð og þroskast eðlilega, með góða vöðvaspennu. Barnið er almennt að fá a.m.k. 8 gjafir á dag.

Meðferð

Í þessum tilfellum er nægilegt að veita stuðning, hvatningu og upplýsingar eftir þörfum. Hægt er að bjóða upp á aukavigtun ef þörf er á.

Vanþrif - barn sem þyngist ekki

Einkenni

Barnið er venjulega slappt, sljólegt og óvært, grætur mikið og oft og er með slaka vöðvaspennu. Barnið vætir fáar bleiur og þvagið er lyktarsterkt og dökkt. Hægðir eru litlar og koma sjaldan. Móðir er oft að takmarka gjafir við færri en 8 sinnum á dag og gjafirnar eru oft stuttar. Móðir finnur oft ekki fyrir losunarviðbragði. Ómarkviss þyngdaraukning eða barnið léttist. Það getur verið seinkun á þroskaþáttum.

Greining

Fá góða sögu, skoða hvernig barnið drekkur, skráning á gjöfum og útskilnaði. Greina hvort orsök liggur hjá móður (t.d. vegna takmarkana á gjöfum). Finna út ástæður fyrir vanþrifum, en orökin getur verið samspil líkamlegra, hegðunarlegra og umhverfisþátta.

Líkamleg skoðun hjá lækni og viðeigandi rannsóknir, t.d. þvagprufa. Þegar barn dafnar ekki sem skyldi þarf að nálgast vandamálið af varfærni og tillitssemi og í samvinnu við foreldra en jafnframt af ákveðni og fagmennsku því hagur barnsins þarf alltaf að vera í fyrirrúmi.

Meðferð

Þörf er á þéttri eftirfylgni, ráðleggingum um brjóstagjöf og ráðum til að auka mjólkurmyndun. Tímabundin ábótargjöf í sumum tilfellum (þurrmjólk).

Ábót

Ábót er gefin þegar að allra leiða hefur verið leitað til að auka mjólkurframleiðslu eða sérstakar ástæður eru til staðar hjá móður eða barni. Í tíu skrefum til vel heppnaðrar brjóstagjafar kemur fram að ekki skuli gefa nýfæddum börnum aðra fæðu eða vökva en brjóstamjólk nema læknisfræðileg rök liggi að baki.

Ef ábót er gefin er best að það sé brjóstamjólk. Móður er ráðlagt að mjólka sig fyrri part dags, þegar mjólkurframleiðslan er mest og geyma til að eiga sem ábót þegar þörf er á. Mjólkina má geyma í kæli eða frysti (*sjá leiðbeiningar um geymslu brjóstamjólkur*). Gott er að merkja mjólkina með dagsetningu og hvenær dags er mjólkað þar sem minni fita er í morgunmjólkinni. Ef ekki er kostur á móðurmjólk er barninu gefin þurrmjólk sem ábót.

Ef ábót er gefin barni áður en brjóstagjöf er komin vel á veg er best að nota hjálparbrjóst, staup eða sprautu. Magn af ábót er metið eftir því hversu mikil þörfin er. Best er að byrja með lítilli ábót (10-30 ml. einu á dag) og meta hvort það dugi. Því minni sem ábótin er, því minni áhrif hefur hún á mjólkurframleiðsluna. Fylgjast þarf reglulega með þyngdaraukningu barns og

reyna að minnka ábót hægt og rólega þegar barn fer að þyngjast vel og meta þörf fyrir áframhaldandi ábót.

Ef að þörf er á meiri ábót t.d. í þeim tilfellum þegar móðurmjólk er mjög lítil, er byrjað á 50 ml/kg/dag skipt niður í 6 til 8 gjafir þannig að 4 kg barn fengi þá 200 ml í ábót á dag eða 25-35 ml eftir hverja brjóstagjöf.

Miðað er við að heildarinntaka af móðurmjólk og ábót sé um 150-200 ml/kg/dag þannig að 4 kg. barn þyrfti 600-800 ml á dag í heildarmjólkurinntekt.

Í þeim tilfellum þegar ekki eru heilsufarslegar ástæður fyrir ábótargjöf, t.d. þegar barn eða móðir eru þreytt er betra að reyna að leita annarra lausna. Þetta má t.d. gera með því að auðvelda móður umönnun barnsins með stuðningi og hjálp fjölskyldu.

Ofurmjólkun (hypergalactia)

Einkenni

Nokkur hluti kvenna framleiðir mikla mjólk og ber að greina á milli þess og ofurmjólkun (*hypergalactia*). Ofurmjólkun er oft hægt að greina strax á meðgöngu. Ástandið heldur áfram eftir fæðingu með stöðugum leka milli gjafa. Orsök getur verið góðkynja æxli í heiladingli en oft er orsökinn óþekkt.

Greining

Mæla prólaktín í blóði.

Meðferð

Meðferð miðar að því að bæta líðan konunnar með þéttum brjóstahaldara milli gjafa, kalda bakstra eftir gjöf, o.s.frv. Lyfjagjafir sem virka eru hormónið estrogen í lágskömmtum, t.d. pillan og Parlodel í litlum skömmtum.

Of mikil mjólkurframleiðsla

Einkenni

Móðir framleiðir meiri mjólk en barn hefur þörf á. Í flestum tilfellum er ekki komið jafnvægi á framleiðsluna en hjá sumum mæðrum heldur framleiðslan áfram að vera of mikil. Of mikil mjólkurframleiðsla getur verið til óþæginda bæði fyrir móður og barn.

Greining

Brjóstin virðast alltaf yfirfull. Mikið lekur úr hinu brjóstinu við gjafir. Aukin hætta er á stífluðum mjólkurgöngum og brjóstastíflu.

Merki um offramleiðslu mjólkur hjá barni:

- Gleypir í sig mjólkina.
- Gubbar oft eftir gjafir.
- Loft í maganum, kveisueinkenni.

- Oft grænar froðukenndar hægðir.
- Annaðhvort mjög mikil eða mjög lítil þyngdaraukning.

Þetta hefur áhrif á það hvernig barnið sýgur (brjóstagjafatæknina). Barnið getur verið órólegt við brjostið í gjöfinni þar sem það berst við mikið mjólkurflæði sem streymir inn í munn þess. Sum börn forðast alveg að taka brjostið vegna þessa. Önnur breyta sogtækninni og klemma fyrir geirvörtuna eða þrýsta tungunni á móti til að minnka flæðið. Þetta getur leitt til óþæginda fyrir móðurina, sársauka í gjöfinni og í versta falli sáramyndunar á geirvörtunni.

Þegar mjólkurframleiðslan er í fullkomnu jafnvægi fær barnið venjulega þau næringarefni sem það þarf á að halda í réttum hlutföllum. Eftir því sem líður á gjöfina verður mjólkin feitari og næringarríkari. Þegar offramleiðsla er á mjólk fyllist magi barnins áður en það drekkur feitu mjólkina sem það þarf nauðsynlega á að halda. Þessi börn eru oft með miklar kröftugar hægðir, hálfgerðar kúkasprengjur vegna þessa mikla mjólkurmagns sem að þau fá. Einnig verða þau fljótt svöng aftur eftir gjöfina.

Kröftugt losunarviðbragð getur tengst mikilli mjólkurframleiðslu. Móðurinni er oft ráðlagt að mjólka sig aðeins í byrjun gjafar. Mjólkin þrýstist þá ekki eins kröftuglega úr brjóstinu og barnið fær frekar feitu mjólkina. Þetta ráð getur hinsvegar gert ástandið verra þegar um mikla mjólkurframleiðslu er að ræða.

Meðferð

Læra að stoppa allan leka (halda við geirvöрту í 10 sekúndur). Eftirfarandi aðferð hefur verið þróuð af brjóstagjafaráðgjöfum til að draga úr mjólkurframleiðslu („Full drainage and block feeding method“).

1. *Byrjað er að mjólka brjóstin eins mikið og hægt er með mjaltavél eða handmjólkun.*

Það er hægt að handmjólka brjóstin en bestur árangur næst með mjaltavél með tvöföldu setti (mjólkar bæði brjóstin í einu). Það bætist alltaf mjólk í brjóstin þannig að það er ekki hægt að tæma brjóstin alveg.

2. *Þegar búíð er að mjólka brjóstin, er barnið lagt á brjóst. Það fær að drekka af báðum brjóstum eins og það vill.*

Barnið sofnar jafnvel á brjóstinu og er satt eftir að hafa drukkið af brjósti sem að sprautar ekki mjólk af fullum krafti.

3. *Það sem eftir er af deginum, drekkur barnið brjostið eins og það vill. Gott er að deila deginum í þriggja tíma bil.*

Nú á ekki að tæma með mjaltavél á undan. Fyrstu 3 tímana er sama brjostið alltaf boðið í gjöf. Næstu 3 tíma er svo næsta brjóst gefið, sama hversu barnið drekkur oft. Ef 3 tímar nægja ekki til að hvíla hitt brjostið má bæta við einni klukkustund þannig að sama brjóst sé boðið í 4 tíma.

Í sumum tilfellum þarf kannski að auka enn tímann og dæmi eru um að gefa sama brjóst í hálfan dag til að draga úr framleiðslunni.

Hjá mörgum er nóg að „heilæma“ brjóstið og nota ofangreinda aðferð í eitt skipti, meðan aðrar mæður þurfa að nota þessa aðferð endurtekið til að framleiðslan minnki eins og óskað er eftir.

Gjarnan má nota þá mjólk sem mjólkuð er seinna og geyma hana í frysti.

Að koma brjóstagjöf aftur af stað (relactation)

Það geta verið margar ástæður fyrir því að koma brjóstagjöf aftur af stað eða reyna að koma á brjóstagjöf þegar barn hefur ekki verið áður á brjósti (t.d. ættleidd börn). Mikilvægt er að veita móður upplýsingar og stuðning.

Í þeim tilfellum þegar hlé hefur verið gert á brjóstagjöf og hún tekin upp aftur, t.d. vegna veikinda móður eða barns, aðgerða eða annarra vandamála, skal notast við ofangreindar ráðleggingar við að auka mjólkurmyndun. Þegar vilji er á að hefja brjóstagjöf hjá barni sem hefur ekki áður verið á brjósti hjá móður, er mjög mikilvægt að fræða konuna að líkur séu á að hún nái upp einhverri mjólkurmyndun en að það gangi ekki alltaf. Litla líkur eru á að hafa barnið eingöngu á brjósti.

Notast má við ráðleggingar um að auka mjólkurmyndun en auk þess er oftast þörf á lyfjagjöf (primeran) til að koma brjóstagjöfinni af stað.

Gagnlegt að nota hjálparbrjóst með ábót við brjóstagjöfina og mjólka brjóstin með mjaltavél með tvöföldu setti eftir hverja gjöf. Því yngra sem barnið er þeim mun meiri líkur eru á að það vilji sjúga brjóstið (sérstaklega innan við þriggja mánaða aldur). Einnig ef að barnið hefur verið á brjósti áður.

Þegar barnið hafnar brjóstinu

Einkenni og greining

Það geta verið margar ástæður fyrir því að barnið hafni brjóstinu tímabundið eða vilji ekki drekka. Ástæðan getur verið líkamleg, s.s. eyrnabólga, þvagfærasýking, tanntaka eða annars konar veikindi. Þetta getur líka verið vegna ástands hjá móður, s.s. sveppasýkingar í brjóstum.

Í upphafi brjóstagjafar getur ástæðan verið sú að barnið eigi erfitt með að ná taki vegna stálma eða yfirfullra brjósta eða vegna innfallinna geirvartna eða tunguhafts hjá barninu. Seinna á brjóstagjafatímanum getur barnið hafnað brjóstinu eða farið í verkfall. Ástæðan getur t.d. verið breyting á bragði mjólkur vegna brjóstabólgu/sýkingar, einhverra matvara sem móðir borðar, eða of hraðs mjólkurflæðis. Hormónabreytingar móður þegar tíðablæðingar byrja aftur geta einnig valdið þessu og þegar móðir breytir um hormónatengdar getnaðarvarnir eða verður þunguð á ný. Lykt af snyrtivörum eða ilmefnum/þvottaefnum sem móðir notar geta líka kallað

fram þessi viðbrögð. Aðrar ástæður geta verið breytingar á umhverfi barnsins, daglegum venjum þess eða streita hjá umönnunaraðilum.

Meðferð

Ávallt skal byrja á að útiloka líkamlegar ástæður, s.s. eyrnabólgu, þvagfærasýkingu, tanntöku eða annars konar veikindi. Útiloka þarf líkamlegar ástæður móður orsaki þetta s.s. sveppasýking.

Kanna þarf hug móður til brjóstagjafarinnar. Ef móðir vill halda brjóstagjöf áfram er mikilvægt að fullvissa hana um að þetta sé ástand sem sé hægt að laga og gangi yfirleitt yfir á stuttum tíma. Hvetja móður til að hafa barnið fáklætt og sem mest húð við húð. Oft gengur betur að fá barnið til að byrja að drekka af brjóstinu ef að það er lagt á brjostið hálfsofandi. Best er að gefa barninu þar sem að móður og barni líður best í ró og næði, t.d. uppi í rúmi eða saman í baði og leyfa barninu að finna út úr því sjálft hvenær og hversu lengi það vill drekka. Gott er að skipta um gjafastellingar og prófa hvernig barninu líður best að drekka. Ef barnið er að taka tennur getur verið hjálplegt að nota kælingu á góminn, t.d. með naghring eða tanntökugeli. Ef ungt barn sem er eingöngu á brjósti missir úr nokkrar gjafir, getur verið nauðsynleg að gefa ábót tímabundið. Mikilvægt er að hafa ábótina eins litla og hægt er, helst brjóstamjól og forðast að nota pela. Það tekur yfirleitt ekki langan tíma þar til barnið drekkur brjostið aftur eins og það var vant.

Sérstakar aðstæður hjá móður

Erfið fæðing

Það sem skiptir mestu máli er að barnið komist sem fyrst á brjostið en erfiðar fæðingar geta tafið það ferli. Þegar barn er tekið með keisaraskurði skiptir máli að móðirin fái barnið sem fyrst til að það geti byrjað að sjúga brjostið. Ef móðir og barn eru aðskilin strax eftir fæðingu er mikilvægt að móðirin komist sem fyrst í mjaltavél og fái aðstoð við það.

Örar gjafir og mikil snerting við barnið hjálpa til við að koma brjóstagjöf vel á stað. Mikilvægt er að veita móðurinni mikinn stuðning og hjálp við að leggja barnið á brjóst og finna út þær stellingar sem henni líður best með. Sumum finnst þægilegast að gefa liggjandi og verja skurðsvæðið með púða en öðrum líkar best að sitja upprétt og er þá fótboltastellingin góð þar sem að barnið kemur ekki nálægt skurðsvæðinu.

Brjóstaadgerðir

Konur sem að hafa farið í brjóstaminnkun eiga oft í meiri erfiðleikum með brjóstagjöf heldur en konur sem að hafa farið í brjóstastækkun. Ástæðan er sú að þegar um brjóstastækkun er að ræða er oftast skorið undir brjóstinu eða til hliðar og fyllingunni annaðhvort komið fyrir undir eða yfir vöðvanum. Ekki er átt við taugar eða mjólkurganga og getur því kona sem hefur farið í slíka stækkun oftast gefið brjóst án vandræða. Þrýstingur frá fyllingu getur þó haft áhrif á mjólkurframleiðslu. Til lengri tíma getur þessi þrýstingur leitt til örvefs

á frumuveggjum kirtilblöðru (*alveoli*) og þannig minnkað mjólkurframleiðsluna.

Meðferð

Möguleikinn á að brjóstagjöf gangi eftir að kona hefur farið í brjóstaminnkunaraðgerð er háður því hvort mjólkurgangarnir, taugarnar og æðarnar séu óskaddaðir og hversu mikill kirtilvefur hefur verið fjarlægður.

Rétt er að reyna Syntocinon nefúða til að auðvelda mjólkurlosun.

Mikilvægt er að móðir fái góðan undirbúning og fræðslu á meðgöngu. Upphaf brjóstagjafar getur krafist mikillar vinnu og reynt á. Það er ekki alltaf möguleiki á að koma á fullri brjóstagjöf og þörf getur verið á ábót sem væri þá gefin með hjálparbrjósti (*sjá ráð til að auka mjólkurmyndun*). Þörf er á miklum stuðningi og aðstoð frá fagfólki.

Reykingar

Nikótín skilst út í brjóstamjólk og er því heilsuspillandi fyrir barnið. Kostir þess að hafa barnið á brjósti þó að móðir reyki eru þó meiri en ókostirnir.

Niðurbrotsefni nikótíns hefur hemjandi áhrif á magn prolaktíns í blóði og einnig oxýtócíns þannig að reykingar hafa neikvæð áhrif bæði á mjólkurframleiðslu og mjólkurlosun. Það er vel þekkt að mæður sem reykja mjólka minna og í styttri tíma en þær sem reykja ekki.

Mikilvægt er að heilbrigðisstarfsfólk ræði við móður um skaðsemi óbeinna reykinga fyrir barnið og veiti upplýsingar um leiðir til að minnka eða hætta reykingum.

Ef móðir með barn á brjósti reykir er mælt með:

- Að reykja eins lítið og mögulegt er.
- Að reykja strax eftir gjöf og bíða með að reykja aftur þangað til eftir næstu gjöf.
- Að reykja ekki innandyra þar sem barn er.

Áfengi

Konum sem hafa börn á brjósti er ráðlagt að forðast áfengisdrykkju á brjóstagjafatímanum. Styrkleiki áfengis í móðurmjólkinni er sá sami og í blóði móður. Styrkurinn nær hámarki 15 til 30 mínútum eftir neyslu áfengis og fellur eftir það ef móðir drekkur ekki meira. Hraði útskilnaðar fer m.a. eftir þyngd móður. Hjá meðalkonu (65 kg), tekur það um tvo tíma að útskilja einn einfaldan drykk t.d. eitt hvítvínsglas.

Áfengisneysla hefur neikvæð áhrif á mjólkurframleiðsluna og ráðleggingar um að bjór eða annað áfengi auki framleiðsluna eru rangar.

Fíkniefni og brjóstagjöf

Ekki er undir nokkrum kringumstæðum mælt með brjóstagjöf ef móðir neytir fíkniefna. Sem dæmi má nefna að styrkur *Kannabis (hass)* í móðurmjólk er átta sinnum meiri en í blóði móður. Fræðsla og stuðningur frá fagfólki er afar mikilvægur. Leiðbeina hvert á að leita til að hætta neyslu.

Lyfseðilskyld lyf

Öll lyf útskiljast í brjóstamjólk en í mjög mismunandi styrkleika. Almennt skilst aðeins mjög lítill hluti út í mjólkina. Það er m.a. háð uppleysni efnisins, (vatnsleysanlegt eða fituleysanlegt) sýruuppleysni við PH gildi mjólkur, prótínbindingu í mjólk og blóði, helmingunartíma og stærð mólíkúla.

Mikilvægt er að skoða í þessu samhengi hvaða lyf ganga með brjóstagjöf en upplýsingar um það er m.a. að finna í bókinni *Medications and Mothers milk* eftir Thomas Hale. Ef vafi leikur á er hægt að leita upplýsinga hjá brjóstagjafaráðgjöfum og/eða læknum.

Pungun og brjóstagjöf

Pegar kona með barn á brjósti verður þunguð aftur breytist oft bragð mjólkurinnar og barnið getur hafnað brjóstinu. Oft notar móðirin tækifærið og hættir með barnið á brjósti. Sumar konur kjósa þó að halda brjóstagjöfinni áfram, jafnvel eftir að næsta barn fæðist. Þetta er ekki mjög algengt í hinum Vestræna heimi en stundum kemur tvöföld brjóstagjöf af sjálfu sér, sérstaklega ef stutt er á milli barna. Mikilvægt er að fagfólk styðji móður í þessari ákvörðun hennar og láti ekki eigin skoðanir hafa áhrif á það. Tvöföld brjóstagjöf getur verið góð fyrir samband eldra barnsins og móðurinnar, hjálpar til við að koma í veg fyrir stálma og við að koma til móts við þarfir eldra barnsins og þess nýfædda. Þetta getur stuðlað að því að viðhalda ónæmi eldra barnsins við sjúkdómum og sjá því fyrir góðri næringu. Mæður sem gefa báðum börnunum samtímis geta jafnvel náð að hvíla sig meðan þeim er gefið brjóst. Oftast hættir eldra barnið á brjósti af sjálfu sér á nokkrum mánuðum.

Ávinningur langrar brjóstagjafar

Löng brjóstagjöf hefur þekkt í öðrum menningarsamfélögum í árþúsundir. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin ráðleggur nú brjóstagjöf í tvö ár eða lengur. Brjóstagjöf eftir eins árs aldurinn getur verið sú ánægjulegasta á brjóstagjafatímanum. Stálpaða brjóstabarnið lærir að brjóstagjöfin tengist bara móðurinni og getur þess vegna verið án hennar þegar hún er fjarverandi.

Stundum eru ráðleggingar um mataræði barna á þann veg að gert er ráð fyrir of mörgum og of stórum máltíðum alltof snemma eftir að barnið byrjar að borða til að brjóstagjöf geti haldið áfram að vera mikilvægur hluti af næringu barnsins. Það er oft á tíðum ráðlagt að draga úr brjóstagjöfinni til að barnið borði meiri mat. Þetta verður til þess að brjóstamjólkinn minnkar oft hratt og hættir fljótlega.

Þó að skorti rannsóknir á brjóstagiðf barna sem að eru eldri en tveggja ára benda heimildir til að brjóstagiðf haldi áfram að gegna mikilvægu hlutverki sem næring og sem forvörn gegn ýmsum sjúkdómum eins lengi og brjóstagiðf varir. Brjóstamjólkk móður sem hefur gefið brjóst í eitt ár eða lengur inniheldur umtalsvert hærri fitu og orkuhlutfall heldur en brjóstamjólkk móður sem hefur mjólkað í styttri tíma. Börn þurfa fitu í fæðunni til vaxtar og viðhalds og einnig eru fitusýrur brjóstamjólkkurinnar mikilvægar í sambandi við heila-og taugaþroska. Brjóstamjólkk heldur áfram að vera mikilvæg uppspretta næringarefna, s.s. prótíns, fitu og flestra vítamína vel eftir fyrsta árið.

Oft heyrast áhyggjur af því að brjóstabarnið verði óhóflega háð móður sinni.

Barn sem er í öruggum tilfinningatengslum við foreldra sína og býr við kærleika og skilning þorir að fara eigin leiðir og verða sjálfstæður einstaklingur. Fyrstu tengslin leggja grunn að því hvernig börnin höndla sjálf tilfinningasambönd þegar þau verða fullorðin.

Að hætta með barn á brjósti

Það kemur að þeim tíma að brjóstagiðf lýkur. Annaðhvort er valið að láta barnið algjörlega ráða ferðinni og venja sig sjálft af brjósti („*baby-led weaning*“) eða móðir tekur ákvörðun um að hætta. Það fer eftir aldri barnsins hvaða næring tekur við. Best er að minnka brjóstagiðf á löngum tíma, þess vegna nokkrum mánuðum og helst ekki minna en mánuði. Mikilvægt er að veita barninu mikla hlýju og nálægð á annan hátt.

Börn yngri en 6 mánaða

Þegar barn er yngra en sex mánaða er best að gefa barninu þurrmjólkk í staðinn fyrir brjóstamjólkkina.

Smám saman er gjöfum fækkað og þeim skipt út fyrir aðrar mjólkurgjafir. Best er að taka út eina gjöf á viku. Ef barnið hættir rólega á brjósti eru minni líkur á að móðir lendi í vandræðum með þrýsting eða spennu í brjóstunum. Stundum finnst smáþroti eða þrymlar í brjóstunum en það eru sjaldnast stíflur. Þetta tekur oftast 1-4 daga og best er að mjólka sem minnst eða ekkert úr brjóstunum þar sem aukaörvun veldur aukinni framleiðslu. Ef spennan er mikil er hægt að mjólka smá en eins lítið og hægt er.

Eldri brjóstabörn

Þegar eldra barn er vanið af brjósti er mikilvægt að velja tíma þegar lítið áreiti eða breytingar eru hjá því. Helst ekki velja tíma þegar barnið er að eignast systkini, fjölskyldan flytur eða barnið byrjar í daggæslu. Best er að taka góðan tíma í þetta og hætta ekki of skyndilega. Leyfa barni að drekka ef það biður um það en ekki bjóða barninu brjóstið að fyrri bragði. Bjóða barni vatn, ávexti eða aðra hressingu.

Hægt er að semja við eldra barnið um brjóstagjafastundir á ákveðnum tímum eins og þegar það vaknar og þegar það fer að sofa. Ekki er ákjósanlegt að hætta brjóstagiðf þegar barnið byrjar á leikskóla. Þvert á móti getur

brjóstagjöfin auðveldað barninu á þann hátt að það verður jafnvel síður veikt og fyrr að jafna sig eftir veikindi. Einnig er brjóstagjöfin með móðurinni eftir leikskólann oft notaleg stund fyrir móður og barn.

Rannsókn á 16–30 mánaða börnum sýnir að börn sem eru lengi á brjósti eru sjaldnar veik og í styttri tíma en börn sem eru ekki á brjósti. Mótefni eru enn í miklum mæli allan brjóstagjafatímann og sumir ónæmisþættirnir aukast í raun á öðru ári brjóstagjafar og þegar er verið að venja barnið af brjósti.

Að hætta næturgjöfum

Næturgjafir eru enn eðlilegar hjá 6-7 mánaða börnum og oft á tíðum upplifir móðir þær ekki sem truflun á nætursvefni. Hins vegar er mælt með því að draga úr brjóstagjöf að næturlagi ef hún hefur truflandi áhrif á nætursvefninn og barnið þarf ekki lengur á þeim að halda. Það fer eftir aldri barnsins hvenær þetta er raunhæft. Hjá eldri börnum er gott að fækka næturgjöfum eða sleppa þeim alveg.

Snögg afvenjun

Í einstaka tilfellum getur verið nauðsynlegt að hætta brjóstagjöf skyndilega eins og við alvarleg veikindi móður eða barns eða vegna annarra ástæðna. Við snögga afvenjun verða líkamleg viðbrögð sem lýsa sér í þenslu brjósta, þau verða heit og með þrymlum sem að gætu leitt til stíflu eða brjóstabólgu. Sjaldan eru notaðar þurrkutöflur (Dostinex) og brjóstin eru ekki lengur bundin upp. Notaður er þéttur brjóstahaldari og innlegg til að hlífa við leka. Salvíute (um 4 sinnum á sólarhring) getur hjálpað og B6 vítamín, 200 mg á dag í 5 daga. Hægt er að nota kælingu á brjóstin og mjólka smá úr brjóstunum til að létta á þrýstingi. Ef um fulla framleiðslu er að ræða getur tekið um 2-3 vikur að hætta alveg og einhver mjólk getur verið í brjóstunum í nokkrar vikur eða mánuði í viðbót.

Lok brjóstagjafar

Hvenær sem móðir venur barnið af brjósti er mikilvægt að muna að það er stórt skref fyrir bæði móður og barn. Ef móðir ákveður að hætta áður en barnið er tilbúið er mikilvægt að reyna að gera það hægt og með umhyggju fyrir barninu. Ekki líma fyrir brjóstið eða setja eitthvað bragðvont eins og sítrónu á geirvörturnar, frekar að stuðla að jákvæðum minningum um brjóstagjöfina.

Brjóstamjólk, meðhöndlun og geymsla

Geymsla mjólkur

Mjólk geymist í 4-8 klukkutíma við stofuhita (19-25°C). Mælt er með því að kæla hana strax. Í ísskáp (4°C) geymist mjólkinn í 3-8 daga en eftir það verður að henda henni. Ef ætlunin er að gefa brjóstamjólk innan 24 stunda er betra að kæla hana, ekki frysta. Það má frysta mjólk sem hefur staðið í ísskáp í 2-3 daga. Sömuleiðis má bæta kældri ferskri mjólk við aðra sem stendur í kæli, safna forða yfir daginn og frysta svo. Óhætt er að bæta kældri mjólk við

frosna, en magn fersku mjólkurinnar má ekki vera meira en það frosna. Mjólk í frystikistu geymist í 6-12 mánuði (-20°C). Mjólk í frystiskáp (sérhurð á ísskápnum) geymist í 3-6 mánuði (-18°C). Best er að hafa hana aftarlega í frystinum eða við botninn, þar sem hitastigið er jafnast. Mjólk í frystihólfi ísskáps geymist í 2 vikur (-15°C).

Ílát til að frysta mjólk í

Rúmmál mjólkur eykst í frosti og því er mikilvægt að fylla ekki ílátið. Þegar notaðir eru plastpokar þarf að brjóta þá niður til að tæma úr þeim loftið. Mjólk má setja beint í frystinn. Mikilvægt er að dagsetja ílátin. Til þess má nota límmiða.

- *Brjóstamjólkurpokar*

Hver poki rúmar 150ml og fæst í lyfjabúðum. Pokarnir eru sérhannaðir fyrir geymslu brjóstamjólkur og henta ágætlega fyrirburum og þeim börnum sem þarf að mjólka oft fyrir. Best er að geyma þá í lokuðu plastílati í frystinum til að koma í veg fyrir bragðmengun frá öðrum mat sem geymdur eru í frysti.

- *Plastpelar*

Þeir mega ekki vera rispaðir og lokið þarf að vera þétt.

- *Frystipokar*

Litla vandaða frystipoka ætlaða undir matvæli má nota undir mjólk fyrir heilbrigð börn í eitt og eitt skipti. Þegar mjólkin er þiðin er annað hornið klippt frá og mjólkinni hellt yfir í pela. Ekki er mælt með klakapokum eða plastpelapokum til að frysta brjóstamjólk í. Plastið þykir henta illa fyrir fituríka brjóstamjólk. Klakapokarnir eru fremur þunnir og rifna auðveldlega sem eykur hættu á að mjólkin mengist.

Hvernig á að þíða frysta mjólk?

Mjólk má þíða undir volgu vatni eða í ísskáp. Það tekur um 12 tíma að þíða mjólk í ísskáp. Ekki skal sjóða eða hita brjóstamjólk í örbylgjuofni. Hitinn getur eyðilagt verndandi eiginleika mjólkurinnar. Þídda mjólk skal geyma í ísskáp og nota innan sólarhrings. Ekki skal frysta aftur mjólk, sem einu sinni hefur þiðnað.

Mjólk sem hefur þiðnað

Fitan í mjólkinni skilur sig, þess vegna er gott að hrista ílátið varlega fyrir gjöf. Drekki barnið ekki allan mjólkurskammtinn í einu, verður að henda afganginum eftir u.þ.b. klukkustund. Mjólkinni má ekki blanda saman við aðra mjólk vegna þess að bakteríur úr munnvatni barnsins hafa mengað hana.

Hreinlæti

Hreinlæti er mikilvægt við meðhöndlun brjóstamjólkur, bæði hvað varðar handþvott og þrif áhalda. Notið aðeins hreinar dælur eða ílát til að safna mjólkinni í. Fyrir fyrstu notkun er mælt með því að setja snuð og pela í hreint

ílát og hella sjóðandi vatni yfir. Láta liggja í 5 mínútur og kæla svo með köldu kranavatni. Eftir það má þvo pela, snuð og túttur eins og önnur matarílát. Í leiðbeiningum frá framleiðanda kemur fram hvort pelar, túttur og/eða snuð megi fara í uppþvottavél.

Jóna Margrét Jónsdóttir hjúkrunarfræðingur og brjóstagjafaráðgjafi
Ingibjörg Baldursdóttir hjúkrunarfræðingur og brjóstagjafaráðgjafi

Brjóstagjafamat á fyrstu vikunum

Hversu oft á brjóst	Svar við snemmvíðbrögðum barnsins: leitarviðbragðið, fyrsta sögið, smakka, leitun. Syfjaður nýburi vakinn á 2-3 tíma fresti meiri hluta dagsins. 8-12 gjafir/dag, í 20-40/mín./hver gjöf, bjóða bæði brjóstin. Sýgur oftast í vaxtarkipp.
Stöður/stellingar	Móðir slakar á og það fer vel um hana með góðan stuðning við bakið Stuðningur af púða undir barnið, höfuð og líkami beinn og snýr að brjósti. Halda barni þétt, lítilega beygt að móður, munnur í geirvörtuhæð. Handleggur móður og hendi veita stuðning og tryggja barnið öruggt við brjóstið. Móðir hefur stuðning fyrir handleggi af púða. Hin hendi móður styður við brjóstið, athuga að fingur þrýsti ekki á geirvörtubaug.
Leggja á brjóst/tak á vörtu	Móðir kitlar varir barns með geirvörtu, þangað til barnið opnar munninn vel og tungan er neðst í munninum. Vörtunni er þrýst inn í munn barnsins (ofan á tungu) og barni er stýrt vel að brjósti. Varir barns brettast út fyrir geirvörtubaug, þétt að brjósti, 2-3 cm upp fyrir geirvörtu. Tunga rúllast undir geirvörtu og fer fram fyrir neðri góm. Nef og haka snerta brjóstið.
Sog	Móðir finnur þétt tog, sterkt sog, þéttur togkraftur – finnur meira í byrjun. Kinnar virðast fullar og rúnnaðar (ekki hola inn). Taktfast sogmynstur: Virkar kjálkahreyfingar með hvíldarpásu á milli.
Mjólkurflæði	Móðir finnur samdrætti í legi, er þyrst og verður eins og syfjuð. Móðir finnur sviða, og þrýstingstilfinningu í geirvörtu (tæmingarviðbragðið) (eftir u.þ.b. 3 sólarhringa). Móðir tekur eftir að það dropar úr hinni geirvörtunni, einnig inn í munn barns (eftir u.þ.b. 3 sólarhringa).
Mjólkurinntekt	Hún sér að barnið kyngir, finnur eða heyrir; í upphafi eftir nokkur sog, og oftast eftir 2 sólarhringa. Móðir finnur brjóst fyllri fyrir gjöf og mýkri eftir gjöf. Barnið er ánægt og sælt í 2-3 klst. Barnið er vel vakandi og virkt á tímabilum. Húð barns er sveigjanleg og slímhúð í munni rök og bleik. Höfuðmót barns er fyllt (ekki sokkin).
Útskilnaður	<i>Þvag:</i> Litur: ljós gulur. Tíðni: 6-8/dag (eftir 48 klst). Magn: vel rakar bleiur. <i>Hægðir:</i> Litur: ljósar, skærar eða dökk gulur (voru svartar eða brúnar). Þéttleiki: mjög mjúkar, með moskuilmi, rakar, með hvítum kornum. Tíðni: 3-8/dag. Magn: breytilegt, frá smá upp í ca 1-4 tsk (u.þ.b. 1 tsk = ca 15 ml)
Þyngdaraukning	30 til 60g/dag (eftir að hafa léttst fyrstu 48 til 72 klst). Nær fæðingarþyngd innan 2ja vikna.

Heimild: Tobin, D.L. Consultalns' corner. A Breastfeeding Evaluation and Educational Tool. J Human Lact 12 (1), 1996. Bls 47-49. Íslensk þýðing: Ingibjörg Eiríksdóttir hjúkrunarfr., ljósmóðir og brjóstagjafaráðgjafi.

Heimildir

- Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee (2010). ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants (Original Protocol March 2004; Revision #1 March 2010). Sótt í maí 2012 á <http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol%208%20-%20English%20revised%202010.pdf>
- Auerbach K. G. og Riordan J. (2001). *Pocket Guide to Breastfeeding and Human Lactation*. Sudbury MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Auerbach K. G. og Riordan J. (2000). *Clinical Lactation, a Visual Guide*. Sudbury MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Bumgarner N. J. (2000). *Mothering Your Nursing Toddler*. OK: La Leche League International.
- Butte, N., Lopez-Alarcon, M.G. og Garza, C. (2002). *Nutrient Adequacy of Exclusive Breastfeeding for the Term Infant During The First Six Months of Life*. Geneva: World Health Organization.
- Cadwell, K., Turner-Maffei, C., O'Connor, B., Blair, A.C., Arnold, L.D.W., Blair, E.M. (2006). *Maternal and Infant Assessment for Breastfeeding and Human Lactation: A Guide for the Practitioner*. Sudbury MA: Jones and Bartlett publications.
- Eiger, M.S. og Olds S.W. (1999). *The Complete Book of Breastfeeding*. New York: Workman Publishing.
- Glover, R. (2007). *Árangursrík brjóstagjöf (bæklingur)*. Reykjavík: Miðstöð heilsuverndar barna.
- Hale, T.W. (2008). *Medications and mothers' milk* (13. útg.). Texas: Hale publishing.
- Helsing E. (1995). *Boken om amning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Horta, B.L., Bahl, R., Martines, J.C. og Victora, C.G. (2007). Evidence on the long term effects of breastfeeding. World Health Organization, Geneva. Sótt í ágúst 2009 á http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf
- La Leche League International (1998). *The Womanly Art of Breastfeeding* (6. útg.). Illinois: Schaumburg.
- Lawrence R. A. (1999). *Breastfeeding, a Guide for the Medical Profession* (5. útg.). London: Mosby.
- Michaelsen, K.F., Weaver, L., Branca, F. og Robertson, A. (2003). *Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries*. WHO Regional Publications, European Series, No. 87.
- Mohrbacher, N. og Stock, J. (1997). *La Leche League International. The Breastfeeding Answer Book* (2. útg.). Illinois: Schaumburg.
- Newman J. og Pitman T. (2000). *The Ultimate Breastfeeding Book of Answers*. Three New York: Rivers Press.
- Nylander G. (2007). *Mamma for første gang*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Riordan J. (2005). *Breastfeeding and Human lactation* (3. útg.). Boston: Jones and Bartlett.

- Sundhedsstyrelsen (2008). *Kort og godt om amning* (7. útg.). Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Sundhedsstyrelsen (2008). *Amning - en håndbog for sundhedspersonale*. Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Sundhedsstyrelsen (2006). *Håndbog i vellykket amning- anbefalinger til sundhedspersonale*. Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Svenson K. og Nordgren M. (2002). *Amningsboken*. Södertälje: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Stockholms läns landsting (2008). *Regionalt Vårdprogram. Bröstkomplikationer i samband med amning*. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Wilson-Clay, B. og Hoover, K. (2008). *The Breastfeeding Atlas* (4. útg.). Texas: LactNews Press.
- World Health Organization (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1998). *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*. Geneva: World Health Organization.

Áhugaverðar heimasíður

www.ammehjelpen.no
www.amningshjälpen.se
www.babyfriendly.org.uk
www.brjostagjafavika.org
www.brjostagjafasamtokin.org
www.brjostagjof.is
www.drjacknewman.com
www.fyrirburar.is
www.harveykarp.com
www.kellymom.com
www.ljosmodir.is
www.lli.org
www.mentalhealth.com
www.pantley.com/elizabeth
www.pokaborn.org
www.unicef.org.uk
www.unicef.org/nutrition/index.html
www.who.int/nutrition/en
www.zerotothree.org

Hjálpartæki við brjóstagjöf

Mjaltavélar

Pegar barnið nær góðu taki á brjóstinu og nær að sjúga vel, streymir mjólkin úr brjóstinu upp í munn barnsins. Þetta gerist vegna þess að það skapast undirþrýstingur (vacuum) uppi í munni barnsins. Í sumum tilvikum getur verið nauðsynlegt að nota mjaltavél til þess að mjólka brjóstin. Þetta getur verið vegna ýmissa ástæðna, s.s. veikinda móður eða barns, aðskilnaðar, fyrirburðar eða til að auka framleiðsluna og/eða til að geyma mjólkina. Til eru rafknúnar brjóstadælur sem eingöngu eru notaðar fyrir sjúkrahús og heilsugæslustöðvar. Þessar dælur uppfylla þau gæði sem krafist er á sjúkrahúsum og geta viðhaldið mjólkurframleiðslu móður í langan tíma. Ein tegundin er tölvustýrð og býður því upp á örvun og mjólkun. Í boði eru tvö stýrikeri annað sérhannað fyrir fyrirburamæður og hitt fyrir mæður fullburða barna.

Allar vélarnar bjóða upp á að hægt er að nota ýmist einfalt eða tvöfalt viðsett við þær. Rannsóknir sýna að við notkun á tvöföldu viðsetti mjólka mæður allt að 125ml á móti 75ml með einföldu viðsetti. Bæði brjóstin eru þá mjólkuð samtímis.

Viðsett við mjaltavélar



Margnota viðsett við mjaltavél eru til bæði einföld og tvöföld. Viðsett við mjaltavél ganga ekki á milli mæðra sökum sóttvarna, viðsettið kaupa mæðurnar sjálfar. Sumum viðsettum má breyta með aukahlut í litla rafknúna dælu eða handdælu.



Einnota viðsett við mjaltavélar eru sérpökkuð einföld. Þegar mjólka á bæði brjóst, þarf að hafa tvö sett. Hver pakkning inniheldur brjóstaskjöld, ílát undir brjóstamjólk, slöngur og tengistykki við vél og himnu. Settið er sótthreinsað (sterilt) og endist í 24 tíma eða átta skipti.

Handdælur og litlar rafknúnar dælur

Handdælur henta mæðrum sem þurfa að mjólka sig einstaka sinnum. Þær eru misjafnar að gerð sumar mjólka eingöngu, aðrar örva fyrst og mjólka svo. Mæðrum sem eiga veik börn eða fyrirbura er ráðlagt að leigja sér mjaltavél ætlaða fyrir sjúkrahús. Handdælur reynast oft vel ef móðir þarf að minnka þrota í brjósti svo auðveldara verði að leggja barn á brjóst. Einnig til söfnunar á brjóstamjólk til síðari nota. Litlar rafknúnar dælur sem sjúga og sleppa hafa oft hjálpað mæðrum sem þurfa að mjólka sig vegna fjarveru frá barni

tímabundið en duga sjaldnast ef mæður þurfa að mjólka sig í allar gjafir til að viðhalda mjólkurframleiðslu.

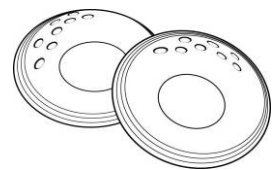
Brjóstaskildir

Brjóstaskjöldur er sá hluti brjóstadælu sem leggst að brjóstinu. Þar sem að brjóst eru mismunandi að stærð og lögun er mjög mikilvægt að móðirin noti rétta stærð af brjóstaskildi. Ef notuð er röng stærð af brjóstaskildi er hætt á því að framleiðsla móður minnki í kjölfarið eða konan fái brjóstastíflu þar sem mjólkin nær ekki að renna fram óhindrað. Brjóstaskjöld er hægt að fá í stærðum S, M, L, XL, XXL.



Hlífur

Til eru hlífur sem hægt er að nota á milli gjafa til að hlífa sárum geirvörtum sem verið er að meðhöndla. Þannig má koma í veg yfir óþarfa núning við sárið. Ytra byrðið er skál með götum sem lofta vel. Innra byrðið er gert úr mjúku silikonefni sem hlífir geirvörtunni.



Geirvörtuformari

Er ætlaður til toga geirvörtuna út þegar hún er innfallin. Innfallnar geirvörtur geta staðið í vegi fyrir því að barnið ná góðu taki á brjóstinu og eðlileg mjólkurlosun eigi sér stað. Geirvörtuformara má nota rétt fyrir gjöf til að auðvelda barni að ná taki á geirvörtu. Það má sérstaklega nefna þrjár gerðir sem ýmist toga eða þrýsta geirvörtunni fram. Ein tegundin er eins konar sogtúða sem sett er á geirvörtuna til að mynda sog sem sér um að draga geirvörtuna út. Ekki er ráðlögð notkun eftir 6. mánuð meðgöngu. Einnig er hægt að nota skeljar sem settar eru inn í brjóstahaldara og þrýsta geirvörtunni út, ýmist notað á meðgöngu eða á milli gjafa. Í þriðja lagi má nefna lítla sogdælu sem notuð er rétt fyrir gjöf til að auðvelda ásetningu barns á brjóst s.s. vegna stálma eða þrota í brjóstum.

Brjóstamjólkursafnari

Er heil skel eða hlíf með loftgati. Skelin hentar mæðrum með mikinn mjólkurleka. Loftgatið á skelinni varnar því að geirvartan soðni og sár myndist. Það má aðeins nota þá mjólk sem safnast í hreina skelina við gjöf eða hefur verið safnað á mjög stuttum tíma. Annarri mjólk skal henda sökum mengunar frá húðbakteríum.



Mexicanahattar

Mexicanahattar eru til í þremur stærðum S, M og L.

Val á stærð tekur mið af geirvörtu móður og munni barns. Notað ef barn nær ekki að halda taki á brjóstinu eða þegar geirvörturnar eru mjög sárar eða aumar. Við notkun mexikanahatts verður að passa vel upp á ásetningu barns á brjóst. Mexikanahatturinn á ekki að vera á hreyfingu á meðan barn drekkur aðeins á að sjást bylgjuhreyfing á brjóstinu. Rannsóknir hafa staðfest að fyrirburum gengur betur að halda sér á brjósti og drekka með mexikanahatti. Nýleg áströlsk rannsókn hefur sýnt fram á að börn sem ekki sjúga taktfast (tunga tifar) eða þau börn sem sjúga svo kröftuglega að þau særa móður, gengur betur að sjúga og næra sig með mexikanahatti. Mexikanahattur er hjálpartæki sem hægt er að nota tímabundið á meðan barn er að ná tökum á brjóstagiðfinni. Ávallt skal upplýsa móður um ókosti þess að nota mexicanahattinn til langframa vegna hættu á minnkaðri mjólkurframleiðslu. Gerð mexicanahatta hefur þó breyst og þróast mikið á síðustu árum og í dag eru þeir úr sílikóni og miklu þynnri og falla betur að brjóstinu en þeir gerðu áður. Engu að síður er talið að langtíma notkun á mexikanahatti geti dregið úr mjólkurframleiðslu. Þess vegna er gott að hafa í huga að hvetja móður til að lengja gjafir og hafa þær tíðari til að viðhalda góðri framleiðslu ef mexicanahatturinn er notaður.



Geymsluílát fyrir brjóstamjólk

Frystipokar

Nokkrar gerðir eru til af frystipokum sem sértaklega eru ætlaðir til geymslu á brjóstamjólk. Það er gæðamunur á pokunum og ef að öll mjólk sem barnið er nært á fer í frystipoka er best að velja meiri gæði þ.e. húðaða poka. Ef frystipokar eru aðeins notaðir einstaka sinnum má velja geymslupoka af minni gæðum. Munurinn á húðuðum og ekki húðuðum pokum er sá að innra lag húðaða pokans varnar því að fita verði eftir í honum við tæmingu. Þetta er sérstaklega mikilvægt fyrir fyrirbura og veik börn. Suma pokana er hægt að setja beint upp á brjóstadæluna en í aðra verður að hella. Gott er að geyma pokana í lokuðu íláti í frysti svo mjólkinn mengist ekki af öðrum matvælum.

Pelar

Til eru sérstakir brjóstamjólkurpelar sem passa beint á viðeigandi dælu. Þeir eru flestir lausir við auka- og eiturefni (Bisphenol-A). Einnig eru til einnota pelar eins og notaðir eru á sjúkrahúsum sérhannaðir fyrir brjóstamjólk (samskonar eru notaðir í erlendum mjólkurbönkum).

Önnur hjálpartæki við brjóstagjöf

Hjálparbrjóst

Ef barnið þarf ábót, þá er hjálparbrjóstið heppilegt. Hjálparbrjóstið samanstendur af brúsa sem móðirin hengir um hálsinn og úr brúsanum liggja tvær grannar sonduslöngur (sjá mynd). Slöngurnar eru síðan festar upp við geirvörtturnar með plástri. Ábótargjöfin truflar ekki mjólkurmyndun móður þar sem hún fær örvun allan tímann sem barnið drekkur. Þegar hjálparbrjóstið er notað þurfa báðar slöngurnar að vera opnar því taka verður inn loft á móti þeirri mjólk sem barnið drekkur. Þrjár stærðir af slöngum fylgja hjálparbrjóstinu. Þær má einnig notað við fingurgjöf (sjá nánar umfjöllun um fingurgjöf).



Fingurgjöf

Fingurgjöf er hægt að framkvæma á þrjá mismunandi vegu:

- a) með sondu sem er sett framan á sprautu
- b) með hjálparbrjósti
- c) með sondu og pela



Sonda og sprauta

Í sumum tilfellum hefur reynst vel að nota magasondu og sprautu við fingurgjöf.

Sonda og hjálparbrjóst

Þá er annarri slöngunni komið fyrir á vísifingri og hann látinn snúa upp. Fingurinn er settur upp í barnið nokkrum millimetrum fyrir innan þar sem mjúki og harði gómurinn mætast. Við það örvast sogviðbragðið hjá barninu og það drekkur. Því hærra sem brúsinn er staðsettur því hraðara rennsli er um slönguna. Ef örva á sog hjá barni er hjálparbrjóstið staðsett neðarlega eða í sömu hæð og geirvarta móður.

Sonda og peli

Einnig er hægt að búa til heimatilbúið hjálparbrjóst þá er klippt framan af túttu á pela og sondunni stungið ofan í pelann. Sondunni er svo komið fyrir á brjósti móður eða fingri og fest með hvítum plástri.

SpecialNeeds® peli

Virkar líkt og dropateljari. Sérstaklega ætlaður börnum með sogörðugleika s.s. börnum með klofinn góm og eða skarð í vör, fyrirburum, kveisubörnum og börnum með litningagalla. Hentar einnig börnum með tauga- eða hjartasjúkdóma. Himna á milli túttu



og pela kemur í veg fyrir að barnið gleypi loft og minnkar því líkur á vindverkjum og uppköstum. Við notkun er pelanum snúið á hvolf túttan kreist og síðan sleppt þá rennur fram í túttuna mjólk. Því blandast munnvatn aðeins þeirri mjólk sem komið er í túttuna. Með taktföstum hreyfingum er mjólkinni sprautað upp í barnið í takt við öndun þess. 3 strík eru á túttunni, mislöng og gefa til kynna flæði eftir lengd (stutt strík = lítið flæði, lengra strík = meira flæði). Réttu striki er snúið að nefbroddi barnsins. Notaður fyrir börn sem sjúga ekki sjálf eða mjög illa. Túttan er mjúk og særir því ekki viðkvæman munninn á þeim tímabilum er barnið gengur í gegnum erfiðar aðgerðir. Eftir aðgerðir er mikilvægt að barnið nærast áreynslulaust. Hægt er að fá himnu og túttur við pelann sem varahluti. Endurnýja þarf túttuna reglulega.

SoftFeeder™



SoftFeeder™ er mjúkur skeiðapeli fyrir börn með skarð í vör og/eða klofinn góm. Hann er sérstaklega hannaður fyrir börn með sogörðugleika. Hefur einnig reynst vel börnum með tauga- eða hjartasjúkdóma. Skeiðin er mjúk og særir því ekki viðkvæman munninn á þeim tímabilum er barnið gengur í gegnum erfiðar aðgerðir. Pelanum er snúið á hvolf og túttan kreist, síðan sleppt þannig að mjólkinn renni fram í túttuna. Þegar gefið er úr pelanum er túttan kreist og barnið drekkur úr skeiðinni. Notaður fyrir börn sem sjúga ekki sjálf eða mjög illa s.s. fyrirbura.

Staup til ábótagjafar

Tekið er úr fyrir nefi svo auðveldara sé að staupa barnið. Barnið er látið leypa úr staupinu. Vænlegur kostur að nota í stað pela við ábótargjöf vegna þess að það hefur minni áhrif á brjóstagjöf.



Lekahlífar

Sérstakar einnota lekahlífar eru til fyrir sárar geirvörtur og eru þær mýkri en venjulegar lekahlífar.

Lekahlífar og ullarhlífar

Til eru margar gerðir af einnota og margnota lekahlífum ýmist úr bómull eða ull. Einnota lekahlífar eru mjög misjafnar að gæðum. Mæður með viðkvæmar geirvörtur þurfa að huga vel að vali á lekahlífum og velja tegund sem festist ekki við geirvörtuna heldur liggur laus við. Ef móðir er með sár hugsanlega sýkt vegna bakteríu- eða sveppasýkingar er mikilvægt að nota vandaðar einnota lekahlífar svo ekki liggi raki upp við húðina. Einnig eru til þunnar margnota silikonhlífar sem hindra leka með þrýstingi.

Ullarhlífar og álhlífar halda hita á brjóstum í köldum veðrum.

Arnheiður Sigurðardóttir hjúkrunarfræðingur og brjóstagjafaráðgjafi

6.3 UPPELDI OG UPPELDISFRÆÐSLA

Að vera foreldri

Að vera foreldri er eitt mikilvægasta og mest krefjandi hlutverk fullorðinsáranna. Foreldrahlutverkið hefst strax við fæðingu barnsins og felur í sér að annast það, vernda, kenna og veita því leiðsögn. Markmið góðs uppeldis er að barnið verði heilbrigt, vel aðlagð, hamingjusamt og hafi til að bera ýmiss konar eiginleika og færni sem kemur því til góða í framtíðinni. Nauðsynleg uppeldisfærni er hins vegar hvorki meðfædd né sjálfgefin og eðlilegt er að það taki tíma og fyrirhöfn að tileinka sér alla þá þekkingu, kunnáttu og hæfni sem til þarf.

Langflestir ungir foreldrar hefja feril sinn sem uppalendur lítt undirbúnir fyrir það sem framundan er. Ekki búa allir ungir foreldrar að því að hafa sjálfir fengið besta mögulega atlæti í eigin uppvexti og hafa því ekki endilega notadrjúgt veganesti á að byggja. Þótt einhverjir hafi sem börn sjálfir fengið reynslu af heppilegum uppeldisaðferðum, hafi aflað sér upplýsinga eða fengið fræðslu um uppeldi á meðgöngunni, er ekki víst að það nýtist þegar á hólminn er komið. Niðurstaðan getur því orðið sú að ungir foreldrar prófi sig áfram á fremur handahófskenndan hátt og verði á ýmis mistök sem mörg mætti auðveldlega fyrirbyggja. Reynslan sýnir líka að þótt nýbakaðir foreldrar eigi börn fyrir er það engin trygging fyrir því að þeir kunni það sem til þarf um uppeldi barna.

Af hverju þarf uppeldisfræðslu?

Sumir foreldrar fá stuðning og geta leitað ráða hjá ýmsum í kring um sig, svo sem sínum eigin foreldrum, fullorðnum systkinum, ættingjum eða vinum. Einnig hefur, sérstaklega hin síðari ár, orðið algengara að ráðleggingar séu gefnar í hinum ýmsu fjölmiðlum, bæði prent- og ljósvakamiðlum auk vefsíðna og jafnvel spjallrása á netinu. Þótt framboð á alls konar upplýsingum og ráðum sé þannig orðið mikið og útbreytt, er þetta efni þó mjög misjafnt að gæðum svo vægt sé til orða tekið. Jafnvel vel meintar ráðleggingar veittar af nánustu vinum og fjölskyldu geta verið misgóðar, þær geta stangast á, verið úreltar og/eða verið á skjön við bestu gagnreynðu þekkingu á hverjum tíma. Það er því ekki hægt að ganga út frá því að nægilegt framboð sé sjálfkrafa í samfélaginu á fræðslu, ráðum og upplýsingum fyrir foreldra, enda má segja að slíkt samsafn sé í besta falli ósamræmt og í versta falli skaðlegt.

Margvísleg rök má færa fyrir því að mikilvægt sé, jafnt fyrir heill barna, fjölskyldna og samfélagsins í heild, að fræða foreldra um heppilegar uppeldisaðferðir:

- Hraðar samfélagslegar breytingar og tækniþróun sem m.a. getur haft í för með sér auknar kröfur og nýjar hættur fyrir börn auk tímaskorts og álags á fjölskyldu.

- Aukin og víðtæk þekking byggð á vísindalegum rannsóknum á því hvernig uppeldisaðferðir og hvaða þættir í aðbúnaði barna eru líklegastar til að skila góðum árangri.
- Vitneskja um forvarnagildi góðra uppeldishátta, þ.e. að með skipulegri uppeldisfræðslu til foreldra má fyrirbyggja og lækka tíðni margvíslegra erfiðleika bæði hjá börnum og foreldrum.
- Með því að nýta gagnreynda uppeldisfræðslu til að draga úr tíði hegðunar-, félagslegra og geðrænna erfiðleika barna má spara mikla fjármuni sem annars færu í ýmis kostnaðarsöm sérúræði og til að bæta orðinn skaða.

Hvar á uppeldisfræðsla að fara fram, hver á að kenna foreldrum?

Ýmsar stofnanir og aðilar innan félags-, mennta- og heilbrigðiskerfisins hafa það hlutverk að fylgjast með velferð og þroska barna og jafnframt að fræða eða ráðleggja foreldrum og öðrum uppalendum um góðan aðbúnað og uppeldishætti. Allmargar fagstéttir hafa menntun, þekkingu og reynslu sem nýtist til að fræða foreldra um uppeldi barna. Til að fyrirbyggja hvers kyns vandamál er mikilvægt að fræðsla og stuðningur við uppeldi byrji snemma á ævi barnsins þannig að líka megri grípa inn í strax ef einhverjir erfiðleikar koma upp.

Heilsugæslan og þá sérstaklega ung- og smábarnaverndin sem er í þéttum, reglulegum og skipulegum tengslum við langflesti foreldra ungbarna frá fæðingu, er í mjög sterkri aðstöðu til að ná til foreldra frá upphafi með hver kyns fræðslu. Hlutverk heilsugæslunnar er því geysilega mikilvægt hvað uppeldisfræðslu varðar og getur skipt sköpum um velferð og framtíðarhorfur barna. Í nútímasamfélagi er þessi þáttur ung- og smábarnaverndar ekki síður mikilvægur en eftirlit, fræðsla og stuðningur varðandi almenna umönnun, heilsufar og þroska.

Aldrei má gleyma að hugtakið heilsa á ekki bara við um líkamlegt heilbrigði, heldur einnig félagslega og geðræna vellíðan. Í riti Lýðheilsustöðvar (2007) segir Dóra Guðrún Guðmundsdóttir sálfræðingur og verkefnisstjóri að geðheilsu megri greina í eftirtalda þætti:

- Sjálfsviðurkenning.
- Persónulegur þroski.
- Jákvæð samskipti við aðra.
- Sjálfsstjórn.
- Tilgangur í lífinu.
- Stjórn á umhverfi sínu.

Það er hlutverk almennrar heilsugæslu og þá sérstaklega ung- og smábarnaverndar að hlúa að öllum þáttum heilsu og velferðar barna og eitt af öflugustu verkfærum til þess er að efla uppeldisfærni foreldra.

Uppeldisfræðsla í ung- og smábarnavernd - Áhrifaríkt forvarnastarf

Á síðustu árum hefur sem betur fer aukist skilningur og viðurkenning á því að uppeldi sé eitt af mikilvægum viðfagsefnum ung- og smábarnaverndar heilsugæslunnar. Hjúkrunarfræðingar hafa löngum verið þar í lykilhlutverki og finna jafnan sterkt fyrir þörf foreldra fyrir slíka fræðslu. Þannig leita foreldrar ráða innan heilsugæslunnar um heppilegar leiðir í uppeldinu og hvernig skuli taka á erfiðleikum sem upp koma. Fyrir um áratug síðan var, í samvinnu við hjúkrunarfræðinga á höfuðborgarsvæðinu (Fús – fræðslu- og útgáfuhópur hjúkrunarfræðinga), ráðist í það verkefni að auka markvissa uppeldisfræðslu innan heilsugæslunnar, m.a. með útgáfu á fjölbreyttu og samræmdu fræðsluefni um uppeldi.

Hvatinn að verkefninu voru ábendingar hjúkrunarfræðinga um að gott fræðsluefni vantaði til notkunar við foreldrafræðslu í ung- og smábarnavernd. Sérstaklega þóttu sjást vísbendingar í viðbrögðum foreldra og hegðun ungra barna um að foreldra skorti kunnáttu til að nota jákvæðan aga í uppeldinu. Samfélagsleg umræða um vaxandi agaleysi barna almennt, agavandamál á heimilum og í leik- og grunnskólum studdi einnig þörf á almennri skipulegri uppeldisfræðslu. Niðurstöður könnunar sem gerð var meðal foreldra sýndu að foreldrar töldu sig vanta fræðslu um uppeldi, að framboð væri ónógt og að heilsugæslunni bæri að sinna slíkri fræðslu (Gyða Haraldsdóttir 2003).

Uppeldisnámskeið

Afrakstur verkefnisins um aukna uppeldisfræðslu innan heilsugæslunnar var meðal annars námskeiðið *Uppeldi sem virkar – Færni til framtíðar* en það byggir á viðurkenndum, reynsluþröfuðum aðferðum bæði varðandi innihald og framsetningu. Reglubundið námskeiðsmat þátttakenda, bæði á foreldra- og leiðbeinendanámskeiðunum, sýna viðvarandi og mikla ánægju með námskeiðið. Til stuðnings við efni námskeiðsins er *Uppeldisbókin – Að byggja upp færni til framtíðar*, sem er handbók um uppeldi barna frá fæðingu til unglingsára og hentar jafnt foreldrum og fagfólki. Bókin var sérstaklega valin til útgáfu hérlandis þar sem hún er einstaklega fagleg, aðgengileg, hagnýt og notendavæn og byggir að auki á traustum vísindalegum grunni (Christophersen og Mortweet 2004).

Uppeldi sem virkar – áhersluatriði

Á uppeldisnámskeiðunum er áhersla á að nota jákvæðar aðferðir til að laða fram æskilega hegðun og fyrirbyggja erfiðleika.

Meðal þess sem leitast er við að kenna foreldrum er að:

- Koma sér saman um skipulag uppeldisins og setja sér markmið til framtíðar.
- Ákveða hvaða hegðun og færni foreldrum finnst eftirsóknarverð í fari barnsins.
- Koma á föstum venjum frá upphafi sem setja ramma um daglegt umhverfi barnsins og veita því öryggi.
- Hafa raunhæfar væntingar til barnsins og gefa skýr skilaboð um til hvers er ætlast af því.
- Vera vakandi fyrir allri æskilegri hegðun barnsins og bregðast við með athygli, hrósi eða annarri umbun.
- Velja og fylgja eftir fáum og skýrum reglum sem eru í samræmi við þroska og aldur barnsins.
- Setja börnum skorður og hjálpa þeim að læra að setja sér eigin mörk.
- Temja sér að vinna að því að fyrirbyggja erfiðleika fremur en að bíða þar til vandamál koma upp.
- Hvetja markvisst til góðrar hegðunar með leiðsögn, beinni kennslu og síðast en alls ekki síst, með góðu fordæmi. Þetta þýðir að foreldrar þurfa að verða mjög meðvitaðir um sína eign hegðun.
- Verja reglulega tíma með barninu og skipuleggja skemmtilegar samverustundir allrar fjölskyldunnar.
- Passa upp á sjálfan sig og makasambandið, leita aðstoðar þegar þarf.
- Vinna saman að því að leysa verkefni eða vandamál sem upp koma.
- Vanda sig og styðja hvort annað, en muna að enginn er fullkominn.

Markmið aukinnar uppeldisfræðslu innan almennrar heilsugæslu var ekki síst forvarnarþátturinn, þ.e. að vinna gegn þróun hegðunarerfiðleika með því að styrkja uppeldisfærni foreldra.

Þessi hugsun er í góðu samræmi við það sem nú er að gerast í öðrum löndum. Samkvæmt Dr. Matt Sanders prófessors og brautryðjanda í rannsóknum og

Þróun árangursríkrar foreldrafræðslu í Ástralíu er síaukinn skilningur stjórnvalda víðsvegar um heiminum á því að gott uppeldi miðar að forvörnum gegn fjölmörgum félags- og heilsufarsvandamálum, þar með talið andfélagslegri hegðun (Sanders 2008).

Innihald og fyrirkomulag árangursríkrar uppeldisfræðslu

Uppeldi snýst um að hjálpa börnum að tileinka sér hegðun og færni sem líkleg er til að nýtast þeim í framtíðinni og auka líkur á velgengni í samskiptum, námi, starfi og leik og jafnframt að koma í veg fyrir óæskilega hegðun og þróun erfiðleika. Æskilegir eiginleikar eða færni sem flestir foreldrar vilja gjarnan sjá hjá börnum sínum eru t.d. góð samskiptafærni, sterk sjálfsmynd, geta til að róa sig og hemja skap, góð tilfinningatengsl, traust á eigin getu og til annarra, samhygð og geta til að deila með öðrum. Í góðu uppeldi er unnið að þessu markmiði með beinni kennslu æskilegrar hegðunar, aðhaldi, leiðsögn, hvatningu og góðu fordæmi. Einnig er vænlegt til árangurs að foreldrar vinni saman að uppeldinu, skipuleggi það, setji sér markmið, séu sjálfum sér samkvæmir, átti sig á eigin styrkleikum og veikleikum og gefi barninu og uppeldisstarfinu þann tíma sem nauðsynlegur er.

Vegna grósku undanfarið í rannsóknum og árangursmælingum á ýmsum uppeldisaðferðum hefur safnast mikil þekking á því hvaða árangur getur náðst með skipulegri uppeldisfræðslu og hvaða uppeldisaðferðir séu vænlegastar til árangurs þegar til lengri tíma er litið.

Viðamikil rannsókn gerð í Ástralíu á árunum 2003-2005 sem náði til á fimmta þúsund foreldra sýndi að þjálfun og fræðsla foreldra um uppeldi er ekki einungis árangursrík leið til að lækka tíðni vandamála hjá börnum, heldur minnka einnig ýmsir erfiðleikar foreldra. Helstu jákvæðu afleiðingar þátttöku í skipulagðri uppeldisfræðslu voru:

- Minna notað af óheppilegum uppeldisaðferðum og meira af jákvæðum aðferðum.
- Bætt reiðistjórnun foreldra.
- Meiri ánægja foreldra í parasambandinu.
- Aukið sjálfstraust foreldra við að taka á erfiðri hegðun barna.
- Minni streita og lækkuð tíðni geðrænna erfiðleika hjá foreldrum, svo sem kvíða og þunglyndis.
- Lægri tíðni hegðunarvandamála og færri vandamál almennt hjá börnum.
- Almenn ánægja þátttakenda með fræðsluna.

Enn fremur sýndu niðurstöður rannsóknarinnar að eftirfarandi þættir eru mikilvægir:

- Að fræðslan innihaldi gagnreynda þekkingu og aðferðir sem byggja á atferlis-, félagsnáms- og hugrænum sálfræðikenningum.
- Fræðslan þarf að vera í höndum fagmanna sem fengið hafa til þess sérstaka þjálfun.

Heppilegasta fræðsluformið eru sérstök námskeið, með faglegri, hagnýtri kennslu, raunverulegum dæmum, leiðbeiningum og æfingum auk sveigjanleika til að taka tillit til þarfa þátttakenda hverju sinni (Sanders o.fl. 2005).

Hindranir í uppeldi og varasamar aðferðir

Af framangreindu er ljóst að góð uppeldisfræðsla til foreldra felur í sér að kenna viðurkenndar, árangursríkar aðferðir og veita stuðning og ráðgjöf eftir þörfum við að nýta þekkinguna. Einnig er nauðsynlegt að hjálpa foreldrum að átta sig á hvaða þættir eða aðferðir eru gagnslausar eða beinlínis skaðlegar og þarf að varast. Mikilvægt er að vera meðvitaður um að þótt slakar félagslegar aðstæður geti aukið hættu á ýmsum vandamálum barna, þá finnast óheppilegar uppeldisaðferðir hjá foreldrum í öllum stéttum samfélagsins. Til dæmis er raunin sú að meirihluti barna sem eiga við vandamál að etja, koma úr fjölskyldum sem ekki búa við fátækt eða aðrar félagslega erfiðleika. Því er nauðsynlegt að beina fyrirbyggjandi fræðsluadgerðum að öllum foreldrum óháð stétt og stöðu.

Áhættuþættir fyrir þróun tilfinninga- og hegðunarerfiðleika hjá börnum eru m.a. eftirfarandi:

- Erfið samskipti, átök eða upplausn innan fjölskyldu.
- Streita, þunglyndi, kvíði eða aðrir geðrænir erfiðleikar foreldra.
- Ónóg jákvæð samskipti og lítil samvera foreldra og barna.
- Slök félagsleg staða, fátækt, atvinnuleysi, vonleysi og áhyggjur.
- Óheppilegar uppeldisaðferðir s.s. skortur á skipulagi og rútínu, ósamkvæmni, undanlátssemi og hörkulegar eða þvingandi uppeldisaðferðir.

(Coie 1996, Loeber & Farrington 1998, Chamberlain og Patterson 1995, Sanders 2005).

Að fyrirbyggja erfiðleika

Nú orðið er vel þekkt og viðurkennt að óheppilegar uppeldisaðferðir geta valdið margs konar erfiðleikum í hegðun og tilfinningalífi barna og ungmenna. Börn sem búa við agaleysi, ósamkvæmni, hörku eða skort á stöðugleika og jákvæðri svörun eru líklegri til að þróa erfiða hegðun en önnur börn. Sé ekkert að gert til úrbóta varðandi hegðunarerfiðleika ungra barna er hættu á að hlutirnir versni. Því fyrr sem gripið er inn í með bættum

uppeldisháttum, því betra. Þótt meðfæddir eiginleikar barna, t.d. skapgerð eða frávik geti líka átt hlut að máli, eru horfurnar alltaf betri þegar vandað er til uppeldisins með viðurkenndum aðferðum. Góð tengsl á milli foreldris og barns, jákvæð samskipti og notkun hróss er ákveðin vörn gegn þróun hegðunarerfiðleika. Verndandi þættir þegar barnið stendur frammi fyrir nýjum þroskaverkefnum, áskorunum, jafningjaþrýstingi eða hættulegum freistingum eru enn fremur eftirfarandi:

- Barnið sé vant reglum og að virða þær.
- Barnið hafi lært að setja sér mörk og hafa hemil á sér.
- Barnið hafi sjálfsaga og viti að það er ekki hægt að gera allt sem mann langar til.
- Barnið hafi góða sjálfsmynd og þekki tilfinningar.
- Barnið hafi sjálfsöryggi til að geta sett sér og öðrum mörk, t.d. sagt nei og staðið gegn óheppilegum félagaþrýstingi.
- Barnið hafi vanist því að geta rætt við foreldra sína um hugðarmál sín og áhyggjuefni.
- Barnið hafi búið við jákvæðni og stuðning.
- Barnið hafi áhugamál og stundi íþróttir eða aðrar tómstundir.

Uppeldi og slysavarnir

Slysavörnum barna eru gerð góð skil á öðrum stað í þessari handbók. Þó er vert að nefna að sterk tengsl eru á milli æskilegra uppeldisaðferða og þess hvort fræðsla um slysavarnir skilar tilætluðum árangri. Í stuttu máli má að segja slík fræðsla miði að því að foreldrar:

- Tryggi að umhverfi barnanna sé eins öruggt og frekast er unnt og nýti til þess góð ráð og leiðbeiningar þeirra sem best til þekkja.
- Séu meðvitaðir um hvaða hættur steðji helst að á hverju aldurs- og þroskaskeiði og hvenær börn hafi þroska til að takast á við þær sjálf.
- Kenni börnum um hættur sem þau komast ekki hjá að mæta í umhverfi sínu og aðferðir til að varast þær.

Til að auka líkurnar á að vel takist til með að gera börn meðvituð um hættur og tilbúin til að verjast þeim þurfa foreldrar að:

- Haga uppeldinu þannig að börn læri frá unga aldri að fylgja reglum, hlýða fyrirmælum og setja sér mörk í hegðun.
- Átta sig á að börn sem vanist hafa að hlýða eiga auðveldara með að tileinka sér fyrirmæli foreldra og annarra sem snúa að öryggi, t.d. um hvernig skal fara yfir götur, hvar má hjóla, nauðsyn þess að nota hjálma og annan öryggisbúnað o.s.frv.

- Skilja að börn sem eru vön því frá unga aldri að reglur séu eðlilegur hluti af tilverunni eru líklegri til að samþykkja og fylgja nýjum reglum, svo sem útivistar- eða umferðarreglum.

Nokkur áhersluatriði

Að lokum eru hér tekin saman nokkur áhersluatriði sem skipta máli í sambandi við uppeldisfræðslu og ráðgjöf til foreldra:

- Í uppeldi felst allt – umhyggja, aðbúnaður og fordæmi – sem foreldrar búa börnum sínum frá fyrsta degi.
- Uppeldi er samstarfsverkefni beggja foreldra, þar sem skipulag, sameiginlegar ákvarðanir, skýr markmið og góð samvinna er mikilvæg.
- Foreldrar eru mikilvægar fyrirmyndir barna sinna, ekki síst um félagshegðun og samskipti. Börn læra það sem fyrir þeim er haft hvort sem til þess er ætlast eða ekki.
- Agi er ekki bara til að taka á erfiðri hegðun, heldur það að veita börnum leiðsögn um hvað er rétt og hvað er rangt í hegðun og samskiptum. Góður, jákvæður agi veitir öryggi og hjálpar börnum að læra sjálfsstjórn.
- Reglur eru nauðsynlegar í uppeldi. Þær þurfa að vera sanngjarnar, sýnilegar, ekki of margar og þannig að hægt sé að fylgja þeim.
- Tími til samvista við börn er mikilvægur og þá án þess að stöðugt sé verið að gera eitthvað annað í leiðinni. Í samskiptum við börn er mikilvægt að hlusta á þau, ekki bara tala til þeirra.
- Það þarf að taka eftir æskilegri hegðun hjá börnum og veita þeim athygli þegar þau eru þrúð. Of algengt er að börn fái helst athygli þegar þau gera eitthvað af sér.
- Langar setur við sjónvarp eða tölvu eru ekki hollar fyrir börn, hvorki andlega né líkamlega. Það er á ábyrgð foreldra að ákveða hve mikið börn horfa sjónvarp og á hvað.
- Skammir og tuð eru leiðinleg uppeldisaðferð og skila auk þess mjög litlum árangri.
- Líkamlegar refsingar á ekki að nota í uppeldi. Notkun líkamlegra refsinga er barninu fyrirmynd um að ofbeldi sé ásættanleg aðferð til að ná sínu fram, hún veldur neikvæðum tilfinningum, getur leitt til alvarlegra meiðinga og er ekki árangursrík til að hafa jákvæð áhrif á hegðun barna.

Gyða Haraldsdóttir sálfræðingur

Heimildir og lesefni

- Chamberlain, P. og Patterson, G.R. (1995). Discipline and child compliance in parenting. Í Bornstein M.H. (ritstj) *Handbook of parenting* (bls. 205-225.) NJ: Lawrence Erlbaum: Mahwah.
- Christophersen, E., R. og Mortweet, S. (2004). *Uppeldisbókin – Að byggja upp færni til framtíðar*. Reykjavík: Skrudda.
- Christophersen, E., R. og Mortweet S. (2001). *Treatments that Work with Children; Empirically Supported Strategies for Managing Childhood Problems*. Washington: The American Psychological Association.
- Coie, J.D. (1996). Prevention of violence and antisocial behaviour. Í R.D. Peters og R.J. McMahon (ritstj.) *Preventing childhood disorders, substance abuse and delinquency*. Banff international behavioural science series. Ástralía: Sage Publications.
- Dóra Guðrún Guðmundsdóttir (2007). *Velgengni og vellíðan, um geðorðin 10*. Reykjavík: Lýðheilsustöð.
- Gyða Haraldsdóttir (2006). *Agi, uppeldi og hegðun – Ítarefni og dæmi*. (fræðsluhefti) Reykjavík: Miðstöð heilsuverndar barna.
- Gyða Haraldsdóttir (2005). *Agi til forvarna – uppeldi sem virkar*. Í Ungir Íslendingar í ljósi vísindanna. Reykjavík: Umboðsmaður barna og Háskóli Íslands.
- Gyða Haraldsdóttir (2003). *Agi, uppeldi og hegðun – Minnisþingir fyrir foreldra og aðra upplendur* (bæklingur). Reykjavík: Miðstöð heilsuverndar barna.
- Gyða Haraldsdóttir (2003). *Könnun á viðhorfum foreldra til fræðslu um aga í uppeldi barna*. Óbirt skýrsla á vegum Miðstöðvar heilsuverndar barna, Reykjavík.
- Loeber, R. og Farrington, D.P. (1998). Never too early, never too late: Risk factors and successful intervention for serious and violent juvenile disorders. *Studies on Crime & Crime prevention* 7, bls. 7-30.
- Sanders, M.R., Ralph, A., Thompson, R., Sofronoff, K., Gardiner., P., Bidwell, K. og Dwyer, S. (2005). *Every family: A public health approach to promoting childrens wellbeing*. Brisbane Ástralía: University of Queensland.
- Sanders, M.R., og Turner, K.M.T. (2005). Reflections on the challenges of effective dissemination of behavioural family intervention: Our experience with the Tripple P – positive parenting program. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(4), 158-201.
- Sanders, M.R. (2008). *The evidence base for the Tripple P-Positive parenting program*. Aðalfyrirlestur á 38. ráðstefnu Evrópusamtaka um hugræna atferlismeðferð (EABCT) 10.-13. okt. í Helsinki.

6.4 SVEFN OG SVEFNVANDAMÁL UNGRA BARNNA

Eitt viðamesta þroskaferli ungbarna er að móta svefn- og vökuhrynjandi eða dægursveiflu. Sum börn virðast nánast sjálfkrafa taka upp á að sofa meira á næturnar en vaka lengur á daginn, en öðrum börnum eiga foreldrar erfitt með að kenna mun á nóttu og degi. Hér verður eingöngu fjallað um svefnvanda barna til 2 ára aldurs.

Almennt um svefn

Talað er um svefn í fimm stigum eftir dýpt svefnsins. Fyrstu fjögur þeirra einkennast af mis djúpum svefni og kallast NREM-svefn (non-rapid eye movement) en fimmta stigið sem er grunnur svefn einkennist af hröðum augnhreyfingum og er kallaður REM-svefn (rapid eye movement), öðru nafni draumsvefn. Einnig er talað um svefnhringi þegar farið er um tvö eða fleiri svefnstig. Hver einstaklingur fer nokkra slíka hringi yfir nóttina. Dýpsti svefninn, eða svefnstig 3 og 4, er ríkjandi fyrri hluta nætur. Draumsvefn er meiri seinni hluta nætur. Nýfædd börn eyða lengri tíma í REM-svefn en fullorðnir.

Nýfætt barn sefur í nokkuð jöfnum lúrum allan sólarhringinn. Um 6 mánaða aldur er lengd svefns á nóttu komin í 10 til 12 klukkutíma og helst í þeirri lengd með litlum breytingum til 2-3 ára aldurs. Nótt hjá barni með svefnvandamál er oftast um 1 klst. styttri. Mun meiri einstaklingsmunur er á lengd daglúra en nætursvefni. Fjöldi daglúra er oftast þrír á dag til 4-6 mánaða aldurs, en eftir það fækkar þeim í tvo. Um 1 árs aldur (frá u.þ.b. 9 til 14 mánaða) fer barn síðan að sofa einn daglúr. Börn eru mjög mis gömul þegar þau hætta að sofa á daginn eða á bilinu 18 mánaða til 5 ára.

Svefnvandamál

Vandamál tengd svefni eða svefnvenjum eru algengar ástæður þess að foreldrar leita með börn sín á heilsugæslustöðvar og til barnalækna. Samkvæmt rannsókn, sem gerð var hér á landi, stækkar sá hópur, sem á við svefnvandamál að stríða að mati foreldra, úr 15% í 20% eftir þriggja mánaða aldur. Rannsóknir frá Bretlandi og Bandaríkjunum sýna sömu tölur eða um 10-30% barna á fyrsta ári og um 20% barna undir 5 ára aldri.

Þrátt fyrir að svefnvandamál barna tengist oft öðrum vandamálum, eins og heilsufarsvandamálum eða geðrænum kvillum, er það ekki fyrr en nýlega sem menn fóru að viðurkenna þetta sem mikilvægt vandamál sem þyrfti að skoða og meðhöndla sérstaklega. Svefnvandamál geta verið rangtúlkuð sem afleiðing annarra vandamála þegar svefnröskunin er í rauninni orsökina eða frumvandamálið.

Þó að heilbrigðisstarfsfólk flokki svefnvandamál oft sem minni háttar vanda, þá eru foreldrar barna með svefnvandamál oft örvæntingafullir og undir miklu álagi. Svefnleysi foreldranna sjálfra hefur áhrif á hæfni þeirra til að

takast á við verkefni og skyldur daglegs lífs og þá jafnframt svefnvanda barnsins.

Þrátt fyrir að mörg vandamál tengd svefni barna leysist með tímanum án íhlutunar heilbrigðiskerfisins, þá verður hluti þeirra langvinnur og einnig geta svefnvandamál byrjað á hvaða aldri sem er, þ.e.a.s. barn sem sefur vel á fyrsta aldursári getur farið að sofa illa á öðru aldursári eða seinna.

Svefndagbók

Góð undirstaða aðstoðar við foreldra og svo meðferð er fyrst að taka góða sögu af svefnvanda barnsins. Þar geta s.k. svefndagbækur komið að gagni til að átta sig á svefnmynstri þess. Svefndagbók göngudeildar barna með svefnvandamál á Barnaspítala Hringins getur hér verið til aðstoðar í daglegu starfi ung- og smábarnavernda (sjá í lok kaflans). Foreldrar skrá svefn barns síns í allt að eina viku og koma síðan með útfyllta dagbók í næstu komu á heilsugæslustöð.

Hugsanlegar orsakir fyrir svefnvandamálum ungbarna

Mikilvægur undanfari meðferðar er að reyna að gera sér grein fyrir hugsanlegum orsökum vandans og meðhöndla þá ef hægt er. Þetta er ekki alltaf einfalt enda ekki víst að orsakapættir séu til staðar þegar foreldrar leita sér aðstoðar því þeir geta verið löngu farnir. Það getur t.d. átt við um veikindi barns, eins og endurteknar eyrnabólgu, sem eru úr sögunni þegar foreldrar leita sér aðstoðar. Einnig eru sumir orsakapættir sem enginn vill eða getur breytt eins og lundarfar barns eða barnið hefur eignast nýtt systkini eða aðrar breytingar orðið á daglegu lífi barnsins. Hugsanlegar orsakir eru ekki alltaf neikvæðar þrátt fyrir að þær hafi neikvæð áhrif á svefn barnsins.

Hugsanlegir áhrifapættir svefnvandamála eru oft margir og erfitt að segja til um hvað hefur áhrif á hvað. Þetta tengist barninu sem einstaklingi og foreldrunum sem einstaklingum, ýmsum umhverfis- og umönnunarþáttum og einnig innbyrðis tengslum alls þessa. Orsakavaldar eru líklega margir og spanna bæði líkamlega, andlega og félagslega þætti.

Hægt er að flokka hugsanlega orsakavalda á eftirfarandi hátt: 1) líkamleg veikindi barns eins og eyrnabólga, vélindabakflæði og astmi o.fl.; 2) ýmsir þroskatengdir þættir hjá barninu; 3) lundarfar eða skapgerð barnsins; 4) ýmsir umhverfisþættir eins og breytingar á daglegur lífi fjölskyldu eða erfið lífsreynsla barnsins; og 5) þættir tengdir foreldum eins og veikindi þeirra. Hér á eftir verður fjallað lítilega um hvern og einn þessara þátta. Athugið að þeim er ekki raðað eftir mikilvægi enda ekki auðvelt að segja til um hvort eitt sé mikilvægara en annað.

Líkamleg veikindi barns eða verkir

Hér er átt við ef svefnmynstur ruglast í veikindum og lagast ekki aftur þó að veikindin gangi yfir. Börnum, sem hafa svefnvandamál fyrir veikindi, versnar nær alltaf þegar þau veikjast. Veikindi eru helst: eyrnabólga,

þvagfærasýkingar, nýrnabakflæði, ofnæmi, exem, astmi og öndunarfærasýkingar. Miklar ælur eða bakflæði frá vélinda, þrálát hægðatregða og mjólkuróþol valda einnig oft svefnvandamálum. Algengt er að börn með svefnvandamál séu sögð hafa haft ungbarnakveisu á fyrstu mánuðum.

Proskatengdir þættir hjá barninu

Algengt er að svefnvandræði tengist ákveðnum þroskaskeiðum hjá barni, það er u.þ.b. við 4, 7, 10 og 14 mánaða aldur. Þriggja til fjögurra mánaða gömul læra börn einfalda afleiðingu af eigin athöfnum eins og gráti. Við 6-7 mánaða aldur prófa þau sig áfram með hvort þau geti ráðið hver gerir hvað (t.d. sett í rúmið, o.fl.). Við 9-10 mánaða aldur lærir barn að standa upp og við 12-14 mánaða aldur lærir barn að ganga. Proskatengdur þáttur er einnig sá hæfileiki barnsins að sofna sjálft, en það er meðfæddur eiginleiki hjá barni, en getur truflast af ýmsum ástæðum. Um 80% barna sem eiga við svefnvandamál að stríða geta ekki huggað sig sjálf.

Annar þáttur tengdur þroskaþáttum er svokallaður „aðskilnaðarkvíði“ hjá barni. Þessi þáttur kemur hjá sumum börnum en öðrum ekki, oftast þá um 9 mánaða aldur. Síðast er upp talinn þáttur þar sem barn hefur ekki aðgreint sig frá móður sinni sem er áberandi hjá börnum sem eru t.d. mikið ein með móður sinni eða eru mikið á brjósti.

Skapgerð eða lundarfar barnsins

Ungbörn sem eru auðtrufluð er hættara á að eiga við svefnvanda að stríða. Einnig eru ákveðin lundarfarseinkenni meira áberandi hjá börnum með svefnvandamál, það er hreyfivirkni, minni aðlögunarhæfileiki og minni hrynjandi.

Umhverfisþættir

Þessum þætti er skipt í þrjá undirflokka:

- *Erfið lífsreynsla hjá barninu.* Hér getur verið um sjúkrahúsvist að ræða, svæfingu eða blóðprufu. Sumt sjónvarpsefni getur einnig valdið truflunum á svefni. Önnur dæmi eru barn sem er hrekkt af öðrum börnum, eða barn sem hefur orðið fyrir slysi. Síðustu þrjú dæmin eiga meira við um börn frá u.þ.b. tveggja ára aldri.
- *Breytingar á daglegu lífi fjölskyldu.* Hér er átt við breytingar eins og skilnað foreldra, endurtekna flutninga fjölskyldu, annað foreldri mikið í burtu og að barnið eignaðist nýtt systkini.
- *Húsnæði fjölskyldu.* Ef fjölskyldan býr mjög þröngt. t.d. þegar allir sofa í sama herbergi og foreldrar hafa áhyggjur af því að eitt barn vekji annað. Hér er einnig átt við ef margir fullorðnir koma að uppeldi barnsins og mismunandi skoðanir eru í gangi varðandi ummönnun þess. Áhyggjur af nágrönnum, sérstaklega þar sem hljóðbært er milli íbúða og nágranninn er kvörtunargjarn, getur haft áhrif.

Þættir tengdir foreldrum

Þessum þáttum er skipt í tvo undirflokka:

- *Veikindi foreldra.* Sjúkdómar, þar sem reglulegur svefn hjá foreldri er mikilvægur til að halda einkennum viðkomandi sjúkdóms í skefjum. Þetta eru sjúkdómar eins og þunglyndi, MS og flogaveiki. Einnig getur sjúkrahúsinnlögn foreldra haft áhrif og það álag sem því getur fylgt. Mjög fáir foreldrar eru meðvitaðir um áhrif eigin veikinda á svefn barnsins.
- *Samskipti.* Samskipti foreldra við aðra geta haft mikið að segja um þróun svefnvandamála hjá barni. Lítill stuðningur frá öðrum eða ruglingslegar leiðbeiningar (bæði frá fagaðilum og vinum) varðandi bjóstagjöf, næringu, svefnvenjur og barnauppeldi getur haft neikvæð áhrif á svefn barnsins.

Einkenni svefnvandamála hjá ungum börnum

Helstu einkenni svefnvandamála hjá ungum börnum eru að þau vakna oft upp á næturnar og eiga erfitt með að sofna. Önnur einkenni sem ekki síður er mikilvægt að meðhöndla eru erfiðleikar tengdir daglúrum, pirringur og vanlíðan á daginn og ruglingur á svefnrythma. Hér fyrir neðan verður fjallað lauslega um hvert einkenni.

Að vakna á nóttunni

Sterkasta einkenni vandamála tengt svefni barna eru næturvaknanir, þ.e.a.s. barnið er að vakna oftár upp á næturnar en foreldrar telja eðlilegt. Sýnt hefur verið fram á að flest börn rumska nokkrum sinnum yfir nóttina - það er í sjálfu sér ekki vandamál. Það getur aftur á móti skapað vandamál þegar barnið vekur foreldra sína til fá aðstoð við að sofna aftur.

Ekkert eitt viðmið er rétt þegar metið er hvort ungbarn vaknar of oft upp á næturnar. Þar skiptir máli hve lengi barnið vakir og hve órólegt barnið er á meðan á þessari vöku stendur. Hægt er að miða við að 5-8 mánaða barn með minni háttar svefnvandamál vakni 3x eða oftár á nóttu þrjá daga vikunnar eða vaki lengur en 30 mín í eitthvert skipti. Barn sem er 9-14 mánaða gamalt þarf að vakna 1x eða oftár 3 daga vikunar eða vaka lengur en 30 mín Til að það teljist vandamál. Barn sem er 15 mánaða -2 ára þarf að vakna 4x í viku eða oftár eða vaka lengur en 30 mín til að það teljist vandamál. Til viðmiðunar er hægt að geta þess að börnin sem koma á göngudeild barna með svefnvandamál á LSH vakna að meðaltali 5-6x á nóttu og eru að meðaltali um 1 árs.

Erfiðleikar við að sofna

Börn sem geta farið að sofa sjálf að kvöldi eru ólíklegri til að vekja foreldra sína ef þau vakna að nóttu, heldur en hin sem þurfa aðstoð til að sofna að kvöldi. Sum börn á aldrinum 9-14 mánaða geta þó þurft nærveru einhvers þegar þau eru að sofna án þess að það sé vandamál. Hafa þarf í huga að barn

kallar eftir því sama á næturnar og það sofnað út frá á kvöldin. Þá er átt við nærveru, að drekka, rugg eða annað.

Daglúrar

Algengast er að börn með vandamál tengd daglúrum séu að sofa stutta og óreglulega lúra. Mjög fáir hafa athugað tengsl daglúra við nætursvefn. Þegar lagt er mat á vandamál tengd daglúrum, kemur oft í ljós að hrynjandinn í dagsvefni er rangur. Algengast er að vökutíminn áður en barnið sofnar fyrir nóttina sé of stuttur en lengsti vökutími dagsins þarf einmitt að vera fyrir nóttina.

Vanlíðan og pirringur barns á daginn

Foreldrar lýsa þessum þætti þannig að barnið sé pirrað, unír sér illa, sé alltaf á handlegg en ekki endilega ánægt þar. Þetta einkenni er eingöngu notað með öðrum en getur ekki staðið eitt og sér undir því að barnið eigi við svefnvanda að stríða.

Ruglingur á dag- og næturhrynjandi

Þá er lengsti samfelldi svefn hjá barninu ekki á sama tíma og hjá öðrum í fjölskyldunni, t.d. ef nótt hjá barni er frá kl. 6 að morgni til kl 14 eftir hádegi.

Einkenni svefnvandamála hjá eldri börnum

Eldri börn geta haft önnur einkenni en þau sem yngri eru. Algeng einkenni svefnvandamála hjá eldri börnum (eftir 2-3 ára aldur) eru slæmir draumar eða martraðir og að geta ekki sofnað að kvöldi. Önnur einkenni eldri barna eru t.d. að ganga í svefni, pissa undir í svefni eða gnýsta tönnum (ekki verður fjallað um þessa þætti hér).

Meðferðarleiðir

Skiptar skoðanir eru varðandi það hvað sé til ráða til að bæta svefn barnsins. Vænleg leið er að blanda saman fleiri en einni tegund af meðferð og hafa þar megin áherslu á „fræðslu“ til foreldra.

Lyfjameðferð

Hvorki eru til neinar tölur frá Íslandi varðandi algengi þess að börnum sé gefið róandi lyf vegna svefnvandamála, né hefur verið gerð athugun á árangri þess konar meðferðar hér á landi. Í rannsóknum erlendis frá hefur lyfjameðferð, þegar hún er notuð ein og sér, skilað slökum árangri.

Atferlismeðferð

Atferlismeðferð er hægt að beita á mjög mismunandi máta. Sá háttur eða aðferð sem hefur verið algengastur hér á landi við svefnvandamálum (og raunar víða annars staðar í heiminum) er sú sem kölluð hefur verið „control crying“. Í þessari meðferð er barnið lagt til svefns í rúmið sitt og foreldrar fara fram, síðan fara foreldrar inn til barnins með ákveðnu millibili og stoppa stutt við í hvert sinn eða ½-1 mín og fara síðan aftur fram. Bilið eða tíminn milli

Þess sem farið er inn til barnsins er síðan lengt skipulega (oft frá 5 mín í 10 mín og koll af kolli allt upp í 60 mín eða meira).

Þessi meðferðarleið hefur sýnt sig að skili árangri, það er börnin hætta í mjög mörgum tilfellum að vakna upp á næturnar. Hún hefur verið mjög útbreidd, líklega vegna þess að hún er einföld, gerð eftir mjög ákveðinni uppskrift og hefur verið ætluð börnum frá 6 mánaða aldri (stundum enn yngri). Þessi meðferð hefur sætt töluverðri gagnrýni undanfarið frá þeim sem vinna með foreldum barna með svefnvandamál víða í heiminum. Tvær ástæður eru fyrir því. Í fyrsta lagi er ekki vitað hvaða áhrif það hefur á barn að gráta eitt í langan tíma án þess að nokkur sé hjá því. Sérstaklega er þetta áhyggjuefni vegna barna yngri en 18 mánaða. Í öðru lagi eru foreldrar oft ófúsir til að fara eftir þessu ráði. Við mat á því hvort þessi aðferð skuli notuð skiptir aldur barns og lundarfar megin máli. Alltaf skal leita þeirra leiða sem er átakaminnst fyrir barnið og fjölskyldu þess.

Til er önnur tegund atferlismeðferðar sem hefur notið meiri vinsælda undanfarið. Sú aðferð er kölluð „shaping technique“ og felst í því að draga úr þeirri þjónustu eða aðstoð sem barnið fær, bæði þegar það fer að sofa og einnig ef það vaknar upp á næturnar. Dregið er skipulega úr þjónustunni þangað til barnið lærir að sofna sjálf. Oftast situr einhver fullorðinn inni hjá barninu alveg frá því það er lagt í rúmið þar til það sofnar. Sá sem situr (eða liggur) hjá barninu er að öllu leyti góður við það, þó takmörk séu sett á hvaða þjónusta sé í gangi.

Aðal munurinn á þessum tveim ofangreindum aðferðum er það hvort barnið sé látið gráta eitt inni í herbergi eða ekki. Ef seinni aðferðin er notuð er unnið í því rólega að draga sig í hlé og yfirgefa herbergið eftir að barnið er lagt til svefns að kvöldi. Hægt er að vinna þessa aðferð mis hratt, en einnig er hægt að útfæra hana á mismunandi máta.

Fræðsla

Með auknum skilningi og þekkingu foreldra á ýmsu tengdu þroska barna styrkjast þeir í foreldrahlutverki sínu. Starfsfólk ung- og smábarnaverndar getur aukið þekkingu þeirra á þroska svefns, lundarfari og upplifun barns af umhverfinu. Einnig getur það undirbúið foreldra til að gera raunhæfar kröfur, bæði til barnsins og sjálfar sín, og að auka skilning þeirra á því sem kemur upp í daglegu samneyti við börn. Hér má til nefna þekkingu á hvers vegna barn sem er auðtruflað þolir illa breytingar eða hvers vegna barn fer að vakna oftár á næturnar og vera lengur að sofna þegar það lærir að standa upp í rúminu. Einnig má ræða við foreldra um hvers vegna eitt barn grætur herra og meira en annað barn, þrátt fyrir að ekkert virðist að. Gott er að læra að þekkja einstaklingsmun á börnum og hvað börn geta brugðist misjafnlega við ýmsu sem upp kemur, t.d. því að þurfa að bíða 2 mínútur eftir því að fá að drekka.

Í ung- og smábarnavernd er mikilvægt að auka skilning á mikilvægi svefns og hvernig svefnleysi foreldra hefur áhrif á viðbrögð þeirra og líðan og í leiðinni á hæfni þeirra til að takast á við svefnvanda barnsins.

Vinna með fjölskyldum

Þegar unnið er með fjölskyldum barna með svefnvandamál þarf að hafa í huga að vandamálið getur haft áhrif á alla á heimilinu og jafnvel út fyrir heimilið, eins og á samskipti foreldra við ömmu, afa, eða vini sína.

Þegar foreldrar leita sér aðstoðar þurfa þeir viðurkenningu á því að þeirra viðfangsefni sé þess háttar að það þurfi athygli okkar og það sé ekkert óeðlilegt að leita sér aðstoðar til að leysa vandann. Við sem vinnum í ráðgjöf þurfum að styrkja hæfileika okkar í að hlusta og ekki gefa ráð óbeðið og/eða of snemma, til að ráð komi að gagni þurfa þau að koma fram á réttum tíma og við réttar aðstæður. Gefa þarf sér góðan tíma í að meta aðstæður og þann vanda sem við er að glíma. Gott er að spyrja foreldrana um væntingar þeirra til okkar þjónustu. Foreldrar geta metið vandamálið öðruvísi en við.

Blönduð meðferð

Árangursríkasta meðferðin er oftast tvíþætt. Í fyrsta lagi má fræða foreldra um ýmislegt varðandi börn, eins og þroska, grát, lundarfar, svefn, og marga aðra þætti sem tengjast svefni. Í öðru lagi er einstaklingsbundin ráðgjöf viðeigandi sem miðar við þarfir hvers barns og fjölskyldu þess.

Heimildir

Í þessum pistli er fléttað saman niðurstöðum rannsókna sem Arna Skúladóttir, hjúkrunarfræðingur, hefur unnið í samstarfi við Dr. Mörgu Thome varðandi svefnvanda íslenskra barna við niðurstöður annara um sama efni.

Arna Skúladóttir hjúkrunarfræðingur

Svefn dagbækur Aldur barns: _____ Dags: _____

Setjið inn 1 merki þegar barnið sofnar eða vaknar upp og _____ merki þegar það sefur. Hver rúða táknar 30 mín. Ef barnið vaknar upp að nóttu þá er sett inn 1 ef það vakir um tíma þá er sá tími svertur. 8 merki fyrir "að drekka"

Klukkan	Morgun							miður dagur							kvöld							Nótt			
	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	
1 dagur																									
2 dagur																									
3 dagur																									
4 dagur																									
5 dagur																									
6 dagur																									
7 dagur																									

Skríðið hvað er gert fyrir barnið þegar það fer að sofa og /eða þegar barnið vaknar upp á nóttu

dagur 1

dagur 2

dagur 3

dagur 4

dagur 5

dagur 6

dagur 7

Arna Skúladóttir Góngudeild barna með svefnavandamál Endurskoðað í ágúst 2007

6.5 SLYSAVARNIR BARNA

Á Íslandi er fjöldi slysa á börnum hár. Slysum á börnum hefur þó fækkað á undanförunum árum. Til að ná enn betri árangri þarf að gera betur. Slysa á börnum eru ekki lögmál. Börn eiga rétt á öryggi og þar sem yngri börn geta ekki varið sig gegn hættum verður fullorðna fólkið að leggja sitt að mörkum.

Það er aldrei hægt að koma í veg fyrir öll minniháttar slys eins og mar, rispur, smásár o.þ.h., en margt er hægt að gera til að fyrirbyggja alvarleg slys. Til þess þurfa foreldrar og aðrir sem sinna börnum að þekkja tengsl slysa við líkamlegan, andlegan og tilfinningalegan þroska barna á hverju aldursskeiði fyrir sig. Börn hafa til dæmis ekki þroska til að meta og takast á við hættur í umhverfinu fyrr en við 10 – 12 ára aldur. Það er því mikilvægt að umhverfi barna sé öruggt. Hegða þarf eftirliti með börnunum í samræmi við þroska þeirra og getu. Það vekur athygli að flest slys á börnum verða á heimilum milli kl. 16 og 21 sem þarf ekki að koma á óvart þar sem þetta er annasamur tími og flestir orðnir þreyttir.

Árið 2006 bjuggu samtals tæplega 80.000 börn á aldrinum 0-17 ára á Íslandi. Um 11 þúsund þeirra lentu í slysi sama ár samkvæmt upplýsingum úr Slysaskrá Íslands. Borið saman við árið 1991, þegar fyrst var farið að vinna skipulega að slysavörnum barna þá hefur slysum barna fækkað um nær helming. Að fyrirbyggja slys er því eitt af mikilvægum verkefnum ung- og smábarnaverndar. Árlega verða tæp 3000 börn á aldrinum 0-5 ára fyrir slysum og eru mörg slysanna alvarleg. Má þar sérstaklega nefna brunaslys og höfuðáverka.

Árið 1991 hófst í fyrsta sinn á Íslandi landsátak í slysavörnum barna. Það var Slysavarnafélag Íslands sem með styrk frá stjórnvöldum hrinti af stað tímabundnu verkefni. Fljótlega kom þó í ljós að mikil þörf var á þessu starfi. Farið var í fyrirlestrarferð um landið sem jók mjög áhuga almennings á öryggi barna og ákvað Slysavarnafélagið í kjölfarið að gera slysavarnir barna að einu af sínum verkefnum. Seinna fluttist verkefnið yfir til hins opinbera. Fyrst undir merkjum Árvekni árið 1998, síðan Lýðheilsustöðvar árið 2004 og frá 2006 einnig á vegum Forvarnahússins. Árið 2011 fluttist þetta verkefni til Slysavarnahússins undir merkjum Árvekni. Frá árinu 2012 heitir verkefnið Miðstöð slysavarna barna.

Ung- og smábarnavernd gegnir mikilvægu hlutverki í fræðslu um slysavarnir barna. Það felst meðal annars í að fræða foreldra um það sem hafa ber í huga til að koma í veg fyrir slys á mismunandi aldri barnsins. Nýtt fræðsluefni til foreldra og fagfólks allt frá meðgöngu til fimm ára aldurs hefur verið samið og er að finna á Heilsuvefnum www.6h.is og á heimasíðu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (www.heilsugaeslan.is). Jafnframt er öllum verðandi foreldrum og nýbökudum foreldrum nú boðið á sérstakt námskeið í Miðstöð slysavarna. Þar er búið að innrétta heimili sem er öruggt fyrir börn og hægt að skoða allt sem snýr að öryggi barns í bíl. Mælt er með því að foreldrar séu búnir að sækja námskeiðið áður en barnið fæðist eða á fyrstu sex mánuðum eftir fæðingu þess. Miðstöð slysavarna barna er með öflugra heimasíðu

www.msb.is en þar er að finna ýmsar góðar upplýsingar um öryggi barna og unglinga, sérstaklega er bent á efnið um öryggi barna í bílum.

Fræðsluefnið á að gefa innsýn í hvers vegna börn lenda í slysum og hvað hægt er að gera til að koma í veg fyrir þau. Það á að sýna á skýran og einfaldan hátt tengsl þroska barna og slysa í þeim tilgangi að auka skilning á því hvers vegna slys verða. Fræðsluefnið er lagað að heimsóknnum í ung- og smábarnavernd. Því er skipt niður í kafla en hver kafli fjallar um slysaættur sem tengjast þroska og getu barna. Sumar ráðleggingar eiga við fleiri en einn aldurshóp og eru því endurteknar í öllum köflum. Sem dæmi má nefna eldvarnir sem eru nauðsynlegar á öllum heimilum óháð aldri barna.

Slysavarnir tengjast órjúfanlega aga og uppeldi. Börn sem venjast því frá blautu barnsbeini að til eru reglur og þeim er fylgt eftir læra betur að gæta sín. Einnig fylgja þau betur lögum og reglum þegar þau verða eldri. Foreldrar og aðrir fullorðnir þurfa að vera góðar fyrirmyndir en af þeim læra börnin.

Fræðsluefnið er á engan hátt tæmandi um hvernig hægt er að koma í veg fyrir slys á börnum, en það er von okkar að það veiti foreldrum og þeim sem sinna börnum meira öryggi og innsýn í slysavarnir barna.

Mismunandi upplýsingar um sama efni ýta undir óöryggi foreldra. Það er því afar mikilvægt að fagfólk sem sinnir forvörnum veiti samræmdar upplýsingar varðandi umönnun barna, hvort sem um er að ræða brjóstagjöf, böðun eða slysavarnir. Ekki má gera lítið úr þeim ráðum sem aðrir hafa verið að gefa en benda þarf á að þær upplýsingar sem foreldrar fá í heilsugæslunni eru ávallt nýjar.

Herdís Storgaard hjúkrunarfræðingur

6.6 TANNVERND

Foreldrar gegna lykilhlutverki í tannvernd barna sinna og verða að gera sér grein fyrir nauðsyn tannburstunar tvisvar á dag frá því fyrsta tönn er sýnileg í munni barns.

Koma þarf markvissri fræðslu um tannvernd til skila í ung- og smábarnavernd heilsugæslunnar og kenna foreldrum réttu handtökin við tannhirðu barna. Það er ekki nóg að spyrja hvernig gangi að burstu tennurnar. Það þarf að líta upp í munninn og meta hvort tennurnar eru hreinar og heilar. Auka þarf áherslu á leiðbeiningar og ítrun ef munnhirðu er ábótavant og vísa barni til tannlæknis ef skemmd er sýnileg í tönn/tönnum. Fræðslumyndefni um tannhirðu barna er aðgengilegt á vef Heilsugæslunnar: <http://www.heilsugaeslan.is/fraedsla/tannvernd/> á íslensku, ensku, pólsku og rússnesku auk einblöðungs sem þýddur hefur verið á albönsku, ensku, spænsku, pólsku, rússnesku, serbnesku, tælensku og víetnömsku¹.

Börn – yngri en þriggja ára

Móðurmjólkinn er besta næring sem völ er á fyrir ungbarn og brjóstamjólk eingöngu fyrstu sex mánuðina, auk D-vítamínjafar, inniheldur öll þau næringarefni sem barnið þarf á að halda sér til vaxtar og þroska. Mælt er með því að brjóstamjólki sé hluti fæðunnar allt fyrsta árið og jafnvel lengur. Þeim börnum sem hafa fengið þurrmjólk á fyrstu mánuðunum má smám saman fara að gefa stoðmjólk í staðinn frá sex mánaða aldri. Um leið og barnið fær aðra fæðu en brjóstamjólki þá aukast til muna líkur á tannskemmdum. Tannburstun er jafn nauðsynleg hvort sem börn eru alin á brjóstamjólki eða þurrmjólki og burstu þarf tennurnar tvisvar sinnum á dag með 0,1% flúortannkreml frá því fyrsta tönnin er sýnileg.

Börn á brjósti

Næturgjafir eru brjóstabarni mikilvægar, sérstaklega fyrstu sex mánuðina og jafnvel lengur. Í kjölfar tanntöku er mælt með því að draga úr næturgjöfum en þar sem stór hluti brjóstabarna sofna út frá brjóstagjöf á kvöldin og mörg fá ábót á nóttunni er mikilvægt að burstu tennurnar vel áður en barið fær síðustu gjöf fyrir nóttina og aftur strax að morgni. Skán sem myndast á tannyfirborði þarf að hreinsa af og þar sem munnvatnsframleiðsla er í lágmarki að nóttu til eykur það til muna hættu á tannskemmdum ef aðgát er ekki höfð varðandi tannhirðu barns.

Börn á þurrmjólki eða stoðmjólki

Þeim börnum sem fengið hafa þurrmjólk á fyrstu mánuðum má smám saman fara að gefa stoðmjólk í staðinn frá sex mánaða aldri. Í kjölfar tanntöku er mælt með því að draga úr næturgjöfum, hætta að gefa mjólk með pela á nóttunni og gefa vatn að drekka í staðinn. Mælt er með því að venja börn af því að sofna út frá pelagjöf á kvöldin því munnvatnsframleiðsla er í lágmarki að nóttu til sem eykur hættu á tannskemmdum ef tennurnar eru ekki

burstaðar vel áður en farið er að sofa. Gott er að venja 6 mánaða börn við stútkönnu og 12-18 mánaða börn af pela.

Aldrei ætti að gefa barni hreina ávaxtasafa eða aðra sæta drykki í pela, hvorki á nóttu né degi, því sykur skemmir tennurnar og ávaxtasýra eyðir tannnglerungi.

Tannburstun er mikilvæg

Tanntökunni fylgja ákveðin einkenni svo sem sársauki og kláði í gómum en að hár viðvarandi hiti er aldrei af völdum tanntöku. Börn sem eru komin með tennur fá skán á tannfyrirborð sem getur valdið tannskemmdum. Tannburstun er jafnnauðsynleg börnum hvort sem þau eru alin á brjóstamjólk eða þurrmjólk. Yngstu börnin er best að hafa vel skorðuð í útafliggjandi stöðu við framkvæmd tannburstunar, t.d. á skiptiborði. Ef foreldrar hjálpast að þá hvílir höfuð barnsins í kjöltu þess foreldris sem burstar tennurnar en “aðstoðarforeldri” heldur barninu kyrru og hefur það hlutverk að dreifa athygli barnsins. Velja þarf tannbursta með þéttum og mjúkum hárum á nettum haus og skaftið þarf að fara vel í fullorðinshendi. Ráðleggið flúortannkrem (0,1%=1000ppm), því flúor herðir tannnglerunginn, gerir við byrjandi tannskemmd og truflar starfsemi baktería sem valda tannskemmdum. Magn flúortannkrems samsvarar $\frac{1}{4}$ af litlu fingurs nögl barns yngri en þriggja ára. Leggið áherslu á að burstu þarf tennurnar tvisvar sinnum á dag með 0,1% flúortannkreminu frá því fyrsta tönnin er sýnileg í munni barns.



Ef barn er með snuð ættu foreldrar að varast að stinga því upp í sig, því munnbakteríur sem valda tannskemmdum smitast þannig frá foreldri til barns. Mælið með silicon snuði þar sem bakteríur vaxa síður í því en latexi. Langvarandi snuðnotkun getur valdið bitskekkju. Oftast ganga þessar breytingar sjálfkrafa til baka ef snuðnotkun er hætt fyrir þriggja ára aldur. Börnunum líður vel með hreinar og heilbrigðar tennur.

Börn 3-6 ára

Leggið áherslu á hlutverk foreldra í tannburstun barna tvisvar sinnum á dag, á morgnana og mjög vel áður en farið er í háttinn. Frá því allar barnatennurnar tuttugu eru komnar upp og til sex ára aldurs samsvarar magn þess flúortannkrems (0,1-0,15%) sem notað er nöglinni á litla fingri barns. Flúor í tannkreminu virkar lengur ef ekki er skolað eftir tannburstun, það nægir að skyrpa. Brýnið fyrir foreldum að börn sex ára og yngri eiga ekki að skammta sjálf tannkreminu á burstann.

Börnum má bjóða sæti í þar til gerðum „foreldrastól“ við framkvæmd tannhreinsunar. Sýnið foreldri hvernig setið er með krosslagðar fætur sem barnið sest á. Barnið snýr baki að foreldri og hvílir höfuðið á læri foreldris.

Vörum og kinnum er haldið frá tönnunum með fingrum annarrar handar um leið og burstað er. Góð venja er að byrja á ákveðnum stað t.d. vinstra megin að innanverðu. Tannburstahárin vísa á ská að tannholdinu og nuddað er í áttina frá tannholdinu. Bitfletir jaxlanna eru burstaðir og farið vel ofan í skorurnar. Síðan er haldið áfram með ytri fleti jaxlanna og burstað vel á bak við öftustu tönn. Augn- og framtannasvæði eru burstuð og þegar framtennurnar eru burstaðar að innan þarf að reisa tannburstan upp á endann og nudda upp og niður. Síðan er haldið áfram á sama hátt með hina fjórðungana þrjá.

Tannþráð þarf að nota einu sinni á dag, jafnt á barna- og fullorðinstennur, en með honum eru hreinsaðir þeir tannfletir sem burstinn nær ekki til. Góð regla er að nota tannþráðinn fyrst og bursta svo. Tannþræðinum er vafið um vinstri og hægri vísifingur og stýrt varlega milli tannanna, alveg niður í glufuna milli tannar og tannholds. Best er að nota þumla og löngutöng og hafa þráðinn stuttan milli fingranna. Strekktur þráðurinn er færður upp og niður eftir tönninni, fyrst öðru megin tannbilsins, síðan hinu megin. Það sama á við um tannþráð í haldara. Svona eru öll tannbilin hreinsuð bæði í neðri og efri gómi. Góð venja er að byrja alltaf á saman stað. Tímabært er að hefja notkun tannþráðar þegar snertifletir tannanna mætast.

Börn geta ekki séð um tannhirðuna sjálf fyrr en um tíu ára aldur og sum þurfa aðstoð með tannþráðinn lengur.

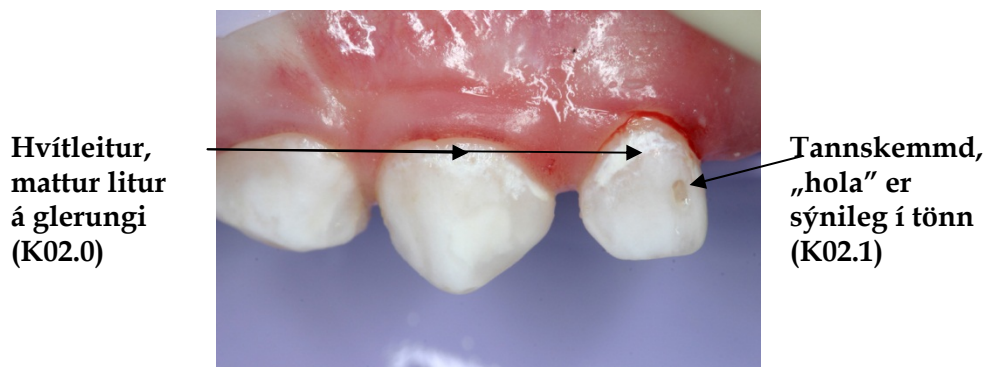
Tilvísun til tannlæknis

Vísið barni til tannlæknis ef

- munnhirðu barns er mjög ábótavant.
- tannskemmd („hola“) er sýnileg í framtönn/jaxli (K02.1)
- brotnar upp úr tönn/tönnum eða þær losna í kjölfar áverka.

Sérstakar aðstæður hjá barni kalla á sértækari tannvernd. Börn sem taka lyf daglega vegna veikinda eða fötlunar og börn sem fá oft að borða/drekka bæði á daginn og nóttunni er hættara við tannskemmdum. Ef munnhirðu barns er ábótavant og skán hylur tannyfirborð er mikilvægt að leita skýringa og leiðbeina foreldrum enn betur um tannhirðu og tannvernd.

Bakteríur taka sér bólfestu í munni samhliða tanntöku en munnbakteríur smitast alla jafna frá móður til barns. Skán sem liggja fær á tönnunum veldur tannskemmdum. Ákveðnar tegundir baktería líma sig við tannyfirborðið og mynda skánina og því oftast sem sykurs er neytt því hraðar myndast skánin. Fyrstu merki um byrjandi tannskemmd er hvítleitur mattur litur á glerungi, undir skáninni. Hér þarf að greina vandan og upplýsa foreldra um stöðu mála því stöðva má sjúkdóminn á þessu stigi með betri tannhirðu, viðbótarflúor og hollara mataræði.

mynd 1 SRS²

Börn í áhættuhópi, sem hætt er við tannskemmdum þurfa reglulegt tanneftirlit, flúormeðferð tannlæknis, vandaða tannhirðu heima ásamt flúortöflum auk þess sem góð regla þarf að vera á mataræði og holla valið í fyrirrúmi. Ráðleggið eina flúortöflu (0,25m F-) á dag fyrir börn 3-6 ára í áhættuhópi og vísið barni með byrjandi eða lengra komnar tannskemmdir undantekningalaust til tannlæknis.

Glerungur leysist frekar hægt upp en þegar tannskemmdin er komin í gegnum glerunginn og yfir í tannbeinið brotnar tönnin hratt niður. Þegar tannskemmdin nálgast kvikuna veldur bólgan sem þá myndast þrýstingi og tannpínu. Börn með tannpínu þurfa bráðþjónustu tannlæknis. Upplýsingar um neyðarvakt tannlækna má nálgast á vef Tannlæknafélagsins: <http://www.tannsi.is/neydarvakt-tfi/>

mynd 2 SRS²mynd 3 SRS²

Tannlæknaskoðun

Ræðið nauðsyn þess að barn fari í reglulegt eftirlit til tannlæknis í 2½ árs skoðun og skráið nafn heimilistannlæknis.

Tannlækningum er einungis sinnt á einkastofum tannlækna.

Tannlæknar ákveða sjálfir verð á meðferð á sinni stofu. Ef gjaldskrá tannlæknis er hærri en gjaldskrá Sjúkratrygginga Íslands þá greiðir einstaklingurinn mismuninn. Fyrir börn og unglinga endurgreiða Sjúkratryggingar Íslands 75% af gjaldskrá SÍ.

¹Tannvernd barna – fræðsluefni til útprentunar af vef Heilsugæslunnar
<http://www.heilsugaeslan.is/fraedsla/tannvernd/>

² Úr myndasafni Sigurðar Rúnars Sæmundssonar, barnatannlæknis 2009

Hólfríður Guðmundsdóttir tannlæknir

6.7 HREYFING BARNNA

Hreyfing barna frá fæðingu til grunnskólaaldurs er viðfangsefni þessa kafla.

Mikilvægi hreyfingar fyrir börn

Jákvæð reynsla af hreyfingu á unga aldri eykur líkurnar á að fólk temji sér lífshætti sem fela í sér hreyfingu á fullorðinsárum. Dagleg hreyfing er börnum nauðsynleg fyrir eðlilegan vöxt, þroska og andlega vellíðan. Hún er sameiginlegur leikur sem skapar meðal annars tækifæri til að styrkja tengslamyndun á milli foreldra og barns, þjálfar hreyfifærni, bæta líkamshreysti, eignast vini, auka félagslega færni og efla sjálfstraust. Skortur á örvun og langvarandi hreyfingarleysi ung- og smábarna getur seinkað hreyfiþroska þeirra og þar með færninni til að t.d. velta sér, skríða og ganga. Slík þróun getur aftur orðið til þess að barnið hreyfi sig minna í framtíðinni.

Ráðleggingar um hreyfingu barna og unglinga

- Öll börn og unglingar ættu að hreyfa sig í minnst 60 mínútur daglega. Hreyfingin ætti að vera bæði miðlungserfið og erfið*. Heildartímanum má skipta í nokkur styttri tímabil yfir daginn, t.d. 10-15 mínútur í senn.
- Hreyfingin ætti að vera eins fjölbreytt og mögulegt er til að efla sem flesta þætti líkamshreysti, þar á meðal afkastagetu lungna, hjarta og æðakerfis sem og vöðvastyrk, liðleika, viðbragð og samhæfingu. Kröftug hreyfing, sem reynir á beinin, er sérstaklega mikilvæg fyrir og á kynþroskaskeiði fyrir beinmyndun og beinþéttni.
- Börn og unglingar ættu ekki að verja meira en 2 klukkustundum daglega í tölvuleiki eða aðra afþreyingu sem fram fer á skjá, svo sem við tölvu eða sjónvarp.

* Við miðlungserfiða hreyfingu verða hjartsláttur og öndun heldur hraðari en venjulega en hægt er að halda uppi samræðum. Rösk ganga er dæmi um miðlungserfiða hreyfingu. Erfið hreyfing kallar fram svita og/eða mæði þannig að erfitt er að halda uppi samræðum. Hlaup og hopp eru dæmi um erfiða hreyfingu. Mikilvægt er að hafa hugfast að ung börn hafa mun hraðari hjartslátt en fullorðnir og geta síður losað um aukinn líkamshita með svita.

Hreyfing minnkar með hækkandi aldri

Rannsóknir benda til að íslensk börn hreyfi sig minna eftir því sem þau verða eldri. Stúlkur hreyfa sig minna en drengir, taka síður þátt í íþróttastarfi og hætta fyrr í slíku starfi. Bæði kynin hreyfa sig meira á virkum dögum en um helgar. Langvarandi kyrrseta í frítíma við skjá, s.s. tölvu eða sjónvarp, er einnig áhyggjuefni þar sem slík hegðun hefur meðal annars verið tengd minni hreyfingu, ofþyngd og félagslegri einangrun.

Hvers konar hreyfing?

Mikilvægast er að börn hafi tækifæri til að stunda fjölbreytta hreyfingu sem þeim finnst skemmtileg og er í samræmi við færni þeirra og getu. Þau auka hreyfifærni sína með því að fá daglega örvun í gegnum frjálsa leiki og með þátttöku í skipulagðri hreyfingu, t.d. með því að velta sér, skríða, ganga, hlaupa, kasta, hoppa, grípa og sparka. Góð hreyfifærni veitir þeim aukið sjálfstraust og tækifæri til að stunda fjölbreytta hreyfingu þegar þau verða eldri. Sum börn eru rólegri í tíðinni en önnur og þurfa meiri hvatningu til að hreyfa sig. Ef þroski barnsins leyfir er gott að ræða við það og reyna að finna skýringu á lítilli hreyfingu. Jafnframt er mikilvægt að komast að því hvers konar hreyfing gæti höfðað til barnsins.

Í fræðsluefninu *Lengi býr að fyrstu gerð* eftir Unni Guttormsdóttur barnasjúkrapjálfa er að finna hugmyndir til foreldra hvernig má ýta undir hreyfingu og örva hreyfiþroska barna upp að tveggja ára aldri.

Mat á hreyfiþroska

Skertur hreyfiþroski og önnur þroskafrávik gera börnum erfiðara fyrir að taka þátt, t.d. í hópleikjum, og getur almennt dregið úr löngun þeirra til að hreyfa sig. Því fyrr sem gripið er inn í og tekið á slíkum frávikum því meiri líkur eru á að barnið bæti færni sína og kynnist hreyfingu á jákvæðan hátt.

Mat á hreyfivenjum og aðstæðum til hreyfingar

Til að meta hreyfivenjur í daglegu lífi barnanna er gott að leita svara við eftirfarandi spurningum. Þær eru byggðar á ráðleggingum National Association for Sport & Physical Education (NASPE) um hreyfingu barna frá fæðingu til 5 ára aldurs og ráðleggingum um hreyfingu.

Frá fæðingu til tólf mánaða

Hluti af degi ungbarna ætti að vera með foreldrum þar sem þau fá tækifæri til að þjálfa hreyfifærni sína með markvissum hætti í mismunandi umhverfi.

1. Er barnið rólegt í tíðinni og þarf mikla örvun til hreyfingar eða hefur það ánægju af og þörf fyrir að takast á við umhverfi sitt með virkum hætti?
2. Fela samskipti barnsins við foreldra eða forráðamenn í sér daglega örvun til hreyfingar? Ýta samskiptin undir að börnin kanni umhverfi sitt?
3. Eru aðstæður barnsins hverju sinni öruggar og stuðla þær að hreyfingu? Eru einhverjar aðstæður sem takmarka hreyfingu barnsins í lengri tíma t.d. kyrrseta í stól?
4. Hefur barnið aðstæður til að virkja stóra vöðvahópa með öruggum hætti t.d. með því að spyrna frá sér, skríða eða ganga?

5. Upplifa foreldrar einhver vandamál tengd hreyfingu barnsins?
6. Eru foreldrar eða forráðamenn meðvitaðir um mikilvægi hreyfingar og stuðla þeir að því að barnið þroski hreyfifærni sína?

Tólf mánaða til sex ára

Hreyfifærni líkt og að hoppa, hlaupa, kasta og sparka kemur ekki að sjálfu sér samhliða því sem barnið eldist. Hún er afurð af samspili erfða og þeirri reynslu af hreyfingu sem barnið hefur haft tækifæri til að öðlast.

1. Er barnið rólegt í tíðinni og þarf mikla hvatningu til hreyfingar eða hefur það ánægju af og þörf fyrir að takast á við umhverfi sitt með virkum hætti?
2. Er tólf mánaða til þriggja ára barn að stunda hreyfingu í minnst 30 mínútur samtals á dag og þriggja til sex ára barn í minnst 60 mínútur samtals? Hreyfir fjölskyldan sig saman? Er barnið virkt hvað varðar hreyfingu í leikskólanum?
3. Hefur barnið aðgang að öruggum aðstæðum til hreyfingar, bæði innan og utandyra, sem gerir því kleift að virkja stóra vöðvahópa t.d. með því að ganga eða hlaupa?
4. Hvernig fer barnið á milli staða? Gengur það t.d. styttri vegalengdir?
5. Hvað ver barnið löngum tíma daglega í afþreyingu við skjá s.s. sjónvarp eða tölvu?
6. Upplifa foreldrar einhver vandamál tengd hreyfingu barnsins?
7. Kyrrseta ætti ekki að vara í meira en 60 mínútur hverju sinni, nema þegar barnið sefur.
8. Börn ættu að þroska hreyfifærni sína með fjölbreyttum hætti til að geta framkvæmt flóknari hreyfingar í framtíðinni.
9. Eru foreldrar eða forráðamenn meðvitaðir um mikilvægi hreyfingar og stuðla þeir að því að barnið þroski hreyfifærni sína?

Foreldrar og aðrir forráðamenn geta haft mikil áhrif á hvað börn þeirra hreyfa sig mikið á hverjum tíma. Þeir geta:

- Verið góð fyrirmynd og hreyft sig með börnunum.
- Hugað að eigin hreyfivenjum og barna sinna.
- Hvatt til útileikja og þátttöku í skipulögðu íþróttastarfi.
- Bent á athafnir sem fela í sér hreyfingu þegar börnunum leiðist.
- Gefið gjafir sem hvetja til hreyfingar, s.s. bolta, sippubönd, skauta eða hjól.
- Notað göngu eða hjóltreiddar sem ferðamáta.
- Samið við barnið um tímamörk fyrir daglega afþreyingu við skjá.

Mikilvægt er að meta ekki eingöngu hreyfivenjur barnsins, það þarf líka að skoða mataræði og svefnvenjur. Hreyfing veitir vellíðan, eflir styrk og losar um streitu. Takmarkaður nætursvefn, næringarsnauður matur og óreglulegar máltíðir draga hins vegar úr orku og þar með löngun barnsins til að hreyfa sig.

Gígja Gunnarsdóttir íþróttifræðingur

Heimildir og ítarefni

Anne Berg og Karin Kippe (2006). *Smábarnas kroppslige verden. Sansemotorisk utvikling hos barn 0-3 år*. Oslo: SEBU Forlag.

Carola F. Aðalbjörnsson (2007). *Betri grunnur, bjartari framtíð. Snemmtæk íhlutun vegna hreyfiþroska leikskólabarna*. Húsavík: Carola F. Aðalbjörnsson

Department of Health and Ageing (2005). *Discussion paper for the development of recommendations for children's and youth's participation in health promoting physical activity*. Canberra: Commonwealth of Australia.

Lýðheilsustöð (2008). *Ráðleggingar um hreyfingu*. Reykjavík: Lýðheilsustöð.

National Association for Sport & Physical Education (NASPE) (2002). *Active Start: A Statement of Physical Activity Guidelines for Children Birth to Five Years, 2nd Edition*. Sótt 3. nóvember 2009 á

<http://www.aahperd.org/naspe/standards/nationalGuidelines/ActiveStart.cfm>

Unnur Guttormsdóttir (2006). *Lengi býr að fyrstu gerð*. Sótt í mars 2008 á

<http://www.heilsugaeslan.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=1308>

6.8 TÓBAK, ÁFENGI OG VÍMUEFNI - FORVARNIR OG HEILSUEFLING

Barneignir koma yfirleitt róti á tilveru tilvonandi og nýbakaðra foreldra. Flestir eru mjög móttækilegir og tilbúnir til að breyta um venjur eða lífstíl til þess að barnið megi verða heilbriggt og til þess að búa barninu bestu skilyrði til vaxtar og þroska eftir fæðingu. Því er mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk veigri sér ekki við að spyrja foreldra út lífstílsvenjur þeirra eins og hvort þeir reyki, noti áfengi og eða önnur vímuefni. Það eitt að spyrja út í lífstíl er mjög mikilvægt og hvetur þá einstaklinga sem þess þurfa til að huga að lífstílsbreytingum. Leiðbeiningar fyrir fagfólk um hvernig er hægt að vinna að aðstoð við skjólstaðinga við lífstílsbreytingar má finna á vefsíðunni www.frjals.is.

Skaðsemi ávanabindandi efna

Áhrif reykinga á meðgöngu, fæðinguna og fyrstu árin eru vel þekkt. Vitað er að reykingar móður á meðgöngu draga úr súrefnisflæði til fóstursins og auka líkur á fylgjuðosi, fyrirsætri fylgju og fæðingu fyrir tímann. Í fæðingunni sjálfri er minna súrefnisflæði til fóstursins ef móðirin reykir. Eftir fæðingu er vitað að barnið verður almennt hraustara ef hvorugt foreldranna reykir í kringum barnið. Brjóstagjöf gengur betur hjá móður sem reykir ekki, því reykingar draga úr framleiðslu á hormóninu prolaktíni sem er nauðsynlegt til framleiðslu brjóstamjólkur.

Vöggudauði hefur verið tengdur við óbeinar reykinga í umhverfi ungbarna, því er mjög mikilvægt að ræða við nýbakaða foreldra um mikilvægi þess að ekki sé reykt nálægt barninu. Þetta krefst þess að foreldrar eða aðrir sem reykja verða að gera það utanhúss. Ekki skal heldur reykja í bíl sem barn er í. Öndunarvegir hjá ungbörnum eru hlutfallslega mjög þröngir og það veldur því að þau eru sérstaklega viðkvæm fyrir tóbaksreyk. Óbeinar reykingar valda því að þau verða oftast lasin en ella og eru í meiri hættu á að fá lungnabólgu, eyrnabólgu og astmakennda berkjubólgu.

Áfengis- og vímuefnaneysla móður á meðgöngu hefur víðtæk áhrif á þroska og heilbrigði barns. Ofnotkun áfengis og vímuefnaneysla á heimilum ungra barna getur einnig haft afgerandi áhrif á þroska og hegðun þeirra. Af þessum sökum hefur Alþjóðaheilbrigðismálastofnun á Evrópusvæðinu sett inn í rammaáætlun sína að það sé siðferðileg skylda aðildarríkjanna að veita fræðslu um áhrif áfengisneyslu á heilsu, fjölskyldur og samfélagið. Rannsóknir hérlandis og erlendis sýna að forvarnir um áfengi- og vímuefni geta skipt miklu máli. Til að ná árangri er mikilvægt að ná til foreldra með forvarnarfræðslu og ráðgjöf um foreldrafærni þegar á meðgöngu og strax eftir fæðingu.

Heilbrigðisstarfsfólk er í mikilli nánd við börn og fjölskyldur í landinu sem gefur einstaka möguleika á fræðslu og forvarnarstarfi. Niðurstöður könnunar

sem gerð var meðal hjúkrunarfræðinga, lækna og ljósmæðra innan heilsugæslunnar benda til þess að þessum fagstéttum finnist tóbaks, áfengis- og vímuefnir vera mikilvæg forvarnarverkefni innan heilsugæslunnar hvort sem væri í mæðravernd, ung- og smábarnavernd eða skólaheilsugæslu.

Meðganga og ung- og smábarnavernd

Áhrifa af tóbaks-, áfengis- og vímuefnaneyslu móður gætir strax á meðgöngu og hefur áhrif til lengri tíma á heilsu barnsins, s.s. hættu á fyrirbura- og léttburafæðingu, vitsmunafroska og hegðun. Áhrif áfengis á fóstur er vel skilgreint heilkenni (*fetal alcohol syndrome*) og tengist neyslu áfengis á meðgöngu. Engin örugg mörk eru þekkt fyrir áfengisneyslu á meðgöngu og því er algert bindindi ráðlagt á áfengi en einnig á tóbak og önnur vímuefni.

Rannsóknir hafa sýnt að stuðningur og ráðgjöf á meðgöngu og fyrst eftir fæðingu hefur töluvert forvarnargildi varðandi, heilbrigði, þroska, hegðun og áfengis- og vímuefnanotkun síðar meir. Í erlendri langtímarannsókn frá 1998 heimsóttu hjúkrunarfræðingar ógiftar og illa stæðar mæður mun oftast en ætlað var eða að meðaltali 9 sinnum á meðgöngu og 23 sinnum fyrstu tvö æviár barnsins. Fimmtán árum síðar kom í ljós að börn þessara mæðra lentu minna í útistöðum við lögreglu, reyktu minna og drukku minna áfengi en samanburðarhópur sem ekki fékk slíkan stuðning.

Foreldrafærni, agi og uppeldi

Umhyggja, aðhald og eftirlit foreldra er talið hafa áhrif á vímuefnanotkun barna. Áhættan á misnotkun eykst ef börn sýna erfiða hegðun á yngri árum, lenda í slæmum félagsskap, standa illa félagslega í skólanum og námsárangur er lélegur. Hið sama á við ef foreldrar eru skipandi og ósamkvæmir sjálfum sér varðandi reglur í uppeldinu. Öll fræðsla og íhlutun verður að hefjast áður en börn og unglingar byrja að neyta tóbaks, áfengis- og vímuefna.

Fyrirmyndir og viðhorf

Viðtekin viðhorf í samfélaginu hafa áhrif á neyslu barna- og unglinga á áfengi vímuefnum og tóbaki. Sölubann, hátt verð og skert aðgengi dregur úr neyslu þessara aldurshópa. Foreldrar og samfélagið eru fyrirmyndir barna og unglinga og leggja með atferli sínu, skýrum skilaboðum og samskiptum grunn að hegðun þeirra.

Unglingar

Í ung- og smábarnavernd gefst gott tækifæri til að styðja og fræða foreldra um hvernig hægt er að vinna markvisst strax frá upphafi að því að koma í veg fyrir að forða barni sínu sem brátt verður unglingur frá notkun áfengis, tóbaks og vímuefna. Samkvæmt rannsókn frá 2003 á vímuefnaneyslu íslenskra unglinga kom fram að um 6-9% unglinga segjast hafa orðið drukknir 12 ára og

yngrri. Nýleg evrópsk rannsókn (ESPAD 2007) sýnir jákvæðar niðurstöður fyrir Ísland en þar kom fram að 66% 15-16 ára unglinga á Íslandi höfðu smakkað áfengi um ævina en að meðaltali 89% unglinga í Evrópu. Því yngri sem börn eru þegar þau drekka fyrsta sopann eykur hættu á áfengisvandamálum seinna meir.

Rannsóknir hafa gefið vísbendingar um að börn sem eru í mestri hættu á að misnota áfengi og vímuefni á unglingsárum séu þau sem sýna erfiða hegðun á yngri árum. Áhættan á misnotkun eykst enn fremur ef börn lenda í slæmum félagsskap, barnið stendur illa félagslega í skólanum og námsárangur er lélegur.

Áherslur í forvarnarstarfi, líklegar til árangurs

Forvarnarstarf heilsugæslunnar hvað varðar tóbak, áfengi og vímuefni getur haft mikið gildi. Áhersla innan heilsugæslunnar getur verið einstaklings- og fjölskyldufræðsla en ætti einnig að vera aukinn stuðningur og ráðgjöf á meðgöngu og í ung- og smábarnavernd. Þar væri hægt að bjóða upp á viðeigandi ráðgjöf í uppeldi barna og veita stuðning og ráðgjöf við fjölskyldur þar sem þekktir áhættuþættir eru til staðar.

Áherslur í vinnu og að fræðslu í ung- og smábarnavernd

Áfengi-, vímuefna- og tóbaksneysla á meðgöngu og við brjóstagjöf hefur áhrif á taugaproska og heilbrigði fóstursins og er því líkleg til að valda varanlegum skaða.

- Ráðlagt er algjört bindindi á tóbak, áfengi og vímuefni á meðgöngu og við brjóstagjöf.
- www.frjals.is er vefsíða fyrir fagfólk um leiðir til að aðstoða skjólstæðinga við lífstílsbreytingar sem viðkemur áfengis- og tóbaksneyslu.
- Klínískar leiðbeiningar um meðferð við reykingum og um áfengismedferð í heilsugæslu er að finna á vef Embætti landlæknis, www.landlaeknir.is.
- Ráðleggja báðum foreldrum að hætta að reykja. Vísa á úrræði til fá aðstoð til að hætta tóbaksnotkun og veita meðferð. Sjá www.reyklaus.is, www.frjals.is.
- Notkun nikótínlyfja kemur til greina fyrir barnshafandi konu ef hún á í erfiðleikum með að hætta. Þá helst tryggigúmmið, töflur eða innöndunarlyf. Ráðleggja foreldrum að ráðfæra sig við lækni um notkun slíkra lyfja.
- Fara vel yfir alla notkun lyfja á meðgöngu og við brjóstagjöf.
- Foreldrum er skylt að veita börnum sínum öruggt umhverfi.

- Öllum er mikilvægt að hugsa um og efla foreldrafærni sína.
- Agi og uppeldi byggist m.a. á því að vera barni sínu góð fyrirmynd, sýna umhyggju, hrósa fyrir allt það góða sem barnið gerir og veita aðhald, setja þeim einfaldar og sanngjarnar reglur.
- Mikilvægt er að benda foreldrum á að uppeldisnámskeið geti fært þeim meiri færni og því fyrr sem þeir auka færni sína því betra.
- Samvera hefur forvarnargildi. Fjölskyldan ætti að koma sér upp reglulegum samverustundum.
- Foreldrar eiga að vera sýnilegir og styðjandi í námi og tómstundum barna. Kynnast vinum þeirra og fylgjast náið með félagahópnum.
- Börn ættu ekki að vera á heimilum eða innan um fólk sem missir stjórn á hegðun sinni vegna drykkju/vímuefna.
- Óbeinar reykingar eru skaðlegar börnum og því er mikilvægt að benda foreldrum á að ekki ætti að reykja í návist barna.
- Alltaf á að fylgja landslögum. Fylgja útivistarreglum. Engin áfengis kaup fyrir börn og unglinga og engar eftirlitslausar samkomur barna/unglinga.
- Ráðleggja foreldrum að hika ekki við að leita hjálpar og ráðgjafar ef þeir hafa einhverjar áhyggjur af barninu/unglingnum.
- Mikilvægt er að hafa í huga í allri fræðslu til foreldra, að því seinna sem unglingurinn þeirra tekur fyrsta sopann minnka líkurnar á því að hann muni glíma við áfengisvandamál um ævina.

Fræðslufni

- *Vímuefni og meðganga* (Áfengis og vímuvarnarráð, 2002).
- *Áfengi andstæðingur afreka* (Íþrótt- og Ólympíusamband Íslands, 2000)
- *Áfengi, vímuefni og meðganga* (Lýðheilsustöð, 2005).
- *Greining á áfengisneyslu og ráðleggingar til handa sjúklingum* (Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann, e.d.)
- *Til foreldra um börn og óbeinar reykingar* (Miðstöð mæðraverndar, Lýðheilsustöð, 2009).
- *Reykingar og meðganga* (Miðstöð mæðraverndar, Lýðheilsustöð, 2009).
- *Hættu fyrir lífið* (Krabbameinsfélagið, Lýðheilsustöð, 2009).

Foreldrafærni/Uppeldisnámskeið

- *Uppeldi sem virkar-færni til framtíðar.* Í boði á mörgum heilsugæslustöðvum víðsvegar um land en einnig á þjónustumiðstöðvum .

- *SOS-hjálp fyrir foreldra.* Á vegum félagsvísindastofnunar Háskóla Íslands, upplýsingar á vefnum www.felagsvisindastofnun.is. Haldið víðsvegar um landið.
- *PMT-foreldrafærninámskeið.* Er haldið í Reykjavík og Hafnarfirði en einnig á vegum þjónustumiðstöðva leikskóla og grunnskóla, sem og á Akureyri.

Heimasíður samtaka og stofnana sem hægt er að leita til

- Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins (www.heilsugaeslan.is)
- Leiðbeiningar um aðstoð til lífstílsbreytinga (www.frjals.is)
- Embætti landlæknis (www.landlaeknir.is)
- AA samtökin á Íslandi (www.aa.is)
- Fjölskyldumiðstöð Sjónarhóls (www.barnivanda.is)
- Umboðsmaður barna (www.barn.is)
- Foreldrasamtökin Vímlaus æska (www.foreldrahus.is)
- Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann (SÁÁ) (www.saa.is)
- FRÆ – vefsetur um vímuefnamál (www.forvarnir.is)

*Ragnheiður Elísdóttir barnalæknir, Sigrún Barkardóttir hjúkrunarfræðingur
og Bára Sigurjónsdóttir hjúkrunarfræðingur*

Heimildir og ítarefni

- Christophersen E.R. og Mortweet S.L. (2004). Í Gyða Harlidsdóttir (ritstj.)
Uppeldisbókin-Að byggja upp færni til framtíðar. Reykjavík: Skrudda.
- Cornelius, M.D., Ryan, C.M., Day, N.L., Goldsmith, L. og Willford, J.A. (2001).
Prenatal tobacco effects on neuropsychological outcomes among preadolescents.
Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 22(4), 217-225.
- Flay, B.R. (2000). Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum
plus social environment change. *Addictive Behaviors*, 25(6), 861-885
- Fonagy, P. (1998). Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant
mental health journal*, 19(2), 124-150.
- Foxcroft, D.R. og Lowe, G. (1991). Adolescent drinking behaviour and family
socialization factors: a meta analysis. *Journal of Adolescence*, 14(3), 255-273.
- Hawkins, J.D., Graham, J.W., Maguin, E., Abbot, R., Hill, K.G. og Catalon, R.F. (1997).
Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors
on subsequent alcohol misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(3), 280-290.

- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, Þ., Kokkevi, A. og Kraus, L. (2007). *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stokkhólmur: ESPAD.
- Laegreid, L.M., Bruaroy, S. og Reigstad, H. (2005). Fosterskade ved alkoholbrug i svangerskab. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforen*, 125(4), 445-447.
- Minnes, S., Robin, N.H., Alt, A.A., Kirchner, H.L., Satayathum, S., Salbert, B.A. o.fl. (2006). Dysmorphic and anthropometric outcomes in 6-year-old prenatally cocaine-exposed children, *Neurotoxicology & Teratology*, 28(1), 28-38.
- Olds, D., Henderson, C. R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Petitt, L., Sidora, K., Morris, P. og Powers, J. (1998). Long term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior. *JAMA*, 280(14), 1238-1244.
- Sigrún Barkardóttir, Ragnheiður Elísdóttir og Geir Gunnlaugsson (2006). Heilsuvernd barna og fræðsla um áfengi og vímuefni. Könnun meðal hjúkrunarfræðinga, ljósmæðra og lækna í heilsugæslu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 82(4), 40-45.
- Stefán Hrafn Jónsson, Þóroddur Bjarnason, Inga Dóra Sigfúsdóttir, Bryndís Björk Ásgeirsdóttir og Jón Sigfússon. (2003). *Vímuefnaneysla íslenskra unglunga 2003. Niðurstöður rannsókna á vímuefnaneyslu nemenda í 10. bekk grunnskóla 1995-2003*. Reykjavík: Rannsóknir og greining ehf.
- Svandís Nína Jónsdóttir, Hera Hallbera Björnsdóttir, Bryndís Björk Ásgeirsdóttir og Inga Dóra Sigfúsdóttir (2002). *Börnin í borginni. Líðan og samskipti í skóla, félagsstarf og tómstundir og vímuefnaneysla: Könnun meðal nemenda í 5.-10. bekk grunnskóla í Reykjavík vorið 2001*. Reykjavík: Rannsókn og greining ehf.
- Webster-Stratton, C. og Taylor T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: Preventive substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prevention Science*, 2(3), 165-192.
- World Health Organisation. (2006). *Framework for alcohol policy in the WHO European Region*. Copenhagen. Copenhagen: WHO.

6.9 ANDLEG LÍÐAN EFTIR FÆÐINGU

Forvarnir í mæðra-, ungbarna- og smábarnavernd

Í langri sögu mæðra-, ungbarna- og smábarnaverndar á Íslandi hafa heilsugæsluhjúkrunarfræðingar og ljósmæður gegnt fyrirbyggjandi hlutverki, þar sem einkum hefur verið lögð áhersla á að fyrirbyggja líkamleg heilbrigðisvandamál. Forvarnir gegn geðrænum vandamálum, stuðningur vegna sálfélagslegrar aðlögunar nýorðinna foreldra og tengslamyndun við barnið með áherslu á geðheilsu þess, hefur aftur á móti ekki alltaf notið sömu athygli.

Rannsóknir á vanlíðan eftir fæðingu

Tíðni sálfélagslegra aðlögunarerfiðleika og geðrænna vandkvæða sem valda vanlíðan mæðra eftir fæðingu, er talin jafn algeng á Íslandi og í öðrum vestrænum löndum. Niðurstöður erlendra og íslenskra rannsókna benda til þess að vanlíðan sökum þunglyndis- og kvíðaeinkenna á meðgöngu og eftir fæðingu sé það algeng að hún teljist vera lýðheilsuvandi. Í íslenskri könnun kom í ljós að um 14% íslenskra kvenna lýstu tíðum þunglyndiseinkennum þremur mánuðum eftir fæðingu. Fimmta hver móðir finnur auk þess fyrir mikilli streitu í foreldrahlutverkinu. Þegar rætt er um tíðni þunglyndiseinkenna íslenskra kvenna er miðað við að þær hafi fengið 12 stig eða meira á Edinborgar-þunglyndiskvarðanum (EPDS). Í sömu könnun var sýnt fram á að eingöngu ein kona af fjórum sem greindist með alvarlega vanlíðan fékk að eigin sögn aðstoð frá heilbrigðis- eða annarri fagstétt vegna hennar.

Niðurstöður annarrar íslenskrar rannsóknar benda til þess að foreldrastreita og áhyggjur vegna heilsufars barna og óvæð þeirra tengist tíðum þunglyndiseinkennum kvenna eftir fæðingu. Foreldrastreita er talin eðlilegur fylgifiskur þess að ala upp og annast börn og flestir foreldrar finna fyrir henni, en í mismiklum mæli eftir aldri barnsins. Mjög mikil streita í foreldrahlutverki, sem tæp 10% íslenskra mæðra finna fyrir, er hins vegar talin áhættusöm fyrir bæði foreldra og börn og kallar á skjóta aðstoð frá fagstéttum. Marktækur munur er á þunglyndiseinkennum íslenskra kvenna eftir hjúskaparstöðu og menntun. Einstæðar mæður og konur sem hafa eingöngu grunnskólamenntun upplifa tíðari þunglyndis- og kvíðaeinkenni en konur í sambúð eða hjónabandi og þær sem lokið hafa framhaldskóla- og háskólanámi.

Erlendar rannsóknir benda til þess að geðræn vandamál mæðra á barneignarskeiði hafi meðal annars neikvæð áhrif á þroska og atferli barna. Samspil er á milli geðraskana mæðra á meðgöngu og eftir fæðingu og þroskafrávika og atferlisvandamála barna. Breskar langtímarannsóknir benda til þess að meðferð þunglyndra mæðra skili skammtíma- en ekki

langtímaávinningi fyrir mæður og börn þeirra og komi ekki í veg fyrir endurupptöku þunglyndis við seinni fæðingar.

Sýnt hefur verið fram á að mismunandi stuðningsmeðferðir draga úr vanlíðan. Þær eru meðal annars virk hlustun, hugræn atferlismeðferð, sálalækningar, efling stuðningskerfis, ráðgjöf og að stuðla að bættum nætursvefni, ungbarnanudd og reglubundin hreyfing. Niðurstöður rannsókna frá Ástralíu og Bretlandi gefa til kynna að þótt þunglyndiseinkenni mæðra minnki þegar gripið er inn í vandamál af geðrænum toga fljótlega eftir fæðingu þá bætir það ekki úr samskiptavandamálum þunglyndra mæðra við ungbörn sín nema veitt sé samtímis meðferð sem miðar að aukinni gagnkvæmni í samskiptum og getur dregið úr foreldrastreitu.

Skimun fyrir vanlíðan með Edinborgar-þunglyndiskvarðanum (EPDS)

Skimun fyrir vanlíðan mæðra í kjölfar fæðingar með Edinborgar-þunglyndiskvarðanum (EPDS) er nú algeng í ýmsum löndum en er jafnframt vandmeðfarin. Þekking og kunnátta fagfólks þarf að vera fyrir hendi ef konur eiga að hafa gagn af greiningunni og tryggja þarf að konur fái viðunandi úrræði ef þær greinast með vanlíðan eða geðræn vandkvæði. Frá árinu 2000 hefur heilsugæslan á höfuðborgarsvæðinu mælt með skimun fyrir vanlíðan kvenna eftir fæðingu með EPDS níu vikum eftir fæðingu. Jafnframt hefur hún boðið reglulega upp á fræðsludaga til að kenna skimun með EPDS. Einnig hefur síðan 2001 verið boðið upp á netnámskeiðið „Geðvernd eftir fæðingu“ til að dýpka þekkingu á vanlíðan eftir fæðingu og tengdum þáttum. Óbirt könnun á skimun fyrir andlegri vanlíðan mæðra eftir fæðingu á íslenskum heilsugæslustöðvum árið 2002 gefur til kynna að nálægt 70% þeirra notuðu EPDS þunglyndiskvarðann á þessum tíma. Ályktað er að heilsugæsluhjúkrunarfræðingar sem skima fyrir vanlíðan finni stærstan hluta kvenna sem upplifa alvarlega vanlíðan á barneignatímabilinu sem getur tengst þunglyndi eða kvíðaröskun, ýmsum aðlögunarerfiðleikum vegna foreldrahlutverksins eða öðrum sálfélagslegum eða geðrænum vandkvæðum. Hjúkrunarfræðingar hafa það hlutverk að skima fyrir vanlíðan en það er ekki þeirra að greina sjúkdóma. Ef hjúkrunarfræðingur hefur grun um að skjólstaðingur hans eigi við geðræn vandkvæði að etja verður læknir eða sálfræðingur að sjúkdómsgreina og hjúkrunarfræðingurinn á að hvetja viðkomandi móður til að leita sér lækninga. Til að geta greint geðrænan heilsufarsvanda er í sumum tilvikum mikilvægt að heilbrigðisstarfsmenn hafi myndað traust samband við skjólstaðinga sína sem getur auðveldað þeim að opna sig gagnvart fagfólki.

Skimun fyrir vanlíðan krefst nýrrar þekkingar og nýrra starfshátta meðal heilsugæsluhjúkrunarfræðinga. Hjúkrunarfræðingar þurfa meðal annars að taka ákvarðanir um hvort þeir veiti sjálfir meiri stuðning, eða hvort þeir vísi konum til annarra sérfræðinga til meðferðar og hvort þeir eigi að fylgja konunum eftir þótt þær séu komnar í meðferð hjá öðrum sérhæfðari aðilum.

Tilvísunum til sérfræðinga í geðheilbrigðisþjónustu fjölgaði mikið eftir að skimun varð almenn á höfuðborgarsvæðinu. Hins vegar sýndu niðurstöður íslenskrar rannsóknar að augin þekking hjúkrunarfræðinga á vanlíðan eftir fæðingu skilar sér í marktækt færri tilvísunum til annarra sérfræðinga.

Vinnuframlag hjúkrunarfræðinga mælt í fjölda vitjana getur ekki skýrt mun á árangri í bata kvenna milli heilsugæslustöðva. Það reyndist vera eins á öllum heilsugæslustöðvum sem þátt tóku í rannsókninni. Samanburður á skráningum á meðferðum sýndi hins vegar að hjúkrunarfræðingar með meiri þekkingu skrá eftirfarandi gagnreyndar hjúkrunarmeðferðir (NIC) marktækt oft en hjúkrunarfræðingar sem ekki hafa hlotið viðbótarmenntun: *virð hlustun, andlegur stuðningur, ráðleggingar, stuðningskerfi eft og að bæta svefn*. Fimm algengustu viðfangsefni sem hjúkrunarfræðingar skráðu vegna kvenna sem upplifðu vanlíðan eftir barnsburð voru: *Geðræn vandamál* (kvíði, langvarandi lítil sjálfsvirðing, einmannaleiki, áfengisfíkn, sjálfsvígshætta), *brjóstagjöf* (efling brjóstagjafar og erfiðleikar tengdir henni), *umönnunarlutverk* (álag, hlutverkaágreiningur, tengslaraskanir), *orkubúskapur* (svefntruflanir, svefnskortur, magnleysi/ þreyta, næringarvandamál, vangeta til að viðhalda heilbrigði) og *fjölskyldulíf/heimilishald* (röskun á fjölskyldulífi, skert geta til heimilishalds, ofbeldi). Þessar greiningar sýna að vanlíðan í kjölfar fæðingar skýrist ekki eingöngu af geðrænum vandkvæðum, heldur fjölmörgum þáttum í lífi fólks.

Eftirfylgd með konum með langvinn geðræn vandamál eftir fæðingu

Skýringar íslenskra kvenna á ástæðum fyrir langvarandi vanlíðan eftir fæðingu eru í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna sem benda til sambands á milli fyrri þunglyndis sem getur verið tengt eða ótengt barnsburði og þunglyndis á meðgöngu og eftir barnsburð. Af þessu leiðir að heilbrigðisstarfsmenn ættu að skrá sögu um þunglyndissjúkdóma í mæðraskýrslur og nýta þær upplýsingar til að fyrirbyggja að geðheilsa versni á barneignarskeiði.

Geðheilsa kvenna og brjóstagjöf eingöngu

Alþjóðaheilbrigðisstofnunin mælir með brjóstagjöf eingöngu fyrstu 6 mánuði ævinnar. Hlutfall íslenskra barna sem eru eingöngu höfð á brjósti hefur aukist síðan 1990 og mældist algengi þess árið 2004 - 77% við tveggja mánaða aldur og 13% við sex mánaða aldur. Mæður sem upplifa vanlíðan eftir fæðingu þurfa ekki að hætta með barn á brjósti. Konur með barn á brjósti sem upplifa tíð þunglyndiseinkenni þurfa stuðning til að draga úr andlegri vanlíðan og sömuleiðis þarf að styðja betur við konur sem eiga fjölbura og óvær börn.

Geðraskanir barna, óværd ungbarna og áhrif á líðan foreldra

Hjúkrunarfræðingar sem starfa við ungbarnavernd eiga oft samskipti við óvær börn og við mæður sem upplifa börn sín sem erfið eða hafa áhyggjur af heilsufari þeirra, jafnvel þótt ekki sé greinanlegt heilbrigðisvandamál til staðar. Heilbrigðisstarfsmenn hafa löngum haft tilhneigingu til þess að tengja hegðunarerfiðleika ungbarna við líkamlegan heilsufarsvanda.

Óværd barna og líðan foreldra geta haft innbyrðis gagnverkan, þar sem annað hefur áhrif á hitt, til hins verra eða hins betra. Mat á líðan foreldra ætti því ávallt að vera liður í heildarmati á óværum börnum. Vegna tengsla milli geðheilsu foreldra og óvæðar barna er mikilvægt að líta á þessi fyrirbrigði sem mögulegan samskipta- og fjölskylduvanda en ekki eingöngu sem vanda eins einstaklings. Meðal árangursríkari leiða til að bæta líðan foreldra vegna óværra barna er fræðsla, ráðgjöf og mat á tilfinningalegu álagi á foreldra sem fylgt er eftir með gagnreyndum stuðningsmeðferðum (sjá kafla um svefn og svefnvandamál ungra barna).

Líðan foreldra barna á leikskólaskeiði, sem áttu við svefntruflun að stríða sem ungbörn og fengu meðferð vegna svefntruflana, er svipuð og líðan annarra foreldra í samfélaginu hvað varðar þunglyndiseinkenni, kvíða og foreldrastreitu. Þeir fyrrnefndu eru þó marktækt þreyttari. Mæður barna með svefntruflanir sem fengu meðferð á ungbarnaskeiði eru marktækt þreyttari en mæður barna sem hafa verið lausar við þennan vanda. Heilsugæsluhjúkrunarfræðingar þurfa að fylgja eftir börnum sem hafa tilhneigingu til viðvarandi svefnvandamála og langþreyttum foreldrum þeirra. Börn sem þjást af vandamálum sem tengjast dag- og nætursvefni ættu fyrst að fá meðferð til að bæta dagsvefn og síðan nætursvefn. Leiðrétting á dag hrynjanda er einfaldari en leiðrétting á nætur hrynjanda og veldur hvorki barni né foreldrum röskun eða óþægindum.

Marga Thome hjúkrunarfræðingur

Heimild

Marga Thome (2006). Geðvernd – Vaxtarbroddur hjúkrunar- og ljósmæðraþjónustu í mæðra, ungbarna- og smábarnavernd. Í Helga Jónsdóttir, Guðrún Kristjánsdóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Sóley Bender (ritstj.), *Frá Innsæi til inngripa* (bls. 285-303). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.

EPDS*Edinborgarkvarðinn: Spurningalisti um liðan kvenna eftir barnsburð*

Dagur: _____

Aldur barns í vikum: _____

Dú hefur nýlega fætt barn og þess vegna viljum við vita hvernig þér líður núna. Vinsamlegast krossaðu við það svar sem kemst næst því að lýsa hvernig þér leið síðustu 7 daga, ekki bara hvernig þér líður í dag.

Hér er dæmi þar sem svar hefur verið valið:

Ég hef verið ánægð:

- ☐ Já, alltaf
☒ Já, oftast
☐ Nei, sjaldan
☐ Nei, alls ekki

Þetta svar þýðir „Ég hef oftast verið ánægð síðustu vikuna.“ Vinsamlegast svarið eftirtöldum spurningum á sama hátt.

HVERNIG HEFUR ÞÉR LIÐIÐ SÍÐUSTU 7 DAGA?

1. Ég hef getað hlegið og séð spaugilegu hliðarnar á lífinu.

- ☐ Jafnmikið og ég er von
☐ Minna en ég er von
☐ Miklu minna en ég er von
☐ Alls ekki

2. Ég hef hlakkað til.

- ☐ Alveg jafnmikið og ég er von
☐ Minna en ég er von
☐ Töluvert minna en ég er von
☐ Eiginlega ekkert

3. Þegar hlutirnir ganga ekki nógu vel hef ég kennt sjálfri mér um það.

- ☐ Já, mjög oft
☐ Já, stundum
☐ Sjaldan
☐ Nei, aldrei

4. Ég hef verið áhyggjufull eða kviðin af litlu tilefni.

- ☐ Nei, alls ekki
☐ Næstum aldrei
☐ Já, stundum
☐ Já, mjög oft

5. Ég hef verið hrædd eða skelfingu lostin af mjög litlu tilefni.

- ☐ Já, oft og mörgum sinnum
☐ Já, stundum
☐ Nei, sjaldan
☐ Nei, alls ekki

6. Mér finnst ég eiga erfitt með að takast á við daglegt líf.

- ☐ Já, mér finnst ég alls ekki ráða við hlutina
☐ Já, stundum finnst mér ég ekki ráða jafnvel við hlutina og venjulega
☐ Nei, oftast ræð ég við hlutina
☐ Nei, ég ræð jafnvel við hlutina og vanalega

7. Mér hefur liðið svo illa að ég hef átt erfitt með svefn.

- ☐ Já, oftast
☐ Já, stundum
☐ Sjaldan
☐ Nei, alls ekki

8. Ég hef verið döpur eða liðið ömurlega.

- ☐ Já, oftast
☐ Já, frekar oft
☐ Nei, sjaldan
☐ Nei, aldrei

9. Ég hef grátið því mér hefur liðið svo illa.

- ☐ Já, mjög oft
☐ Já, frekar oft
☐ Stöku sinnum
☐ Nei, aldrei

10. Ég hef hugsað um að skaða sjálfa mig

- ☐ Já, frekar oft
☐ Stundum
☐ Næstum aldrei
☐ Aldrei

Edinburgh Postnatal Depression Scale.

© Höfundar: J.L. Cox, J.M. Holden og R. Sagovsky, R.

Íslensk útgáfa: Marga Thome hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir, Halldóra Ólafsdóttir geðlæknir og Pétur Tyrfingsson sálfræðingur.

EPDS***Edinborgarkvarðinn: Spurningalisti um líðan kvenna eftir barnsburð*****SÝNISHORN**

Dagur: _____

Aldur barns í vikum: _____

Þú hefur nýlega fætt barn og þess vegna viljum við vita hvernig þér líður núna. Vinsamlegast krossaðu við það svar sem kemst næst því að lýsa hvernig þér leið síðustu 7 daga, ekki bara hvernig þér líður í dag.

Hér er dæmi þar sem svar hefur verið valið:

Ég hef verið ánægð:

☐ Já, alltaf

☒ Já, oftast

☐ Nei, sjaldan

☐ Nei, alls ekki

Þetta svar þýðir „Ég hef oftast verið ánægð síðustu vikuna.“ Vinsamlegast svarið eftirtöldum spurningum á sama hátt.

HVERNIG HEFUR ÞÉR LIÐIÐ SÍÐUSTU 7 DAGA?

1. Ég hef getað hlegið og séð spaugilegu hliðarnar á lífinu.

☐ 0__ Jáfnmikið og ég er von

☐ 1__ Minna en ég er von

☐ 2__ Miklu minna en ég er von

☐ 3__ Alls ekki

2. Ég hef hlakkað til.

☐ 0__ Alveg jafnmikið og ég er von

☐ 1__ Minna en ég er von

☐ 2__ Töluvert minna en ég er von

☐ 3__ Eiginlega ekkert

3. Þegar hlutirnir ganga ekki nógu vel hef ég kennt sjálfri mér um það.

☐ 3__ Já, mjög oft

☐ 2__ Já, stundum

☐ 1__ Sjaldan

☐ 0__ Nei, aldrei

4. Ég hef verið áhyggjufull eða kvíðin af litlu tilefni.

☐ 0__ Nei, alls ekki

☐ 1__ Næstum aldrei

☐ 2__ Já, stundum

☐ 3__ Já, mjög oft

5. Ég hef verið hrædd eða skelfingu lostin af mjög litlu tilefni.

☐ 3__ Já, oft og mörgum sinnum

☐ 2__ Já, stundum

☐ 1__ Nei, sjaldan

☐ 0__ Nei, alls ekki

6. Mér finnst ég eiga erfitt með að takast á við daglegt líf.

☐ 3__ Já, mér finnst ég alls ekki ráða við hlutina

☐ 2__ Já, stundum finnst mér ég ekki ráða jafnvel við hlutina og venjulega

☐ 1__ Nei, oftast ræð ég við hlutina

☐ 0__ Nei, ég ræð jafnvel við hlutina og vanalega

7. Mér hefur liðið svo illa að ég hef átt erfitt með svefn.

☐ 3__ Já, oftast

☐ 2__ Já, stundum

☐ 1__ Sjaldan

☐ 0__ Nei, alls ekki

8. Ég hef verið döpur eða liðið ómurlega.

☐ 3__ Já, oftast

☐ 2__ Já, frekar oft

☐ 1__ Nei, sjaldan

☐ 0__ Nei, aldrei

9. Ég hef grátið því mér hefur liðið svo illa.

☐ 3__ Já, mjög oft

☐ 2__ Já, frekar oft

☐ 1__ Stöku sinnum

☐ 0__ Nei, aldrei

10. Ég hef hugsað um að skaða sjálfa mig

☐ 3__ Já, frekar oft

☐ 2__ Stundum

☐ 1__ Næstum aldrei

☐ 0__ Aldrei

Edinburgh Postnatal Depression Scale.

© Höfundar: J.L. Cox, J.M.Holden og R. Sagovsky, R.

Íslensk útgáfa: Marga Thome hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir, Halldóra Ólafsdóttir geðlæknir og Pétur Tyrfinngsson sálfræðingur.

6.10 OFBELDI GEGN BÖRNUM

Ofbeldi af margs konar toga hefur fylgt mannkyninu frá örófi alda. Einna alvarlegast er ofbeldi sem beinist að börnum sem geta ekki varið sig. Ofbeldi sem börn verða fyrir er bæði sýnilegt og ósýnilegt og getur verið líkamlegt, andlegt eða kynferðislegt eða almenn vanræksla. Þó svo að almennt sé viðurkennt að börn eigi rétt á vernd gegn ofbeldi eru skoðanir skiptar um hvað sé gott uppeldi og hvaða refsingar á börnum séu viðeigandi.

Sögulegt og menningarlegt samhengi

Upp úr 1960 fékk ofbeldi gegn börnum innan veggja heimilisins vaxandi athygli erlendis. Í fyrstu var talið að slíkt ofbeldi væri óverulegt á Íslandi enda voru fá skráð tilfelli um misþyrmingar á börnum. Ástæður þessa voru taldar að hér á landi væru meiri félagsleg samskipti og sterkari fjölskyldu- og vinatengsl en erlendis. Það var því fyrst á áttunda áratug síðustu aldar sem hið dulda ofbeldi, sem á sér stað í einkalífinu og samskiptum nákominna fékk aukið svigrúm í almennri umfjöllun hér á landi.

Athyglisverð rannsókn í Svíþjóð frá árinu 2001 sýnir að líkamlegar refsingar sem börn sættu voru mjög almennar eftir miðbik síðustu aldar áður en lög bönnuðu slíkt. Þessi rannsókn náði til 212 barna sem fæddust á tímabilinu 1955-1958 og var þeim fylgt eftir frá eins árs aldri til þess að þau urðu 36 ára gömul. Algengast var að börn á aldrinum átján mánaða til sex ára sættu slíkum refsingum og mest við fjögurra ára aldur. Endurteknar líkamlegar refsingar voru algengastar við átján mánaða aldur. Var allt að helmingur allra barnanna barinn af móður á hverjum degi en feður beittu slíkum aðferðum miklu sjaldnar. Kom í ljós að mæður sem höfðu orðið fyrir þessari reynslu beittu börn sín slíkum refsingum í ríkara mæli en feður.

Ofbeldi gegn börnum er stórt heilbrigðisvandamál. Aldur barna sem eru í mestri hættu á að verða fyrir ofbeldi er breytilegur eftir menningarsvæðum, en alvarlegasta ofbeldið gegn börnum er þó talið eiga sér stað fyrir þriggja ára aldur. Gögn frá Bandaríkjunum og Bretlandi benda til að um 6% af ungum börnum hafi orðið fyrir líkamlegu ofbeldi s.l. 12 mánuði og að 12-14% allra barna verði fyrir líkamlegu ofbeldi á uppvaxtarárum sínum. Í Hollandi sýna rannsóknir að grátur barna yngri en sex mánaða auki hættu á líkamlegu ofbeldi. Engar sambærilegar rannsóknir við ofangreindar rannsóknir eru til hér á landi. Þó eru dæmi þess að mjög ung börn hafi orðið fyrir ofbeldi af hendi forsvarsmanna sinna.

Fagfólk og fræðimenn telja að heimilisofbeldi gegn börnum hafi neikvæð áhrif á þroska þeirra og vellíðan. Slíkt ofbeldi getur endurspeglast í hegðun barnanna sem einkennist þá af ofbeldisfullum samskiptum við önnur börn og aukinni þátttöku í afbrotum. Börn sem eru beitt ofbeldi inni á heimilum lenda auk þess oftar en önnur börn í einelti, bæði sem gerendur og þolendur. Einnig er líklegt að þau geti orðið þunglynd, fyrirfari sér eða geri tilraun til þess. Rannsóknir sýna einnig að börn sem verði fyrir ofbeldi sem börn séu líklegri

sem gerendur á fullorðinsárum. Forvarnir eru því mikilvægar fyrir barnið og samfélagið í heild sinni.

Uppbygging forvarnarstarfs

Í forvarnastarfi er mikilvægt að þekkja til orsaka heimilisofbeldis gegn börnum og afleiðinga þess. Talið er að ofbeldi gegn börnum eigi sér stað í öllum samfélagsstéttum og hafa ýmsir áhættuþættir verið nefndir. Félagslegur bakgrunnur barns, heilsa þess og geðheilbrigði foreldra er talið skipta máli. Sama er að segja um lýðfræðilega þætti, samfélagsfræðilegar aðstæður og menningarbundnar hefðir.

1. stigs forvarnir

Fyrsta stigs forvarnir fela í sér að koma í veg fyrir að heimilisofbeldi gegn börnum eigi sér stað. Mæðravernd og ung- og smábarnavernd á Íslandi geta gegnt mikilvægu hlutverki í ljósi niðurstaðna framangreindra rannsókna. Þjónustan er veitt á öllum heilsugæslustöðvum landsins, þátttaka er almenn og foreldrum að kostnaðarlausu. Í ung- og smábarnavernd koma hjúkrunarfræðingar í reglulegar heimavitjanir strax eftir fæðingu. Foreldrar koma síðan með barn sitt í reglulegar skoðanir til hjúkrunarfræðings og læknis á heilsugæslustöð og þar er fylgst með þroska og vexti barnsins og viðeigandi fræðsla veitt. Erlendar rannsóknir sýna að fræðsla og annar stuðningur sem veittur er við heimavitjanir getur verið mikilvægt framlag til að koma í veg fyrir að heimilisofbeldi eigi sér stað.

Starfsfólk ung- og smábarnaverndar hefur bent á að skortur væri á heppilegu fræðsluefni fyrir foreldra um aga og uppeldi. Miðstöð heilsuverndar barna (MHB) hefur í samvinnu við hóp hjúkrunarfræðinga sem starfa við ung- og smábarnavernd lagt grunn að verkefninu *Agi til forvarna – uppeldi sem virkar*. Allir foreldrar ættu nú í ung- og smábarnavernd að fá bækling með minnispunktum sem gott er að hafa í huga við uppeldi barna. Önnur afurð þessa starfs er þýðing og útgáfa bókarinnar *Uppeldisbókin: að byggja upp færni til framtíðar*.

Þróun uppeldisnámskeiðanna *Uppeldi sem virkar – færni til framtíðar* er einn angi þessa starfs og í boði á mörgum heilsugæslustöðvum og víðar. Í þessum námskeiðum er foreldrum bent á jákvæðar leiðir til að skipuleggja uppeldið og hvaða aðferðir hægt sé að nota í stað þess að láta uppeldið hverju sinni ráðast af tilfinningum eða skapi foreldra. Einnig er lögð áhersla á að foreldrar leiðbeini börnum sínum um æskilega hegðun fremur en refsir þeim fyrir óæskilega hegðun og að börnin öðlist færni til að geta tekist á við erfiðleika, deilt með öðrum, eirt við verkefni o.s.frv. Sérstaklega er rætt um af hverju hvers kyns líkamslegar refsingar eru ekki heppilegar og ætti ekki að nota í uppeldi barna. Auk foreldranámskeiða er boðið upp á sérstök leiðbeinendanámskeið fyrir hjúkrunarfræðinga og annað fagfólk sem hefur áhuga á að gerast leiðbeinendur á þessum uppeldisnámskeiðum. Leikskólakennarar hafa sýnt efninu fyrir leiðbeinendur áhuga og hefur námsefnið verið aðlagð að starfsvettvangi þeirra. MHB heldur utan um

Þróun þessara uppeldisnámskeiða og þangað getur fagfólk leitað upplýsinga um framkvæmd þeirra og fengið námsgögn til nota í námskeiðum hjá sér.

Af öðrum uppeldisnámskeiðum í boði fyrir foreldra má nefna *SOS - Hjálp fyrir foreldra* og *PMT-foreldrafærni*. *SOS* uppeldisnámskeiðin eru á vegum Félagsvísindastofnunar Háskóla Íslands og er ætlað að hjálpa foreldrum að bæta hegðun barna sinna og stuðla að félagslegri og tilfinningalegri aðlögun. Þau eru m.a. í boði í Reykjanesbæ fyrir foreldra 2-12 ára barna, þeim að kostnaðarlausu, til að leiðbeina þeim um áhrifaríka uppeldistækni til að koma í veg fyrir að börn þeirra þrói með sér alvarlega hegðunarörðugleika. *PMT* er samstarfsverkefni Skólaskrifstofu Hafnarfjarðar, Heilsugæslustöðvarinnar Sólvangi og Félagsþjónustu Hafnarfjarðar. Það er nú í boði víðar og er ætlað foreldrum barna með hegðunarerfiðleika á leik- og grunnskólaaldri.

Ofangreind uppeldisnámskeið styðja hvert á sinn hátt við fyrsta stigs forvarnir gegn ofbeldi gegn börnum. Mikilvægt er þó að hafa í huga að rót heimilisofbeldis gegn börnum er ekki einungis spurning um uppeldi barna. Foreldrar þurfa sumir hverjir að læra að hafa stjórn á skapi sínu og atferli í samskiptum við börn sín. Rannsóknir sýna að foreldrum sem eiga t.d. við geðræn vandamál og áfengis- og vímuefnaneyslu að stríða sé hættara við að beita börn sín ofbeldi en öðrum foreldrum. Aðrir áhrifaþættir eru m.a. félags- og efnalegar aðstæður foreldra og stuðningur stjórnvalda við barnafjölskyldur. Því þarf að styrkja þær stofnanir samfélagsins sem vinna að þessum málefnum, efla löggjöf og auka almenna umræðu.

2. stigs forvarnir

Annars stigs forvarnir fela í sér að stemma stigu við því ofbeldi gegn börnum sem á sér stað innan veggja heimilisins og hraða úrlausn ef grunur um ofbeldi vaknar. Aukin fagleg færni heilbrigðisstarfsfólks, kennara og annarra sem vinna með fjölskyldum innan félagsþjónustu og barnaverndarnefnda er mikilvægur liður í 2. stigs forvörnum. Má hér nefna betri þekkingu á einkennum heimilisofbeldis gegn börnum en líkamleg einkenni geta m.a. verið beinbrot, höfuðáverkar, brunasár og marblettir af ýmsu tagi eða áverka sem erfitt er að útskýra. Því þarf starfsfólk ung- og smábarnaverndar að vera vel að sér um tilkynningarskyldu heilbrigðistarfsfólks til barnaverndarnefnda og tilkynna við minnsta grun um að barn sæti ofbeldi af hálfu forráðamanna þess (sjá leiðbeiningar um tilkynningarskylduna í lista yfir ítarefni).

Fagfólk sem vinnur með heimilisofbeldi gegn börnum hefur bent á að erfitt geti verið að sanna að það hafi átt sér stað. Það auðveldar ekki að hugtakið heimilisofbeldi er hvergi skilgreint í íslenskum lögum. Einnig vekur athygli að hlutfall barnaverndarmála, sem eru flokkuð sem ofbeldi gegn börnum, er mishátt á milli landshluta og jafnvel milli bæjarfélaga í sama landshluta á sama árinu. Þetta bendir til misræmis við mat á heimilisofbeldi gegn börnum. Með betri skilgreiningum á mismunandi tegundum ofbeldis inni á heimilum standa vonir til að auðveldara verði fyrir foreldra, fagfólk og barnaverndarstarfsmenn að átta sig á hvort barn hafi verið beitt ofbeldi.

Þegar grunur vaknar um ofbeldi, hvort sem er í ung- og smábarnavernd eða annars staðar, er mikilvægt að koma málum barnanna í heppilegan farveg með skjóta niðurstöðu sem markmið, enda andleg heilsa og þroski þeirra í hættu. Ber hér einnig að nefna mikilvægi tilkynningarskyldu til barnaverndaryfirvalda. Aukinn stuðningur við fjölskyldur þessara barna er æskilegur og gæti m.a. falið í sér reglulegar heimsóknir á heimilið til að styrkja innviði fjölskyldunnar og umönnun barnanna. Einnig mætti gefa foreldrum, sem sannanlega hafa beitt barn sitt ofbeldi, kost á sérstökum námskeiðum sem hefðu það að markmiði að koma í veg fyrir það neyðarúrræði að svipta þá forræði barnsins. Samtímis væru barninu tryggð örugg uppvaxtarskilyrði.

3. stigs forvarnir

Þriðja stigs forvarnir fela í sér að lina þjáningar og auka lífsgæði þeirra barna sem orðið hafa fyrir alvarlegu og síendurteknu ofbeldi. Getur það m.a. falist í því að taka umráðaréttinn yfir barninu frá foreldrunum og vinna með barninu til að það nái sem mestum bata og hljóti ekki langvarandi mein af ofbeldinu. Jafnframt þessu er fjölskyldunni veitt nauðsynleg aðstoð. Þarf að styrkja starf allra þeirra sem vinna með börnum sem hafa orðið fyrir slíku ofbeldi og skapa aðstæður sem gefa foreldrum og börnum möguleika á að ná eins góðum bata og mögulegt er og hjálpa þeim út úr vítahring ofbeldis innan heimilisins.

Geir Gunnlaugsson barnalæknir

Heimild

Jónína Einarsdóttir, Sesselja Th. Ólafsdóttir og Geir Gunnlaugsson (2004). *Heimilisofbeldi gegn börnum á Íslandi: höggva-hýða-hirta-hæða-hóta-hafna-hrista-hræða*. Reykjavík: Miðstöð heilsuverndar barna og Umboðsmaður barna.

Ítarefni

Barnaverndarstofa (2003). *Verklagsreglur um tilkynningarskyldu heilbrigðisstarfsfólks til barnaverndarnefnda*. Sótt 19. júní 2007 af http://www.landlaeknir.is/Uploads/FileGallery/Frettir/verklagsreglur_v_bar_naverndar_feb.03.doc

Christophersen, E. R. og Mortweed, S.L. (2004). *Uppeldisbókin: að byggja upp færni til framtíðar*. Þýð. Gyða Haraldsdóttir og Matthías Kristiansen. Reykjavík: Skrudda.

Krug, E. G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. og Lozano, R. (ritstj.) (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization, Geneva. Sótt 19. júní 2007 á http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en

Rubin, D., Lane, W. og Ludwig, S. (2001). Child abuse prevention. *Current Opinion in Pediatrics*, 13(5), 388-401.

United Nations. (2006). *Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children* (A/61/299). Sótt 3. nóvember 2009 á <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/study.htm>

6.11 AÐGERÐIR TIL VARNAR VÖGGUDAUÐA

Nær allir foreldrar bera einhvern kvíða í brjósti fyrir því að eitthvað komi fyrir barnið þeirra og oft er kvíðinn mestur fyrstu vikurnar og mánuðina. Sumir vakna á næturnar til að gæta að barninu og róa sjálfan sig. Eitt af því sem veldur áhyggjum er skyndidauði ungbarna, öðru nafni vöggudauði. Skyndidauði ungbarna er skilgreindur þannig að ungbarn, oftast á aldrinum 2-4 mánaða, deyr í svefni, án undanfarandi veikinda, og vönduð krufning með viðeigandi rannsóknum leiðir ekki í ljós dánarorsök.

Tíðni vöggudauða hér á landi hefur verið með því lægsta sem þekkist í nálægum löndum og óvíst er að unnt sé að lækka hana enn frekar með sérstökum aðgerðum, enda eru orsakir enn óþekktar. Þó er æskilegt að starfsfólk ung- og smábarnaverndar geti upplýst foreldra um það sem talið er geta dregið úr líkum á slíkum atburði (sbr. dreifibréf landlæknis nr. 4/2006).

Ráðleggingar til foreldra

1. Leggið heilbrigð ungbörn til svefns þannig að þau liggi á baki. Ef hliðarlega er valin verður að gæta þess að þau geti ekki oltið yfir á grúfu þar sem þeirri legu hefur fylgt aukin áhætta á vöggudauða. Þegar um er að ræða fyrirbura eða ungbörn sem hafa verið veik eða hafa meðfæddan galla af einhverju tagi skal fylgja sérstökum fyrirmælum læknis.
2. Forðist tóbaksreykingar, sérstaklega á meðgöngutíma, á heimilum ungbarna og öðrum stöðum þar sem þau dveljast.
3. Látið ungbörn sofa í eigin rúmi í herbergi foreldra fyrstu mánuðina. Sérstaklega er varhugavert að börn deili rúmi með þeim sem:
 - reykja
 - hafa notað áfengi eða önnur vímuefni
 - nota lyf sem hafa þau áhrif að svefn er dýpri
 - eru mjög þreyttir
4. Hafið barnið á brjósti sé þess kostur.
5. Notið ekki kodda undir höfuð ungbarna þegar þau eru lögð til svefns og forðist mjúkar dýnur og mjúk leikföng í rúmum þeirra. Gætið þess að gæludýr á heimilinu komist ekki í rúm barnanna
6. Forðist ofdúðun ungbarna. Fylgist með því að þeim sé ekki of heitt, t.d. hvort þau svitna, og minnkið klæðnað og annan umbúnað ef svo er.
7. Mælt er með snuðnotkun á svefntíma þegar brjóstagið er komin vel á veg þar sem rannsóknir benda til að það dragi úr líkum á vöggudauða.
8. Látið fylgjast vel með heilbrigði ungbarna. Notfærið ykkur þá ungbarnavernd sem í boði er.

Sjöundi kafli

7 Heilsufarsvandi

7.1 HITI HJÁ BÖRNUM

Hiti hjá börnum er algengur og ekki alvarlegur í flestum tilfellum. Mikilvægt er að muna að hiti er ekki sjúkdómur heldur einkenni um undirliggjandi sjúkdóm. Hiti undir 40°C (endaþarmshiti) er talinn auðvelda líkamanum að ráða niðurlögum sýkla en hærri hiti getur aukið önnur einkenni veikinda eins og þurrk og vanlíðan, og auk þess valdið hitakrampa sem oftast er góðkynja.

Hvað er hiti?

Hiti er það þegar líkamshiti fer yfir eðlileg mörk. Í heilanum er staður sem stýrir líkamshitann svipað og „thermóstat“ í heimahúsum en eðlilegur líkamshiti er um 37°C. Eðlilegur líkamshiti sveiflast dálítið yfir daginn og er yfirleitt lægri á morgnana. Hjá börnum í leik getur hitinn auðveldlega farið yfir 38°C án þess að um sjúklegt ástand sé að ræða. Við veikindi endurstillir hitastýringarsvæði heilans líkamshitann þannig að hann verður yfirleitt hærri en 38°C en hjá börnum yngri en þriggja mánaða getur líkamshitinn hins vegar lækkað. Einnig er rétt að benda á að börn með sýkingu geta verið með líkamshita innan eðlilegra marka.

Hvernig er best að meta hvort barn er með hita?

Snerting á húð barnsins getur gefið vísbendingu um að það sé með hita en er hins vegar ekki áreiðanleg aðferð. Besta aðferðin til að greina hita er að nota hitamæli.

Hvaða hitamæla er best að nota?

Eftirfarandi hitamæla er hægt að kaupa hér á landi:

- *Húð-, ennismælar*

Þessir mælar eru settir á enni eða gagnauga barnsins og gefa upplýsingar um hvort barnið er með hita. Þessi aðferð gefur hins vegar ekki nákvæma niðurstöðu um hvert hitastigið er og því er mælt með öðrum aðferðum til að meta hita hjá börnum.

- *Kvikasilfursmælar*

Kvikasilfursmælar eru til sem endaþarms- eða munnmælar. Þessir mælar eru áreiðanlegir en það getur tekið 1-2 mínútur að mæla rétt hitastig. Einnig þarf að muna að slá mælinn niður áður en mælt er.

- *Stafrænir (digital) hitamælar*

Með stafrænum hitamælum er hægt að mæla hita í endaþarmi, munni og í handarkrika. Mælingarnar eru fljótlegar og áreiðanlegar hjá börnum á öllum aldri. Mikilvægt er að fylgja leiðbeiningum framleiðanda um notkun.

- *Rafmagnsmælar*

Rafmagnsmælar mæla hitastigið í eyrnagangi og eru einfaldir og fljótlegir í notkun. Hins vegar eru þeir óáreiðanlegir hjá börnum yngri en 3 mánaða og eru oft dýrari en stafrænir mælar.

- *Snuðmælar*

Þessir mælar virðast þægilegir og einfaldir í notkun en ættu ekki að nota hjá börnum yngri en 3 mánaða. Snuðmælar þurfa að haldast í munnum í nokkrar mínútur til að fullnægjandi mæling fáið en það getur reynst erfitt hjá ungum börnum.

Hvernig er best að mæla hita?

Oft getur verið erfitt að mæla hita hjá börnum sérstaklega ef þau eru óvæð og ósamvinnuþýð. Hins vegar er mikilvægt fyrir lækna að vita nákvæmt hitastig barna þegar veikindi þeirra eru metin.

Hjá börnum yngri en 3 mánaða er endaparmsmæling áreiðanlegust annaðhvort með kvikasilfurs- eða stafrænum hitamæli. Ekki er mælt með eyrnamælingu hjá þessum aldurshópi.

Hjá börnum eldri en 3 mánaða er best að mæla hitann með endaparmsmæli annaðhvort kvikasilfurs- eða stafrænum mæli. Mæling í munni getur einnig gengið en er oft erfið hjá börnum. Mæling í holhönd með stafrænum mæli kemur einnig til greina en er oft óáreiðanleg.

- *Mæling í endaparm*

Hitamælingu í endaparmi er hægt að gera með stafrænum hitamæli eða kvikasilfursmæli. Lítil börn er best að leggja í fangið með magann niður eða á bakið á flatt undirlag með mjaðmir beygðar. Setjið vaselín á enda hitamælisins og þrýstið mælinum varlega inn í endaparminn 1-2 cm. Athugið að alls ekki má beita afli. Um 1-2 mínútur tekur að mæla rétt hitastig með kvikasilfursmæli en mun skemmri tíma með stafrænum mæli.

- *Mæling í munn*

Hitamæling í munni er auðveld hjá eldri og samvinnuþýðum börnum. Bíðið með mælinguna í um 20-30 mínútur eftir að barnið hefur drukkið eða borðað og setjið enda mælisins undir tunguna. Látið barnið loka munnum og það má ekki tala, drekka eða borða meðan á mælingu stendur. Um 1-2 mínútur tekur að fá rétta mælingu með kvikasilfursmæli en mun fljótar með stafrænum mæli.

- *Mæling í holhönd*

Hitamæling í holhönd getur verið þægileg hjá eldri og samvinnuþýðum börnum en er ekki eins áreiðanleg og mæling í endaparmi og munni. Til að mælingin verði sem áreiðanlegust má

barnið ekki vera of mikið klætt, mælirinn þarf að snerta húðina og handleggurinn leggjast yfir mælinn.

Hvaða hitastig merkir hita hjá börnum?

Eðlilegur hiti hjá börnum er oft hærri og sveiflóttari heldur en hjá fullorðnum.

Venjulega er talað um að barn sé með hita ef:

- Endaþarmsmæling sýnir hita yfir 38°C
- Munnmæling er yfir 37,5°C
- Mæling í holhönd er yfir 37,2°C

Rétt er að vekja athygli á því að hiti barna einn og sér segir lítið til um veikindi þeirra eða alvarleika veikindanna. Barn getur verið með alvarlega sýkingu en hitalaust og að sama skapi verið með meinlausa veirusýkingu en háan hita. Hins vegar ber alltaf að taka hita (hærri en 38°C) alvarlega hjá börnum yngri en 3 mánaða og hafa samband við lækni.

Hvaða sjúkdómar geta valdið hita hjá börnum?

Algengustu sjúkdómar sem valda hita hjá börnum eru sýkingar af völdum veira eða baktería. Veirusýkingar eru algengar hjá börnum en ekki er hægt að ráða af hæð hitans eða hitamynstri hvort um er að ræða veiru- eða bakteríusýkingu.

Aðrir sjúkdómar sem sjalda valda hita eru: illkynja sjúkdómar (krabbamein), gigtarsjúkdómar, áverkar á miðtaugakerfi, ofstarfsemi skjaldkirtils, vökvaskortur (þurrkur), skordýra- og slöngubít, eitranir af völdum lyfja, sýklalyf og bólusetningar.

Er hiti hættulegur?

Hiti er í sjálfu sér ekki hættulegur en getur valdið barninu óþægindum. Talið er að hiti um og yfir 42°C (mælt í endaþarmi) getur valdið barni skaða en svo hár hiti er afar sjaldgæfur.

Hitakrampar koma fyrir hjá um 4% barna, einkum börnum yngri en 3 ára. Hitakrampar standa oftast stutt og valda ekki heilaskaða eða öðrum skemmdum. Þeir koma gjarnan í byrjun veikinda svo oft er erfitt að koma við fyrirbyggjandi meðferð með hitalækkandi lyfjum.

Er hiti af hinu góða?

Margt bendir til að hiti sé hjálplegur til varnar sýkingum. Ýmis ónæmisfræðileg starfsemi virðist batna við hita á bilinu 37-40°C en versnar við hita yfir 40°C. Margar bakteríur fjölga sér einnig hægar við hita og framleiða minna af eitrefnum. Rannsóknir hafa jafnframt sýnt að hiti eykur verkun ýmissa sýklalyfja.

Parf alltaf að gefa hitalækkandi meðferð?

Einungis ætti að gefa hitalækkandi meðferð þeim börnum sem líður illa vegna hitans frekar en að miða meðferð við ákveðið hitastig.

Hitalækkandi meðferð samanstendur af eftirfarandi:

1. Hitalækkandi lyf:
 - Parasetamól 10-15 mg/kg/skammt mest á 6 klst fresti
 - Ibuprofen (Íbúprófen, Íbúfen) 5 mg/kg/skammt mest á 6 klst. fresti
2. Hafa barnið léttklætt og svalt í herberginu
3. Gefa barninu ríkulega að drekka
4. Leyfa barninu að hvílast eins og þurfa þykir
5. Ytri kæling með vatni er sjaldan ráðlögð nema hitinn haldist yfir 41°C þrátt fyrir hitalækkandi lyf. Ekki skyldi nota ytri kælingu nema að hitalækkandi lyf hafi verið gefið fyrst. Hitastig vatnsins á að vera milli 25-30°C.

Svörun við hitalækkandi meðferð þ.e. ef hiti lækkar fljótt og barninu virðist líða betur, er ekki öruggt merki um að undirliggjandi sýking sé af saklausum toga. Til að útiloka alvarlega undirliggjandi sýkingu þarf læknir að skoða viðkomandi.

Hvenær þarf að leita til læknis vega hita?

Hiti einn og sér er sjaldnast nægileg ástæða til að leita læknis nema ef barnið er yngra en þriggja mánaða eða það óeðlilega slappt.

Eftirtalin atriði geta bent til alvarlegrar undirliggjandi sýkingar:

- Barnið er óeðlilega slappt, ergilegt, erfitt að vekja eða ruglað
- Barnið er með öndunarerfiðleika, útbrot samfara hitanum eða óþægindi við þvaglát
- Barnið er með hita sem staðið hefur lengur en þrjá daga

Samantekt

Hiti hjá börnum er algengt sjúkdómseinkenni og oftast merki um saklausa sýkingu sem gengur yfir án meðferðar. Börn yngri en þriggja mánaða og börn sem eru óeðlilega slöpp eða ergileg geta verið með alvarlega sýkingu sem bregðast þarf skjótt við. Ekki þarf alltaf að gefa hitalækkandi meðferð.

Þórólfur Guðnason barnalæknir

7.2 MIÐEYRNABÓLGUR

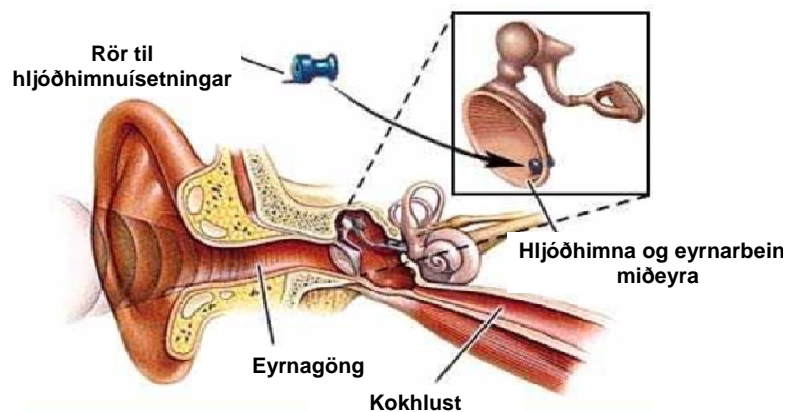
Miðeyrnabólga er aðallega sjúkdómur ungra barna vegna vanþroska í ónæmiskerfinu og lögunar kokhlustar. Flest börn sem fá **bráðamiðeyrnabólgu (BMB)** (*acute otitis media*) fá hana á fyrstu aldursárunum (~ 80%) og sum fá hana oft (~10%), jafnvel frá nokkra mánaða aldri. Miðeyrnabólgur er ein algengasta ástæða komu barna til lækna á stofu og á vaktir. Þegar rætt er um miðeyrnabólgu er algengast að um sé að ræða bráðamiðeyrnabólgu (**BMB**), eða miðeyrnabólgu með vökva í miðeyra (**VÍM**) (*otitis media cum effusione*).

Mikilvægt er að greina á milli BMB og VÍM þar sem fyrrnefnda ástandið kallar stundum á sýklalyfjameðferð en aldrei það síðara. Tímabundin bólga í nefslímhúð eins og t.d. samfara kvefi getur valdið hlustarverk með inndrætti á hljóðhimnu (*acute otosalphingitis*). *Otitis simplex* er ástand þegar aðeins er um að ræða væga æðateikningu á hljóðhimnu án vökva í miðeyra.

“Eyrnabörn” eru þau börn stundum kölluð sem fá margendurteknar BMB (a.m.k. þrjár á 3 mánuðum eða ≥ 4 á einu ári) og eru þau börn oftast jafnframt með þrálátan VÍM. Það hefur sýnt sig að börn sem fá BMB í fyrsta sinn fyrir 6 mánaða aldur og að systkini hafa verið “eyrnabörn”. eru í meiri áhættu (sjá að öðru leyti áhættu fyrir BMB og VÍM).

Í nýlegri rannsókn (2003) á Íslandi fengu 1-6 ára gömul börn að meðaltali 0.6 sýklalyfjameðferðir á ári vegna BMB (nýgengi), þar af fengu eins árs gömul börn 1.4 meðferð á ári. Hér á landi er sýklalyfjaávísun vegna eyrnabólgu algengasta orsök ávísunar á sýklalyf og skýrir yfir 50% slíkra ávísana meðal barna. Tíðni hljóðhimnurörísetninga er einnig mjög há á Íslandi þar sem um þriðja hvert barn fær rör. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) hefur hvatt til minni sýklalyfjanotkunar vegna hratt vaxandi þróunar sýklalyfjaónæmis helstu sýkingarvalda. Þetta á sérstaklega við þegar um er að ræða sýkingar sem læknaast hvort sem er af sjálfu sér, eins og flestar vægar miðeyrnabólgur gera hjá börnum (> 80%).

Á Egilsstaðahéraði þar sem skilningur lækna og foreldra á skynsamlegri notkun sýklalyfja jókst mikið á tímabilinu 1993-2003 fækkaði sýklalyfjaávísunum vegna miðeyrnabólgu um 2/3 Á sama tíma fækkaði einnig hljóðhimnuröraísetningum hjá börnum þar umtalsvert.

Eyrað og hljóðhimnurör**Vökvi í miðeyra (VÍM)**

Um 10-30% forskólabarna eru með vökva í miðeyra á hverjum tíma, sérstaklega á veturnar, oft tengt við kvefi og veirusýkingum. Tíðnin er hæst hjá yngstu börnunum vegna vanþroska kokhlustar. Stundum skýrist ástandið af óeðlilegri viðkvæmni í nefgöngum og kokhlust, til dæmis ef barnið er með ofnæmi og/eða astma. Einnig eru fyrirburar eða börn með ónæmisgalla og meðfædda galla í munn- eða nefholi, t.d klofinn góm, oft viðkvæm fyrir VÍM. Reykingar í umhverfi barns er talinn áhættuþáttur á endurteknum miðeyrnabólgum. Leikskólavist er talin áhætta enda eru þá greiðari smitleiðir veira og baktería milli barna. Brjóstagjöf, a.m.k. fyrstu 6 mánuðina, er talin veita vörn að einhverju leyti. Áhrif sundferða er óviss.

Vökvi í miðeyra myndast eftir stíflu í kokhlust og síðar undirþrýstingis í miðeyra. Hljóðhimnan verður þá oft inndregin og mött og getur þyknað með tímanum. Oftast eru einkennin lítil og ekki eins afgerandi og við BMB. Vökvinn er þunnfljótandi í byrjun en þykkar og verður slímkenndari með tímanum. Eldri börn geta kvartað um hlustarverk eða „hellu“ og stundum er ástandið talið skýra næturóværd hjá ungbörnum. Til að greina þetta ástand vel þarf eyrnarsjá (otoscope), helst með loftblæstri, til að meta hreyfanleikann á hljóðhimnunni sem er þá minnkaður. Staðfesta má undirþrýsting og vökva með miðeyrnaþrýstingsmælingu (*tympanometry*).

Ráðlögð meðferð við VÍM

VÍM læknastráðgjafi yfirleitt af sjálfu sér og ekki er þörf á meðhöndlun með sýklalyfjum. Ofnæmislyf, nefdropar og slímlosandi lyf eru yfirleitt gagnslítill í meðferð á VÍM. Ekki er mælt með notkun barkstera, hvorki staðbundið né til inntöku. Blástur gegnum kokhlust (*autoinflation*) kann að vera gagnleg í meðferð sumra barna með VÍM.

Flest tilfelli af VÍM læknastráðgjafi af sjálfu sér innan þriggja mánaða. Í um 25% tilfella fylgir væg heyrnarskerðing vökva í miðeyra (heyrn niður fyrir 25dB á þremur tíðnisviðum). Gagnsemi hljóðhimnuröra til að bæta talþroska ef heyrnartap er vægt er umdeild, á þó frekar við ef um þroskafrávik er að ræða.

Íhuga ástungu og/eða ísetningu hljóðhimnuröra ef:

- VÍM til staðar í 3-6 mánuði samfelld, sérstaklega hjá börnum á fyrsta aldursári og grunur er um heyrnaskerðingu. Fyrr ef þrálát næturóvæð eða grunur um þroskatruflanir.
- Endurteknar BMB (þrjár eða fleiri með innan við nokkra vikna millibili) og viðvarandi VÍM.

Nefkirtlar eru stundum teknir um leið ef stórir eða þörf er á endurteknum röraísetningum.

Algengasta aukaverkun af hljóðhimnurörum eru þrálátar sýkingar í kringum rörið sjálft sem gæti þá þurft að fjarlægja ef sýklalyfjameðferð og eyrnadropar duga ekki til að uppræta sýkinguna. Kölkun á hljóðhimnu (*tympanosclerosis*) síðar þar sem rörið var veldur oft óverulegri en þó viðvarandi heyrnarskerðingu (um 2-4 dB).

Bráðamiðeyrnabólga (BMB)

Hér er um að ræða *vökva* í miðeyra með bráðu ástandi, þ.e. *eyrnaverk og/eða staðbundnum sýkingareinkennum á hljóðhimnu* (roða eða útbungun) og *stundum hita*. Örug skilmerki greiningarinnar hafa verið á reiki meðal lækna og sitt sýnist hverjum. Yfirleitt eru merki um aukið blóðflæði (æðateikning) á hljóðhimnunni eða merki hljóðhimnubólgu (*myringitis*) þá jafnvel með samfelldum roða. Stundum sjást blöðrur á hljóðhimnunni (*bullus myringitis*). Sjúkdómsgangur er oft hraður og kemur iðulega eftir undanfarandi öndunarfærasýkingu af völdum veira. VÍM er þannig undanfari BMB í flestum tilfellum þar sem við bætast ákveðin sýkingareinkenni. Vökvinn breytist þá í gröft sem getur gerjast upp og valdið útbungun á hljóðhimnuna (*otitis media acuta purulenta*).

Eyrnaverkir eru algengir, sérstaklega í byrjun (fyrstu klukkustundirnar) og geta verið mjög slæmir. Þó getur allt að þriðjungur BMB hjá börnum verið án „greinanlegra“ verkja. Vaxandi þrýstingur í miðeyranu vegna graftarmyndunar getur leitt til rofs á hljóðhimnunni (*otitis media acuta cum perforata*). Venjulega gengur bráðasýkingin niður á fáum dögum og vökvu eða gröftur leysist upp eða skolast niður í gegnum kokhlustina. Það getur tekið

hljóðhimnuna nokkrar vikur að fá sitt venjulega útlit aftur en stundum situr eftir VÍM. Stundum lagast BMB ekki, jafnvel þótt hljóðhimnan rofni og getur sýkingin orðið langvarandi (*otitis media chronica (et perforatione)*). Endurtekin BMB (*recurrent otitis media*) er skilgreind sem a.m.k. þrjár BMB á 3 mánuðum eða a.m.k fjórar BMB á 12 mánuðum (sjá "Eyrnabörninn" hér að framan).

Sýkingarvaldar BMB

BMB er sýking í miðeyra af völdum baktería (50-70%) og/eða veira. Algengustu bakteríurnar eru *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* og *Streptococcus haemolyticus* af hjúpgerð A. *S. pneumoniae* er talinn vera orsök bakteríusýkingar í u.þ.b. 50% tilfella og veldur oftast svæsnari einkennum og meiri grafrarmyndun (*otitis media acuta purulenta*) en aðrir sýkingarvaldar. *Mycoplasma pneumoniae* getur einnig valdið miðeyrnabólgu. Helstu veirur sem valdið geta BMB eru RS veiran, *Influenza* og *Adenovirus*.

Ráðlögð meðferð við BMB

Niðurstöður rannsókna um gagnsemi sýklalyfjameðferðar við BMB sýna takmarkað gagn og því er oftast talið betra að bíða með sýklalyfjameðferð, einkum hjá börnum sem eru 1-2 ára eða eldri (BMB gengur að meðaltali yfir á 4 dögum án sýklalyfjameðferðar (NICE)).

Þetta á sérstaklega við um börn sem eru 1 árs eða eldri þar sem læknir er óviss um greiningu eða metur að einkennum séu ekki alvarleg og barn sé ekki í aukinni áhættu á fylgikvillum (sjá inngang og að neðan).

Einnig getur komið til greina að bíða með sýklalyfjameðferð yngri barna allt að 6 mánaða aldri séu veikindi ekki alvarleg að mati læknis eftir skoðun. Leggja ber áherslu á að meðferð byggir á samráði við vel upplýsta foreldra. Stór hluti barna á Íslandi bera sýklalyfjaónæma pneumókokka fyrstu vikurnar eftir hvern sýklalyfjakúr sem þá blómstra í nefkoki þeirra og smitast til annarra barna. Því verður að gefa sér tíma til að útskýra fyrir foreldrum kosti og galla sýklalyfjameðferðar. Oft nægir að gefa verkjalyf fyrstu 1-2 sólarhringana.

Sjúklinga sem geta haft aukna áhættu á **fylgikvillum öndunarferasýkinga þ.m.t. miðeyrnabólgu** þarf að finna og bjóða sýklalyf strax og/eða sjá til að viðeigandi rannsóknir séu gerðar. Þetta eru t.d. þeir sem eru:

- mjög veikir
- með útferð úr eyra
- með bráða eyrnabólgu í báðum eyrum
- hafa einkenni eða merki alvarlegs sjúkdóms eða fylgikvilla
- eru með annan sjúkdóm sem eykur hættu á alvarlegum fylgikvilla t.d. sjúklingar með alvarlega hjarta-, lungna-, nýrna-, lifrar-, tauga- eða vöðvasjúkdóma. Það sama á við þá sem eru ónæmisbældir og ung börn

sem fæddust fyrir tímannsjúklingar með meðfædda galla á efri loftvegum sem geta aukið líkur á endurtekinni eyrnabólgu eða erfiðri.

Eyrnaverkur

Gagnsemi sýklalyfjameðferðar hefur verið rannsökuð sérstaklega m.t.t. áhrifa á eyrnaverker (lengdar og hversu slæmir verkir eru), fylgikvilla (heyrnarvandamála), sjúkdómsgangs og aukaverkana sem rekja má til meðferðar.

Sýklalyfjagjöfin ein minnkar ekki verki á fyrsta sólarhring.

Hlutfall þeirra sem eru enn með eyrnaverker eftir 2 til 7 daga er hins vegar lægra hjá þeim sem fá sýklalyf. Þetta kemur þó fyrst og fremst fram í rannsóknum sem ekki voru gerðar í heilsugæslu (þ.e. bráðamóttökum og sérhæfðum barnamóttökum). Af þremur rannsóknum í heilsugæslu sýndu tvær ekki marktæka minnkun verkja hjá þeim sem fengu sýklalyf.

Vökvi í miðeyra

Í rannsóknum þar sem vökvi var metin einum mánuði eftir bráða miðeyrnabólgu kom ekki fram að sýklalyf minnkuðu líkur á vökva.

Heyrnarvandamál

Í rannsóknum þar sem heyrn var metin einum og þremur mánuðum eftir bráða miðeyrnabólgu kom ekki fram að sýklalyf minnkuðu líkur á heyrnarvandamálum eða truflun á málþroska.

Aukaverkanir

Veruleg aukning er á aukaverkunum eins og útbrotum, niðurgangi og ógleði hjá þeim sem fá sýklalyf, tíðni getur verið um 5-10%.

Sjúkdómsgangur

Sýklalyf minnka ekki líkur á að eyrnabólga sem takmörkuð er við annað eyrað þróist í eyrnabólgu í báðum eyrum.

Nefkoksræktanir

Nefkoks-ræktanir eru ekki ráðlagðar nema í undantekningartilvikum þar sem barn hefur endurtekið fengið bráða miðeyrnabólgu og svarar ekki meðferð með viðeigandi sýklalyfi.

Verkjastillandi meðferð

Flest börn með einkenni þurfa verkjastillandi meðferð hvort sem ákveðið hefur verið að meðhöndla með sýklalyfjum eða ekki. Oft er slík meðferð sú eina sem nauðsynleg er. Skammtur parasetamóls er 15-20 mg/kg ef gefnar eru töflur eða mixtúra. Endurtaka má skammt á 4-6 klukkustunda fresti.

Verkjastilling er óruggari með endaparmsstílum því frásög er óreglulegra en við töflur eða mixtúru. Ef notaðir eru stílar má gefa 20 mg/kg á 6 tíma fresti.

Við verkjastillingu er mikilvægt að gefa verkjalyfin reglulega. Veita ber ráð um hugsanlega hættu af ofskömmtnun.

Sýklalyf við bráðri miðeyrnabólgu (BMB)

Börnum með BMB skal ekki reglubundið ávísað sýklalyfjum við greiningu.

Í flestum tilvikum er þó ráðlagt að meðhöndla með sýklalyfjum börn yngri en tveggja ára og sérstaklega yngri en eins árs ef örugg einkenni eru um BMB (vökvi í miðeyra, roði eða útbungun á hljóðhimnu, hiti og verkir). Í tilteknum tilvikum er kostur að færa þessi mörk að 6 mánaða aldri meti lækni klínískar kringumstæður svo.

Mat læknis á alvarleika veikinda og hættu á fylgikvillum eða versnandi ástandi ræður mestu um sýklalyfjagjöf.

Íhuga má að gefa út lyfseðil á sýklalyf til að nota þegar og ef einkenni versna eða lagast ekki á fyrirfram ákveðnum tíma. Venjulega er miðað við 2 til 3 daga. Þetta getur átt við í völdum tilvikum þegar lækni hefur fullvissað sig um að veikindi eru ekki alvarleg og hann getur boðið upp á eftirlit ef þess gerist þörf t.d. ef ástand versnar.

Ef ávísað er á sýklalyf er mælt með fimm daga meðferð í hefðbundnum skömmtnum. Hafa verður þó í huga að alltaf geta verið undantekningartilvik þar sem lækni metur ástand eða áhættu á fylgikvillum þannig að lengri meðferð er réttlætanleg.

Ef ávísað er á sýklalyf er ráðlögð meðferð sem miðast við mikilvægasta sýkingarvaldinn, þ.e. pneumókokka og tekur mið af sýklalyfjanæmi á hverjum stað.

Penicillín-lyf

Amoxicillín 80–90 mg/kg á dag, deilt í 2–3 skammta í 5 daga.

*Mælt er með háskammta amoxicillín meðferð þar sem hlutfall ónæmra pneumókokka gegn penicillíni er víða hátt á Íslandi. Annars mætti í byrjun nota venjulega skammta sem er 40–70 mg/kg á dag.

Penicillín-ofnæmi

***Cefuroxím axetil** 30/mg/kg, deilt í 2 skammta í 5 daga

*Lang stærsti hluti þeirra sjúklinga sem leita læknis og kveðst vera með penisillín ofnæmi er ekki með penisillín ofnæmi. Íhuga ætti að vísa sjúklingum með slíka sögu í ofnæmispróf til frekari staðfestingar. Sjúklingar sem ekki hafa fengið einkenni um bráð ofnæmisviðbrögð við penisillín gjöf geta fengið 2. og 3. kynslóðar cefalósporín eins og cefúroxím eða ceftríaxón (allt að 10% hætta á krossofnæmi).

****Azithromýsín** 10mg/kg/dag fyrsta daginn síðan 5mg/kg/dag daglega í 4 daga.

****Trímetóprím/súlfametoxazól** 8/40 mg/kg (1 ml/kg) á dag, deilt í 2 skammta í 5 daga.

****Ef ekki er talið fært að gefa beta-laktam sýklalyf má nota makrólíð, trímethoprimsúlfa eða linkósamíð, þótt ónæmishlutfall lyfjanna sé hátt og oft erfitt að gefa klindamýsín vegna bragðs mixtúrunnar.**

Í þeim tilvikum þar sem meðferð með þessum lyfjum dugar ekki þarf að gefa stungulyf í samráði við smitsjúkdómalækni barna eða barnalækni.

Önnur meðferð (sýklalyf til vara ef amoxicillin virkar ekki)

Amoxicillín/klavúlanat 80–90mg/kg af amoxicillíni á dag deilt í 2–3 skammta í 5 daga.

Athugasemdir

Ef barn fær BMB þrisvar eða oftar á 3 mánuðum eða a.m.k. 5–6 sinnum á 12 mánuðum er rétt að vísa því til:

- 1) Háls-, nef- og eyrnalæknis sem metur hugsanlega ísetningu röra og/eða kirtlatöku.
- 2) Sérfræðings í smitsjúkdómum og eða ónæmisfræði barna sem metur hvort ónæmisgalli gæti verið undirliggjandi orsök.

Eins skal íhuga að stinga á hljóðhimnu og setja sýni frá miðeyra í ræktun ef um er að ræða meira en tvær árangurslausar sýklalyfjameðferðir í röð.

Yfirleitt skal ekki ávísa nefstíflu- eða ofnæmislyfjum til barna með bráða miðeyrnabólgu.

Ráðleggingarnar um lyf eru leiðbeinandi og alltaf er gert ráð fyrir að læknir staðfesti rétta notkun (skammta, aukaverkanir, frábendingar og fleira) í samræmi við sérlyfjaskrártexta.

Notkun lyfja utan ábendinga í sérlyfjaskrá er að sjálfsögðu á ábyrgð viðkomandi læknis og ákvörðun tekin af honum í samráði við sjúkling.

Ef barn er með rör í hljóðhimnu sem lekur frá vökvi/gröftur má meðhöndla ástandið með eyrnadropum og þá fyrst og fremst til að fyrirbyggja að rörið stíflist og losni auk þess sem sumir eyrnadropar hafa staðbundna sýkladrependi verkun, t.d. *Hydrocortison með Terramycin* og *Polymyxin-B (HTP)* eyrnadropar og *Ciproxin-Hydrocortison* eyrnadropar.

Fylgikvillar BMB

Alvarlegir fylgikvillar BMB eru mjög sjaldgæfir (<0.1% BMB tilfella). Helst ber að nefna sýkingu í klettbeini (*mastoiditis*), sem getur leitt til blóðeitrunar og heilahimnubólgu. Aðrir fylgikvillar eru t.d. langvinnar (krónískar) miðeyrnabólgur með hugsanlegri skemmd á miðeyrnabeinum og myndun „*cholesteatom*“. Hafa verður í huga að fylgikvillar geta komið fram þótt BMB sé meðhöndluð með sýklalyfjum.

Fyrirbyggjandi meðferð við BMB

Alltaf er mælt með brjóstagið fyrir ungabörn fyrstu 6 mánuðina sé ef hægt er. Sérstaklega ef um er að ræða börn sem eiga systkini með sögu um erfiðar eða þrálátar sýkingar. Nýlegar rannsóknir, bæði í Ameríku og Evrópu, sýna að tíðni eynabólgu hjá börnum minnkar ekki umtalsvert þótt þau séu bólusett gegn algengustu pneumókokkastofnunum (pneumococcal conjugate vaccine). Bóluefnin virka þó ágætlega gegn þeim pneumókokkastofnum sem eru í bóluefnunum en aðrir stofnar koma oft í staðinn. Ganglegt getur hins vegar verið að bólusetja ungabörn í sérstakri áhættu fyrir pneumókokkasýkingum. Eins hefur verið sýnt fram á gagnsemi Influenzu-bólusetningar hjá verðandi mæðrum og hjá ungum börnum eftir 6 mánaða aldur.

Vilhjálmur Ari Arason heimilislæknir

Heimildir

- Diagnosis and Management of Acute Otitis Media (2004). American Academy of Family Physicians og American Academy of Pediatrics. Sótt í október 2008 á <http://www.aafp.org/online/en/home/clinical/clinicalrecs/aom.html>
- Diagnosis and management of childhood otitis media in primary care (2003). Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Sótt í október 2008 á <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/66/index.html>
- Eyrnabólga - bráð miðeyrnabólga (2009). Landlæknisembættið. Sótt í nóvember 2009 á <http://www.landlaeknir.is/pages/1377>
- Klíniskar leiðbeiningar Heilsugæslunnar – miðeyrnabólgur (2007). Sótt í október 2008 á <http://www.heilsugaeslan.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=3050>
- National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) (2008). *Respiratory tract infections – antibiotic prescribing. Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care.* (CG 69) Clinical guideline. Sótt í okt. 2008 á <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG69>
- Rörbehandling við inflammation í mellannorat (2007). Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Sótt í október 2008 á <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Rorbehandling-vid-inflammation-i-mellannorat/>
- Vilhjálmur A. Arason (2006). *Use of antimicrobials and carriage of penicillin-resistant pneumococci in children. Repeated cross-sectional studies covering 10 years.* PhD ritgerð. Háskóli Íslands, Læknadeild
- Vilhjálmur A. Arason, Jóhann Á. Sigurðsson, Karl G. Kristinsson, Lynn Getz og Sigurður Guðmundsson (2005). Otitis media, tympanostomy tube placement, and use of antimicrobials. Cross sectional community study repeated after five years. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, 184-91.
- Vilhjálmur A. Arason (2005). Eyrnabólgur og ofnotkun sýklalyfja. *Uppeldi*, 18(4) Sótt í október 2008 á <http://www.heilsugaeslan.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=1806>
- Vilhjálmur A. Arason, Jóhann Á. Sigurðsson, Karl G. Kristinsson og Sigurður Guðmundsson (2002). Tympanostomy tube placements, influence of socio-demographic factors and parental expectations for management of acute otitis media in Iceland. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 21, 1110-15.

7.3 UPPKÖST OG NIÐURGANGUR

Niðurgangur á fyrstu þremur árum ævinnar er mjög algengur kvilli og er þá oftast samfara uppköstum. Yfirleitt er um veirusmit að ræða en einnig geta bakteríur eða jafnvel snýkjudýr valdið sýkingunni. Yfirleitt er um vægan niðurgang að ræða með smávegis hækkun á líkamshita og tíðum hægðlátum 3-6 sinnum á dag þar sem hægðir eru vatnskenndar og jafnvel slímugar og varir niðurgangurinn í nokkra daga. Flest börn má meðhöndla í heimahúsum.

Alvarlegustu einkennin tengjast þurrki, sem getur orðið all mikill smitist barnið af verstu veirunum og bakteríunum og er hiti þá oft hár sem enn frekar stuðlar að þurrki. Bestu mælikvarðar á þurrk eru:

- Minnkuð vökvaþensla húðar (*turgor*) sem er best metið á hlið kviðveggs í nafla hæð með því að taka húðfellinguna á milli þumalfingurs og vísifingurs og ætti húðfellingin í heilbrigðu barni strax að falla aftur í fyrra form eftir að henni er sleppt.
- Óeðlilegt öndunarmynstur, þ.e. aukin öndunartíðni og dýpri öndun.
- Háræða fyllingartími sem er metinn með því að þrýsta þétt á fingurgóminn og láta hann fölna en sleppa síðan og mæla tímann sem tekur hann að ná fyrri lit sem hjá eðlilegu barni tekur skemur en 1½-2 sekúndur. Halda þarf hendi í hjartahæð í eðilega heitu umhverfi.

Ekki er ráðlagt að treysta þvagútskilnaði sem varúðar einkenni samkvæmt nýjum rannsóknum þó að þvaglát gefi ákveðnar upplýsingar. Veikustu börnin sem þurfa vökva í æð vegna þurks og slappleika eru lögð inn á sjúkrahús.

Hægðaræktun, veiruleit í hægðum og aðrar rannsóknir eru óþarfar þar sem einkennin eru væg og meðferð gengur oftast vel heima.

Meðferð, sem felst í vökvun um munn, skal hefja sem fyrst og er mælt með sértílbúnum vökvaduftum sem fá má í lyfjabúðum og er blandað út í soðið vatn sem hefur verið látið kólna. Um er að ræða vökvablöndu af sykri og salti með minnkuðum hlutþrýstingi (*hypoosmolal*) og eru börnin látin drekka vökvann frjálst. Séu börnin á brjósti skal brjóstagjöf haldið áfram og gjafir skulu ótruflaðar eftir að barninu hefur verið gefinn vökvinn. Hjá eldri börnum er vökvablandan gefin í 24-48 klukkustundir og ein sér fyrstu 4-8 klukkustundirnar en síðan er létt fæða gefin og fæðan aukin smátt og smátt. Börn sem fá þurrmjólk með mjólkursykri í skulu gera það áfram. Í undantekningar tilfellum er gefin mjólkursykurlaus mjólk (t.d. soja mjólk eða Nutramigen).

Lyf eiga oftast ekki við í niðurgangssýkingum nema ef vera skyldi „probiotika“ svo sem *Lactobacillus GG* en gjöf þess stýttir lengd slæmra niðurgangs sýkinga. Þó þekkist að ákveðnar bakteríur, t.d. *Campylobacter jejuni*, þurfi að meðhöndlast með sýklalyfjum en slíkar sýkingar eru fremur fágætar í ungum börnum.

Bóluefni gegn þekktustu niðurgangsveirunni, rótaveiru sem gerir mikinn usla hjá korna- og ungbörnum og eru gefin 2-3 sinnum á fyrstu 6 mánuðum ævinnar, eru nú komnar á markað í Evrópu. Hér á landi er þó ekki hafin regluleg bólusetning með þessu bóluefni en fá má bóluefnið í lyfjabúðum.

Úlfur Agnarsson barnalæknir

Helstu heimildir

- Guarino, A., Albano F., Ashkenazi, S. o.fl. (2008). European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases. Evidence - Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe : Executive Summary. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 46, 619-21.
- Guarino, A., Albano, F., Ashkenazi, S. o.fl.. (2008). European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases. Evidence - Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. . *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 46, S81-S122.

Almennar ráðleggingar um niðurgang og uppköst barna

Mikilvægt er að gæta fyllsta hreinlætis til að forðast smit.
Þvo hendur eftir bleiuskipti, salernisferðir og fyrir matargerð!

Skyndileg uppköst og niðurgangur hjá börnum orsakast oftast af veirusýkingu og ganga yfir á nokkrum dögum. Barn hefur niðurgang þegar það hefur vatnsþunnar hægðir oftast en þrisvar sinnum á dag. Við niðurgang og uppköst tapar líkaminn vökva og mikilvægum söltum sem orsakar sjúkdómsástand sem kallast þurrkur. Eftir því sem vökvatapið er meira eykst slappleiki (veikindi) barnanna og enn frekar ef barnið er einnig með hita. **Mikilvægt er að grípa strax inn í til að koma í veg fyrir að barn missi of mikinn vökva og sölt.**

Einkenni þurks geta verið eitt eða fleiri upptalinna einkenna: minnkuð þvaglát, munnþurrkur, lítil tár við grát, þreyta, slappleiki eða pirringur.

Vægur niðurgangur með eða án uppkasta

Börn með vægan niðurgang og einstaka uppköst hafa yfirleitt matarlyst. Ef niðurgangurinn er mjög vægur og barnið er sjálfu sér líkt, drekkur og hefur matarlyst er yfirleitt ekki þörf fyrir sérstakar aðgerðir. En ávallt er mikilvægt að huga að því að barnið drekki vel.

Töluverður niðurgangur með eða án uppkasta

Börn sem hafa oft niðurgang og einstaka uppköst en eru með matarlyst og vilja drekka, þurfa að drekka ríkulega af vökva og borða eins og þau geta. Vökvinn sem þeim er boðinn ætti að vera við stofuhita og helst sérstök sykursaltvatnslausn sem bætir þeim vökva- og saltatapið.

Sykursaltvatnslausn fæst í apótekum. Hún er seld í duftformi sem leysist upp í vatni þegar heim kemur skv. leiðbeiningum á umbúðum. Til eru sykursaltfreyðitöflur með appelsínubragði fyrir börn eldri en 3ja ára sem eru leystar upp í vatni samkvæmt leiðbeiningum.

Gefa skal sykursaltvatnsblöndu eftir hver uppköst/niðurgang en einnig þess á milli. Eftir hver uppköst/niðurgang þurfa börn sem eru léttari en 10 kg að fá 60-120 ml en börn þyngri en 10 kg þurfa að fá 120-240 ml

Ef barnið þambar vökvann og ælir strax í kjölfarið þá skal gefa sopa og sopa í einu en bjóða mjög oft að drekka þannig að nægri vökvainntöku sé náð.

Samhliða sykursaltvatnsblöndu á alltaf að halda áfram með brjósta- og þurrmjólkurgjöf, eftir því sem við á.

Gefið barninu að borða sitt venjulega fæði og það sem barnið hefur lyst á.

Ef barnið virðist fá ónot af því að drekka mjólk þarf að draga úr gjöf mjólkurafurða.

Forðast skal gosdrykki og sæta safi (þó má gefa hreina safi).

Lyf til að stöðva niðurgang eru ekki ætluð börnum.

Alltaf skal hafa samband við lækni eða hjúkrunarfræðing:

- Ef ofangreindar aðferðir duga ekki til að koma nægjanlegum vökva í barnið.
- Ef foreldrar eru áhyggjufullir og vantar ráðgjöf.
- Ef barnið fær einkenni þurrks þrátt fyrir ofangreindar ráðleggingar.
- Ef barnið fær háan hita.
- Ef blóð er í hægðum.

Heimildir

Byggt á tillögum Bandarísku barnalæknasamtakanna (AAP), Bandarísku heilbrigðisstofnunarinnar (CDC) og Alþjóðlegu heilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) frá janúar 2005 og leiðbeiningum AAP til foreldra, netútgáfa frá 03/2007.

Ragnheiður Elísdóttir barnalæknir tók saman

7.4 HÆGÐATREGÐA UNGBARNA AÐ FIMM ÁRA ALDRI

Fyrstu 6-12 mánuðirnir

Ein algengustu vandamál korna- og ungbarna á fyrstu vikum og mánuðum lífsins eru ýmis konar meltingar- og hægðalosunar erfiðleikar. Hægðatregða er á fyrstu sex mánuðum ævinnar oftast háð magni og tegund mjólkur og þeim vökva sem barnið fær og þeirri fastri fæðu sem það borðar. Oftast hefur hægðatregðan hjá ungabörnum byrjað skyndilega en hún varir oftast stutt í senn og má yfirleitt meðhöndla með því að auka ríkulega vökvagjöf barnsins, t.d. með auka vatns- eða ávaxtasafa drykkju (hafi ávaxtasafar þá þegar verið gefnir barninu), sveskju safu og sv. frv. Hægðatregða er ekki eins algeng hjá börnum sem eru á brjósti samanborið við þau sem fá þurrmjólk. Það er þó síður en svo sjaldgæft að börn sem nærast á brjósti einu sér fái hægðatregðu eða særindi við hægðalát. Margir dagar geta líðið á milli hægðaláta hjá börnum sem eru á brjósti eða fá þurrmjólk án þess að nokkuð sé við það að athuga og þegar hægðirnar loksins koma eiga hægðalátin að vera átakalaus og hægðir eðlilegar. Varast ber því að túlka fátíð hægðalát sem hægðatregðu hjá börnum sem fá brjóstamjólk og líður greinilega vel þó að viðurkenna verði að börnum þar sem langt er á milli hægðaláta er hættara við hægðatregðu á fyrsta aldursárinu miðað við börn sem hafa örari hægðir.

Eðlilegt telst að nýfætt barn hafi hægðir ekki sjaldnar en tvisvar sinnum á dag fyrstu vikunnar en síðar þegar barnið er orðið 2- 4 mánaða gamalt er eðlilegt að hægðir séu ekki sjaldnar en þrisvar sinnum í viku. Barn sem er eldra en 2-3 ára þyrfti að hafa hægðir helst ekki sjaldnar en tvisvar sinnum í viku svo að því líði vel.

*Tíðni hægðaláta hjá heilbrigðum börnum**

Aldur	Hægðalosun á viku	Hægðalosun á dag
0-3 mánaða		
• Á brjósti	5-40	2.9
• Fær þurrmjólk	5-28	2.0
6-12 mánaða	5-28	1.8
1-3 ára	4-21	1.4
3 ára +	3-14	1.4

* Fontana M, Bianchi C, Cataldo F et al. (1987). Bowel Frequency in healthy children. *Acta Paediatr Scand* 78: 682-4.

Hægðir verða gjarnan tregari þegar byrjað er að gefa fasta fæðu, sem getur valdið hægðatregðu og þá e.t.v. með særindum og bólgu við endaparmsopið og miðast meðferðin fyrst að því við að auka vökvagjöf barnsins. Ef endaparmsopið virðist bólgið mætti t.d. bera varlega á það Lasinoh krem einu sinni daglega (t.d. með eyrnapinna), zink pasta krem eða önnur bleiusvæða krem og áburði eftir þörfum á svæðið. Þannig er freistað að minnka bólgu og særindi við endaparmsop og halda endaparmssvæðinu þurru.

Ef hægðatregðan hefur ekki lagast mætti gefa smávegis af Maltextrakti, $\frac{1}{2}$ teskeið tvisvar sinnum á dag eða örlítið af Laktulosa, t.d. 2.5 ml einu sinni á dag.

Börn sem hafa ungbarnakveisu rembast gjarnan vegna lofts og vindgangs sem er ekki tilkomið vegna erfiðleika við hægðalosun enda eru engin bein tengsl á milli ungbarnakveisu og hægðatregðu.

Helstu sjúkdómar

Rétt er að hafa í huga að sjúkdómar og meðfæddir gallar í meltingarvegi geta verið til staðar hjá barni með hægðatregðu, sérstaklega barni á fyrstu mánuðum ævinnar. Hjá þessum börnum byrjar hægðatregðan mis fljótlega en er yfirleitt komin eftir 1-2 vikur og er gjarnan áberandi strax frá fæðingu. Er þá hugsanlegt að um misbyggingu á endaparmi eða endaparmsopi barnsins sé að ræða sem gera hægðalátin sársaukafull eða erfið og valda mikilli vanlíðan barnsins, ekki einungis á endaparmssvæðinu heldur einnig í kviðnum öllum, sem þenst þá út og verður áberandi.

Helstu meðfæddu gallar eru :

1. þrengsli á endaparms opi eða hálf/alveg lokað endaparmsop,
2. staðsetning endaparms of framarlega á grindarbotns gólfi,
3. lítill eða rýr endaparmur,
4. Hirschsprungs sjúkdómur (galli á uppbyggingu þarnsins ofar í endaparmi og jafnvel í ristli)
5. aðrir sjaldgæfir endparms gallar.

Hjá börnum sem hafa hægðatregðu frá nokkurra vikna aldri er rétt að spyrja hvenær barnabik (meconium) mun fyrst hafa komið frá barninu. Hirschsprungs sjúkdómur er þekktur sem orsök þess að barnabik kemur ekki á fyrstu 24-48 klukkustundum lífsins eins og venja er hjá heilbrigðum börnum.

Einnig er rétt að minnast þess að ýmsir efnaskiptasjúkdómar valda stundum hægðatregðu hjá ungum börnum, t.d. vanstarfsemi á skjaldkirtli, sem veldur hægðatregðu er byrjar fljótlega eftir fæðingu.

Kúamjókurofnæmi

Kúamjólkkureggjahvítu óþol eða ofnæmi er ein algengasta orsök mikillar hægðatregðu hjá ungum börnum á fyrsta aldursárinu. Hér eru hægðalát sársaukafull og erfið, blóð getur sést í hægðunum og endaparmurinn getur verið bólgin með auknum roða, sem sést á eða í endaparmsopinun sjálfu. Sprungur finnast stundum í endparms slímslímhúðinni og geta verið grunnar eða djúpar og sjást með berum augum ef að er gáð. Slíkt getur verið merki um mikla bólgu í ristli eða endaparmi og sést ekki sjaldan hjá börnum sem nærast á þurrmjólkurtegundum sem gerðar eru úr kúamjólkkureggjahvítu. Einnig

getur kúamjólkureggjahvítu óþol fundist hjá barni sem fær einungis móðurmjólk ef móðirin neytir mjólkurafurða. Lækningin felst í því að fjarlægja alla kúamjólkureggjahvítu úr fæðu barnsins og gefa aðrar tegundir þurrmjólkur sem innihalda ekki kúamjólkureggjahvítu.

Eldri börn

Hjá börnum frá 12 mánaða aldri til 4-5 ára aldurs er hægðatregða yfirleitt tilkomin vegna blöndu af einhæfu mataræði og/eða óöryggi barnsins. T.d. er of mikil mjólkurafurðaneysla ungra barna algeng, oftast á kostnað annarrar fæðu, sem samfara minnkandi matarlýst veldur enn frekari mjólkurafurða notkun. Þessi vítahringur minnkandi matarlýstar og hægðatregðu er hjá ungum börnum, gjarnan samfara óöryggi sem skapast t.d. þegar barnið eignast nýtt systkini, byrjar dvöl á leikskóla eða hjá dagmóður, við búferlaflutning, við salernisþjálfun o.s.frv. og veldur því að barnið fer að halda í sér hægðum enn frekar og hægðatregða verður hægt og rólega að erfiðu vandamáli. Sjúkdómsferillinn er það hægur að foreldrar taka ekki eftir neinu fyrr en allt er komið í óefni. Ef vandamálinu hefur ekki verið sinnt strax er hætta á að barnið fari að missa frá sér hægðir í buxur og að það fari að stunda óeðlilegar athafnir samfara hægðalosun, t.d. fari afsíðis í skúmaskot til að hafa hægðir, geri það undir borðum og á afviknum stöðum o.s.frv..

Hægðatregða af þessum toga hjá börnum er gjarnan er kölluð starfræn, þ.e.a.s. þá finnast ekki merki um sjúkdóma eða meðfædda galla í meltingarvegi/endaþarmi sem talin er líkleg orsök hennar..

Meðferð felst í því að taka á öllum þessum vandamálum eftir því sem þurfa þykir, t.d. minnka neyslu mjólkurafurða, auka framboð á hollri eggjahvítu og járni og trefjum og taka á óöryggi barnsins með hegðunarmótandi aðferðum. Ef árangur er lítill er best að leita aðstoðar læknis vegna frekari meðferðar og e.t.v. rannsókna, t.d. athuga járnþúskap, útiloka blóðleysi o.fl. auk þess sem útiloka þarf undirliggjandi sjúkdóma.

Sjúklegar orsakir hægðatregðu í þessum aldurshópi eru t.d. meðfæddar truflanir í hreyfingarstarfsemi þarma/garna, sýkingar og margt fleira.

Að lokum er rétt að geta þess að heilbriðisstarfsmanni ber að vera vakandi fyrir því að sinnuleysi/kæruleysi umönnunaraðila eða annarra aðila nákomna barninu geti verið um að kenna og einnig því að misnotkun barna, bæði sálræn og líkamleg, er þekkt sem valdur erfiðra hægðavandamála barna.

Úlfur Agnarsson barnalæknir

Heimildir og ítarefni

- Clinical Practice Guideline. Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. (2006). *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 43: e1-e13. Sótt 5. ágúst 2008 á http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=9792#s23
- Clayden, G. og Uggi Agnarsson (1991). *Constipation in Childhood*. Oxford: Oxford University Press.
- Navarro, J. og Christophe, F. (1995). *La constipation chez l'enfant*. Paris: Laboratories Zyma.
- Bristol Stool Form Guide (for children). Sótt 30. júlí 2008 á <http://www.aboutconstipation.org/site/about-constipation/treatment/stool-form-guide>

7.5 OFFITA BARNA OG UNGLINGA

Klínískar leiðbeiningar [Landlæknisembættisins 2004](#) og tillögur faghóps um forvarnir og meðferð offitu barna á vegum Landlæknisembættisins árið 2008.

Inngangur

Ofþyngd og offita barna og unglunga (yngri en 18 ára) er ört vaxandi vandamál á Íslandi eins og í flestum öðrum vestrænum löndum. Þetta er áhyggjuefni þar sem vandinn hefur áhrif á heilsufar og lífsgæði barna, ásamt því að auka heilsufarsbyrði þjóðarinnar. Nú er svo komið að um 20% barna eru of þung og/eða of feit á Íslandi.

Offita á unglingsárum leiðir oftast til offitu á fullorðinsaldri og er ávísun á fjölmörg heilsufarsvandamál, svo sem háþrýsting, sykursýki, blóðfituraskanir ásamt óeðlilegu álagi á bein og liðamót auk sálrænna kvilla. Nauðsynlegt er að grípa strax til aðgerða þegar vandinn greinist.

Skilgreining og greining offitu barna getur verið vandasöm og umdeild. Í klínísku leiðbeiningunum eru notuð sömu viðmið og skosku leiðbeiningarnar (SIGN) sem byggja á breskum gögnum frá 1990. Hafa skal í huga að önnur viðmið eru notuð í klínískri vinnu en í faraldsfræðilegum rannsóknum og ekki er einhugur um hvaða viðmið á að nota.

Línurit yfir líkamsþyngdarstuðla má finna í aðalleiðbeiningum SIGN. Mælt er með notkun þeirra í daglegri vinnu við klínískt starf. Línurit byggð á íslenskum gögnum eru ekki til en stefnt er að vinnslu þeirra í náinni framtíð.

Meðferð offitu hjá börnum og unglingum er vandasöm og árangur lélegur og því eru fyrirbyggjandi aðgerðir afar mikilvægar. Faghópurinn leggur til að í ung- og smábarnavernd sé veitt fræðsla um hreyfingu og næringu og farið sé yfir hreyfivengur og næringu barnanna. Æskilegt er að geta boðið upp á viðtal við næringarráðgjafa þegar þess er þörf.

Engin einföld meðferð er til sem er áhrifarík gegn offitu. Hlutverk fagfólks er fyrst og fremst að styðja viðleitni fjölskyldu barnsins til að breyta lífsstíl sínum og lífsháttum. Faghópurinn leggur til að þegar barn greinist of þungt eða of feitt sé boðið upp á einstaklings/fjölskyldumeðferð með fræðslu og ráðgjöf um breyttan lífsstíl. Endurkoma x1/mán hjá hjúkrunarfræðingi/ljósmóður/lækni. Ef ekki framför á 3-6 mánuðum þá á að vísa í sérhæfðari þjónustu. Lagt er til að nokkrar heilsugæslustöðvar sameinist um að skipuleggja sérhæfða þjónustu og einnig að sett verði á laggirnar þverfaglegt offituteymi í hverjum landsfjórðungi.

Klínískar leiðbeiningar

Markmiðið með klínískum leiðbeiningum er að vekja athygli á umfangi vandamálsins og benda á meðferðarleiðir, ekki síst fyrirbyggjandi aðferðir. Mikilvægt er að ráðleggja það sem sannanlega skilar árangri en einnig er mikilvægt að benda á það sem virkar ekki eða er jafnvel skaðlegt.

Við vinnu þessa var stuðst við erlendar gagnreyndar leiðbeiningar og þá aðallega [Management of obesity in children and young people. No.69, April 2003. Scottish Intercollegiate Guideline Network \(SIGN\): Edinburgh. p. 1-23](#)

Einnig er stuðst við:

- National Health and Medical Research Council ([NHMRC](#)) í Ástralíu. Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents.
- [SBU](#) (Statens beredning för medicinsk utvärdering). Obesity. Problems and Interventions. Rapport nr 160, June 2002, Stockholm.

Stigun ráðlegginga í leiðbeiningunum fylgir flokkunarkerfi SIGN og eru ráðleggingar flokkaðar frá A-D eftir gæðum þeirra vísindarannsóknna sem að baki liggja.

(sjá nánar um vinnulag við gerð klínískra leiðbeininga á www.landlaeknir.is)

Nytsamlegar ábendingar eru gefnar þegar vinnuhópurinn, sem stóð að gerð leiðbeininganna, vill leggja áherslu á sérstaka þætti viðurkenndra klínískra aðferða.

Greining offitu

C Til að greina offitu meðal barna skal nota hundraðshlutamark (percentiles) líkamsþyngdarstuðuls, LPS (Body Mass Index, BMI).

$LPS = \text{þyngd í kílógrömmum/hæð í metrum}^2$

D Of feit börn eru með $LPS \geq 98$ hundraðshluta (centile).

✓ Of þung börn eru með $LPS \geq 91$ hundraðshluta.

✓ Gæta þarf sérstaklega að breytingum á LPS á aldrinum 5 til 7 ára þar sem þær geta verið vísbending um hættu á ofþyngd/offitu.

Meðferð

✓ Í meðferð við offitu ætti að huga að aukinni hreyfingu með breytingum á lífsháttum og líkamsþjálfun ásamt því að draga úr orkuneyslu og kyrrsetu.

D Sérhæfða meðferð skyldi að öllu jöfnu nota ef:

barn er skilgreint sem of feitt ($LPS \geq 98$ hundraðshluta)

og

ef barnið og fjölskylda þess virðast reiðubúin til að takast á við nauðsynlegar breytingar á lífsháttum.

- C Forvarnir og meðferð þarf að hefja í barnæsku.
- C Meta ætti matar- og hreyfingarvenjur fjölskyldunnar.
- C Hreyfing og orkubörf eru þættir í lífsháttum sem hægt er að hafa áhrif á og ætti að meta.
- B Sjónvarpsáhorf er áhættuþáttur sem hægt er að hafa áhrif á og ætti að meta.

Markmið meðferðar

- D Ásættanlegt markmið meðferðar fyrir flest **of feit börn (LPS ≥98 hundraðshluta)**, sem ekki hafa lokið hæðarvexti, er að viðhalda óbreytttri líkamsþyngd.
 - ✓ Hægt er að útskýra fyrir fjölskyldu árangur þess að viðhalda óbreytttri líkamsþyngd með því að skrá þyngd yfir ákveðinn tíma í LPS línuriti
- D **Óbreytt líkamsþyngd og/eða þyngdartap næst eingöngu með viðvarandi breytingum á lífsháttum, s.s.:**
 - heilsusamlegra mataræði
 - með því að auka hreyfingu í daglegu lífi í að minnsta kosti hálf tíma á dag. Heilbrigðum börnum er ráðlagt að hreyfa sig a.m.k einn klukkutíma á dag með meðal eða mikilli áreynslu
 - með því að minnka kyrrsetu (t.d. sjónvarpsáhorf og tölvuleiki) í minna en 2 klukkustundir á dag að meðaltali, eða sem nemur minna en 14 stundum á viku.
- D Ásættanlegt markmið meðferðar fyrir **of þung börn (LPS ≥91 hundraðshluta)**, sem ekki hafa lokið hæðarvexti, er að viðhalda óbreytttri líkamsþyngd. Árlegt mat á árangri, með samanburði við LPS línurit, getur verið gott til að styrkja börnin í að viðhalda sömu líkamsþyngd og minnka líkur á offitu.
- D **Eftirtöldum hópum ætti að vísa til barnalækna áður en hugað er að meðferð:**
 - börnum sem hugsanlega eru með alvarlegan offitutengdan sjúkdóm sem krefst þess að barnið léttist
 - börnum þar sem grunur leikur á að um undirliggjandi læknisfræðilega orsök offitu sé að ræða (t.d. innkirtlasjúkdóma)
- og**
 - öllum börnum með LPS ≥99,6 hundraðshluta (**svæsin offita**).
- ✓ Sérstaklega skal leita að undirliggjandi læknisfræðilegri orsök offitu ef barn er bæði of feitt og lágvaxið.

*Afleiðingar fyrir börn og unglinga***Heilbrigðisstarfsfólk þarf að hafa í huga að:**

- √ Eftirtaldir áhættuþættir hjarta- og æðasjúkdóma eru tiltölulega algengir meðal of feitra barna og unglinga:
 - hækkaður blóðþrýstingur
 - brengluð blóðfitumynd
 - þykkun á vinstra slegli
 - hækkað insúlín í blóði.
- √ Offita eykur álag á stoðkerfið.
- √ Offita eykur líkur á andlegu álagi, s.s. þunglyndi, lélegu sjálfsmati, átröskunum og einelti. Huga ætti að því að vísa of feitum börnum, sem sýna merki um andlegt álag, og fjölskyldum þeirra í sálfræðilegt mat og meðferð.
- C Offita í æsku er tengd auknum líkum á ýmsum heilbrigðisvandamálum síðar á lífsleiðinni.

Meginskilaboð fyrir of feit börn og foreldra þeirra

- Offita barna verður æ algengari.
- Offita stafar af ójafnvægi í orkuneyslu og orkueyðslu.
- Algengur misskilningur er að feit börn hafa litla orkuþörf. Þvert á móti þurfa þau meiri orku til að viðhalda þyngdinni, en hins vegar geta hreyfingarleysi og kyrrsetur margra feitra barna minnkað orkuþörf þeirra.
- Börn, eins og fullorðnir, eru of feit vegna rangs mataræðis og lítillar hreyfingar.
- Offita er heilsufarsvandi sem eykur líkur á öðrum alvarlegum heilsufarsvanda, svo sem háþrýstingi, sykursýki, og sálrænu álagi.
- Offita foreldris eykur líkur á að of feitt barn verði einnig of feitt á fullorðingsárum
- Fylgni er milli offitu í æsku og offitu á fullorðinsaldri.
- Óhollar matarvenjur foreldra geta stuðlað að offitu hjá börnunum.
- Hægt er að fyrirbyggja og meðhöndla offitu hjá börnum með því að auka hreyfingu, draga úr kyrrsetu (t.d. sjónvarpsáhorfi) og stuðla að vel samsettu og hollu mataræði.
- Breytingar á lífsháttum felast í litlum en stigvaxandi breytingum á hegðun.
- Stuðningur fjölskyldu er nauðsynlegur ef meðferð á að bera árangur.

- Almennt séð er markmið meðferðar að aðstoða börn við að halda óbreyttri líkamsþyngd (svo þau geti „vaxið upp í hana“).
- Engar vísindalegar sannanir eru fyrir því að lyfjameðferð skili árangri í meðferð offitu hjá börnum.
- Undirliggjandi sjúkdómar, s.s. efnaskipta- eða hormónasjúkdómar, eru sárasjaldgæfar orsakir offitu hjá börnum og unglingum.
- Mikill meirihluti barna á ekki við offitu að stríða vegna undirliggjandi læknisfræðilegs vandamáls heldur vegna lífshátta sinna.

Heilsusamlegt mataræði barna

Fyrstu tvö aldursárin

Móðurmjólkinn veitir bestu alhliða næringuna fyrir ungbörn og rannsóknir benda til þess að brjóstagið geti jafnvel minnkað líkur á offitu síðar meir á ævinni. Gott er að bíða með aðra fæðu þar til barnið er orðið sex mánaða gamalt. Maukað grænmeti, kartöflur, ávextir og hrísmjölsgrautur í litlum skömmtum eru ákjósanleg viðbót sem fyrsta fasta fæða barnsins. Eftir sex mánaða aldur ætti fæðið smám saman að verða fjölbreyttara og ungbarnagrautur úr haframjöli og öðru korni bætist við matseðilinn, ásamt maukuðu kjöti og fiski. Ef barnið fær aðra mjólk en móðurmjólk til drykkjar eftir sex mánaða aldur er mælt með stoðmjólk, þar sem hún er járnbætt og líkari móðurmjólk að samsetningu en kúamjólk. Ekki skal gefa ungbörnum á fyrsta aldursári fituskertar mjólkurvörur. Bæta má svolítilli fitu, olíu eða smjöri við maukaðan fisk og grænmeti. Eftir að barnið er orðið 1-2 vikna gamalt er rétt að gefa D-vítamín dropa til að tryggja nægilegt D-vítamín.

Þrjár aðalmáltíðir og tvær til þrjár aukamáltíðir eða millibitar henta flestum börnum eftir fyrsta aldursárið. Ávextir og hrátt grænmeti eru góðir millibitar, ásamt brauði og mjólkurvörum. Ástæða er til að stilla mjög í hóf neyslu fituríkra, saltaðra og sykraðra vara, svo sem sætinda og snakks.

Eftir tveggja ára aldur

Við tveggja ára aldur má smám saman byrja að gefa börnum léttnjólk til drykkjar, svo framarlega sem þau þrífast vel og borða fjölbreytt fæði. Eftir það gilda í meginráttum sömu ráðleggingar um fæði barna og fullorðinna:

- Regla á máltíðum skiptir miklu máli, ekki síst fyrir þyngdina. Mælt er með þremur aðalmáltíðum og tveimur til þremur millibitum eða aukamáltíðum á dag fyrir börn.
- Mælt er með að borða sterkjuríkar fæðutegundir með hverri aðalmáltíð, þ.e. brauð, morgunkorn, kartöflur, pasta eða hrísgrjón. Veljið gróft eftir því sem kostur er.

- Mælt er með grænmeti og/eða ávöxtum með hverri máltíð. Hrátt grænmeti og ávextir í bitum eru auk þess hentugir og hollir millibitar fyrir börn.
- Hæfilegt magn af mjólk eða mjólkurmat er um 2–3 glös og/eða diskar á dag. Mælt er með léttmjólk eða annari fituskertri mjólk og vatni til drykkjar.
- Hreinn ávaxtasafi er hollur drykkur í hófi, t.d. eitt glas á dag, og gjarnan má þynna hann með vatni til helminga.
- Æskilegt er að börn fái annaðhvort kjöt, fisk, baunir eða egg daglega.
- Best er að takmarka sykraða og fituríka fæðu án þess þó að setja hana á bannlista. Þar er um að ræða kökur, kex, sætindi og gosdrykki, snakk, feitar kokteilsósar og ídýfur.

Heilnæm hreyfing barna

Þegar talað eru um að stuðla að aukinni hreyfingu og áreynslu hjá börnum og unglingum í því skyni að vinna gegn og meðhöndla offitu er átt við hvers kyns líkamlega hreyfingu og áreynslu. Eðli og tegund hreyfingar fer eftir aldri og áhuga barnsins sem í hlut á. Hreyfing er að auki oft flokkuð í rólega, röska og erfiða eða ákafa hreyfingu. Algengast er að átt sé við röska hreyfingu þegar verið er að mæla með aukinni hreyfingu í tiltekinn tíma. Með röskri hreyfingu er átt við að maður mædist nokkuð og hitni vel en að hreyfingin sé ekki ákafari en svo að maður geti enst við hana í langan tíma. Áköf hreyfing getur hins vegar oftast aðeins varað í styttri tíma. Hvetja þarf börn til að hreyfa sig meira og hafa það að markmiði að þau hreyfi sig ekki minna en 30 mínútur á dag. Þátttaka foreldra skiptir miklu máli fyrir yngri börn.

Biðjið fjölskyldu og vini um að styðja og aðstoða barnið við að breyta hegðun sinni.

Móðurmjólkinn veitir bestu alhliða næringuna fyrir ungbörn. Fjölbreytt fæða og reglusemi í máltíðum er lykilatriði í heilsusamlegu mataræði.

Ábendingar um breyttar matarvenjur og leiðir til aukinnar hreyfingar

Breyttar matarvenjur fjölskyldu

- Hafið reglu á máltíðum og millibitum, forðist sífellt nart.
- Reynið að koma í veg fyrir að barnið borði fyrir framan sjónvarp eða meðan það er að læra heima.
- Hafið hollan mat í boði en leyfið líka sætindi af og til, t.d. einu sinni til tvisvar í viku
- Verðlaunið barnið með öðru en mat eða sætindum, t.d. með því að gefa því límmiða, bók eða leikföng, með bíóferðum eða öðru sem því finnst skemmtilegt.
- Notið frekar snertingu, samúð og hlýju til að hugga, en síður mat.
- Hafið ekki mat og drykk, sem barnið þarf að forðast, aðgengilegan fyrir barnið á heimilinu

Dæmi um leiðir til að auka hreyfingu barna

- Setja skýr mörk á þann tíma sem barnið fær að horfa á sjónvarp.
- Hvetja til útileikja og hreyfingar.
- Ganga eða hjóla í stað þess að taka strætisvagn eða fá bílfar.
- Nota stigann í stað lyftu eða rúllustiga.
- Fara í gönguferðir, t.d. eftir göngustígum í bæjum eða á öðrum útivistarsvæðum.
- Synda, hjóla eða renna sér á hjólabretti, skíðum eða skautum (á ís eða á hjólum).
- Fara í frjálsa leiki með vinum.
- Taka þátt í skipulögðu íþróttastarfi, s.s. fótbolta, handbolta, blaki eða dansi.
- Taka þátt í starfi félagsmiðstöðva, skátastarfi eða útilífsstarfi s.s. vetraríþróttum, klifri, fjallgöngum, fjallahjólreiðum eða ratleikjum.
- Sækja íþróttakennslu og/eða líkamsræktarstöðvar.

Hvetja þarf börn til að hreyfa sig meira og hafa það að markmiði að þau hreyfi sig ekki minna en 60 mínútur á dag.

7.6 NÆTURVÆTA

Inngangur

Næturvæta eða „enuresis nocturna“ er skilgreind sem ósjálfráð þvaglát að nóttunni eftir að 5 ára aldri er náð, einu sinni í mánuði eða oftar í þrjá mánuði samfelld. Vandamálið er algengara í drengjum (60% drengir, 40% stúlkur) og á sér líkamlegar orsakir. Um það bil 15% heilbrigðra barna pissa undir við 5 ára aldur en þó að þessi tala lækki árlega um 1% er næturvæta enn til staðar hjá 0,5-1% 18 ára einstaklinga.

Næturvæta erfist ókynbundið og ríkjandi en ekki er enn ljóst með hvaða hætti áhrifum erfða er miðlað. Ef hvorugt foreldra hefur sögu um næturvætu eru 15% líkur á því að barnið væti rúmið, ef annað foreldrið hefur haft vandamálið eru 45% líkur á því að barnið væti rúmið en þegar báðir foreldrar eru með sögu um vandamálið eru 75% líkur á því að barnið væti rúmið. Í 30% tilfella er hinsvegar engin fjölskyldusaga til staðar og því líklegast um að ræða nýja stökkbreytingu.

Börn sem pissa undir eru ekki andlega frábrugðin öðrum börnum en mörg þeirra hafa þó skerta sjálfsmynd sem er afleiðing næturvætu en ekki orsök. Næturvæta er ekki hegðunarvandamál og geðrænir þættir eru ekki taldir til orsaka næturvætu. Næturvæta er algengari hjá börnum með athyglisbrest og ofvirkni en sértæk lyfjameðferð við þeim vandmálum læknar þó ekki næturvætuna.

Meinalífeðlisfræði næturvætu

Hjá um það bil 70-80% barna með næturvætu dregur ekki úr þvagframleiðslu á nóttunni (*nocturnal polyuria*) þrátt fyrir minnkað „solute load“ en þetta má í flestum tilfellum rekja til ónógrar framleiðslu á vasopressíni (*antidiuretic hormone*) í svefni. Óeðlileg framleiðsla prostaglandína (PGE2) og truflanir á framleiðslu reníns, angíótensíns, aldósteróns og atríal natriúretic factor geta einnig aukið natríum útskilnað og þvagmagn. Lítil blöðrurýmd (*reduced functional bladder capacity*) er hins vegar talin valda næturvætu í 20-30% tilfella. Sameiginlegt vandamál allra þeirra sem væta rúmið er síðan að taugaboð um fulla blöðru berast ekki til meðvitundar í svefni og viðkomandi getur hvorki vaknað og farið á klósett né haldið í sér þvagi þar til hann vaknar af öðrum ástæðum. Einstaklingar geta síðan haft fleiri en eitt af þessum vandamálum samtímis.

Klínísk flokkun næturvætu

Aukin þekking á orsökum og meinalífeðlisfræði næturvætu hefur á allra síðustu árum breytt klínískri nálgun vegna vandamálsins en blöðrurýmd, drykkjumynstur, þvagmyndun (rúmmál) yfir nóttina og aldur barns eru þær breytur sem mestu máli skipta þegar velja skal meðferð. Um það bil 80% barna með næturvætu hafa það sem kallað er „*monosymptomatic nocturnal*

enuresis” þar sem vandamál tengd blöðru eru ekki til staðar að degi til. Í 15-20% tilfella er hinsvegar um að ræða næturvætu með blöðrueinkennum yfir daginn eða „*polysymptomatic nocturnal enuresis*”. Börn með „*monosymptomatic nocturnal enuresis*” eru oft með mikla þvagmyndun á nóttunni (*nocturnal polyuria*) en þeir einstaklingar sem hafa „*polysymptomatic nocturnal enuresis*” eru oftast með litla þvagblöðru. Mjög mikilvægt er að meðhöndla blöðruvandamál áður en sértæk meðferð er hafin við næturvætu en sé það ekki gert verður árangur meðferðar mun lakari. Eldri flokkun næturvætu þar sem fyrst og fremst er litið á það hvort vandamálið hafi staðið samfellt (þrímert vandamál) eða hvort barnið hafði átt langt þurrt tímabil (mánuðir, ár) áður en vandinn tók sig upp aftur (sekúndert vandamál) hefur mjög takmarkaða þýðingu og engin áhrif á val meðferðar.

Greining næturvætu

Nákvæm skráning á því hve mikið barnið drekkur og pissar í ákveðinn tíma er einföld og ódýr aðferð til þess að nálgast upplýsingar um ofangreind atriði. Foreldrar eru beðnir að fylla út þvaglátaskrá heima en með henni fást upplýsingar um þvagmyndun yfir nóttina (*polyuria* eða ekki), blöðrurýmd (*functional bladder capacity*), drykkjumynstur og hve mikið barnið drekkur. Mælt er með skráningu þvagláta (þvaglátaskrá) hjá 5-8 ára börnum sem ekki svara desmópressín (DDAVP) meðferð og öllum börnum 7-8 ára og eldri áður en meðferð er hafin. Þau börn sem hafa næturvætu og eðlilega blöðrustarfsemi samkvæmt sjúkrasögu og þvaglátaskrá þarf ekki að rannsaka frekar en sjálfsagt er þó að gera almenna þvagskoðun þar sem skimað er fyrir sykri, próteini og blóði við fyrstu heimsókn til læknis.

Ekki er mælt með blóðrannsóknunum eða myndgreiningu af þvagfærum (ómskoðun af nýrum eða blöðrumynd) hjá hraustum börnum með næturvætu en útiloka þarf þvagsýkingu og eða hægðatregðu þegar einkenni frá þvagblöðru eru til staðar. Hægðatregða er algeng hjá börnum sem eiga í vandræðum með blöðrustjórnun en hægðatregða og blöðruvandamál auka líkur á þvagsýkingum.

Meðferð næturvætu

Ekki er mælt með því að næturvæta sé meðhöndluð fyrr en eftir að 5 ára aldri er náð. Þegar þeim aldri er náð er mikilvægt að fullt tillit sé tekið til óska foreldra og barna þegar ákvörðun er tekin um meðferð. Almenna reglan er sú að lyfjameðferð hentar vel sem fyrsta meðferð fyrir þá sem mynda mikið þvag á nóttunni (*nocturnal polyuria*) en næturþjálfameðferð (*enuresis alarm treatment*) ef blöðrurýmd er lítil.

Lyf (desmópressínasetat) eru nær alltaf fyrsti meðferðarkostur þegar ákveðið er að meðhöndla börn með mikinn þvagútskilnað, óháð aldri, og börn á aldrinum 5-7 ára. Yngri börnin svara næturþjálfu mun síður en þau eldri en eftir að 7-8 ára aldri er náð er næturþjálfameðferð fyrsti meðferðarkostur ef þvagblaðran er lítil. Þvaglátaskráning metur vel þvagmyndun yfir nóttina og

gefur góðar upplýsingar um blöðrurýmd. Slík skráning er alltaf gerð áður en ákvörðun er tekin um meðferð eftir að 7-8 ára aldri er náð og þegar einföld lyfjameðferð gengur ekki hjá barni yngra en 7 ára. Alltaf er nauðsynlegt að meðhöndla blöðruvandamál og hægðatregðu vandlega áður en meðferð vegna næturvætu er hafin.

Næturþjálfí er lítið tæki sem samanstendur af rakaskynjara og bjöllu sem hringir þegar skynjarinn kemst í snertingu við þvag. Skynjarinn er yfirleitt festur við nærbuxur eða yfirborð þunnrar mottu sem barnið liggur á. Bjallan hringir um leið og barnið missir fyrstu þvagdropana. Með tímanum tengir barnið saman tilfinninguna fyrir þaninni þvagblöðru og nauðsyn þess að vakna og fara á klósettið. Næturþjálfí hentar vel börnum sem náð hafa að minnsta kosti 7 ára aldri og eru með litla þvagblöðru. Meðferðin tekur 6-10 vikur og er mikilvægt að bæði barn og foreldrar sýni meðferðinni áhuga. Til að byrja með vaknar barnið ekki við vekjarabjölluna og þurfa þá foreldrarnir að bregðast skjótt við og vekja barnið, annars mistekst meðferðin. Nauðsynlegt er hafa í huga að meðferð með næturþjálfí er nokkuð vandasöm og er mikilvægt að heilbrigðisstarfsmaður með reynslu af slíkri meðferð kenni foreldrum og barni rétta notkun næturþjálfans og styðji fjölskylduna meðan á meðferðinni stendur. Hægt er að nálgast fræðslubæklinginn *Næturþjálfí* á Barnaspítala Hringinsins.

Viðar Eðvarðsson barnalæknir

Ítarefni

Velkomið er að nálgast án endurgjalds þvaglátaskrána, fræðslubæklinga og aðrar gagnlegar upplýsingar um næturvætu fyrir heilbrigðisstarfsfólk og foreldra á vefslóðinni:

http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/htmlpages/index2.html#deda86604d21a57b00256cb8006c832a?OpenDocument

7.7 BARNAASTMI

Klínískar leiðbeiningar [Landlæknisembættisins 2002](#) um barnaastma.

Skilgreining

Astmi er bólgusjúkdómur í berkjum sem einkennist af auknu næmi þeirra. Slíkt getur valdið útöndunarteppu og/ eða langvarandi hósta. Einkennin stafa af bólgu og samdrætti í lungnaberkjum og eru afturkræf.

Greining

Greining fæst með nákvæmri sögu og skoðun. Við töku sögunnar er lögð áhersla á:

1. Einkenni: Hósti, hvæsandi öndun eða andnauð að nóttu, morgni eða við líkamsáreynslu. Tímabil með hvæsandi öndun. Barnið getur átt erfitt með að fylgja jafnöldrum sínum í leik, getur sofð illa (vegna andnauðar eða hóstakasta) og jafnvel þrífist illa.
2. Önnur einkenni ofnæmissjúkdóma: Exem, ofsakláða, frjókornaofnæmi, fæðuofnæmi o.fl.
3. Fjölskyldusögu um ofnæmissjúkdóma.
4. Umhverfispætti: Reykingar, loðdýr ofl.

Algengasta orsök fyrir bráðum astmaköstum er veirusýking. Ávallt ber að hafa ofnæmisorsök í huga (*sjá nánar undir Rannsóknir hér að neðan*).

- Börn yngri en 2ja ára: Við þriðja kast astmaeinkenna er barnið talið hafa astma. Hafi barnið annan ofnæmissjúkdóm, t.d. exem og/eða fæðuofnæmi eða ef foreldrar eða systkin hafa ofnæmi, ætti sterklega að gruna astma þegar við fyrsta kast. Sé fyrsta eða annað kastið langdregið, fleiri vikur, án annarra áhættuþátta ber að hafa astma í huga.
- Börn eldri en 2ja ára: Ef vart verður astmaeinkenna ber að hafa astma í huga óháð hversu alvarleg þau eru eða hve lengi þau vara.
- Stór hluti barna sem hafa langvinnan eða endurtekinn hósta eftir sýkingu hafa astma

Mismunagreiningar

Aðrir sjúkdómar eða sjúkdómsástand sem geta gefið svipuð einkenni eru t.d.: Öndunarfærasýkingar, skútabólga, vélindabakflæði og sjúkdómar, sem geta valdið hindrunum eða teppu á loftflæði.

Markmið með astmameðferð

Fjölskyldan þarf að hafa svo mikla þekkingu á astmasjúkdómnum að hún geti sem best gert sér grein fyrir því að hve miklu leyti sjúkdómurinn hefur áhrif á líðan barnsins hverju sinni.

- Barnið á að geta lifað sem eðlilegustu lífi og verið jafn virkt í leikjum og íþróttum og jafnaldrarnir.
- Barnið á að sofa vel.
- Engin bráðaköst eiga að koma fyrir.
- Lungnastarfsemin á að vera eðlileg.
- Reynt skal að haga lyfjameðferð þannig að aukaverkanir lyfja séu í lágmarki.

Fyrsta stigs forvarnir

Erfðir og umhverfi

Umhverfið hefur mikla þýðingu varðandi astma hjá börnum. Þegar sterk fjölskyldusaga um atópíska sjúkdóma er til staðar er hugsanlegt að seinka megi myndun ofnæmis ef barnið kemst ekki í tæri við ofnæmisvakann (t.d. fæða, dýr, rykmaurar) á fyrstu mánuðum ævinnar.

Reykingar

Það hefur verið sýnt fram á að reykingar kvenna á meðgöngutíma minnka lungnastarfsemina hjá ungabörnum og auka tíðni astma hjá þeim. Reykingar foreldra á heimilum ungra barna auka enn fremur tíðni astma hjá börnum. Því er reykingabann á meðgöngu og í umhverfi barna mikilvæg fyrirbyggjandi aðgerð.

Aðgerðir þegar um þekkt ofnæmi er að ræða

Fyrirbyggjandi aðgerðir

Forsenda þess að aðgerðir sem þessar þjóni einhverjum tilgangi er að fram hafi farið ofnæmisgreining eða *orsakavaldur sterklega grunaður*. Langvarandi umgengni við næmisvaka sem barnið hefur ofnæmi fyrir getur valdið því að sjúkdómurinn verði viðvarandi. Dæmi um ofnæmisvaka sem hafa mikla þýðingu eru dýr, sérstaklega kettir og hundar. Ef um dýraofnæmi er að ræða er mjög mikilsvert að huga að öllu umhverfi barnsins svo sem heimilinu, dagvistun, heimili ættingja og leikfélaga. Skólastofur geta t.d. verið með mikið magn af dýraofnæmisvökum og er það stundum vandamál.

Rannsóknir

Ofnæmisgreining á börnum með astma er mjög þýðingarmikil. Ofnæmisgreiningu er hægt að gera á hvaða aldri sem er. Um það bil helmingur átta ára íslenskra barna með astma hafa ofnæmi skv. íslenskri rannsókn. Erlendar rannsóknir sína hærri tíðni ofnæmis. Ef barnið, foreldrar

eða systkin eru atópikerar er rétt að gera ofnæmisrannsóknir snemma. Sé atópía ekki vandamál hjá barninu eða í fjölskyldu þess er rétt að gera slíkar rannsóknir hjá börnum með endurtekin eða viðvarandi einkenni. Hvert tilfelli þarf að meta sérstaklega.

Berkjuáreitispróf er hægt að gera hjá eldri börnum til þess að styðja greininguna.

Spirometria er gerð reglulega til að fylgjast með lungnastarfseminni.

Áreynslupróf getur verið nauðsynlegt til að sýna fram á áreynsluastma.

PEF mælingar gerðar heima eru mikilvægar til þess að fylgja eftir sjúkdómseinkennum og meta árangur meðferðar.

Astmameðferð barna – bráðameðferð

1. *Skjótt mat á ástandinu.* Merki um súrefnisskort t.d. blámi eða óróleiki, ör hjartsláttur, hröð öndun, inndrættir, lengd útöndun, hvæsandi öndunarhljóð. Öndunarhljóð eru oft lágvær í alvarlegu astmakasti.
2. *Gefa súrefni* ef þess er þörf (oft er miðað við 3–8 l/mín og stefnt að ná súrefnismettun yfir 95%). Mæla súrefnismettun ef þess er kostur.
3. *Gefa berkjuvíkkandi meðferð* í lungu (innöndunarmeðferð) með salbutamol (Ventoline) eða terbutaline (Bricanyl). Gefa lyf sem úða í belg (t.d. Babyhaler, Nes spacer eða Volumatic) með eða án maska eftir aldri barns. Gefa 2–4 þúst og barnið andar að sér u.þ.b. 8–10 sinnum úr belgnum. Þetta má endurtaka innan 5 mínútna og síðan á 20–30 mín fresti í 1–2 klst. eða þar til ástand fer batnandi.

eða

Gefa lyf í fljótandi formi í úðavél. Salbutamol (Ventoline) skammtur er 0.1–0.15 mg/kg, en hámarksskammtur er 5 mg. Lausnin (ventoline + saltvatn) þarf að vera a.m.k 2 ml til að nýtast í úðavél og því þarf að bæta saltvatni við ef ventoline magn er minna en 2 ml. Þessa meðferð má endurtaka innan klukkustundar og er oft gefin eftir það aðra hverja klukkustund þar til ástand barnsins fer batnandi.

4. Í viðbót má gefa *adrenalin* (styrkur: 1mg/ml) í skammtinum 0.1ml/10 kg líkamspunga, allt að 0.3 ml (börn þyngri en 30 kg fá 0.3 ml) s.c. eða i.m.
5. Í meðalslæmu eða slæmu astmakasti ber að gefa *sterameðferð* p.o. í nokkra daga. Eftirfarandi lyf má gefa:
 - Prednisolon eða prednisol leysitöflur 2 mg/kg sem gefa má í einum skammti daglega. Hámarksskammtur er 40 mg/dag. Meðferðin er gefin í 2–5 daga.
 - Betametason (Betapred) leysitöflur 2.5 mg/dag (5 töflur) ef barn er léttara en 10 kg og 3 mg/dag (6 töflur) ef barnið er þyngra en 10 kg. Meðferðin er gefin í 2–5 daga.

- Dexamethasone (Dekadron) töflur 0.6 mg/kg/dag (hámarksskammtur er 16mg/dag) í 2 daga, (sem má mylja og gefa með mat).
- 6. Bæta má við *theophyllamin-meðferð* í æð. Gefinn er hleðsluskammtur 6 mg/kg (hæsti skammtur 300mg) á u.þ.b. 15 mín. Hleðsluskammtur er helmingaður ef barnið notar theophyllamin að staðaldri. Erythromycin og skyld lyf auka helmingunartíma theophyllamins.
- 7. Bæta má við *andkólínergu lyfi* í úða eða úðavél
- 8. Hjá börnum yngri en eins árs má bæta við *rasemisku adrenalíni* (Michronephrine), sem þá er gefið með úðavél í skammtinum 0.1 ml í 2 ml af saltvatni (<6 mánaða börn) eða í skammtinum 0.2 ml í 2 ml af saltvatni (>6 mánaða börn) sem gefa má á 2–4 klst fresti þar til ástand fer batnandi.
- 9. Við **alvarlegt astmakast og/eða lélega meðferðarsvörun er innlögn nauðsynleg**. Ef innlögn er ekki talin nauðsynleg ber að íhuga fyrirbyggjandi astmameðferð og ef sjúklingur hefur áður notað slíka meðferð ber að auka skammt fyrirbyggjandi lyfja (innúðastera) tímabundið og fylgjast með sjúklingi í framhaldi af því.

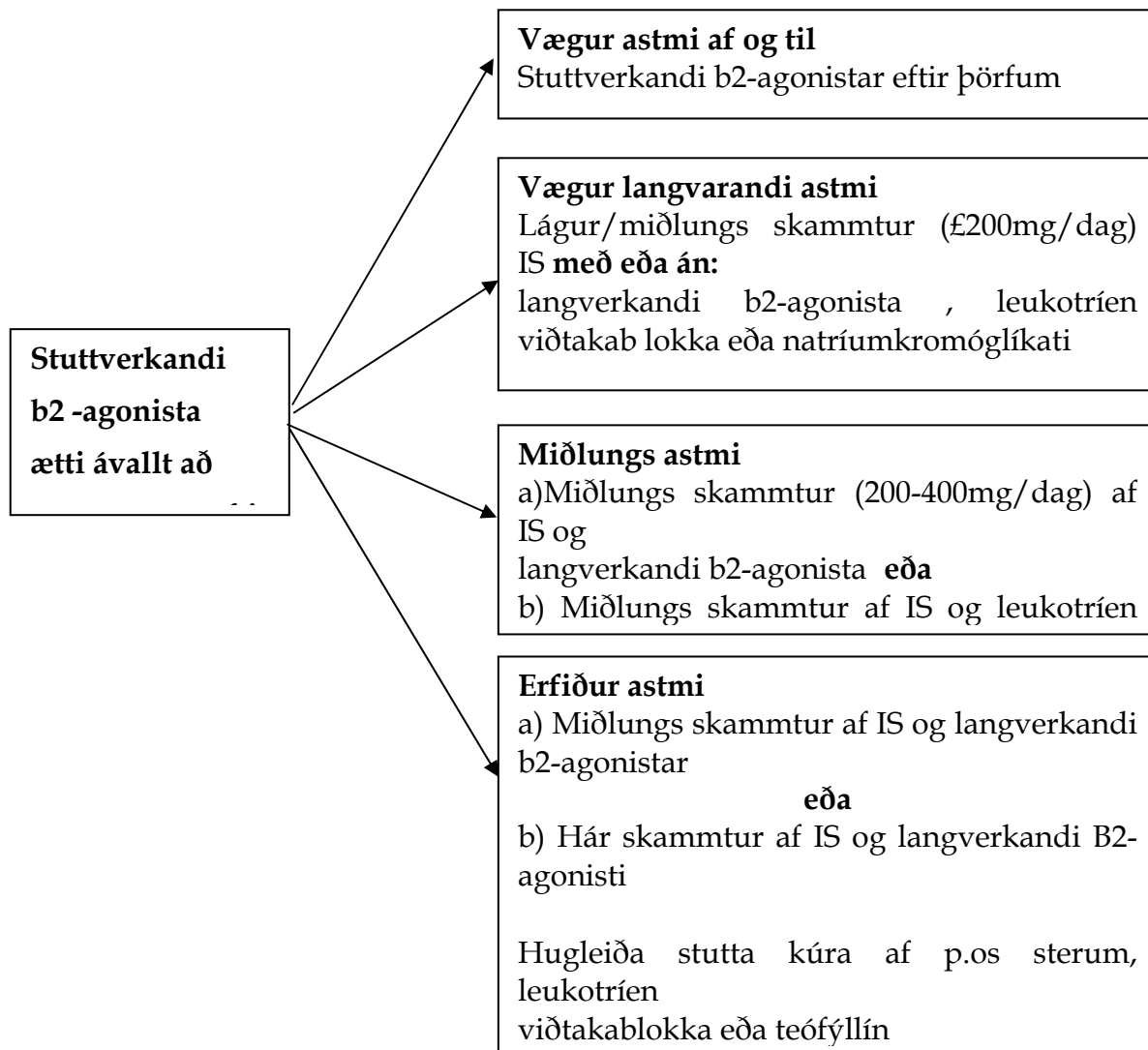
Stigun astma

Miðað er við einkenni, ekki er tekið tillit til FEV₁ og PEF

	Einkenni	Einkenni að nóttu
Vægur astmi af og til	≤ tvisvar í viku Astmaköst eru stutt	≥ tvisvar í mánuði
Vægur langvarandi astmi	> en tvisvar í viku en minna en 1 klst. á dag	> tvisvar í mánuði
Miðlungs astmi	Einkenni daglega Daglega þörf á berkjuvíkkandi lyfi Köst hafa áhrif á daglegt líf Astmaköst ≥ tvisvar í viku Geta varað í nokkra daga	> tvisvar í mánuði
Erfiður astmi	Viðvarandi einkenni Hefur áhrif á þrek og þol Tíð astmaköst	Algeng

Astmameðferð barna - langtímameðferð

IS: innúðasterar



Innúðasterar (IS): Við hærri skammta en 400 mg/dag í langan tíma eykst tíðni aukaverkana (Nordic consensus).

Mælt er með því að börn með erfiðan astma eða astma sem lætur ekki undan meðferð sé fylgt eftir í samráði við sérfræðing í ofnæmissjúkdómum eða lungnasjúkdómum barna.

Athugið! Algengasta orsök þess að sjúklingum á langtímameðferð versnar er að sjúklingur hefur ekki tekið lyfin einsog ráðlagt var. Hafa skal í huga að aldurstakmörk eru við notkun sumra lyfjanna sem mælt er með.

7.8 BARNAEXEM

Inngangur

Til eru mismunandi tegundir exems en algengast hjá börnum er það sem í daglegu tali er kallað barnaexem (*atopic dermatitis*). Nafnið kemur til vegna þess að meira en helmingur þeirra sem fá barnaexem greinist á fyrsta aldursárinu og í 90% tilfella er sjúkdómurinn kominn fram við 4-5 ára aldur. Fyrstu merki um exem geta komið fram jafnvel þegar barnið er bara 6-8 vikna gamalt. Exem er langvinnur bólgusjúkdómur í húðinni sem skiptist í mismunandi stig eftir hversu slæmur hann er. Flest börn hafa vægan – meðalslæman sjúkdóm en 2-5 % þeirra hafa slæmt exem sem er þá erfiðara að eiga við. Exemhúð nær ekki að verjast bakeríum og veirum eins vel og heilbrigð húð þar sem hornlagið hefur ekki sömu fitusýrusamsetningu og heilbrigð húð og er því þurrari en ella.

Tíðni barnaexems hefur farið vaxandi sl. áratugi og hefur ekki verið hægt að benda á eitthvað eitt til skýringar. Á Norðurlöndunum er tíðnin um 15-20% og heldur algengara hjá stúlkum. Orsakir barnaexems eru óþekktar en flókið samspil erfða og umhverfis spilar þar inn í. Erfðirnar skipta máli hjá stórum hluta þeirra sem fá exem. Um 2/3 þeirra sem fá exem hafa fjölskyldusögu um atopískan sjúkdóm, t.d. (astma, ofnæmiskvef og exem.)

Einkenni

Exemsjúkdómurinn er mjög misslæmur en hann er langvinnur. Það skiptast á betri og verri tímabil en sjúkdómurinn hefur hægfara þróun til hins betra. Oft er barnið með þurra húð í byrjun, en síðan er það misjafnlega fljótt sem fer að bera á útbrotum. Húðin er rauð, þurr, hrjúf, flagnar og lítur stundum út eins og litlar blöðrur. Kláði fylgir sem getur truflað nætursvefninn og er oft svo slæmur að barnið rífur sig til blóðs.

Stundum eru klórmerkin greinilegri en sjálf útbrotin. Kláðinn espar upp exemið og öfugt og þannig er vítahringur kominn af stað. Kláðinn er það sem verst fer í börnin og truflar þeirra lífsgæði mest. Exem sem hefur staðið lengi og mikið verið klórað fær á sig sérstakt krónískt útlit. Húðin verður þykkari, ljósari á lit og sprungin og opin.

Staðsetning exemsins er oft dæmigerð fyrir tilskilinn aldurshóp. Hjá börnum yngri en 2ja ára er hársvörður, andlit/háls og útlímur algengir staðir. Húð á bleiusvæði er yfirleitt fín. Þegar verst lætur getur öll húðin verið undirlögð. Hjá eldri börnum og unglingum er dæmigerð staðsetning í olnboga- og hnésbótum, rassi og lærum. Sumir hafa exem og þurrk í kringum augun. Á öllum aldri geta sést samtímis bráðir (akút) exemblettir ásamt exemblettum sem hafa verið lengi til staðar.

Fæðuofnæmi

Helst er hægt að rekja tengsl á milli exems og fæðuofnæmis hjá yngri börnum sem eru með útbreitt exem sem lætur illa undan meðferð. Ef grunur vaknar um fæðuofnæmi þarf að rannsaka það nánar með viðeigandi hætti hjá ofnæmislækni. Þó getur verið erfitt að staðfesta tengsl fæðu við versnun á exemi með prófum. Ofnæmi fyrir mjólk og eggjum er algengast hjá yngstu börnunum, síðan kemur ofnæmi fyrir fiski, hveiti og hnetum. Barnið fer þá á fæði án viðeigandi fæðutegundar (gildir einnig um móðurina, ef barnið er eingöngu á brjósti), og kemur þá í ljós hversu mikið viðkomandi fæða hefur spilað inn í virkni exemsins. Næringarráðgjafi er hafður með í ráðum eftir þörfum. Barnið er ekki sett á sérþæði nema ástæða sé til og ekki mælt með því að foreldri geri það upp á eigin spýtur. Það er síðan vel þekkt að fæðutegundir, svo sem sítrusávextir, tómatar og jarðarber, geta valdið roða, ertingu og sviða/kláða í húðinni þó ofnæmi ekki liggi endilega að baki. Um getur verið að ræða ósérhæfa ertingu á viðkvæma húð.

Meðferð

Öll exemmeðferð miðar að því að rjúfa fyrrnefndan vítahring og halda húðinni mjúkri og rakri sem er hornsteinninn í meðferðinni. Til þess eru notuð raka- og mýkjandi krem daglega, jafnvel oft á dag. Mikilvægt að „nuddstundir“ komist fljótt inn í daglega rútínu. Á markaðinum er til mikill fjöldi mýkjandi krema (smyrsl, feit krem, áburður, húðmjólk), en það er þó mjög einstaklingsbundið hvaða krem hentar best hverju barni. Foreldrar þurfa oft að þreifa sig áfram en munið eftir að ráðleggja ilm- og litarefnalaus krem. Feitari krem hjálpa betur því þurrari sem húðin er. Kreminu er nuddað vel inn í húðina, best er að nota alla höndina en ekki bara fingurgómana eins og gert er þegar lyfjakrem eru borin á. Það gæti verið nauðsynlegt hafa mýkjandi krem tiltæk á leikskólanum.

Á exemblettina eru notuð missterk sterkakrem (1%-4%), eftir virkni exemsins. Oft er byrjað með tvisvar á dag og dregið úr smámsaman eftir svörun. Læknir ákveður tímalengd og styrkleika lyfjakremsins. Mikilvægt er að gefa sér tíma til að sýna hvernig bera eigi kremið á exemblettina og fræða/veita upplýsingar um kremið til að draga úr hræðslu foreldra við að bera „stera“ á húð barnsins síns. Exem getur verið vanmeðhöndlað vegna þess að foreldrar fara ekki nákvæmlega eftir leiðbeiningum um meðferðina. Á sínum tíma ollu sterakremin byltingu vegna þess hve vel þau virkuðu og eru enn í dag aðalmeðferðarúrræðið. Ef þessi krem eru notuð á réttan hátt og samkvæmt fyrirmælum læknis eru líkur á aukaverkunum hverfandi. Ef illa gengur að meðhöndla exemið, það fer versnandi eða breiðist út er rétt að vísa barninu til frekari meðferðar hjá húð- eða ofnæmislækni. Getur þá þurft að grípa til sérstakra hreinsibaða (kaliumpermanganat-baða), ljósameðferðar (eldri börnunglingar), sýklalyfjameðferðar og annarar lyfjameðferðar. Nýrri bólgueyðandi lyfjakrem (Elidel/Protopic) eru svokallaðir calcineurin hemjarar. Þau eru notuð við ákveðnum tilfellum og ekki sem fyrsta meðferð

við exemi. Þau eru enn skráð fyrir börn eldri en 2ja ára. Það á líklega eftir að breytast þegar frekari reynsla fæst á kremin.

Hversu oft á að baða börn með exem? Ekkert eitt svar er rétt við þeirri spurningu. Það þarf að halda húðinni hreinni og baða ein sinni til tvisvar í viku og smá olía út í ætti að duga (má vera matarolía). Vatnið á ekki að vera of heitt og best er að nota milda sápu. Þerra (ekki þurrka) síðan húðina eftir baðið og bera strax mýkjandi krem ríkulega á alla húðina. Varðandi sund er gott ráð að bera mýkjandi krem á áður en farið er í sundið, skola síðan klórvatnið af í sturtu og bera síðan aftur mýkjandi krem á húðina.

Eftirfarandi atriði er gott að minnast á í samræðum við foreldra:

- Nota mild þvottaefni og sleppa mýkingarefnum.
- Ekki hafa börnin í þröngum fötum og aðsniðnum,
- Klippa alla merkimiða af og þvo föt fyrir fyrstu notkun.
- Ekki dúða of fyrir svefninn og hafa frekar svalt í svefnherberginu.
- Klippa neglur reglulega.
- Forðast ull og gerfiefni næst líkamanum, bómullarföt og silki eru betri.
- Forðast tóbaksreyk.
- Börn sem eru með ofnæmi ber að forðast ofnæmisvakann.

Börn með meðalslæmt – slæmt exem eru í aukinni hættu að fá astma (50%), vegna frjókorna- og/eða dýraofnæmis. Þá er oft talað um ofnæmismarsinn sem byrjar með exemi og/eða fæðuofnæmi, síðan tekur við astmi og enn síðar frjókornaofnæmi.

Ólöf Jónsdóttir barnalæknir

7.9 KLÁÐAMAUR, LÚS OG NJÁLGUR

Kláðamaur (*Sarcoptes scabiei*)

Kláðamaur er algengur um allan heim. Aukning kláðamaursmits á sér stað í árvissum bylgjum og er algeng sýking hjá börnum og ungu fólki en getur sýkt fólk á öllum aldri. Kláðamaursmit er algengara í þéttbýli en dreifbýli og algengara á veturna en á sumrin. Kláðamaursmit er skráningarskyldur sjúkdómur.

Lífsferill

Kláðamaur er húðmaur 0,35 mm langur. Kvenmaurinn grefur sig inn í húðþekjuna og verpir þar eggjum. Lirfur klekjast út á nokkrum dögum og grafa ný göng í húðþekjuna þar sem þær hafast við þar til þær eru fullþroska. Þróun frá eggi þar til maurinn er fullþroska tekur 10-15 daga en maurinn lifir í 4-6 vikur.

Einkenni smits

- Algengasta einkennið er kláði og er það mest áberandi á nóttunni á meðan hýsillinn er í rúminu. Kláðinn kemur 2-6 vikum eftir smitun og kemur samfara útbrotum.
- Útbrot eru samhverf og eru vanalega litlar rauðar bólur en einnig sjást stundum blöðrur eða hnökrótt þykkildi. Útbrotin eru vanalega mest áberandi á innanverðum lærum, holhöndum, kringum nafla, á rasskinnum og við kynfæri.
- Erfitt getur verið að greina fylgsni maursins í húðþekjunni því gangarnir aflagast eða eyðileggjast þegar húðin er klóruð. Algengast er þó að finna þá á milli fingra, á úlnliðum og olnbogum og líta þeir út eins og finar, hlykkjóttar, gráleitar, dökkar eða silfurlitar línur 2-15 mm langar. Einnig má greina þetta á ökklum, fótum, á kynfærum (karla) og á geirvörtum.

Smitleið

Kláðamaur smitast eingöngu með beinni húð snertingu t.d. eftir nána snertingu við fjölskyldufólk eða vini og við kynmök.

Greining

Kláðamaur er vanalega greindur út frá sögu og klínískum einkennum en vangreining er algeng vegna þess hve einkenni eru lík ýmsum öðrum húðvandamálum sem einkennast af kláða (t.d. flatlús, búklús, skordýrabit, exem eða skinnþrota). Ef aðrir fjölskyldumeðlimir eru með svipuð útbrot eykur það líkur á að um kláðamaur sé að ræða.

Litapróf er hægt að gera til að greina ganga í húðþekjunni. Þá er bakhlið blekpenaodds nuddað á grunsamlega bólu og strokið yfir á eftir með grisju vættri alkóhóli til að fjarlægja blek sem verður eftir á yfirborðinu. Ef gangur

eftir maurinn er til staðar mun blekið leita niður í hann og mynda við það mjög einkennandi dökka, hlykkjóttu línu sem liggur yfir og síðan frá bólunni.

Meðferð

Kláðamaursmit krefst meðferðar.

- Þar sem kláðamaur smitast greiðlega milli fjölskyldumeðlima og þeirra sem eru í náninni snertingu við hinn smitaða er ráðlagt að meðhöndla alla hlutaðeigandi á sama tíma, einnig þá sem eru einkennalausir, til að draga úr líkum á endursmiti frá ómeðhöndluðum einstaklingi.
- Lyf sem notuð eru við meðferðina eru borin á húðina (allan líkamann einnig andlit, höfuðleður, háls og eyru og sérstaklega á milli fingra og tanna og undir neglur) tvisvar sinnum með 7 daga millibili:
- Fyrst er borið á húðina permethrin krem 5%
- Sjö dögum síðar er borið á húðina malathion 0,5% vatnslausn og látin vera á húðinni í 24-48 klst.
- Ekki má fara í heitt bað áður en lyfin eru borin á húðina því það eykur uppsog lyfjanna og dregur lyfin af yfirborði húðarinnar þar sem þau eiga að virka.
- Þvo þarf fatnað, handklæði og sængurföt við 60°C hita eftir fyrstu meðferð til að fyrirbyggja endursmit. Það sem ekki þolir þvott má setja í plastpoka og geyma í a.m.k. 72 klst. en þá ætti maurinn að vera dauður.
- Smithætta í skólum er lítil en þó hafa komið upp faraldrar.
- Börn geta farið í skólann eftir að fyrstu meðferð er lokið.

Höfuðlús- *Pediculus humanus capitis*

Til eru þrjár gerðir af lúsum sem sýkja menn, *höfuðlús*, *flatlús* og *búklús*.

Höfuðlús er lítið skorkvikindi sem getur lifað sníkjulífi í mannshári á höfði og nærast á því að sjúga blóð úr hársverðinum. Hún er ekki talin bera neina sjúkdóma og því skaðlaus hýslinum. Allir geta smitast en staðfest smit er algengast hjá 3-12 ára börnum. Höfuðlúsarsmit er skráningarskyldur sjúkdómur.

Lífsferill

Fullorðin höfuðlús er 2-3 millimetrar að stærð (svipað og sesamfræ), gráhvít eða ljósbrún á lit. Lífsferill hennar hefst í eggi sem kallað er nit. Á sex til tíu dögum klekst út úr nitinni, unglús (nymph), pínulítill, sem á 9-12 dögum þroskast yfir í fullorðna karl- eða kvenlús. Kvenlúsin festir nitina á hár og getur hún verpt allt að tíu eggjum á dag.

Lúsin hefur sex fætur og sérhannaðar klær til að komast um í hárinu og getur skriðið 6-30 sentimetra á mínútu. Hún getur ekki flogið, stokkið né synt. Lífslengd höfuðlúsa er allt að 30 dagar en ef þær detta úr hárinu út í

umhverfið fjærri hlýjum, rökum og blóðríkum hársverðinum, veslast þær upp og deyja á 15-20 klukkustundum.

Smitleiðir

- Lúsin getur farið á milli hausa ef bein snerting verður frá hári til hárs í nægilega langan tíma til að hún geti skriðið á milli en hún getur hvorki stokkið, flogið né synt.
- Höfuðlús sem fallið hefur út í umhverfi verður strax löskuð og veikburða og getur þ.a.l. ekki skriðið á annað höfuð og sest þar að.
- Ólíklegt er talið að smit verði með fatnaði og innanstokksmunum en ekki er þó hægt að útiloka að greiður, burstar, húfur og þess háttar, sem notað er af fleiri en einum innan stutts tíma, geti hugsanlega borið smit á milli.

Einkenni smits

- Tveir af hverjum þremur sem smitaðir eru af höfuðlús hafa engin einkenni.
- Einn af hverjum þremur fær kláða. Kláðinn stafar af ofnæmi, sem myndast með tímanum (frá nokkrum vikum að þremur mánuðum), gegn munnvatni lúsarinnar sem hún spýtir í hársvörðinn þegar hún sýgur blóð. Kláðinn getur orðið mikill og húðin roðnað og bólgnæð þegar viðkomandi klórar sér og í einhverjum tilfellum geta komið sár sem geta sýkst af bakteríum.

Greining

Greining er einungis gerð með nákvæmri kembangu höfuðhárs með lúsakambi (0,2 mm milli teina). Kema þarf vel frá hársverði að enda hársins og fara þannig yfir allt höfuðhárið. Til að auðvelda kembangu getur verið þægilegra að bera hárnæringu í hárið áður en kembt er. Algengast er að lúsin haldi sig í hári í hnakkagróf og bak við eyrun. Finnist lifandi lús þarf að meðhöndla.

Meðferð

- Hægt er að uppræta höfuðlús með daglegri kembangu með lúsakambi í 14 daga
- Einnig er hægt að beita efnameðferð og kembangu samhliða og tekur slík meðferð einnig 14 daga. Þá er lúsadreypandi efni (Hedrin; Prioderm lausn í alkóhóli eða vatnslausnsett) í hárið og látið þorna í hárinu í 8-12 klst og kembt á 4 daga fresti. Efnið sett aftur í hárið að 7 dögum liðnum.

Mikilvægt er að kempa alla í fjölskyldunni, leikfélaga og skólafélaga samtímis og meðhöndla þá sem eru með höfuðlús til að koma í veg fyrir endursmit.

Njálgur (*Enterobius vermicularis*)

Njálgur er hringormur sem er algengur um allan heim, einkum í tempraða beltinu og er algeng sýking hjá fólki á öllum aldri, einkum meðal barna. Njálgur er ekki talinn valda hýslinum beinu líkamlegu tjóni. Njálgur er skráningarskyldur sjúkdómur.

Smitleiðir

Sýking verður þegar njálgsegg eru innbyrt í meltingarveg eftir að hafa borist í munn með höndum. Börn eru líklegri en fullorðnir til að fá sýkinguna því þau eru líklegri til að handleika jarðveg og aur og setja fingurna í munninn án þess að hafa þvegið hendur sínar fyrst. Sjálfssýking verður þegar egg berast í munn með höndum sem hafa klórað á endaparmssvæði. Smit berst auðveldlega milli fjölskyldumeðlima og leikfélaga eftir snertingu við mengaðan fatnað eða sængurföt. Í einhverjum tilfellum geta einstaka egg orðið loftborin og komist þannig í munn og í meltingarveg með kyngingu.

Lífsferill

Eftir að eggin hafa verið innbyrt klekjast þau út í smágirninu og þróast þar yfir í fullorðin dýr og færa sig síðan í ristilinn. Allur lífsferillinn er talinn vera 4-6 vikur, að meðaltali 30 dagar. Í útliti er njálgur hvítur, lítill og viðkvæmur þráðormur. Fullorðið kvendýr er 8-13 mm langt og 0,5 mm þykkt. Fullorðið karldýr er 2-5 mm langt og 0,2 mm þykkt. Eftir kynmök drepst karldýrið en kvendýrið flytur sig niður í endaparminn. Þar fer hún út á yfirborðið, vanalega að nóttu til og verpir miklu magni af eggjum á svæðið umhverfis endaparminn. Eggin eru hálfgegnisæ með þykka skel með flatrí hlið og ekki greinanleg með berum augum. Eftir varpið gefur hún frá sér efni sem veldur miklum kláða og hvetur til að hýsillinn klóri sér á svæðinu og flytji þannig eitthvað af eggjunum á fingurna. Eggin geta einnig borist yfir í fatnað, rúmföt, leikföng og í umhverfið. Eggin geta lifað í 2-3 vikur utan líkamans. Í sumum tilfellum klekjast egg út á svæðinu umhverfis endaparminn og skriða lirfurnar inn um endaparminn, upp ristilinn og upp í smágirnið þar sem þær þroskast áður en þær fara aftur niður í ristilinn.

Einkenni smits

Njálgsmit er oft einkennalaust en kláði við endaparm er helsta einkennið. Kláðinn ágerist á nóttunni og getur valdið svefntruflunum. Kláðinn getur leitt til að húðin verður rauð og aum og getur sýkst af bakteríum. Ef sýkingin er mikil getur hún lýst sér með lysterleysi, kviðverkjum og pírringi.

Greining

Þegar grunur er um njálgsýkingu hjá barni er best að skoða endaparmsopið snemma að morgni áður en barnið vaknar. Oft er þá hægt að sjá orma við endaparmsopið og oft sjást þeir utan á saur, eggin eru hins vegar ekki hægt að sjá berum augum. Einnig er hægt að greina sýkinguna með því að þrýsta límbandi að húðinni við endaparmsopið og skoða það í smásjá í leit að eggjum.

Meðferð

Til að ráða niðurlögum njálgs þarf lyfjameðferð og eru tvö lyf skráð hér á landi Vanquin og Vermox og er hvort tveggja til sem töflur og mixtúra. Vanquin er selt í lausasölu í apótekum en til að fá Vermox þarf lyfseðil frá lækni.

Vanquin hefur sérhæfða verkun gegn njálg. Lyfið drepur bæði njálginn og lifur hans og kemur þannig í veg fyrir að smitandi egg verði til. Lyfið hefur ekki áhrif á þau egg sem þegar hafa orðið til og er því mikilvægt að hafa það í huga þegar meðhöndlað er, því að endursýking er algeng vegna þess að lifandi egg halda áfram að berast út úr líkamanum með saur allt uppí 2 vikur eftir lyfjagjöf. Vegna lífsferils njálgs er ráðlagt að allir fjölskyldumeðlimir og nánir leikfélagar séu meðhöndlaðir á sama tíma og að allir endurtaki meðferðina 2-3 vikum síðar til að koma í veg fyrir áframhaldandi smitun. Skömmtun lyfsins er miðuð við 1 töflu eða 5 ml af mixtúru á hver 10 kg líkamsþyngdar. Fullorðin manneskja tekur mest 8 töflur og skulu þær allar teknar inn í einum skammti. Virka efnið í Vanquin er sterkt litarefni og litar hægðir rauðar. Liturinn festist auðveldlega í fötum og húsgögnum ef mixtúran hellist niður eða er kastað upp. Gleypa skal töflurnar en ekki tyggja þar sem þær geta litað tennur og munn. Aukaverkanir af lyfinu eru helstar ógleði og einstaka sinnum uppköst og þá frekar eftir inntöku mixtúrunnar. Magaverkir og niðurgangur þekkjast sem aukaverkun. Ofnæmi er sjaldgæft.

Vermox er breiðvirkara lyf og virkar gegn fleiri ormategundum með því að trufla meltingarstarfsemi þeirra og hindra þroskun eggja. Meðferðina má endurtaka með 2-3ja vikna millibili. Meðhöndla ber alla í fjölskyldunni samtímis. Lítil reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum yngri en 2 ára, og er því ráðlagt að gefa þeim það ekki, en skammtar eru annars hinir sömu og hjá fullorðnum. Þungaðar konur skulu ekki nota lyfið. Lyfið getur valdið tímabundnum kviðverkjum og ofnæmisviðbrögðum hefur verið lýst.

Aðgerðir til að draga úr dreifingu njálgsmits og endursýkingu

- Bæð að morgni dags minnkar líkur á dreifingu eggja frá endaparmi
- Hrein nærföt daglega og tíð náttfataskipti
- Vandaður handþvottur eftir salernisferðir, eftir bleiuskipti og áður en matast er
- Hafa neglur stuttklipptar og hreinar
- Gott almennt hreinlæti í umhverfi
- Eftir hverja lyfjameðferð þarf að skipta um nærfatnað, náttföt og sængurfatnað
- Þvo nær- og sængurfatnað við a.m.k. 60°C hita og þurrkið í hita
- Njálgsegg eru viðkvæm fyrir sólarljósi

Ása St. Atladóttir hjúkrunarfræðingur

Áttundi kafli

8 Séræk verkefni

8.1 EFTIRFYLGD FYRIRBURA

Inngangur

Aukin þekking, reynsla og tækniframfarir hafa bætt mjög lífsmöguleika lítilla fyrirbura. Íslenskar og erlendar rannsóknir hafa sýnt að sum þessara litlu barna glíma við langvinn og alvarleg heilsufarsvandamál og að aukin áhætta er á frávikum í þroska og hegðun síðar á lífsleiðinni. Því styttri sem meðganga er og því léttari sem börnin eru við fæðingu, því meiri er hættan á vanda síðar meir. Ýmsir áhættuþættir skipta einnig miklu máli svo sem heilsufar móður á meðgöngu, reykingar móður, neysla áfengis eða vímuefna, áföll í fæðingu og ekki síst heilsufar og framvinda mála á nýburaskeiði.

Aukin tíðni sjúkdóma og þroskafrávika gerir umönnun lítilla fyrirbura oft erfiða og eykur álag og áhyggjur hjá fjölskyldum þeirra. Því er mikilvægt að fylgjast náið með heilsufari, vexti og þroska lítilla fyrirbura og grípa til snemmtækrar íhlutunar til að draga úr afleiðingum heilsufarsvanda og hámarka þroskahorfur þeirra. Einnig er mikilvægt að veita foreldrum stuðning eftir þörfum. Eftirfylgdin þarf að vera þverfagleg og ná a.m.k. fram að upphafi grunnskólagöngu.

Pegar talað er um fyrirbura er átt við börn sem fæðast fyrir 37 vikna meðgöngu. Rætt er um litla fyrirbura sem eru <1500 g við fæðingu og mjög litla fyrirbura sem eru < 1000 g við fæðingu.

Útskrift frá vökudeild

Útskrift frá vökudeild (gjörgæsludeild nýbura á Barnaspítala Hringssins) getur valdið kvíða og óryggi hjá foreldrum. Barnið fær loks að koma heim eftir að hafa verið undir stöðugu eftirliti og í umhverfi þar sem hjálp er að fá við minnsta vanda.

Það er í höndum fagfólks vökudeildar að undirbúa foreldra sem best fyrir útskrift. Hins vegar er mikilvægt að fagfólk ung- og smábarnaverndar sé vel undir það búið að styðja við foreldrana og veita þeim aukna þjónustu eftir þörfum. Þá skiptir miklu máli að fagfólk þekki vel til vanda og sérþarfa fyrirbura og fjölskyldna þeirra. Náin samvinna vökudeildar og ung- og smábarnaverndar er mikilvæg. Hjá minnstu fyrirburunum væri æskilegt að hjúkrunarfræðingar í ung- og smábarnavernd hefðu samband við foreldra fyrir útskrift og færu jafnvel í heimsókn á vökudeild fyrir útskrift barnsins.

Minnstu fyrirburunum og þeim sem eru í mestri áhættu er fylgt eftir af læknum vökudeildar eftir útskrift af sjúkrahúsinu auk þess að vera fylgt náið eftir í ung- og smábarnavernd. Mikilvægt er að góð samvinna sé milli þessara fagaðila og að verkaskipting sé skýr, meðal annars til að forðast misskilning, misvísandi skilaboð eða tvöfalt eftirlit.

Heimavitjanir

Pegar heim er komið vilja flestir foreldrar þétt eftirlit. Æskilegt er að fara í heimavitjun strax á fyrstu dögum eftir heimkomu. Hjúkrunarfræðingur metur síðan þörf á heimavitjunum í samráði við foreldra. Hjá minnstu fyrirburunum getur þurft að fara annan til þriðja hvern dag fyrstu vikuna, síðan vikulega fyrsta mánuðinn. Í heimavitjunum er sérstaklega stutt við brjóstagjöf/næringu, fylgst með vexti og framförum í þroska og líðan foreldra (sjá nánar í kafla um heimavitjanir).

Eftirfylgd í ung- og smábarnavernd á heilsugæslustöð

Foreldrar fyrirbura eru gjarnan á varðbergi fyrir frávikum í þroska en erfiðara getur verið að átta sig á þroskaframvindu fyrirbura en fullburða barna. Foreldrar fyrirbura eru því oft óruggir og í þörf fyrir þetta eftirfylgd. Þess vegna er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar og læknar setji sig vel inn í sérstöðu fjölskyldunnar og hafi þekkingu á hugsanlegum heilsufars- og þroskavanda fyrirbura. Frávik í þroska hjá fyrirburum eru ekki öðruvísi en frávik í þroska annarra barna en áhættan á frávikum er meiri. Áhættan eykst með styttri meðgöngu og lægri fæðingarþyngd. Einnig er áhættan meiri ef til staðar eru aðrir áhættuþættir svo sem heilablæðing, alvarlegur lungnasjúkdómur eða önnur áföll á nýburaskeiði.

Eftirfylgd fyrirbura í ung- og smábarnavernd fylgir sömu reglum og eftirfylgd annarra barna en fagfólk þarf að vera sérstaklega vel meðvitað um að vöxt og þroska ber að meta miðað við *leiðréttan aldur* fyrstu tvö árin.

Vöxtur

Til að meta vöxt (lengd, þyngd og höfuðummál) eru að öllu jöfnu notaðar sömu vaxtarkúrfur og fyrir fullburða börn en 0-punktinn á að setja við þann tímapunkt sem barnið ætti að hafa fæðst (leiðréttur aldur = 0 punktur). Fyrir allra minnstu fyrirburana eru gjarnan notaðar sérstakar fyrirburakúrfur. Það má gera ráð fyrir auknum vaxtarhraða (*catch-up*) á öllum vaxtarþáttum fyrstu ½ – 2 árin. Hjá minnstu fyrirburunum (<1000 g) getur aukinn vaxtarhraði varað lengur, jafnvel fram að skólaaldri.

Hjá börnum sem hafa fengið þarmadrepsbólgu (*necrotizing enterocolitis* – NEC), eru með lungnasjúkdóminn BPD (*bronchopulmonary dysplasia*) eða glíma við annan alvarlegan heilsufarsvanda má búast við næringarvanda og hægari vexti. Ef áhyggjur vakna af vexti þessara litlu fyrirbura er rétt að ráðfæra sig við nýburalækni barnsins eða barnalækni með sérþekkingu á vexti barna.

Næring

Brjóstamjólk er sú næring sem er ráðlögð, ekki síður en hjá fullburða börnum. Ef barnið þyngist vel og þrífst vel þarf það ekki aðra fæðu fyrstu 6 mánuðina. Eftir það má byrja með grauta eða aðra fasta fæðu. Almennt skal miða við lífaldur barnsins, ekki leiðréttan aldur, en oft þarf að meta hvert tilvik fyrir

sig. Sum börn þyngjast ekki nægilega vel eða eru með næringar- eða mótunarvanda fyrstu mánuðina. Getur þá þurft að gefa aðra fæðu umfram brjóstamjólk. Ber þá að gefa þurrmjólk eða meta hvort eigi að byrja fyrr með grauta.

Meðan barnið dvelur á vökudeild fær það fjölvítamín og járn. Eftir útskrift er minnstu fyrirburunum gefið áfram járn fram að 4-6 mánaða aldri. Þá eiga þau að fá D-vítamín dropa, eins og önnur börn, og síðan lýsi frá 6 mánaða aldri.

Proski

Proskaframvindu fyrirbura ber að skoða með tilliti til leiðréttis aldurs. Venjan er að leiðréttu fram að 2 ára aldri. Fyrsta aldursárið hafa fyrirburar gjarnan óþroskað hreyfimyndur og eru gjarnan með aukinn tonus í bakvöðvum og extensorum og adductorum fótleggja. Þetta kemur fram í að þeir halda sér betur uppi í magalegu en baklegu og þeir eru með óvenju sterka fótleggi þannig að þeir fara gjarnan upp á tær þegar þeir eru hafðir í uppréttri stöðu. Foreldrar taka eftir því að þeir eru stinnari og stífari þegar þeir eru teknir upp (lyft undir handarkrikann). Um það bil helmingur minnstu fyrirburanna er með þannig *fyrirburadystoni*. *Dystonian* er oftast mest áberandi við 6 mánaða leiðréttan aldur og vaknar þá oft grunur um spastiska diplegi, en hverfur oftast þegar líður að 1 árs leiðréttum aldri. Það eru engin tengsl milli *fyrirburadystoni* og frávika í þroska eða hegðun síðar meir. Margir fyrirburar þróa með sér skekkju á höfði. Ber að vera sérstaklega vakandi fyrir þessu og gefa ráðleggingar til að fyrirbyggja slíkt.

Það eru ekki miklar líkur á heilalömun (*cerebral palsy* - CP) eða alvarlegum frávikum í þroska hjá fyrirburum sem ekki hafa fengið stórar heilablæðingar (3-4 gráðu), *periventricular leucomalaci* eða vatnshöfuð (*hydrocephalus*). Ef þessi frávik eru til staðar ættu þau að finnast fyrstu ár ævinnar. Á aldrinum 2-4 ára ber að fylgjast sérstaklega með hegðun og aðlögun, athygli og einbeitingu auk framvindu í vitsmunapróska. Frávik á þessum aldri geta birst sem almenn seinkun í þroska og/ eða seinkuðum málþroska. Margir eru með slakan framburð en ef skilningur er góður þarf ekki að hafa miklar áhyggjur.

Það er mikilvægt að foreldrar séu vel upplýstir um hugsanlega áhættu á þroskafrávikum en það er þó engin ástæða að setja í gang sérstaka örvun eða þjálfun umfram önnur börn svo framarlega sem þroskaframvinda er í samræmi við aldur. Ef áhyggjur eru hins vegar til staðar hjá foreldrum eða fagfólki ung- og smábarnaverndar ber að fylgjast þéttar með barninu og fá álit annars fagfólks, svo sem sjúkraþjálfara, sálfræðings, talmeinafræðings og/ eða barnalæknis. Minnstu fyrirburunum ber að fylgja sérstaklega vel eftir þar sem hætta á frávikum er meiri hjá þeim. Frávik í þroska og hegðun hjá fyrirburum er almennt ekki öðruvísi en hjá fullburða börnum og ber því að grípa til sambærilegrar íhlutunar eða þjálfunar eftir þörfum.

Alvarleg frávik í þroska birtast gjarnan strax á fyrsta eða öðru aldursári. Vægari frávik eru ekki eins augljós og gefa sig oft ekki til kynna fyrr en við lok leikskólaaldurs eða jafnvel ekki fyrr en á grunnskólaárunum. Vandinn

getur engu að síður verið hamlandi svo sem einbeitingarskortur, samhæfingarvandi og skert námsgeta. Rannsóknir hafa sýnt að allra minnstu fyrirburarnir skera sig úr hópi jafnaldra á unglingsárunum hvað varðar námsárangur. Því er mikilvægt að fylgjast náið með framvindu í þroska og hegðun hjá litlum fyrirburum og grípa til snemmtækrar íhlutunar til að hámarka þroskahorfur þeirra. Æskilegt væri að eftirfylgd væri þverfagleg, a.m.k. hjá minnstu fyrirburunum og nái fram að upphafi grunnskólagöngu, jafnvel lengur. Mikilvægt er einnig að styðja vel við bakið á foreldrum eftir þörfum.

Sjón og heyrn

Fyrirburar fæddir fyrir 32 vikna meðgöngu, sem og önnur börn í sérstökum áhættuhópum, eru skoðaðir af augnlækni á vökudeild og fyrir útskrift af deildinni. Mikilvægt er að fylgjast sérstaklega vel með sjón fyrirbura sem hafa þróað með sér *fyrirburaretinopati*. Einnig er mikilvægt að fylgjast sérstaklega vel með sjón fyrirbura þar sem auknar líkur eru á að þau verði tileygð eða þrói með sér sjónlagsgalla, sérstaklega nærsýni. Barn sem á í erfiðleikum með að sjá og tína upp rúsínur eða litla hluti á aldrinum 1–2 ára eða heldur hlutum mjög nálægt andlitinu ber að vísa til athugunar hjá augnlækni.

Heyrn er athuguð sérstaklega hjá öllum fyrirburum fyrir útskrift af vökudeild. Árið 2007 var tekin upp heyrnarskimun hjá öllum nýburum sem fæðast á fæðingardeild Landspítalans.

Ónæmisaðgerðir

Fyrirburar eiga að fá sömu bólusetningar og önnur börn og við sama lífaldur (ekki leiðréttan aldur). Sum börn með alvarlegan lungnasjúkdóm fá einnig *immunoglobulin* gegn RS-vírus fyrsta veturinn en það eru nýburalæknar og/eða aðrir barnalæknar sem ákveða slíkt. Ef barn er með umtalsverðan lungnasjúkdóm er ráðlögð bólusetning gegn inflúensu (sbr. leiðbeiningar sóttvarnarlæknis).

Heilsufar

Íslenskar og erlendar rannsóknir á litlum fyrirburum sýna að litlir fyrirburar glíma við meiri heilsufarsvanda á fyrstu æviárum en samanburðarhópur. Marktækur munur er hvað varðar astma, krampa og næringarvandamál. Með auknum aldri ber minna á veikindum. Fyrirburar sem hafa fengið alvarlegan lungnasjúkdóm (BPD) eru í aukinni áhættu að fá öndunarfærasýkingar, astma og lungnabólgu, sérstaklega fyrstu 1–2 ár ævinnar. Því ber að vera sérstaklega á varðbergi hjá þeim einstaklingum og grípa fljótt til viðeigandi meðferðar. Einstaka fyrirburi með slæman BPD getur þurft súrefnismedferð heima. Með auknum aldri ná flest þessara barna oftast eðlilegri lungnastarfsemi. Börn með BPD eru þó í aukinni áhættu fyrir astma síðar meir og er því full ástæða að fylgjast vel með lungnastarfsemi þeirra allt fram

á unglingsárin. Ekki er síður mikilvægt að leggja áherslu á reykleysi til að fyrirbyggja langvinnan lungnasjúkdóm síðar á ævinni.

Ekki er óalgengt að fyrirburar eigi í vissum erfiðleikum við að matast og glími við næringarvanda af ýmsum toga. Sérstaklega eru það minnstu fyrirburarnir, þau sem hafa fengið heilablæðingu, lent í alvarlegum súrefnisskort, fengið alvarlega sýkingu, NEC eða lent í alvarlegum áföllum á nýburaskeiði, sem eru í áhættu. Ælur eru mjög algengar hjá minnstu fyrirburunum og stundum hefur það áhrif á þyngdaraukningu. Allra minnstu fyrirburarnir eru fram eftir aldri léttari, lægri og með minna höfuðummál en samanburðarhópur.

Annað

Almennt gilda sömu reglur um útiveru og hjá fullburða börnum að þau þurfa að hafa náð a.m.k. 3 kg þyngd að sumri og 4 kg að vetri til. Varðandi útisvefn þarf einnig að taka tillit til veðurs, hitastigs og umhverfis. Til að forðast sýkingar er foreldrum ráðlagt að fara sem minnst með börnin á fjölmenna staði, svo sem í verslunarmiðstöðvar eða á samkomur, meðan þau eru mjög ung. Handþvottur er almennt góð sóttvörn hvort sem um fyrirbura eða aðra er að ræða. Óbeinar reykingar ber að forðast.

Katrín Davíðsdóttir barnalæknir

Heimildir

Ingibjörg Georgsdóttir og Atli Dagbjartsson (2003). Litlir fyrirburar á Íslandi.

Lífslíkur og fötlun. *Læknablaðið*, 89, 299-302

Ingibjörg Georgsdóttir, Evald Sæmundsen, Ingibjörg Símonardóttir, Jónas G.

Halldórsson, Snæfríður Þ. Egilsson, Þóra Leósdóttir, Brynhildur Ingvarsdóttir, Einar Sindrason og Atli Dagbjartsson (2003). Litlir fyrirburar á Íslandi. Heilsufar og þroski. *Læknablaðið*, 89, 575-581.

Ingibjörg Georgsdóttir, Evald Sæmundsen, Þóra Leósdóttir, Ingibjörg Símonardóttir,

Snæfríður Þ. Egilsson og Atli Dagbjartsson (2004). Litlir fyrirburar á Íslandi. Niðurstöður þroskamælinga við fimm ára aldur. *Læknablaðið*, 90, 747-754

Markestad, T. og Halvorsen B. (Juli 2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Social- og helsedirektoratet Norge.

Marlow, N., Wolke, D., Bracewell, MA. og Samara, M. (2005). Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. *N England J of Med.*, 352, 9-19

Misvær, N. og Oftedal, G. (2006). Håndbok for helsestasjoner 0 - 5 år. Oslo: Kommuneforlaget AS.

8.2 BÖRN AF ERLENDU BERGI BROTN

Árlega flytjast til landsins, í því markmiði að setjast hér að, tugir barna sem eru af erlendu bergi brotn. Flest þessara barna koma frá Taílandi eða Filippseyjum og fylgja erlendum mæðrum sínum, sem hefja sambúð hér á landi með íslenskum karlmönnum. Einnig hafa flust til lands fjölskyldur frá Austur-Evrópu í atvinnuleit. Þá ber að telja erlend kjörbörn, sem koma flest frá Kína og Indlandi, og eru ættleidd af barnlausum, íslenskum kjörforeldrum, sem ekki eiga þess kost að ættleiða íslensk börn. Að lokum ber að telja börn flóttafólks, aðallega frá fyrrum Júgóslavíu, Víetnam og Kólombíu sem hafa flust hingað í stærri hópum fyrir tilstilli íslenskra stjórnvalda og eru hér á landi til að byrja með á vegum Rauða krossins.

Sammerkt með öllum þessum börnum er að flest koma þau frá löndum þar sem heilbrigðishættir eru á annan veg en við eigum að venjast og sums staðar hvorki til staðar hefðbundin mæðra- né ung barnavernd eins og við þekkjum hana. Þar eru landlæg ýmis vandamál og sjúkdómar sem lítt verður vart meðal barna hér á landi, eins og til dæmis næringarskortur, berklar, lifrabólga og sjúkdómsvaldandi bakteríusýkingar og/eða sníkjudýr í meltingarvegi. Þá eru ónæmisáðgerðir oft ófullkomnar.

Mikilvægt er að börnin gangist öll undir læknisrannsókn sem fyrst eftir komu til landsins, þannig að gera megi nauðsynlegar rannsóknir og veita viðeigandi meðferð. Samkvæmt ákvörðun íslenskra heilbrigðisyfirvalda, þ.e.a.s. Reglugerð um sóttvarnaráðstafanir nr. 414/2007, skulu börn yngri en 18 ára gömul frá löndum utan evrópska efnahagssvæðisins, sem sótt er um dvalarleyfi fyrir hér á landi, rannsökuð á Göngudeild smitsjúkdóma á Barnaspítala Hringsins, Landspítala - háskólasjúkrahúsi. Tímapantanir eru í síma 543 3700 alla virka daga.

Auk almennrar skoðunar, meðal annars með tilliti til næringarástands og mögulegra sýkinga, er lagt mat á þroska barnsins og blóð rannsakað, aðallega með tilliti til blóðleysis og beinkramar. Þá er gerð skimun með tilliti til lifrabólgu, eyðnismits, vanstarfsemi skjaldkirtils, phenylketonuríu og sárasóttar. Gert er berklapróf og tekin röntgenmynd af lungum, gerð almenn þvagrannsókn og þvagræktun, hægðir ræktaðar og smásjárskoðaðar með tilliti til eggja og sníkjudýra. Nánari upplýsingar má sjá á heimasíðu Barnaspítala Hringsins undir fræðslu fyrir lækna. Læknisskoðun og rannsóknir eru aðstandendum barnanna að kostnaðarlausu.

Þegar niðurstöður rannsókna liggja fyrir er viðeigandi meðferð veitt. Samtímis er gengið úr skugga um hvort ónæmisáðgerðir séu fullnægjandi og gerðar skriflegar tillögur þar að lútandi til viðkomandi heilsugæslustöðvar og ef til vill skólaheilsugæslu í samræmi við tillögur Landlæknisembættisins hvað þetta varðar. Einnig er sent heilbrigðisvottorð til Útlendingastofnunar vegna dvalarleyfisumsóknar.

Eftir að rannsókn á Göngudeild smitsjúkdóma barna á Barnaspítalanum er lokið er áframhaldandi eftirlit í höndum viðkomandi heilsugæslustöðvar

og/eða ung- og smábarnaverndar. Þegar um alvarlegt þroskafrávik er að ræða eru þó þegar í stað gerðar viðeigandi ráðstafanir. Börnum með alvarlega smitsjúkdóma eins og til dæmis lifrabólgu-smitberum og berklasmituðum börnum er fylgt áfram eftir í Göngudeild smitsjúkdóma á Barnaspítala Hringssins.

Á meðan fjöldi erlendra kjörbarna sem rannsökuð hafa verið á Barnaspítalanum hefur verið svipaður á undanförunum árum (20-30 börn árlega), hefur skoðunum og rannsóknum á börnum innflytjenda fjölgað verulega og gangast nú árlega á bilinu 150-200 börn undir slíka rannsókn á Göngdeild smitsjúkdóma á Barnaspítalanum.

Eldri börnin, sem yfirleitt eru þau sem fylgja móður sinni frá Asíulöndum og Austur-Evrópu eða eru í hópi flóttafólks, geta átt við aðlögunarvandamál að stríða, þar sem þau eru mállaus á íslenska tungu og njóta lítils stuðnings í byrjun, að minnsta kosti ef miðað er við hin Norðurlöndin. Gert er upp á milli þessara fjölskyldna hér á landi á þann hátt, að stjórnvöld hafa yfirleitt falið Rauða krossinum að annast flóttafólkið fyrsta árið og koma því inn í íslenskt samfélag og veitt sérstaklega til þess fjármunum en slíkt á hins vegar ekki við um hinn hópinn, sem ekki nýtur heldur greiðslupáttöku almannatrygginga fyrir en 6 mánuðum eftir komu til landsins.

Yngri börnin, sem oftast hafa verið erlend kjörbörn íslenskra kjörforeldra, eru langflest ættleidd fyrir atbeina félagsins Íslensk ættleiðing (www.isadopt.is). Þau hafa gott stöðnet í íslensku þjóðfélagi og hafa allar forsendur til að aðlagast vel. Vegna ónógrar örvunar á fyrstu vikum og mánuðum lífsins í fæðingarlandi sínu eru þau oft á eftir hvað mál- og hreyfiproska varðar við komu til landsins en ná sér venjulega fljótt á strik án sérstakra aðgerða. Proskavandamál geta líka komið upp sem tengjast aðbúnaði á meðgöngu og/eða aðbúnaði eftir fæðingu.

Sum þessara barna eiga síðar við hegðunarvandamál að stríða, eins og ofvirkni og/eða athyglisbrest, sem stafað getur af truflun á tengslamyndun í frumbernsku, sem er þekkt vandamál hjá börnum sem alist hafa upp á stofnunum. Mikilvægt er að greina slík vandamál sem fyrst og gera viðeigandi ráðstafanir.

Hlutverk ung- og smábarnaverndar svo og almennt heilsugæslunnar er mikilvægt hvað öll þessi börn varðar, sérstaklega þegar um er að ræða fjölskyldur sem hvorki skilja málið né geta gert sig skiljanlegar og eru oft tiltölulega einangraðar. Þessar fjölskyldur þurfa frá byrjun mikinn stuðning og ráðleggingar, oftast með aðstoð túlks. Ráðleggingar í sambandi við mataræði eru nauðsynlegar, en sum þessara barna hafa járnskortsblóðleysi, eru vannærð og hafa mjög skemmdar tennur, sem gefa þarf gaum að. Oft þarf að ræða sérstaklega um uppeldi og hvað er viðurkennt í íslensku menningarsamfélagi. Hugmyndir um uppeldi, kröfur, refsingar og fleira geta verið ólíkar og stangast á við íslensk gildi. Þá er einnig mikilvægt að lagi sé komið á ónæmisadgerðir og fylgst með að börnin fái nauðsynleg vítamín og lyf, en stundum er um langtímalýfjagjöf að ræða, til dæmis vegna berklasmits.

Nauðsynlegt er að benda foreldrum þessara barna og eldri börnunum á Alþjóðahús (www.ahus.is) og Fjölmenningssetur (<http://mcc.is/>). Meginhlutverk þeirra er að auðvelda aðlögun innflytjenda að íslensku samfélagi. Því hlutverki er sinnt, meðal annars með upplýsingagjöf og félagsstarfi. Þar geta innflytjendur fengið fræðslu um íslenskt þjóðfélag á eigin tungumáli, svör við ýmsum spurningum sem hljóta að vakna þegar flust er til nýs lands og ýmiss konar aðstoð, m.a. lögfræðilega, ef með þarf. Þar má einnig panta túlk en innflytjendur eiga rétt á túlkþjónustu við ákveðin tækifæri, eins og til dæmis í sambandi við samskipti við heilsugæsluna.

Engar rannsóknir hafa verið gerðar hér á landi um hvernig börnum innflytjenda eða erlendum kjörbörnum hefur farnast í íslensku þjóðfélagi. Af erlendum rannsóknum má ráða að mörg börn innflytjenda eiga fyrst í stað við að stríða svokallaða áfallastreituröskun og finna fyrir sorg og kvíða, eins og við er að búast. Mikilvægt er að styðja þessi börn frá byrjun með öllum ráðum og koma þannig í veg fyrir hegðunarvandamál og varanlega geðræna kvilla eins og framast er unnt. Sérstakt áhyggjuefni eru eldri börnin, á aldrinum 16 – 18 ára, sem ekki tilheyra grunnskóla og gætu þess vegna orðið útundan hvað aðlögun að nýju samfélagi varðar.

Gestur Pálsson barnalæknir

Ítarefni

[Reglugerð um sóttvarnaráðstafanir nr. 414/2007.](#)

Erlend kjörbörn og nýbúar læknisskoðun og rannsóknir við komu til landsins (heimasíða Barnaspítala Hringins/ fræðsla fyrir lækna).

http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/htmlpages/index2.html#barnaspitali.html

Bólusetningar barna. Upplýsingar um bólusetningar barna fyrir foreldra og aðstandendur (heimasíða landlæknis/smit og sóttvarnir):

<http://www.landlaeknir.is/pages/856#Fyrirkomulag%20eftir%201%20nóvember%202002>

Alþjóðahúsið www.ahus.is

Íslensk ættleiðing www.isadopt.is

8.3 SEINFÆRIR FORELDRAR

Fjölskyldur seinfærra foreldra er nýr og stækkandi hópur félags- og heilbrigðisþjónustu sem mikilvægt er að búa vel að líkt og öðrum fjölskyldum. Áhyggjur af velferð barna seinfærra foreldra hafa orðið til þess að fjölmargar rannsóknir hafa beinst að getu og færni þessara foreldra til að ala upp og annast börn. Þessar rannsóknir sýna að engin bein tengsl eru á milli þess að hafa hærri greindarvísitölu og að vera hæfara foreldri. Greindarskerðing segir til að mynda ekki til um hvernig fólk tekst á við ólíkar aðstæður eða að hvaða marki það þarfnast aðstoðar. Seinfærir foreldrar eru ekki einsleitur hópur og því er ekki unnt að alhæfa um hæfni þeirra til barnaupveldis frekar en annara hópa.

Þroskahömlun er skilgreind þannig að mæld greind er 70/75 eða lægri og að hæfni sé skert hvað varða aðlögun að daglegu lífi, námi og starfi nema sérstök aðstoð komi til. Þroskahömlun ein og sér er því ekki góð forspá þess að foreldri sé vanhæft en hún er vissulega áhættuþáttur sem taka ber tillit til.

Sjálfsmynd

Jákvæð sjálfsmynd og gott sjálfstraust getur skipt sköpum um gengi foreldra sem uppalenda. Það er hinsvegar sameiginlegt mörgum seinfærum foreldrum að hafa lágt sjálfsmat en því fylgir hætta á þunglyndi sem takmarkar enn frekar getu þeirra til að sinna börnum sínum vel. Þar sem sjálfsmyndin þróast í samskiptum okkar við aðra er lágt sjálfsmat og neikvæð sjálfsímynd margra seinfærra foreldra rakin til umhverfisins. Rannsóknir sýna að foreldrarnir eru oft fyrirfram dæmdir óhæfir sem uppalendur, án þess að fá tækifæri til að sanna færni sína. Það er því sérlega mikilvægur liður í stuðningi við seinfæra foreldra að hjálpa þeim að byggja upp sjálfstraust og jákvæða sjálfsmynd. Þá er mikilvægt að stuðla að því að fjölskyldurnar mæti velvilja, stuðningi og skilningi í samfélaginu. Miklu máli skiptir að það ytra umhverfi sem börnunum mætir taki þeim og þeirra fjölskylduhögum með opnum huga, sýni sérstöðu þeirra umburðarlyndi og mæti þörfum þeirra af alúð.

Stuðningur

Hlutverk ung- og smábarnaverndar er sérlega mikilvægt hvað þessar fjölskyldur varðar en þær þurfa flestar mikinn stuðning og ráðleggingar frá upphafi. Eðlilegt er að gera ráð fyrir að einstaklingar sem þurfa sjálfir aðstoð við daglegt líf, hafi skerta hæfni til uppeldis hlutverks og þurfi stuðning til lengri tíma. Þó að þarfir fjölskyldnanna fyrir aðstoð séu mismiklar er ljóst að margar þurfa stuðning til langs tíma, stuðning sem tekur breytingum eftir því sem þarfir barnanna breytast. Sá stuðningur sem skilar mestum árangri er uppbyggilegur stuðningur sem byggir á styrkleika fjölskyldunnar og miðar að því að efla sjálfstraust foreldranna. Slíkur stuðningur gengur út á að styðja fjölskylduna í heild svo og einstaka meðlimi hennar. Um er að ræða langtímastuðning sem miðar að því að efla færni fjölskyldunnar og sjálfstæði.

Slíkur stuðningur stuðlar að gagnkvæmu trausti og virðingu milli foreldra og stuðningsaðila og auðveldar bæði fjölskyldunni að nýta sér stuðninginn og stuðningsaðilanum að sinna forvarnarstarfi. Þetta er talið sérlega mikilvægt í ljósi þess að rannsóknir hafa sýnt að jákvæð og góð tengsl milli foreldra og stuðningsaðila hafa afgerandi áhrif á hversu miklum árangri stuðningurinn skilar fjölskyldunni. Mikilvægt er að gæta þess að börn seinfærra foreldra líði ekki fyrir ónóga hæfni foreldra sinna og/eða ónógan stuðning við þá. Fræðimenn hafa bent á að viðhorf fagmanna og stuðningsaðila sé lykilatriði því viðhorf þeirra hafi meiri áhrif á velferð fjölskyldunnar en þekking þeirra og færni. Þá er mikilvægt að stuðningur við fjölskyldurnar sé sveigjanlegur þannig að hann geti verið breytilegur frá einum tíma til annars og taki mið af þörfum fjölskyldunnar hverju sinni. Sveigjanleikinn getur líka falist í því að unnt sé að draga úr stuðningnum eða auka hann eftir þörfum fjölskyldunnar.

Fræðsla

Erlendar rannsóknir hafa sýnt að seinfærir foreldrar missa forsjá barna sinna mun oft en aðrir samfélagshópar eða í 40-60% tilvika. Þeir foreldrar sem halda forsjá barna sinna þurfa í flestum tilvikum meiri stuðning og tíðari en gengur og gerist. Hér á landi er enn sem komið er lítil þekking og reynsla í að styðja þessar fjölskyldur. Á undanförunum áratugum hefur mikið verið unnið af margvíslegu fræðsluefni fyrir foreldra um umönnun ungbarna almennt, en það efni nýtist seinfærum foreldrum afar illa þar sem í því er fyrst og fremst lögð áhersla á ritað mál. Seinfærir foreldrar þurfa ekki síður en aðrir á stuðningi og uppfræðslu að halda þegar þeir takast á við foreldrahlutverkið og það skilar bestum árangri ef leiðbeiningar eru lagaðar að persónulegum þörfum, námsstíl og námsgetu þeirra. Áreiðanlegt og auðskilið fræðsluefni er seinfærum foreldrum ómetanlegur styrkur sem eykur þeim sjálfstraust og stuðlar um leið að öryggi og vellíðan barna þeirra.

Hér á landi hefur verið hannað fræðsluefni fyrir seinfæra foreldra. Markmið fræðsluefnisins er að styrkja foreldrana við umönnun og uppeldi barna sinna með sérhönnuðu stuðningsefni. Um er að ræða þrjú rit undir heitinum: *Meðgangan*, *Umönnun ungra barna* og *Þroski og örvun ungra barna*. Í fyrsta ritinu er lögð áhersla á þætti sem ber að huga að til að stuðla að heilbrigðri meðgöngu og hvernig foreldrar geta undirbúið sig sem best fyrir foreldrahlutverkið. Næstu tvö rit fjalla um fyrstu sex mánuðina í lífi barnsins, líkamlega og andlega umönnun þess, þörf barnsins fyrir næringu, svefn, og örvun og mikilvægi hreinlætis. Fræðsluefnið var unnið í náinni samvinnu við sérfræðinga á sviði meðgöngu og ungbarnaverndar, félagsráðgjafa og seinfæra foreldra. Um nýjung er að ræða í þjónustu við seinfæra foreldra hér á landi en fræðsluefninu var hugsað að bæta úr brýnni þörf og stuðla að auknu öryggi barnanna. Mikilvægi fræðsluefnisins er óumdeilanlegt fyrir foreldrana sjálfa þar sem í því er lögð áhersla á skýringarmyndir, stuttan texta og einfalt mál. Þá er það mikilvæg hjálp fyrir ljósmæður, hjúkrunarfræðinga, félagsráðgjafa og aðra þá sem veita seinfærum foreldrum stuðning í starfi sínu.

Fyrsti hluti fræðsluefnisins sem snýr að meðgöngu var prentaður á lausblaðaformi og er hægt að nálgast hann hjá Miðstöð Mæðraverndar. Annar og þriðji hluti fræðsluefnisins voru gefnir út á geisladiski og er hægt að nálgast þá hjá Miðstöð heilsuverndar barna. Fagfólk heilsugæslu fær efnið afhent í heild sinni en mikilvægt er að það sníði fræðsluna að þörfum hvernar fjölskyldu með því að nota einungis það efni sem við á hverju sinni.

Þær stofnanir sem starfsfólk heilsugæslunnar getur leitað til vegna fjölskyldna seinfærra foreldra eru til að mynda þjónustumiðstöðvar Reykjavíkurborgar (www.reykjavik.is) sem eru í hverju hverfi borgarinnar og félagsþjónustur sveitarfélaganna.

Hanna Björg Sigurjónsdóttir fötlunarfræðingur

Níundi kafli

9 Félagsþjónusta og tryggingamál

9.1 FÉLAGSPJÓNUSTA OG TRYGGINGAMÁL

Velferðarkerfið

Velferðarkerfið er flókið og heyrir undir Heilbrigðisráðuneyti, Félags- og tryggingamálaráðuneyti, Menntamálaráðuneyti, Fjármálaráðuneyti, sveitarfélög og stofnanir. Auk þess koma einkaaðilar að ákveðnum þáttum þess. Velferðarþjónusta til foreldra getur verið fjölbreytt og er veitt af mörgum aðilum. Sækja þarf heilbrigðisþjónustu til heilsugæslunnar, spítala og sjálfstætt starfandi sérfræðinga. Ákveðin tegund fjárhagsaðstoðar og niðurgreiðslu er hjá Tryggingastofnun og Sjúkratryggingum Íslands. Stuðningsþjónusta og grunnfjárhagsaðstoð er hjá sveitarfélögum og hægt er að sækja um aukinn stuðning til grunnskóla eða leikskóla. Þetta eru örfá dæmi um þá opinberu aðila sem veita barnafjölskyldum þjónustu.

Velferðarkerfið á að jafna stöðu fólks og felst stuðningurinn einkum í aðgerðum til stuðnings börnum, sjúkum, fötluðum, öldruðum og fátækum:

- fjárhagsaðstoð
- húsnæði, menntun, atvinnu og öruggt umhverfi
- heilbrigðiskerfi og almannatryggingar

Heilbrigðiskerfið

Skipulag og hlutverk heilbrigðisþjónustunnar byggir á lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007. Þar segir að allir landsmenn skuli eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tæk á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði í samræmi við ákvæði laga þessara, lög um almannatryggingar, lög um réttindi sjúklinga og önnur lög eftir því sem við á.

Heilbrigðiskerfinu er skipt í þrjú stig í eftir eðli þjónustunnar.

Heilbrigðisþjónusta

1. stig Heilsugæsla og forvarnir
2. stig Sérfræðiþjónusta
3. stig Sjúkrahús og stofnanir

Hefðbundin ung- og smábarnavernd er veitt í heilsugæslunni en þegar einhver frávik koma í ljós þar þarf stundum að vísa áfram á 2. eða 3. stig þjónustunnar.

Tryggingakerfið

Tryggingakerfið byggir á lögum um sjúkratryggingar nr 112/2008 sem taka til sjúkratrygginga og samninga um heilbrigðisþjónustu og lögum um

almannatryggingar nr. 100/2007 sem taka til lífeyris- og slysatrygginga. Þá eru einnig lög um félagslega aðstoð nr. 99/2007 sem fjalla um mæðra- og fedralaun, barnalífeyri vegna skólanáms eða starfsþjálfunar ungmennis á aldrinum 18–20 ára, umönnunargreiðslur, makabætur, umönnunarbætur, dánarbætur, endurhæfingarlífeyri, heimilisuppbót, frekari uppbætur, uppbót vegna kaupa á bifreið, uppbót vegna reksturs bifreiðar og endurgreiðslu umtalsverðs kostnaðar við læknishjálp og lyf. Enn fremur eru lög um greiðslur til foreldra langveikra og fatlaðra barna skv. lögum nr. 22/2006. Loks eru lög um foreldra- og fæðingarorlof nr. 95/2001 mikilvægur þáttur í lífi barnafjölskyldna en markmið þeirra er að tryggja barni samvistir við báða foreldra og gera bæði konum og körlum kleift að samræma fjölskyldu- og atvinnulíf. Sækja þarf um öll þessi réttindi hjá Tryggingastofnun, Sjúkratryggingum Íslands eða Vinnumálastofnun eftir því sem við á.

Tryggingakerfi

- Almannatryggingar
 - Lög um almannatryggingar nr. 100/2007
 - Lög um sjúkratryggingar nr. 112/2008
- Réttindi barnafjölskyldna
 - Lög um greiðslur til foreldra langveikra og fatlaðra barna nr. 22/2006
 - Lög um foreldra- og fæðingarorlof nr. 95/2001
- Bætur félagslegrar aðstoðar
 - Lög um félagslega aðstoð nr. 99/2007
- Félagsaðstoð sveitarfélaga
 - Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991

Lög um almannatryggingar

Lífeyristryggingar

Lífeyrisréttindi skv. lögum um almannatryggingar sem taka til barna og unglinga eru örorkustyrkur og barnalífeyrir. Barnalífeyrir er greiddur með börnum yngri en 18 ára, ef annað hvort foreldra er örorkulífeyrisþegi eða er látið. Barnalífeyrir er auk þess greiddur með börnum sem verða ekki fedruð. Greiðsla barnalífeyris er háð því að annað hvort foreldri þess eða barnið sjálft hafi búið hér á landi a.m.k. þrjú síðustu árin áður en umsókn er lögð fram og er greiddur þeim sem annast framfærslu þeirra að fullu.

Heimilt er að greiða örorkustyrk þeim sem eru á aldrinum 16 - 67 ára og hafa samkvæmt mati tryggingalæknis misst 50 - 74% af starfsorku sinni. Örorkustyrkur er hugsaður fyrir einstaklinga sem bera verulegan aukakostnað vegna örorku sinnar, s.s. tækja-, lyfja-, læknis- eða hjálpartækjakostnað.

Slysaftryggingar

Ákvæði varðandi slysaftryggingar þeirra barna, sem stunda vinnu, slysaftryggingar nemenda í iðnnámi og 16-18 ára barna í íþróttum

Sjúkratryggingar

Ákvæði um greiðsluþátttöku í almennri heilbrigðisþjónustu, þ.m.t. læknskostnaði, tannlækningum, lyfjakostnaði, ferðakostnaði, þjálfun, hjálpartækjum, næringu, heimahjúkrun og gistikostnaði foreldra vegna barna á sjúkrahúsum. Einnig eru þar ákvæði varðandi læknis meðferð erlendis, sjúkradagpeninga og styrki til hreyfihamlaðra vegna bifreiðarkaupa.

Lög um félagslega aðstoð

Varða fjárhagslega aðstoð við framfærendur fatlaðra og langveikra barna (umönnunargreiðslur), endurhæfingarlífeyri og uppbætur á lífeyri. Einnig mæðra- og fedralaun og barnalífeyri v. menntunar.

Fjárhagsleg aðstoð við framfærendur fatlaðra og langveikra barna getur verið með tvenns konar hætti:

- Aukin þátttöka í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustunnar.
- Beinar umönnunargreiðslur sem eru skattfrjálsar

Þegar sótt er um aðstoð fer fram *umönnunarmat*, sem byggir á upplýsingum læknis um heilsufarsvanda barns og upplýsingum frá foreldrum um umönnunarpunga, sérstaka meðferð og kostnað sem tengist meðferð barns. Þegar um er að ræða barn með fötlun koma Svæðisskrifstofur málefna fatlaðra einnig að umönnunarmati. Öll umönnunarbörn fá s.k. umönnunarkort sem lækkar læknskostnað og lyfjakostnað.

Við umönnunarmat er lagt mat á það hvort um er að ræða alvarlegan eða vægan heilsufarsvanda. Læknisfræðileg skilyrði um alvarlegan og langvinnan sjúkdóm eða fötlun þarf að uppfylla. Einnig þarf að sýna fram á sérstaka meðferð og tilfinnanleg útgjöld vegna meðferðar. Útgjöld skulu vera nærri fjárhæð mánaðarlegra umönnunargreiðslna en tekjutap foreldra fellur ekki undir útgjöld í skilningi lagaákvæðisins. Meginregla er að umsókn um bætur og réttur til bóta fari saman. Við vistun utan heimilis falla greiðslur niður t.d. við dvöl á heimili fyrir fötluð börn eða dvöl á vistheimilum barnaverndarstofu. Þegar um er að ræða alvarlegan heilsuþrenging, fötlun og/eða langvinn veikindi eru foreldrum greiddar mánaðarlegar umönnunargreiðslur. Þetta eru skattfrjálsar en framtalsskyldar greiðslur, sem ætlað er að koma til móts við þunga umönnun fatlaðs og/eða langveiks barns og mæta auknum útgjöldum foreldra vegna meðferðar barnsins.

Lög um greiðslur til foreldra langveikra og fatlaðra barna

Samkvæmt lögnum er um þrjár tegundir greiðslna að ræða :

1. *Greiðslur til foreldra á vinnumarkaði* – ætlaðar foreldrum sem hafa verið á vinnumarkaði en geta ekki stundað vinnu vegna veikinda/ fötlunar barns síns. Um er að ræða greiðslur sem geta varað í allt að 3 mánuði, auk þess sem heimilt er að framlengja greiðslurnar í allt að 3 mánuði til viðbótar ef barn þarfnast verulegrar umönnunar vegna alvarlegs og langvinns sjúkdóms eða fötlunar. Möguleiki er fyrir foreldra að fá hlutfallsgreiðslur ef foreldri leggur niður störf að hluta vegna veikinda eða fötlunar barns. Andist barn er heimilt að halda áfram greiðslum í allt að einn mánuð ef tímabili er ekki lokið.

Skilyrði er að barnið hafi greinst eftir 1. október 2007, að foreldri hafi verið samfelldt í 6 mánuði á innlendum vinnumarkaði áður en barn greindist og hafi jafnframt lokið rétti sínum til launa frá atvinnurekanda sínum og úr sjúkrasjóði stéttarfélags.

2. *Greiðslur til foreldra í námi* – ætlað foreldrum sem þurfa að hætta námi vegna veikinda eða fötlunar barns.

Skilyrði er að barnið hafi greinst eftir 1. október 2007, að foreldri hafi verið í 75-100% námi í a.m.k. 6 mánuði á síðustu 12 mánuðum og að foreldri geri hlé á námi í a.m.k. eina önn.

3. *Grunngreiðslur* – ætlaðar foreldrum sem ekki eiga rétt á áðurnefndum greiðslum eða sem framhald af þeim greiðslum. Grunngreiðslur er heimilt að greiða til 18 ára aldurs barns. Ef um grunngreiðslur er að ræða fær foreldri greiddar barnagreiðslur með hverju barni á heimilinu sem er yngra en 18 ára. Einstætt foreldri fær auk þess sérstakar greiðslur vegna tveggja eða þriggja barna á framfæri sínu. Andist barn er heimilt að halda greiðslum áfram í allt að 3 mánuði eftir andlát barnsins.

Foreldragreiðslur eru ekki greiddar á sama tíma og foreldri fær greiðslur samkvæmt lögum um almannatryggingar, greiðslur úr sjúkrasjóðum stéttarfélaganna, atvinnuleysisbætur eða er í fæðingarorlofi vegna þess barns sem sótt er um vegna. Foreldragreiðslur eru staðgreiðsluskýldar.

Félagsþjónusta sveitarfélaga

Félagsþjónusta sveitarfélaga veitir fjárhagsaðstoð, styrki, liðveislu, heimilisaðstoð, "stuðninginn heim," o.fl. Jöfnunarsjóður sveitarfélaga sér aftur á móti um framlög vegna sérþarfa fatlaðra nemenda í grunnskólum.

Hér er aðeins tæpt á nokkrum þjónustubáttum velferðarkerfisins. Vefsetur Tryggingastofnunar www.tr.is og félags- og tryggingamálaráðu-neytisins hafa að geyma ítarlegri upplýsingar www.felagsmalaraduneyti.is

Tíundi kafli

10 Skráning

10.1 SKRÁNING

Tilgangur og mikilvægi skráningar

Umfangsmikil skráning fer fram á heilsugæslustöðvum á landinu. Þeim gögnum sem er safnað um barnið er ætlað að gefa sem bestar upplýsingar um þroska þess og heilsu. Mikilvægt er að skrá allt það sem máli skiptir, svo sem þyngd, lengd, höfuðummál, fyrirbyggjandi aðgerðir s.s. ónæmisáðgerðir og upplýsingar sem foreldrum eru gefnar varðandi næringu, svefn, tannhirðu, þroskaáfangu, slysaheitu og svo framvegis. Spurt skal um heilsufar barnsins og framfarir, sjúkdóma, sjúkrahússlegu og meðferð auk þess sem mikilvægt er að afla upplýsinga um tannheilsu barnsins.

Tilgangur skráningar í ung- og smábarnavernd er margþættur. Hún er til hagsbóta fyrir barnið og fjölskylduna, heilbrigðisþjónustuna, heilbrigðisstarfsmenn, heilbrigðisstofnanir og heilbrigðisyfirvöld. Til þess að skráning nýtist sem skyldi þarf hún að vera áreiðanleg og samræmd. Þannig eflast gæðin og með þessu fást áreiðanlegri og samanburðarhæfari gögn. Hafa þarf í huga að heilsufarsupplýsingar eru viðkvæmar. Það er því mjög mikilvægt að gæta trúnaðar og sjá til þess að gögn einstaklinga séu vernduð með viðeigandi hætti.

Miklar breytingar hafa orðið í heilbrigðiskerfinu á undanförunum árum, m.a. hvað skráningu varðar í tengslum við tölvuvæðinguna. Stjórnvöld og stjórnendur heilbrigðisstofnana gera kröfur um aðgengilegar upplýsingar um rekstur og þjónustu en tölulegar upplýsingar um heilsufar og heilbrigðisþjónustu eru nauðsynlegar við skipulag og stefnumótun. Alþjóðlegur samanburður eykur notagildi upplýsinganna og hafa alþjóðastofnanir á borð við WHO og OECD í vaxandi mæli reynt að auka samanburðarhæfni talna milli landa. Ennþá verðum við þó að túlka heilbrigðistölfræði með varúð þegar kemur að alþjóðlegum samanburði þar sem ólíkar aðferðir eru notaðar í hinum mismunandi löndum.

Hlutverk og tilmæli Embætti landlæknis

Eitt af meginhlutverkum Embætti landlæknis er að safna upplýsingum um ýmsa þætti heilsufars og starfsemi heilbrigðisþjónustunnar. Með upplýsingasöfnun í ung- og smábarnavernd og úrvinnslu þeirra gagna getur landlæknir haft yfirsýn yfir heilsufar barna, notkun þeirra á heilbrigðisþjónustu og metið gæði og árangur þeirrar þjónustu sem er í boði. Í nýjum lögum um landlækni nr. 41/2007, sem samþykkt voru á Alþingi 17. mars 2007 og tóku gildi 1. september sama ár, er á ítarlegan hátt kveðið á um hlutverk landlæknis varðandi skráningu. Í 8. grein laganna segir að tilgangur skrána sé að afla þekkingar um heilsufar og heilbrigðisþjónustu, hafa eftirlit með þjónustunni, tryggja gæði hennar og meta árangur þjónustunnar, ásamt því að nota þær við gerð áætlana um gæðapróun í heilbrigðisþjónustu og vísindarannsóknunum. Landlæknir á einnig, í samráði við heilbrigðisráðuneytið,

að vinna upplýsingar úr heilbrigðisskrám til notkunar við áætlanagerð, stefnumótun og önnur verkefni ráðuneytisins.

Tilmæli landlæknis um lágmarksskráningu á heilsugæslustöðvum voru fyrst gefin út árið 2001 og kom önnur útgáfa út árið 2008. Í þessum tilmælum er yfirlit yfir þau skráningaratriði sem skrá þarf að lágmarki á heilsugæslustöðvum. Heilsugæslustöðvum er skylt að skila inn ákveðnum gögnum um starfsemi sína til landlæknis einu sinni á ári og oftast ef þörf krefur. Heilbrigðisstarfsfólk þarf að hafa í huga að skráning heilsuvanda er undirstaða rannsókna og skipulagningar. Skráningin þarf því að vera áreiðanleg og starfsfólki ber að vanda til hennar.

Flokkunarkerfi

Landlæknir leggur áherslu á að þær upplýsingar sem eru skráðar í ung- og smábarnavernd hafi margþætta nýtingarmöguleika. Til þess eru notuð kóðuð flokkunarkerfi séu þau fyrir hendi. Meginhluta 20. aldarinnar var ICD eina kóðaða flokkunarkerfið sem notað var á Íslandi. Árið 1982 bættist við flokkunarkerfi í skurðlækningum og upp úr 1990 bættust við flokkunarkerfi til skráningar hjúkrunargreininga og hjúkrunarmedferða.

Samkvæmt tilmælum frá Embætti landlæknis eiga læknar að skrá allar sjúkdómsgreiningar í samræmi við *Alþjóðlegt flokkunarkerfi sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála* (International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, 10th revision). **ICD-10** er tíunda útgáfa ICD sem hefur verið í notkun á Íslandi síðan árið 1997. ICD er notað um allan heim og því hægt að nota til samanburða og samskipta um heilbrigðismál.

Tilmæli Embætti landlæknis kveða á um að hjúkrunarfræðingar eigi að skrá heilsuvanda allra sjúklinga í formi **NANDA** hjúkrunargreininga (North American Nursing Diagnosis Association) og hjúkrunarmedferð skv. flokkunarkerfi **NIC** (Nursing Intervention Classification). Samkvæmt skilgreiningu NANDA er hjúkrunargreining „klínískt mat á svörum einstaklings, fjölskyldu eða samfélagi við virkum eða mögulegum heilbrigðisvandamálum eða lífsferlinum. Hjúkrunargreining leggur grunninn að vali á árangursríkri hjúkrunarmedferð, sem hjúkrunarfræðingurinn er ábyrgur fyrir“ (Ásta Thoroddsen, 2002, bls. 15).

Önnur flokkunarkerfi eru einnig í notkun á Íslandi, en eru ekki í SÖGU kerfinu. DSM-IV flokkunarkerfi bandarísku geðlæknasamtakanna er til að mynda notað í tengslum við þroskahömlun.

SAGA – rafræn heilsugæsluskrá

Þróun rafrænnar heilsugæsluskrár má rekja til svonefnds Egilsstaðakerfis sem var sjúkraskrárkerfi fyrir heilsugæsluna, en það var fyrst tekið í notkun árið 1976. Þetta var mikið framfaraskref í skráningu innan heilbrigðisþjónustunnar. SAGA tilheyrir fyrstu kynslóð skráningarkerfa en hún hefur verið í stöðugri þróun frá árinu 1993.

Áður en SAGA var tekin í notkun var heilsugæsluskráin eingöngu í pappírsformi, ef undan er skilin rafræn skráning samskipta í fyrrgreindu Egilsstaðakerfi. Hvert barn hafði eigin heilsugæsluskrá, þar sem safnað var öllum þeim upplýsingum, sem taldar voru skipta máli. Skráin fram til 6 ára aldurs var fjórar síður (merkt I, II, III, IV) og hægt að bæta við lausu framhaldsblaði (blaði VII), ef þörf var á. Auk þess var bætt við skrána vaxtarlínuritum fram til 18 ára aldurs.

SAGA er nú í notkun á öllum heilsugæslustöðvum landsins. Í hana eru skráðar upplýsingar um einstaklinga, heilsufarsleg vandamál þeirra og samskipti við heilbrigðisstarfsfólk. SAGA heldur sömuleiðis utan um tímabókanir. Gert er ráð fyrir því að hver einstaklingur hafi eina sjúkraskrá sem læknir og hjúkrunarfræðingur skrái viðeigandi upplýsingar í. Úr heilbrigðisupplýsingunum má síðan gera skýrslur sem skráðar hafa verið í kerfið. Skráning í SÖGU er að mestu leyti kóðuð samkvæmt alþjóðlegum flokkunarkerfum, en það tryggir samræmda skráningu og auðveldar vinnu með upplýsingar úr kerfinu. Einnig er boðið upp á skráningu með frjálsum texta sem við á. Hafa verður í huga að staðfesta þarf öll samskipti svo hægt sé að fá tölfræðilegar upplýsingar úr skráningu. Strangar reglur eru settar um aðgangsheimildir starfsmanna í SÖGU. Heilsufarsupplýsingar eru viðkvæmar og ber starfsmönnum að virða það. Hægt er að rekja hverjir eru að skoða sjúkraskrá einstaklinga og hafa þeir rétt á að kalla eftir upplýsingum um hver hafi opnað sjúkraskrá þeirra.

Rafræn skráning í ung- og smábarnavernd hefur fyrst og fremst þann tilgang að bæta þjónustu við skjólstaðinga heilsugæslunnar og efla öryggi heilbrigðiskerfisins.

Hún á að koma í veg fyrir að einstaklingar þurfi að endurtaka sögu sína í hverri heimsókn. Á undanförunum árum hefur mikið verið rætt um heilbrigðisnet sem farveg fyrir samskipti með heilsufarsupplýsingar einstaklinga sem verða til hjá mismunandi aðilum í heilbrigðisþjónustu. Á þessu neti verða ýmsir gagnabankar, t.d. miðlæg skráning bólusetninga. Vinna við heilbrigðisnetið byrjaði seint á tíunda áratugnum og er sú vinna enn í gangi. Samræma þarf þau kerfi sem fyrir eru, tryggja að þau geti verið gagnvirk og byggja landsnet ofan á þau. Mikil vinna og kostnaður fylgir því að innleiða rafræna skráningu í allri heilbrigðisþjónustunni. Þetta mun hins vegar leiða til hagræðingar í rekstri stofnanna, spara tíma starfsfólks, bæta þjónustuna og öryggi heilbrigðiskerfisins.

Heimildir

- Ásta Thoroddsen (2002). Um hjúkrunargreiningar og skráningu hjúkrunar. Í Ásta Thoroddsen (ritstj.) *Skráning hjúkrunar – handbók* (bls. 13-22). Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Hans Jakob Beck og Matthías Halldórsson (1997). *Leiðbeiningar um notkun ICD-10*. Sótt í maí 2008 á www.landlaeknir.is
- Landlæknisembættið (2007). Heilbrigðistölfræði. Sótt í maí 2008 á www.landlaeknir.is
- Landlæknisembættið (2007). Skráning. Sótt í maí 2008 á www.landlaeknir.is
- Landlæknisembættið (2007). Flokkunarkerfi. Sótt í maí 2008 á www.landlaeknir.is
- Landlæknisembættið (2007). Saga flokkunarkerfa á Íslandi. Sótt í maí 2008 á www.landlaeknir.is
- Landlæknisembættið (2007). Alþjóðlegur samanburður. Sótt í maí 2008 á www.landlaeknir.is
- Landlæknisembættið (2007). Gagnasöfn. Sótt í maí 2008 á www.landlaeknir.is
- Landlæknisembættið (2008). Lágmarksskráning samskipta á heilsugæslustöðvum og á læknaðstofum. Tilmæli landlæknis. Sótt í maí 2008 á www.landlaeknir.is
- Lög um landlækni nr. 41/2007. Sótt í maí 2008 á www.landlaeknir.is

Ellefti kafli

11 Nafnalisti

11.1 NAFNALISTI

Nafnalisti yfir þá sem komu að handbókinni

Ritstjórn

- Anna Björg Aradóttir, yfirhjúkrunarfræðingur Landlæknisembættinu
- Sesselja Guðmundsdóttir, hjúkrunarfræðingur og sviðsstjóri Ung- og smábarnasviðs MHB
- Geir Gunnlaugsson, barnalæknir og forstöðumaður MHB

Höfundar

- Anna Björg Aradóttir, yfirhjúkrunarfræðingur Landlæknisembættinu
(Formáli. Kafli 5.5 PEDS – Mat foreldra á þroska barna. Kafli 5.6 BRIGANCE þroskaskimun. Kafli 7.5 Offita barna og unglunga)
- Ari Axelsson, barnalæknir (Endurskoðun á texta)
- Arna Skúladóttir, hjúkrunarfræðingur á Barnaspítala Hringssins LSH (Kafli 6.4 Svefn og svefnvandamál ungra barna)
- Arnheiður Sigurðardóttir, hjúkrunarfræðingur og brjóstagjafaráðgjafi
(Hjálpartæki við brjóstagjöf í kafla 6.2 Brjóstagjöf)
- Atli Dagbjartsson, barnalæknir á Barnaspítala Hringssins LSH (Kafli 6.11 Aðgerðir til varnar vöggudauða)
- Árni V. Þórsson, læknir á Barnaspítala Hringssins LSH (Kafli 7.5 Offita barna og unglunga)
- Ása St. Atladóttir, hjúkrunarfræðingur og verkefnisstjóri hjá Landlæknisembættinu (Kafli 7.9 Kláðamaur, lús og njálgur)
- Áslaug Heiða Pálsdóttir, barnalæknir Miðstöð heilsuverndar barna
(Endurskoðun á texta)
- Bára Sigurjónsdóttir, hjúkrunarfræðingur á Lýðheilsustöð (Kafli 6.8 Áfengi og vímuefni – Forvarnafræðsla)
- Björn Árdal, læknir á Barnaspítala Hringssins LSH (Kafli 7.7 Barnaastmi)

- Brynhildur Briem, næringarfræðingur (*Kaflí 7.5 Offita barna og unglínga*)
- Brynhildur Scheving Thorsteinsson, sálfræðingur og sviðsstjóri staðlaðra prófa hjá Námsmatsstofnun (*Umsjón með þýðingu og og staðfæringu PEDS og BRIGANCE*)
- Elínborg Guðmundsdóttir, augnlæknir á Augndeild Landspítala (*Kaflí 4.2 Augnaskoðanir barna*)
- Evald Sæmundsen, sálfræðingur og sviðsstjóri á Greiningar- og ráðgjafastöð ríkisins (*Kaflí 5.3 Einhverfa og raskanir á einhverfurófi*)
- Friðrik Rúnar Guðmundsson, talmeinafræðingur á Heyrnar- og talmeinastöð Íslands (*Kaflí 5.2 Dæmigerð máltaka barna*)
- Fræðslu- og útgáfuhópur ung- og smábarnaverndar innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins – FÚS hópurinn (*Endurskoðun á texta*)
- Geir Gunnlaugsson, barnalæknir og forstöðumaður MHB (*Formáli. Kaflí 1.1. Ung- og smábarnavernd. Kaflí 6.10 Ofbeldi gegn börnum. Kaflí 5.5 PEDS – Mat foreldra á proska barna. Kaflí 5.6 BRIGANCE þroskaskimun.*)
- Gestur Pálsson, barnalæknir á Barnaspítala Hringisins LSH (*Ungbarnavernd – leiðbeiningar um heilsugæslu barna, 1996. Kaflí 8.2 Börn af erlendu bergi brotin*)
- Gígja Gunnarsdóttir, verkefnisstjóri á Lýðheilsustöð (*Kaflí 6.7 Hreyfing barna*)
- Guðmundur Viggósson, augnlæknir, forstöðumaður og yfirlæknir Sjónstöðvar Íslands (*Kaflí 4.2 Augnaskoðanir barna*)
- Guðrún Albertsdóttir, hjúkrunarfræðingur Heilsugæslunni Árbæ (*EPDS vinnureglur í kafla 2*)
- Gunnar Jónasson, læknir (*Kaflí 7.7 Barnaastmi*)
- Gyða Haraldsdóttir, sálfræðingur og sviðsstjóri Þroska- og hegðunarsviðs MHB (*Þrostamat 0-18 mánaða og fræðsla varðandi uppeldi, hegðun og aga í*

kafla 2. Kafli 5.5 PEDS – Mat foreldra á þroska barna. Kafli 5.6 BRIGANCE þroskaskimun. . Kafli 6.3 Uppeldi og uppeldisfræðsla. Endurskoðun á texta)

- Gylfi Óskarsson, barnalæknir á Barnaspítala Hringins LSH (Kafli 6.11 *Aðgerðir til varnar vöggudauða*)
- Hanna Björg Sigurjónsdóttir, lektor í fötlunarfræði við Háskóla Íslands (Kafli 8.3 *Seinfærir foreldrar*)
- Herdís Storgaard, hjúkrunarfræðingur og forstöðumaður Forvarnarhúss (Kafli 6.5 *Slysavarnir barna. Kafli 2 Skoðanir í ung- og smábarnavernd m.t.t. slysavarna barna*)
- Hjördís Guðbjörnsdóttir, fyrrverandi hjúkrunarframkvæmdastjóri á Barnadeild Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur (*Ungbarnavernd – leiðbeiningar um heilsugæslu barna, 1996*)
- Hólmfríður Guðmundsdóttir, tannlæknir og forstöðumaður Miðstöðvar tannverndar og yfirverkefnisstjóri tannverndar á Lýðheilsustöð (Kafli 2 *Skoðanir í ung- og smábarnavernd m.t.t. tannverndar barna. Kafli 4.4. Munnskoðanir barna. Kafli 6.6 Tannvernd*)
- Inga Þórsdóttir, prófessor í næringarfræði við Háskóla Íslands (Kafli 6.1 *næring ungbarna*)
- Ingibjörg Baldursdóttir, hjúkrunarfræðingur og brjóstagjafaráðgjafi á Miðstöð heilsuverndar barna (Kafli 2 *Skoðanir í ung- og smábarnavernd. Kafli 6.2 Brjóstagjöf. Endurskoðun á texta*)
- Ingibjörg Eiríksdóttir, hjúkrunarfræðingur, ljósmóðir og brjóstagjafaráðgjafi á Miðstöð mæðraverndar (*Brjóstagjafamat á fyrstu vikunum - íslensk þýðing í kafla 6.2*)
- Ingibjörg Georgsdóttir barnalæknir og sviðsstjóri hjá Greiningar- og ráðgjafastöð ríkisins (Kafli 9.1 *Félagsþjónusta og tryggingamál*)
- Ingibjörg Hinriksdóttir, yfirlæknir á Heyrnar- og talmeinastöð Íslands (Kafli 4.3 *Heyrn og heyrnarmælingar*)

- Ingólfur Einarsson, barnalæknir á Greiningar- og ráðgjafastöð ríkisins (*Kaflí 5.3 Einhverfa og raskanir á einhverfurófi*)
- Ingólfur Kristjánsson, læknir (*Kaflí 7.7 Barnaastmi*)
- Jóhann Ág. Sigurðsson, prófessor í læknadeild Háskóla Íslands (*Ungbarnavernd – leiðbeiningar um heilsugæslu barna, 1996*)
- Jóhanna Ella Jónsdóttir, sálfræðingur og sviðsstjóri staðlaðra prófa hjá Námsmatsstofnun (*Umsjón með þýðingu og og staðfæringu PEDS og BRIGANCE . Kaflí 5.5 PEDS – Mat foreldra á þroska barna. Kaflí 5.6 BRIGANCE þroskaskimun*)
- Jóna Margrét Jónsdóttir, hjúkrunarfræðingur og brjóstagjafaráðgjafi á Miðstöð heilsuverndar barna (*Kaflí 2 Skoðanir í ung- og smábarnavernd. Kaflí 6.2 Brjóstagjöf. Endurskoðun á texta*)
- Katrín Davíðsdóttir, barnalæknir á Miðstöð heilsuverndar barna (*Kaflí 2 Skoðanir í ung- og smábarnavernd. Kaflí 6.11 Aðgerðir til varnar vöggudauða. Kaflí 8.1 Eftirfylgd fyrirbura. Endurskoðun á texta*)
- Katrín Edda Magnúsdóttir, ljósmóðir og brjóstagjafaráðgjafi á LSH (*Endurskoðun á texta*)
- Kristján Óskarsson, barnaskurðlæknir (*Endurskoðun á texta*)
- Laufey Steingrímsdóttir, næringarfræðingur og prófessor við Landbúnaðarháskóla Íslands (*Kaflí 7.5 Offita barna og unglínga*)
- Ludvig Guðmundsson, læknir á Reykjalundi (*Kaflí 7.5 Offita barna og unglínga*)
- Magnús Ólafsson, læknir við Heilsugæslustöð Akureyrar (*Kaflí 7.5 Offita barna og unglínga*)
- Marga Thome, prófessor, hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands (*Kaflí 6.9 Andleg líðan eftir fæðingu. EPDS vinnureglur í kafla 2*)

- Ólöf Jónsdóttir, barnalæknir við Heilsugæslustöðina Hamraborg (*Kaflí 7.8 Barnaexem*)
- Ragnheiður Elísdóttir, barnalæknir á Miðstöð heilsuverndar barna (*Kaflí 6.8 Áfengi og vímuefni – Forvarnafræðsla. Almennar ráðleggingar um niðurgang og uppköst barna í kafla 7.3*)
- Rannveig Einarsdóttir lyfjafræðingur á Landspítala (*Kaflí 7.7 Barnaastmi. Kaflí 7.5 Offita barna og unglínga*)
- Sesselja Guðmundsdóttir, hjúkrunarfræðingur og sviðsstjóri Ung- og smábarnasviðs MHB (*Formáli. Kaflí 2 Skoðanir í ung- og smábarnavernd. Kaflí 5.5 PEDS – Mat foreldra á þroska barna. Kaflí 5.6 BRIGANCE Þroskaskímun. EPDS vinnureglur í kafla 2. Kaflí 6.11 Aðgerðir til varnar vöggudauða. Kaflí 10.1 Skráning*)
- Sigríður Brynja Sigurðardóttir, yfirhjúkrunarfræðingur Heilsugæslan Grafarvogi (*EPDS vinnureglur í kafla 2*)
- Sigrún Barkardóttir, yfirhjúkrunarfræðingur Heilsugæslan Glæsibæ (*Kaflí 6.8 Áfengi og vímuefni – Forvarnafræðsla*)
- Sigurður Helgason, læknir Landlæknisembættinu (*Kaflí 7.5 Offita barna og unglínga*)
- Sigurður Kristjánsson, læknir og sviðsstjóri á Barnaspítala Hringisins LSH (*Kaflí 7.7 Barnaastmi*)
- Sigurlaug Pétursdóttir bæklunarlæknir barna (*Endurskoðun á texta*)
- Solveig Sigurðardóttir, barnalæknir á Greiningar- og ráðgjafastöð ríkisins (*Þroskamat 0-18 mánaða í kafla 2. Kaflí 5.1 Þroski barns og helstu þroskafrávik*)
- Stefanía Arnardóttir, hjúkrunarfræðingur í Geðteymi Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (*Endurskoðun á texta*)
- Unnur Guttormsdóttir, sjúkrahjálfari á Miðstöð heilsuverndar barna (*Þroskamat 0-18 mánaða í kafla 2*)

- Úlfur Agnarsson, barnalæknir á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (*Kafla 7.3 Uppköst og niðurgangur. Kafla 7.4 Hægðatregða ungbarna að fimm ára aldri*)
- Viðar Eðvarðsson, barnalæknir á Barnaspítala Hringssins LSH (*Kafla 7.6 Næturvæta*)
- Vilhjálmur Ari Arason, heimilislæknir Heilsugæslan Fjörður (*Kafla 7.2 Miðeyrnabólgur*)
- Þóra Másdóttir, talmeinafræðingur á Heyrnar- og talmeinastöð Íslands (*Kafla 5.2 Dæmigerð máltaka barna*)
- Þórdís Björg Kristjánsdóttir, hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir MHB (*Endurskoðun á texta*)
- Þórólfur Guðnason, yfirlæknir bólusetninga sóttvarnasviði Landlæknisembættisins (*Kafla 3 Bólusetningar. Kafla 7.1 Hiti hjá börnum*)

Fagráð ung- og smábarnaverndar

Fagráð um ung- og smábarnavernd er Landlæknisembættinu til ráðgjafar um forvarnir og þróun á sviði ung- og smábarnaverndar, svo og um framkvæmd skoðana á ung- og smábörnum hjá heilsugæslunni.

Fagráð ung- og smábarnaverndar frá nóvember 2000:

- Geir Gunnlaugsson barnalæknir og forstöðumaður MHB, formaður (Miðstöð heilsuverndar barna) (*nóvember 2000-)*)
- Anna Eyjólfsdóttir, hjúkrunarfræðingur (Heilsugæslan) (*sept. 2007-*)
- Anna Ólafía Sigurðardóttir, hjúkrunarfræðingur og sviðsstjóri hjúkrunar (Barnaspítali Hringssins) (*nóvember 2000- júní 2005*)
- Bára Sigurjónsdóttir, hjúkrunarfræðingur (Hjúkrunarfræðideild Háskólans á Akureyri) (*október 2003-desember 2006*)
- Guðbjörg Pálsdóttir, hjúkrunarfræðingur (Heilsugæslan) (*nóvember 2000-júní 2006*)
- Gyða Haraldsdóttir, sálfræðingur og sviðsstjóri Þroska- og hegðunarsviðs MHB (Miðstöð heilsuverndar barna) (*nóvember 2000-)*)
- Hallveig Finnbogadóttir, hjúkrunarframkvæmdastjóri MHB (Miðstöð heilsuverndar barna) (*nóvember 2000-júní 2003*)
- Helga Lára Helgadóttir, hjúkrunarfræðingur (Hjúkrunarfræðideild Háskólans á Akureyri) (*nóvember 2000-júní 2003, september 2007-)*)

- Hjálmar Freysteinsson, heimilislæknir (Heilsugæslustöðin á Akureyri) *(nóvember 2000-júní 2001)*
- María Guðnadóttir, hjúkrunarfræðingur (Barnaspítali Hringssins) *(september 2007-)*
- Reynir Þorsteinsson, heilsugæslulæknir (Heilbrigðisstofnun Akraness/heilsugæslusvið) *(október 2001-)*
- Sesselja Guðmundsdóttir, hjúkrunarfræðingur og sviðsstjóri Ung- og smábarnasviðs MHB (Miðstöð heilsuverndar barna) *(janúar 2005-)*
- Sveinn Kjartansson, barnalæknir (Læknadeild Háskóla Íslands) *(nóvember 2000-)*
- Þórunn Júlíusdóttir, hjúkrunarstjóri MHB (Miðstöð heilsuverndar barna) *(ágúst 2003-júlí 2004)*