

De profylaktiske børneundersøgelser i almen praksis- et oplæg til et udviklings projekt.

Af OBO-11 kompagniskabet
Schumann, Asp Hansen og Mejer Obel

2. december 2004

INDLEDNING

De profylaktiske børneundersøgelser har i forskellige former eksisteret i Danmark i snart hundrede år (En nærmere gennemgang af den historiske baggrund kan findes i appendix 1). I 1970'erne og 1980'erne var der særlig opmærksomhed både nationalt og internationalt omkring børneundersøgelserne primært på muligheden for så tidligt som muligt at identificere børn med særlige behov. Der var især fokus på tidlig identifikation af 'risiko børn' med handicap, psykiske og sociale problemer.

Det måske største bidrag til denne interesse i Danmark var en række danske artikler af Gert Almind¹⁻¹¹, hvoraf en del var samlet i en disputats om emnet. Ifølge Gert Almind var der i tiden herefter arrangeret en del efteruddannelses kurser. Siden da har interessen tilsyneladende været dalende. Dette på trods af tiltagende evidens for at forhold tidligt i livet kan have stor betydning for udvikling af sygdom i voksenlivet. I de tre officielle lærebøger som er udkommet siden har det relative antal sider allokeret til området været stødt dalende og det er så vidt vi har oplysninger ikke været tilbudt efteruddannelse på området. Der eksisterer en snart 10 år gammel vejledning fra Sundhedsstyrelsen, som rummer en lang række forslag til indholdet af det profylaktiske program, målene er bredt definerede og uprioriterede. Det er også muligt at de opstillede mål kræver revision¹². I de sidste 10 år er der dels sket en udvikling i metode samt i sygdomsmønstret blandt børn.

Hver af de 8 undersøgelser honoreres med 170 kroner, hvilket med udgangspunkt i et årligt fødselstal på 60.000 børn medfører en årlig samfundsmæssig udgift på 81.6 millioner kroner. Aktuelt er det uvist på hvilken måde denne samfundsmæssige investering bidrager til børnesundheden. Umiddelbart tyder det på at der er brug for en indsats for at opdatere, systematisere og målrette indsatsen.

Det har selvsagt indenfor den givne tidsramme ikke været muligt at løse denne opgave. Dette indlæg skal derfor ses som et oplæg til at stimulere en udvikling af området. Vi vil her starte diskussionen af den sundhedsmæssige gevinst af de profylaktiske børneundersøgelser i almen praksis som de praktiseres i dag samt at komme med et par konkrete forslag til en fremtidig praksis. Slutteligt vil vi skitsere hvordan et egentligt udviklingsprojekt vil kunne tænkes at forløbe.

BAGGRUND

Ansvar for de profylaktiske børneundersøgelser nu og i fremtiden

De sidste 20-30 år har sundhedsplejersker, praktiserende læger og kommunalt ansatte læger delt opgaven med at foretage forebyggende børneundersøgelser. Den gældende vejledning fra Sundhedsstyrelsen stammer fra 1995. I barnets første leveår har den kommunale sundhedsplejerske sammen med den praktiserende læge ansvar for de profylaktiske børneundersøgelser. Sundhedsplejersken har typisk 5-7 besøg hos førstegangsførældre (andegangsførældre væsentlig færre) hvoraf det sidste oftest er i 8 måneders alderen¹³. På dette tidspunkt har man indtil for nylig i de fleste kommuner lavet BOEL prøven¹⁴, som dog de senere år er kommet noget i miskredit på grund af tvivl om dens egenskaber til identifikation af høreproblemer¹⁵. Det er aktuelt usikkert i hvilken grad og hvordan danske børn undersøges i det første leveår af deres sundhedsplejerske.

En anden central person i relation til børneprofylakse er Børn- og Ungelægen. Denne titel har eksisteret siden 1995¹² og er en kommunalt ansatte læge som primært har ansvaret for de

forebyggende undersøgelser i skolealderen, men også et ansvar for at overvåge førskole børnenes sundhedsforhold i daginstitutionerne. Der har i de sidste mange år i disse lægers regi været diskuteret en systematisering af de undersøgelser som kommunerne skal tilbyde, men aktuelt er der ikke noget overblik over hvordan og i hvilken grad disse undersøgelser foretages. Udover faglig uenighed er rekrutterings problemer formodentlig en bidragende årsag.

Sundhedsstyrelsen har de senere år arbejdet på at udvikle den kommunale del af området med henblik på monitorering af børnesundheden og Statens Institut for Folkesundhed arbejder aktuelt på at kortlægge kvaliteten af den kommunale del af børnepfylaksen. Imidlertid er der meget der tyder på at alment praktiserende læger er den gruppe der også i fremtiden vil have de bedste muligheder for at bidrage lægefagligt til børnesundheden. Aktuelt er den praktiserende læge den eneste læge, som rutinemæssigt ser barnet fra 2-5 års alderen og visse tilfælde hele barnealderen. De senere års forskning tyder på at forhold tidligt i livet har betydning for sundheden i voksenalderen¹⁶. Set i det perspektiv er den praktiserende læge vigtig, da hun måske er den sundhedsfaglige person der har de bedste forudsætninger for at forstå sundhed i et livs langt perspektiv.

Imidlertid er det nok en forudsætning for at denne mulighed kan bibeholdes at praktiserende læger engagerer sig i at udvikle dette område om ikke individuelt, så som faggruppe for at sikre et grundlæggende kvalitetsniveau.

Det synes nemlig nærliggende at forestille sig at man for at gøre Børn- og Ungelæge jobbet mere attraktivt politisk kunne overveje at udvide denne lægefunktion og overføre ansvaret for nogle af den praktiserende læges undersøgelser i 2-5 års alderen. En af årsagerne til at disse undersøgelser i sin tid blev allokateret til den praktiserende læge er formodentlig at de fleste mødre var hjemmegående. I dag, hvor denne gruppe børn typisk opholder sig en lige så stor del af deres tid udenfor hjemmet som skolebørn, synes det nærliggende at argumentere for at man organiserede nogle af børneundersøgelserne via daginstitutionerne dvs. under den kommunale sundhedsordning.

Hvad er formålet med de profylaktiske undersøgelser?

Sundhedsstyrelsens vejledning synes overordnet at definere lægens opgave som screening og forebyggelse. Der beskrives tre overordnede mål for de profylaktiske børneundersøgelser¹²:

- Forebyggelse og tidlig opsporing af sygdom
- Tidlig opsporing af børn med særlige behov
- Forebyggelse af ulykker hos børn

Der synes internationalt at være enighed om at den praktiserende læges børneundersøgelser ikke primært bør være at screene de børn som er tilknyttet praksis for specifikke lidelser. Langt de fleste alvorlige lidelser opdages udenfor screeningsprogrammer og gevinsten ved de profylaktiske undersøgelser i denne henseende er derfor lille¹⁷ (Sonander 2000). Det synes mere oplagt at de regelmæssige besøg hos den samme læge kan bruges til hvad der på engelsk betegnes 'surveillance'. Overvågning eller monitorering dækker ikke præcist dette udtryk, men ideen er at man ved gentagne kontakter med barnet og dets familie i hvert fald potentielt har muligheden for at følge med i og påvirke barnets udvikling, sundhedstilstand såvel fysisk som psykisk.

Hvad gøres i praksis (i praksis) i dag?

Der er så vidt vi har kunnet skønne ingen viden om hvordan en praktiserende læge anno 2004 gennemfører de profylaktiske børneundersøgelser. Mest sandsynligt er det dog at både indhold, prioritering og graden af systematik er meget varierende. Nogen vil formodentlig bruge Sundhedsstyrelsens vejledning om børneundersøgelser som grundlag (se appendix 2 for en nærmere beskrivelse). Her lægges der op til en bred gennemgang af barnets udvikling, sundhed, samspil i familien samt en indsats med henblik på forebyggelse af ulykker. Andre vil måske støtte sig til en af de tre lærebøger indenfor faget som er udkommet i løbet af de sidste 20 år. Endelig vil der muligvis være læger som lader deres intuition eller erfaring styre indholdet af undersøgelsen.

Det eneste man ved med sikkerhed er at der ikke aktuelt er nogen efteruddannelses tilbud i den profylaktiske børneundersøgelse. Udenlandske undersøgelser har vist stor variation i hvordan feks. barnets udviklingsniveau monitoreres og der er næppe grund til at tro at dette skulle være anderledes i Danmark.

Vores indtryk er at såvel lærebøgerne som Sundhedsstyrelsens vejledning hver for sig giver gode men ret forskellige forslag til at gennemføre opgaven. Der er tale om ret forskellig vægtning af de enkelte områder og det overlades i meget stor grad til lægen at tage stilling til hvad hun vil prioritere. Spørgsmålet er om det er uvæsentligt hvad og hvor meget man gør. Prioritering af disse undersøgelser er sikkert afhængig af lægens interesse for området så det er muligt at man skulle satse på en velafgrænset form, som vi ved kan gennemføres systematisk.

Forslag til prioriterings områder anno 2004

Ligesom vi tilbyder alle børn vaccination kunne man godt argumentere for at der var områder som af hensyn til folkesundheden var obligatorisk indhold i programmet. Vi har nedenfor nævnt eksempler på områder som vi har diskuteret. Udvalget er farvet af den viden vi har på området mens en mere systematisk gennemgang må overlades til et eventuelt udviklingsprojekt.

Syn og hørelse

Meget tyder på at BOEL testen i forbindelse med sundhedsplejerskens 8 måneders undersøgelse er ved at blive afskaffet og fra 2005 indfører man otoakustisk screening af alle nyfødte i Danmark. Der kan imidlertid opstå såvel konduktivt som perceptivt høretab gennem barndommen og den praktiserende læge vil formodentlig i fremtiden være den sundhedsfaglige person, som har bedst mulighed for løbende at vurdere barnets hørelse. Dette kan groft set ske indirekte på baggrund af sprogudvikling, men en systematisk gennemført audiometri i 4 års alderen vil formodentlig være relevant, da en sådan i dag først foretages i første skoleår.

Retinoblastom og medfødt glaukom er meget sjældne sygdomme, som imidlertid enkelt afsløres ved mangel på rød retinal lysrefleks. I modsætning til ovenfor nævnte screening for medfødt døvhed er det en billig og sikker screening. Man kunne derfor overveje at lade denne undersøgelse indgå i 1-5 ugers undersøgelsen.

Det er vores indtryk at de fleste praktiserende læger prioriterer at undersøge barnets syn og på den baggrund vil myopi formodentlig opdages tidligt. I hvilken grad plus briller til identifikation af skelen og hypermetropi anvendes ved de profylaktiske børneundersøgelser er uvist, men ville være en relevant og ikke særlig bekostelig tilføjelse til børneundersøgelsen.

Inaktivitet og kost

Børns vilkår har ændret sig på flere områder de sidste 20 år. Computerspil, adgang til Internet og TV underholdningstilbud er blevet udbredt i de fleste børnefamilier og optager en tiltagende del af børnenes tid. Dette kombineret med det ret omfattende indtag af sukkerholdige mad og drikkevarer er formodentlig baggrunden for at flere børn allerede tidligt er overvægtige. Overvægtige børn har nedsat selvværd samt øget sygelighed⁶ men det formodentlig største problem er at overvægt i barndommen har en tendens til at fortsætte ind i voksenalderen³⁻⁵. Overvægt blandt både børn og voksne udgør derfor samlet et stigende folkesundhedsmæssigt problem^{1,2}. Hvorvidt interventionsprogrammer i barndommen kan begrænse problemet er endnu dårligt undersøgt, men det synes at være et logisk at sætte ind tidligt. Børneundersøgelserne synes velegnede til at følge og påvirke børns udvikling med hensyn til overvægt. Dette er allerede relevant fra 3 års alderen, men vil efter vores skøn kræve en systematisk efteruddannelse.

Vejrtrækningsproblemer

Astmatiske symptomer i barnealderen er tiltagende i hyppighed. Årsagen er ukendt, men der er forskellige teorier om det tidlige miljøets betydning. Selv langvarig amning synes ikke med sikkerhed at have en gavnlig effekt på udvikling af disse problemer (Benn 2004). Der synes overordnet ikke at være nok viden om årsagerne til at lægen kan vejlede forældrene på dette område. Der synes dog at være enighed om at astmatiske symptomer aktuelt er under diagnosticerede i barnealderen og at den praktiserende læge har en central rolle i denne sammenhæng. Udiagnosticeret astma kan udover det plagsomme i symptomerne medføre inaktivitet samt muligvis have betydning for lungefunktionen på længere sigt. Hyppigt er eneste symptom hoste, hvilket ikke alle forældre er opmærksomme på. Børneundersøgelserne synes at være velegnede til anamnestisk at vurdere om der er mistanke om astma.

Udviklings og adfærdsproblemer

Et erklæret mål for børneundersøgelserne er tidlig identifikation af børn med særlige behov. Adfærdsproblemer blandt børn er muligvis et tiltagende problem¹⁸, men der findes ikke danske undersøgelser på området. Der er imidlertid næppe tvivl om at en tidlig identifikation og eventuel behandling er af væsentlig betydning for barnets skolegang og sociale udvikling.

METODEFORSLAG

Forslag til ny model

Vi har forsøgt at udarbejde et forslag til hvordan de profylaktiske børneundersøgelser kunne foregå i fremtiden. Forslaget går ud på at sikre at forældre tager stilling til en række forhold vedrørende deres barns sundhed før de møder til undersøgelsen. Dette foregår ved at forældrene tilsendes informationsmateriale om forhold relevante for sundhedsforhold i den givne alder. De bliver bedt om at udfylde et skema, som er et oplæg til besøget hos lægen. Formålet med skemaet er at få et indtryk af om der er aspekter af barnets sundhed som forældrene finder usædvanlige eller bekymrende. Desuden lægger det op til refleksion vedrørende barnets livsstil primært med hensyn til kostvaner og fysisk aktivitet. Dette skema er ikke et spørgeskema i gængs forstand, men tjener til at fokusere børneundersøgelsen.

Vi har hovedsagelig anvendt et amerikansk udviklet skema som systematisk gennemgår om forældrene har 'concerns' på en række områder. Ophavsmanden til dette instrument pointerer at der ikke er tale om 'worries', men på dansk synes det ikke muligt at skelne mellem disse nuancer. Den nævnte metode (med at tage udgangspunkt i forældrenes 'bekymringer'²² for barnet) synes at have klare sundhedspædagogiske fordele¹⁹ samt være økonomisk²⁰ og effektivitet²¹ i forhold til at

lave udviklingstests. Vi har tilføjet tre spørgsmål til det oprindelige instrument om adfærd relateret til hyperaktivitet, koncentrationsproblemer og emotionelle problemer.

Udover et par screenings spørgsmål for astmatiske symptomer er der desuden spørgsmål om kost og aktiviteter, som forældrene ikke nødvendigvis forventes at svare ærligt på. Formålet med disse er primært sundhedspædagogisk idet forældrene opfordres til at tage stilling til deres praksis på disse områder. Såfremt lægen finder tegn på begyndende overvægt er der et udgangspunkt for at diskutere på hvilke områder der kan sættes ind. Skemaet kan findes i appendix 3.

Forslag til udviklings projekt

Ovennævnte indlæg er lavet som en 12 timers projektopgave under den teoretiske del af speciallægeuddannelsen til almen medicin. Skulle man gennemføre en egentlig fornyelse af det profylaktiske børneprogram ville det kræve et længere og mere stringent projektforsøg. Det kunne naturligt opdeles i følgende faser:

Fase 1: Hvordan gennemføres undersøgelserne i dag?

Via CPR registret identificeres familier, hvis barn snarligt skal til børneundersøgelse. Forældrene kontaktes skriftligt med henblik på at være med i undersøgelsen. De bedes udfylde et spørgeskema før undersøgelsen og efter. De to skemaer er anonyme. Det første omfatter spørgsmål om forventninger til børneundersøgelsen, det andet udfyldes efter undersøgelsen og omfatter oplysninger om lægens køn og alder samt hvilke ting der blev talt om og undersøgt.

Fase 2: Udvikling af alternativ model

På baggrund af erfaringer fra fase 1 samt en systematisk litteratur gennemgang opstilles en model for børneundersøgelserne. Sidstnævnte skal dels omfatte en gennemgang af de metoder, som er afprøvet samt hvilke områder der synes mest relevante at prioritere.

Fase 3: Afprøvning.

Modellen afprøves

Fase 4: Implementering.

Nye retningslinier fra Sundhedsstyrelsen

KONKLUSION

De profylaktiske børneundersøgelser har haft meget lidt bevågenhed de sidste mange år. En udvikling af metoden ville formentlig

- skærpe interessen blandt læger for arbejdet
- sikre at praktiserende læger bibeholdt denne opgave
- være til gavn for børnesundheden

Meget af denne opgave bygger på vores personlige erfaringer på området. Vi har ikke noget belæg for at vurdere situationen på området, men det synes oplagt at det er et område som burde undersøges nærmere.

Reference Liste

1. Almind G. [Preventive infant care in Denmark. 14. Future trends in preventive infant care.]. *Sygeplejersken*. 1984;**84**:7-12.
2. Almind G. [Preventive services for pre-school children in primary health services. X. Perspectives for the future]. *Ugeskr.Laeger* 1983;**145**:2111-7.
3. Almind G, Faxholm L, Holstein BE, Lyster J, Pedersen J. [Infant prophylaxis in Denmark. II. Health visitors' overall effectiveness better than physicians']. *Sygeplejersken*. 1982;**82**:20-2.
4. Almind G, Faxholm L, Holstein BE, Lyster J, Pedersen J. [Prevention for young children in Denmark. 10. Evaluation of children's examinations among consumers]. *Sygeplejersken*. 1982;**82**:14-9.
5. Almind G, Faxholm L, Holstein BE, Lyster J, Pedersen J. [Evaluation of concrete child examinations. Prevention in young children in Denmark. 8]. *Sygeplejersken*. 1982;**82**:4-8.
6. Almind G, Holstein BE, Pedersen J. [Infant prophylaxis in Denmark, 7. What good do preventive efforts really do?]. *Sygeplejersken*. 1981;**81**:16-9.
7. Almind G, Holstein BE, Pedersen J. [Pediatric preventive medicine in the primary health service. III. Examination of children by the physician - findings and follow-up]. *Ugeskr.Laeger* 1980;**142**:2864-9.
8. Almind G, Holstein BE. [Infant preventive care in primary health service. II. Cooperation between practitioners and health visitors. Contact pattern of health visitors]. *Ugeskr.Laeger* 1980;**142**:2077-80.
9. Almind G, Holstein BE. [Infant preventive care in primary health service. I. Materials and methods. General organizational aspects]. *Ugeskr.Laeger* 1980;**142**:2071-6.
10. Almind G. [What do we know about cooperation between pediatric nurses and the general practitioner?]. *Ugeskr.Laeger* 1979;**141**:2617-8.
11. Almind G, Pedersen J. [Defaulting from routine preventive child health examinations]. *Ugeskr.Laeger* 1979;**141**:2001-4.
12. Forebyggende helbredsordninger for børn og unge- retningslinier. 1995. Sundhedsstyrelsen.
13. Sundhedsstyrelsen. Småbørns sundhedsplejen 1994 og 1995. Hjemmesygeplejen 1994 og 1995. 7-33. 1996. København, Munksgaard.
14. Junker KS, Barr B, Maliniemi S, Wasz-Hockert O. BOEL-a screening program to enlarge the concept of infant health. *Paediatrician*. 1982;**11**:85-9.
15. Olesen, K. M. Boel testens validitet i relation til tidligt/medfødt høretab. MPH afhandling. 1999. Århus Universitet.
16. Barker DJ. In utero programming of chronic disease. *Clin.Sci.(Colch.)* 1998;**95**:115-28.

17. Dearlove J, Kearney D. How good is general practice developmental screening? *BMJ* 1990;**300**:1177-80.
18. Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A. Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol. Psychiatry* 2004;**45**:1350-62.
19. Glascoe FP, Oberklaid F, Dworkin PH, Trimm F. Brief approaches to educating patients and parents in primary care. *Pediatrics* 1998;**101**:E10.
20. Glascoe FP, Foster EM, Wolraich ML. An economic analysis of developmental detection methods. *Pediatrics* 1997;**99**:830-7.
21. Glascoe FP. Parents' evaluation of developmental status: how well do parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? *Clin. Pediatr. (Phila)* 2003;**42**:133-8.
22. Glascoe FP. Detecting and addressing developmental and behavioral problems in primary care. *Pediatr. Nurs.* 2000;**26**:251-7.

Appendix 1

HISTORISK UDVIKLING OG FORMÅL

Børneundersøgelserne er resultatet af den politiske og humanitære ide om, at også samfundet er ansvarlig for kommende generationers helbred. Den første type foranstaltning startede i 1908 med den første barneplejestation. Incitamentet til etablering af denne var først og fremmest en uacceptabel høj spædbørnsdødelighed. I 1929 fik man de første forsøgsordninger med sundhedsplejersker i København, Holbæk og Vejle. De fleste af de endnu gældende reformer kom til i 1930'erne og 1940'ernes socialpolitik (Lov om lægeundersøgelser af børn i 1946). Reformerne kom til på grund af den fortsat høje spædbørnsdødelighed, og bekymringer over 1930'ernes dalende fødselstal.

I børneundersøgelsesternes første år stod ernæringsproblemer og fysiske sygdomme som alvorlige infektionssygdomme og uerkendte hjertesygdomme m.v. i centrum. I 1960'erne blev det klart, at de fleste somatiske problemer blev fundet og afhjulpnet, mens sansedefekter og psykiske problemer sjældnere blev afsløret. I dag fylder de fysiske lidelser ligeledes mindre mens de psykosociale problemer og adfærdsproblemerne fylder mere. Udviklingen i overvægt og metabolisk syndrom blandt børn viser dog, at fysiske lidelser ikke kun hører fortiden til.

Forebyggende helbredsundersøgelser af børn på bestemte alderstrin er i dag en del af de lovbestemte forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, der tilbydes alle forældre med børn i førskolealderen. Siden 1. januar 1996 har lov nr. 438 af 14. juni 1995 ændret ved lov nr. 344 af 27. maj 2002 om forebyggende sundhedsordninger af børn og unge været gældende. Loven samler alle de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge bortset fra vaccinationsordningen og børne- og ungdomstandplejeordningen, som har deres egne love.

I forbindelse med Folketingets vedtagelse af ovennævnte lov, nedsatte Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe med henblik på at udfærdige sundhedsfaglige retningslinier for ordningen. Disse retningslinier forelå ligeledes i 1995.

Formålet med de forebyggende sundhedsordninger og børn og unge er at give børn de bedste betingelser for en sund udvikling både fysisk, psykisk og socialt ved

- at yde en general sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats
- at styrke og forbedre indsatsen over for børn og unge med særlige behov,
- at yde en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn og unge,
- at medvirke til at så tidligt som muligt at opspore eventuelle fysiske, psykiske og sociale problemer hos et barn og iværksætte tiltag overfor disse, samt
- at forbedre og samordne de tilbud, der retter sig mod alle børn og unge

Det skal her nævnes at de forebyggende helbredsundersøgelser af børn i førskolealderen i almen praksis kun udgør en del af det samlede tilbud til børn og unge.

I dag tilbydes følgende forebyggende helbredsundersøgelser af børn i almen praksis ved:

1 uge (kun i forbindelse med ambulante fødsler eller ved hjemmefødsler, hvor barnet ikke har fået eller haft tilbudet om at få foretaget lægeundersøgelse på sygehuset), 5 uger, 5 måneder, 12 måneder, 2 år, 3 år, 4 år og 5 år.

Appendix 2

Sundhedsstyrelsens vejledning fra 1995 i forebyggende helbredsundersøgelser af børn i førskolealderen. I generelle træk anbefales følgende fra 1 års undersøgelsen.

1) Forældresamtale- generelle spørgsmål:

- 1) Barnets udvikling+ trivsel
- 2) sygelighed
- 3) pasning i dagtiden
- 4) renlighed
- 5) søvnmønster
- 6) barnet og familien

2) Forældresamtale-særlige forebyggelsestemaer:

- 1) kost
- 2) selvstændighedsudvikling
- 3) motorik og sprog
- 4) allergi
- 5) risiko for ulykker

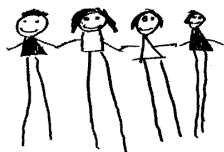
3) Objektive undersøgelse – ved 1 års undersøgelsen

- 1) vægt, højde, hovedomfang
- 2) motorisk udvikling
- 3) sprog udvikling
- 4) kranie
- 5) øre (otoskopi, hørelse)
- 6) tænder
- 7) øjne (skelen)
- 8) st c og p
- 9) abdomen

Undersøgelserne kan dog være mindre omfattende, hvis der ikke er bemærket noget specielt ved tidligere undersøgelser eller hvis der ikke har været helbredsmæssige problemer, som skal følges op. Således ligger der ved 2,3,4 og 5 års undersøgelserne specielt vægt på følgende:

- 1) vægt, højde
- 2) sprog
- 3) motorik
- 4) øjne (skelen,syn)
- 5) hørelsen

Appendix 3



Spørgeskema forud for de forebyggende børneundersøgelser hos din læge (0-5 år).

Du har bestilt tid til børneundersøgelse. For at sikre at vi får et samlet billede af dit barns fysiske og psykiske sundhed, samt at vi diskutere de ting i finder vigtige vil vi bede jer besvare dette spørgeskema. Husk at medbringe det ved undersøgelsen. Spørgeskemaet bliver behandlet fortroligt og bliver en del af dit barns journal i lægehuset.

Barnets navn _____

Barnets CPR- nummer _____

Barnets alder _____ år

Dato for udfyldelse af skemaet (dag/måned-år)

Dato __ / __ - __

Hvem har udfyldt spørgeskemaet?

Mor Far

Bor barnets mor og far sammen?

Ja Nej

Hvor mange **andre** børn bor sammen med dit barn?

Antal helsøskende? _____

Antal halvsøskende? _____

Antal andre børn? _____

Syntes du alt i alt at dit barn er sundt og raskt samt trives godt?

Ja Nej I tvivl

Er der noget som bekymrer dig vedrørende dit barn? Hvis ja, prøv kort at beskrive hvad og hvorfor.

I dette skema vil jeg bede dig svare på om der er særlige forhold, du bekymrer dig om, vedrørende dit barns indlæring, udvikling eller adfærd.

Har du på nogen måde bekymret over	Nej	Ja	Lidt
hvordan dit barn taler eller laver talelyde?			
hvordan dit barn forstår, hvad du siger?			
Hvordan dit barn bruger sine hænder og fingre?			
Hvordan dit barn bruger sine arme og ben?			
dit barns måde at være på, opførsel eller adfærd?			
hvordan dit barn kommer ud af det med andre mennesker?			
dit barns evne til lære nye færdigheder?			
dit barns aktivitetsniveau?			
dit barns evne til at koncentrere sig?			
dit barns humør?			

Synes du dit barn vejer:

- Tilpas
 For meget
 For lidt

Indenfor de sidste 12 måneder:

Har barnets vejrtrækning lydt pibende eller hvæsende ?

- Ja Nej

Har barnet haft tør hoste om natten bortset fra hoste ved forkølelse eller anden luftvejsinfektion?

- Ja Nej

De sidste følgende spørgsmål skal kun besvares før 3, 4 og 5 års undersøgelsen:

Hvad spiser dit barn for det meste til morgenmad?

- Havregryn eller cornflakes
- Andre morgenmadsprodukter
- Brød
- Andet

Hvor mange dage om ugen får dit barn slik?

- aldrig
- en dag
- 2-3 dage
- 4-7 dage

Drikker dit barn sodavand eller saftvand dagligt?

- JA
- NEJ

Hvor meget mælk drikker dit barn dagligt?

- Mindre end 1 glas
- 1-2 glas
- 2-3 glas
- mere end 3 glas

Hvor mange gange om ugen får familien fastfood?

- aldrig
- < en dag
- 1-2 dage
- oftere

Hvad er det mest almindelige når i er ude at gå?

- Barnet går det meste af vejen
- Barnet kører klapvogn eller lignende det meste af vejen
- Lidt af hvert

Hvor mange timer om dagen ser barnet fjernsyn eller bruger computer

- ingen
- < 1 time
- 1-2 timer
- mere end 2 timer