Sundhedsstyrelsen

SKOLESUNDHEDSARBEJDE
– håndbog til sundhedspersonale

2013

Skolesundhedsarbejde – håndbog til skolesundhedstjenesten
© Sundhedsstyrelsen, 2013

Fagredaktion: Annette Poulsen

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
www.sst.dk

Emneord: skolesundhedspleje, sundhedsfremme, forebyggelse, rådgivning, børn og unge
Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 2. udgave

Versionsdato: 4. juli 2013

ISBN:
Trykt udgave: 978-87-7104-539-0
Elektronisk udgave: 978-87-7104-538-3

Foto: Heidi Maxmiling og Mikael Riecks s. 157
Grafisk design og Tryk: Rosendahls a/s

Trykt version kan rekvireres hos:
Rosendahls-Schultz Distribution a/s
Herstedvang 10
2620 Albertslund

Tlf: 70 26 26 36
E-mail: sundhed@rosendahls.dk
Pris: Kr. 0, dog betales gebyr og porto ved bestilling.

Forord

”Skolesundhedsarbejde” udkom første gang i 2005. Denne reviderede udgave af bogen skal ses som et supplement til Sundhedsstyrelsens ”Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge”, som har været gældende siden 1. marts 2011. Med den nye vejledning er der ændrede anbefalinger til tilrettelæggelsen og gennemførelsen af sundhedsarbejdet i skolerne, og den nye vejledning beskriver mere uddybende end hidtil, hvilke opgaver der forventes løst, og hvilke metoder og tilgange sundhedspersonalet i kommunen bør vælge i skolesundhedsarbejdet.

Denne nye udgave har tre nye kapitler, mens andre kapitler er udgået. To af de nye kapitler omhandler socialt udsatte og sårbare børn, både i et socialpædiatrisk perspektiv og i et sociologisk perspektiv. Et tredje nyt kapitel omhandler kommunikation med børn og unge med udgangspunkt i hjernens udvikling. De øvrige kapitler er enten ændret væsentligt indholdsmæssigt eller udelukkende fagligt opdaterede i henhold til nyeste viden.

Det er Sundhedsstyrelsens håb, at den reviderede bog kan inspirere skolesundhedsplejerskerne i arbejdet, og at også andre end sundhedspersonalet på skolerne vil have glæde af at læse bogen. Her tænkes fx på tandlæger og tandplejere, på PPR-ansatte og på skolens ledelse og lærere. Sundhedsstyrelsen opfordrer i ”Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge” til et styrket samarbejde mellem de forskellige faggrupper. Forhåbentlig kan denne bog bidrage til dette i kraft af, at andre professionelle omkring barnet og den unge får indblik i de opgaver, sundhedstjenesten varetager og lader sig invitere ind til samarbejde.

Bogen skal læses i lyset af FN’s børnekonvention. I artikel 24 omtales barnets ret til at ”nyde den højest opnåelige sundhedstilstand”, og Børnekonventionen er således også en ramme for denne bogs kapitler og tjener som inspiration til sundhedspersonalets forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i skolerne.

Sundhedsstyrelsen takker bogens forfattere samt det panel af kommunallæger og sundhedsplejersker, der ved en workshop gav væsentlige bidrag til denne reviderede udgave af ”Skolesundhedsarbejde”. Workshoppens medlemmer ses bagest i bogens sammen med en præsentation af bogens forfattere.

Jette Jul Bruun
Enhedschef
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Sundhedsstyrelsen

Indhold

1. Skolen som arena for forebyggelse og sundhedsfremme 13

Skolen som ramme for sundhedstjenestens ydelser 15
Lovgrundlaget 15
Sundhedens determinanter 16
Folkeskolen, friskoler, private grundskoler og efterskoler 17
Sundhedspolitik og sundhedsråd 20
Forebyggelsespakker 22

2. Det praktiske arbejde 25

Det praktiske arbejde 27
Tilrettelæggelse af skoleåret 27
Fysiske rammer for den kommunale sundhedstjeneste 28
Journalføring 29
Hovedtemaer og indsatsområder 30
Indskolingsundersøgelsen 36
Udskolingsundersøgelsen 39
Sundhedspædagogiske aktiviteter 41
Eksempler på sundhedspædagogiske aktiviteter 42
Åben konsultation 46
Børn og unge med særlige sundhedsmæssige behov 48
Sundhedsprofiler 53
Samarbejde med forældrene 55
Kommunikation og sundhedspersonalets synlighed 55
Sundhedstjenesten – et tilbud 56
Tværfagligt samarbejde 57
Tværfaglig gruppe 58
Samarbejde med almen praksis, børneafdeling og børnepsykiatrisk afdeling 60

3. Skolens fysiske miljø, hygiejne og ulykker 65

Lovgivning, regler og vejledninger 67
Sundhedstjenestens rolle, ansvar og opgaver 69
Tilsyns- og bistandsopgaven 71
Løbende opgaver 72
Akutte opgaver 73
Rådgivning af kommunale myndigheder 74
Miljøfaktorer 74
Praktisk tilgang til indeklimasager og forebyggelse 90
Udemiljø 95

Hygiejne 97
Forebyggelsespakke om hygiejne 101
Ulykker 102
Forebyggelse 103

4. Somatiske symptomer og sygdomme i skolealderen 109

Sundhedstjenestens opgaver i forhold til sygdom 111
Sygdomsmønstret i skolealderen 113
Sygdomme i skolealderen 121
Allergiske sygdomme 122
Gastrointestinale og urogenitale symptomer og sygdom 129
Neurologiske sygdomme og symptomer 135
Endokrine sygdomme 140
Bevægeapparatet 142
Solskoldninger og risiko for udvikling af hudkræft 148
Overvægt 150
Sansedefekter 153

5. Psykiatriske symptomer og sygdomme 157

Specialet børne og ungdomspsykiatri 159
Depression 160
ADHD 160
Uro og hyperaktivitet 161
Emotionelle forstyrrelser 162
Tics 162
Autismespektrum forstyrrelse/gennemgribende udviklingsforstyrrelse 163
Sociale funktionsforstyrrelser 164
OCD 165
Spiseforstyrrelser 165
Mental retardering 167
Adfærdsforstyrrelse 167
PTSD 168

6. Vækst fra barn til pubertet 173

Børn og unges vækstfaser 175
Måling af vækst 177
Puberteten – den tredje vækstfase 179
Vækstforstyrrelser 184
Forstyrrelser i pubertetsudviklingen 193

7. Socialt udsatte børns sundhed og sygdomme 203

Socialpædiatri 205
Overgreb og omsorgssvigt 206
Selvmordsforsøg 211
Funktionelle lidelser 212
Anbragte børn og helbredsproblemer 214
Særlige helbredsproblemer hos børn og unge af anden etnisk herkomst 215
Skolefravær, sygdom og kognitive vanskeligheder 218
Socialpædiatriske vanskeligheder ved kronisk sygdom og udviklingsproblemer 218
Forældre med egne vanskeligheder 220

8. Ulighed i sundhed – udsatte og sårbare børn i skolen 225

Ulighed i sundhed 227
Hypoteser om ulighed i sundhed 228
Skolen som arena til reduktion af ulighed i sundhed 229
Fritidsaktiviteter som bidrag til at mindske ulighed i sundhed 230
Opsporing og tidlig indsats 231
Ikke-etniske danske børn og efterkommere 234
Tidlig indsats og tværfagligt samarbejde 235
Børn kan få en bisidder 237
Børneportalen 237

9. Sundhedspædagogik i skolesundhedstjenesten 241

Opgaver og roller 243
Didaktik 246
Handlekompetence 247
Deltagelse 249
Det brede, positive sundhedsbegreb 251
Skolen som sundhedsfremmende miljø 253

10. Kommunikation med børn og deres forældre 259

Kommunikation i en sundhedsfaglig praksis 261
Den fysiske ramme for kommunikationen 261
Sundhedsplejerskens rolle som kommunikatior 262
Anerkendelse i kommunikation 263
Hjerneudvikling og neuroaffektivitet 265
Tilknytningsmønstre og affektregulering 266

Kommunikation i et neuroaffektivt perspektiv 268
Spørgsmålstyper 270
Kommunikation med børn i grupper 279

11. Tobak, alkohol og stoffer 285

Legale og illegale rusmidler 287
Børn og unges brug af tobak, alkohol og stoffer 290
Risici ved brug af tobak, alkohol og stoffer 296
Forebyggelsespakke om tobak 307
Forebyggelsespakke om alkohol 309
Kendetegn for en effektiv undervisning i rusmidler og tobak 311

12. Mobning og social trivsel i skolen 315

Hvad er mobning? 317
Omfanget af mobning 318
Håndtering af mobning i skolen 325
Sundhedspersonalets særlige rolle og
handlemulighed 328
Opmærksomme samtaler 330
Forebyggelsespakke om mental sundhed 336

13. Seksualundervisning og prævention 339

Sundhedspædagogiske aktiviteter og 341
samtaler i skolen 341
Lovgrundlag for seksualundervisningen 341
Et trygt læringsrum 346
Principper for god seksualundervisning 348
Sundhedsplejerskens rolle og opgaver 353
Forebyggelsespakke om seksuel sundhed 356
Prævention 357
Sexsygdomme 367
Provokeret abort 380

14. Mad og måltider 389

Definitioner 391
Kostvaner 391
Danske børns kostvaner 392
Særlige problemstillinger 396
Kosttilskud 397

Næringsstofanbefalinger og kostråd 398
Mængder for fødevaregrupper 402
Måltider 403
Faktorer, der påvirker etablering af sunde kostvaner 407
Forebyggelsespakke om mad & måltider 410
Maddannelse 411
Skolemadsprojekter 411

15. Fysisk aktivitet, idræt og træning 419

Fysisk aktivitets betydning for børn 421
Fysisk aktivitet 421
Anbefalet aktivitetsniveau 424
Motorisk udvikling og vækst 427
Fysisk aktivitet samt kognitive, personlige og sociale kompetencer 428
Forebyggelsespakke om fysisk aktivitet 429
Fysisk aktivitet som forebyggelse 431
Kondition 433
Vedligeholdende træning 435

Forfatteroversigt 443

Stikord 447

Skolen som arena for forebyggelse og sundhedsfremme

Annette Poulsen

I henhold til sundhedsloven skal kommunalbestyrelsen tilrettelægge sundhedsfremmende og forebyggende sundhedsydelser på alle landets skoler. Skolen er en af de arenaer, hvor børn og unges sundhed udvikles i fællesskab med andre, og dermed en væsentlig arena for ansatte i den kommunale sundhedstjeneste.

Med "Vejledning om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge", angives en ramme for, hvordan skolesundhedsarbejdet bedst tilrettelægges for at opfylde sundhedslovens bestemmelser, både når det gælder den generelle indsats, der retter sig mod alle børn og unge, og den specifikke indsats, der retter sig mod dem, der har særlige behov for sundhedsfaglig indsats igennem skoletiden. Sundhedspersonalet kan med fordel tilrettelægge de generelle indsatser i tæt samarbejde med lærere og andre ansatte, der arbejder med sundhed i skolen.

Skolen som ramme for sundhedstjenestens ydelser

Skolen er en af de rammer, hvor sundhed skabes, sådan som WHO definerede det med Ottawa-charteret i 1986 (1):

> *"Sundhed skabes af mennesker inden for de rammer, hvor de til daglig lærer, arbejder og elsker. Sundhed skabes ved at yde omsorg for sig selv og andre, ved at tage beslutninger og være herre over livsvilkår og ved at sikre, at det samfund, man lever i, skaber betingelser, som giver alle mulighed or at opnå sundhed"*

På baggrund af WHO's definition af sundhed fra 1948 har Sundhedsstyrelsen i "Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge" (2) defineret sundhed som

> *"En tilstand som hos et individ eller en gruppe af individer er karakteriseret ved fysisk, psykisk og social trivsel"*

og det er denne definition, der sammen med Ottawacharterets rammesætning er grundlag for tilrettelæggelsen og udførelsen af skolesundhedsarbejdet i henhold til sundhedslovens, bekendtgørelsens (se nedenfor) og vejledningens bestemmelser.

Sundhedsstyrelsens definition af sundhed rummer såvel det enkelte barn/den unge som den gruppe af børn og unge, som skolesundhedstjenesten har som målgruppe. Definitionen inkluderer også forældrene, der er en væsentlig samarbejdspartner for sundhedspersonalet på skolen, både i forhold til det enkelte barns sundhed og trivsel og når det gælder sundhedspersonalets bidrag til at udforme sundhedspolitikker for skolen.

Lovgrundlaget

Når det gælder børn og unge i den undervisningspligtige alder bestemmer sundhedsloven, LBK 913 af 13/07/2010 i §§ 120-126 (3), at kommunen skal bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse ved at:

- yde en generel sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats til alle børn og unge
- yde en individorienteret indsats over for alle børn og unge gennem vederlagsfri sundhedsvejledning, bistand og funktionsundersøgelser indtil undervisningspligtens ophør
- tilbyde alle børn og unge med særlige behov en særlig indsats indtil undervisningspligtens ophør
- tilbyde alle børn og unge i den undervisningspligtige alder to forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge eller sundhedsplejersker
- oprette en tværfaglig gruppe, der sikrer, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og i tilstrækkeligt omfang formidler kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab i forhold til børn og unge med særlige behov
- bistå skoler og kommunale dagtilbud med vejledning om almen sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltning.

Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 (4) fastsætter i henhold til sundhedslovens § 126, hvorledes sundhedslovens bestemmelser udmøntes i kommunerne, hvilket jf. § 29 er beskrevet i vejledningen.

Sundhedens determinanter

Det brede sundhedsbegreb, som er introduceret ovenfor, omfatter en forståelse af det enkelte menneskes og befolkningsgruppers sundhed og sygdomme, betinget af determinanter som:

- Genetiske og biologiske forhold
- Livsstilsfaktorer som fx brug af tobak, alkohol, kost og fysisk aktivitet
- Levevilkår som uddannelse, økonomi, fysisk miljø, arbejdsmiljø, boligmiljø mv.
- Forebyggende og behandlende indsatser fra det samlede sundhedsvæsen.

Som beskrevet i vejledningen kan sundhed hos børn defineres som:

- En alderssvarende udvikling, hvad angår vækst, udvikling af sanser og motorik, intellektuel, psykisk og social udvikling
- En god funktionsevne
- En grundstemning præget af livsmod og glæde
- Fravær af alvorlig eller tilbagevendende sygdom.

I oktober 2011 vedtog en lang række lande, herunder Danmark, på et WHO-møde Rio Deklarationen (5). Dokumentet omhandler sundhedens sociale determinanter og beskriver fem områder, der alle skal adresseres i forhold til at redu-

cere social ulighed i sundhed. Et af områderne er fortsat at reorientere sundhedssektorens indsatser mod netop dette forhold.

I skolesundhedsarbejdet skal sundhedens determinanter såvel som indsatser, der reducerer ulighed i sundhed, indgå i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Indsatserne skal således omfatte såvel livsstil som levekår med henblik på at bidrage til at bevare og styrke børn og unges sundhed og skal bidrage til at reducere social ulighed i sundhed. Den multifaktorielle forståelse af børns sundhed, trivsel og eventuel sygdom stiller krav til de sundhedsprofessionelle om at indgå i tværfagligt samarbejde med andre faggrupper for at kunne tilbyde de rette indsatser, uanset om det gælder den individorienterede indsats – hvor forældrene naturligt er inkluderet – eller mere generelle indsatser af almen karakter på gruppe- eller klasseniveau.

Når det gælder de svagest stillede børn og unge med særlige behov stiller det særlige krav til den multidisciplinære indsats omkring barnet/den unge og dennes familie, således at indsatserne bliver iværksat med de rette fagpersoner tidligst muligt af hensyn til barnets sundhed, trivsel og udvikling. Dette aspekt af skolesundhedsarbejdet uddybes i kapitlerne 7 og 8.

Folkeskolen, friskoler, private grundskoler og efterskoler

Børn, der bor fast i Danmark, har 10 års undervisningspligt, der kan opfyldes ved deltagelse i folkeskolens undervisning eller i en undervisning, der svarer hertil, fx i frie grund- og efterskoler og den kommunale ungdomsskole. Såfremt forældre eller værger selv sørger for undervisning, skal denne stå mål med, hvad der almindeligvis kræves i folkeskolen.

Ca. 85 % af alle undervisningspligtige børn undervises i folkeskolens knap 1400 skoler (tal fra 2011 på www.uvm.dk). De resterende undervises på ca. 260 efterskoler og godt 550 friskoler og private grundskoler. Kun ganske få børn modtager undervisning i hjemmet.

Området reguleres af bekendtgørelse om folkeskolen, LBK 998 af 16/08/2010 (6), hvor formålet med loven er beskrevet som følger:

Kapitel 1: Folkeskolens formål

§ 1. Folkeskolen skal i samarbejde med forældrene give eleverne kundskaber og færdigheder, der: forbereder dem til videre uddannelse og giver dem lyst til at lære mere, gør dem fortrolige med dansk kultur og historie, giver dem forståelse for andre lande og kulturer, bidrager til deres forståelse for menneskets samspil med naturen og fremmer den enkelte elevs alsidige udvikling.
Stk. 2. Folkeskolen skal udvikle arbejdsmetoder og skabe rammer for oplevelse, fordybelse og virkelyst, så eleverne udvikler erkendelse og fantasi og får tillid til egne muligheder og baggrund for at tage stilling og handle.
Stk. 3. Folkeskolen skal forberede eleverne til deltagelse, medansvar, rettigheder og pligter i et samfund med frihed og folkestyre. Skolens virke skal derfor være præget af åndsfrihed, ligeværd og demokrati.

Friskoler og private grundskoler kaldes samlet for frie grundskoler. Disse reguleres af lov om friskoler og private grundskoler m.v., LBK 1135 af 07/12/2011 (7):

Kapitel 1: Undervisning m.v.

§ 1. Friskoler og private grundskoler (frie grundskoler) kan inden for rammerne af denne lov og lovgivningen i øvrigt give undervisning, der stemmer med skolernes egen overbevisning, og tilrettelægge undervisningen i overensstemmelse med denne overbevisning. Skolerne afgør inden for de samme rammer frit, hvilke elever de vil have på skolerne.
Stk. 2. Frie grundskoler giver undervisning inden for børnehaveklasse og 1.-9. klassetrin, som står mål med, hvad der almindeligvis kræves i folkeskolen. Skolerne skal efter deres formål og i hele deres virke forberede eleverne til at leve i et samfund som det danske med frihed og folkestyre samt udvikle og styrke elevernes kendskab til og respekt for grundlæggende friheds- og menneskerettigheder, herunder ligestilling mellem kønnene. Skolerne kan tillige omfatte 1-årig undervisning på 10. klassetrin.

Skolebestyrelser og forældreindflydelse

Af bekendtgørelse om folkeskolen fremgår af § 2, stk. 3, at elever og forældre samarbejder med skolen om at leve op til folkeskolens formål, og af § 42 fremgår, at der ved hver skole skal oprettes en skolebestyrelse med fem eller syv repræsentanter for forældrene valgt af og blandt personer, der har forældremyndigheden over børn, der er indskrevet i skolen. I skolebestyrelsen sidder desuden to repræsentanter for lærerne og de øvrige medarbejdere og to repræsentanter for eleverne valgt af og blandt skolens elever.

Af § 44, stk. 8 fremgår, at skolebestyrelsen udarbejder forslag til kommunalbestyrelsen om skolens læseplaner, og at skolebestyrelsen afgiver indstilling til kommunalbestyrelsen om forsøgs- og udviklingsarbejder i det omfang, det overskrider de mål og rammer, som kommunalbestyrelsen har fastsat.

Disse bestemmelser viser, at forældrene har stor betydning i den danske folkeskole, hvilket også gør sig gældende, når det drejer sig om de forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Af vejledningen fra 2011 fremgår allerede af forordet, at Sundhedsstyrelsen har anlagt et familieorienteret og sammenhængende perspektiv i udarbejdelsen af vejledningen. I denne bog skal dette perspektiv kobles til folkeskolelovens bestemmelser om inddragelse af forældrene i undervisningen og dannelsen af børn og unge i skolen.

Sundhedspersonalet bør på den baggrund inddrage forældrene i arbejdet på skolen, også når det rækker ud over det enkeltes barns sundhed, trivsel og udvikling, som er beskrevet i vejledningen, afsnit 12.4.2. Sundhedspersonalet kan fx inddrage kontaktforældrene i klasserne for at få inspiration til, hvordan man skal arbejde med sundhed på den enkelte skole, de kan deltage i forældremøder og skolebestyrelsesmøder og her bidrage til debat om det brede sundhedsbegreb, og de kan aktivt deltage i udvikling af skolens sundhedspolitik, hvilket måske kan føre til oprettelse af et sundhedsråd eller sundhedsteam på skolen, se side 20 (i dette kapitel) og kapitel 2.

Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab, Faghæfte 21

Undervisningsministeriet har udgivet en lang række faghæfter til brug for lærernes planlægning og gennemførelse af en række fag og emner, herunder også emnet sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab, Faghæfte 21 (8).
Af faghæftet fremgår, at formålet med undervisningen i dette emne er, at slutmålene for emnet beskriver, at undervisningen skal lede frem mod, at eleverne har tilegnet sig kundskaber og færdigheder i forhold til:

Årsager og betydning

Eleverne skal fx kunne

> *"eleverne tilegner sig indsigt i vilkår og værdier, der påvirker sundhed, seksualitet og familieliv. Eleverne skal opnå forståelse af den betydning, seksualitet og familieliv har for sundhed samt af samspillet mellem sundhed og miljø."*

- beskrive fysiske og psykiske faktorer og diskutere deres samspil og indvirkning på sundhed og seksualitet
- forstå og forholde sig til sociale og samfundsmæssige påvirkninger af identitet, kønsroller og seksualitet, herunder betydningen af kulturelle normer, medier og venner
- Gøre rede for, hvordan følelse og kærlighed har betydning for sundhed, seksualitet og familieliv.

Visioner og alternativer

Eleverne skal fx kunne
- opstille visioner for et sundt samfund med mindre ulighed i sundhed
- opstille visioner for et sundt liv og sunde levevilkår i fremtiden.

Handling og forandring

Eleverne skal fx kunne
- bidrage med konkret forslag til skolens sundhedspolitik
- diskutere, hvordan negative konsekvenser af seksuallivet kan undgås
- opstille og diskutere ideer til aktiv handling for et sundt liv og sunde levevilkår i fremtiden.

De grundlæggende kundskaber og færdigheder skal udvikles som en helhed i hele De grundlæggende kundskaber og færdigheder skal udvikles som en helhed i hele skoleforløbet både i konkret undervisning og som tværgående emner og problemstillinger i undervisningen. Der er ikke beskrevet et selvstændigt timetal for emnet, men temaerne skal indgå inden for de obligatoriske fags timetalsramme.

Slutmålene for emnet hænger tæt sammen med de metoder og emner, der er beskrevet for skolesundhedsplejen i vejledningens afsnit 12.5. Ansvaret for, at eleverne har tilegnet sig de nødvendige kundskaber og færdigheder, er lærernes, men vejledningen angiver tydeligt, at sundhedspersonalet skal invitere til samarbejde med skolens ledelse og lærere med henblik på at udvide og facettere forståelsen af emnet sundheds- og seksualundervisning samt familiekundskab.

Sundhedspolitik og sundhedsråd

Langt de fleste kommuner har en overordnet sundhedspolitik, som kommunens ansatte arbejder for at føre ud i livet. Med udgangspunkt i denne kan sundhedstjenesten, tandplejen og skolens ledelse og lærere sammen udvikle lokale sundhedspolitikker, der sætter fokus på de sundhedsproblemer, der findes på de enkelte skoler. Det kan fx ske gennem etablering af sundhedsråd, hvor også forældre og elever deltager på lige fod med de ansatte (9). Her kan man formulere visioner

og lave strategier for udvalgte indsatsområder og skabe sammenhæng mellem idé og handling. Gennem inddragelse af førnævnte interessenter skabes ejerskab til de udvalgte problemområder og indsatsområder. På den måde kan skabes grobund for dialog om, hvordan hjemmet og skolen i fællesskab kan løfte ansvaret for børnenes sundhed.

Sammenhængende sundhedspolitik

De fleste børn og unge i skolealderen har et godt helbred i medicinsk forstand. Sundhedsadfærd i forhold til en lang række emner har imidlertid betydning for børn og unges sundhed og trivsel, både på kort og lang sigt. Det drejer sig fx om mad og måltider, om overvægt, om rygning og alkohol og euforiserende stoffer, om fysisk aktivitet, om tandpleje, om seksuel sundhed og om mental sundhed, herunder også søvnvaner.

Det er dokumenteret, at sociale uligheder i helbred og sundhedsadfærd ofte er store. Der ses ofte en fire-til femdobling af forekomsten af belastninger eller usunde vaner fra højeste til laveste socialgruppe. Langt de fleste sociale forskelle viser sig som en gradient, hvilket betyder, at mange danske unge helbreds- og adfærdsmæssigt er ringere stillet end deres jævnaldrende fra den højeste socialgruppe (2, 10). Reduktion af social ulighed i sundhed er et væsentligt omdrejningspunkt i tilrettelæggelsen af de ydelser, skolesundhedstjenesten tilbyder. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens rapport "Ulighed i sundhed – årsager og indsatser" (11), at reduktion af den sociale ulighed i sundhed og helbred ikke løses af sundhedssektoren alene, hvorfor det tværfaglige samarbejde er af meget stor betydning for det konkrete arbejde med at reducere ulighed i sundhed.

I de enkelte kommuner og på de enkelte skoler i kommunen findes forskellige sundhedsmæssige udfordringer. Det anbefales at udvikle en sammenhængende sundhedspolitik med udgangspunkt i den sundhedsprofil, som den enkelte skole har, og som forældre, elever, lærere og sundhedspersonale finder er vigtige at samarbejde om med henblik på at bedre sundhed og trivsel. Sundhedspolitikken bør ikke udelukkende fokusere på risikoadfærd, men også indeholde sundhedsfremmende tiltag, således at der ikke udelukkende arbejdes med de konkrete risikofaktorer, men også med projekter, der konkret kan bidrage til at fremme sundhed og reducere social ulighed i sundhed og trivsel. Læs også kapitel 2 (12). Sundhedsplejersken og lægen kan med deres sundhedsfaglige perspektiv bidrage til, at sundhed tænkes ind i andre politikker, der udvikles på skolen. I den sammenhæng kan der med fordel tages udgangspunkt i forebyggelsespakkerne.

Forebyggelsespakker

I 2012 udsendte Sundhedsstyrelsen en række forebyggelsespakker, som efterfølges af flere pakker i 2013 (13). Pakkerne skal bidrage til at styrke folkesundheden gennem en systematisk forebyggelses- og sundhedsfremmende indsats af høj kvalitet i kommunerne. Forebyggelsespakkerne indeholder faglige anbefalinger til kommunernes forebyggelsesindsats, og der er udviklet pakker på en række risikoområder, hvor der er stort forebyggelsespotentiale i forhold til at forbedre folkesundheden.

Der er udviklet forebyggelsespakker på følgende områder: tobak, alkohol, mental sundhed, seksuel sundhed, fysisk aktivitet, hygiejne, indeklima i skolen, stoffer, solbeskyttelse, mad og måltider og overvægt. I 2013 udkommer forebyggelsespakke om stoffer.

I pakkerne anbefales indsatser på to niveauer: et grundniveau, der indeholder basale indsatser baseret på den aktuelt bedste viden – på kort sigt, og et udviklingsniveau med indsatser, der typisk bygger videre på indsatser i grundniveauet, og som forudsætter bl.a. mere opsøgende arbejde og udvikling af nye kompetencer – på længere sigt.

Pakkerne inddrager også skolesundhedstjenestens ydelser, og pakkernes skolesundhedsrelevante indhold vil blive præsenteret i de enkelte kapitler til inspiration for tilrettelæggelse og prioritering af indsatserne.

Sundhedsstyrelsen har udviklet målgruppekort, som samler de anbefalinger fra forebyggelsespakkerne, som retter sig mod en specifik målgruppe. Der er således bl.a. udarbejdet målgruppekort for skolebørn. På målgruppekortet opdeles anbefalingerne fra forebyggelsespakkerne på arenaer, fx i skolen. Hensigten med målgruppekortene er at give en oversigt, hvor anbefalingerne gengives i forkortet form. Målgruppekortene kan ikke stå alene, og der skal derfor altid tages udgangspunkt i den fulde ordlyd i pakkerne, når indsatser skal planlægges og iværksættes. Målgruppekortene kan ses på www.sst.dk

LITTERATUR

1. WHO. Otttawa Charter for Health promotion. WHO, 1986.
2. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Sundhedsstyrelsen, 2011. www.sst.dk
3. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Sundhedsloven, LBK nr. 913 af 13/07/2010. www.retsinformation.dk
4. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. www.retsinformation.dk
5. WHO. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health WHO, 2011. www.who.int
6. Undervisningsministeriet. Folkeskoleloven, LBK nr. 998 af 16/08/2010. www.retsinformation.dk
7. Lov om friskoler og private grundskoler m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 1135 af 07/12/2011. www.retsinformation.dk
8. Undervisningsministeriet. Fælles Mål 2009. Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab, faghæfte 21. Undervisningsministeriets håndbogsserie nr. 23. Undervisningsministeriet, 2009. www.uvm.dk
9. Roesen, J. et al. (red). Skolesundhedspleje ved en skillevej? Erfaringer fra udviklingsprojekter i Københavns Kommune. Københavns kommune, Sundhed og Miljø, 2006.
10. Rasmussen, M., Due, P. (red): Skolebørnsundersøgelsen 2010. Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2011.
11. Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen, 2011. www.sst.dk
12. Holstein, B.E. et al.: Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige – bidrag til belysning af skolebørns mentale sundhed. Sundhedsstyrelsen, 2011. www.sst.dk
13. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakker. www.sst.dk

LITTERATUR

www.sst.dk

www.retsinformation.dk

www.uvm.dk

www.who.int

Det praktiske arbejde

Lili Bramsløw og Tine Keiser-Nielsen

Sundhedstjenestens ydelser i skolen er af både generel og individuel karakter og består af en lang række tilbud. Sundhedstjenesten skal tilbyde undersøgelser, der opsporer sygdom og fejludvikling, opspore børn og unge med særlige sundhedsmæssige behov og tilbyde dem særlig vejledning og eventuelt yderligere undersøgelser samt tilrettelægge sundhedspædagogiske aktiviteter. Målet for skolesundhedsarbejde er, at børn og unge gradvist bliver i stand til at forholde sig til og handle i forhold til egen og andres sundhed.

Tilrettelæggelse og udførelse af det praktiske arbejde i skolesundhedstjenesten sker med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge fra 2011, afsnit 12. Dette kapitel er et supplement til og en uddybning af vejledningen.

Det praktiske arbejde

Det praktiske arbejde i skolesundhedstjenesten omfatter tre forskellige former for indsatser: samtaler og undersøgelser, sundhedspædagogiske aktiviteter og åben konsultation.

De tre indsatsområder anses for lige væsentlige i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde og tilrettelægges med henblik på at opfylde de bestemmelser, der nævnes i bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge (1), om at:

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

Der skal tages hensyn til både det enkelte barn samt gruppen af børn med reduktion af ulighed i sundhed som særligt indsatsområde og med fokus på børn og familier med særlige behov.

Gennem udarbejdelse af sundhedsprofiler kan sundhedstjenesten med fordel beskrive sundhedsforholdene i en klasse eller på en skole med henblik på at kunne rådgive skolens lærere og ledelse og andre kommunale samarbejdspartnere samt tage initiativ til relevante indsatser, der kan forbedre sundheden på individ- eller gruppeniveau.

Tilrettelæggelse af skoleåret

Ved tilrettelæggelsen af skoleåret må sundhedspersonalet sørge for, at såvel sundhedsloven (2) som bekendtgørelsen (1) overholdes med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens "Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge" (3), ligesom den enkelte kommunes servicemål for området skal indgå i tilrettelæggelsen. Den enkelte kommunalbestyrelse har fastsat, hvilke servicemål sundhedstjenesten skal opfylde, hvilket kan variere fra kommune til kommune. Derfor kan vilkårene for udførelsen af sundhedspersonalets arbejde ligeledes variere forskellige steder i landet afhængig af den enkelte kommunalbestyrelses prioriteringer.

Ved skoleårets start bør sundhedspersonalet lave en årsplan for det kommende skoleårs arbejde. Deler sundhedstjenesten lokalet med andre faggrupper, må der tages højde for dette i årsplanen. Der bør være mulighed for fleksibilitet, og der skal være afsat tid til nødvendig efteruddannelse, mødeaktivitet, øvrigt tværfagligt samarbejde samt opfølgning på samtaler og undersøgelser. Der skal ligeledes være plads til løbende at kunne tage sig af arbejdet med børn og unge med særlige behov. Derudover skal der være afsat tid til at løse konsulentopgaver vedrørende hygiejne og indeklima, jf. vejledningens kapitel 13. Læs mere i kapitel 3 om disse opgaver.

Ved tilrettelæggelsen af arbejdet skal sundhedspersonalet tage højde for, hvornår det er praktisk muligt at foretage de regelmæssige samtaler/undersøgelser på de af kommunalbestyrelsens fastsatte årgange. Sundhedsplejersken og kommunallægen skal koordinere ind- og udskolingsundersøgelserne afhængig af, hvordan disse er tilrettelagt i den enkelte kommune. Der skal tages højde for skolens øvrige aktiviteter som terminsprøver, afgangseksaminer, tværsuger, idrætsdage, erhvervspraktik og lignende. Sundhedspersonalet må ligeledes samarbejde med de enkelte klasselærere om, hvornår det er muligt at se klasserne, og hvornår de sundhedspædagogiske aktiviteter passer ind i klassernes årsplaner.

Erfaringsmæssigt viser det sig ofte, at der laves om på skolens planer i løbet af skoleåret, og sundhedspersonalets årsplan må derfor kunne revideres løbende.
Da samtaler og undersøgelser ikke foregår på alle årgange, men dog skal foregå regelmæssigt, bør der også planlægges, så der går kortest mulig tid imellem de kontakter, sundhedspersonalet har med eleverne.

Det anbefales at udarbejde tidssvarende og standardiserede invitationer i kommunen til de klasser, som personalet skal indbyde til undersøgelser og samtaler. Disse kan udleveres i såvel papir som i elektronisk udgave. De regelmæssige undersøgelser og samtaler er et tilbud og gennemførelse forudsætter forældrenes samtykke.

Diverse pjecer, forældrebreve og informationsmateriale bør revideres løbende. Sundhedstjenesten må nøje overveje, hvilke materialer, herunder producentudviklede materialer, der anvendes, og sikre, at der ikke udleveres forældet materiale.

Fysiske rammer for den kommunale sundhedstjeneste

For at sundhedspersonalet kan udføre deres arbejde, skal skolen stille et egnet lokale til rådighed. Det skal være et lokale af en vis størrelse, som giver personalet

mulighed for at udføre det praktiske arbejde, og det skal kunne aflåses. Der bør være et forrum, der kan fungere som venteværelse og garderobe. Man bør være opmærksom på, at lokalets beliggenhed i forhold til støj har betydning for gennemførelse af samtaler og høreprøver.

Lokalet skal have direkte dagslys gennem vinduer, og der skal være mulighed for udluftning. Det skal rengøres regelmæssigt af hensyn til både indeklima og det fysiske arbejdsmiljø. Lokalet skal være udstyret med en alarmklokke i tilfælde af brand eller andre katastrofesituationer på skolen eller i lokalområdet.

Som minimum bør sundhedslokalet indeholde:

- Skrivebord med kontorstol og eventuelt samtalebord
- Stole til elever og forældre
- Skab og reol til undervisningsmateriale og pjecer, undersøgelsesmateriale og sygeplejeartikler til akut skadebehandling
- Synstavle ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning, bilag 10
- Audiometer
- Vægt og højdemåler
- Undersøgelsesbriks
- Håndvask
- Internetadgang, herunder adgang til det kommunale netværk
- Opslagstavle
- Papirkurv
- Affaldskurv
- Aflåseligt brandsikkert skab til opbevaring af papirjournaler
- Eventuelt computer og telefon, såfremt sundhedspersonalet ikke har egen mobiltelefon eller bærbar computer til rådighed.

Journalføring

Den kommunale sundhedstjeneste skal føre journal på hvert barn. Vejledningen beskriver i kapitel 2, hvilke data journalen skal indeholde. Journalføringspligten for autoriserede sundhedspersoner er beskrevet i bekendtgørelse nr. 3 af 02/01/2013 om autoriserede sundhedspersoners journaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.) (4).

Journalen er et arbejdsredskab og kommunikationsmiddel til brug for undersøgelser, samtaler og anden sundhedsfaglig kontakt. Den sundhedsplejerske eller læge, der har foretaget undersøgelse, rådgivning eller henvisning, skal føre journalen, og det skal fremgå tydeligt, hvem der har foretaget journalnotatet og hvornår.

Det anbefales, at kommunallægen og sundhedsplejersken anvender samme journalsystem, så der kun eksisterer én samlet journal i kommunen vedrørende barnets sundhed og trivsel. Dermed skabes et overblik over den samlede sundhedsfaglige indsats for barnet.

Forældre kan få aktindsigt i barnets journal og unge, der er fyldt 15 år, kan få aktindsigt i deres egen journal.

Hovedtemaer og indsatsområder

Af vejledningen fremgår, at samtaler og undersøgelser, sundhedspædagogiske aktiviteter og åben konsultation er ligestillede og lige væsentlige aktiviteter i den indsats, som skal ydes af skolesundhedstjenesten. I det praktiske daglige arbejde vil der derfor naturligt også ofte være en overlapning eller sammensmeltning af de tre indsatsområder.

Samtaler og funktionsundersøgelser

Foruden de lovbestemte ind- og udskolingsundersøgelser skal sundhedstjenesten regelmæssigt tilbyde alle børn samtaler og funktionsundersøgelser gennem hele skoletiden, jf. bekendtgørelsens § 10, stk. 3 (1). Disse aktiviteter planlægges i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning og den enkelte kommunes servicemål.

Samtaler

Ud over samtaler i forbindelse med ind- og udskolingsundersøgelserne anbefales det som minimum at tilbyde samtaler til alle børn på følgende klassetrin:

- 1. klasse
- 4., 5. eller 6. klasse
- 7. eller 8. klasse

Samtalerne skal tage udgangspunkt i det brede og positive sundhedsbegreb. De kan foregå både i grupper og individuelt eller som en del af en sundhedspædagogisk aktivitet. Ofte vil sundhedsplejersken vælge at tale med de mindre børn i små grupper og de ældre skolebørn individuelt, men der kan arbejdes med forskellige modeller og metoder. Det er vigtigt, at både elever og forældre er orienterede om og forberedt på samtalerne enten via Elev- og ForældreIntra og/eller ved skriftlig invitation. Forældrene skal forud for planlagte undersøgelser og samtaler give tilsagn til, at dette kan ske.

Sundhedspersonalets store udfordring er, at alle børn og unge skal opleve kvalitet og profitere af sundhedssamtalerne. Undersøgelser og udviklingsarbejde har vist, at udbyttet af samtalerne bliver bedst, når eleverne har medbestemmelse og indflydelse på indholdet af samtalerne og bliver mødt som ligeværdige samtalepartnere (5, 6, 7, 8, 9). Dette peger i høj grad på den dialogbaserede sundhedspædagogik, hvor sundhedspersonalet indtager en ikke-moraliserende position, men møder eleven med interesse, respekt og forståelse. Gennem en anerkendende dialog kan sundhedsplejersken og kommunallægen således blive katalysator for, at eleven svarende til alder og klassetrin i stigende grad bliver i stand til selv at reflektere over egen sundhed og udvikle handlekompetence.

Emnerne, som kan tages op i samtalerne, kan fx være forståelsen af egen og andres sundhed, hygiejne, trivsel, hvordan har jeg/vi det i skolen, med kammeraterne, i fritiden, med mig selv og min krop? Det kan handle om socialt netværk, familieliv, livsstil og betydningen af risikoadfærd, krop, sind, seksualitet og prævention.

Funktionsundersøgelser

Følgende undersøgelser anbefales til alle børn:

- Synsprøve ved indskoling og i 6. eller 7. klasse
- Høreprøve ved ind- og udskolingsundersøgelserne.
- Højde- og vægtmåling ved indskolingen, i 1.klasse, i enten 4., 5. eller 6. klasse samt ved udskolingsundersøgelsen
- Farvesynsprøve ved behov i udskolingen.

Udførelsen af funktionsundersøgelserne og minimumskravene fremgår af vejledningen, bilag 7, 9 og 10.

Undersøgelsernes formål er tidligt at opspore og forebygge sygdom og fejludvikling samt fremme sundheden. Funktionsundersøgelserne kan give anledning til yderligere undersøgelser i sundhedstjenestens eget regi og er således et vigtigt redskab ved sundhedsplejerskens og kommunallægens undersøgelse, hvor der fx er mistanke om funktionsnedsættelse, dårlig eller manglende trivsel, vækst- og/eller vægtproblemer mv.

Hverken sundhedsplejersken eller kommunallægen skal behandle, jf. bekendtgørelsens § 8, stk. 3 (1), men henviser til relevante samarbejdspartnere efter aftale med forældrene.

Ved undersøgelse af Fie i 8. klasse viser det sig, at hendes vægtkurve bøjer en del af. Sundhedsplejersken får indtryk af en velfungerende pige, som stiller høje krav til sig selv, men som fortæller om tilsyneladende normale kost- og motionsvaner. Fie, sundhedsplejersken og forældrene aftaler, at Fie bør komme til en kontrol igen om nogle måneder.

Inden sundhedsplejersken når at indkalde Fie igen, ringer Fies mor, da forældrene er meget bekymrede for Fie, som de synes, er blevet tynd. De synes, at hun spiser meget lidt og har en overdreven adfærd i forhold til motion. Fie og mor kommer sammen til samtale med sundhedsplejersken, hvor hun taler med dem begge om, hvordan de hver for sig oplever, at Fie har det, og hvad det er, der bekymrer særligt forældrene.

Fie har tabt sig omkring seks kg på få måneder, er afmagret, bleg og frysende, og sundhedsplejersken oplever en meget mindre åben og udadvendt pige end ved sidste samtale.

Sundhedsplejersken skriver efter aftale med mor korrespondancebrev til egen læge med henvisning til undersøgelse. Egen læge handler hurtigt, og Fie henvises straks til børneafdelingen.

Efter sommerferien kontaktes sundhedsplejersken igen af Fies mor, som fortæller, at Fie behandles for anoreksi ambulant og er meget dårlig. Det er meget svært for familien, og de har brug for hjælp til at få fortalt Fies klassekammerater, at hun er syg, da de ønsker åbenhed, men lige nu ikke magter at fortælle det selv.

Sundhedsplejersken holder møde med Fie og mor, hvor de aftaler i detaljer, hvad de ønsker, sundhedsplejersken skal fortælle i Fies klasse, og hvordan hun skal svare på eventuelle spørgsmål.

Efter aftale indledes samarbejde med klassens lærer, og sundhedsplejersken besøger klassen og fortæller om Fies sygdom og svarer på spørgsmål. Hun taler med eleverne om, at Fie får hjælp nu, og at det ikke er deres ansvar. Men også om hvordan Fie reagerer lige nu, og at hun gerne vil inviteres med ind i fællesskabet, selvom hun ikke altid har overskud. Sundhedsplejersken skriver sit telefonnummer på tavlen afslutningsvis og nævner, at eleverne er velkomne hos hende, hvis de har brug for at snakke.

Samme eftermiddag henvender tre piger sig, som har brug for at tale om, hvordan de har det, efter at de har hørt om Fies sygdom.

Læs mere om den svære samtale i kapitel 10.

Forberedelse til samtaler og undersøgelser

Invitationer og samtaleark, som eleverne får med hjem inden samtalen, giver mulighed for, at børn, unge og forældre kan forberede sig til samtalen. Ikke mindst i de yngste klasser er den dialog, som børnene har med deres forældre derhjemme inden samtalen, vigtig og giver mulighed for at samarbejde med forældrene og sætte tanker i gang i familien. Mange kommuners sundhedstjenester har ladet sig inspirere af udviklingsarbejde og hinanden og udviklet deres egne invitationer og samtaleark. Den systemiske og narrative teori og metode har været til stor inspiration, og elementer herfra kan med fordel bruges. Skaleringsspørgsmål og spørgsmål, der inviterer til refleksion over eget liv og sundhed, afpasset elevernes alderstrin, kan være en god forberedelse til en samtale med sundhedspersonalet om, hvad der optager børnene og de unge (11).

Eksempler på spørgsmål:

- Hvad er godt i din hverdag?
- Hvad er mindre godt eller dårligt i din hverdag?
- Er der noget, du kunne tænke dig at lave om?
- På en skala fra 1-10, hvordan har du det med kammeraterne?
- På en skala fra 1-10, hvordan synes du din sundhed er?
- På en skala fra 1-10, hvor vil du gerne have, den er om et år?
- Hvad skulle der til for, at tallet kom derhen, hvor du gerne vil have det?
- Hvad ville man kunne se dig gøre, for at det kunne ske?

Der er en vigtig signalværdi til børn og forældre i det, der udsendes fra den kommunale sundhedstjeneste (10, 12). Der ligger således et stort arbejde og diskussioner i sundhedspersonalegruppen om egen sundhedsopfattelse og værdier bag udarbejdelsen af disse invitationer og samtaleark.

Den faglige værktøjskasse

Den systemiske og narrative metode er i de senere år blevet et vigtigt element i sundhedspersonalets "faglige værktøjskasse" og kan bruges såvel i de individuelle som i gruppesamtalerne. Mange steder bliver værdsættende pædagogik brugt af sundhedsplejersker til at fremme trivsel og forebygge mobning i skolen (13).

"Du bestemmer"-materialet, som er udviklet til et længere forløb med gruppesamtaler, kan også bruges i mindre målestok. Samtalearkene herfra egner sig glimrende til brug i sundhedssamtaler og ikke mindst i behovssamtaler med børn og unge, som ønsker hjælp til en forandring (14). Undersøgelse af metoden tyder på, at materialet er velegnet, hvis målet er at øge børnenes selvværd og handlekompetence (15). Særligt for mindre ressourcestærke børn er det sandsynligt, at det kan give dem erfaringer, der sætter dem i stand til at etablere forandringer for bedre sundhed.

Metoden "Aktive vurderinger" retter sig mod grupper af børn og unge. Metoden kan anvendes til alle aldersgrupper, når de forskellige øvelser udvælges ud fra det niveau af refleksion, som kan forventes på de forskellige alderstrin, og når målet er at styrke elevernes evne til refleksion og dermed bidrage til udvikling af handlekompetence (16, 17). De to metoder giver på hver sin måde vigtige redskaber i den faglige værkstøjskasse. Deres anvendelsesmåder er forskellige, og de supplerer således hinanden (15). Den narrative tilgang og samtaler med udgangspunkt i

dette teoriapparat kan også være element i en særlig indsats for fx overvægtige børn og deres familier og børn, der mistrives (18).

Sundhedsplejersker kan tilbyde forløb med "Den motiverende samtale" til særlige grupper, fx børn og familier med overvægtsproblemer eller rygestopkurser til unge. Princippet bag indsatsen er en samarbejdende relation mellem vejleder og den unge/familien, hvor det gælder om at "gå med modstanden" og ikke konfrontere den for at søge efter forandringsudsagn og ønsker, så den unge/ familien ved hjælp af vejlederens respektfulde, nysgerrige tilgang bliver i stand til at finde og se sine egne styrker og løsningsmuligheder (19, 20).

ICDP (International Child Development Programme) anvendes ligeledes af sundhedsplejersker, også i samarbejde med lærere og pædagoger. Her arbejdes der med otte temaer om samspil med barnet og egen professionelle relationskompetence og sundhedsplejersken og/eller AKT-læreren (adfærd, kontakt og trivsel) arbejder ud fra sensitiveringsprincipper med barnets omsorgsgivere, fx forældre, lærere, pædagoger (21).

Far til Patrick i 5.klasse ringer til sundhedsplejersken for at spørge, om hun ikke kan tale med Patrick. Forældrene er kørt fast og tænker, at en anden måske bedre kan nå deres dreng. Forældrene bekymrer sig om, at Patrick, som ellers altid har passet sine ting og været en fornuftig dreng, er begyndt at pjække fra skole sammen med en gruppe af drenge fra nogle andre klasser. Da Patrick selv gerne vil tale med sundhedsplejersken, indledes et samtaleforløb. Patrick fortæller selv, at han er begyndt at være mere sammen med en anden gruppe drenge, end han plejer. Særligt en af drengene, som er meget dominerende, har han svært ved at sige fra over for. De tager sammen til den nærliggende by og pjækker fra skole, særligt i gymnastiktimerne. Han har egentlig ikke så meget lyst til det, da det giver ham mange problemer med forældrene og hans lærere. Men efter han er begyndt på det, er det svært at vende tilbage til den "gamle drengegruppe." Ved hjælp af samtalearkene "Strategi", "Fri & fastlåst", "Hvem/hvad har indflydelse på" fra "Du bestemmer" materialet får Patrick i samtalerne selv øje på, hvad han kan gøre for at komme ud af sin fastlåste situation. Særligt hvad der gør det lettere og sværere for ham at nå sine mål giver mening. Han får mod til at sætte sig mål om at kunne sige fra.

Det viser sig, at Patricks lærere er godt trætte af ham og bliver irriterede over hans opførsel, så han synes ikke, at han kan gøre noget rigtigt længere. Efter aftale har sundhedsplejersken samtaler med både forældrene og drengens lærere. Der følger et kort sensitiveringsarbejde med lærerne, så de igen bliver i stand til at hjælpe og støtte Patrick med at finde tilbage til sine gamle venner, og han holder op med at pjække fra skole.

Behovssamtaler og- undersøgelser

Både behovssamtaler og -undersøgelser skal tilbydes på alle klassetrin af både sundhedsplejerske og læge afhængigt af problemets karakter.

Det anslås, at 15-20 % af alle børn har brug for behovssamtaler, og sundhedspersonalet er vigtige ressourcepersoner i forhold til børn med særlige problemer. Det kan fx være kammeratskabs- og trivselsproblemer, identitets- og pubertetsudvikling, seksuelle problemer, overvægt, spiseforstyrrelser, andre somatiske problemstillinger eller sygdomme, sorg og skilsmisse eller svære sociale eller hjemlige forhold.

Behovssamtalerne kan være en forlængelse af de regelmæssige sundhedssamtaler, men det kan også være forældre, tværfaglige samarbejdspartnere eller børnene og de unge selv, som henvender sig i åben konsultation. Ofte betror børnene og de unge sig til sundhedspersonalet, og det er vigtigt at være opmærksom på, at personalet ikke kan love barnet eller den unge tavshedspligt, men de kan love, at de ikke går videre med eventuelle forhold, der kræver det, uden at informere barnet/den unge om det.

Behovsundersøgelser kan ske som opfølgning på de regelmæssige undersøgelser eller på baggrund af forældres eller barnets egen henvendelse om fx problemer med syn, hørelse, vægt eller andet. Ved henvendelse fra lærere om behovssamtale eller -undersøgelse skal forældrene altid inddrages, førend samtale/undersøgelse kan finde sted.

Læs mere s. 47 og kapitel 8.

Indskolingsundersøgelsen

Formålet med indskolingsundersøgelsen er at vurdere barnets helbred, trivsel og sundhedsmæssige skoleparathed og samtidig vejlede om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart. Såvel lægen som sundhedsplejersken kan udføre indskolingsundersøgelserne, såfremt sundhedsplejersken har den fornødne uddannelse/efteruddannelse.

Det anbefales, at undersøgelsen foretages sammen med barnets forældre. Forud for undersøgelsen bør forældrene have udfyldt et helbredsskema, der sammen med eventuelle oplysninger fra 5-års-undersøgelsen hos den praktiserende læge danner baggrund for undersøgelsen og samtalen med forældrene og barnet.

Undersøgelserne kan med fordel koordineres med tandplejens tilbud på årgangen, så forældrene kun behøver tage fri fra arbejde en gang.
Foruden funktionsundersøgelserne indgår en drøftelse og vurdering af barnets helbredsmæssige forhold, barnets sociale evner i hjemmet og i skolen, søvn- og spisevaner, sproglige kompetencer samt barnets generelle udvikling kognitivt og motorisk. Den motoriske vurdering kan også foregå som en sundhedspædagogisk aktivitet i samarbejde med klasselæreren eller skolens motoriklærer forud for undersøgelsen.

Indskolingsundersøgelsen og samtalen danner baggrund for konkret vejledning og rådgivning til barnet og forældrene.

En stor sundhedspædagogisk udfordring for sundhedspersonalet er, at både barnet og forældrene er til stede samtidig. Undersøgelsen skal være sjov og give mening for barnet samtidig med, at forældrene skal kunne stille spørgsmål, fortælle og få vejledning. Man bør derfor være opmærksom på, at det kan være nødvendigt at aftale et andet tidspunkt, hvor forældrene og sundhedspersonalet kan tale sammen, hvis der er tale om særlige udfordringer eller problemer.

Det kan være en fordel, at barn og forældre sammen derhjemme har udfyldt et særligt samtaleark, som danner udgangspunkt for samtalen.

Hvis undersøgelsen og samtalen giver anledning til det, henviser sundhedspersonalet forældre og barn til relevante samarbejdspartnere, for eksempel praktiserende læge, speciallæge, PPR eller tandplejen.

Det kan være en god ide før og efter indskolingsundersøgelserne at tale med klasselæreren om, hvordan klassen fungerer som helhed. Samtale om enkelte børn foregår efter aftale med forældrene.

Eksempel på indskolingsmodel i børnehaveklassen:

- Præsentation af skolens sundhedsplejerske/kommunallæge ved et forældremøde
- Sundhedspædagogisk aktivitet i klassen, fx ”Håndhygiejne” eller ”Motorik”
- Skriftlig invitation til indskolingsundersøgelsen, herunder informeres om indhold og eventuelt samtaleark, udfyldelse af helbredsskema mv.
- Barn og forældre kommer til samtale og undersøgelse
- Opfølgning efter aftale med forældre.

Før indskolingsundersøgelsen i børnehaveklassen ringes sundhedsplejersken op af Andreas' mor, som gerne vil fortælle, at forældrene er meget bekymrede for deres dreng. De synes, at han lige før og efter skolestart er blevet tiltagende træt, bryder nemt sammen over "ingenting", ikke har overskud til leg mv. Mor bekymrer sig om, hvorvidt det kan have noget at gøre med, at hun selv har haft en svær periode med en depression, som hun nu er i behandling for. Lærerne i skolen oplever ikke problemer, og forældrene har drøftet problemet med egen læge.
Ved indskolingsundersøgelsen ser sundhedsplejersken en helt normalt udviklet dreng, som ser 6/9 og 6/24 ved synsprøven.
Han henvises straks til øjenlægen og efter at have fået briller og vænnet sig til det, forsvinder problemerne, og forældrene kan kende deres dreng igen.

Ali i børnehaveklassen fortæller ved indskolingsundersøgelsen sammen med sin mor om problemer med at spise og komme på toilettet i skolen. De har talt med egen læge om problemet, og Ali er i behandling for obstipation. Men hans appetit er meget påvirket, hans vægt er i orden, men mor oplever, at han er meget træt, fordi han er så småt spisende. Det aftales ved undersøgelsen at samarbejde med både klasselæreren og skolefritidsordningen om at hjælpe Ali. En mandlig pædagog hjælper herefter Ali med at finde et toilet om eftermiddagen, hvor han kan give sig god tid til toiletbesøg, og både klasselærer og SFO-personale hjælper Ali med at huske at få spist sine mellemmåltider.
Sundhedsplejersken har efterfølgende et par samtaler med både Ali og mor, hvor han også måles og vejes, så mor beroliges med hensyn til væksten.

6½-årig pige er til indskolingsundersøgelse hos kommunallægen sammen med sin mor. Pigen er høj og buttet med begyndende brystudvikling. Der optegnes højde-/alderskurve ved brug af medbragte højde-, vægt-, alderstal fra "Barnets bog", hvor der ses abnorm vækstspurt inden for det sidste års tid. Den objektive lægeundersøgelse viser, at der er brystudvikling med kirtelvæv, svarende til Tanner stadie 2 (se kapitel 6).
Pigen henvises akut til egen læge med oplæg til brug for henvisning til børneafdeling. Hun indkaldes akut til børneafdelingen. Pigen har for tidlig indsættende pubertet, pubertas præcox, og bliver af børneafdelingen sat i medicinsk behandling og fortsat kontrol.
Mor har været i tvivl om pigens udvikling og er lettet over forløbet ved indskolingsundersøgelsen.

Udskolingsundersøgelsen

Udskolingsundersøgelsen har til formål at give en samlet vurdering af den unges helbred og sundhed ved afslutningen af skolegangen. Udskolingsundersøgelsen er en individuel samtale med og undersøgelse af den unge med udgangspunkt

i dennes egne ønsker og i sundhedspersonalets viden om den unges sundhed og helbred gennem skolegangen.
Unge over 15 år kan selv give samtykke til undersøgelse og samtale.

Ved udskolingsundersøgelsen drøftes blandt andet den unges trivsel, relationer og netværk, adfærd og vaner i forhold til kost, motion og rusmidler samt seksuel sundhed og forebyggelse af seksuelt overførbare sygdomme.
En vigtig del af udskolingsundersøgelsen er den medicinske erhvervsvejledning om betydningen af eventuelle kroniske sygdomme eller handicap i forhold til valg af uddannelse og erhverv (22).

Den unge bør selv medvirke til at definere problemer, løsnings- og handlingsforslag. Den efterfølgende dialog styres på baggrund af det sundhedsfaglige personales faglige viden. Den unges aktive deltagelse er en forudsætning for, at den unge udvikler ejerskab til de temaer og løsninger, der arbejdes med. Dermed skabes mulighed for ændring af praksis og adfærd.

Eksempel på udskolingsmodel i 9. klasse:

- Invitation til udskolingsundersøgelsen er skriftlig. I invitationen informeres om udskolingsundersøgelsen, og der er mulighed for, at de unge eller deres forældre kan gøre opmærksom på særlige problemstillinger, som de ønsker skal tages op ved undersøgelsen.
- Sundhedseksperimentariet (24) opstilles i klassen, og eleverne gennemgår i små grupper eksperimentariet under vejledning fra sundhedsplejerske, eventuelt kommunallæge og lærer. Måling af højde og vægt, synsprøve ved behov og eventuelt farvesynsprøve er indarbejdet i eksperimentariet.
- Som en del af eksperimentariet udfylder de unge et oplæg til den efterfølgende udskolingssamtale og et anonymt spørgeskema vedrørende helbred og livsstil.
- I dagene efter tilbydes de unge individuel udskolingsundersøgelse hos kommunallægen / sundhedsplejersken. Der tages udgangspunkt i den unges eget oplæg til samtalen og resultaterne fra eksperimentariet. Der foretages høreprøve og eventuelt andre undersøgelser efter behov.
- På baggrund af det anonyme spørgeskema udarbejdes klassens sundhedsprofil, som derefter præsenteres for klassens elever og lærere.
- I slutningen af skoleåret udarbejder kommunallægen en samlet sundhedsprofil for 9. årgang på alle kommunens skoler.

I forbindelse med sundhedseksperimentariet måler en 15-årig dreng et lavt peakflow. Ved den efterfølgende udskolingssamtale hos kommunallægen drøftes symptomer på astma, og drengen fortæller, at han ofte hoster om natten og hurtigt bliver forpustet ved fysisk aktivitet. Drengen henvises til praktiserende læge til videre udredning. Kommunallægen vejleder om erhvervsvalg, når man har astma.

Trine i 9. klasse henvender sig efter sundhedseksperimentariet til sundhedsplejersken. Hun har lidt problemer med pigegruppen i klassen, har taget meget på i vægt de sidste to år og mener selv, at hun overspiser og ligefrem har et afhængighedsproblem af det. Hun er meget skamfuld over det og har ikke fortalt det til nogen andre. Har slet ikke talt med sine forældre, som har været igennem en svær periode med et for tidligt født barn. Hun har læst en masse på internettet om overspisning og er meget bekymret for, at hun er alvorligt syg. I dialog med sundhedsplejersken får Trine mod til at sætte sig det mål at få talt med sine forældre om sine problemer. Sundhedsplejersken, som kender familien, taler efterfølgende med Trines mor, og der følger et samtaleforløb mellem Trine og sundhedsplejersken, hvor Trine ved hjælp af udvalgte ark fra "Du bestemmer" sætter sig mål omkring mad og motion, sine veninder og kommunikationen med forældrene.
Trine får det bedre, bekymrer sig ikke mere om, at hun er syg og bliver i stand til at bruge sine forældre i en svær periode.

Sundhedspædagogiske aktiviteter

Ved planlægning og gennemførelse af sundhedspædagogiske aktiviteter tager sundhedspersonalet udgangspunkt i det brede og positive sundhedsbegreb, hvor sundhed ikke kun defineres som fravær af sygdom, men handler om livskvalitet og velvære både fysisk, psykisk og socialt, og hvor livsstil, levevilkår, familiemønstre og samværsformer indbyrdes påvirker hinanden og vores sundhed. I dette sundhedsbegreb ses handlinger både individuelt og kollektivt også i forhold til både levevilkår, livsstil og familieliv.

Børn og unges udvikling af handlekompetence spiller en central rolle i de sundhedspædagogiske aktiviteter. For at udvikle sundhedsmæssig handlekompetence er det nødvendigt at arbejde med både viden, engagement, visioner og sociale færdigheder. I de sundhedspædagogiske aktiviteter er det derfor vigtigt, at eleverne involveres og deltager aktivt i dialogbaserede aktiviteter. På denne måde kan børnene og de unge føle ejerskab og engagement i forhold til de sundhedsmæssige problemstillinger eller dilemmaer, som bringes på bane i undervisningen. Når børn og unge selv er med til at formulere de problemstillinger,

temaer og løsningsforslag, som de arbejder med, bliver det en del af læringen, der understøttes af sundhedspersonalets sundhedsfaglige viden. Ligeledes er didaktiske overvejelser nødvendige, så de sundhedspædagogiske aktiviteter kan afstemmes med elevernes alderstrin og udvikling. For uddybning af det teoretiske grundlag for de sundhedspædagogiske aktiviteter læs mere i kapitel 9.

Metoderne "Aktive vurderinger" og "Du bestemmer" er eksempler på to sundhedspædagogiske metoder, der helt eller delvist anvendes i gruppesammenhæng (14, 15, 16, 17).
Sundhedstjenestens arbejde med sundhedspædagogiske aktiviteter skal ses i sammenhæng med skolens øvrige arbejde med det skemaløse fag "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab" jf. Faghæfte 21 (9, 24, 25). Derfor er et samarbejde med skolens lærere og ledelse af stor betydning, og sundhedspersonalet kan med fordel inddrages i dette arbejde på relevante tidspunkter både i de enkelte klasser, men også i forhold til fx temaer eller sundhedsuger på den enkelte skole. Det anbefales, at sundhedstjenesten er proaktiv i forhold til samarbejdet med skolens lærere og ledelse med henblik på styrket samarbejde mellem faggrupperne.

Sundhedsstyrelsen har udsendt en række forebyggelsespakker, som er myndighedsanbefalinger, som skal sikre kvalitet og fokuseret prioritering i indsatser, der bliver foretaget som led i den kommunale forebyggelsesindsats. Anbefalingerne omfatter også skolebørn og handler om mad og måltider, fysisk aktivitet, mental sundhed, tobak, alkohol, stoffer, seksuel sundhed, overvægt, indeklima i skoler, hygiejne og sol. Forebyggelsespakkerne er beskrevet nærmere i de enkelte kapitler og kan i øvrigt ses på www.sst.dk.

Eksempler på sundhedspædagogiske aktiviteter

Håndhygiejne i indskolingen

I 0. og 1. klasse har sundhedspersonalet deres første kontakter med eleverne i skoleforløbet, hvor den gode relation til både børn og forældre skal opbygges. I forhold til børnene kan det fx være en mulighed at vælge en sundhedspædagogisk aktivitet som "første møde" som en del af indskolingsundersøgelsen. Kommunallægen og sundhedsplejersken har med deres faglige kompetencer en særlig funktion som konsulenter på hygiejneområdet og bliver ofte brugt af skolens ledelse og lærere med råd og vejledning om hygiejniske forhold og forebyggelse af smitsomme sygdomme på skolen. En sundhedspædagogisk aktivitet om-

kring håndhygiejne og forebyggelse af sygdom er derfor et eksempel på et sundhedspædagogisk tilbud til de mindste klasser i indskolingen.

I mange kommuner har sundhedstjenesten lavet deres eget undervisningsmateriale, men der er også mulighed for at rekvirere allerede udarbejdede undervisningsplaner om håndhygiejne for de mindste klasser fra forskellige interessenter. Undervisningsmaterialet skal oftest tilpasses børnenes alder. Det er muligt at bruge dialogbaseret undervisning, da mange af børnene allerede har viden om håndhygiejne hjemmefra eller fra daginstitutionerne. Eleverne i de små klasser er meget ivrige, videbegærlige og vil gerne fortælle og snakke, så sundhedspersonalets udfordring er at styre dialogen, så det faglige indhold bliver tydeligt og samtidig sjovt og interessant og sætter sig spor. Der kan bruges billeder, "skuespil" med mel, bold, nys og eventuelt aftalt optrin sammen med klasselæreren for at illustrere det, der tales om. Der findes også flere "håndvaskesange", som børnene kan lære og afprøve i praksis. Et vigtigt element bør være den praktiske håndvask, som kan vises og afprøves af børnene i mindre grupper. Bruges "Glitterbug" bør det primært være af de voksne til illustration af god og mangelfuld håndvask, da der er beskrevet allergiske reaktioner.

Glitterbug® har ingen fareanmærkninger på sine indholdsstoffer. Ifølge importøren har det været anvendt i Danmark siden 1995, og i denne periode videresolgt til såvel hygiejnesygeplejersker som sundhedsplejersker og uddannelsesinstitutioner inden for sundheds- og levnedsmiddelområdet. I få tilfælde har personer oplevet hudreaktioner på hænderne, efter at produktet har siddet på i længere tid end anbefalet.

På den baggrund anbefales

- at man ikke påfører Glitterbug® på hænder, såfremt det drejer sig om en kendt allergiker. Til allergikere kan snavs i stedet illuderes på andre måder, fx med olie og glimmer.
- at personerne (inkl. børn) ikke skal sidde med cremen på i længere tid, før de kan få vasket hænderne.

Sundhedsværksteder i indskolingen

To sundhedsplejersker slår sig sammen og laver sundhedsværksteder på deres skoler. Sundhedsplejerskens kontakt med eleverne foregår som en sundhedspædagogisk aktivitet med børnene i mindre grupper og hele klassen en skoledag. Ideen er, at eleverne gennem leg, aktiviteter og dialog bliver præsenteret

for nogle sundhedsemner, som sundhedsplejerskerne har fastlagt på forhånd. Sundhedsværkstederne kunne for eksempel være:

- Mad- og smageværksted
- Bevægelsesværksted
- Afslapningsværksted

Klassen deles i to hold, og læreren underviser det ene hold. Den halve klasse deles i endnu to hold, som er i de to første sundhedsværksteder, inden de bytter med den anden halvdel af klassen i modul to. På den måde kommer alle elever til at opleve to værksteder på en formiddag. Efter spisepausen laver begge sundhedsplejersker, helst sammen med klasselæreren, afslapningsværksted som afslutning på dagen.

I mad- og smageværkstedet laves eksperimenter med smagssans (sødt, salt, surt, umami og bittert) og lugtesans. Gennem små oplæg, dialog, billeder og overraskende rekvisitter kommes ind på fordøjelsen, hvorfor og hvordan vi spiser, mod til at smage nye ting, sund og usund mad, energi mv..

I bevægelsesværkstedet laves sjove eksperimenter med leg og bevægelse og overraskende rekvisitter, billeder og dialog omkring muskler, knogler, led og bevægelse med udgangspunkt i de ting, børnene selv kommer med. Det er vigtigt, at børnene oplever glæde ved bevægelse og fællesskab.

I afslapningsværkstedet afsluttes dagen med en kort dialog omkring søvn og hvile, at have "travlt", og at vi også kan have brug for "pusterum" og hvile. Børnene oplever en afspændingsøvelse og kommer på en "drømmerejse" til dejlig afslappende musik, inden der siges farvel med et" værkstedsdiplom" til hver enkelt elev. Eventuelt kan suppleres med blid massage børnene imellem, det frigiver oxytocin og virker beroligende.

Senere har skolens sædvanlige sundhedsplejerske en opfølgningsdag, hvor hun måler og vejer eleverne samt taler med eventuelle behovsbørn. Forældrene er orienteret inden på skolens Forældre-Intra og ved skriftlig invitation (26). Elementer af øvelserne fra metoden "Aktive vurderinger" kan også indgå i værkstederne (17).

Ovenstående model er inspireret af udviklingsarbejde med sundhedsværksteder og "Sundhedscirkus" forskellige steder i landet, hvor også andre værkstedsemner indgår. De lovbestemte funktionsundersøgelser kan også indarbejdes i værkstederne, ligesom der kan udvides med andre emner og bruges langt mere tid (10, 27). Der er fordele og ulemper ved forskellig tilrettelæggelse af indsatserne. Ved at lade funktionsundersøgelserne indgå i værkstederne kan disse bruges pædagogisk. Når funktionsundersøgelserne adskilles fra værkstederne, har sundhedsplejersken mere end én kontakt med børnene, hvilket kan have betydning for opbygning af

en god relation og for sundhedsplejerskens synlighed i skolens liv. Det kan også give sundhedsplejersken nemmere overblik over, hvilke børn der har brug for en særlig indsats. Ved planlægning af aktiviteterne må fordele og ulemper opvejes i forhold til kommunens servicemål, sammensætningen af børn og forældre på skolen, samarbejdet med lærere m.m.

At arbejde sammen med en eller flere andre sundhedsplejersker giver mulighed for faglig sparring og udvikling og for mange også øget arbejdsglæde. Udfordringen kan være, at ikke alle sundhedsplejersker brænder for at undervise, og at det kræver tid til øvelse og kompetenceudvikling samt tillid til hinanden i personalegruppen.

Pubertetsundervisning i 5. klasse

Med udgangspunkt i det brede og positive sundhedsbegreb og dialog kan sundhedsplejersken i samarbejde med læreren tilbyde pubertetsundervisning i en 5. klasse. Afhængig af hvor meget tid sundhedsplejersken har til rådighed, kan hun eventuelt besøge klassen i forvejen og fx ved hjælp af en tavleøvelse fra "Aktive vurderinger" (17) sammen med eleverne afklare, hvad der optager dem, og hvilke emner undervisningen skal indeholde. Fordelen ved dette er, at eleverne på forhånd involveres og får direkte indflydelse på og ejerskab til de emner, der skal drøftes i undervisningen. Sundhedsplejersken får ligeledes tid til at forberede sig på enkelte emner, og mere end en kontakt med eleverne giver bedre mulighed for at opbygge en relation.

Har man mindre tid til rådighed, kan afklaringen også foregå direkte i undervisningen, hvilket kræver øvelse og overblik fra sundhedsplejerskens side.

Metoden "Aktive vurderinger" er velegnet, og både "Ja/Nej"-, "Tavle-", "Linje-", "4 Hjørneøvelsen", "Uafsluttede sætninger" og "Stolen" kan bruges (17). Sundhedsplejersken skal byde ind med sin faglighed i forhold til faktuel viden og påtage sig ansvaret som underviser for en anerkendende og værdsættende stemning i klassen og mellem elever og underviser.

Undervisningen kan foregå i hele klassen, eller man kan dele klassen i drenge- og pigehold eller en kombination afhængig af den enkelte klasse og elevernes ønsker.

Sundhedsundervisning i 8. eller 9. klasse

Med udgangspunkt i det brede og positive sundhedsbegreb og dialog kan sundhedsplejersken og/eller kommunallægen tilbyde sundhedsundervisning i en ud-

skolingsklasse. Metoden "Aktive vurderinger" eller elementer derfra kan være et udgangspunkt for en dialog med de unge om de emner, som optager dem i forhold til deres liv og sundhed. Erfaringsmæssigt spænder de emner, som eleverne bringer op, meget vidt. Det kan fx være alt fra søvn, kost, motion, frisk luft, venner, fritid, forældre, kærester, kærlighed, sex og prævention til tobak, alkohol, euforiserende stoffer, grænser og vold.

Sundhedspersonalet kan i samarbejde med elever og læreren dykke ned i og uddybe enkelte emner sammen, eller der kan arbejdes mere overfladisk med mange emner, som eleverne finder betydningsfulde for deres sundhed. Sundhedsundervisningen kan eventuelt bruges som oplæg til individuelle samtaler, hvilket giver sundhedsplejersken/kommunallægen mulighed for at forberede sig på, hvad der rører sig i den enkelte klasse.

I udskolingen har unge ofte mange bud på, hvilket liv de ønsker, og hvilke valg de ønsker at træffe, og de lærer meget af at høre på andres mening og udveksle tanker og holdninger med hinanden. Der kan derfor arbejdes med visioner, forandringsstrategier og muligheden for at påvirke egen og andres sundhed. Der kan også på disse klassetrin arbejdes med, hvordan man kan arbejde med at reducere ulighed i sundhed, og hvordan man som individ og gruppe kan påvirke dette. Sundhedsstyrelsen har i 2012 udsendt undervisningsmateriale til erhvervsskoler, der indeholder cases og konkrete handlingsanvisninger til, hvordan man kan bringe en lang række sundhedsrelaterede emner ind i undervisningen. Materialet kan også anvendes i folkeskolens ældste klasser (28).

På disse klassetrin er det desuden relevant at arbejde med majoritetsmisforståelser i forhold til fx. alkohol rygning og sex og på den måde drøfte risikoadfærd blandt unge (29, 30).

Sundhedseksperimentarium

Sundhedseksperimentariet består af værksteder med hvert sit emne, for eksempel trivsel, kost, kondition, alkohol, rygning, lungefunktion, puls, blodtryk, højde, vægt og muskelstyrke. I eksperimentariet arbejder børn og unge i en struktureret ramme aktivt med deres egen sundhed og livsstil. Sundhedseksperimentariet bidrager til, at børn og unge kan foretage kvalificerede og informerede valg på områder, der har betydning for deres helbred og trivsel. Sundhedseksperimentariet er velegnet til de ældste skoleklasser, men kan også benyttes på andre klassetrin. Eksperimentariet kan på kort tid sættes op i et klasseværelse eller andet egnet lokale (24).

Åben konsultation

Ud over de planlagte sundhedspædagogiske aktiviteter, samtaler og undersøgelser skal der være mulighed for åben konsultation i skolesundhedstjenesten for børn og unge, forældre og skolens lærere og ledelse, med henblik på at kunne støtte og vejlede, når der er behov for det, og motivationen for forandring er størst.

Sundhedstjenestens arbejde skal tilrettelægges således, at der er tid til den åbne konsultation, så spontane henvendelser er så lidt forstyrrende som muligt for planlagte aktiviteter.

Åben konsultation kan foregå per telefon eller mail eller ved samtale og eventuelt undersøgelse på sundhedstjenestens kontor på skolen. Sundhedstjenesten skal informere/annoncere om muligheden for åben konsultation, så børn og forældre kan gøre brug af denne mulighed. Annoncering kan for eksempel ske på skolens hjemmeside, som skriftligt informationsmateriale om sundhedstjenestens arbejde, ved at sundhedsplejersken går på besøg i klassen, via Forældre-Intra eller på mere uformel måde:

> Børnene på en skole har hurtigt lært, at skolens sundhedsplejerske lader døren til sit kontor stå åben, hvis hun har tid og mulighed for behovsorienterede henvendelser, og holder døren lukket, når hun er optaget af andre ting og nødig vil forstyrres.

Når elever på eget initiativ henvender sig til sundhedsplejerske eller kommunallæge, vil de ofte være motiverede for adfærdsændring og for at få løst forskellige trivsels- eller sundhedsproblemer. Erfaringer fra udviklingsprojekter viser desuden, at potentialet for forandring i højere grad er til stede end ved de planlagte tilbud, hvor eleverne ikke henvender sig på eget initiativ (27).

Henvendelserne kan have meget forskellig karakter. Nogle drejer sig om afgrænsede problemstillinger, for eksempel ønske om en ekstra syns- eller høreprøve eller et skrabet knæ, der skal have plaster på. Disse henvendelser klares ofte med en enkelt kontakt. Andre børn henvender sig gentagne gange med ukarakteristiske klager over ondt i maven, kløe i hovedbunden eller røde knopper på armen. Disse henvendelser overgår ofte til planlagte behovssamtaler i samarbejde med barnets forældre.

Når børn og unge henvender sig spontant, kan sundhedspersonalet tale med barnet uden forældrenes tilladelse. Såfremt problemerne er af en sådan karakter, at forældrene skal orienteres og inddrages, sker dette, så snart problemets karakter

er afklaret. Barnet/den unge orienteres forinden om, at forældrene må inddrages. Læs også kapitel 10 for eksempler på inddragelse af forældre i forbindelse med behovssamtaler.

Før indskolingsundersøgelsen af børnehaveklassebørn henvender en mor sig for at orientere sundhedsplejersken om en meget voldsom skilsmisse og problemer med at samarbejde forældrene imellem. Mor og sundhedsplejersken drøfter problemerne, og sundhedsplejersken formidler kontakt til en socialrådgiver i kommunen, som kan bistå familien.

En 15-årig pige henvender sig til kommunallægen. Hun har netop haft sin seksuelle debut og er nu bange for, at hun er gravid. Hun vil gerne tale med sin mor om det, men er nervøs for hendes reaktion. I løbet af samtalen med kommunallægen beslutter hun sig for at ringe til sin mor og bede hende gå med til familiens praktiserende læge. En glad og lettet pige kommer ugen efter til ny samtale hos kommunallægen. Graviditetstesten var negativ, pigen har haft en god snak med sin mor og overvejer nu at starte på p-piller. Ved samtalen med kommunallægen drøftes muligheder for prævention og forebyggelse af kønssygdomme.

En gruppe 8. klasses piger henvender sig til sundhedsplejersken, fordi de er bekymrede for en anonym kammerat, som de mener, har anoreksi. De føler ikke, at de kender pigen godt nok til at turde henvende sig til hende med deres bekymring. Eleverne og sundhedsplejersken taler om, hvordan det er vigtigt at invitere en veninde med i et fællesskab, hvis de gerne vil hjælpe. Løsningen bliver desuden, at sundhedsplejersken fremskynder rutinemæssige samtaler med eleverne i den pågældende klasse. Pigen bliver dermed "opdaget" ved hjælp af samtale, vægt og højdemåling, og et samarbejde med forældre og lærer indledes. Pigen henvises til videre udredning hos egen læge. Gruppen af 8. klasses piger får en konkret erfaring i deres handlekompetence i forhold til andres sundhed.

Børn og unge med særlige sundhedsmæssige behov

Sundhedstjenestens sundhedsfremmende og forebyggende ydelser er tilbud til alle skolebørn. For børn og unge med særlige sundhedsmæssige behov skal sundhedstjenesten yde en særlig indsats og give yderligere rådgivning, bistand og eventuelt yderligere undersøgelser, eventuelt i samarbejde med andre faggrupper. Behovsundersøgelser og samtaler skal tilbydes på alle klassetrin til børn med særlige sundhedsmæssige behov af såvel læge som sundhedsplejerske, afhængigt af problemets karakter. Sundhedspersonalet er vigtige ressourcepersoner for børn

med særlige problemer, som kan have brug for særlig støtte til at mestre svære forhold eller problemstillinger.

Nedenfor findes en række eksempler på børn og unge med særlige sundhedsmæssige behov.

Børn og unge med handicap eller kronisk sygdom

Børn og unge med handicap eller kronisk sygdom skal – uanset om de følges og behandles af specialister – have det samme tilbud fra skolesundhedstjenesten som andre børn. Derudover kan der være brug for en særlig tværfaglig og tværsektoriel indsats samt koordinering for børn og familier med behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Særligt overgangen fra daginstitution til skole kan være problematisk. Der vil ofte være brug for lægefaglig vurdering af barnets behov for særlig støtte, hjælpemidler m.m. Sundhedsstyrelsen udgav i 2012 rapporten Sociale forholds betydning for håndering af børn med kronisk sygdom (31). I rapporten beskrives en række kerneproblematikker, der har betydning for håndteringen af barnets sygdom og rapporten bør indgå i tilrettelæggelsen af indsatser for børn med kronisk sygdom.

En pige i 3. klasse har haft diabetes i et år. Når hun har haft brug for hjælp i skoletiden, har hun opsøgt skolens sekretær, som har hjulpet med blodsukkermåling og vurdering af resultatet og har kontaktet pigens mor ved behov. Da sekretæren skal på kursus, bliver skolens øvrige personale usikre på, hvordan de skal hjælpe pigen. De kontakter kommunallægen, som indkalder pigens mor og klasselærer til et møde med henblik på at lave faste procedurer for, hvornår pigen skal have målt blodsukker, hvordan hun husker det, hvordan det sikres, at hun registrerer, hvad hun spiser, og hvad der skal ske, hvis blodsukkeret ikke er i niveau. Det øvrige personale informeres om aftalen og har mulighed for at stille uddybende spørgsmål. Aftalen hænges op i klassen, på skolens kontor og i fritidshjemmet. Kommunallægen har efterfølgende i samarbejde med mor justeret aftalen et par gange.

Medicingivning

Medicingivning til børn bør så vidt muligt foregå i hjemmet uden for skoletiden, men børn med kroniske eller længerevarende sygdomme kan have behov for at få medicin i løbet af skoledagen.

I disse tilfælde bør skolens personale, så vidt det er muligt, påtage sig at varetage medicingivning i skoletiden. Dette skal foregå i samarbejde med forældrene og på baggrund af instruks fra den læge, der har ordineret medicinen.
Sundhedstjenesten kan vejlede skolens personale om generelle forhold vedrørende korrekt administration af medicinen, herunder korrekt opbevaring af medicin, handlemuligheder ved eventuelle bivirkninger og anfaldsfænomener, dokumentation for, at medicinen er givet og registrering af utilsigtede hændelser (32).
Sundhedstjenesten kan også indøve aktuelle procedurer med personalet, for eksempel behandling med epi-pen og inhalationsmedicin, insulininjektioner eller blodsukkermåling (33).

En dreng har indtil skolealderen været passet hjemme af sin mor på grund af en meget alvorlig lungesygdom. Han har blandt andet jævnligt haft behov for iltbehandling. Lungesygdommen er i bedring, og det planlægges, at drengen skal starte i skole med støtte. Støttepersonen og skolens øvrige personale er bange for, at drengen skal blive dårlig i skoletiden og eventuelt dø på grund af iltmangel, og de tør ikke tage ansvaret for ham. Kommunallægen kontakter lungeambulatoriet på den lokale børneafdeling. Det vurderes, at drengen kan starte i skole med astmamedicin.
Mor, sundhedsplejerske og kommunallæge holder møde med drengens lærere og støtteperson og instruerer i brugen af astmamedicin. Medicinen, påført drengens navn, opbevares i et særligt skab på skolens kontor sammen med skriftligt informationsmateriale vedrørende medicinen.

Børn og unge i familier med anden etnisk baggrund end dansk

Børn og unge i familier med anden etnisk baggrund end dansk vokser op under lige så forskellige forhold som etnisk danske børn og præsenterer forskellige problemstillinger på samme måde som etnisk danske familier. Der er imidlertid en række forhold, som man bør være særligt opmærksom på, når man som sundhedsplejerske eller kommunallæge møder familier med anden etnisk baggrund end dansk. Det kan være svært for børn og unge at navigere mellem to kulturer med hver deres værdier. Der kan være modsatrettede krav og forventninger, og især unge med anden etnisk baggrund end dansk kan have behov for ekstra støtte.

I nogle lande er der en øget forekomst af smitsomme sygdomme som tuberkulose og hepatitis B, ligesom nogle etniske grupper er genetisk disponeret for diabetes og andre sygdomme. D-vitamin-mangel er mere udbredt blandt mørklødede eller tildækkede personer. Nogle familier har en svær historie med traumatiske oplevelser, og forældrene kan være belastede med psykiske problemer eller sygdom. Kvindelig omskæring, som praktiseres i nogle lande, kan give helbredsproblemer.

I bilag 6 i vejledningen beskrives en række af de forhold, man skal være særligt opmærksom på i mødet med børn og unge med anden etnisk oprindelse end dansk. En række sygdomme og særlige sundhedsmæssige problemstillinger er desuden beskrevet i kapitel 5, 7 og 8.

Det kan være nødvendigt med tolkebistand ved samtaler med disse børn og familier. Der skal benyttes professionel tolkebistand for at sikre korrekt og fyldestgørende oversættelse af kommunikationen mellem familien og de sundhedsprofessionelle. Familiemedlemmer bør ikke bruges som tolk ved de meget personlige lægeundersøgelser og samtaler om helbred og sundhed.
På Sundhedsstyrelsens hjemmeside findes informationsmateriale oversat til flere sprog om det danske sundhedsvæsen, vitamintilskud, forebyggelse af ulykker, prævention, rygning, fakta om stoffer m.fl. (34, 35, 36, 37).

En 12 år gammel somalisk pige er netop startet i kommunens modtageklasse og kommer med sin mor til undersøgelse og samtale hos sundhedsplejerske og kommunallæge. Der er somalisk tolk tilstede. Pigen fortæller, at hun er sund og rask, men ofte har ondt i tænderne. Hun trives godt i skolen, og hun spiser sundt, men får ikke så meget motion. Mor fortæller, at den sidste tid i hjemlandet og den efterfølgende flugt har været meget belastende for familien, og de får hjælp af psykolog. Mor oplyser, at hendes datter ikke er omskåret. Lægeundersøgelsen er normal, bortset fra dårlig tandstatus. Høreprøven viser nedsat hørelse på det ene øre.

Ved samtalen drøftes forskellige muligheder for motion i lokalområdet, herunder kommunens gruppetilbud til piger med anden etnisk baggrund end dansk. Mor informeres om anbefalinger vedrørende D-vitamintilskud og medgives Sundhedsstyrelsens ark på somali om dette. Med tolkens hjælp aftales tid hos ørelæge, og der etableres kontakt til skoletandplejen. Det aftales, at sundhedsplejersken taler med klasselæreren om at være opmærksom på pigens nedsatte hørelse og om at støtte hende i at være fysisk aktiv i skoletiden.

Overvægtige børn

Sundhedspersonalet skal være særligt opmærksomme på at opspore børn med begyndende overvægt, blandt andet gennem den rutinemæssige monitorering af højde- og vægtudvikling i henhold til den landsdækkende børnemonitorering, der er etableret i 2009 (38). Er barnet ved at udvikle overvægt, bør barnet og forældrene tilbydes behovsundersøgelser og -samtaler. Sundhedspersonalet vurderer sammen med forældrene og eventuelt almen praksis, hvilken indsats og opfølg-

ning der skal iværksættes i henhold til Sundhedsstyrelsens "Opsporing af overvægt samt tidlig indsats for børn og unge i skolen" (39).

I mange kommuner oprettes tilbud for overvægtige børn og unge. Ofte er indsatsen i de kommunale tilbud tværfaglig, for eksempel med deltagelse af sundhedsplejerske, idrætslærer, diætist og psykolog (40, 41, 42). I perioden 2012-2015 pågår i 9 kommuner et satsprojekt for tidlig opsporing og indsatser i forhold til at forebygge udvikling af overvægt blandt unge i 6.- 10. klasse.

Sundhedstjenesten kan med fordel samarbejde med de lokale sygehuses børneambulatorier om børn med svær overvægt i et "shared care"-system, hvor målet er, at barnet overgår fra et forløb i hospitalsregi til opfølgning i den kommunale sundhedstjeneste (43). Væsentlig er her, at opgaver og roller klarlægges for både regioner og kommuner, således at indsatsen er koordineret. Væsentligt er også, at sygehuset varetager behandling, mens den kommunale sundhedstjeneste varetager opgaver af opsporende og forebyggende karakter.

Kommunallægen og den praktiserende læge kan henvise overvægtige børn til et af landets fire julemærkehjem. Sundhedstjenesten bør samarbejde med familien og julemærkehjemmet både før, under og efter barnets ophold på julemærkehjemmet med henblik på at fastholde vægttabet og de nye kost- og motionsvaner, efter at barnet er kommet hjem. I perioden 2012-2015 pågår et satspuljeprojekt, der har til formål at styrke og udvikle dette samarbejde.

En 11-årig pige har været på julemærkehjem. Sundhedsplejersken fra pigens folkeskole deltager i udskrivningskonferencen. Det aftales, at pigen og hendes mor hver anden måned skal komme til samtale og højde- og vægtmåling hos sundhedsplejersken. Sundhedsplejersken etablerer kontakt til skolens AKT-lærer, som kan støtte pigen i skoletiden og til det kommunale tilbud for overvægtige børn, således at det opnåede resultat som minimum bevares.

Andre særlige problemstillinger

Den kommunale sundhedstjeneste kan gennem arbejdet på skolen få kendskab til særlige problemstillinger hos grupper af børn og unge og kan yde en indsats på baggrund af denne viden.
Sundhedspersonalet kan, ofte i samarbejde med andre faggrupper, tilbyde forløb til grupper af børn med særlige problemstillinger, for eksempel børn i sorg, skilsmissebørn eller søskende til børn med kroniske sygdomme eller handicap. Mange

kommuner har særligt tilrettelagte forløb for grupper af børn af psykisk syge og / eller misbrugende forældre, eventuelt i samarbejde med den lokale psykiatriske afdeling.

Sundhedsplejersken på en skole oplever via de regelmæssige samtaler samt henvendelser fra enkelte elever og forældre en ophobning af tilfælde i udskolingen af piger med lettere tilfælde af spiseforstyrrelser samt piger med stress-symptomer, som stiller urimeligt høje krav til sig selv. Dette drøfter sundhedsplejersken med ledelsen på skolen, og hun deltager i et afdelingsmøde med udskolingens lærere. Her orienterer og vejleder sundhedsplejersken lærerne om, hvilke symptomer de skal være opmærksomme på i pigegruppen. Ledelse og lærere tager derefter, i samarbejde med AKT-lærerne, initiativ til tiltag, som kan forebygge, at fænomenet breder sig.

Sundhedsprofiler

En sundhedsprofil er en kortlægning af en gruppe borgeres sundhed, sygelighed og sundhedsvaner. Ved jævnligt at udarbejde sundhedsprofiler kan man følge sundhedsadfærden hos skolebørn og få overblik over udviklingen i deres generelle sundhed, trivsel og helbred. Dermed har man mulighed for at målrette en indsats mod de eventuelle problemer, som sundhedsprofilen viser, enten lokalt i de enkelte klasser eller skoler, i kommunen eller i et samarbejde mellem flere kommuner. Sundhedsprofiler bidrager til, at kommuner kan iværksætte systematiske forebyggende og sundhedsfremmende initiativer for børn og unge baseret på en viden om aktuelle behov. Sundhedsprofiler giver mulighed for at evaluere en sundhedsfremmende indsats. Lokalt udarbejdede profiler kan sammenlignes med tilsvarende profiler fra andre skoler og kommuner og med de landsdækkende sundhedsprofiler, som fx Skolebørnsundersøgelsen (44).

Sundhedsprofiler kan udarbejdes på baggrund af data indsamlet af sundhedstjenesten, oplysninger fra forældre eller ved, at eleverne besvarer spørgeskemaer. Profilerne kan benyttes som et værktøj i det tværfaglige samarbejde, der er nødvendigt ved forebyggende og sundhedspædagogiske indsatser, og kan benyttes af enkelte faggrupper med interesse for området.

Hvis spørgeskemaet udfyldes elektronisk, kan man generere en profil for den enkelte klasse, så snart eleverne har besvaret skemaet. Dette muliggør en umiddelbar tilbagemelding til klassen/skolen om klassens samlede profil. De helt aktuelle

data kan give anledning til en drøftelse i klassen af livsstil, normer, flertalsmisforståelser m.m. (29, 45, 46).)

Eksempel på intervention efter sammenligning af lokal profil med regional profil:
Sundhedsprofilen i en kommune viste, at alkoholforbruget blandt udskolingseleverne var markant højere end forbruget hos eleverne i de omkringliggende kommuner. Kommunalbestyrelsen besluttede på den baggrund at have et særligt fokus på de unge i kommunens nye alkoholpolitik.

Eksempel på intervention på baggrund af resultater fra sundhedsprofiler:
I en kommune adskilte en skole sig markant fra de øvrige. Skolen var præget af hærværk og konflikter og havde kommunens laveste resultat ved folkeskolens afgangsprøve. Kommunallægens årlige sundhedsprofil viste, at der på denne skole var mange elever, der trivedes dårligt, aldrig fik morgenmad og sjældent dyrkede motion, og mange havde et stort forbrug af hash og cigaretter. Skolens ledelse, lærere og bestyrelse samarbejdede med kommunallægen for at ændre dette mønster. Ved en samlet indsats for hele skolen satte man fokus på kost, motion, læsning og forbud mod at forlade skolen i skoletiden. Eleverne fik tilbud om morgenmad og frisk frugt. Motion blev en fast del af skoledagen, og slik og fastfood var ikke længere tilladt på skolens område. Efterfølgende viste sundhedsprofilen et kraftigt fald i hash- og tobaksforbruget, eleverne trives i skolen, og mange elever får nu morgenmad og motion hver dag. Ved afgangsprøven i 2011 lå skolen blandt de bedste i kommunen (47).

Eksempel på evaluering af en intervention ved hjælp af gentagne sundhedsprofiler:
Sundhedsprofilen for en skole viste gennem flere år, at der var mange flere rygere blandt eleverne på denne skole end på de tre naboskoler. Mange af de ældste elever gik i frikvartererne uden for skolens område for at ryge. Skolen ønskede at ændre dette billede ved at gøre det attraktivt for eleverne at blive på skolen i pauserne. Et område af skolen blev indrettet, så de ældste elever kunne høre musik, drikke te, læse og spille bordtennis. Ved udskolingsundersøgelsen havde sundhedsplejerske og kommunallæge ekstra fokus på rygning og rygestop for de elever, der ønskede dette. De følgende år viste sundhedsprofilen et fald i antallet af dagligrygere på denne skole (48).

Samarbejde med forældrene

Forældrene er de vigtigste personer i børnenes og de unges liv, så derfor er et godt samarbejde mellem forældre og sundhedspersonale af største betydning for sundhedstjenestens arbejde. Samarbejdet etableres i indskolingen, og den personlige kontakt og opbygningen af en tillidsfuld relation mellem forældre og sundhedspersonale danner grundlag for samarbejdet i resten af skoletiden. Sundhedsplejersken og/eller kommunallægen bør være til stede ved et af de første forældremøder ved skolestart, hvor de præsenterer sig og orienterer om sundhedstjenestens tilbud.

Det er væsentligt, at forældrene deltager i de første samtaler og undersøgelser i indskolingen, da det personlige møde er af stor betydning ved opbygningen af en relation. Ligeledes kan det have stor betydning for barnet at have mor eller far med i forhold til at føle sig tryg ved situationen.

Det kan være svært for familierne at tage fri fra arbejde, og sundhedspersonalet kan forsøge at afhjælpe dette på forskellig måde. I nogle kommuner kan det lade sig gøre for forældrene selv at booke en tid til indskolingsundersøgelse via Forældre-Intra. En anden mulighed kan være at lade forældrene bytte tider indbyrdes, hvis det passer dem bedre. Udfordringen for personalet er, at tidsforbruget og tidsspildet bliver for stort, hvis for mange skal lave om på deres tider.

Det kan også være en udfordring, hvis familier udebliver uden afbud. Her må det vurderes i det enkelte tilfælde, om det er en familie, som sundhedsplejersken/kommunallægen skal tilbyde en særlig indsats.

Senere i skoleforløbet ser sundhedspersonalet typisk eleverne til samtaler og undersøgelser uden forældrene, men disse bør til enhver tid inddrages, hvis der er brug for det. I nogle situationer kan det være hensigtsmæssigt at aftale samtale med forældrene, uden at barnet er til stede. Læs kapitel 10 for eksempel på dette.

Kommunikation og sundhedspersonalets synlighed

I løbet af skoletiden vil en del af samarbejdet og kommunikationen med forældrene overgå til at foregå skriftligt per brev, mail på Forældre-Intra eller via telefonen. Forældrene bør tilbydes mulighed for telefonkontakt med sundhedsplejersken/kommunallægen i forbindelse med de regelmæssige samtaler og undersøgelser. Det må fremgå af sedler, informationsmateriale og skolens hjemmeside, hvornår og hvordan sundhedstjenestens personale træffes, så forældrene til enhver tid selv kan henvende sig.

For at sundhedstjenestens kompetencer og ressourcer udnyttes optimalt, må sundhedspersonalet være synlige i skolens liv. Dette kan gøres på mange måder, fx ved:

- Deltagelse i forældremøder
- Opslag på Forældre-Intra både før og efter sundhedspersonalet skal se en klasse. Herunder tilbagemelding om fx klassens trivsel som helhed
- Pjecer ved skolestart
- Udsendelse af forældrebreve på ForældreIntra eller i papir udgave i forbindelse med sundhedspædagogiske aktiviteter
- Fast indlæg fra sundhedstjenesten jævnligt, eventuelt årstidsrelateret, på skolens fælles net, fx om lus eller håndhygiejne
- Deltagelse i sundhedsfremmende og forebyggende projekter på skolen
- Deltagelse i skolens sundhedsråd
- Formidling af sundhedsprofiler.

Sundhedstjenesten – et tilbud

Den kommunale sundhedstjenestes ydelser er et tilbud til børn, unge og forældre, som de kan fravælge. Derfor skal eleverne altid have skriftlig invitation før undersøgelser og samtaler med læge eller sundhedsplejerske, og der skal altid foreligge forældresamtykke enten skriftligt eller mundtligt. Særligt i de ældre klasser kan det være en udfordring at indhente dette samtykke, fordi papirer bliver væk eller glemmes. Her kan Forældre-Intra være en god hjælp for personalet, og samtykket kan også gives per telefon, mail eller sms.

Efter undersøgelse og samtale skal forældrene orienteres om resultaterne af undersøgelser og eventuelle emner, der skal følges op på hjemme eller i sundhedstjenesten. Sundhedstjenestens samarbejde med forældrene sker uden inddragelse af lærere eller ledelse, med mindre andet er aftalt.

Hvis forældrene ikke ønsker at gøre brug af de forebyggende tilbud, skal sundhedstjenestens personale, såfremt de har kendskab til sundhedsmæssige eller sociale problemstillinger, i den konkrete situation vurdere, om der er grund til at underrette de sociale myndigheder om fravalg eller udeblivelse.
Sundhedspersonalet har skærpet underretningspligt ifølge servicelovens § 153, hvis de får kendskab til forhold, som giver formodning om, at et barn eller en ung under 18 år har brug for støtte (49).

Tværfagligt samarbejde

Indsatsen i forhold til børn og unge skal ifølge sundhedslovens § 203-205 og bekendtgørelse nr. 1344, kapitel 6 være koordineret. Det tværfaglige samarbejde tager udgangspunkt i familien og barnet eller gruppen af børn. Det sætter fokus på de enkelte børns og unges sundhed og trivsel og skal bidrage til, at børn og unge lærer at tage vare på deres egen sundhed. Målet er at sikre en optimal indsats i forhold til at bevare barnets sundhed i bred og positiv forstand. Det skal sikres, at alle relevante faglige indfaldsvinkler, der er nødvendige for at belyse komplekse problemstillinger, bliver synlige.
Systematisk og koordineret samarbejde og dialog mellem den kommunale sundhedstjeneste, almen praksis og andre relevante faggrupper bidrager til, at udsatte og sårbare børn og unge identificeres tidligt, og at rettidige indsatser kan iværksættes.

Det anbefales, at der udarbejdes klare retningslinjer for viderevisitation af børn og unge fra den kommunale sundhedstjeneste til andre faggrupper. Inspiration kan hentes i Servicestyrelsens materiale om bedre tværfagligt samarbejde (50).

Samarbejde mellem sundhedsplejerske og kommunallæge

Sundhedsplejerske og kommunallæge er fagligt komplementære og afhængige af hinandens kompetencer til en lang række opgaver. Tilrettelæggelse af sundhedstjenestens opgaver skal i videst muligt omfang ske i et samarbejde mellem sundhedsplejersker og kommunallæge.

Samarbejdet kræver dialog og planlægning på grund af de mange forskelligartede opgaver, som de to faggrupper har. Sundhedsplejersken arbejder ofte på en eller få skoler, mens kommunallægen arbejder på mange af eller alle kommunens skoler. Sundhedsplejersken har ofte nær kontakt med det enkelte barn og familie, mens kommunallægen i højere grad fungerer som konsulent og beskæftiger sig med sundhedsfremme og forebyggelse for kommunens børn og unge på et overordnet plan.

Samarbejde med andre faggrupper i kommunen

For at sikre en sammenhængende og koordineret indsats for det enkelte barn og familie er det relevant og nødvendigt, at sundhedstjenesten samarbejder med andre faggrupper i kommunen. Psykologer, tale-hørekonsulenter, ergo- og fysioterapeuter samt sagsbehandlere er naturlige samarbejdspartnere for sundhedstjene-

sten. Den kommunale tandpleje har regelmæssig kontakt med alle skolens elever og dermed et bredt kendskab til kommunens børn og unge. Uddannelses- og ungdomsvejlederen, SSP og rusmiddelrådgivningen kan være relevante i arbejdet med de ældste skoleelever. I samarbejde med SSP kan sundhedstjenesten fx tilrettelægge forløb vedrørende unge og rusmidler målrettet udskolingseleverne og deres forældre.

Personalet i sundhedstjenesten har i henhold til sundhedslovens § 40 tavshedspligt vedrørende fortrolige oplysninger, der erfares i forbindelse med udøvelsen af det sundhedsfaglige hverv. Servicelovens § 49a (49) giver mulighed for i særlige tilfælde at fravige de gældende regler vedrørende tavshedspligt, hvis udveksling af oplysningerne må anses for nødvendig som et led i det tidlige eller forebyggende samarbejde om udsatte børn og unge.

En 14-årig pige fortæller sundhedsplejersken, at hendes far drikker meget. Hun er ofte utryg og ked af det, når hun er hos sin far hver anden weekend. Han ligger på sofaen og sover eller har besøg af sine venner, som drikker og ryger og fester det meste af natten. Sundhedsplejersken kontakter pigens mor. I samarbejde med moren laver sundhedsplejersken en underretning til sagsbehandler, som indkalder pigen og hendes mor til et møde for at afklare pigens behov for støtte. Der etableres kontakt til skolepsykologen, og familien henvises til kommunens misbrugscenter, der har et tilbud til pårørende til misbrugere.

Tværfaglig gruppe

Ifølge sundhedslovens § 123 skal kommunalbestyrelsen oprette en tværfaglig gruppe med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov. Den tværfaglige gruppe skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab. Sundhedsplejersken og kommunallægen repræsenterer den sundhedsfaglige viden på det somatiske og det børnepsykiatriske område.

Den tværfaglige gruppe kan have forskellige funktioner. Gruppen kan være sagsbehandlende, fungere som rådgivnings- eller sparringsgruppe og have til opgave at identificere, hvor der er behov for at ændre/tilpasse kommunens tilbud til børn og unge. Den enkelte kommune tilrettelægger indsatsen afhængigt af lokale forhold. De tværfaglige møder på skolerne bør planlægges for hele skoleåret og indgå i den samlede årsplan.

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

- Kommunalt ansat læge
- Praksiskonsulent eller anden repræsentant for almen praksis
- Sundhedsplejerske
- Psykolog fra PPR
- Pædagog eller lærer – afhængigt af aldersgruppen
- Socialrådgiver
- SSP-konsulent.

Der henvises desuden til vejledningens kapitel 4 (3).

Case fra skoleteam:

På et skoleteammøde drøftes en uhensigtsmæssig adfærd blandt skolens udskolingselever. På mødet deltager skolens ledelse, AKT-lærer, skolepsykolog, sagsbehandler, sundhedsplejerske og kommunallæge samt som særligt indbudt SSP-teamet. Skolen er bekymret over adfærden hos en stor gruppe af de ældste elever, som i frikvartererne står uden for skolen sammen med nogle ældre kammerater, der ikke går på skolen. De unge hører høj musik, smider cigaretskod og kommer med tilråb til de yngre elever på skolen. Ved udskolingssamtaler med kommunallægen har mange af eleverne i 9. årgang givet udtryk for, at de mistrives socialt, især i frikvartererne. Enkelte fortæller, at de i skoletiden er blevet tilbudt at købe hash.

På mødet besluttes at forsøge at ændre elevernes adfærd i frikvartererne. Udskolingseleverne og deres forældre informeres om dette fokus og om baggrunden for det. I en periode afsættes ekstra lærerressourcer i frikvartererne, og skolens gymnastiksal åbnes for de ældste elever, hvilket gør det mere attraktivt for dem at blive på skolen. SSP-konsulenten kommer af og til forbi skolen ved frokosttid for at tale med de unge, der ikke hører til på skolen. Kommunallægen / sundhedsplejersken tilbyder opfølgende samtaler med de udskolingselever, der ønsker det.

Samarbejde med almen praksis, børneafdeling og børnepsykiatrisk afdeling

Den kommunale sundhedstjeneste samarbejder med almen praksis og børneafdeling og børnepsykiatrisk afdeling på de lokale sygehuse. Samarbejdet kan dreje sig om generelle emner vedrørende børns og unges trivsel eller om specifikke børn efter aftale med barnets forældre.

Samarbejdet kan også fokusere på særlige emner eller grupper, for eksempel et samarbejde mellem sundhedstjenesten og voksen- eller distriktspsykiatrisk afdeling vedrørende støtte til børn med psykisk syge eller misbrugende forældre eller et samarbejde mellem børneafdelingen og sundhedsplejerskerne om fx opfølgning og støtte til det overvægtige barn og dets familie eller til det kronisk syge barn.

Formaliseret samarbejde mellem kommuner, almen praksis og sygehuse nedfældes i de sundhedsaftaler, der indgås mellem kommuner og regioner. Børn er en væsentlig gruppe i relation til indsatsområderne i sundhedsaftalerne. Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge er omfattet af sundhedsaftalernes indsatsområde om forebyggelse og sundhedsfremme. Formålet med sundhedsaftalerne er i denne sammenhæng at sikre børn, unge og deres forældre en sammenhængende, systematisk og koordineret forebyggelsesindsats. For at opnå dette er det nødvendigt med et effektivt samarbejde mellem den kommunale sundhedstjeneste, den praktiserende læge og de regionale sygehusafdelinger (51).

LITTERATUR

1. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. www.retsinformation.dk
2. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Sundhedsloven, LBK nr. 913 af 13/07/2010. www.retsinformation.dk
3. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. 2011. www.sst.dk, www.retsinformation.dk
4. Ministeriet for sundhed og forebyggelse. Bekendtgørelse nr. 3 af 02/01/2013 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.). www. retsinformation.dk
5. Borup, I.: Sundhedssamtaler med børn. MPH-afhandling. Göteborg: Nordiska Hälsovärdshögskolan, 1995.
6. Borup, I.: Learning about health: The pupils' and the school health nurses' assessment of the health dialogue. Disputats. Göteborg: Nordiska Hälsovärdshögskolan, 1999.
7. Borup, I.: Sundhedssamtaler med børn. I: Sygeplejersken nr. 41, 2000 s. 21 ff.
8. Borup, I.: Skoleelevers refleksioner, diskussioner og handlinger. I: Sygeplejersken nr. 3, 2007 s. 57 ff.
9. Poulsen, A.: Sundhedsplejerskens sundhedssamtale. I: Klinisk sygepleje 18,(3), 2003 s.13-23.
10. Nordentoft, H.M., Wistoft, K.: I hjertet af skolesundhedsplejen: et sundhedspædagogisk udviklingsprojekt i Randers Kommune. Aarhus Universitetsforlag, 2010.
11. Merrild, L., Fleischer, A.V.: Samtaler med børn: redskaber til professionelle og andre voksne. Børns Vilkår, 2010.
12. Wistoft, K.: Sundhedspædagogik, viden og værdier. Hans Reitzels Forlag, 2009.
13. Hertz, B. et al.: Anerkendelse i børnehøjde. Dansk Psykologisk Forlag, 2004.
14. Arborelius, E.: Du bestemmer – en anderledes sundhedsvejledning – børn og unge. Ringkjøbing Amtskommune, den Medicinske, Forskningsenhed og Sundhedsfremmeafdelingen, 2000.
15. Sundhedsstyrelsen: Forebyggelse og sundhedsfremme i skolen: undersøgelse af to metoder anvendt i skolesundhedsplejen. Sundhedsstyrelsen, 2009. www.sst.dk
16. Poulsen, A.: Aktive vurderinger – en overset sundhedspædagogisk metode. I Sygeplejersken nr. 18, 2009 s. 54 ff.
17. Poulsen, A.: Aktive vurderinger: en sundhedspædagogisk metode til værdiafklaring. Komiteen for Sundhedsoplysning, 2010.
18. Sheth, T.: Mere vægt på sjov, mindre på vægt. Sundhedsplejersken nr. 2, 2012.
19. Rosdahl, G.: Introduktion til Den Motiverende samtale. Implement Consulting Group, 2012.
20. Miller, W.R., Rollnick, S., Butler, C.: Motivationssamtalen i sundhedssektoren. Hans Reitzels Forlag, 2009.
21. Hundeide, K.: Relationsarbejde i institution og skole. Dafolo, 2008.
22. Sundhedsstyrelsen: Dit job, dit valg, dine muligheder: hvis du har astma, hvis du har høfeber, hvis du har eksem eller har haft. Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning, 2011. www.sst.dk

23. Sundhedsstyrelsen. Sundheds- og seksualundervisning. Model til kvalificering af seksualundervisningen i grundskolen. Sundhedsstyrelsen, 2012 www.sst.dk
24. Bak, P.L.: SundhedsEksperimentariet.
25. Undervisningsministeriet: Fælles mål 2009. Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab. Faghæfte 21. Undervisningsministeriets håndbogsserie nr. 23. Undervisningsministeriet, 2009. www.uvm.dk
26. Rudersdal Kommune. Sundhedsværksteder 1. klasse. Indskoling. 2012. Kan rekvireres på sundhedstjenesten@rudersdal.dk
27. Roesen, J. et al.: Skolesundhedsplejen ved en skillevej? Erfaringer fra udviklingsprojekter i Københavns Kommune, Sundhed og Miljø 2006.
28. Sundhedsstyrelsen: Sunde erhvervsskoler. Inspiration til at skabe sunde rammer og bringe sundhed ind i undervisningen. Sundhedsstyrelsen, 2012. www.sst.dk
29. Balvig, F., Holmberg, L., Sørensen, A.: Ringstedforsøget: livsstil og forebyggelse i lokalsamfundet. Jurist- og Økonomforbundet, 2005.
30. Sundhedsstyrelsen: Evaluering af undervisningsmaterialet Tackling. Sundhedsstyrelsen, 2008. www.sst.dk
31. Sundhedsstyrelsen: Social forholds betydning for håndtering af børn med kronik sygdom. Sundhedsstyrelsen, 2012. www.sst.dk
32. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning nr. 1 af 03/01/2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. www.retsinformation.dk
33. Sundhedsstyrelsen. Skrivelse nr. 9575 af 25/10/2010 om medicingivning til børn i dagtilbud, skoler og skolefritidsordninger. www.retsinformation.dk
34. Sundhedsstyrelsen: Forebyggelse og sundhedsfremme for etniske minoriteter: målgruppeinddragelse og organisatorisk forankring. Sundhedsstyrelsen, 2006. www.sst.dk
35. Sundhedsstyrelsen: Sundhedsprofessionelle i en multikulturel verden. Sundhedsstyrelsen, 2007. www.sst.dk
36. Sundhedsstyrelsen: Forebyggelse af omskæring af piger. Sundhedsstyrelsen, 1999.
37. Undervisningsministeriet: Vi har alle et ansvar - Information til sundhedsplejersker, kommunallæger, lærere, pædagoger og sagsbehandlere om piger og omskæring. Undervisningsministeriet, 2003.
38. Bekendtgørelse nr. 581 af 23/05/2011 om kommunernes indberetning af oplysninger om børns sundhed til Sundhedsstyrelsen. www.retsinformation.dk
39. Sundhedsstyrelsen: Opsporing af overvægt samt tidlig indsats for børn og unge i skolen. Vejledning til skolesundhedstjeneste. Sundhedsstyrelsen, 2013. www.sst.dk
40. Sundhedsstyrelsen: Metoder og redskaber til indsatser mod overvægt: erfaringer fra 26 projekter belyst ud fra forskellige temaer. Sundhedsstyrelsen, 2006. www.sst.dk
41. Sundhedsstyrelsen: Børn i balance. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2008. www.sst.dk
42. Sundhedsstyrelsen: Børn i balance II. Sundhedsstyrelsen, 2012. www.sst.dk
43. Holm, J.C.: Succes med ny tilgang til overvægt. I Ugeskrift for læger 2012;174 (19) s.1198.
44. Rasmussen, M., Due, P. (red): Skolebørnsundersøgelsen 2010. Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2011.

45. Krue, S.: Fælleskommunal sundhedsprofil for udskolingselever (årgang 07/08 og 08/09). Herlev Kommune, 2009.

46. Storr-Paulsen, A., Keiser-Nielsen, T.: Fælles udskolingsprofil 9. klasse. 2011. www.skolesundhed.dk

47. Sundhedsstyrelsen: National sundhedsprofil unge 2011. Sundhedsstyrelsen, 2011. www.sst.dk

48. Rønnebær – hele kroppen med i skole. Projekt på Skolen ved Rønnebær Alle i Helsingør 2008-2011.

49. Socialministeriet. Serviceloven LBK 810 af 19/07/2012. www.retsinformation.dk

50. Servicestyrelsen: Pjece til medarbejdere på skoler og SFO'er: Bedre tværfaglig indsats for børn og unge i familier med misbrug eller sindslidelse. Servicestyrelsen, 2008. www.socialstyrelsen.dk

51. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning nr. 9698 af 21/08/2009 om sundheds-koordinationsudvalg og sundhedsaftaler. www.retsinformation.dk

HJEMMESIDER:

www.skolesundhed.dk

www.rudersdal.dk

www.uvm.dk

www.boerneportalen.dk

Skolens fysiske miljø, hygiejne og ulykker

Birgitte Brinck

Den kommunale sundhedstjeneste skal i henhold til sundhedsloven bistå skolerne med vejledning om almene sundhedsfremmende og forebyggende foranstaltninger og bistand med henblik på at sikre børnene et sundt skolemiljø, bl.a. gennem efterlevelse af kommunens sundheds- og hygiejnepolitikker og tiltag til ulykkesforebyggelse.

Nogle børn, fx børn med astma, allergi, høfeber og koncentrationsproblemer, er særligt følsomme over for miljøpåvirkninger, herunder støj og dårligt indeklima. Der må imidlertid være opmærksomhed på at begrænse alle børns udsættelse for miljøpåvirkninger, som har indflydelse på deres sundhed og trivsel, koncentration samt indlæringsevne.

Problemer og oplevede gener med ventilation, dårlig luft/lugt, temperatur, støj mv. i klasselokalerne og dårlig hygiejne på toiletterne kan afhjælpes ved at sikre et godt indeklima, og gennem efterlevelse af gode hygiejnerutiner på skolen kan smittetrykket blandt børn og unge reduceres. Skolesundhedstjenestens ansatte kan i samarbejde med andre på skolen bidrage til både at få fokus på problemerne og til løsning af disse.

Lovgivning, regler og vejledninger

Sundhedslovens §§ 120-126 (1) og bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (2) angiver sammen med "Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge" (3) bestemmelserne for skolesundhedstjenestens opgaver. Sundhedsstyrelsen, herunder de regionale embedslæger, fungerer (jf. § 19 i bekendtgørelsen) som faglig rådgiver for den kommunale sundhedstjeneste.

Sundhedstjenestens virksomhed omfatter *"Sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger og bistand med hensyn til børnene og deres miljø i hjem, daginstitution, kommunal dagpleje og skole"*. Bistanden til skolerne skal ifølge bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge ud over generel rådgivning om sundhed og trivsel omfatte *"vejledning om og tilsyn med sundhedsforhold på institutionen, herunder oplysning om hygiejne"*.

Øvrig lovgivning, regler mv. vedrørende skolebørns miljø

Undervisningsmiljøloven (4), arbejdsmiljølovgivningen (5) og byggelovgivningen (6) vedrører det fysiske miljø på skolerne. Kommunalbestyrelsen beslutter, hvordan arbejdet med skolers drift og vedligeholdelse skal tilrettelægges, herunder hvordan de forskellige forvaltninger samarbejder om opgaven. På den enkelte skole kan skolebestyrelsen have en aktiv rolle med hensyn til at følge de fysiske forhold på skolen.

Lov om elevers og studerendes undervisningsmiljø (Undervisningsmiljøloven)

For undervisningsmiljøet fastlægges ikke grænseværdier og normer for indeklima mv., som fx arbejdsmiljøloven gør det, og undervisningsmiljøet kan derfor ikke kontrolleres. Eleverne har via Undervisningsmiljølovens bestemmelser ret til at vælge undervisningsmiljørepræsentanter, der kan deltage i arbejdet vedrørende bl.a. sundhed og sikkerhed på skolen.

Kapitel 1: Rettigheder og pligter

§ 1. Elever, studerende og andre deltagere i offentlig og privat undervisning har ret til et godt undervisningsmiljø, således at undervisningen kan foregå sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt. Undervisningsmiljøet på skoler og uddannelsesinstitutioner (uddannelsessteder) skal fremme deltagernes muligheder for udvikling og læring og omfatter derfor også uddannelsesstedets psykiske og æstetiske miljø.
Stk. 2. Den myndighed, bestyrelse eller person, der har ansvar for uddannelsesstedet, skal sørge for, at de krav, der er omtalt i stk. 1, bliver opfyldt.
Stk. 3. Eleverne og de studerende m.fl. skal medvirke til og samarbejde med ledelsen om at tilvejebringe og opretholde et godt undervisningsmiljø og herunder bidrage til, at de foranstaltninger, der træffes for at fremme et godt undervisningsmiljø, virker efter deres hensigt.

Undervisningsmiljøloven foreskriver bl.a., at der mindst hvert tredje år skal foretages en undervisningsmiljøvurdering, som skal være skriftlig og offentligt tilgængelig. Vurderingen skal indeholdende følgende fire punkter:

1. Kortlægning af uddannelsesstedets fysiske, psykiske og æstetiske undervisningsmiljø
2. Beskrivelse og vurdering af eventuelle undervisningsmiljøproblemer
3. Handlingsplan, hvor det fremgår i hvilken takt og rækkefølge, de konstaterede problemer skal løses
4. Forslag til retningslinjer for opfølgning på handlingsplanen.

De årlige resultater af undervisningsvurderingerne modtages af Dansk Center for Undervisningsmiljø (DCUM), som lægger dem på hjemmesiden. DCUM samler desuden viden om undervisningsmiljø samt rådgiver, formidler viden og udarbejder værktøjer til brug for skolernes arbejde med undervisningsmiljøet.

Sundhedstjenestens tilsyn kan med fordel koordineres med undervisningsmiljøvurderingerne for at opnå synergieffekt og styrke samarbejdet mellem skolens ledelse, lærere og sundhedspersonalet.

Arbejdsmiljølovgivningen

Arbejdsmiljølovgivningen med tilhørende bekendtgørelser mv. vedrører de ansattes miljø, men hvor børn og personale færdes i samme miljø, vil arbejdsmiljølovens bestemmelser også få betydning for børnene. Dog skal man holde sig for øje, at børn kan være mere følsomme over for indeklimapåvirkninger. Ved

undervisning i visse faglokaler, hvor der håndteres kemikalier eller bruges tekniske hjælpemidler og ved arbejde af håndværksmæssig karakter (og ved tværfagligt projektarbejde i undervisningen), er børnene dog direkte omfattet af Arbejdsmiljølovgivningen.

Arbejdstilsynet har udarbejdet en række vejledninger, såkaldte At-vejledninger, der forklarer lovgivningen. De drejer sig fx om indeklimaforhold, rengøring og vedligeholdelse, støj/akustik, temperatur mv. Informationsmateriale findes desuden på www.arbejdsmiljoweb.dk og i AT vejledning A.1.2.2008 (7, 8).

Byggelovgivningen (herunder Bygningsreglementet)

Af Bygningsreglementet 2010 (BR10) fremgår det bl.a., at *"Bygninger skal opføres, så der under den tilsigtede brug af bygningerne i de rum, hvor personer opholder sig i længere tid, kan opretholdes et sundheds- og sikkerhedsmæssigt tilfredsstillende indeklima"*. Bygningsreglementet indeholder bl.a. regler vedrørende areal pr. barn, brug af kælderlokaler, legepladsredskaber og indeklima, herunder ventilationskrav, CO2 niveau, temperatur-, lyd- og lysforhold.

Af den tilhørende SBI-anvisning fremgår, at indeklimaet også skal vurderes i forhold til dets positive kvaliteter, der betyder noget for alment velvære: *"Et godt indeklima har positiv betydning for koncentrations- og arbejdsevne. Det gode indeklima bør ikke alene defineres ved et fravær af påvirkninger, der opleves ubehagelige eller kan være sygdomsfremkaldende, men også ved bidrag til positive sanseindtryk, fx med hensyn til akustik og lysforhold"*.

Kravene følges ved nybyggeri, tilbygninger og ved væsentlige renoveringer af eksisterende byggeri samt ved ændringer i anvendelsen af lokalerne/bygningen. Hvis der er sundhedsfare forbundet med ophold i en bygning, er der særlige regler i Lov om byfornyelse (9).

Læs mere om Bygningsreglementet med tilhørende vejledning og SBI-anvisninger på www.bygningsreglementet.dk. SBI-anvisninger kan også læses på www.sbi.dk.

Sundhedstjenestens rolle, ansvar og opgaver

I Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (3) findes i bilag 11 en oversigt over opgavefordeling for sundhedsplejersker, kommunallæger, embedslæger m.fl. og kompetencebehov for opgaveløsning vedrørende den kommunale sundhedstjenestes bistand og rådgivning i bl.a. skolerne. I sager, hvor der er

sygdom eller symptomer blandt børn/personale, og i sager, hvor der fx er mistanke om skimmel eller miljøfremmede stoffer i miljøet, er der behov for lægefaglige kompetencer. Sundhedsplejerskerne kan således ikke løse denne opgave alene.

Ansvaret for et sundt og sikkert skolemiljø påhviler skolens ledelse. Sundhedstjenestens rolle er at foretage en sundhedsfaglig vurdering af miljøet (hygiejneforhold, indeklimapåvirkninger osv.) i forhold til børnesundheden. Ved mistanke om sundhedsskadelige miljøpåvirkninger skal sundhedstjenesten tage initiativ til at få problemet undersøgt. Sundhedstjenesten kan foreslå forskellige forebyggende foranstaltninger, men kan ikke udstede forbud og påbud.

Samarbejdspartnere

Den kommunale sundhedstjeneste samarbejder med en række forskellige parter, afhængig af hvilke sundhedsfaglige problemstillinger, der skal håndteres. Skolens ledelse og personale er vigtige samarbejdspartnere for sundhedstjenesten i den daglige drift. Sundhedstjenesten yder bistand og fører tilsyn med sundhedsforholdene på skolen, jf. § 17 i bekendtgørelse nr. 1344 (2), og personalet kan til enhver tid kontakte sundhedstjenesten for råd. Derudover er nedenstående samarbejdsparter relevante:

- Arbejdsmiljøorganisationen og Arbejdstilsynet, som udelukkende har tilsyn med de ansattes miljø. Ofte er der imidlertid sammenfald mellem miljøproblemer for de ansatte og for børnene, og det kan derfor være velbegrundet, at sundhedstjenesten samarbejder med disse instanser.
- Teknisk forvaltning, som ikke har de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer til at kunne vurdere sundheds risikoen for børn og unge i konkrete sager, men som kan undersøge og rådgive om konkrete bygningsmæssige og tekniske forhold og fx foranstalte undersøgelser og renovering i sager vedrørende skimmelsvamp. Sundhedstjenesten bidrager i konkrete sager med et sundhedsfagligt perspektiv.
- Embedslægen, som skal inddrages, hvis sundhedstjenesten har bekymringer for børns sundhed og sikkerhed som følge af det fysiske miljø, og hvis eventuelle forslag til indsatser ikke efterleves. Ved mistanke om sundhedsfare skal embedslægen altid inddrages straks.
- Den praktiserende læge, som kan inddrages og rådgive på individniveau, dvs. i forhold til det enkelte barn/forældre, men som ikke har overblik over de fysiske forhold eller børnesundheden på kommunens skoler i øvrigt og derfor ikke inddrages i sager herom.

Tilsyns- og bistandsopgaven

Som beskrevet ovenfor skal sundhedstjenesten føre tilsyn med sundhedsforholdene på skolen, herunder oplyse om hygiejne. Alle sundhedsforhold må inddrages, dvs. både børnenes sundhed og de faktorer på skolen, der har betydning for børnenes sundhed i bred forstand – dvs. de miljømæssige forhold, indeklima, hygiejne, udemiljø, ulykkesrisici og det psykiske miljø, som omtales nærmere i kapitel 9.

Et egentligt bygningstilsyn, vedrørende bygningernes drift og tilstand, påhviler skoleledelsen i samarbejde med skolemyndigheder, teknisk forvaltning mv.

Tilrettelæggelse af tilsynet

Den enkelte kommune beslutter selv, hvordan tilsynet tilrettelægges med hensyn til form og indhold.

Det anbefales, at tilsynet sker ca. en gang årligt. Hvert tredje år kan tilsynet koordineres med undervisningsmiljøvurderingen. Tilsynet bør foregå som en dialog på baggrund af kommunalt udarbejdede kvalitetsstandarder. Efter aftale med skoleledelse kan resultater fra den sidste APV (Arbejdspladsvurdering for ansatte) inddrages, da børn og personale til dels færdes i de samme lokaler. Man skal dog være opmærksom på, at børn påvirkes på en anden måde end voksne, og at andre forhold derfor kan spille ind i den samlede vurdering.

Eksempel på tilrettelæggelse af tilsyn

- Sundhedstjenesten mødes én gang årligt med skoleledelse, teknisk serviceleder/pedel, og eventuelt arbejdsmiljørepræsentant, undervisningsmiljørepræsentant m.fl.

- På mødet gøres status over skolens miljø (indeklima, hygiejne, udemiljø og ulykker), set i forhold til eventuelle standarder og kommunale politikker vedrørende indeklima, hygiejne osv., bedst udarbejdet efter anbefalingerne i forebyggelsespakkerne Resultater fra andre undersøgelser (fx APV og tidligere undervisningsmiljøvurderinger) og klager over indeklima eller symptomer/sygdom gennemgås.

- Det aftales, hvilke områder der skal være særlig fokus på, inden der efterfølgende foretages en rundgang de relevante steder på skolen. Efter gennemgangen foretages en foreløbig konklusion, og efterfølgende udarbejder sundhedstjenesten en rapport, se afsnittet nedenfor.

Rapport om sundhedsforholdene på skolen

Både ved tilsynet med sundhedsforholdene på skolen og i akutte sager anbefales, at sundhedstjenesten efterfølgende udarbejder en rapport på baggrund af det fundne.

Rapporten kan indeholde en kort beskrivelse af formålet med rapporten, resultaterne af miljøgennemgangen og af samtaler mv. samt en beskrivelse og vurdering af problemstillingerne vedrørende skolens miljø i relation til børnenes sundhed, herunder fx

- de væsentligste miljømæssige problemstillinger set fra en børnesundhedssynsvinkel (prioriteret rækkefølge)
- eventuelle klager over indeklima eller symptomer/sygdom, som kan forklares efter gennemgangen
- om der er særligt følsomme børn (med fx astma, allergi, høreproblemer, koncentrationsproblemer), der er påvirkede af skolens miljø
- om der er grund til yderligere undersøgelser af miljøet eller samtaler med fx personale om symptomer
- forslag til indsatser, der kan forbedre miljøet og børnesundheden, på kort og på lang sigt (prioriteret liste) samt stillingtagen til eventuelle behov for akutte indsatser eller for at inddrage samarbejdspartnere, herunder teknisk forvaltning, skolemyndigheder, embedslæger o.a.
- aftaler om opfølgning på problemer fundet ved gennemgangen.

Rapporten stiles til skoleledelsen, som kan formidle den videre til fx forældrebestyrelsen, elevrådet, undervisningsmiljørepræsentanterne og til andre relevante parter, fx kommunale myndigheder på skoleområdet, teknisk forvaltning mv.

I akutte sager sender den ansvarlige for gruppen, der håndterer sagen, rapporten til alle gruppens medlemmer. Sundhedstjenestens rapporter om miljø og børnesundhed kan med fordel indgå som en del af en samlet årlig rapport vedrørende sundhedstjenestens arbejde på skoleområdet.

Løbende opgaver

Ud over det ovenfor beskrevne kan sundhedstjenesten bidrage sundhedsfagligt til udformningen af lokale handleplaner, kommunale politikker og prioriteringer ved planlægningen af nybyggeri, renoveringer osv., dette bedst tidligt i processen. Desuden bør sundhedstjenesten holde sig orienteret om eventuelle miljøundersøgelser, renoveringer mv. samt vurdere enkeltsager, når de opstår.

Sundhedstjenesten skal desuden løbende informere skolens ledelse, lærere og forældre om eventuelt smitsomme sygdomme, symptomer, forebyggelse, sundhedsrisici mv. på den enkelte skole, både i forhold til skolens ledelse og lærere samt til forældrene. Dette sker i tæt samarbejde med relevante myndigheder, herunder embedslægerne og den lokale forvaltning.

Til støtte for sundhedstjenestens bistand og tilsyn er udarbejdet forskellige publikationer, fx "Hygiejne i daginstitutioner. Anbefalinger om forebyggelse og sundhedsfremme for børn inden for hygiejne, miljø og sikkerhed" (10), som bl.a. omhandler hygiejniske principper, indeklimaforhold, rengøring mv. Publikationen kan også på en lang række områder anvendes i skolesundhedsarbejdet. Det samme gælder "Smitsomme sygdomme hos børn og unge. Vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler m.v." (11).

I 2012 udgav Sundhedsstyrelsen forebyggelsespakker om bl.a. hygiejne og indeklima i skoler (12, 13) (læs mere om indeklima s. 74 og hygiejne s. 96) og en web-baseret publikation om kemikalier og helbredseffekter (14). Desuden er udgivet en lang række informationsmaterialer om fugt/skimmel, radon, PCB, støj og andet, bl.a. til støtte for sundhedstjenestens rådgivning i skolerne (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

Akutte opgaver

I akutte sager på skolen vedrørende hygiejne og sundhed skal sundhedstjenesten altid yde bistand og rådgivning eventuelt i samarbejde med embedslægen.

Ved mistanke om alvorlige påvirkninger skal sundhedstjenesten med det samme forestå en gennemgang af miljøet og en samtale med de implicerede. Der bør sammensættes en gruppe med deltagelse af skoleledelsen, repræsentanter fra teknisk forvaltning og kommunale myndigheder på skoleområdet samt lægefaglige kompetencer og embedslægen ved behov (eventuelt telefonisk bistand). Gruppen samarbejder om at belyse, analysere og løse problemerne. Sundhedspersonalet kan bidrage yderligere i forhold til forældre og personale på skolen ved at informere om symptomer, sundhedsrisici, forholdsregler og initiativer i forbindelse med det akutte forløb.

Rådgivning af kommunale myndigheder

Af vejledningens afsnit 13.2 (3) fremgår, at der bør være et tæt samarbejde mellem sundhedstjenesten og den/de myndigheder, der er ansvarlig for skolerne.

Samarbejdet kan fx formaliseres ved, at sundhedstjenesten videreformidler rapporter til de relevante kommunale myndigheder og således gør opmærksom på generelle problemstillinger vedrørende fysisk miljø, sundhed og trivsel på skolerne i kommunen. Rapporterne kan dermed bruges som en del af grundlaget for beslutninger om forebyggelsesindsatser for børn og unge i skolerne.

Det anbefales, at sundhedstjenesten deltager i udarbejdelse af kvalitetsstandarder for skolemiljø, sundhedspolitikker, hygiejnepolitikker, sundhedsplaner, prioritering af indsatser for forbedringer af skolernes fysiske miljø mv., byggesager, procedurer for skimmelsager, PCB-sager, implementering af forebyggelsespakkerne osv., hvor den børnesundhedsfaglige vinkel er påkrævet.

Miljøfaktorer

Indeklima

Indeklima omfatter elementerne luft, lyd, lys og temperatur. Indeklimaet afhænger også af antallet af brugere i forhold til rummets størrelse samt af støjniveau og daglige rutiner for bl.a. oprydning og rengøring. Udformningen af bygninger, herunder ventilations- og akustiske forhold og inventar er væsentlige forhold af betydning for indeklimaet. Indeklimaet afhænger også af antallet af brugere i forhold til rummets størrelse samt af støjniveau og daglige rutiner for bl.a. oprydning og rengøring.

De regelsæt, der konkret har betydning for indeklimaet i skolen, er skrevet ind i flere ministeriers lovgivninger. Lovene omhandler dels det byggetekniske, dels brugernes rettigheder.

Sundhedstjenesten har en vigtig opgave i forhold til at rådgive om indeklimaets betydning for børns sundhed. Kvaliteten af indeklimaet har stor betydning for sundhed, trivsel og koncentrationsevne. Skolebørn tilbringer det meste af skoledagen indendørs, og skolens indeklima er derfor vigtigt for børnenes helbred og indlæring.

Der eksisterer effektive metoder til at forbedre indeklimaet. I forebyggelsespakken om indeklimaet i skoler er den grundlæggende viden om indeklima beskrevet

(13). Der er bl.a. redegjort for dårlig luftkvalitets effekter på sundheden, også i forhold til særligt følsomme børn og for lovgivningen på området. I forebyggelsespakken er beskrevet en række eksempler på enkle daglige rutiner til fremme af et godt indeklima og på praktiske tiltag til vedligeholdelse af dette, som sundhedstjenesten kan tage udgangspunkt i, når det gælder konkret rådgivning på den enkelte skole.

I forebyggelsespakken om indeklima i skolen er beskrevet en lang række anbefalinger på såvel grundniveau som udviklingsniveau, som ved iværksættelse kan højne kvaliteten af indeklimaet på skolerne. Forebyggelsespakken skal læses i sammenhæng, og der gengives derfor ikke elementer herfra i denne bog.

Regler vedrørende areal, ventilation og CO2-koncentration

Areal/rumindhold:

Ifølge Bygningsreglementet skal normalklasserum i skoler have et rumindhold på mindst 6 m^3 pr. person, når der etableres effektiv ventilation. Der er ingen krav om, hvor mange kvadratmeter der skal være pr. barn. Ifølge Arbejdstilsynet skal arbejdstageren have et rumindhold på 12 m^3, og loftshøjden skal være minimum 2,5 m (22).

Ventilation og CO2-koncentration:

Siden 1995 har der i Bygningsreglementet været krav om, at skoler skal have mekanisk ventilation, og der er i Bygningsreglementet fra 2010 skærpede krav vedrørende ventilationsanlæg og CO_2-niveau i skoler (6).

Det fremgår af den tilhørende vejledning til Bygningsreglementet, at
"Ventilationsraten for normalklasserummene er ikke i sig selv tilstrækkelig til under alle forhold at sikre at CO_2 indholdet i indeluften ikke i længere perioder overstiger 0,1 pct. CO_2. Derfor bør ventilationsanlæg indrettes med variabel ydelse i afhængighed af belastningen, så luftskiftet er højere i de rum, hvor belastningen er størst og mindre i rum, hvor der er mindre behov.
Ventilationsraten for bygningen er specificeret under den forudsætning, at der anvendes lavforurenende byggematerialer. Ved lavforurenende byggematerialer forstås byggematerialer, der er omfattet af Dansk Indeklima Mærkning samt materialer, der opfylder betingelserne for at blive mærket efter ordningen".

Fugt/skimmel

Når det gælder luftkvalitet generelt, og de faktorer, der har betydning for luftkvaliteten, henvises der til forebyggelsespakken om indeklima i skolen (13).

Indeklimaet og luftkvaliteten påvirkes af fugt/skimmel, hvad enten den er synlig eller ej, da skimmelsporer og skimmelprodukter kan trænge gennem tilsyneladende tætte barrierer. Såvel skimmelsporerne som de stoffer, der udskilles fra skimmelsvampene, kan give indeklimasymptomer og andre helbredspåvirkninger. Dosis-respons-sammenhænge er endnu ikke klarlagt (15).

Fugtskader kan skyldes, at bygningerne er gamle, dårligt vedligeholdt eller uhensigtsmæssigt konstrueret, ligesom brugen af lokalet, ventilation mv. også har betydning for hvor meget fugt, der tilføres og fjernes.

Skimmelsvampe kan kun formere sig, hvor der er fugt, men skimmelsvampesporer kan findes i helt tørre omgivelser, fx i gulvstøv, og kan sidde på overflader, der tidligere har været fugtige.

Fjernelse af skimmelvækst kan frigive store mængder af sporer mv., der kan give betydelige symptomer. Det er derfor en opgave for specialfirmaer. I mange tilfælde er der tale om "skjult" skimmel, fx skimmel bag tapeter, under gulvbelægningen pga. optrængende fugt eller som følge af utætheder i linoleumsbelægningen, hvor vand trænger ned i gulvpladen i forbindelse med rengøring.

Regler og information

Ifølge Bygningsreglementet har kommunen pligt til at sørge for, at der ikke er fugt/skimmel i kommunens bygninger.
Skoleledelsen kan få hjælp til håndtering af skimmelsvampesager i publikationer, der specifikt vedrører dette emne (16, 17).

Der henvises til www.sst.dk for yderligere oplysninger om skimmelsvamp og sundhed, og om hvordan skimmelsvampesager håndteres fra en sundhedsfaglig vinkel, herunder publikationen "Personers ophold i bygninger med fugt og skimmelsvamp – Anbefalinger for sundhedsfaglig rådgivning" fra 2009 (18). I denne deles begrebet sundhedsfare i "nærliggende" og "ikke nærliggende sundhedsfare". Der er desuden udgivet en publikation vedrørende embedslægernes rådgivning til kommunerne om fugt og skimmelsvamp (19).

Ved tegn på fugt og skimmelsvamp i bygninger eller dele af bygninger skal problemet undersøges. Ved bekræftet mistanke om fugt og skimmelsvamp skal der undersøges nærmere for dette – eventuelt med hjælp fra professionelle. Ved risiko for skimmelsvamp (også efter oversvømmelse) inddrages kommunallægen mhp. at vurdere sundhedsrisikoen for børnene og rådgive om forholdsregler mv.

Fugt/skimmelproblemer skal løses, men tids- og handleplanen afhænger bl.a. af bygningsforhold og problemets årsag, omfang og alvor og af, hvorvidt der er symptomer/sygdom blandt børn og personale. Tids- og handleplan udarbejdes i samarbejde med teknisk forvaltning, således at der udarbejdes en fælles sundhedsfaglig og teknisk vurdering (18).

Kommunallægen kan fx foreslå umiddelbare foranstaltninger i form af fx øget udeophold for børnene, øget ventilation og rengøring mv. I visse tilfælde må man lukke lokaler eller eventuelt en hel bygning straks. Det gælder ved omfattende skimmelvækst og "svær sygdom" (allergisk alveolitis eller svær astma med begrundet mistanke om, at det skyldes fugt/skimmelsvamp i indeklimaet), uanset omfanget af skimmelsvamp. Embedslægeinstitutionen inddrages altid i sådanne alvorlige sager (18).

Der vil ofte være bekymring blandt personale og forældre om sundhedsrisici ved fugt/skimmelproblemer. Sundhedspersonalet har en vigtig rolle med hensyn til at informere om symptomer, sundhedsrisici, handleplan mv. I skimmelsager samarbejder skole, skolemyndigheder, teknisk forvaltning mv., som har ansvaret for skolemiljøet, og som står for øvrig information om praktiske forhold vedrørende tids-og handleplaner mv. I de komplicerede sager kan der være behov for, at sundhedstjenesten inddrager embedslægen.

Konsekvenser af fugt/skimmel

Børn (og voksne) må principielt ikke opholde sig i længere tid i lokaler, hvor der er fugt og skimmelsvamp, da det kan give anledning til en række helbredsproblemer. Der er dog ingen akut sundhedsfare. Fugt og skimmel kan give anledning til luftvejssymptomer (som også kan ses ved andre former for indeklimaproblemer), luftvejsinfektioner, hudproblemer og almensymptomer (hovedpine, træthed, svimmelhed, koncentrationsproblemer). Børn, der i forvejen har astma, har større risiko for at få forværring af deres sygdom, hvis de udsættes for fugt/skimmel. Børn, der vokser op i fugtige boliger, har øget risiko for at udvikle astmatisk bronkitis, astma og muligvis høfeber (18).

Risikoen for at udvikle allergi over for skimmel er relativt lille. De ovennævnte helbredsproblemer vil som hovedregel forsvinde af sig selv, når børnene kommer væk fra de omgivelser, der har givet anledning til symptomer. I sjældne tilfælde

ses mere alvorlige reaktioner på længerevarende skimmeleksponering, bl.a. lungesygdommen allergisk alveolitis mv. Ekstreme eksponeringer for skimmel samt indtagelse af visse former for skimmel kan føre til alvorlige sygdomme, men er ikke set ved de skimmeleksponeringer, der er i indeklimaet.

Forebyggelse

Sundhedstjenesten rådgiver om de generelle forholdsregler for at undgå skimmel:

- Regelmæssig vedligehold og eftersyn af bygninger for utætheder (inkl. utætheder i gulvbelægning) og tegn på fugt/skimmel eller risiko for det
- Hurtig reaktion ved oversvømmelser, vandskader og ved tegn på fugtindtrængen, fugtskjolder, lugt mv.
- Faste rutiner vedrørende sundt indeklima, specifikt med henblik på at minimere fugt og sørge for tilstrækkelig ventilation
- Være opmærksom på, at skimmelvækst kan være skjult, og at indeklimasymptomer kan være første tegn på skjult skimmel.

Fugtskader, skimmellugt og synlig skimmel bør altid diskuteres i forbindelse med det regelmæssige tilsyn med sundhedsforholdene på skolen. Skolen bør kontakte sundhedstjenesten straks, hvis der er mistanke om fugt/skimmel.

I ukomplicerede sager kortlægger kommunallægen problemstillingen og tager kontakt til de kommunale myndigheder samt orienterer embedslægen ved behov (3).

PCB

PCB hører til verdens 10 farligste miljøgifte. PCB står for **p**oly**c**hlorerede **b**iphenyler, og omfatter en række kemiske forbindelser. PCB har i perioden 1950 til 1976 bl.a. været brugt som et tilsætningsstof i en række byggematerialer, herunder fugemasse. Man må antage, at der ved de fleste byggerier fra 1950-1976 kan være anvendt PCB-holdige materialer. Brugen af PCB blev forbudt i 1977, men det kan stadig give problemer i indeklimaet, når det afgives til indeluften, og optages af andre overflader/materialer og møbler i lokalet.

Regler og information

Selvom der konstateres PCB, er det ikke sikkert, at det er i sådanne mængder, at der er behov for renovering eller særlige foranstaltninger. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet "aktionsværdier" vedrørende indhold af PCB i indeluft for håndtering af PCB-sager (20).

Konsekvenser af PCB

PCB i indeklimaet er ikke akut sundhedsfarligt. Høje koncentrationer af PCB kan svække immunforsvaret og virke kræftfremkaldende. På længere sigt kan det nedsætte forplantningsevnen og give udviklingsforstyrrelser hos børn (21).

Forebyggelse

Sundhedstjenesten kan medvirke i forbindelse med eventuel påvisning af PCB på skoler, bl.a. ved at rådgive personale, skolemyndigheder, forældre og personale efter aftale med embedslægen.

Radon

Radon er en naturligt forekommende radioaktiv luftart, der stammer fra undergrunden. Visse egne af landet (bl.a. Sydfyn og Bornholm) har særligt høje niveauer, mens der fx i Nordsjælland er lave niveauer. Radon kan trænge op gennem utætheder i fundamenter (se også afsnittet nedenfor om kælderlokaler).

Regler og information

Bygningsreglementet har stillet krav til konstruktionen i nye bygninger, så radonindtrængen minimeres (6). Der er ikke regler vedrørende radonundersøgelser i skoler, daginstitutioner mv.

Læs mere om radon på www.sst.dk

Konsekvenser af radon

Radon i indåndingsluften øger risikoen for udvikling af lungekræft. Danske børn, der har boet i boliger med meget radon, har øget risiko for at udvikle akut lymfatisk leukæmi , som er den mest almindelige type leukæmi blandt børn (21).

Forebyggelse

Sundhedstjenesten kan informere om sundhedsmæssige konsekvenser af radon, og om radon og kælderlokaler (se afsnit om kælderlokaler).

Kælderlokaler

I kælderlokaler vil der generelt være et usundt klima pga. risiko for fugt/skimmel og indtrængen af diverse forureningsstoffer, ikke mindst hvis der er tale om gamle bygninger, som ikke er tilstrækkeligt sikret mod fugt, eller som har revner i fundamentet. Børn må derfor ikke opholde sig i kælderlokaler i skoler/SFO.

Regler og information

Et kælderrum er pr. definition et rum, hvor gulvet ligger lavere end det omgivende terræn, og et sådant lokale kan ikke anvendes til normalklasserum (BR10, kap. 3.4.2, stk. 3).

Energistyrelsen, der vejleder kommunale myndigheder om fortolkning af byggelovgivning, har i juli 2012 skrevet følgende vedrørende definition af normalklasserum (23):

"Det er Energistyrelsens opfattelse, at begrebet normalklasserum skal opfattes som rum, hvori der sædvanligvis foregår undervisning af børn. Det vil sige, at der ikke skelnes mellem undervisning i "boglige" og "faglige" discipliner i denne sammenhæng. Foregår der således undervisning af børn i eksempelvis dansk, sprog, matematik, sløjd, musik, IT, madlavning m.v., er dette i denne sammenhæng at betragte som normalklasserum.
Den endelige afgørelse om, hvorvidt der i en konkret sag er tale om et normalklasserum, vil dog være placeret hos kommunen, der i forbindelse med byggesagsbehandlingen skal vurdere dette."

Konsekvenser

Der vil være risiko for indeklimasymptomer (forværring af astma, allergi og høfeber mv.) som følge af længere tids ophold i kælderlokaler.

Forebyggelse

Sundhedstjenesten kan orientere om baggrunden for reglerne vedrørende brug af kælderlokaler. Det kan være nødvendigt med konkrete vurderinger af lokaler, der fx bruges til andre formål end normalklasserum (garderober, fællesrum mv.), idet kælderrum kan være meget forskellige med hensyn til indeklima, dagslys og udsyn, hvilket der skal tages højde for i den sundhedsfaglige vurdering.

Temperatur, træk, luftfugtighed mv.

Den oplevede temperatur afhænger af luftens og overfladernes temperatur, træk, lufthastighed, luftfugtighed, personernes aktivitet og påklædning. Træk kan opstå, hvis der er store forskelle i temperaturen på forskellige overflader (fx ved store, kolde vinduesflader), og hvis ventilationen er for kraftig.
Luftfugtigheden afhænger af antal personer i forhold til rummet størrelse og deres aktiviteter samt af vejr- og vindforhold, årstid og af bygningens beskaffenhed. Den relative luftfugtighed føles generelt tilpas, hvis den ligger mellem 25 % og 60 %, om vinteren dog ca. 40-45 %.

Regler og information

Af Arbejdstilsynets regler og vejledninger (24) fremgår, at *"en temperatur på 20-22 °C er passende ved stillesiddende arbejde og let fysisk aktivitet i fx i skoler".*

Det fremgår desuden, at *"ved temperatur på 23° C eller derover stiger antallet af klager over indeklimasymptomer ofte, og der bør træffes foranstaltninger til at nedbringe temperaturen. Temperaturen ved stillesiddende arbejde og normale klima- og arbejdsforhold må ikke overstige 25 °C."*

Endelig fremgår det, at temperaturen *"ikke må komme under 18 °C ved stillesiddende og stillestående arbejde samt ved arbejde med let legemlig anstrengelse" og at "Store glaspartier (især mod syd) kan i solskin betyde stærk varme (og eventuelt blænding), så der bør være mulighed for afskærmning i form af markiser, gardiner el.lign."*

Konsekvenser

Træk og selv små udsving i temperatur opleves ubehageligt. For høje temperaturer forekommer både sommer og vinter og bevirker, at koncentrationen svækkes, og indlæringen bliver dårligere. Luften føles også mere ubehagelig, idet lugtindtryk forstærkes. Generelt er der størst tilfredshed med indeklimaet, hvis luften er kølig og luftfugtigheden lav. Undersøgelser har vist, at der kan opnås op til 20 % højere udbytte af opgaver, som inkluderer logisk tænkning, koncentration og forståelse, hvis temperaturen holdes på de optimale 20-22° C (25).

Problemer med for lav luftfugtighed er sjældne. Det, der opleves som "tør luft", er som regel et indeklima med luftvejsirritanter. Med en luftfugtighed under ca. 20 %, kan man få tørre slimhinder, og der er øget risiko for statisk elektricitet.

Forebyggelse

Temperatur og træk skal ses i sammenhæng med ventilation, solafskærmning mv. Ved klager over for meget varme eller kulde må sundhedstjenesten gennemgå alle faktorer med indflydelse på dette (inkl. risiko for træk og rutiner for udluftning, solafskærmning mv.). Det gøres bedst sammen med bl.a. de personer (pedel, teknisk forvaltning mv.), der har med driften af bygningen at gøre.

Centralt styrede systemer, der op- og nedreguleres over døgnet, kan virke med forsinkelse og give problemer med for lave/høje temperaturer store dele af skoledagen.

Temperaturen i et lokale stiger i løbet af en time og i løbet af dagen. Det kan være relevant at drøfte elevernes muligheder for at variere påklædningen.

Støj og akustik

Støj og akustik afhænger af indretning, materialevalg, støjdæmpningsforanstaltninger, aktiviteter, pædagogik mv. Akustikken har betydning for, hvordan støj og lyde opfattes. Ved en dårlig akustik, kan det fx være svært at høre, hvad der bliver sagt, når der er baggrundsstøj, og når mange taler samtidig. Problemer med støj/larm i skoler er et velkendt fænomen.

Regler og information

Der er ikke særlige støjgrænser for børn. Det er derfor reglerne om støj fra arbejdsmiljølovgivningen, der gælder. Begrebet unødig støj omfatter såvel unødig høreskadende støj som unødig generende støj (under 80dB) i støjbekendtgørelsen (26). I Arbejdstilsynets vejledning om støj (27) kan man læse mere om forebyggelse af bl.a. generende støj.
I Bygningsreglementet stilles krav vedrørende støj fra installationer mv. til tilstrækkelig lydisolation mellem tilgrænsende rum og i forhold til udefra kommende støj. Desuden er der krav vedrørende efterklangstid mv.

Der er information om børn og støj samt konkrete ideer til støjforebyggelse i skoler i publikationer fra Statens Institut for Folkesundhed, branchemiljørådene BAR og Arbejstilsynet (28, 29, 30, 31).

Konsekvenser

Generende støj er ikke kun en kilde til gene, men har muligvis også en række helbredskonsekvenser (fx lettere høretab, lydoverfølsomhed og tinnitus) og kan også føre til stress, træthed og nedsat livskvalitet. Der er dog ikke dokumentation for varige helbredsmæssige konsekvenser (31).

De problemer, der har med hørelse/lydopfattelse at gøre, har særlig stor betydning for børn, der er afhængige af at kunne høre og forstå sproget og dermed udvikle sprog og sprogforståelse. Børn, der hele tiden må "råbe højt" for at blive hørt har risiko for at blive hæse og få problemer med stemmen. Desuden har støj indflydelse på blodtryk og puls, og støj kan påvirke stresshormoner og give risiko for hjerte-karsygdom mv. (28).

Støj har i høj grad indflydelse på koncentrationen, og det kan antages, at følsomme børn (børn med koncentrationsproblemer, hørehandicap, sprogvanskeligheder samt de, der i forvejen har svært ved skolegang af andre årsager) rammes særligt hårdt af larm/støjproblemer. Ifølge undersøgelser af børns oplevelser af indeklimaet, er "larm" et af de alvorligste indeklimaproblemer (32).

Sundhedsstyrelsen har i et rådgivningsnotat om forebyggelse af støj i dagtilbud formuleret en række anbefalinger, som også kan inspirere til støjforebyggelse i skolerne (33).

Forebyggelse

Det anbefales, at støjforebyggelse indgår i skolens sundhedspolitik. Der kan foretages ændringer ved aktivitetsændring og brugerinddragelse (pædagogik, herunder tilpasning af undervisningsform, og ved at eleverne undervises om deres muligheder for at bidrage til et mindre støjende miljø), gennem indretningen (støjabsorberende indretning, dupper under stole mv.) og gennem valg af støjabsorberende inventar/materialer. Støjniveauet kan også sænkes ved, at der er færre børn pr. m2, hvilket også betyder, at indeklimaet generelt forbedres.

Sundhedstjenesten kan informere om sammenhængen mellem støj og børnesundhed, trivsel og indlæring samt gennemgå muligheder for forebyggelse.

Der bør være mulighed for, at børnene kan finde "stilleområder", hvilket sundhedstjenesten kan gøre opmærksom på i forbindelse med den sundhedsfaglige rådgivning ved nybyggeri, ombygning eller ændring af indretningen på en skole.

Lysforhold

Lysforhold omfatter bl.a. dagslys og elektrisk lys. Lyset kan være for skarpt eller for svagt, og det bør derfor kunne reguleres i forhold til aktiviteter og årstid. Gode lysforhold omfatter også god farvegengivelse, og at der er passende kontraster, skygger mv., samt at generende lysreflekser og reflekser fra skærme undgås.

Både direkte og indirekte belysning anbefales. Rapporten "Lyset i skolen" (34) beskriver, hvorledes lysforholdene på mange skoler ikke lever op til de generelle krav, (jf. nedenfor), og at det er problematisk, fordi dagslys spiller en vigtig rolle for børns udvikling og derfor i langt højere grad burde være i fokus ved nybygning og renovering af skoler.

Regler og information

Af Bygningsreglementet, afsnit 6.5, fremgår det, at der skal være dagslys i undervisningsrum, og at man skal kunne skærme for solen, så overophedning og blænding undgås.

Arbejdsmiljølovgivningen indeholder en række bestemmelser om lysforhold.

Rapporten "Lyset i skolen" (34) indeholder en grundig gennemgang af lys i skoler og metoder og ideer til at sikre gode (og energirigtige) lysforhold.

På hjemmesiden www.indeklimaportalen (35) beskrives lysforholdenes betydning for indeklimaet.

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside findes der et rådgivningsnotat vedrørende forholdsregler ved knuste energisparepærer, da disse indeholder kviksølv, der kan påvirke indeklimaet (36).

Konsekvenser

Ifølge Børnerådets panelrapport (32) har 23 % svært ved at koncentrere sig, når lyset er dårligt. Dårlig belysning kan desuden give hovedpine, muskelspændinger og andre gener (35). I øvrigt har lysforhold og udsyn til omgivelserne stor betydning for opfattelsen af, om et rum er rart at være i og dermed for almen trivsel (6, afsnit 6.5).

Forebyggelse

Sundhedstjenesten kan informere om sammenhængen mellem lys (mængde og kvalitet) og børnesundhed, trivsel og indlæring samt gennemgå muligheder for forebyggelse.

I rum, der modtager kraftigt lys fra en side, kan der opstå blændingsproblemer, når man ser direkte mod vinduesvæggen, og lyse rumoverflader og materialer omkring vinduet vil derfor være at foretrække, da det vil formindske kontrastforholdene. Dagslys og udsyn på omgivelserne uden for vinduerne spiller en stor rolle for menneskers trivsel og fornemmelse af et behageligt indeklima. Dagslys bør derfor udgøre en stor del af belysningen i skoler, hvilket også er energimæssigt hensigtsmæssigt (34).

Børns oplevelser af indeklimaet i skolen

En undersøgelse foretaget af Børnerådet i 2012, hvor ca. 1000 børn i 5. klasse fordelt på 50 skoler blev spurgt om deres syn på indeklimaet i skolen, viste, at mange skolebørn påvirkes af et dårligt indeklima (32).

- Knap halvdelen svarer, at det *"dagligt eller et par gange om ugen"* er for varmt eller trækker.
- Knapt 40 % klager over rod og dårlig luft. Mange svarer, at det i høj grad er et problem med *"dårlig lugt"* (41 %), *"en ulækker/utømt s kraldespand"* (39 %), *"meget larm"* (36 %), *"for varmt"* (33 %), og *"dårlig luft"* (31 %).
- Mange svarer i undersøgelsen, at de får svært ved at koncentrere sig, hvis der er for varmt eller koldt i lokalet (42 %), eller hvis der er meget larm (40 %).
- En del børn nævner også, at de *"får det dårligt"*, at de ikke har lyst til at være i lokalet, eller at de får hovedpine mv. som følge af de ovenstående miljøpåvirkninger.

Drengene er generelt lidt mindre påvirkede af indeklimaet end pigerne. Undersøgelsen tyder på, at det er de børn, der er "fagligt og socialt usikre", der lider mest under et dårligt indeklima, men der er behov for yderligere undersøgelser for at kunne påvise en sikker sammenhæng.

I skoleåret 2010-2011 (37) svarede 54.000 børn i 4.-10. klasse på spørgsmål fra Dansk Center for Undervisningsmiljø (DCUM) om børnenes syn på indeklima-

et og indeklimapåvirkninger. Svarene viste, at børnene havde problemer med det oplevede indeklima i form af

- daglige problemer med bl.a. *"rengøring"(24 %), "ventilation/udluftning" (19 %) og "meget larm" (17 %).*

Børnerådets panelundersøgelse viser, at børnene i høj grad er opmærksomme på deres ansvar med hensyn til et godt indeklima, men de oplever ikke, at de selv har stor indflydelse på, hvordan man kan forbedre forhold vedrørende fx indeklimaet og forhold i skolegården, selvom de har gode idéer. På den baggrund kan man med fordel inddrage børnene mere i arbejdet for et bedre indeklima, sådan som undervisningsmiljøloven også foreskriver. Sundhedstjenesten kan eventuelt indgå i dette arbejde, som en del af det sundhedspædagogiske arbejde på skolen.

Indeklimamålinger

Nyere målinger i store undersøgelser af indeklimaet på danske skoler understøtter børnenes oplevelser af, at indeklimaet ikke er tilfredsstillende.

Indeklimaet i et udsnit af landets skoler er beskrevet i en rapport, der udkom i 2011 (25). Der blev udført CO_2-målinger i 743 klasser på 13 % af landets skoler samt længerevarende undersøgelser af indeklimaet på 88 skoler. Hovedkonklusionen er, at luftudskiftningen var utilstrækkelig på 56 % af de skoler, der blev undersøgt, idet CO_2-niveauet lå over 1000 ppm, hvilket svarer til Bygningsreglementets øvre grænse, som kun bør overskrides kortvarigt.

Måling af luftkvalitet

Luftkvalitet kan vurderes ved at måle CO_2-koncentrationen i luften. En høj CO_2-koncentration indikerer, at der er for mange mennesker i lokalet i forhold til ventilationen, og der vil også være en generel dårlig luftkvalitet i et rum med høj CO_2. Ved høje CO_2-niveauer vil der typisk være klager over ubehagelig luft, hovedpine, koncentrationsbesvær mv.

En undersøgelse af indeklimaet på skolerne i relation til indeklimagener har vist, at der på de skoler, hvor der var symptomklager, i højere grad var høj temperatur, mindre rumfang pr. person, mekanisk ventilation og højere niveau af hunde- og katteallergener i gulvstøv og støv fra udsugningskanaler (38).

Ventilationens betydning for luftkvaliteten

Gennemtræk ved at åbne vinduer mv. er helt essentielt, især hvor der ikke er mekanisk ventilation. I indeklimaundersøgelsen (38) påpeges, at udluftning i frikvarter ikke altid er nok. Børnene bør også forlade klasselokalet i frikvartererne, så CO_2-koncentrationen kan nedbringes før starten af næste lektion. Ventilationen på nogle af skolerne var så dårlig, at CO_2-koncentrationen om morgenen efter en skoledag, stadig var meget høj (op til 0,1 % eller 1000 ppm, altså svarende til Bygningsreglementets øvre grænse).

Konsekvenser af dårligt indeklima

Et dårligt indeklima kan medføre ubehag, sygdom, sygefravær og påvirke koncentration, indlæring mv. Symptomer som følge af indeklimaet bliver her betegnet som indeklimasymptomer. Symptomerne opstår typisk i løbet af dagen og aftager eller forsvinder, når personen forlader bygningen eller i weekender og ferier.

Indeklimasymptomer

Slimhindesymptomer:
Tørhedsfornemmelse og kløe i øjnene, røde øjne, tørhedsfornemmelse i munden/tørst, irritation af næse/svælg, fx tæthed i næsen, og tørhed/irritation i halsen

Luftvejssymptomer:
Hoste, irritationsfornemmelse, hæshed, bronkitis, forværring af eksisterende luftvejssygdomme.

Hudsymptomer:
Hudirritation (kløe, rødme), tør hud, forværring af eksem.

Almensymptomer:
Hovedpine, "tung i hovedet", træthed, koncentrationsproblemer, svimmelhed, påvirket humør.

Indeklimasymptomer skyldes sjældent én isoleret påvirkning, men flere samvirkende faktorer. Opfattelsen af indeklimaet er subjektiv, og der vil derfor altid være en vis andel, der ikke er tilfreds med indeklimaet, hvilket man må tage højde for, når man skal afdække indeklimaproblematikker.

Børn med luftvejssygdomme og astma, allergi eller høfeber eller nyligt overstået luftvejsinfektion får hurtigere indeklimasymptomer end andre børn. Symptomerne kan også forårsages eller forstærkes af andet end egentlige indeklimafaktorer, herunder psykiske belastninger og eksisterende sygdom.

Andre symptomer og sygdomme

Ringe indeklima medfører øget risiko for smitsomme sygdomme og kan også forværre eksisterende sygdom (fx astma og høfeber) og i sjældne tilfælde resultere i alvorligere sygdom, fx alvorlig astma, allergisk alveolitis, kræft, hjertekarsygdom, påvirkning af immunsystemet mv.

Det er bl.a. skimmelsvamp, allergener, tobaksrøg, radon, formaldehyd og PCB, der kan forårsage alvorlig sygdom. Nogle af disse miljøfaktorer (fx radon og PCB) kan være til stede i indeklimaet, uden at man er klar over det, da de ikke kan observeres eller umiddelbart giver symptomer.

Indeklima, skolepræstationer og fravær

Man har specifikt undersøgt elevernes præstationer (matematikopgaver og forståelseskrævende sproglige opgaver) i forhold til tilførsel af udeluft og temperatur. Præstationerne blev bedre, for hver grad temperaturen sænkedes under 25 ºC og for hver liter ekstra udeluft, der blev tilført pr. sekund pr. person. Undersøgelserne viser, at fordobling af ventilationsraten kan betyde 14 % øget indlæring i de lokaler, hvor ventilationen oprindeligt var dårligst (25).

Også udenlandske undersøgelser har vist, at ringe kvalitet af skolernes indeklima (bl.a. vurderet ud fra CO_2-niveau og forekomst af partikler) har betydning for børnenes sundhed og præstationer, ligesom de har påvist, at et højt CO2-niveau i klasserummet er relateret til øget sygefravær (39, 40, 41).

Praktisk tilgang til indeklimasager og forebyggelse

Mistanke om indeklimaproblemer på en skole kan opstå, enten pga. klager/observationer eller ved symptomer og sygdom, som mistænkes for at være forårsaget af indeklimaet.

Uanset om det drejer sig om én eller flere henvendelser, bør indeklimaet straks undersøges, da man derved kan løse problemet og forebygge, at flere bliver påvirkede.

Indeklimasymptomer blandt de ansatte håndteres via arbejdsmiljøorganisationen, egen læge osv., og sundhedstjenestens samarbejde med skoleledelsen bør inkludere, at denne altid informerer sundhedstjenesten om mistanke om arbejdsmiljørelaterede gener og sygdomme, da børn og ansatte generelt færdes i de samme omgivelser.

Første skridt ved mistanke om indeklimarelaterede helbredsproblemer

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om indeklima i skoler kan bruges som udgangspunkt for første skridt i udredning af indeklimasager. Desuden har Arbejdstilsynet udarbejdet en At-vejledning om de hyppigste årsager til indeklimagener (42), som også kan anvendes til en systematisk gennemgang af skolers indeklima, ligesom der er udarbejdet andre vejledninger specifikt for skoler (25, 43, 44).

Ansatte i den kommunale sundhedstjeneste/kommunallægen forestår udredningen vedrørende indeklimarelaterede helbredsproblemer. Det anbefales at starte med at gennemgå de mest oplagte årsager og få overblik over sagen ved at se på de lokaler, der eventuelt er under mistanke (se næste side).

Mistanken drøftes med klasselærer og andre, der færdes i lokalerne til daglig. Oplysninger og observationer sammenholdes, og der indkaldes sammen med skoleledelsen til et møde med de relevante parter (fx teknisk serviceleder/pedel, arbejdsmiljørepræsentant, klasselærer o.a.), hvor problemstillingen drøftes, og hvor der foretages en fælles gennemgang af lokalerne. Den kommunale sundhedstjeneste er ansvarlig for at foretage en foreløbig vurdering af den sundhedsmæssige side af problemstillingen.

Fokusér på de mest almindelige årsager til dårligt indeklima

Såfremt der ikke er åbenlyse forklaringer på gener/symptomer eller klager, foretages en mere systematisk gennemgang af de faktorer, der kan påvirke indeklimaet, jf. tjeklisten nedenfor, der indeholder eksempler på forhold, der skal diskuteres og undersøges. Teknisk forvaltning bliver oftest inddraget på dette tidspunkt, hvis det ikke er sket før.

Flere faktorer samtidig

Indeklimaproblemerne er ofte et resultat af flere mulige faktorer. I langt de fleste tilfælde vil gennemførelse af enkle indsatser for at forbedre indeklimaet have god

effekt, og klager over indeklima og over symptomer minimeres, uden at det er helt klart, hvilke foranstaltninger der var mest effektive.

Emner, der kan indgå i tilsyn med sundhedsforholdene og/eller i sager vedrørende indeklimaproblemer

A. Samtale med skolens ledelse og eventuelt andre (teknisk personale, arbejdsmiljørepræsentant, undervisningsmiljørepræsentanter), alt efter formålet med samtalen/undersøgelsen:

- Er der en **aktuel problemstilling** vedrørende miljø/indeklima og/eller symptomer og sygdom?
- Hvad er hhv. det **mest positive og det mest negative** vedrørende det fysiske miljø i skolen?
- Hvad siger sidste **Undervisningsmiljøvurdering og sidste APV,** og hvad siger **børnene?**

Er der klager vedrørende symptomer og sygdom, – og er der påvist øget sygelighed/symptomer

◆ Hvem/hvor mange klager ◆ hvilke symptomer ◆ hvad siger eventuel sygefraværsregistrering ◆ er der mistanke om, at eventuelt øget sygelighed skyldes miljøet ◆ hvad siger forældrene om sygeligheden og om det fysiske miljø

Stand og vedligeholdelse, pladsforhold og indretning

◆ Er der problemstillinger ◆ er der planer om renovering, ombygning mv.

Indeklima generelt

◆ Er indeklimaet behageligt i klasserum og i andre rum ◆ er der klager vedrørende lugt, støv, fugt/skimmel, støj, træk, lysforhold, kulde/varme mv. ◆ har der tidligere været indeklimaproblemer eller symptomer (i givet fald hvilke problemer ◆ og hvad er der gjort)

Ventilationsforhold

◆ Hvordan foregår ventilationen (mekanisk/naturlig) ◆ regler for åbning af vinduer i frikvarter ◆ regler for udeophold i frikvarter. Hvis der er mekanisk ventilation: fungerer det tilfredsstillende overalt ◆ hvem har ansvaret for drift/vedligeholdelse ◆ hvornår er anlægget sidst efterset/filtre renset mv., ◆ hvem kan regulere på anlægget ◆ hvordan er anlægget indstillet nu ◆ har personalet fornøden viden om anlægget (kræver eventuelt at man kontakter den ansvarlige for anlægget)

Oprydning og rengøring

◆ Regler vedrørende opsætning af stole og oprydning ◆ regler vedrørende ordensduks/børnenes pligter, fejning og tømning af affaldsspand i klasserum i løbet af dagen ◆ er rengøringsstandarden i orden ◆ rengøringen på toiletterne ◆ hovedrengøringsaftaler

Fugt/skimmel

◆ Nuværende eller tidligere vandskader, skimmelproblemer mv. ◆ lugt af fugt/skimmel ◆ fugtskjolder, løst tapet mv. ◆ hvad er der eventuelt tidligere gjort

Temperatur, træk, lys mv.

◆ Er isoleringen ok ◆ er der kolde vægge ◆ hvordan reguleres temperaturen ◆ hvor høj er temperaturen ◆ natsænkning ◆ lysforhold, solafskærmning

Støj

◆ Er der lydt ◆ hvordan er akustikken ◆ er der eventuelt opsat støjdæmpning af lofter/vægge ◆ støjdæmpning af inventar ◆ pædagogiske rutiner – "stilleområder" ◆ projekter vedrørende støjdæmpning

Indgange/garderobeforhold

◆ Riste og måtter ved indgange ◆ regler vedrørende overtøj i klasserne – udesko og indesko ◆ rengøring af gangarealer

Udearealer/skolegård

◆ Ulykker/ulykkesstatistik ◆ indretning af udearealer ◆ er der mulighed for skygge, afgrænsning af områder til hhv. vild leg og stille leg ◆ rutiner for tjek af sikkerhed/legeredskaber

Hygiejne

◆ Er der fokus på hygiejne ◆ hygiejnepolitik ◆ projekter for børnen,
◆ plakater om håndvask, nys i albuen mv. ◆ adgang til håndvaske

Toiletter og håndvask:

Hvor mange er der ◆ indretning og vedligeholdelse ◆ ventilation, instrukser vedrørende "husk at trække" ◆ rutiner for rengøring og opfyldning af toiletpapir, sæbe, og papirservietter ◆ oplæring af børnene ◆ inddragelse af børnene

B. Gennemgang af skolen:

Læg mærke til vedligeholdelse, indretning, oprydning, rengøring, indeklima (lugt/temperatur/lys), udluftningsventiler, fugtskader, affaldsspande

Indgang/garderobe/gangareal

◆ Adgangsforhold ◆ plads ◆ knager til overtøj

Toiletter, håndvaske

◆ Indretning ◆ låsemekanismer ◆ vedligeholdelse (glatte gulve uden revner) ◆ lugt ◆ udluftning/ventilation ◆ rengørin, ◆ flydende sæbe ◆ papirservietter, toiletpapir ◆ affaldsspande ◆ ophængte instrukser

Udvalgte klasselokaler og faglokaler

◆ Vedligeholdelse (inkl. intakt gulvbelægning) ◆ indretning (fri gulvplads, hylder/lukkede skabe) ◆ oprydning ◆ rengøring ◆ lugt ◆ temperatur ◆ fugt/fugtskader/fugtskjolder ◆ støj/støjdæmpning ◆ lys/lysafskærmning ◆ affaldsspande med låg ◆ kan vinduerne åbnes uden besvær ◆ udluftningsventiler ◆ hvor sidder ventilationskanalerne (indblæsning og udsugning): Fungerer anlægget ◆ er der synligt snavs?

Fællesrum, gymnastiksal/omklædningsrum, kantine og andre lokaler for børn

◆ Rengøring, indeklima, støj/akustik, hygiejne mv.

Skolegård/udearealer

◆ Indretning ◆ vedligeholdelse ◆ faldrisiko ◆ underlag/belægning ◆ skygge.

Næste skridt

Hvis gennemgang af de mest oplagte årsager til indeklimaproblemer og eventuelt efterfølgende forsøg på at afhjælpe problemerne ikke fører til forbedring, kan det blive nødvendigt med en mere grundig kortlægning af miljøet med diverse tekniske undersøgelser, fx for at afsløre eventuelt skjult skimmel. Det kan også være nødvendigt med yderligere udredning af de symptomer, som personerne oplever. Det psykiske arbejdsmiljø bør også undersøges, hvis der tilsyneladende er indeklimasymptomer i et umiddelbart upåfaldende indeklima. Dette er en opgave for skoleledelsen, arbejdsmiljørepræsentanterne m.fl. Sundhedstjenesten kan

gøre opmærksom på, at der kan være en sammenhæng mellem indeklimagener og psykisk arbejdsmiljø.

Hvis der er behov for en mere grundig kortlægning af miljøet er der oftest behov for ekspertbistand (teknisk forvaltning, eventuelt i samarbejde med et firma med speciale i indeklimaundersøgelser, skolemyndigheder, læger mv.). Afhængig af problemets alvor inddrages eventuelt embedslægen. Den kommunale sundhedstjeneste har til opgave at være konsulent i forhold til børnesundheden i hele forløbet.

Når der foreligger resultater af diverse tekniske undersøgelser mv., sammenholder kommunallægen disse med oplysningerne om børns og ansattes sundhed i relation til generne (eventuelt oplysninger fra praktiserende læge, speciallæger i arbejdsmedicin mv.). Hvis skolens ansatte har indeklimaproblemer, bliver børnene i skolen også udsat for et potentielt skadeligt miljø, og sundhedspersonalet kan på den baggrund lave en gennemgang af de lokaler, hvor ansatte og børn opholder sig. De implicerede parter mødes for at diskutere resultaterne og kommunallægens sundhedsfaglige vurdering med henblik på en tids- og handleplan for at løse problemerne.

Samarbejde og kommunikation

Kommunallægen har ansvaret for den sundhedsfaglige vurdering, der indgår i diverse skrivelser fra skoleledelse mv. til forældre og ansatte, og som udgør en del af beslutningsgrundlaget for handle-og tidsplaner. Det aftales nærmere og konkret i den enkelte sag, hvordan samarbejdet i øvrigt skal forløbe, herunder retningslinjer for kommunikationen af oplysninger til ansatte, forældre og eventuelt politikere og presse, der også undertiden bliver involveret i sådanne sager. Kommunikationen bør være koordineret og entydig, og der bør løbende orienteres om tids- og handleplaner til både forældre og ansatte.

Udemiljø

Frikvarter kan bl.a. bruges til at få frisk luft og til fysisk aktivitet. Samtidig er det af væsentlig betydning for kvaliteten af indeklimaet, at der kan blive luftet grundigt ud i klasselokalet, mens børnene er ude.

Børns oplevelser af udemiljøet

I Dansk Center for Undervisningsmiljøs undersøgelse blandt 59.000 børn i 4.-10. klasse (34) svarer

- 14 %, at de synes, at *"skolegården ikke er i orden*".
- Kun 38 % svarer, at *"udearealerne er et godt sted at være"*.
- I alt 44 % af børnene siger, at de *"sjældent eller aldrig"* er fysisk aktive i frikvartererne,
- 35 % svarer, at der er *"næsten ingen"* eller *"ikke ret mange"* muligheder for fysisk aktivitet udendørs på skolen.
- 37 % svarer, at de har *"ingen"* eller *"ikke ret meget"* indflydelse på hvad skolens udearealer skal bruges til, og hvordan de skal se ud.

Udeluftforurening

Forureningsstoffer i udeluften er bl.a. nitrogenoxider, svovl, partikler, bly, benzen, kulilte, ozon mv., som der er fastsat grænseværdier for (se http://envs.au.dk/videnudveksling/luft/stoffer/graensevaerdier/). Partikler i udeluften stammer fra forbrændingsmotorer (især dieselmotorer), støv fra veje, dæk og bremsebelægning, brændeovne og forurening fra industrien. Partiklerne inddeles efter størrelse i 3 kategorier. Jo mindre partikler, jo længere kan de trænge ned i luftvejene og gøre skade.

Udeluftens kvalitet måles og offentliggøres løbende af NERI, DCE (Nationalt Center for Miljø og Energi), (se http://envs.au.dk/videnudveksling/luft/). DCE udsender "smog-varsel", når værdier for NO2, SO2 og ozon overskrider grænseværdier. Miljøstyrelsen kan advare folk gennem radio/TV.

Luftforurening tæt ved jorden (fx trafikforurening) giver anledning til større forureningsproblemer for mennesker end forurening fra fx fabrikker, kraftanlæg mv., hvor røgen udledes højt oppe (45). Problemet er størst for børn, der opholder sig tættere ved jorden.

Udeluftforurening kan eventuelt være et problem i skoler, der er beliggende i områder med meget trafik mv.

Hygiejne

I henhold til bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelser, § 17, stk. 2, 2, og Vejledning om forebyggende sundhedsydelser er det en klart defineret opgave for den kommunale sundhedstjeneste at rådgive om hygiejne med henblik på at forebygge smittespredning og bidrage til at skabe gode sundhedsforhold på skolen.

I de senere år er der kommet mere fokus på behovet for god hygiejne på såvel børne- som voksenområdet. Der er udarbejdet en del informationsmateriale om bl.a. håndhygiejne og hosteetikette, og Sundhedsstyrelsen har i 2012 udarbejdet en forebyggelsespakke om hygiejne, hvor kommunerne kan hente fakta, råd og inspiration til hygiejnearbejdet (12). Her beskrives indsatser i hygiejnearbejdet i kommunerne på fire områder: Rammer, akut beredskab, løbende opgaver og information/undervisning, og i pakken understreges bl.a. behovet for samarbejde og organisering på området (se også side 99 om forebyggelsespakken). "Rådet for bedre hygiejne" arrangerer en årlig "hygiejneuge" for skoler o.a., og endelig har regionerne en forpligtelse til at rådgive kommunerne om hygiejne (46). Her kan repræsentanter for hygiejneområdet indgå i netværk med andre kommuner og regionen med henblik på at udvikle og kvalificere arbejdet på hygiejneområdet.

Statens Seruminstitut har desuden udarbejdet konkrete råd og vejledninger vedrørende organisering af hygiejnearbejdet og vedrørende håndhygiejne mv.
Rengøring på toiletter og rengøring i øvrigt i skolens lokaler er af stor betydning for at forebygge smittespredning, ligesom håndhygiejne forebygger smittespredning af en række sygdomme.

Der henvises til anbefaling om hygiejne i daginstitutioner, som også på mange områder også kan anvendes i rådgivning på skolerne (10).

Håndhygiejne

God håndhygiejne reducerer smittetrykket. Der er god grund til for alvor at fokusere på børn og unges håndhygiejne, bl.a. i lyset af udviklingen af resistente bakterier (12). Et dansk interventionsstudie viser, at man kan reducere skolebørns sygefravær gennem undervisning i håndhygiejne (47, 48).

Regler og information

Børns håndhygiejne består i korrekt udført håndvask med sæbe. Der anbefales ikke brug af sprit til børns håndhygiejne.

Der er en vigtig pædagogisk opgave i at lære børn korrekt håndhygiejne gennem håndvask, og brug af spritdispensere på skoler medfører såvel praktiske og sikkerhedsmæssige problemer.

For konkret vejledning om håndhygiejne henvises til "Hygiejne i daginstitutioner" (10) og til publikationen "Smitsomme sygdomme hos børn og unge" (11).

Konsekvenser af dårlig og utilstrækkelig håndhygiejne

Der er evidens for, at indsatser vedrørende håndhygiejne reducerer sygelighed og sygefravær (47). Også i skolerne er det afgørende med en god håndhygiejne for at mindske smittetrykket (forkølelse, influenza, diarrésygdomme, hepatitis A, børnesår mv.). Et dansk interventionsstudie har vist, at "obligatorisk" håndvask blandt skolelever ved ankomst til skolen, før frokost og før børnene gik hjem, medførte reduktion af sygefravær, som kunne tilskrives infektioner (48).

Forebyggelse

Hygiejniske principper, herunder håndhygiejne, bør indlæres i barnealderen. Interventionsstudiet (48) viste, at korrekt efterlevelse den obligatoriske håndvask ikke var stor. Sundhedstjenesten har, i samarbejde med skolens lærere, en vigtig opgave med at lære børnene om hygiejne og om betydningen af at efterleve de hygiejniske principper både i teori og praksis.

Ofte er der få håndvaske på skolerne (49), eventuelt kun på toiletterne og i faglokaler mv. Ideelt set bør der være håndvaske i klasseværelserne, så børnene har let adgang til at vaske hænder før spisning, når de kommer ind fra skolegården mv.

Toiletter

Af en rapport udarbejdet af Børnerådet i 2009 om toiletforhold på skolerne (50) fremgår, at blandt 1200 børn i 7. klasse svarer 60 %, at de ikke synes, at det er i orden,

- ”at toiletterne ser ud, som de gør”. Der klages især over, at der ikke er nok toiletter (35 %),
- at toiletterne lugter dårligt (62 %),
- toiletterne er ulækre (56 %),
- at der er urin og vand på gulvene (49 %),
- at der ofte mangler sæbe og håndklæder (44 %), mens
- 29 % svarer, at ”man kan ikke være i fred”.

Drengene klager i højere grad end pigerne over, at toiletterne ikke er rene, over, at de er ulækre, og at der ligger vand, urin og papir på gulvet.

Regler og information

Der er ingen regler på området. Sundhedsstyrelsen anbefaler mindst 1 toilet pr. 10 børn i daginstitutioner og i de små klasser. For større børn (over 10-års-alderen) anbefales 1 toilet pr. 15 børn, svarende til Arbejdstilsynets regler for de ansatte.

Konsekvenser

Ovenstående undersøgelse fra Børnerådet viser, at mange børn ”holder sig” pga. toiletforholdene. I alt 33 % svarer, at toiletternes tilstand betyder, at de ”altid eller ofte” går og ”holder sig længe”, og ca. 25 % svarer, at det sker ”nogle gange”. Det er særligt pigerne, der går og holder sig i stedet for at benytte toilettet. I alt 30 % af alle børnene svarer, at det ”at holde sig” betyder, at de ”nogle gange eller oftere” har besvær med at koncentrere sig i timerne.

Ud over ovenstående umiddelbart meget ubehagelige konsekvenser for børnene er der risiko for spredning af smitsomme sygdomme. Manglende håndhygiejne er af stor betydning for spredning af smitsomme sygdomme, og uhygiejniske toiletter og mangel på sæbe og papirservietter øger risikoen for smittespredning betragteligt for en række sygdomme, herunder hepatitis A, hvor det er set, at infektioner har spredt sig på skoler.

Forebyggelse

Sundhedstjenesten har en lovbestemt væsentlig opgave med at yde sundhedsfaglig rådgivning om hygiejne generelt, om smitsomme sygdomme mv. og bør være repræsenteret i en kommunal hygiejneorganisation med henblik på at rådgive om og udvikle kommunens hygiejnearbejde/hygiejnepolitik på børneområdet.

Tilsynet med skolens hygiejne indgår som en del af sundhedstjenestens regelmæssige tilsyn med sundhedsforholdene på skolerne. Sundhedstjenesten kan informere om børns modtagelighed for sygdomme, social ulighed i infektioner blandt børn, smitteveje, smitteforebyggelse og principper for håndhygiejne. Sundhedstjenesten kan også informere om, hvordan børns sundhed, trivsel og indlæring påvirkes af infektionssygdomme og af at "holde sig" samt om rengøring mv. Sundhedstjenesten bør medvirke til, at der indføres konkrete politikker på skolen, og at eleverne inddrages.

Med opbakning fra skoleledelsen, rengøringspersonale, lærere, teknisk serviceledelse, børn, unge og deres forældre kan man med enkle foranstaltninger forbedre toiletforhold og hygiejne mv. på skoler.

Forebyggelsespakke om hygiejne – relevante uddrag

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne (12) har til formål at understøtte kommunens hygiejneindsats, herunder samarbejdet på tværs af kommunale forvaltninger samt med sygehuse og praktiserende læger. Herudover at bidrage til en ledelsesmæssig forankring af hygiejnearbejdet. Anbefalingerne i forebyggelsespakken er opdelt på et grundniveau og et udviklingsniveau. Følgende uddrag af anbefalingerne omfatter de anbefalinger, der er mest relevante for skoleområdet, her gælder, at der udelukkende er tale om grundniveau.

Anbefalinger på kommunalt grundniveau
Grundniveau

Kommunen udarbejder, vedtager og følger løbende op på en hygiejnepolitik, som en del af kommunens sundhedspolitik. Med afsæt i hygiejnepolitikken udarbejdes hand-

leplaner for kommunens arbejdspladser og institutioner. Personalet i kommunens institutioner, herunder skoler, har den nødvendige viden indenfor hygiejne, herunder viden om håndhygiejne. Kommunen etablerer gode fysiske rammer i kommunale institutioner, herunder gode og tilstrækkelige håndvaske- og toiletfaciliteter.

Løbende opgaver
Grundniveau:
Den kommunale sundhedstjeneste fører tilsyn med hygiejne i dagtilbud og skoler. Alle dagtilbud og skoler har hygiejnerutiner, der er udarbejdet på baggrund af kommunens hygiejnepolitik med henblik på at reducere sygeligheden. Den kommunale sundhedstjeneste rådgiver om fysiske rammer i dagtilbud og skoler og inddrager forældre og personale i gode håndhygiejnerutiner, fx ved at tage emnet op på personale-, bestyrelses- og forældremøder og ved at arrangere temauge(r) om emnet.

Konkrete forslag til indsatser for at forbedre hygiejne- og toiletforholdene på skolerne:

Sundhedspædagogiske aktiviteter:
- personale og børn undervises i principper for korrekt håndvask og hygiejne
- børn i de yngste klasser undervises om deres eget ansvar for hygiejne og for at hjælpe med at holde toiletterne rene. Det kan fx ske ved at lade toiletbesøg indgå som pædagogisk øvelse i undervisningstiden.

Informationsarbejde:
- inddragelse af børn og forældre i arbejdet vedrørende gode hygiejnerutiner på skolerne
- opsætte plakater ved alle håndvaske, hvor det vises, hvordan man vasker hænder korrekt
- opsætte plakater/tegninger på toiletdørene for at illustrere, at man skal huske at trække ud
- afholde "hygiejnedage" på skolen (eventuelt i tilslutning til "Hygiejneugen").

Dialog med skoleledelsen for bedre rammer, fx:
- tilstrækkeligt antal toiletter tæt på børnene
- gode håndvaskemuligheder andre steder end på toiletterne
- at toiletter ved renovation får glatte overflader (vægge og gulve) uden kroge bag toilet, rør mv., som er svære at rengøre
- enkle låsemekanismer på alle toiletter, så der ikke er risiko for, at låsene "går i baglås", hvilket nogle børn frygter
- udarbejde rutiner for rengøring og kontrol af sæbe, toiletpapir, papirservietter og tømning af affaldsspand midt på dagen eller flere gange dagligt

- vælge armaturer og sæbedispensere, der kan betjenes med underarmen
- vælge armatur og håndvaske, hvor man kan drikke af hanen uden besvær.

Ulykker

Ulykker er den hyppigste årsag til børns kontakt til hospitalet. Et barn kommer gennemsnitligt to-tre gange på hospitalet, inden det er fyldt 15 år (51, 52, 53).

Ifølge en opgørelse fra Statens Institut for Folkesundhed (SIF) skete næsten alle ulykker (94 %) i 2009 hjemme, i skole/dagtilbud eller ved fritidsaktiviteter ("hjemme/fritidsulykker"), og de resterende 6 % er køretøjsulykker (51).

En anden rapport fra Statens Institut for Folkesund fra 2006 (52) fandt, at der årligt er ca. 24.000 børn, der kommer på skadestuen som følge af ulykker i skole og skolegård samt ved skoleidræt, heraf indlægges ca. 500 børn. Skadestuekontakter som følge af idræt i skolen udgjorde ifølge rapporten ca. ¼ af alle skadestuekontakterne. Ulykker i hjemkundskab, håndgerning, fysik/kemi og sløjd udgør tilsammen kun et par procent af alle skadestuekontakterne (52).

Faldulykker er den hyppigste årsag til skadestuekontakt som følge af ulykker blandt såvel de 5-9-årige som de 10-14-årige (hhv. ca. 45 % og 35 % af skadestuekontakterne). Herefter følger "kontakt med genstand, person, dyr", som er knapt så hyppigt for de 5-9-årige som for de 10-14-årige (hhv. godt 20 % og godt 30 %). For de 10-14-årige er "akut overbelastning" henvendelsesgrund for ca. 15 %, mens det er "klemning, snit, stik", der fører knapt 20 % af de 5-9-årige til skadestuen (51).

Drenge er udsat for flere hjemme-fritidsrelaterede skader end piger, dog ikke i 10-11-års-alderen, hvor det er omvendt, idet pigerne har mange skader i ankler og knæ, fordi de vrikker om og får forstuvninger, forvridninger mv. (51).

Regler og information vedrørende skolegårde/legepladser

Af Bygningsreglementet fremgår: *"Legepladsredskaber og lignende på legepladser, der er offentligt tilgængelige, skal udformes og dimensioneres, så der opnås sikkerheds- og sundhedsmæssigt tilfredsstillende forhold mod personskader"*. Det er ejeren af legepladsen, der har ansvaret for, at reglerne overholdes, og som skal tilrettelægge tilsynet, der fx kan udføres af en ansat fra teknisk forvaltning med særlig kompetence på dette område.

Der findes en række regler vedrørende legepladser og Dansk Standard (DS) har udarbejdet standarder for legepladser, legeredskaber og stødabsorberende underlag mv. (54).

Konsekvenser

Uheld og ulykker kan få betydning for barnet sundhed og for hele familiens afhængig af ulykkens omfang og eventuelt følger af denne og bør forebygges i det omfang, det er muligt

Forebyggelse

Sundhedstjenesten kan orientere om, at visse "miljøvenlige" udendørs materialer/aktiviteter kan udgøre en sundhedsrisiko for børn, fx træ- og barkflis (der indeholder mange mikroorganismer, skimmel, organisk støv mv.), opsamlet regnvand (der indeholder div. forureningsstoffer og smitstoffer), og om at pelsdyr (fx i SFO) kan være et problem for allergiske børn.
Sundhedstjenesten kan eventuelt foretage en kort vurdering af udemiljø og skolegård set fra en sundhedsmæssig synsvinkel både med hensyn til oplagte ulykkesrisici og i forhold til mulighed for fysiske aktiviteter uden risiko for ulykker.

LITTERATUR

1. Sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13/07/2010. www.retsinformation.dk
2. Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. www.retsinformation.dk
3. Sundhedsstyrelsen: Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Sundhedsstyrelsen, 2011. www.retsinformation.dk
4. Undervisningsministeriet: Lov om elevers og studerendes undervisningsmiljø (undervisningsmiljøloven). Lov nr. 166 af 14/03/2001. www.retsinformation.dk
5. Beskæftigelsesministeriet. Bekendtgørelse nr. 1072 af 07/09/2010 lov om arbejdsmiljø (arbejdsmiljøloven). www.retsinformation.dk
6. Energistyrelsen. Bygningsreglementet 2010, BR10. www.Bygningsreglementet.dk
7. Branchearbejdsmiljørådet Undervisning og Forskning. "Når klokken ringer – en branchevejledning om risikomomenter i undervisningen". www.arbejdsmiljoweb.dk
8. Arbejdstilsynet: Vejledning om de hyppigste årsager til indeklimagener. København BAR, FOKA, BAR U&F og BAR SoSu; 2012
9. Ministeriet for By, Bolig og landdistrikter. Lov om byfornyelse LBK nr. 132 af 05/02/2010. www.retsinformation.dk
10. Sundhedsstyrelsen: Hygiejne i daginstitutioner. Anbefalinger om forebyggelse og sundhedsfremme for børn inden for hygiejne, miljø og sikkerhed. Sundhedsstyrelsen, 2009. (revideret udgave udkommer i 2013). www.sst.dk
11. Sundhedsstyrelsen: Smitsomme sygdomme hos børn og unge. Vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler m.v. Sundhedsstyrelsen 2011. www.sst.dk
12. Sundhedsstyrelsen: Forebyggelsespakke Hygiejne. Sundhedsstyrelsen, 2012. www.sst.dk
13. Sundhedsstyrelsen: Forebyggelsespakke Indeklima i skoler. Sundhedsstyrelsen, 2012. www.sst.dk
14. Sundhedsstyrelsen: Kemikalier og helbredseffekter. Baggrundsrapport udarbejdet af COWI. Sundhedsstyrelsen, 2012. www.sst.dk
15. Sundhedsstyrelsen: Helbredsproblemer ved fugt og skimmelsvamp i bygninger – om udredning og diagnostik hos alment praktiserende læger. Sundhedsstyrelsen, 2006. www.sst.dk
16. Branchearbejdsmiljørådene Undervisning og Forskning (BAR): Fugt og skimmelsvamp. Sådan gør I, når I opdager fugt og skimmelsvamp – og sådan kan I forebygge, at skaden sker. Især til skoler og daginstitutioner.
17. Indenrigs- og socialministeriet i samarbejde med Erhvervs- og Byggestyrelsen. Vejledning om kommunernes muligheder for at gribe ind over for fugt og skimmelsvamp i boliger og opholdsrum. Vejledning nr. 47 af 27/06/2008. København: Indenrigs- og socialministeriet i samarbejde med Erhvervs- og Byggestyrelsen; 2008.
18. Sundhedsstyrelsen: Personers ophold i bygninger med fugt og skimmelsvamp. Anbefalinger for sundhedsfaglig rådgivning. Sundhedsstyrelsen, 2009. www.sst.dk
19. Sundhedsstyrelsen: Embedslægernes rådgivning til kommunerne om fugt og skimmelsvamp. Sundhedsstyrelsen, 2008. www.sst.dk
20. Sundhedsstyrelsen: www.pcb-guiden.dk

21. Raaschou-Nielsen O, Andersen CE, Andersen HP, Gravesen P, Lind M Schüz, Ulbak K : "Domestic radon and childhood cancer in Denmark" Epidemiology 2008 Jul;19(4):536-43.
22. Arbejdstilsynet. Arbejdsrum på faste arbejdssteder. AT-vejledning 1.11. Juni 2007. www.sst.dk
23. Personlig meddelelse fra Carsten Lykke Graversen, Energistyrelsen ved mail af 12. juli 2012 til Birgitte Brinck. Journaliseret på 1-1010-58/1
24. Arbejdstilsynet. Temperatur i arbejdsrum på faste arbejdspladser. At-vejledning A. 1.12, marts 2005. www.at.dk
25. Toftum J, Wargocki P, Clausen G. Indeklima i skolen. Status og konsekvenser. Center for Indeklima og Energi. Institut for Byggeri og Anlæg. Danmarks Tekniske Universitet. FOA 2011.
26. Arbejdstilsynet. Beskyttelse mod udsættelse for støj i forbindelse med arbejdet. (støjbekendtgørelsen), Arbejdstilsynets bekendtgørelse nr. 63 af 6. februar 2006. www.at.dk
27. Arbejdstilsynet. Støj. At-vejledning D.6.1, juli 2007. www.at.dk
28. Bistrup M.L. og Keiding L. Children and noise – prevention of adverse effects. Copenhagen 2002. www.si-folkesundhed.dk
29. Branchemiljørådene BAR. Om natten er der stille, men om dagen….. Branchevejledning om støj i dagtilbud og SFO.
30. Branchemiljørådene BAR. Støj i grundskolen. En rapport om støjproblemer i grundskolen – om årsager, løsninger og praktiske erfaringer fra Danmark og udlandet. 2005.
31. Arbejdstilsynet. Strategi for Arbejdstilsynets arbejde med støj. Arbejdstilsynet. 2007. www.at.dk
32. Børnerådet. Indeklima i klasseværelset. Børnerådets Børne- og ungepanel. Panelrapport nr. 1/maj 2012. www.boerneraadet.dk
33. Sundhedsstyrelsen. Rådgivningsnotat. Forebyggelse af støj i dagtilbud til børn. www.sst.dk
34. Skindbjerg L et al. Lyset i skolen. Effektiv belysning med høj dagslysudnyttelse. Byg og Bo Resultater 031. Statens Byggeforskningsinstitut, 2004.
35. www.indeklimaportalen.dk
36. Sundhedsstyrelsen: Rådgivningsnotat. Hvad skal man gøre, når en sparepære går i stykker. Sundhedsstyrelsen, 2009. www.sst.dk
37. Dansk Center for Undervisningsmiljø. Elevers syn på undervisningsmiljøet i grundskolen. Termometertal fra 2011-2012. DCUM. 2011. www.dcum.dk
38. Meyer HW. Skoleundersøgelsen i København – Et indeklimastudie. Arbejds- og Miljømedicinsk klinik, Bispebjerg Hospital, 2000.
39. Mendell MJ. Heath GA. Do Indoor Pollutants and Thermal Conditions in Schools Influence Student Perfomance? A Critical Review of the Literature. Indoor Air Journal, vol. 15. pp. 27-32, 2005
40. Eur Resp 2010 Apr;35 (4):742-9. School air quality related to dry cough, rhinitis and nasal patency in children. Simoni M, Annesi-Maesano I, Sigsgaard T, Norback D, Wieslander G, Nystad W, Canciani M, Wieslander G, Nystad W, Sestini P, Viegi G
41. Shendell DG, Prill R, Fisk WJ, Apte MG, Blake D, Faulker D. Associations between classroom CO2 concentrations and student attendance in Washington and Idaho. Indoor Air. 2004 Oct;14(5):333-41.

42. Arbejdstilsynet. Indeklima. Vejledning om de hyppigste årsager til indeklimagener samt mulige løsninger. AT-vejledning A 1.2. Januar 2008. www.at.dk
43. FOA Fag og arbejde. "Bedre fysisk undervisningsmiljø – en vejledning" udgivet af skolelederforeningen og FOA. www.foa.dk
44. Statens Byggeforskningsinstitut. (SBI): En række publikationer og links vedrørende skolers indeklima og om "energieffektivitet" i forbindelse med arbejdet vedrørende indeklima
45. DCE (Nationalt Center for Miljø og Energi) om udemiljø, luftforurening mv. www.dce.au.dk
46. Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3. 2009 (Kapitel 6. Regionernes rådgivning til kommunerne, Rådgivning om hygiejne s. 35-36). www.sst.dk
47. Nandrup-Bus I. Håndvask i skoletiden nedsætter elevernes sygefravær. Sygeplejersken nr. 7/2010.
48. Nandrup-Bus I. Mandatory handwashing in elementary schools reduces absenteeism due to infectious illness among pupils: a pilot intervention study. Am J Infect Control. 2009 Dec; 37(10):820-6.
49. Kjeldsen, SB. Mangel på håndvaske i skolerne gør børn syge. Sygeplejersken nr. 8/2008.
50. Børnerådet. Skoletoiletter 2009 – "der burde seriøst blive gjort noget ved det". April 2009. www.boerneraadet.dk
51. Møller H, Damm M, Laursen B. Ulykker i Danmark 1990-2009. Statens Institut for Folkesundhed. 2012. www.si-folkesundhed.dk
52. Laursen B, Nielsen LT, Christensen PH, Møller H, Frimodt-Møller B. Børneulykker i Danmark. En registerbaseret analyse. Statens Institut for Folkesundhed. 2006. www.si-folkesundhed.dk
53. Rasmussen M og Due P (red). Skolebørnsundersøgelsen 2010. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet. København 2011. www.hbsc.dk
54. Dansk Standard (DS). Standarder vedrørende Legepladsredskaber og -underlag (DS/EN 1176) og Stødabsorberende legepladsunderlag – bestemmelse af den kritiske faldhøjde (DS/EN 1177). www.ds.dk

HJEMMESIDER

www.mst.dk

www.dcum.dk

www.bygningsreglementet.dk

www.sbi.dk

www.sst.dk

www.bedrehygiejne.dk

www.hygiejneugen.dk

www.ssi.dk/hygiejne

www.at.dk

www.ds.dk

www.hbsc.dk

www.indeklimaportalen.dk

www.si-folkesundhed.dk

Somatiske symptomer og sygdomme i skolealderen

Charlotte Reinhardt Pedersen

Børns sundhed har stor betydning for deres udvikling og trivsel. Langt de fleste børn og unge i skolealderen har et godt helbred medicinsk set, hvor kun få har eller får en alvorlig sygdom, og endnu færre har nedsat funktionsevne. Kroniske sygdomme kan have indflydelse på barnets skolegang og har betydning for de unges muligheder for bl.a. erhvervsvalg og for deres senere livskvalitet. Mulighederne for at behandle og afhjælpe konsekvenserne af alvorlig sygdom i barnealderen er store.

Børns hverdagsliv stiller store krav til deres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne, og mange børn og unge har problemer relateret til deres helbred og trivsel. Ulykker og skader hos børn og unge er den hyppigste årsag til børns kontakt til hospitalsvæsenet, og danske børn kommer i løbet af deres barndom på skadestuen to-tre gange.

Det er nødvendigt, at den kommunale sundhedstjeneste er opdateret med den nyeste viden om sygdomme hos børn i skolealderen, således at barnet eller den unge bliver henvist til nærmere undersøgelse og eventuelt behandling så relevant og tidligt som muligt, hvorfor sundhedspersonalet må være opmærksomme på helbredsmæssige problemer hos barnet ved de regelmæssige kontakter.

Sundhedstjenestens opgaver i forhold til sygdom

Sundhedstjenestens væsentligste opgaver er af sundhedsfremmende og forebyggende karakter i et samfundsmæssigt perspektiv. Sundhedstjenestens virksomhed omfatter sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger og tilsyn med det enkelte barns fysisk og psykiske helbredstilstand, jf. § 8 i bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge (1), og der er således også et individuelt perspektiv i opgaveløsningen.

Ved skolestart og inden den unge forlader folkeskolen, skal der tilbydes forebyggende helbredsundersøgelser. Her lægges særlig vægt på opsporing af ubehandlede eller underbehandlede sygdomme og symptomer, men opmærksomheden på helbredsforhold skal være til stede gennem hele skoletiden.

Henvisende funktion

Den kommunale sundhedstjeneste har udelukkende en henvisende funktion, idet der ikke kan ske behandling i den kommunale sundhedstjeneste. Børn og unge kan henvises til praktiserende læge med henblik på nærmere udredning, diagnostik og behandling samt direkte til øjenlæge og øre-næse-hals-læge i henhold til "Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge", bilag 9 og 10 (2).

Akutte sygdomme

Den kommunale sundhedstjeneste har ingen forpligtelser ved akut opstået sygdom i skoletiden, men kan naturligvis være skolens sekretærer, lærere eller ledelse behjælpelig, såfremt der efterspørges hjælp. Skolen har regler for hjemsendelse i tilfælde af sygdom i skoletiden, og disse skal følges. Såfremt der sker uheld og ulykker, mens sundhedspersonalet er på skolen, kan disse yde den fornødne vurdering og førstehjælp på anmodning fra lærere og andre. Skolesundhedstjenesten skal ikke administrere håndkøbsmedicin mod fx hovedpine eller menstruationssmerter, men kan være behjælpelig, såfremt der opstår spørgsmål i forbindelse med administrationen af ordineret medicin i henhold til notat om medicingivning i skoler, dagtilbud og fritidsordninger (3).

Kroniske sygdomme

Sundhedstjenesten skal medvirke til, at børn og unge med kroniske sygdomme får den nødvendige støtte og hjælp til en så normal skolegang som muligt. I tæt samarbejde med forældrene er det en væsentlig opgave at informere lærere, sko-

leledelse og andre faggrupper om de kroniske sygdommes symptomer og følgevirkninger som fx vedvarende træthed, nedsat udholdenhed eller andre mere specifikke symptomer, herunder eventuelt funktionsindskrænkninger. Der kan være behov for at informere om eventuelt skånehensyn og kompenserende foranstaltninger i relation til indlæring, udvikling og trivsel eller andre forhold, der kan lette hverdagen i skolen. Information sker bedst i samråd og eventuelt samarbejde med den behandlende børneafdeling.

Vejledning af unge med kronisk sygdom er en vigtig del af skolesundhedsarbejdet. Unge i 8. eller 9. klasse skal til gradvist at overtage ansvaret for deres egen sygdom og behandling i en periode, hvor det kan være svært at acceptere deres egen sygdom og de begrænsninger, som sygdommen eventuelt sætter for dem. Den kroniske sygdom kan sætte studie- og erhvervsmæssige begrænsninger, og det er derfor væsentligt, at skolesundhedstjenesten inddrager forældrene og U&U-vejlederne i deres vejledning i det omfang, som det vurderes relevant. Ved udskolingsundersøgelsen kan der desuden være behov for mere målrettet vejledning omkring livsstil (fx rygning, alkohol, prævention, søvn og kost) til den kronisk syge unge med henblik på at bidrage til at tilbyde den unge viden om disse forholds betydning for sygdommen udvikling. Inspiration til dette arbejde kan eventuelt hentes hos Ungdomsmedicinsk Videnscenter på Rigshospitalet.

En anden væsentlig opgave er information om eventuel behandling med medicin i skoletiden og foranstaltninger ved akut optrædende symptomer. Der kan være behov for at informere klassekammerater og eventuelt andre om sygdomsårsager og eventuelle forholdsregler under hensyntagen til familiens og barnets ønsker og behov (3).

Vaccinationer

Det til enhver tid gældende vaccinationsprogram kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Adoptivbørn, børn af anden etnisk oprindelse end dansk og andre særlige grupper kan have særlige vaccinationsbehov, fx ved rejser til hjemlandet. Familien kan få rådgivning i almen praksis eller på Seruminstituttets hjemmeside www.ssi.dk Ved smitsomme sygdomme involveres embedslægen, som beskrevet i kapitel 3.

Det danske børnevaccinationsprogram gældende fra 1. januar 2012

Alder	Vaccination mod	Børneundersøgelse
5 uger		✓
3 mdr.	DiTeKiPolHib[1] + Pn[2]	
5 mdr.	DiTeKiPolHib + Pn	✓
12 mdr.	DiTeKiPolHib + Pn	✓
15 mdr.	MFR[3]	
2 år		✓
3 år		✓
4 år	MFR	✓
5 år	DiTeKiPol revaccination	✓
12 år	MFR[4]	
Piger 12 år	HPV[5] (3 gange)	
Kvinder fra 18 år	Røde hunde[6]	

[1]DiTeKiPolHib: Difteri – Stivkrampe – Kighoste – Polio – Haemophilus influenza type b
[2]Pneumokok
[3]MFR: Mæslinger – Fåresyge – Røde hunde
[4]Hvis ikke barnet har fået to MFR-vaccinationer tidligere
[5]HPV: Livmoderhalskræft (Human Papillomavirus)
[6]Kan gives i form af MFR

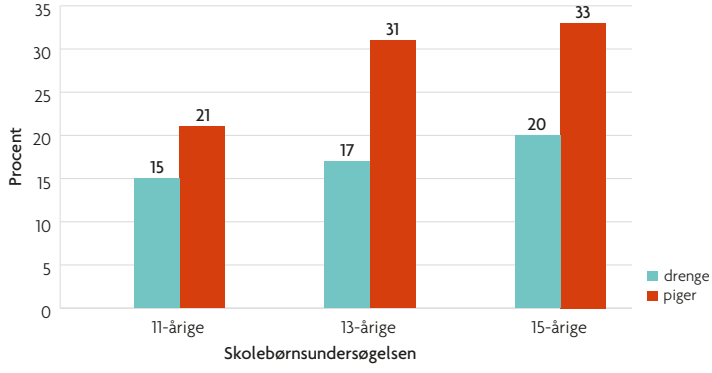
Sygdomsmønstret i skolealderen

Sygdomsmønstret hos skolebørn har ændret sig ganske betydeligt gennem de seneste 50-60 år. Her og nu er allergiske sygdomme, overvægt, psykiske sygdomme og sansedefekter de væsentligste tilstande og sygdomme, der har generel betydning for børnenes udvikling og trivsel. Smitsomme sygdomme spiller ikke længere en væsentlig rolle, i vid udstrækning på grund af vaccinationer, den medicinske udvikling og gode levevilkår. Derimod har dårlig ernæring og fejlernæring fået en fremtrædende betydning sammen med manglende fysisk aktivitet.

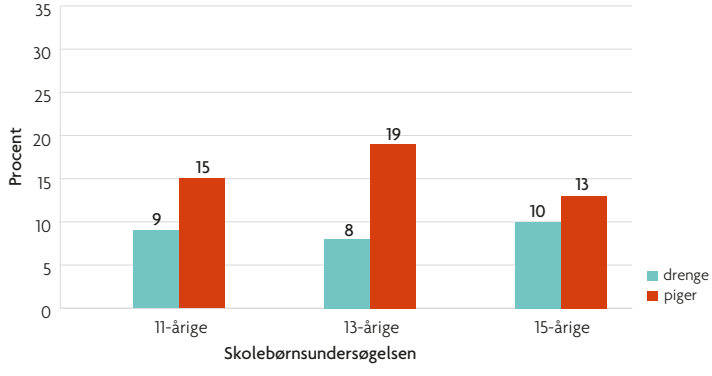
Ulykker er den hyppigste dødsårsag hos børn>2 år, selvom der er sket et markant fald i de seneste 20 år. Dødeligheden i skolealderen har dog aldrig været mindre end nu. Blandt piger i aldersgruppen 1-15 år er der over perioden 1993 til 2006 set et fald i dødeligheden fra 21 til 10 pr. 100.000. For drenge er dødeligheden hos de 1-15-årige faldet fra 26 til 16 pr. 100.000 i samme periode (4).

Der findes enkelte landsdækkende repræsentative undersøgelser og opgørelser gennemført i Danmark, som kan give et indtryk af omfanget af sygdom og symptomer samt brug af lægemidler blandt børn i skolealderen. Der er tale om data,

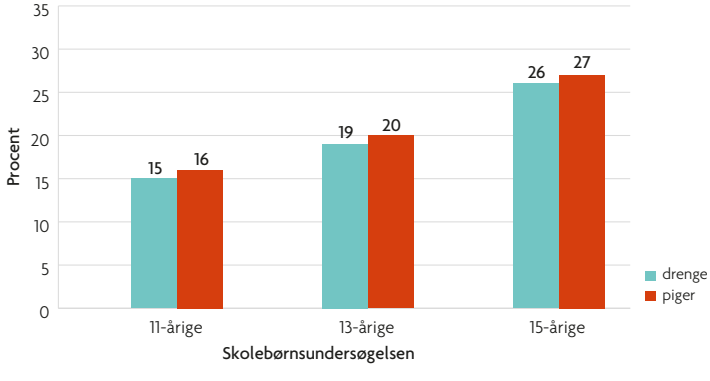
Figur 1. Procent med hovedpine mindst 1 gang ugentligt



Figur 2. Procent med mavepine mindst 1 gang ugentligt



Figur 3. Procent med ondt i ryggen mindst 1 gang ugentligt



der er indsamlet på forskellig måde: spørgeskemaundersøgelser blandt skoleelever på 5., 7. og 9. klassetrin (5), forældrerapporterede data blandt tilfældigt udvalgte voksne (6) samt registeroplysninger fra daværende Lægemiddelstyrelse (7).

Skolebørnsundersøgelsen 2010 (5) er den danske del af den internationale undersøgelse HBSC (Health Behaviour in School-aged Children). Undersøgelsen er gennemført i alt otte gange, første gang i 1983-1985 og sidst i 2010. I 2010 deltog skoleelever fra 41 lande i undersøgelsen. I Danmark deltog ca. 5000 børn fra 73 forskellige tilfældigt udvalgte skoler på henholdsvis 5., 7. og 9. klassetrin, dvs. i alderen 11-15 år. Det er en spørgeskemaundersøgelse besvaret af eleverne selv, med temaerne: Sundhed, sundhedsvaner og trivsel.

"Danske Børns Sundhed og Sygelighed" (6) er en rapport udgivet af Statens Institut for Folkesundhed i 2009. Rapporten indeholder resultaterne fra Børne-SUSY (SUSY = Sundheds- og sygelighedsundersøgelse), som er gennemført i 2005. Det er en udløber af Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2005, hvor et repræsentativt udsnit af voksne over 16 år er interviewet bl.a. om deres børns sundhed og sygelighed. Der indgår besvarelser vedrørende ca. 7000 børn.

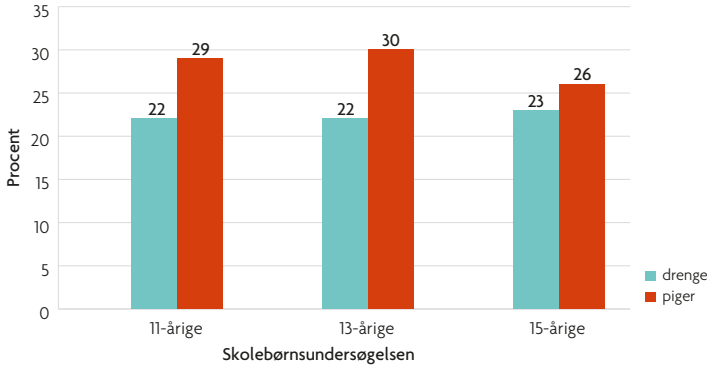
Symptombelastninger

Belastningen af de symptomer, som børn og unge beskriver, vurderes ved spørgsmål omkring symptomer, der er almindelige for alderen og lyder: "Tænk på de sidste seks måneder. Hvor ofte har du: haft hovedpine/haft mavepine/haft ondt i ryggen/været ked af det/været irritabel eller i dårligt humør/været nervøs/haft svært ved at falde i søvn/været svimmel?" Symptomerne hovedpine, mavepine og ondt i ryggen er de hyppigste smertesymptomer blandt både børn og voksne. Samlet set havde henholdsvis 23 %, 12 % og 20 % af de adspurgte mindst en gang om ugen oplevet henholdsvis hovedpine, mavepine eller ondt i ryggen. Fordelingen af smertesymptomer blandt piger og drenge, opdelt i de tre aldersgrupper, kan ses på figur 1-3. Der er stort set lige mange piger og drenge, der har haft ondt i ryggen, men for alle de øvrige symptomer gælder, at de er hyppigere blandt piger.

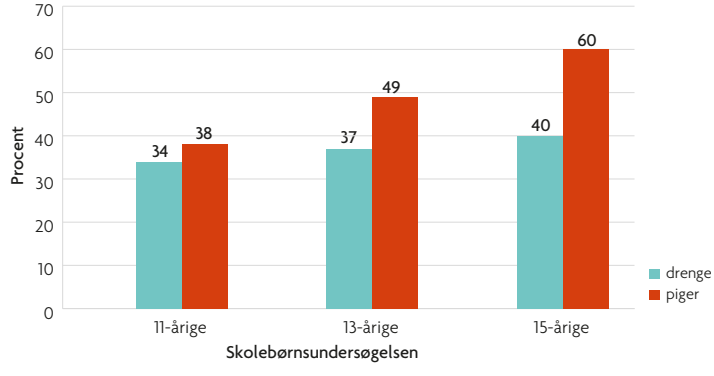
De mere trivselsrelaterede symptomer er ligeledes hyppige. Der er således 19 %, der har været kede af det inden for den sidste uge, 32 %, der har været irritable eller i dårligt humør, 22 % har været nervøse, 38 % har haft svært ved at falde i søvn, og 13 % har været svimle.

Samlet set er der en ud af fire, der har daglige symptomer, flere piger end drenge, men den samlede symptombelastning er stabil i de tre aldersgrupper, selvom det er forskellige symptomer, der belaster i de forskellige aldersklasser. Se figur 4.

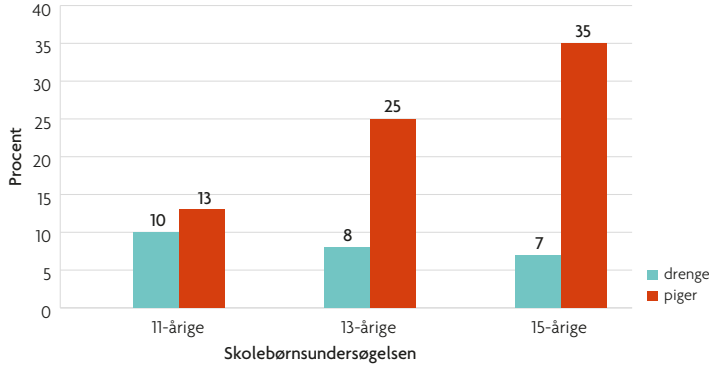
Figur 4. Procent med symptomer dagligt



Figur 5. Procent der har brugt lægemidler mod hovedpine den sidste måned



Figur 6. Procent der har brugt lægemidler mod mavepine den sidste måned



Når man kigger på udviklingen i symptombelastninger i de år, hvor disse undersøgelser er gennemført, er der ingen sikker tendens i forekomsten af symptombelastning gennem årene. Nogle symptomer bliver lidt hyppigere, andre mindre hyppige, og nogle svinger lidt op og ned.

Medicinforbrug

Børn og unges forbrug af lægemidler har været stærkt stigende gennem de sidste 20 år. Skolebørnsundersøgelsen (5) giver et billede af forbruget af lægemidler mod fire specifikke symptomer: Hovedpine, mavepine, nervøsitet og svært ved at falde i søvn. I 2010 undersøgelsen rapporterede en stor andel af både piger og drenge, at de havde brugt lægemidler mod hovedpine mindst én gang i løbet af den seneste måned, en andel, der stiger med alderen. En stor andel af pigerne har brugt lægemidler mod mavepine mindst én gang om måneden. Blandt drenge faldt forbruget med alderen, men blandt pigerne gælder, at særligt de 15-årige piger ofte havde brugt lægemidler mod smerter. Se figur 5 og 6.

Kun en lille del har brugt lægemidler mod nervøsitet og søvnbesvær. Hvad angår forbruget af lægemidler mod hovedpine og mavepine, må det forventes, at der er tale om svage smertestillende lægemidler, som hovedsageligt er købt som håndkøbsmedicin. Der er formentlig først og fremmest tale om paracetamol og NSAID-præparater. Brug af lægemidler er ikke i sig selv problematisk, men der kan være tale om en uhensigtsmæssig reaktion på symptomer. De 15-årige pigers brug af lægemidler mod mavepine formodes i nogen udstrækning at være pga. menstruationssmerter. Stigende brug af paracetamol blandt børn og unge er problematisk set i lyset af den stigende hyppighed af selvmordsforløb og forgiftninger med paracetamol blandt unge, især piger. Herudover er der risiko for alvorlige bivirkninger i forbindelse med et uhensigtsmæssigt stort forbrug af smertestillende lægemidler i form af leverskader, blødninger fra mave-tarmkanalen og medicinoverforbrugshovedpine.

Pakninger, der indeholder mere end 10 gr. paracetamol, acetylsalicylsyre, phenazon eller mere end 4 gr. ibubrufen er fra 1. juni 2013 receptpligtige.

Børn og unges medicinbrug er i perioden 2004 til 2010 steget med omkring 17 %, hvilket svarer til stigningen blandt voksne (7). De væsentligste lægemiddelgrupper blandt børn i skolealderen er astmamidler, psykostimulerende lægemidler (til behandling af ADHD), antibiotika (herunder antibiotika til acnebehandling, allergimidler (såvel midler til lokalbehandling som systemisk behandling), antide-

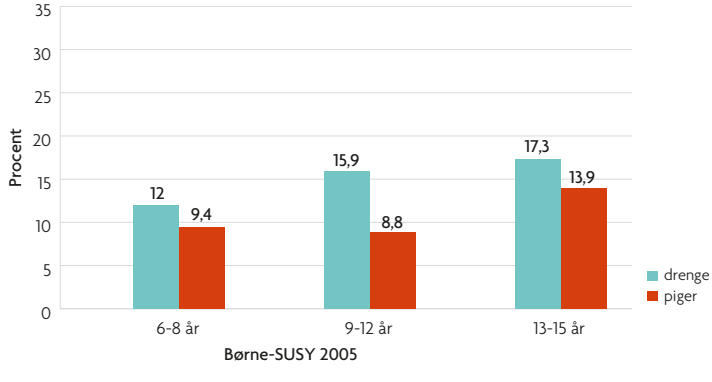
pressive lægemidler, hormonel antikonception. Enkelte lægemiddelgrupper skiller sig ud med hensyn til det stigende forbrug i perioden 2006 til 2010. Forbruget af antidepressiva blandt 15-19-årige er således steget med 80 % i denne periode og forbruget af psykostimulerende lægemidler er steget med ca. 300 %. Forbruget af psykostimulerende lægemidler er højest blandt de 10-14-årige.

Forældrerapporteret omfang af sygdom og symptomer

Rapporten om danske børns sundhed og sygelighed (6) belyser bl.a. omfanget af akut sygdom hos børn. Forældrene er blevet spurgt, om deres barn har været syg inden for de sidste 14 dage. En ud af fem børn og unge i alderen 6-15 år havde været syge. Der var ingen forskel på piger og drenge eller mellem aldersgrupperne. Tre ud af fire angav infektion som årsag, og næsten en ud af fire angav mavetarmsygdom som årsag. 11-16 % af alle børn havde været hjemme fra skole pga. sygdom inden for de seneste 14 dage.

Forekomsten af forældrerapporterede symptomer i form af hovedpine er stigende med stigende alder hos såvel piger som drenge. Forekomsten er i alle aldersgrupper højest hos pigerne. For pigerne steg andelen fra 11 % hos de 6-8-årige således til 21 % blandt de 13-15-årige, og på samme måde blev der hos drenge rapporteret en stigning fra 10 % blandt de yngste til 16 % blandt de ældste. Ca. 13 % af drengene og 16 % af pigerne havde haft mavesmerter inden for de sidste 14 dage. Der er ikke sikker forskel mellem aldersgrupperne. I undersøgelsen er der også spurgt specifikt til menstruationssmerter, hvilket formentlig kan for-

Figur 7. Andel af børn med varig lidelse



klare, at forskellen mellem drenge og piger ikke er så markant som beskrevet i Skolebørnsundersøgelsen (5). Forældrene har desuden svaret på, om barnet lider af langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden varig lidelse, og forældrene har efterfølgende angivet, hvilken sygdom, skade eller handicap det drejer sig om. Se figur 7.

De fem hyppigste sygdomskategorier var luftvejssygdomme, uspecifik allergi, medfødte misdannelser og kromosomfejl, øresygdomme og børnepsykiatriske lidelser.

Sygelighed ved skolestart

En undersøgelse af børns sundhed ved skolestart gennemført i 1988/1989 viste, at de fleste børn trivedes godt og havde et godt helbred (8). En lignende undersøgelse har ikke været gennemført siden. Undersøgelsen i 1988/89 viste også, at der var betydelige sociale forskelle i børnenes trivsel og sundhed med overvægt af sygdomme, sygefravær og dårlig trivsel hos børn i familier, hvor forældrene havde ufaglært arbejde eller var arbejdsløse. Omkring 80 % af børnene blev vurderet som alderssvarende udviklede. 17 % blev ikke vurderet helt alderssvarende psykisk og socialt udviklede, og 3 % blev vurderet som meget umodne. 14 % af børnene havde lette og 1 % svære motoriske vanskeligheder. Ved lægeundersøgelsen blev der fundet helbredsproblemer hos 16 %, trivselsproblemer hos 11 % og udviklingsmæssige problemer hos 13 % af børnene. 7 % af børnene havde alvorlige problemer i form af fysiske helbredsproblemer, dårlig trivsel og/eller problematisk adfærd. En noget større gruppe på knap 25 % havde mindre alvorlige, men dog væsentlige problemer, der krævede en særlig indsats i sundhedsvæsenet, skolen eller den kommunale socialforvaltning. 28 % af børnene blev tilbudt ekstra undersøgelse i skolesundhedstjenesten, og heraf blev 12 % tilbudt årlig undersøgelse ved lægen. Generelt havde flere drenge end piger problemer med helbred, trivsel og udvikling.

Efter indskolingsundersøgelserne og den efterfølgende tværfaglige konference blev 6 % af børnene tilbudt speciel pædagogisk støtte, 4 % henvist til motorisk træning, 5 % til talepædagog og 7 % til observation eller rådgivning ved psykolog. 8 % blev henvist til støtte i den kommunale socialforvaltning.

Figur 8. De hyppigst forekommende sygdomme og symptomer. Børns sundhed ved skolestart (1988/1989)

Somatiske sygdomme og symptomer

De hyppigst forekommende sygdomme ved indskolingsundersøgelserne var:

- Nedsat hørelse (20 %)
- Allergiske sygdomme (13 %)
- Sygdomme/symptomer i bevægeapparatet (12 %)
- Nedsat syn (9 %).

15 % af børnene havde kroniske, langvarige eller recidiverende sygdomme, især astma, bronkitis, mellemørebetændelse og hudsygdomme, men kun få børn led af somatiske sygdomme, der medførte problemer for deres generelle udvikling og trivsel.

Figur 9. De hyppigst forekommende psykosomatiske symptomer. Børns Sundhed ved Skolestart (1988/1989)

Psykosomatiske symptomer

Psykosomatiske symptomer optrådte jævnligt hos en stor del af børnene i starten af skolealderen. Især sås:

- Spiseproblemer (15 %)
- Søvnproblemer (7 %)
- Mavesmerter (4 %)
- Hovedpine (3 %)
- Træthed "uden grund" (1 %).

Sygelighed ved slutningen af skolealderen

Børns sundhed og sygelighed ved slutningen af skolealderen blev undersøgt i 1996/1997 ved udskolingsundersøgelserne i 8. og 9. klasse (9). 42 % af eleverne fik stillet én eller flere diagnoser, og 13 % var under behandling med medicin. 22 % havde funktionsbegrænsende sygdom af nogen betydning, og 3 % havde betydelig funktionsbegrænsning. Omkring 18 % af børnene havde en erhvervsbegrænsende sygdom. De vigtigste diagnosegrupper er beskrevet i tabel 1.

Tabel 1. Sygdomsmønstret ved udskolingsundersøgelser i 8. og 9. klasse (9)

Sygdomme	Andel af børn med sygdommen i %
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	15
Rygsmerter og rygskævhed	6
Sygdomme i åndedrætsorganer	9
Astma og allergisk rhinitis	9
Sygdomme i øjne	9
Refraktionsanomalier	7
Alvorlige traumer og andet	6
Hovedpine	2
Sygdomme i ører	5
Hørenedsættelse	4
Hudsygdomme	5
Atopisk dermatit	3
Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme	5
Svær overvægt	3
Psykiske lidelser og udviklingsforstyrrelser	3
Sygdomme i nervesystemet	2
Migræne	1

Sygdomme i skolealderen

Infektioner

Hyppigheden af infektionssygdomme hos børn og unge i skolealderen er betydeligt lavere end forekomsten hos børn i førskolealderen, men hyppigheden er fortsat høj og derfor stadig den hyppigste årsag til sygelighed også i skolealderen. Selvom langt de fleste infektionssygdomme hos børn er banale, gælder, at ud over den direkte konsekvens for barnet, påvirker de hyppige infektioner også resten af familien; søskende og forældre udsættes for smitte, og for forældrene kan det medføre fravær fra arbejde m.m.

I skolen er de væsentligste smitsomme sygdomme, der skal vejledes om:

Børnesår	Forkølelse	Forkølelsessår (Herpes)
Halsbetændelse	Influenza	Maveinfektion med diarré
Meningokoksygdom	Hepatitis A, B, C	Mononucleose (”Kyssesyge”)
Lus	Vorter	HIV

Børnesår, forkølelsessår, lus og vorter fylder mest i sundhedstjenestens arbejde. For en detaljeret gennemgang af de enkelte infektionssygdomme, herunder regler for fremmøde i skole og institution, henvises til: ”Smitsomme sygdomme hos børn og unge. Vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler mv.” (10).

Allergiske sygdomme

Forstyrrelser i immunsystemet kan føre til en lang række forskellige sygdomme og symptomer. En vigtig gruppe er de allergiske sygdomme, andre vigtige grupper er immundefekter og autoimmune sygdomme og syndromer. I dette afsnit beskrives udelukkende de allergiske sygdomme.

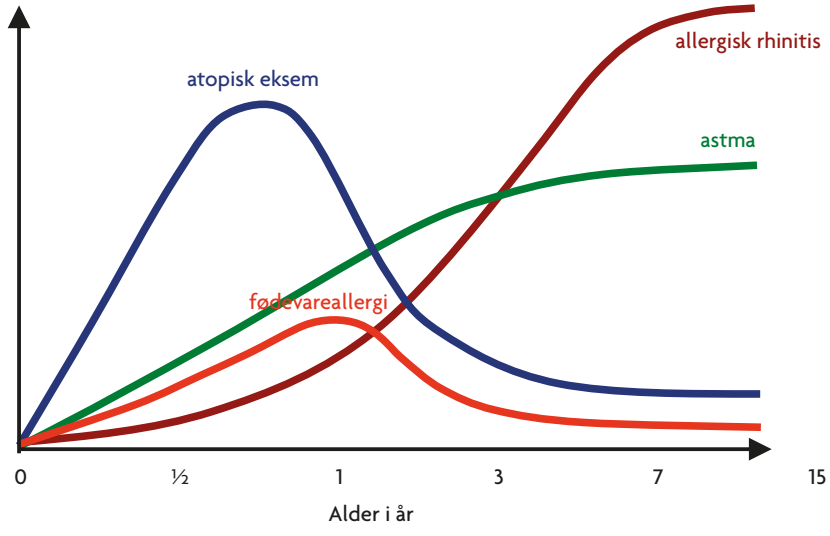
De vigtigste allergiske sygdomme er:

Astma	Atopisk eksem (børneeksem)	Urticaria
Allergisk rhinokonjunctivitis (høfeber og helårsrhinitis)		Anafylaksi
Fødevare-, insekt- og lægemiddelallergi		Kontakteksem

Allergiske sygdomme er vidt udbredte og rammer omkring 30-40 % af alle børn og unge. Forekomsten har været stigende gennem mange år, men synes nu at være stagnerende. Ud over at være årsag til mange symptomer og gener i dagligdagen er der også tale om potentielt alvorlige tilstande med risiko for alvorlig sygdom og død.

Selvom disse sygdomme alle klassificeres som allergiske, er det dog ikke altid muligt at finde et specifikt allergen. Astma, atopisk eksem (børneeksem), allergisk rhinokonjunctivitis og fødevareallergi og kontakteksem beskrives nærmere i dette kapitel.

Figur 10. Den allergiske march.



Atopi

Det er ikke alle børn, der har lige stor risiko for at udvikle allergisk sygdom; nogle har en særlig arvelig tendens til at blive allergisk sensibiliseret. Det benævnes atopi, hvorved forstås en personlig eller familiær tendens til at blive allergisk sensibiliseret og danne IgE-antistoffer mod almindeligt forekommende allergener. Symptomerne vil oftest debutere i barndommen i form af fødevareallergi, atopisk eksem (børneeksem), astma og rhinokonjunctivitis.

Udvikling af astma og den allergiske march

I de første leveår udsættes børn for mange uspecifikke allergener fra omgivelserne. Allergenerne stimulerer immunsystemet. Hos arveligt disponerede børn kan denne stimulering føre til et abnormt immunrespons – allergisk sensibilisering med forhøjet IgE. Når barnet senere udsættes for disse allergener, kan det medføre allergisk sygdom. Men også børn uden denne arvelige sisposition kan udvikle allergisk sygdom.

Allergiske reaktioner kan være IgE-medierede og ses umiddelbart efter eksponering for allergenet eller op til 4-6 timer efter. Ikke-IgE-medierede allergiske reaktioner er cellemedierede og ses dage efter eksponeringen og er forårsaget af celleskade pga. lokal inflammation fx kontakteksem.

Sensibilisering og efterfølgende Ig-E allergisk sygdom i barnealderen udvikler sig karakteristisk i den rækkefølge, som barnet bliver eksponeret for de enkelte allergener, dvs. typisk fødevareallergener i de første leveår, herefter indendørsallergener og sidst udendørsallergener. Det afspejles også i debut af allergisk sygdom, hvor atopisk eksem (børneksem) og fødevareallergi oftest debuterer i første leveår, mens astma og rhinokonjunctivitis debuterer i førskolealderen eller senere.

Den allergiske march afspejles også hos det enkelte barn, hvor atopisk dermatitis og fødevareallergi i de første leveår øger barnets risiko for senere at udvikle astma og rhinokonjunktivitis. Den allergiske march udtrykker det forhold, at nogle symptomer forsvinder for at erstattes af andre. Der er således en god prognose for atopisk dermatitis og fødevareallergi for mælk og æg. Derimod er prognosen for astma og rhinokonjunctivitis dårligere, og mange vil fortsat have symptomer i voksenalderen. Det samme gælder fødevareallergi for bl.a. nødder, fisk og skaldyr. Se figur 10.

Forebyggelse af IgE-allergisk sygdom

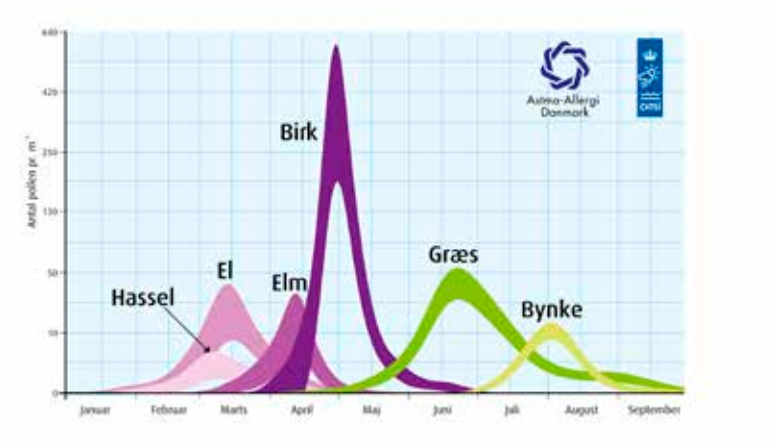
Kernen i den primære forebyggelse af allergisk sygdom er at undgå, at allergisk sensibilisering opstår og at bryde den allergiske march.

Der er ikke mange områder, hvor der er evidens for, at forsøg på forebyggelse har effekt. Der er dog enighed om en forebyggende effekt, hvis barnet udelukkende får modermælk de første fire måneder. Denne effekt ses kun hos disponerede børn, dvs. børn, som har eller har haft forældre eller søskende med lægediagnosticeret allergisk sygdom. Hvis amning ikke er mulig, anbefales højt hydrolyseret modermælkserstatning i de første fire måneder til disse spædbørn. Herudover anbefales at undgå eksponering for tobaksrøg såvel under graviditet som efter fødslen.

Hos børn, der allerede er sensibiliserede, og hvor allergenerne er kendte, vil den mest rationelle tilgang være at forsøge at eliminere allergenerne. Allergivaccination er en anden mulighed, som er særlig relevant hos børn med alvorlig allergisk reaktion på bi- eller hvepsestik, eller hos børn med sværere astma eller høfeber og kendt allergen. Allergivaccination gives som flere injektioner, først i en optitreringsfase med ugentlige vaccinationer i 14-16 uger, og herefter en vedligeholdelsesfase på tre-fem år med injektioner hver 6.-8. uge.

Allergisk kontakteksem kan forebygges ved at undgå kontakt med kemiske stoffer, der er kendt allergifremkaldende (nikkel, parfume, m.m.). Danmark har en

Figur 11. Pollenkalender



Kilde: Astma-Allergi Danmark og Danmarks Meteorologiske Institut

lang tradition for gennem reguleringer og lovgivning at ændre netop udsættelsen for disse stoffer i befolkningen. Læs mere på Miljøstyrelsens hjemmeside www.mst.dk

Allergologisk udredning

Allergologisk udredning bør tilbydes alle børn med vedvarende allergiske symptomer eller vedvarende behov for forebyggende behandling. Udredningen udgøres af hudpriktest, som kan påvise IgE-medieret allergisk reaktion, påvisning af specifik IgE i en blodprøve eller elimination/provokation til påvisning af IgE- og ikke-IgE-medierede allergiske reaktioner ved mistanke om fødevareallergi.

Astma

Astma vil hos de fleste børn (70-90 %) være allergisk betinget med sensibilisering over for et eller flere inhalationsallergener (indendørs- eller udendørsallergener) og i nogle tilfælde fødevareallergener. Det er den hyppigste kroniske luftvejssygdom hos børn, og sygdommen rammer 7-10 %. De typiske symptomer er hoste, åndenød, pibende/hvæsende vejrtrækning, nedsat fysisk aktivitet. Nedsat fysisk aktivitet er et ofte overset symptom på astma, hvor barnet/den unge har vænnet sig til at undgå fysisk krævende aktiviteter for at undgå åndenød, hoste og hvæsende vejrtrækning. Diagnosen baseres på anamnese, lungefunktionsundersøgel-

se, reversibilitet af lungeobstruktion ved lungefunktionsundersøgelse før og efter inhalation af β2-agonist og kan understøttes ved måling af NO i udåndingsluft.

Allergisk rhinokonjunctivitis

Forekomsten af allergisk rhinokonjunctivitis stiger op gennem skolealderen til mellem 15 og 20 % blandt de ældste elever og er således årsag til høj symptombelastning i den aldersgruppe. Samtidig med rhinokonjunctivitis vil mange have andre symptomer i form af astma, atopisk dermatitis, sinuitis og polypper.

De klassiske symptomer er nysen, løbende og/eller tilstoppet næse, kløe i næse, øjne og svælg. Herudover kan der være hoste pga. sekret, der løber tilbage i svælget og udtalt mundrespiration pga. tilstoppet næse. Mange børn vil ved udtalte symptomer have påvirket koncentrationsevne. Nogle børn har symptomer hele året, mens andre kun har sæsonbetingede symptomer.
De hyppigste årsager til helårs-rhinokonjunctivitis er allergi over for indendørsallergener (husstøvmider, pelsdyr, skimmelsvamp), mens de hyppigste årsager til sæsonbetinget rhinokonjunctivits (høfeber) er udendørsallergener i form af pollen. Ved pollenallergi forekommer i stigende grad krydsreaktioner, når der indtages visse frugter og grøntsager. Se figur 11.

Atopisk eksem

Atopisk dermatitis (børneeksem eller Prurigo Besnier) er i skolealderen især lokaliseret til bøjefurer, albuebøjninger og knæhaser. 15-20 % af danske børn får stillet diagnosen atopisk dermatitis. Prognosen er som nævnt god, og hos tre ud af fire forsvinder hudsymptomerne i løbet af skolealderen. Mange har et mildt sygdomsforløb, men 5-10 % har et sværere forløb. Allergi er sjældnere involveret.

Symptomerne er især kløe og tør og irriteret hud præget af kradsemærker. Ofte træthed og irritabilitet på grund af forstyrret nattesøvn. Risikoen for at udvikle især irritativt håndeksem i voksenlivet er forøget hos personer, der har haft atopisk dermatitis som barn fordi hudbarrieren er beskadiget. Videncenter for Allergi har lavet en film om atopisk eksem, som kan ses på www.atopisk-eksem.dk

Allergisk kontakteksem

Cirka 15 % af pigerne og 5 % af drengene i skolealderen har kontaktallergi over for nikkel og parfumer. Symptomet på kontaktallergi er eksem, der viser sig ved rødme, kløe og hævelse af huden. Efterfølgende kan der komme knopper og små-

blærer, der kan blive til sår. Hvis eksemet ikke behandles, kan det udvikle sig til et kronisk eksem med tør hud, der skæller og revner.

Fødevareallergi

Antallet af børn med klinisk dokumenteret fødevareallergi især overfor mælk og æg falder i løbet af den tidlige barndom, så kun omkring 2 % af børnene lider af fødevareallergi ved skolestart. Læs mere på www.foedevareallergi.dk. Ved mistanke om fødevareallergi skal ikke iværksættes selvbestaltede diæter, men henvises til praktiserende læge med henblik på nærmere udredning.
I løbet af skolealderen bliver krydsreaktioner over for pollen dominerende. Mange med allergi over for pollen krydsreagerer således over for nødder, friske frugter og grøntsager med kløe, svie og eventuelt hævelse på læber og i mund og svælg. Som oftest er reaktionerne relativt lette og harmløse, men der kan opstå hævelse af svælget og halsen, hvor vejrtrækningen ligesom stemmen bliver besværet. Især ved allergi over for birkepollen ses der hyppigt krydsreaktioner over for hasselnød, æble og kiwi. Krydsreaktioner kan især være fremherskende, når der optræder allergi over for flere pollenarter.

Behandling af allergiske sygdomme

Den forebyggende behandling er helt central, for at børn med allergiske sygdomme kan få en normal skolegang, dyrke aktiviteter og deltage i socialt samvær og ture på lige fod med deres kammerater. Sundhedsstyrelsen har sammen med Astma-Allergi Danmark udarbejdet hjemmesiden www.astma-allergiiskolen.dk, hvor den virtuelle skole sætter fokus på en række faktorer i skolemiljøet, der har betydning for børn med overfølsomhedssygdomme. Der er målrettet rådgivning til de forskellige aktører på skolen om forebyggelse – herunder også den kommunale sundhedstjeneste. Den forebyggende behandling af allergiske sygdomme i skolealderen består i at sikre optimal medicinsk behandling og grundig vejledning om, hvordan barnet/den unge kan undgå de allergener og irritanter, der udløser symptomerne.

Børn og unge med luftvejsallergi har hyperreagerende luftveje og bør derfor ikke udsættes for tobaksrøg, hverken i hjemmet eller i andre sammenhænge. Sundhedstjenesten skal medvirke til at sikre, at unge med astma vejledes om den yderligere risiko, der er forbundet med at ryge, når man lider af overfølsomhedssygdomme i luftvejene. Vejledningen til forældre og klassekammerater bør på samme måde omfatte betydningen af udsættelse for tobaksrøg.

Børn og unge med astma bør ikke have begrænsninger i de fysiske aktiviteter. Ved gentagne symptomer udløst af anstrengelse kan sundhedstjenesten henvise til den praktiserende læge eller til behandlende specialafdeling med henblik på regulering af medicinen. Den forebyggende behandling skal som mål normalisere lungefunktionen, eventuelt målt ud fra barnet bedste peakflow.

Børn med pelsdyrallergi kan reagere over for dyrehår i tøjet hos deres skolekammerater. Udsættelse herfor kan fx være en af årsagerne til, at et barn med dyrehårsallergi har symptomer i klassen.

Den dårligere hudbarriere ved atopisk dermatitis giver øget risiko for udvikling af kontakteksem, herunder især håndeksem. Børn og unge med atopisk dermatitis skal derfor vejledes om god håndhygiejne og i hvilke fritidsjob/erhvervs- og studievalg, der kan give problemer i den henseende.

Udløsning af overfølsomhedssymptomer kan ofte undgås med tidlig igangsat forebyggende behandling med medicin. Høfeber med allergi for birk og græs i eksamenstiden kan forebygges med lokalt virkende medicin i øjne og næse. Det er også vigtigt at forebygge anstrengelsesudløst astma med inhalationsmedicin, eventuelt i form af ekstra doser i forbindelse med idrætstimer og mere fysisk krævende leg i frikvarterer og lignende.

Der er fortsat bekymring blandt mange forældre om bivirkninger og risici ved anvendelse af medicin, især steroider ("binyrebarkhormon"). Vejledningen omfatter i den forbindelse information om betydningen af behandling med henblik på symptomfrihed eller minimum af symptomer. Behandling med inhalationssteroider i høj dosering kan medføre forbigående sænkning af væksthastigheden, men har ikke nogen betydning for den endelige højde. Børnene vokser i det lange forløb helt normalt, selv efter behandling i mere end 10 år, og opnår normal forventet højde som voksne.

Forældrene bør informere skolen og eventuelt den kommunale sundhedstjeneste om barnets sygdom og sygdommens behandling, eventuelt med støtte fra den behandlende specialafdeling. Klasselæreren og de øvrige lærere i teamet og eventuelt skolens ledelse bør have kendskab til karakteren og administrationen samt eventuelt hyppigheden af den medicin, som barnet får (forskellige devices, EpiPen etc.). Astma-Allergi Danmark har skrevet en pjece til forældre, hvis børn skal starte i skole, om hvordan disse forhold håndteres bedst muligt. Se www. astma-allergi.dk
Eventuel behandling med medicin i skoletiden og foranstaltninger ved akut optrædende symptomer skal være gennemgået, således at både elev, forældre og lærerteamet omkring barnet ved, hvad der skal gøres i en akut situation, og hvem

der har ansvar for hvad. Hvis der er en elev i klassen, hvor særlige forhold gør sig gældende, skal alle omkring eleven informeres grundigt.
Se også www.astma-allergiiskolen.dk

Erhvervsvejledning

Unge med allergisk sygdom har højere risiko end andre for, at deres sygdom forværres i forbindelse med jobbet. Det er yderst vigtigt, at man sørger for en tidlig erhvervsvejledning, så de unge bliver bevidste om, at der er erhverv, der er forbundet med denne øgede risiko. Det er bl.a. vigtigt, fordi risikoen gennemgående er højere i erhverv med korte uddannelser, der er mere praktisk orienterede, sammenlignet med erhverv, der typisk kræver mellemlange eller lange uddannelser.

Sundhedsstyrelsen har udgivet pjecen "Dit job, dit valg, dine muligheder" (11), der henvender sig til unge, der har eller har haft astma, eksem eller høfeber. Vejledningen skelner mellem astma/høfeber og eksem, og de unge kan placere sig selv i henholdsvis rød – gul – grøn risikogruppe afhængig af, om de har/har haft/aldrig har haft symptomer på allergisk sygdom. Vejledningen henvender sig til unge i rød eller gul risikogruppe. På sammen måde er der en række eksempler på erhverv i tre risikogrupper også opdelt i rød – gul – grøn.
Læs mere på www.astma-allergiiskolen.dk og www.sst.dk

Gastrointestinale og urogenitale symptomer og sygdom

Gastrointestinale symptomer er hyppige hos børn. De fleste symptomer er lette og forbigående. En del har langvarige og mere udtalte symptomer, der ikke er udtryk for alvorlig sygdom, mens en lille gruppe vil have akutte eller langvarige symptomer, der er forårsaget af behandlingskrævende akut eller kronisk sygdom.

For skolesundhedstjenesten er der en række tilstande, der er vigtige at kende:

Mavesmerter	Obstipation	Cøliaki
Laktoseintolerans	Inflammatorisk tarmsygdom	Mavesmerter
Urininkontinens	Retentio testis	

Mavesmerter

Recidiverende mavesmerter er smerter, som har været til stede i mindst to måneder, og som er så alvorlige, at de påvirker barnets hverdag, fx i form af skolefravær. Omkring 10 % af børn i skolealderen har recidiverende mavesmerter, og <10 % af de børn vil have en tilgrundliggende sygdom som cøliaki, inflammatorisk tarmsygdom eller andet. De resterende børn har funktionelle mavesmerter. Den præcise mekanisme er ikke kendt, men mulige mekanismer er ændret tarmmotilitet og en ændret smertetærskel for almindelige stimuli i mave-tarmkanalen. For mange kan stress og angst forværre smerterne.

Et vigtigt element i behandlingen af funktionelle mavesmerter er at berolige barn og forældre med, at der ikke er tegn på farlig sygdom, selvom mavesmerterne er udtalte, og forklare mekanismerne, som vi forstår dem – nemlig at nogle børn er særligt følsomme for almindelige stimuli fra mave-tarmkanalen. Halvdelen vil være symptomfri inden for måneder og yderligere en fjerdedel inden for et år. Kun en fjerdedel vil have recidiverende mavesmerter i længere tid og nogle helt ind i voksenalderen. Hvis undersøgelserne ikke viser tegn på organisk lidelse, kan sundhedstjenesten tilbyde barnet og forældrene samtaler med henblik på at forsøge at få afdækket eventuelt forstærkende belastninger, der påvirker barnet (fx mobning eller indlæringsvanskeligheder). Som for børn med hyppig hovedpine gælder også her, at det er vigtigt, at sundhedstjenesten vejleder om vigtigheden af en sund livsstil med regelmæssig søvn, sund mad og fysisk aktivitet.

Børn med hyppige klager over mavesmerter skal henvises til undersøgelse hos praktiserende læge.

Obstipation

Mange børn også i skolealderen vil opleve perioder med obstipation, hvor problemet går i sig selv eller kan løses med almindelige råd omkring øget væskeindtag eller eventuelt mild laksantia behandling. En mindre gruppe af børn vil have et kronisk forløb, hvor forløbet kan kompliceres af andre forhold. Det kan være, at barnet holder på afføringen pga. smerter, uhygiejniske toiletforhold på skole eller ferie eller familiær stress. Sekundært til obstipation kan opstå mavesmerter, fissurer omkring anus, dårlig trivsel, dårlig appetit, urinvejsinfektioner, encoprese (fækal inkontinens) eller enuresis.

Obstipation er den hyppigste årsag til encoprese. Behandlingen af obstipation varierer med sværhedsgraden og kan i lette tilfælde være vejledning omkring øget væske og fiberindtag, fysisk aktivitet, eventuelt suppleret med milde blødgørende laksantia eller tarmstimulerende laksantia. Behandlingen med laksantia bør da

mindst vare en-to måneder, og de øvrige råd bør følges fremover for at undgå nye episoder med obstipation. Svære tilfælde af obstipation, herunder tilfælde ledsaget af encoprese, vil som oftest nødvendiggøre behandling med høje doser af laksantia og eventuelt klyx, således at endetarmen udtømmes fuldstændig. Efterfølgende er de almindelige råd omkring forebyggelse af obstipation, suppleret med regelmæssige toiletbesøg, vigtige.

Obstipation defineres som mindst to af følgende kriterier, der skal være opfyldt i mindst otte uger (Rom III-kriterier):

- ‹ tre afføringer ugentligt
- Fækal inkontinens mindst én gang ugentligt
- Ekstrem tilbageholdelse af afføring
- Smertefulde eller hårde afføringer
- Periodevis kvittering af meget store mængder afføring
- Fæces i rectum ved eksploration eller i fæcesknolde, der kan palperes i venstre halvdel af abdomen.

Årsagen til encoprese ved obstipation er formentlig, at når større mængder afføring ophobes i endetarmen, udvides den, og den normale afføringstrang bortfalder. Kontraktioner i endetarmen samtidig med, at tonus i den interne sphinter mindskes, fører til siven af afføring. Der er ikke belæg for, at encoprese på denne baggrund er psykisk betinget, men kan naturligvis hos et barn i skolealderen sekundært føre til psykiske problemer. Obstipationsbehandling vil i reglen løse encopreseproblematikken, og kun hos et fåtal er der tale om en primær psykisk udløst encoprese.

Cøliaki

Cøliaki er en immunologisk sygdom, der fortsat hyppigt diagnosticeres blandt børn, men det er ikke kun en børnesygdom. Småbørn med klassiske cøliakisymptomer er ofte trætte, har dårlig trivsel, dårlig appetit, store hyppige afføringer og eventuelt affladede nates. Større børn har mindre udtalte symptomer som fx obstipation, oppustethed, diffuse mavesmerter og forsinket pubertet. Diagnosen stilles ved kombination af genanalyse, antistofundersøgelse og – hvis mistanken om cøliaki fortsat er til stede – biopsi fra tyndtarmsslimhinden, som giver den endelige diagnose. Behandlingen er livslang glutenfri diæt. Gluten findes i hvede, rug og byg, og det er nødvendigt med vejledning fra diætist mhp. at opretholde

en glutenfri kost. Der er risiko for cancer i tyndtarm ved cøliaki, men denne risiko reduceres formentlig væsentligt ved diæt.

Der er behov for information til klassekammerater, forældrekredsen og skolens lærere om betydningen af, at diæten overholdes, da det kan være svært rent socialt at fungere med cøliaki. Mange i kredsen om barnet vil have svært ved at forstå, at barnet ser rask ud og alligevel i hverdagen skal tage så store hensyn til kosten.

Laktoseintolerans

Laktoseintolerans skyldes mangel på enzymet laktase i tarmens epithel, og ufordøjet laktose kan give diarré, mavesmerter og oppustethed.

Medfødt laktoseintolerans er yderst sjælden og giver symptomer umiddelbart efter fødslen.

Primær laktoseintolerans er derimod meget hyppig og ses hos ca. 5 % af voksne etnisk danske og nær 100 % af voksne asiatere. Det er en fysiologisk reduktion i enzymaktiviteten, som oftest først giver symptomer efter 5-10-års alderen i forbindelse med indtagelse af store mængder mælk.
Den fysiologiske primære laktoseintolerans kan påvises ved bl.a. gentest eller laktosebelastning.

Behandlingen er reduceret indtag af mælkesukker, først og fremmest fra komælk. Hos børn med ubehandlet cøliaki eller efter gastroenteritis kan ses en forbigående sekundær laktoseintolerans. Det er vigtigt at skelne laktoseintolerans, som altså skyldes manglende spaltning af mælkesukker, fra komælksallergi, der skyldes en allergisk reaktion mod komælksprotein.

Inflammatoriske tarmsygdomme

De inflammatoriske tarmsygdomme Morbus Crohn og Colitis ulcerosa er de hyppigste alvorlige tarmsygdomme hos børn og unge. Sygdommen kan ses i alle aldre med et peak i 15-30-års alderen. Forekomsten blandt børn er samlet for de to sygdomme ca. to pr. 10.000. Incidensen af Morbus Crohn er stigende, mens incidensen af Colitis ulcerosa er stationær. Symptomerne på Colitis ulcerosa er oftest mere akutte og alarmerende med blodig diarré, vægttab og kolikagtige mavesmerter, mens de hyppigste symptomer på Morbus Crohn er mavesmerter og vægttab. Ved mistanke om inflammatorisk tarmsygdom vil den endelige diagnose oftest kunne stilles ved coloskopi med biopsier.

Behandlingen ved begge sygdomme er først og fremmest medicinsk, men kan også være i form af ernæring eller operation. Langtidsprognosen er som oftest god, og de fleste er ikke væsentlig påvirkede i dagligdagen til trods for intermitterende opblussen af sygdom. Tidligere blev ca. en tredjedel af patienter med Colitis ulcerosa opereret med fjernelse af tyktarmen. Nyere tal tyder på, at flere patienter i dag undgår operation.

Urininkontinens

Ufrivillig vandladning hos børn over fem år opdeles traditionelt i daginkontinens (enuresis diurna) og natinkontinens (enuresis nocturna). Ufrivillig vandladning kan hænge sammen med obstipation. Det gælder særligt børn med daginkontinens. I de tilfælde er det vigtigt at behandle obstipation først, herefter kan eventuelt fortsat daginkontinens behandles og til slut natinkontinens.

Omkring 5 % af børn, der starter i skole, er daginkontinente, og de fleste af disse børn vil også være natinkontinente. Daginkontinens kan i enkelte tilfælde være sekundært til andre tilstande, som misdannelser i urinvejene, men man vil i de fleste tilfælde være opmærksom på dette i forvejen. Langt hovedparten af børn med daginkontinens har en vis grad af dysfunktion af blærefunktionen, som oftest i form af overaktiv blære med hyppige vandladninger samtidig med pludselig og uimodståelig vandladningstrang. Barnet når ikke på toilettet, inden han/hun tisser. Typisk forsøger barnet at stoppe vandladningstrangen ved at krydse benene eller ved at sætte sig på hug og presse hælen op i perineum. Daginkontinens i skolealderen bør altid medføre henvisning til praktiserende læge med henblik på udredning.

Omkring 15-20 % har natinkontinens ved skolestart. Det gælder herefter, at ca. 15 % af disse børn spontant vil vokse sig fra inkontinensen om året. Natinkontinens er hyppigst hos drenge, og hos to ud af tre vil der være søskende eller forældre, som også har eller har haft natlig inkontinens.
Natinkontinens skyldes en kombination af barnets manglende evne til at vågne ved fyldt blære, kombineret med unormal høj natlig urinproduktion, men normal blærekapacitet, eller kombineret med normal urinproduktion med nedsat funktionel blærekapacitet. Nogle har både høj natlig urinproduktion og reduceret blærekapacitet. Omkring to tredjedele af børnene har høj urinproduktion, og omkring en tredjedel har nedsat funktionel blærekapacitet.

Det vil sjældent være relevant at påbegynde udredning og behandling af natlig inkontinens før 6-7- års alderen. Børn med nedsat blærekapacitet vil primært blive behandlet med ringeapparat. Ringeapparatet fungerer ved en sensor i barnets underbukser, der aktiverer alarmen, når den bliver våd. Barnet vækkes (af

alarmen eller forælder) og går på toilettet, alarmen skal kun bruges én gang hver nat. Det anbefales at bruge alarmen op til 10 uger. Ved recidiv af symptomer eller fortsatte symptomer kan ringeapparatet anvendes i en ny 10 ugers periode efter nogle måneders pause. Børn med øget natlig produktion af urin kan behandles med antidiuretisk hormon som tablet ved sengetid om aftenen for på den måde at reducere urinproduktionen. Et almindeligt princip er en behandlingsperiode på tre måneder og herefter en uges pause for at vurdere, om der fortsat er behov for behandling. Herudover anbefales fast vandladning før sengetid, hvor det er vigtigt, at blæren tømmes fuldstændig kombineret med væskerestriktion, dvs. at barnet ikke drikker noget den sidste time før sengetid og ikke drikker overdrevent ved aftensmåltidet.

Børn med inkontinens kan have lavere selvværdsfølelse end både raske børn og børn med kroniske sygdomme. Det lave selvværd er relateret til de ufrivillige natlige vandladninger og normaliseres, når børnene bliver behandlet, eller når de ufrivillige vandladninger ophører med alderen. Børn med natlig inkontinens har ikke flere adfærdsproblemer eller andre psykiske problemer end andre børn.

Skolebørn med natlig urininkontinens reagerer ofte med ikke at ville deltage i skoleudflugter med overnatning. Information til barnet og forældrene, om hvor mange andre børn der har samme problem og mulige løsninger på problemet, har som regel en betydelig positiv virkning på barnets selvværd og mod på at sove sammen med andre børn.

Sundhedstjenesten kan tilbyde vejledning og rådgivning til denne gruppe børn og deres forældre, såfremt der ikke allerede er taget hånd om problemet før skolestart. Der kan desuden være behov for rådgivning af lærere og generel oplysning til klassekammerater forud for fx lejrskoler, såfremt barn og forældre ønsker dette.

Retentoio testis

Ved fødslen vil ca. 4 % af drengebørn mangle én eller begge testes i scrotum. Denne andel reduceres til ca. 1-2 % i 5-måneders-alderen, herefter er det ikke sandsynlig at testes spontant descenderer til scrotum, og børnene henvises til operation. Hos en del drenge som på et tidspunkt har haft begge testes i scrotum vil en eller begge testes ascendere til ingvinalkanalen senere. Drenge over fire år med retentio testis kan forsøge medicinsk behandling, som er effektiv hos ca. 20 %; de resterende henvises til operation.

Det er vigtigt at finde drenge med retentio testis pga. risikoen for nedsat fertilitet og risikoen for senere udvikling af testis cancer. Der undersøges derfor for retentio testis ved alle de forebyggende helbredsundersøgelser gennem den tidlige barndom i almen praksis.

Neurologiske sygdomme og symptomer

Neurologiske sygdomme og symptomer hos børn i skolealderen omfatter sygdom i hjerne, rygmarv, nerver og muskler. Heri indgår bl.a. en stor gruppe af medfødte sygdomme, som forårsager forskellige psykiske og fysiske handicap. Desuden er der en stor gruppe af erhvervede neurologiske lidelser som fx hovedpine, epilepsi, infektioner eller komplikationer hertil. Samlet set udgør neuropædiatriske problemstillinger en betydelig del af børns kontakt til pædiatriske speciallæger og børneafdelinger.

De vigtigste neurologiske sygdomme og symptomer er:

Hovedpine	Migræne	Spændingshovedpine
Cerebral parese	Epilepsi	

Hovedpine

Hovedpine hos børn og unge er et almindeligt symptom og kræver som regel ingen særlig udredning eller behandling. Der kan imidlertid være tilfælde, hvor børn og unge har ubehandlet eller underbehandlet hovedpine, hvilket fører til mange gener og påvirker livskvaliteten for disse børn. Disse børn bør vurderes af praktiserende læge.

De mest almindelige hovedpinetyper er spændingshovedpine og migræne. Medicinoverforbrugshovedpine kan også ses hos børn (se uddybning nedenfor).

Hovedpine kan være udløst af anden sygdom, som oftest infektioner. Kun sjældent er der tale om alvorlig sygdom. Hovedpine, der er voldsom, pludselig opstået eller ledsaget af andre neurologiske symptomer som fx skelen, opkastninger, bevidsthedspåvirkning og lign., kan være udtryk for alvorlig sygdom, som bør udelukkes ved henvisning til praktiserende læge.

Migræne

Den hyppigste hovedpineform hos børn er forårsaget af migræne. 5-10 % af alle børn lider af migræne af forskellig type og med vekslende anfaldshyppighed. Mange mener, at sygdommen er stærkt underdiagnosticeret blandt børn og unge.

Hovedpinen er almindeligvis dunkende og ledsages af bleghed, kvalme og opkastning. Hovedpinen forværres ofte ved fysisk aktivitet. Anfaldene varer typisk en-seks timer og kan være ledsaget af aura. Børn med lettere anfald af migræne har behov for ro, hvile og/eller søvn og lettere smertestillende medicin. Børn med alvorligere anfald har ofte behov for at sove og tåler ikke lyd- og/eller lysstimuli. Børn og unge kan have behov for anfaldsbehandling med migrænemedicin og/eller kvalmestillende medicin.

Diagnosen kan være vanskelig at stille, da symptomerne kan være mangeartede. Det kan lette diagnosticeringen, hvis familien får udleveret en hovedpinedagbog til barnet, idet hovedpinen ofte vil være ensartet fra anfald til anfald. Børn og unge med migræne har behov for vejledning om vigtigheden af, at sørge for regelmæssig søvn og motion, undgå at ryge, undgå stress samt sørge for at spise sundt med henblik på at forebygge anfald.

Ved mistanke om migræne skal sundhedstjenesten henvise til praktiserende læge med beskrivelse af barnets symptomer med henblik på vurdering og eventuelt henvisning til speciallæge. Det er kun sjældent nødvendigt at behandle et barn med profylaktisk migrænemedicin, men det er vigtigt, at diagnosen stilles.

Spændingshovedpine

Såfremt der ikke findes sygdom som årsag til den tilbagevendende hovedpine, kan sundhedstjenesten tilbyde samtaler med henblik på at afklare om, der er forhold i barnets tilværelse (fx mobning i skolen eller en stresset hverdag), der kan forklare de tilbagevendende symptomer. Desuden er det vigtigt at rådgive barn og forældre om betydningen af fysisk aktivitet, regelmæssig og rigelig søvn samt sunde mad - og drikkevaner som vigtige forebyggelseselementer.
Børn kan, som voksne, udvikle medicinoverforbrugshovedpine. Dvs. hovedpinen vedligeholdes af et overforbrug af medicin enten i form af svage smertestillende lægemidler som fx paracetamol og kan ses ved et forbrug på > 15 dage pr. måned eller ved et forbrug af migrænemedicin på > 10 dage pr. måned.

Børn med hyppige anfald af hovedpine bør henvises til den praktiserende læge med henblik på specifik diagnostik og eventuelt behandling.

Epilepsi

Anfaldsfænomener hos børn er almindelige og omfatter både anfald pga. epilepsi, ikke-epileptiske anfald som fx feberkramper eller kramper pga. lavt blodsukker og anfaldsfænomener, der kan ligne epilepsi, men som ikke er det.

De almindeligste ikke-epileptiske anfaldsfænomener i skolealderen er:

Migræne	Søvnlidelser som mareridt, søvngængeri, narkolepsi og søvnapnø
Anoksiske	Kardiovaskulære anfald og andre kardialt udløste anfald
Vertigo- svimmelhed	Dagdrømme-tomgang (oftest hos mentalt retarderede børn)
Tics	Synkope-besvimelse
Pseudoanfald	Funktionelle anfald

Ved epilepsi forstås gentagne uprovokerede anfald, som er forårsaget af hypersynkronisering af aktivering af neuroner i hjernen, som fører til forstyrrelse af den cerebrale funktion.

Forekomsten af epilepsi er ca. 1 ud af 200 og er altså relativt hyppigt forekommende blandt børn i skolealderen. Herudover vil en del børn have enkeltstående krampeanfald, idet omkring halvdelen af børn med et uprovokeret krampeanfald ikke får flere anfald.

Anfaldstyper

Den abnorme neuronaktivitet kan involvere begge hjernehalvdele og medfører så altid bevidsthedstab. Det kaldes generaliserede anfald. Der findes flere typer, hvoraf de hyppigste er absencer og generaliserede tonisk-kloniske anfald.
Den abnorme neuronaktivitet kan også være lokaliseret til et mindre område i den ene hjernehalvdel. Sådanne anfald kaldes fokale anfald. Under disse anfald kan der være større eller mindre påvirkning af bevidstheden. Symptomerne under anfald afhænger af, hvor i hjernen den abnorme aktivitet optræder. Der kan fx være lokaliserede kramper, smasken, synsforstyrrelser, meningsløse bevægelse m.m. Endelig kan den lokaliserede aktivitet i hjernen under et fokalt anfald spredes til begge hjernehalvdele, og anfaldet udvikler sig da til et generaliseret anfald.

Der findes en lang række forskellige epileptiske syndromer, hvoraf en række debuterer hos børn i skolealderen, men en del børn vil også allerede have fået epilepsi, før de starter i skole. Epilepsi kan være sekundært til andre neurologiske

lidelser som fx cerebral parese. Samlet set går to ud af tre børn med epilepsi i en almindelig skole. Forekomsten af generelle og specifikke indlæringsvanskeligheder er dog højere blandt børn med epilepsi, og nogle børn med epilepsi vil også pga. den medicinske behandling have bivirkninger, der påvirker deres indlæring.

Epilepsisyndromer

Der findes en lang række forskellige epilepsisyndromer. Nedenfor beskrives absence epilepsi, rolandisk epilepsi og juvenil myoklon epilepsi som tre hyppige epilepsisyndromer, der alle kan debutere i skolealderen.

Absence epilepsi er en hyppig epilepsiform, som udgør ca. 5 % af børneepilepsi. Den debuterer i 4-12-års-alderen med kortvarige tilfælde af sekunder varende fjernhed – absencer. Absencerne kan være ledsaget af blinken med øjnene, øjendrejning og trækninger i ansigtet. Anfaldene er kortvarige – under 30 sekunder – og børnene er umiddelbart bagefter i stand til at genoptage deres aktivitet. Børn med ubehandlede absencer har forstyrret indlæringsevne og kan have svært ved at følge fagligt med i klassen. Behandling med antiepileptisk medicin bevirker, at 80-90 % af børnene bliver anfaldsfri, men ca. 5-10 % vil dog i voksenalderen udvikle epilepsi med generaliserede tonisk-kloniske anfald. Resten vil kunne ophøre med medicin efter en årrække og være raske.

Rolandisk epilepsi er et andet hyppigt epilepsisyndrom i skolealderen. Syndromet debuterer i 4-10-års alderen og udgør 15 % af epilepsitilfældene blandt børn. Det er en godartet form for epilepsi, hvor langt de fleste kun har natlige anfald. Typisk vågner barnet og sætter sig op, savler, siger lyde eventuelt ledsaget af halvsidige trækninger i tunge, ansigt og måske skulder og arm. Varigheden er ½ -1 minut. Anfaldet kan af og til udvikles til generaliseret anfald. Mange børn får kun et eller få anfald og kræver ikke altid medicinsk behandling. Nogle har flere anfald, men bliver næsten altid anfaldsfri ved medicinsk behandling. Anfaldene ophører spontant i puberteten.

Juvenil myoklon epilepsi debuterer i 12-16-års alderen med forskellige anfaldstyper. Det kan være myoklone ryk, der typisk ses om morgenen. Det kan fx vise sig ved, at den unge taber tandbørsten eller skeen ved morgenmaden. Herudover kan ses absencer og generaliserede tonisk-kloniske anfald. Medicinsk behandling er som regel effektiv, men de fleste vil have behov for livslang behandling. Mange vil også være meget følsomme for søvnunderskud eller selv små mængder alkohol.

Behandling og diagnosticering

Diagnosticering og behandling af epilepsi er en specialistopgave. Diagnosen er først og fremmest klinisk, og en grundig og nøjagtig beskrivelse af anfald er af-

gørende. I dag har mange forældre mulighed for at videofilme anfald, hvilket er meget nyttigt. Herudover kan en EEG-undersøgelse supplere udredningen, men vil sjældent kunne give diagnosen alene. Behandlingen er langt overvejende medicinsk og kun i de tilfælde, hvor medicinsk behandling ikke er tilstrækkelig, må overvejes andre behandlingsformer, fx i form af operation eller diætbehandling.

Det er væsentligt, at lærere, skoleledelse og klassekammerater bliver informeret om symptomerne på epilepsi og forholdsregler i forbindelse med epileptiske anfald, og lærerne bør vide, hvordan man behandler et akut anfald. Børnene har brug for støtte til kompensation for eventuelle indlæringsvanskeligheder. Samtidig har de behov for støtte til at blive accepteret og til at indgå i det sociale fællesskab. Enkelte børn skal have støtte til at tage deres medicin i skoletiden.

De fleste børn med epilepsi kan leve et helt normalt liv med kun få restriktioner. Almindeligvis frarådes bad i badekar eller svømning uden opsyn, mens anbefalinger på andre områder svarer til de generelle anbefalinger.

Celebral parese

Cerebral parese (spastisk lammelse) er en tilstand karakteriseret ved forstyrrelse af bevægelse og kropsstabilitet, der fører til begrænsninger i aktivitet. Tilstanden skyldes en ikke-fremadskridende skade i den umodne hjerne, som kan være opstået før, under eller efter fødslen. Ud over det motoriske handicap vil mange børn med cerebral parese have andre problemer i form af bl.a. nedsat syn eller hørelse, indlæringsproblemer, adfærdsproblemer, sproglige vanskeligheder, spiseproblemer eller epilepsi. Cerebral parese er den hyppigste årsag til motorisk funktionsnedsættelse hos børn og unge.

Selvom der er tale om en tilstand, der er stationær, kan nogle af barnets vanskeligheder blive mere tydelige i takt med, at hjernen modnes, og at kravene til børnene øges fx i forbindelse med skolestart. Det motoriske handicap kan være mere eller mindre udtalt. Børn med de letteste gener har udelukkende motoriske gener og ikke ledsagende problemer. Selve det motoriske handicap kan være ensidigt eller dobbeltsidigt, og ofte vil der være større affektion af underekstremiteter sammenlignet med overekstremiteterne. Børn med det letteste handicap har selvstændig gangfunktion uden hjælpemidler og ikke andre væsentlige problemer, medens de sværest ramte ikke har selvstændig gangfunktion og er svært mentalt retarderede. Det betyder, at en række af de lettest ramte børn går i en almindelig klasse eventuelt med ekstra støtte. Mange børn har brug for tværfaglig støtte i form af fysioterapi, ergoterapi, talepædagog og specialundervisning.

Endokrine sygdomme

Hormonelt betingede sygdomme er bortset fra diabetes mellitus sjældne hos børn. Ud over diabetes ses bl.a. thyreoideasygdomme, parathyreoideasygdomme og sygdomme pga. binyrebarkinsufficiens. En nært beslægtet sygdomsgruppe er de arvelige stofskiftesygdomme (inborn errors of metabolism). De fleste af disse sygdomme skyldes specifikke enzymdefekter, som resulterer i fejl i omsætningen af fx kulhydrat, fedt, aminosyrer, urinstof og organiske syrer. Alle nyfødte tilbydes i andet-tredje levedøgn en screening af de hyppigste medfødte endokrine sygdomme og arvelige stofskiftesygdomme. En blodprøve fra hælen på det såkaldte PKU-kort (den neonatale biokemiske screening) undersøges for i alt 15 forskellige medfødte sygdomme.

De almindeligst forekommende endokrine sygdomme i skolealderen er:

- Type 1- og type 2-diabetes mellitus
- Hypotyreose – kongenit eller erhvervet

Type-1 diabetes mellitus

Forekomsten af diabetes mellitus blandt børn og unge er stigende og har været det de sidste ca. 20 år, og i dag er der ca. 250 nye tilfælde om året. Stigningen i forekomsten er så høj, at det må skyldes miljømæssige faktorer, hvorimod udvikling af diabetes mellitus hos den enkelte skyldes såvel arv som miljømæssige faktorer. Der er tale om en autoimmun sygdom, og der kan optræde andre autoimmune sygdomme samtidig som fx hypotyreose og cøliaki. Diabetes mellitus hos børn er stort set altid insulinkrævende, altså type 1, dog er forekomsten af type 2-diabetes blandt børn stigende i takt med den øgede forekomst af svær overvægt blandt børn og unge.

Diabetes mellitus kan debutere i alle aldre, dog sjældent i første leveår og med et peak i 12-13-års alderen. Sammenlignet med voksne vil børn ofte kun have haft symptomer i få uger, før diagnosen stilles. Ca. en fjerdedel vil have syreforgiftning (ketoacidose) ved diagnosetidspunktet, en potentielt livstruende tilstand som kræver akut behandling. Almindelige symptomer ved debut er i øvrigt hyppige og store vandladninger, eventuelt med nyopstået natinkontinens, tørst, vægttab og træthed. Behandlingen af diabetes hos børn varetages af børneafdelinger med særlig kompetence på området. Ud over den akutte behandling er der tale om et

omfattende undervisningsprogram, der skal gøre barnet og forældrene i stand til at varetage behandlingen i tæt samspil med børneafdelingen.

Grundstenen i behandlingen er insulinbehandling og kost. Det er nødvendigt med hyppige blodsukkermålinger og eventuelt måling af blodketonstoffer for at kunne justere insulinbehandlingen. Herudover er viden nødvendigt om, hvordan ændringer i kost, fysisk aktivitet og anden sygdom, fx infektioner, påvirker behovet for insulin. Der er forskellige behandlingsregimer for hvordan og hvor hyppigt, der tages insulin. De fleste anvender enten basal-bolus-terapi eller insulinpumpebehandling. Basal-bolus-terapi udgøres af injektioner af langtidsvirkende insulin morgen og aften kombineret med blodsukkermåling før måltid, hvor der afhængig af blodsukker suppleres med hurtigtvirkende insulin. Det kræver mange stik til injektioner og blodsukkermålinger, men insulindosis kan tilpasses blodsukker og måltidets indhold af kulhydrat. Insulinpumpebehandling er en konstant infusion af insulin via et kateter, der er placeret subkutant. Den konstante infusion kan suppleres med en bolus afhængig af blodsukker, og bolus administreres også via pumpen. Insulinpumpebehandling tilbydes til stadighed flere børn og unge med diabetes, da det giver en god kontrol af blodsukkerniveau. Insulinpumpebehandling kræver stor omhyggelighed med hyppige blodsukkermålinger og kræver desuden, at pumpen bæres på kroppen.

Målet med behandlingen af diabetes mellitus er at sikre god blodsukkerkontrol, samtidig med at hypoglykæmi undgås. De langsigtede mål er normal vækst og udvikling samt at forebygge følgesygdomme, samtidig med at skole og hjemmeliv er så normalt som muligt. Desuden er målet, at barnet selv tage ansvar for diabeteskontrol med voksen supervision, indtil barnet/den unge selv er i stand til at overtage ansvaret.

Det er nødvendigt, at skolen er grundigt informeret omkring barnets sygdom, og at der er en plan for, hvordan man i skolen håndterer hypoglykæmi. Der skal også være en aftale om kostplan og mulighed for måling af blodsukker og mellemmåltider på bestemte tidspunkter. Diabetes er en sygdom, der griber voldsomt ind i barnets og familiens liv. Da der er tale om en livslang sygdom, er det nødvendigt, at barnet i takt med sin udvikling i stadig større omfang overtager ansvaret for sin behandling og kontrol. Særligt hos unge giver det store udfordringer for den unge og omgivelserne at håndtere dette.

Type-2 diabetes mellitus

Type 2-diabetes udvikles over mange år og er fortsat en sjælden sygdom hos børn. Der er imidlertid gennem de senere år set en stigning i forekomsten af denne sygdom, der især ses hos svært overvægtige børn. Selv om type 2-diabetes sjældent

ses hos børn, vil den livsstil, der øger risikoen for senere at udvikle sygdommen, i vid udstrækning grundlægges i skolealderen. Årsagen til type 2- diabetes er multifaktoriel. Der er en betydelig genetisk komponent, og sammen med faktorer i miljøet og i den enkeltes livsstil som fedtrig kost, tobaksrygning, overvægt og fysisk inaktivitet vil disse faktorer bestemme den enkeltes risiko for at udvikle type 2-diabetes. Type 2-diabetes er en del af det såkaldte metaboliske syndrom (insulinresistenssyndromet), der foruden sukkersyge inkluderer overvægt, for højt blodtryk, for højt fedtindhold i blodet og tendens til for tidlig udvikling af åreforkalkning og hjertekarsygdom.

Hypotyreose

Medfødt hypotyreose vil i langt de fleste tilfælde opdages ved den neonatale screening. Det er alligevel vigtigt at være opmærksom på symptomer på hypotyreose. Der fødes ca. 40 børn i Danmark om året med hypotyreose. Sygdommen kræver livslang behandling med thyreoideahormon. Erhvervet hypothyreose ses oftest hos piger i skolealderen og viser sig ved vækshæmning, forsinket pubertet, tør hud, struma, obstipation m.m.

Bevægeapparatet

Smertesymptomer fra bevægeapparatet er hos børn og unge i skolealderen hyppigt forekommende. Der kan være smerter fra alle dele af bevægeapparatet, men oftest er der tale om rygsmerter med begrænset eller ingen indvirkning på aktivitetsniveauet. Hos børn og unge er der naturligvis, som hos voksne, også mange ulykker og sportsskader, der fører til symptomer fra bevægeapparatet.

Den kommunale sundhedstjeneste har fire væsentlige opgaver over for børn og unge med sygdomme og symptomer i bevægeapparatet:

- Opsporing og henvisning af børn og unge med alvorlige lidelser i bevæge-apparatet
- Vejledning om forebyggelse af rygsmerter
- Vejledning om behandling af rygsmerter
- Vejledning om erhvervsvalg i samarbejde med skolevejlederen.

Ved ind- og udskolingsundersøgelserne undersøges børnenes/de unges rygge, såfremt denne undersøgelse indgår i sundhedstjenestens beskrivelse af undersøgelserne, jf. vejledningens afsnit 12.3 (2). Der henvises til praktiserende læge ved mistanke om sygdom i ryghvirvelsøjlen med henblik på yderligere undersøgelser

og eventuel henvisning til speciallæge. Forud for udskolingsundersøgelse kan et tæt samarbejde med skolevejlederen være relevant i forhold til erhvervsvalg, såfremt den unge har en alvorlig ryglidelse.

I løbet af skolealderen henvender en del børn og unge sig til skolesundhedstjenesten med akutte eller kroniske rygsmerter. Ofte indgår smerter i ryggen som tema i sundhedssamtalerne. Sundhedsplejersken vurderer i samarbejde med forældrene, om barnet/den unge skal henvises til behovsbestemt undersøgelse hos kommunallægen eller til praktiserende læge med henblik på yderligere undersøgelser, eller om generne kan afhjælpes ved vejledning om forebyggelse af rygsmerter.

De hyppigst forekommende ryglidelser i skolealderen er:

Rygsmerter	Skoliose	Morbus Scheuermann

Rygsmerter

Smerter i ryggen er det hyppigst forekommende symptom i skolealderen. De fleste børn og unge har perioder med rygsmerter. Ved indskoling har kun få børn tilbagevendende rygsmerter, men op gennem skolealderen øges andelen af børn og unge, der oplyser, at de har tilbagevendende rygsmerter. Rygsmerter vil dog som oftest ikke være udtryk for alvorlig sygdom, idet kun få børn og unge har egentlig ryglidelse som fx idiopatisk skoliose, spondylolistese, infektion eller Morbus Scheuerman.

Forebyggelse af rygsmerter

Rygsmerter og andre smerter i bevægeapparatet kan forebygges med bevægelse og motion, fysisk leg i frikvartererne, daglig alsidig idræt i skolen, gang og cykling til og fra skole og pauser og motoriske øvelser i dobbelttimer. Idræt i skolen skal rumme opøvelse af kropsbevidsthed gennem styrkelse af musklerne. Idræt i skolen skal også indeholde vejledning om arbejdsstillinger.

Skoliose

Hos mange børn kan der igennem vækstalderen observeres en funktionel skoliose pga. forskel i benlængde og kropsholdning. Forskelle i benlængde ændrer sig i løbet af længdevæksten. Sammenfaldende kropsholdning er som regel forbundet med understimuleret og svag rygmuskulatur. Denne tilstand kræver vejledning om holdningskorrektion og optræning af kropsmuskulaturen. Forskel i benlængde på mere end 1,5 cm i tiden før den forventede afslutning af højdevæksten bør

medføre henvisning til børneortopædisk vurdering af behov for behandling. Hos et mindretal er skoliosen strukturel. En strukturel skoliose kan være sekundær til neuromuskulære sygdomme, fx cerebral parese, men vil ofte være ideopatisk. Den hyppigste form (ca. 85 % af alle tilfælde af ideopatisk skoliose) ses hos piger i 10-14-års alderen og udvikles i forbindelse med vækstspurten. Den idiopatiske skoliose udvikler sig uden smerter.

Ved mistanke om og symptomer på strukturel skoliose henvises til alment praktiserende læge med henblik på vurdering af behov for behandling på grund af risiko for svær abnorm krumning af rygsøjlen. Behandlingen kan være korset eller operation.

Morbus Scheuermann

Morbus Scheuermann skyldes en defekt i ryghvirvlernes vækstzoner, så hvirvlerne bliver kileformede. Forandringerne er hyppigst i rygsøjlens brystdel og medfører øget rygkrumning. Hvis forandringerne medinddrager lændedelen, medfører det abnormitet i den normale omvendte S-formede overgang mellem brystdel og lændedel. Øget kyfosering (øget bagudkrumning) i den øverste del af rygsøjlen medfører ingen svækkelse af rygsøjlen. Forandringer i overgangen mellem brystdel og lændedel medfører svækkelse af rygsøjlens normale konstruktion.

Ved mistanke om Morbus Scheuermann skal altid henvises til praktiserende læger for undersøgelse og eventuel henvisning til specialist. Sjældne svære kyfoserende forandringer bør medføre henvisning til børneortopædkirurgisk afdeling med henblik på vurdering af behov for korrigerende operation.

Hypermobilitetssyndrom

Hypermobilitet skyldes en svækkelse af ledbåndene, så leddene kan bøjes ud over det normale og dermed øge belastningen på ledbrusken. Større børn og unge med hypermobilitet kan klage over smerter fra bevægeapparatet, men for langt de fleste børn med hypermobilitetssyndrom vil der ikke være behov for særlige hensyn. Hos mindre børn anbefales sko med fast hælkappe og at undgå at sidde i W-stilling.

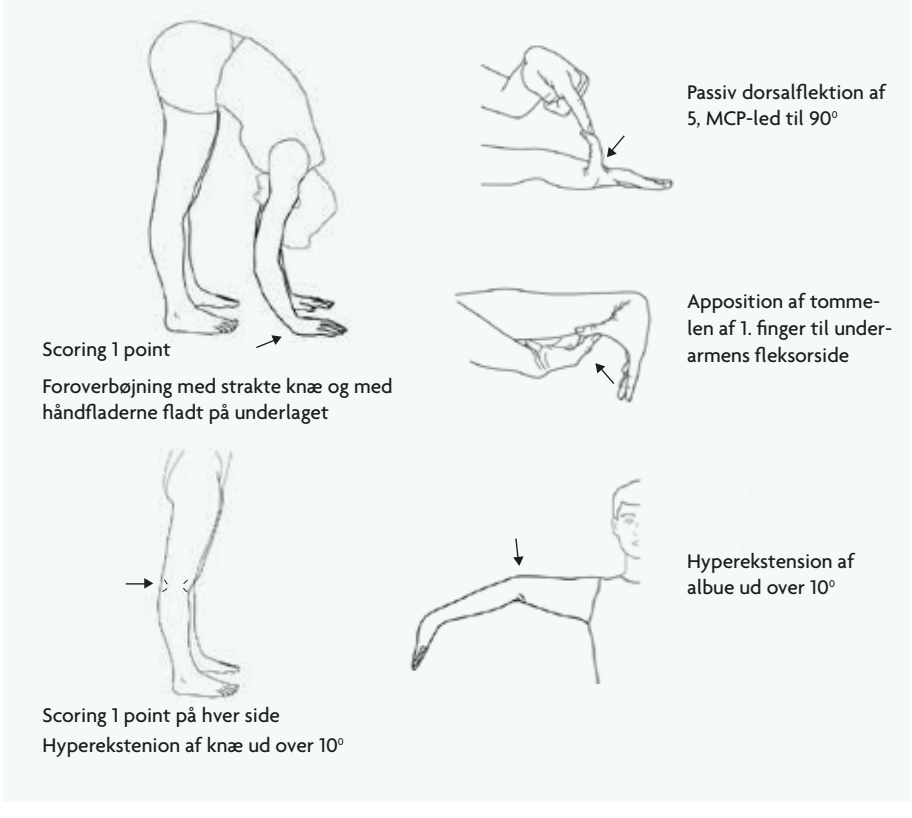
Hypermobilitet kan give øget risiko for forstuvninger af fingerled, håndled og ankelled. Børn med hypermobilitet må deltage i fysiske aktiviteter på niveau med deres kammerater, men børn med meget svær hypermobilitet bør undgå boldspil med store belastninger af fingerled, håndled og ankelled som håndbold, basketball, volleyball og fodbold. Det er dog vigtigt, at barnet støttes til fysisk aktivitet

og kun i særlige tilfælde gives restriktioner. Der findes ingen dokumenteret behandling af hypermobilitet. En stærk muskulatur er som ved alle lidelser i bevægeapparatet gavnlig. Se figur 12.

Vokseværk

Vokseværk er en samlebetegnelse for tilbagevendende smerter i benene hos mindre børn, som er generende, men ufarlige, og som svinder spontant. Smerterne er ofte symmetrisk lokaliseret til knæ eller underben og kommer ofte ved sengetid eller som smerter under søvn. Hvis smerterne er ensidige, og/eller der er smerter ved gang, skal barnet henvises til den praktiserende læge for at udelukke andre lidelser.

Figur 12. Illustration af hypermobilitet



Kilde: Gigtforeningen

Calve-legg-pertes

Lidelsen ses hos cirka ét af 1000 børn, overvejende drenge. Sygdommen debuterer ofte med, at barnet halter og klager over smerter i hofte, lår eller knæ. På røntgen ses tre-fire uger efter symptomernes start henfald af lårbenknoglens ledhoved. Ved lægeundersøgelse findes indskrænket bevægelighed i hoften. Behandling er aflastning til smertefrihed, og det kan blive aktuelt med delvis kørestolsbehandling, men dette bruges langt sjældnere i dag end tidligere. Speciallægen vurderer behovet for aflastning.

Osgood Schlatter

Osgood Schlatter er en hyppig lidelse, specielt hos aktive drenge i 9-15-årsalderen. Lidelsen viser sig ved smerter ved belastning og ses ofte på begge ben. Smerterne lokaliseres til underbensknoglen, og ved lægeundersøgelsen findes ømhed og eventuel hævelse af underbenet. Prognosen er god, symptomerne svinder spontant, men generne kan være så store, at aktiviteten i en periode (måneder/år) må indskrænkes. Der kan således være behov for delvis fritagelse fra idræt.

Chondromalacia patellae

En almindelig lidelse, der hyppigst ses hos piger. Lidelsen viser sig ved smerter i den forreste del af knæleddet, specielt efter belastning af knæet i bøjet stilling. Hvis generne er udtalte, eventuelt med låsningstilfælde eller hævelse af knæet, bør barnet henvises til den praktiserende læge. Prognosen er god. Det kan være behov for delvis fritagelse fra idræt i en periode.

Platfødder

Ved platfodet hed forstås, at den indre fodrand rammer underlaget. Det er normalt hos små børn pga. fedtpuden under fodsålen, men hos større børn er denne fedtpude mindre udtalt. Hos langt de fleste børn vil det ses, at der er en normal fodsvang, når barnet står på tæer. Børnene har altså en normal fodsvang, og der er ikke behov for særlig træning eller specielt fodtøj. Kun de børn, der ikke har en normal fodsvang, når de står på tæer, har behov for lægelig vurdering med henblik på udredning af en eventuel specifik årsag. Det kan være led i hypermobilitet eller sammenvoksninger i fodrodsknoglerne. I disse tilfælde kan det være nødvendigt med svangstøtte, specialfodtøj eller operation.

Børnegigt (Juvenil ideopatisk arthritis)

Børnegigt ses hos ca. ét pr. 1000 børn i skolealderen og er dermed en af de hyppigste invaliderende sygdomme hos børn. Sygdommen juvenil idiopatisk arthritis giver vekslende smerter i led og muskler og er som regel ledsaget af træthed og nedsat fysisk og psykisk udholdenhed. Der ses hyppigt vækstforstyrrelser og forsinket pubertetsudvikling. Ud over den medicinske behandling behandles barnet ofte hos fysio- og ergoterapeut, og skinnebehandling kan komme på tale for at forebygge kontrakturer. Ofte har børnene betydelige bivirkninger af medicin. Børnene lærer hurtigt at kende og respektere deres smertegrænse, og det er vigtigt, at lærergruppen har forståelse for at respektere barnets/den unges udsagn. Børnene må gerne dyrke sport, hvis de har lyst til det. Fysisk aktivitet skader ikke led og muskler, men er med til at fastholde styrken i bevægeapparatet og det sociale fællesskab.

Erhvervsvejledning ved ryglidelser

Ved udskolingsundersøgelserne har 3 % af eleverne en erhvervsbegrænsende ryglidelse, primært i form af strukturel skoliose, lavtsiddende Morbus Scheuermann, hypermobilitet og svagt udviklet rygmuskulatur. Erhvervsbegrænsningen er knyttet til fysisk krævende arbejde med gentagne tunge løft, ensidigt gentaget arbejde og akavede arbejdsstillinger. Erhvervsvejledningen må bygge på den unges ønsker og faglige kompetencer, specielt i forhold til unge med begrænsede evner og interesse for mellemlange og lange teoretisk uddannelser.

Det gælder hos børn som hos voksne, at fysisk aktivitet og muskelstyrke er af afgørende betydning for behandling af børn med sygdomme og symptomer fra bevægeapparatet.

Solskoldninger og risiko for udvikling af hudkræft

Udsættelse for uv-stråling fra sol og solarier har en række velkendte skadevirkninger. På kort sigt er den væsentligste risiko solskoldninger, og på langt sigt er risikoen for udvikling af hudkræft den mest alvorlige. Her har den samlede mængde uv-stråling og antallet af solskoldninger, specielt i barndommen, især betydning. En undersøgelse har anslået, at cirka hvert syvende barn mellem 0 og 18 år bliver solskoldet en eller flere gange i løbet af sommeren. Endvidere fremmer UV-stråler tidlig udvikling af rynker. Udearealerne i skolen bør derfor give mulighed for ophold i skygge.

Almindelig hudkræft er forholdsvis hyppigt hos voksne og er som udgangspunkt relativt ufarligt, men kræver dog behandling, der overvejende er kirurgisk. Modermærkekræft er derimod en kræftform med høj dødelighed, med en fem års overlevelse på ca. 80 %. Denne kræftform ses yderst sjældent hos børn, men allerede i ungdommen stiger forekomsten. Modermærkekræft er nu den hyppigste kræftsygdom blandt unge kvinder (15-34 år). I 2008 fik ca. 1500 personer i Danmark diagnosen modermærkekræft, og hyppigheden stiger med ca. 3-5 % om året.

Selv om udsættelse for stråling fra solen har skadelige effekter, er solen også den vigtigste kilde til D-vitamin. Det er derfor vigtigt, at komme jævnligt ud og få moderat sol om sommeren. Den ultraviolette dosis, der skal til at danne D-vitamin, er meget lavere end den dosis, der giver rødme af huden. Så der er ikke nogen modsætning mellem at udvise fornuftig soladfærd ved at følge solrådene og få dækket D-vitaminbehovet. Læs mere i kapitel 14.

Soleksponering i barndommen har betydning for udviklingen af hudkræft og gode vaner i solen bør grundlægges i barndommen. Sundhedstjenestens rådgivning bør tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om sol og solarier samt i forebyggelsespakken om sol.

Der henvises i øvrigt til forebyggelsespakke om solbeskyttelse (12).

Solråd:

Undgå middagssolen mellem kl. 12 og 15, søg skygge, brug hat, tag let tøj på og brug solcreme med høj faktor.

Solarier

Brug af solarier til andet end medicinsk brug frarådes, og unge under 18 år frarådes at gå i solarium. Desuden frarådes personer med hudtype I og II at gå i solarium.
Personer med hudtype I og II har typisk lys eller fregnet hud, lyst eller rødt hår og blå øjne. De bliver altid eller næsten altid forbrændt, når de opholder sig i solen, og de bliver sjældent eller kun indimellem solbrændte.

D-vitamin-mangel

D-vitamin er beskrevet i kapitel 14.
Svær D-vitamin-mangel kan føre til rakitis (engelsk syge), lavt kalciumindhold i blodet, muskel svaghed og smerter. Rakitis forekommer i to aldersgrupper med hurtig vækst, nemlig hos spæd- og småbørn og i starten af puberteten (< 15 år). I Landspatientregistret registreres omkring 20 tilfælde om året. De fleste børn med rakitis er af anden etnisk oprindelse (13, 14). Blandt etnisk danske børn er de vigtigste årsager til rakitis arvelige sygdomme, der forårsager forstyrrelser i D-vitaminstofskiftet.

Symptomerne ved rakitis afhænger af alderen. Hos børn i skolealderen er de hyppigste symptomer muskelsvaghed, bensmerter, lav højdevækst, knoglefrakturer, kramper eller muskelspændinger pga. lavt kalciumindhold. Man skal dog være opmærksom på, at i skolealderen kan symptomerne være få og uspecifikke og de kliniske tegn kan mangle (14). Serum 25-hydroxy-vitamin-D vil næsten altid være under 10 nmol/l. Ved langvarig mangeltilstand kan røntgenundersøgelse hos børn vise forsinket knoglealder med åbne vækstzoner i de lange rørknogler. Udredning og behandling af rakitis er en specialistopgave.

Rakitis er oftest ernæringsbetinget og kan forebygges med D-vitamintilskud. I de fleste tilfælde viser det sig, at børn med rakitis ikke har fået D-vitamin (14). Rakitis er imidlertid kun toppen af isbjerget og flere undersøgelser (15, 16) har vist, at svær D-vitamin-mangel er hyppigt forekommende både hos piger og drenge med anden etnisk baggrund. Den vigtigste årsag er, at mange bærer en tildækkende påklædning også om sommeren (lange ærmer, lange bukser/kjoler og eventuelt tørklæde), opholder sig meget indendørs og undgår sollys. Særligt hos pigerne ses D-vitamin-mangel i en sådan grad, at det kan påvirke knoglemineraliseringen.

Børn med ernæringsbetinget D-vitamin-mangel har behov for langvarig behandling med vitamin D og kalktilskud. Mens indholdet af D-vitamin, calcium m.m. normaliseres i blodprøver i løbet af måneder, kan der gå år, før eventuelle knogledeformiteter, der er opstået pga. D-vitamin-mangel, er normaliseret.

Der henvises til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om forebyggelse, diagnostik og behandling af D-vitamin-mangel (17).

For at forebygge D-vitamin-mangel er det vigtigt, at kommunallæger og sundhedsplejersker følger op på om anbefalingerne for D-vitamintilskud til nedenstående grupper følges. Sundhedstjenesten skal være særlig opmærksom på børn

og unge, der frembyder klager fra bevægeapparatet, der eventuelt kan skyldes D-vitamin-mangel og henvise til egen læge med henblik på vurdering.

Sundhedsstyrelsen anbefaler dagligt tilskud af D-vitamin til:

- Alle børn op til to år
- Børn og voksne med mørk hud
- Børn og voksne, der bærer en tildækkende påklædning om sommeren
- Børn og voksne, som sjældent kommer udendørs, eller som undgår sollys.

Den anbefalede dosis til disse grupper er 10µg = 400 IE D-vitamin dagligt.

Overvægt

Overvægt er en tilstand, hvor mængden af fedtvæv i kroppen er forøget i en sådan grad, at det har konsekvenser for helbredet. Den øgede mængde af kropsfedt er resultatet af en positiv energibalance, hvor indtaget af energi er større end forbruget. Hos børn med overvægt er fedtet op til puberteten primært deponeret subkutant, mens det hos unge og voksne også deponeres intra-abdominalt. Det er især det intra-abdominalt deponerede fedt, der er forbundet med metaboliske forstyrrelser i form af metabolisk syndrom, som medfører betydelig risiko for udvikling af type 2-diabetes med deraf følgende komplikationer og øget risiko for hjerte-kar-sygdomme. Svær overvægt hos børn fører ofte til fysisk inaktivitet med deraf følgende sundhedsmæssige konsekvenser, som beskrives i kapitel 15.

Den mest fremtrædende umiddelbare konsekvens af svær overvægt hos børn og unge er de psykosociale følger i form af øget forekomst af drillerier, mobning og lavt selvværd. Børn med overvægt har fx færre venner og har sværere ved at få kærester med heraf øget risiko for mindreværd, dårlig trivsel og depression. For referencer, se (13).

Det er yderst sjældent, at overvægt er forårsaget af ikke erkendt somatisk sygdom. I de tilfælde, hvor endokrine sygdomme, fx hypothyreose eller genetiske syndromer som Prader-Willis syndrom, er årsag til overvægt, vil det også afspejles i højdekurverne, og disse børn vil alle ligge relativt lavt i forhold til deres vækstpotentiale. Det forholder sig omvendt hos børn, der er overvægtige udelukkende pga. en positiv energibalance som følge af for højt energiindtag. De vil ligge højt på højdekurven i forhold til deres vækstpotentiale. Se også kapitel 6 om vækst og kapitel 15 om fysisk aktivitet.

Body Mass Index (BMI)

Der er international konsensus om at anvende BMI=vægt i kg/(højde i m)2 til at bestemme graden af overvægt og svær overvægt hos såvel voksne som børn. Hos et normalt barn varierer BMI med alderen, derfor kan man ikke, som hos voksne, anvende faste grænser for overvægt og svær overvægt, men må vurdere overvægtsgraden i forhold til kønsspecifikke, aldersstandardiserede kurver (ISO-BMI / IOTF) (14). De internationale BMI-grænseværdier for overvægt og svær overvægt i forhold til køn og alder (måned for måned) kan ses på dette link: http://www.iaso.org/resources/reports/newchildcutoffs/ (15)

Danske BMI-kurver for børn er blevet udarbejdet i 2002 på baggrund af variationerne i børns normale BMI. Der er enighed om at anvende samme princip til definition af overvægt og svær overvægt hos børn og unge som hos voksne. Grænsen for overvægt hos børn og unge er den ISO-BMI / IOTF kurve, der svarer til et BMI på 25 for 18-årige, og grænsen for svær overvægt er den ISO-BMI / IOTF kurve, der svarer til et BMI på 30 kg for 18-årige.

Både vægt/højde-kurver og BMI er vejledende redskaber ved bestemmelse af overvægt og svær overvægt hos børn. De skal som sådan anvendes sammen med en klinisk vurdering af barnet og den unge med vurdering af kropsbygning, muskelfylde, grad af overvægt og fordeling af fedtvæv.

Normalt kraftigt byggede og muskuløse børn vil naturligt have et højt BMI, ligesom spinkelt byggede børn kan være overvægtige på trods af et normalt BMI for køn og alder.

Problemets omfang

Antallet af overvægtige børn og unge i Danmark er stigende ligesom i resten af verden, og de børn, der udvikler overvægt, vejer mere end tidligere. Langt de fleste børn og unge, der er overvægtige, forbliver overvægtige som voksne. I Skolebørnsundersøgelsen fra 2010 (5) angav børnene selv vægt og højde, hvorefter BMI blev beregnet. Man fandt, at ca. 10 % af de 11-15 årige var overvægtige eller svært overvægtige, heraf 2-3 % svært overvægtige. Der er imidlertid altid en tendens til at undervurdere og dermed underrapportere egen vægt. Dette medfører en underestimering af BMI og dermed også af forekomsten af overvægt og svær overvægt. I mindre undersøgelser, hvor højde og vægt er målt og ikke selvrapporteret, ses højere tal for forekomsten af overvægt og svær overvægt. Således viste en undersøgelse i 12 kommuner, at ca. 26 % af de 14-16-årige var overvægtige eller svært overvægtige, heraf 11-12 % svært overvægtige (16). Visse under-

søgelser har fundet en tendens til stagnation i udviklingen af overvægt i perioden 2002-2007 (17), mens andre ser en tendens til stigning i udviklingen af overvægt fra 2008-2009 (16).

Årsagerne til udvikling af overvægt og fedme er multifaktorielle: genetisk, metabolisk, kulturelt, socialt og adfærdsbetinget. På det individuelle plan skyldes det imidlertid et større indtag af energi, end der forbruges. Energitætte fødevarer, drikkevarer og slik med et højt indhold af sukker og fedt kombineret med mindre fysisk aktivitet end tidligere er en væsentlig årsag til udvikling af overvægt og fedme.

Konsekvenser af overvægt i barndom og ungdom

De helbredsmæssige konsekvenser af overvægt hos børn optræder på både kort og langt sigt. Tidligere har man ment, at de somatiske konsekvenser af overvægt hos børn hovedsageligt knytter sig til den langsigtede risiko for at være overvægtige som voksne, mens den umiddelbare effekt især knytter sig til mobning og social isolation. I dag ved man, at de klassiske følgesygdomme til svær overvægt optræder allerede i barnealderen. Der foreligger massiv dokumentation for, at der helt ned til 8-års-alderen forekommer somatiske følger i form af hypertension, forhøjet serumkolesterol og -triglycerid, nedsat glukosetolerance, type 2-diabetes og metabolisk syndrom. Søvnforstyrrelser og ikke-alkoholrelateret fedtlever anses for at være de hyppigst forekommende komplikationer til børnefedme. Dertil kommer tidlig menarche og uregelmæssige menstruationer hos piger og forsinket kønsmodning hos drenge, der er svært overvægtige. Desuden kan man allerede i barnealderen iagttage ortopædiske komplikationer fra overbelastning af knæ og fødder. Den mest fremtrædende umiddelbare konsekvens af fedme hos børn og unge er imidlertid de psykosociale følger i form af øget forekomst af drillerier, mobning og lavt selvværd. Overvægtige børn har fx færre venner og har sværere ved at få kærester med heraf følgende mindreværd, dårlig trivsel og depression.

For uddybning samt vejledning om behandling m.m. i skolen henvises til "Opsporing af overvægt samt tidlig indsats for børn og unge i skolealderen. Vejledning til skolesundhedstjenesten" (13).

Vedd redaktionens slutning var forebyggelsespakken om overvægt ikke udkommet der henvises til www.sst.dk

Sansedefekter

Sanserne syn og hørelse er af afgørende betydning for børn og unges læring i skolen, udvikling og trivsel. Dårligt syn og dårlig hørelse kan være forbundet med drillerier, tilbagetrækning og isolering og kan betyde, at barnet/den unge ikke får udnyttet sit læringspotentiale maksimalt.

Synsproblemer

Børns evne til at overkompensere for bygningsfejl svinder i 5-7-års-alderen, i tidsrummet mellem 5-års-børneundersøgelsen og indskolingsundersøgelsen. Synsnedsættelsen gælder både langsynethed (hypermetropi) og nærsynethed (myopi). Enkelte har ophævet syn på det ene øje på grund af uopdaget let skelen eller underbehandlet træning af øjnene ved skelen. Ved uopdaget eller underbehandlet skelen ved indskolingsundersøgelse henvises til øjenlæge.

I løbet af skolealderen bliver en del børn nærsynede. Ved skolestart er ca. 4 % nærsynede, og ved udskolingsundersøgelsen er 15 % nærsynede. I teenagealderen kan der være unge, der ikke anvender briller, selv om de ser dårligt uden. Ved udskolingsundersøgelsen kan dette være et tema for en del af samtalen med den unge, at orientere om betydningen af det nedsatte syn og ledsagesymptomerne i forbindelse med overanstrengelse af øjnene.

Der henvises i øvrigt til bilag 10 i vejledningen (2).

Høreproblemer

Ved indskolingsundersøgelsen har 80 % af børnene normal hørelse (20 dB eller derunder), 12 % har nedsat hørelse på det ene øre, og 8 % har nedsat hørelse på begge ører. 4 % af børnene har moderat hørenedsættelse, og 1 % har svær hørenedsættelse. De fleste børn har forbigående hørenedsættelse i forbindelse med forkølelse. Hos en stor gruppe er hørenedsættelsen forårsaget af undertryk i mellemøret i forbindelse med overfølsomhed i næse og svælg og heraf betinget aflukning af tuba auditiva på grund af ubehandlet eller underbehandlet allergisk rhinitis.

Børn og unge med kronisk hørenedsættelse eller døvhed har behov for pædagogisk psykologisk vejledning og erhvervsvejledning om, hvilke fag det er vanskeligt at bestride med moderat-svær hørenedsættelse.

Der henvises i øvrig til bilag 9 i vejledningen (2).

LITTERATUR

1. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. www.retsinformation.dk
2. Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 9636 af 21/10/2011 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. www.retsinformation.dk, www.sst.dk
3. Sundhedsstyrelsen. Skrivelse nr. 9575 af 25/10/2010 om medicingivning til børn i dagtilbud, skoler og skolefritidsordninger. www.retsinformation.dk, www.sst.dk
4. Danmarks statistik: Statistikbanken.
5. Rasmussen, M., Due, P. (red): Skolebørnsundersøgelsen 2010. Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2011.
6. Johansen, A. et al.: Danske børns sundhed og sygelighed. Statens Institut for Folkesundhed, 2009
7. Danmarks Apotekerforening. Lægemidler i Danmark 2011: lægemiddelforbrug og apoteksdrift i Danmark. Danmarks apotekerforening, 2011. www.sst.dk
8. Madsen, M. et al.: Børns sundhed ved skolestart 1988/1989. DIKE, 1991.
9. Petersen, T. et al.: Børns sundhed ved slutningen af skolealderen: En undersøgelse blandt elever i 8. og 9. klasse i 1996/97. Statens Institut for Folkesundhed, 2000.
10. Sundhedsstyrelsen: Smitsomme sygdomme hos børn og unge. Vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler m.v. Sundhedsstyrelsen, 2011. www.sst.dk
11. Sundhedsstyrelsen: Dit job, dit valg, dine muligheder: hvis du har astma, hvis du har høfeber, hvis du har eksem - eller har haft. Sundhedsstyrelsen i samarbejde med komiteen for sundhedsoplysning. Sundhedsstyrelsen, 2011. www.sst.dk
12. Sundhedsstyrelsen: Forebyggelsespakke om solbeskyttelse. Sundhedsstyrelsen, 2012. www.sst.dk
13. Pedersen P, Michaelsen KM, Molgaard C. Children with nutritional rickets referred to hospitals in Copenhagen during a 10-year period. Acta Paediatr 2003; 92: 87-90.
14. Beck-Nielsen SS, Jensen TK, Gram J, Brixen K, Brock-Jacobsen B. Nutritional rickets in Denmark: a retrospective review of children's medical records from 1985 to 2005. Eur J Pediatr 2009; 168: 941-9.
15. Glerup H, Rytter L, Mortensen L, Nathan E. Vitamin D deficiency among immigrant children in Denmark. Eur J Pediatr 2004; 163: 272-273.
16. Andersen R, Mølgaard C, Skovgaard LT, Brot C, Cashman KD, Jakobsen J, Lamberg-Allardt C, Ovesen L. Pakistani immigrant children and adults in Denmark have severely low vitamin D status. Eur J Clin Nutr. 2008; 62(5): 625-34.
17. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse, diagnostik og behandling af D-vitamin-mangel, 2010. www.sst.dk

ANDEN LITTERATUR

Kliegman, R. M., Stanton, B.M.D, St. Geme, J., Schor, N., Behrman, R.E.: Nelson Textbook of Pediatrics, 19th Edition. 2011.

Lissauer, T., Clayden, G.: Pædiatri – en illustreret lærebog. FADL´s forlag, 2010.

HJEMMESIDER

www.sst.dk

www.ssi.dk

www.atopiskeksemforening.dk

www.astma-allergi.dk

www.astma-allergiiskolen.dk

www.mst.dk

Psykiatriske symptomer og sygdomme

Dina Cintin

12-15 % af alle børn i skolealderen har psykiske sygdomme, og yderligere en stor del af børnene og de unge har psykiske symptomer pga. dårlig trivsel, belastninger, bekymringer og udviklingsmæssige problemer (1). Mange af disse problemer kan blive diagnosticeret og behandlet tidligt i forløbet, hvis der er tilgængelighed til sundhedsfaglige personer på de enkelte skoler eller den kommunale forvaltning, når bekymrede lærere, forældre og børn eller unge henvender sig til sundhedstjenesten.

Børn og unge med psykiske sygdomme og symptomer har udover eventuelt medicinsk behandling og anden specialist behandling behov for pædagogisk, psykologisk og sundhedsfaglig indsats fra sundhedstjenesten med inddragelse af PPR, den kommunale socialforvaltning/familieafdeling, tværfagligt team, almen praktiserende læge og speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

Sundhedstjenestens opgave er primært at indgå i et tværfagligt samarbejde om udredning af barnets/den unges problemer og iværksættelse af behandling og støttende foranstaltning i samarbejde med forældrene. Sundhedstjenesten kan også bidrage med at skabe forståelse for barnets/den unges problemstillinger og behov for behandling eller pædagogisk/psykologisk støtte.

Specialet børne- og ungdomspsykiatri

Børne- og ungdomspsykiatri omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering ved psykisk sygdom hos børn og unge. De mentale og adfærdsmæssige forstyrrelser omfatter et bredt spektrum af lidelser fra medfødte udviklingsforstyrrelser og deraf afledte adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser til psykiske lidelser som skizofreni, angst og depression. Tillige ses hyppigt spiseforstyrrelser og tvangslidelser. De børne- og ungdomspsykiatriske lidelser optræder med baggrund i biologiske, psykologiske og sociale årsager ofte i forskellige kombinationer.

I perioden 2000-2010 er antallet af personer, som enten indlægges eller modtager ambulant behandling i børne- og ungdomspsykiatrien steget fra 8.485 i 2000 til 21.821 i 2010.
Den diagnosegruppe, der er vokset mest, er gruppen af adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser i barndom eller opvækst. Her ses en stigning fra 2.512 i 2000 til 9.810 i 2010. Denne diagnosegruppe omfatter bl.a. personer, der har fået diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse, også ofte benævnt ADHD (2).

Årsagen til den observerede stigning i antallet af personer, som enten indlægges eller modtager ambulant behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, kendes ikke. Det er fra et epidemiologisk synspunkt næppe sandsynligt, at der i løbet af så kort en årrække kan forekomme en så markant øget sygelighed.

Sundhedsstyrelsens følgegruppe vedrørende børne- og ungdomspsykiatri anser følgende overvejelser over årsager til den øgede efterspørgsel som de mest sandsynlige:

- At der er kommet en øget opmærksomhed overfor børn og unge med psykiske symptomer.
- At der er sket en ændring i holdninger og adfærd i forhold til tidligere, som medfører mindre accept af, at børn og unge trives dårligt eller klarer sig dårligt socialt og undervisningsmæssigt og i sammenhæng hermed et større ønske om fagkyndig udredning af eventuelle årsager hertil.
- Større forventninger til mulighederne for børne- og ungdomspsykiatrisk behandling.
- Mindre stigmatisering i forhold til tidligere, hvor fx forældre og andre kunne finde det vigtigt at undgå at stemple børn og unge ved henvisning til børne- og ungdomspsykiatri.
- Det har bl.a. herudover været drøftet, om en del af udviklingen kan forklares ved omlægninger af ressourceanvendelsen i relevante sektorer.
- Større krav om diagnose i relation til iværksættelse af behandling i de relevante sektorer.

- Ændringer i opfattelsen af en diagnoses forekomst eller ændret praksis vedrørende anvendelse af en diagnose kan medføre væsentlige ændringer i efterspørgsel og henvisningsadfærd for visse lidelser.
- Bedre behandlingstilbud, øget specialisering og nye patientrettigheder kan også have betydning (2).

Depression

Der er risiko for, at depressive tilstande hos børn og unge ikke bliver erkendt. Man kan mistolke den langvarige og ofte alvorlige forstemning som pubertetsproblemer, adfærdsproblemer, emotionel forstyrrelse eller stress, især hos piger. Angstlidelser er ofte knyttet til depressioner i ungdomsårene, og det giver en øget risiko for svært og recidiverende forløb senere i livet (3). Depression hos børn og unge kan påvirke både indlæring, udviklingspsykologiske forhold og sociale funktioner. Klinisk depression hos børn og unge ses hos omkring 2 % med en overvægt af piger (stigende omkring puberteten) (4). Depression medfører en betydelig grad af lidelse, funktionsnedsættelse samt øget risiko for suicidal adfærd og selvmord. Symptomerne kan variere med tristhed, irritabilitet, lavt selvværd, selvbebrejdelse, selvmordstanker, hukommelsesbesvær, koncentrationsbesvær, træthed, appetittab og søvnforstyrrelser eller psykomotorisk hæmning eller agitation. Depression kan også præsentere sig med psykotiske symptomer. Mange børn og unge kan have andre symptomer som fx angst, somatiske symptomer eller adfærdsproblemer (4).

Årsagen til depression er multifaktoriel og inkluderer familiær disposition, kognitiv stil, angst, tidligere depression og ydre psykosociale belastninger (5).
Det anbefales, at barnet/den unge primært henvises til speciallæge i almen medicin, som herefter vurderer barnet/den unges behov for videre udredning, herunder somatisk udredning for at udelukke fysisk sygdom. Det anbefales at inddrage socialforvaltningen/PPR med henblik på vurdering af psykosociale forhold. Diagnosticering og behandling, herunder vurdering med henblik på eventuelt medicinsk behandling er en specialistopgave, som skal varetages af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri jf Sundhedsstyrelsens vejledning (6).

ADHD

ADHD optræder med en prævalens på 3-5 %, hyppigere hos drenge end piger. Der skal have været symptomer før 7-års-alderen med uopmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet (af varierende grad). Det ses klinisk som mangel

på vedholdenhed i aktiviteter, som kræver udfoldelse af kognitive funktioner og tendens til at skifte fra den ene aktivitet til den anden uden at gøre den færdig. Desorganiseret og ustyrlig aktivitet ses også, ligesom manglende omtanke og impulsiv adfærd, der kan vise sig som tilbøjelighed til at komme galt af sted. Derudover kan der ses disciplinære vanskeligheder på grund af tankeløse brud på normer og regler. Forstyrrelserne optræder i flere forskellige situationer, i skolen, i hjemmet eller børnehave og ses således også ved indskolingsundersøgelsen (7). Diagnosen ADHD forudsætter grundlæggende og vedvarende symptomer hos barnet. Meget tyder på betydelige genetiske forhold. Men også påvirkninger i graviditeten med alkohol og stoffer og meget for tidlig fødsel spiller en rolle årsagsmæssigt.

Børn med ADHD kan have forsinket motorisk udvikling og have forsinket sprogudvikling. Børnene har ofte store problemer i samvær og samspil med andre børn og voksne; problemer, som begynder allerede i børnehavealderen. Ved skolestart bliver børnenes vanskeligheder mere tydelige, idet kravene om at sidde stille og deltage i fællesundervisning øges. Mange børn kan have betydelige indlæringsvanskeligheder, konflikter i skolen og efterfølgende udvikling af adfærdsforstyrrelse. Mange børn med ADHD har comorbiditet med emotionelle forstyrrelser, fx depressive episoder og angst.

En væsentlig del af behandlingen er en forståelse for barnets vanskeligheder. Den specifikke behandling består af en pædagogisk indsats, psykoedukation, socialtræning og strategitræning med ro, struktur og faste rutiner samt ros og opmuntring. Behandling, herunder vurdering af om barnet skal i medicinsk behandling, skal varetages af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri (6).

Uro og hyperaktivitet

Umodenhed viser sig ofte som uro og hyperaktivitet i børnehaveklassen og 1. og 2. klasse. De umodne børn har svært ved at sidde stille og koncentrere sig, bliver let afledt. Fagligt klarer de sig dårligt, specielt med skrivning og læsning. I frikvartererne er de derimod glade og aktive og fungerer godt sammen med kammeraterne. De kan koncentrere sig om fysiske lege, elektroniske spil og børneprogrammer i fjernsynet hjemme og i skole/fritidsordningen. Umodenhed hos de mindste skolebørn er en del af den biologiske variation og er relateret til den fødselsdagsbestemte skolealder.

Mange drenge, som er præget af deres sene udvikling, har ledsagesymptomer i form af enuresis og sekundær encoprese. De bliver let stressede og reagerer med adfærdsmæssig regression ved relativt for store krav. Behandlingen består i tålmo-

dighed, accept, kærlighed, pædagogisk støtte og styrkelse af selvværd. Manglende forståelse og accept kan medføre mindreværd, dårlig trivsel og udvikling af emotionelle forstyrrelser og angsttilstande. Det er nødvendigt at observere disse børn grundigt i forhold til, om det drejer sig om umodenhed, eller der kan være tale om ADHD.

Sundhedstjenesten kan samarbejde med PPR om børn, der udviser disse symptomer, idet der kan være behov for afklaring af symptomatologi og eventuel henvisning til egen læge, før PPR går ind i sagen.

Emotionelle forstyrrelser

Emotionelle forstyrrelser og angsttilstande i barndommen og den tidlige ungdom er generelt abnormt forstærkede normale udviklingstræk, der optræder samtidig med i øvrigt normal udvikling.

Abnorm separationsangst begynder før 6-års-alderen og varer i mere end fire uger. Separationsangsten kan give sig udtryk i frygt for at forlade hjemmet eller forældrene og vægring mod at gå i skole, angst for at fare vild, være alene, sove alene samt natlige drømme om adskillelse. Abnorm separationsangst udtrykker sig ofte som fysiske symptomer (mavesmerter, opkastning og hovedpine) eller meget kraftige følelsesmæssige reaktioner i forbindelse med adskillelse fra forældrene.

Social angst udtrykker sig som frygt eller angst for at være sammen med fremmede sociale kontakter og i uvante og fremmede omgivelser. Normalt klinger socialangsten af i løbet af det første skoleår, men den kan også overgå til generaliseret angsttilstand.

Børn, der udviser symptomer på emotionel forstyrrelse i form af angst, skal enten henvises til almen praktiserende læge eller PPR afhængig af det enkelte barn og de behov eller ønsker, som forældrene måtte have.

Tics

Tics er ufrivillige bevægelser af muskulaturen, som kan optræde i alle grader fra en helt mild form med tics i enkelte muskelgrupper, typisk øjen- og ansigtsmuskulatur, til en omfattende form, hvor tics optræder i mange muskelgrupper. Sådanne multiple tics kan medføre trækninger i skuldrene, hovedkast eller hoveddrejninger og rykvise bevægelser af ekstremiteterne.

Milde og moderate tics optræder hos omkring 10 % af børn og unge og er omkring tre gange så hyppigt hos drenge som hos piger. I langt de fleste tilfælde er tics forbigående og ses i perioder med øgede belastninger og stress. Tics forekommer også som en del af Tourette Syndrom (7).

Ved Tourette Syndrom debuterer motoriske tics i reglen i 5-7-årsalderen, oftest startende i ansigtsmuskulaturen. De vokale tics starter som regel lidt senere (i 8-10-årsalderen). Disse lydtics kan være rømmen, hosten, snøften, grynten eller hvæsen eller i sjældne tilfælde artikulerede ord.

Hos børn med Tourette Syndrom ses ofte andre symptomer på psykiske forstyrrelser, eksempelvis ADHD og OCD.

Genetiske aspekter spiller en betydelig rolle ved tics og især Tourette Syndrom. Milde og forbigående tics kræver ingen behandling, mens de svære tilfælde kan være særdeles belastende og nødvendiggør intervention.

Behandlingen består først og fremmest af grundig information til relevante personer i familien og barnets øvrige miljø samt pædagogiske tiltag. I sjældnere tilfælde kan medikamentel behandling komme på tale.

Autismespektrum forstyrrelse/gennemgribende udviklingsforstyrrelse

Autismespektrum forstyrrelse (ASF) er karakteriseret ved kvalitativ forstyrrelse af det sociale samspil og af kommunikation samt et begrænset, stereotypt og repetetivt repertoire af interesser og aktiviteter. Det er en forudsætning for en diagnose inden for autismespektret, at der er afvigelser i det sociale samspil. Forstyrrelsen skal endvidere være gennemgribende og præge barnets/den unges udvikling og funktion i alle situationer.
ASF er i varierende grad ledsaget af kognitive forstyrrelser, og forekomsten af comorbide tilstande – herunder mental retardering – er høj. Der er rapporteret en prævalens af ASF op til 1 % (8).

Årsagerne til ASF er multifaktorielle. Tvillinge- og familiestudier har vist, at der er en betydelig genetisk årsagskomponent involveret (9).

Alle børn og unge, hvor der er mistanke om ASF, skal henvises til egen læge med henblik på børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse, gerne i samarbejde med PPR. Af hensyn til tidlig indsats er det vigtigt, at henvisningen sker så tidligt som muligt. Formålet med en psykologisk undersøgelse er udredning af det gene-

relle udviklingsniveau i relation til kronologisk alder og undersøgelse af ressourcer og vanskeligheder med henblik på udarbejdelse af en kognitiv udviklingsprofil. Der kan forekomme comorbide tilstande som specifikke udviklingsforstyrrelser af motorik og sprog og, som anført, af mental retardering, ADHD, angst og adfærdsforstyrrelse samt affektive tilstande og OCD. Børn med ASF har generelt en øget risiko for også at lide af epilepsi.

Behandling af børn og unge med ASF skal være individuelt tilrettelagt. Der findes ingen kurativ behandling. Behandlingen er dels målrettet forældre/netværk, dels det pædagogiske netværk. I behandlingen skal indgå psykoedukation, specialpædagogisk indsats, eventuelt terapeutisk indsats, og kan ved comorbide tilstande også indicere psykofarmakologisk behandling (10).

Den pædagogiske, psykologiske indsats har til formål at give børn og unge med ASF mulighed for at udvikle sig og fungere så meningsfuldt og selvstændigt i hverdagen som muligt og tilegne sig nye færdigheder. Interventionen vil langt overvejende blive varetaget i primærsektoren.

Sociale funktionsforstyrrelser

Ved *reaktiv tilknytningsforstyrrelse* har der været symptomer inden 6-års-alderen, og der bør være vedvarende afvigelse i barnets tilknytning og kontaktmønster. Tilstanden er forbundet med emotionelle forstyrrelser, fx frygt og angst, dårlig social funktion i forhold til såvel voksne som jævnaldrende, aggressivitet og tristhed eller somatisk vantrivsel. Der kan endda være hæmmet vækst. Den reaktive tilknytningsforstyrrelse kan være følge af omsorgssvigt, vanrøgt og mishandling.

Uselektiv og uhæmmet tilknytningsforstyrrelse begynder også tidligt i barnealderen og optræder allerede ved skolestart som en uhæmmet og ukritisk kontaktform, uforpligtende kontakter og opmærksomhedssøgende adfærd med brud på normer for social omgang. Denne tilknytningsforstyrrelse er ligeledes hyppigt ledsaget af emotionelle og adfærdsmæssige forstyrrelser. Tilstanden bedres ikke gennem ændringer af det sociale miljø og er forbundet med betydelig risiko for udvikling af adfærdsforstyrrelse, misbrug, afbrudt skoleforløb og kriminalitet. Sundhedstjenesten skal henvise til PPR, socialforvaltningen og egen læge afhængig af problemets omfang og fremtrædelsesform med henblik på indsats.

OCD

OCD (Obsessive Compulsive Disorder) er en hyppig og alvorlig lidelse karakteriseret ved gentagne belastende og uønskede tanker samt repetetive ritualiserede adfærdsmønstre. 2-3 % af den voksne befolkning har eller har haft OCD, og blandt børn og unge finder man, at 1-2 % opfylder kriterierne. Debutalder er typisk tidlig skolealder; op mod 50-60 % har debut af deres tvangssymptomer før det fyldte 18. år (11).

Ved det kliniske billede skal der være forekomst af obsessioner eller kompulsioner gennem mindst to uger, der genkendes som egne tanker, der er tilbagevendende, ubehagelige og interfererer med dagligdags funktioner. Symptomerne søges modstået og må ikke opleves som lystbetonede i sig selv. De hyppigste tvangstanker omfatter snavs og smitte, at noget frygteligt skal ske, sygdom, død, symmetri og religiøse tanker og angst for at forvolde sig selv eller andre skade. De hyppigste tvangshandlinger omfatter vaskeritualer, checking- og gentagelsesritualer, symmetritvang, ordne/arrangere og tællen. Andre angstlidelser, tics, ADHD, depression og anoreksi forekommer ofte også (12). OCD-tilstande kan være svært socialt invaliderende på grund af selvisolering i forbindelse med de rituelle og meget langvarige tvangstanker og tvangshandlinger.

Ved behandling med kognitiv terapi og medicin kan man hjælpe mange. Tilstanden kræver henvisning til almen praktiserende læge og psykolog med henblik på vurdering og eventuel viderehenvisning til børne- og ungdomspsykiatrisk speciallæge.

Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelserne omfatter anorexia nervosa, bulimia nervosa, overspisning og nervøs tvangsspisning (BED). Spiseforstyrrelser som anoreksi og bulimi er et alvorligt og tilsyneladende generelt problem blandt unge i de vestlige lande. Problemerne udgør et kontinuum, der strækker sig fra en meget udbredt risikoadfærd til svære psykiatriske sygdomme (2).

Anorexia nervosa debuterer som regel hos piger i teenagealderen og helt ned til 10-års-alderen. Mellem 0,5-0,8 % af piger og unge kvinder udvikler anoreksi. De første symptomer er vægttab, overdreven fysisk aktivitet, eventuelt forsinket pubertetsudvikling med menstruationsforstyrrelser, ekstrem optagethed af mad, vægring mod normal indtagelse af føde og hårdnakket benægtelse af tilstanden. Senere i forløbet bliver de psykiske symptomer mere fremtrædende med irritabilitet, depression og social isolation og tvangsprægede ritualer i forbindelse med

mad og måltider. Pigerne kan fremstå meget perfektionistiske, og nogen har også tvangsfænomener som led i en OCD-tilstand (13). Sygdommen ses også hos drenge.

Børn og unge med anorexia nervosa er ofte uden sygdomserkendelse og uden motivation for at tage på i vægt. Motivationsarbejdet er derfor en væsentlig grundpille i udredning og behandling. Jo tidligere intervention, jo større sandsynlighed for et vellykket behandlingsresultat. Diagnosen stilles gennem en børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse. Basisoplysninger, der vedrører kostanamnese og vækstkurver samt nuværende højde og vægt, skal indgå i henvisningen. Sygdomsforløbet er hyppigt kompliceret og langvarigt.

Årsagerne til anoreksi er multifaktorielle med grundlæggende individuelle, familiære og sociokulturelle forhold, som kan udløses af forskellige former for stress (14).

Bulimia nervosa med hyppige episoder med overspisning og efterfølgende opkastning, slankekur (faste), overdreven motion, brug af afføringsmidler og andre vægtregulerende midler og forstyrret kropsopfattelse med frygt for fedme optræder hos ca. 2,5 % af unge – overvejende piger helt ned til 12-års-alderen. Sygdommen kan være vanskeligere at opdage end anoreksi på grund af den normale vægt, og opdages måske først, når de psykiske symptomer bliver fremtrædende. Det kan være i forbindelse med den kommunale tandpleje eller ved udskolingsundersøgelsen, når tænderne bærer tydelig præg af syreætsning eller at barnet/den unge på grund af mavesmerter efter provokeret opkastninger søger almen praktiserende læge. Bulimi er forbundet med andre psykiske sygdomme, primært depression, personlighedsforstyrrelse og alkoholmisbrug. Omkring 50 % af alle med bulimi bliver helt raske efter tværfaglig indsats.

Der findes ingen sikker behandling af anoreksi og bulimi. Den dokumenterede bedste behandling af anoreksi hos unge er familieterapi (13).

Overspisning bruges hos nogen som beroligende middel som forsøg på at få kontrol over kaotiske følelser, mindreværd, mobning, stress og angst. Vedvarende overspisning fører i sagens natur til overvægt og fedme. Behandlingen består dels i at styrke barnets/den unges selvværd og selvforståelse og reduktion af de ydre belastninger.

Nervøs tvangsspisning (også kaldet Binge Eating Disorder, BED) er kendetegnet ved indtagelse af store mængder mad, uden at der findes en efterfølgende vægtregulering sted som ved bulimi. Der er tale om kontroltab i forhold til, hvad der spises, og hvor længe der spises eller hvor meget. Disse episoder følges hyppigt af skam og selvhad.

Sundhedstjenestens opgave består primært i tidlig opsporing af spiseforstyrrelse gennem samtaler og ved regelmæssig registrering af højde- og vægtudvikling med henvisning til almen praktiserende læge med henblik på vurdering og eventuel videre henvisning til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Mental retardering

2-3 % af alle børn er lettere retarderet med generelle udviklingsforstyrrelser. De fleste børn bliver diagnosticeret tidligt i barndommen, får speciel pædagogisk støtte i dagpleje og daginstitution og starter i specialskole. Men nogen børn fremtræder "kun" som umodne og kommer i normalskole som sent motorisk og sprogligt udviklet. Allerede i børnehaveklassen og 1. klasse klarer de sig dårligt og bliver måske mobbet, men kan fremtræde følelsesmæssigt upåvirkede og i godt humør. Senere i skoleforløbet ses udvikling af tiltagende isolation og lettere angsttilstande og adfærdsforstyrrelse. En del drenge kan tidligt begynde med misbrug af alkohol og kriminalitet. Lettere mental retardering bør opdages tidligt i skoleforløbet og senest ved indskolingsundersøgelsen.

Adfærdsforstyrrelse

Vedvarende adfærdsforstyrrelse er hyppigt knyttet til alvorligere psykiske sygdomme som ADHD, emotionelle forstyrrelser, personlighedsforstyrrelser og organisk betinget udviklingsforstyrrelse (mental retardering, føtalt alkoholsyndrom og epilepsi). Adfærdsforstyrrelser er karakteriseret ved dyssocial, aggressiv og trodsig adfærd med klare brud på sociale forventninger og normer i forhold til alderen. Børnene/de unge udebliver fra skole, laver hærværk, begår vold og tyveri, optræder irritable og opfarende, provokerende, lydighedsnægtende og udad projicerende. Sundhedstjenesten bør altid samarbejde med PPR om børn og unge, der udviser tegn på adfærdsforstyrrelse. Der kan være behov for henvisning til speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Som regel vil der være behov for udarbejdelse af handleplaner i samarbejde med forældre og ofte også inddragelse af den kommunale socialforvaltning eller et tværfagligt team med henblik på etablering af den nødvendige pædagogiske og psykologiske støtte.

PTSD

Ved PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) er der tale om en forsinket eller forlænget reaktion på en traumatisk begivenhed, der har ekseptionel svær eller katastrofelignende karakter, som ville udløse betydelig reaktion hos alle. Udsættelse for ekstrem stress påvirker barnet på mange funktionsniveauer: somatisk, emotionelt, kognitivt, adfærdsmæssigt og personlighedsmæssigt. Undersøgelser af forskellige traumatiserede populationer har vist, at syndromet af påtrængende erindringer, undgåelse og hyperarousal ikke blot tilnærmelsesvis beskriver kompleksiteten af de langsigtede tilpasninger til traumatiske livserfaringer, der finder sted, især hos børn (men også hos voksne). Disse langsigtede tilpasninger varierer meget alt efter offerets udviklingstrin på traumetidspunktet, og offerets eventuelt personlige relation til den person, der er ansvarlig for traumet, temperamentsmæssige dispositioner, køn, kulturel kontekst og andre variable (15, 16).

Siden opstilling af PTSD-diagnosen er det blevet klart, at traumet har mange komplicerede virkninger på lang sigt. Intrapsykiske, relationelle og sociale faktorer er ikke de eneste, der bidrager til den langsigtede tilpasning til traumet: Traumatiseringsbiologiske konsekvenser har også forskellig betydning på forskellige udviklingstrin. Man kan reagere på traumatiske begivenheder med generaliseret hyperarousal, opmærksomhedsproblemer, problemer med stimulus diskrimination, manglende evne til selvregulering og dissociative processer.

Det særlige ved disse reaktioner er, at de kan opstå op til seks måneder efter den traumatiske oplevelse. Typisk ses tilbagevendende episoder, hvor traumet genopleves i form af påtrængende erindringer, flash backs, drømme eller mareridt. Disse intense følelsesmæssige oplevelser sker under en følelsesmæssig tilstand, der i øvrigt er præget af manglende emotionelt udtryk, og med tilbagetrækning fra andre og nedsat reaktivitet fra omgivelserne, eventuel glædesløshed, anhedoni og forstemning. Barnet kan være irritabelt, sensitivt, præget af søvnløshed og har ofte også psykosomatiske symptomer. Angst og depression ses ofte, og selvmordstanker er ikke ualmindelige.

Hos en mindre del af børn og unge kan tilstanden vise kronisk forløb over mange år og føre over i en vedvarende personlighedsændring.

Afgrænsningen over for normale variationer af stressreaktioner og tilpasningsreaktioner sker ud fra symptomernes mængde, sværhedsgrad, varighed og de konsekvenser, som de har for barnets generelle udvikling og sociale funktion. PTSD behandles ud fra de symptomer og de aktuelle behov, som barnet eller den unge frembyder. Forudsætningen er, at rammerne for barnets fremtid i livssituation og udvikling er i orden, og at de voksne omsorgspersoner, der skal støtte barnet, er tilstrækkelig informeret om barnets behov. Børnene/de unge, der udviser regres-

sive symptomer, vil ofte dermed markere deres behov som et noget yngre barn, men samtidig er det væsentligt, at der også stilles alderssvarende krav. I tilfælde af protraherede reaktioner vil en individuel terapeutisk tilgang være nødvendig. Det er afgørende at opruste barnets coping-strategier. Det gælder naturligvis, at den generelle udvikling sikres, og i sjældne tilfælde kan medikamentel behandling komme på tale, men primært er en terapeutisk indsats indiceret.

Mere viden om børn, der selv er flygtningen, og børn født i Danmark af flygtningeforældre, kan være påvirkede af deres egne eller forældrenes traumatiske oplevelser. Samtidig kan det være vanskeligt for familierne af finde deres ben her i Danmark, hvilket naturligvis også præger deres trivsel. På www.traume.dk findes opdaterede undersøgelser og litteratur om emnet til inspiration for skolesundhedstjenestens arbejde med disse børn og deres familier.

LITTERATUR

1. Petersen, D.J. og Bilenberg, N.: Forekomsten af børnepsykiatriske sygdomme hos danske 8-9-årige børn. I: Ugeskrift for Læger 2003: 165; 40: 3822-3825.
2. Sundhedsstyrelsen. Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed 2007-2010. Sundhedsstyrelsen 2011. www.sst.dk
3. Hansen, B.: Depressive tilstande i adolescensen (teenageårene): Identifikation, psykopatologi og behandlingsmuligheder. I: Ugeskrift for Læger 2003; 165:6: 562-565.
4. Ford, T., Goodman, R. og Meltzer, H.: The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003: 42(10), 1203-1211.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence: Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. www.niceorg.uk, 2011.
6. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om behandling med antidepressiva. Vejledning om behandling med antipsykotika. Vejledning om behandling af børn med antidepressiva, antipsykotika og centralstimulerende midler. København: Sundhedsstyrelsen,2000.
7. Thomsen, P.H. og Skovgaard, A.M.: Børne- og ungdomspsykiatri: en lærebog om børn og unges psykiske sygdomme. FADL's forlag, 2007.
8. Kim, Y.S., Lerenthal, B.L., Koh, Y.I, Fombonne, E., Laska, E. og Lim, E.C.: Prevalence of autism spectrum disorder in a total population sample. Am J Psychiatry 2011; 168(9): 904-912.
9. Ronald, A., Hoekstra, R.A.: Autism spectrum disorder and autistic traits: a decade of new twin studies. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2011: (3) 255-274.
10. Warren, Z., Veenstra-Vander Weele J., Stone W, Bruzek J.L., Nahmias A.S., Foss-Feig J.H. et al. Therapies for Children with Autism Spectrum Disorders. Agency for Healthcare Research and Quality (US) 2011, Report No 11-EHCO29-EF.
11. Thomsen, P.H.: Farmakologisk behandling af børn og unge med OCD. I: Ugeskrift for Læger 2001: 163; 27; 3763-3768.
12. Walitza, S., Melfsen, S., Jans, T., Zellmann, H., Wewetzer, C. og Warnke, A.: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Dtsch Arztebl Int 2011, 108 (11) 173-179.
13. Sundhedsstyrelsen: Spiseforstyrrelser: anbefaling af organisation og behandling: udkast til høring. Sundhedsstyrelsen, 2003. www.sst.dk
14. Landsdækkende klinisk retningslinje vedrørende anorexia nervosa. BUP-dk, 2012.
15. Herman, J.L.: Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. Journal of Traumatic Stress 5, 377-391. 1992.
16. van der Kolk, B.A.: The complexity of adaption to trauma: Self-regulation, stimulus crimination and characterological development. In traumatic stress: The effect of overwhelming experiences on mind, body and society. The Guilford Press, 1996.

HJEMMESIDER:

www.traume.dk

Vækst fra barn til pubertet

Eva Mosfeldt Jeppesen

Vækst hos børn og unge er en vigtig markør for den generelle helbredstilstand, ernæring og genetiske baggrund. Normal vækst i barne- og ungdomsårene er karakteriseret af tre vækstfaser: småbarnsalderen, barndommen og puberteten. Der forekommer forskellige former for vækstforstyrrelser i alle tre vækstfaser medførende for lille højde eller for stor højde. Pubertetsudviklingen kan være forstyrret af for tidlig eller for sen pubertetsudvikling.

Skolesundhedstjenestens regelmæssige monitorering af børn og unges vækst er af stor betydning i forhold til tidlig opsporing af vækstforstyrrelser. Sundhedspersonalet må altid forholde sig fagligt til målinger, der viser afvigelser fra barnets normale vækstkurve og efterfølgende henvise til almen praksis med henblik på vurdering for eventuel viderehenvisning og behandling.

Børn og unges vækstfaser

Vækstprocessen hos børn og unge modificeres af en række faktorer: ernæring, væksthormon, stofskiftehormoner, kønshormon og andre endokrine faktorer. Højde er stærkt genetisk bestemt, og forældrenes højde er en god indikator for den forventede sluthøjde. Den etniske herkomst har indflydelse på vækstprocessen; for eksempel modnes afrikanere tidligere end kaukasere. Følelsesmæssigt omsorgssvigt eller understimulering er en anden vigtig faktor med betydelig indflydelse på vækstprocessen.

Den normale vækst fra småbarn til pubertet er karakteriseret af tre vækstfaser:
- Småbarnsalderen (0-3 år)
- Barndommen (3 år til pubertetens indtræden)
- Puberteten (pubertetens indtræden til udvokset).

Væksten følges af en fortsat modning af skelettet. Modningen af knoglernes vækstzoner sker i en ordnet rækkefølge. Forsinket knoglealder er et karakteristisk fund hos kronisk syge børn.

Væksten i småbarnsalderen

Småbarnsalderen, de første to til tre leveår, er karakteriseret af en meget hurtig vækst med hurtigt faldende vækshastighed. Væksten i småbarnsalderen er en forlængelse af væksten i fosterlivet og er primært betinget af den ernæring, som barnet tilbydes.

Vækstretardering er normalt alene betinget af utilstrækkelig ernæring. En undersøgelse i Nepals højland med vekslende tilbud af føde viste, at der er sammenhæng mellem tilbuddet af ernæring og barnets vækst. Perioder med lavt tilbud af føde medførte langsom vækst, og perioder med stort tilbud af føde medførte hurtig vækst.

Underernæring i den intrauterine tilstand og i de første leveår kan have langtrækkende virkninger, og det kan derfor være væsentligt ved indskolingsundersøgelsen at vurdere barnets vækst i småbarnsalderen, såfremt barnet frembyder vækstmæssige problemer. Ca. 90 % af børn født "small for gestational age" (SGA) indhenter deres vækst i løbet af de første fire leveår. De sidste 10 % er vedvarende vækstretarderede og kan blive kandidater til væksthormonbehandling, hvis den aktuelle højde ligger mere end to standarddeviationer under gennemsnittet.

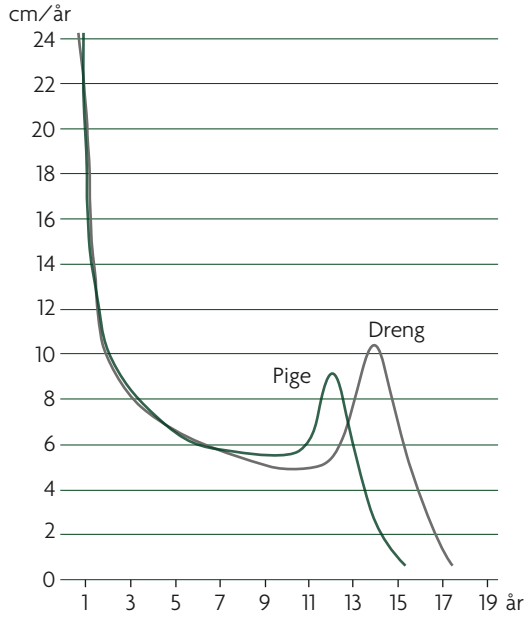
Væksten i barndommen

Barndommen er karakteriseret af stabil vækst med langsomt faldende vækstha-stighed. Væksten i barnealderen er hovedsagelig bestemt af produktionen af væksthormon og reguleringen af væksthormonsyntesen. I midten af barnealde-ren, omkring 7-års-alderen, ses ofte en mindre vækstspurt betinget af binyrernes sekretion af mandlige kønshormoner, kaldet adrenarchen.

Væksten i puberteten

Puberteten er karakteriseret af en kraftig vækstspurt, som er afhængig af en kom-bination af væksthormon og kønshormoner. Vækstspurten i puberteten indtræ-der et par år tidligere hos piger end hos drenge, se figur 1. Pigerne har en slut-højde, der er 12-15 cm mindre end drengenes sluthøjde.

Figur 1. Væksthastigheden hos piger og drenge



Måling af vækst

Barnets vækst bestemmes ved måling af højde, vægt og hos børn under to år også måling af hovedomfang. Der kan suppleres med røntgen af venstre hånd til bestemmelse af knoglealder.

Højde

Højden måles uden sko på, stående med samlede ben og skuende lige frem, med lodret bagkant. Højde registreres i hele centimeter. Der forhøjes fra ,5 således at fx 165,4=165 cm og 165,5=166 cm.
Højden indføres ved hver måling i journalen på standardiseret højde-/vægtkurve.

Vægt

Vægten måles under standardiserede omstændigheder på godkendt vægt, der måler præcist med 100 grams nøjagtighed. Barnet skal være uden sko, uden overtøj og uden noget i lommerne. Barnet må ikke læne sig op ad eller røre noget under målingen.
Vægten indføres ved hver måling på standardiseret højde-/vægtkurve.

Hovedomfang

Væksten af hovedomfanget slutter omkring 5-års-alderen og måles af praktiserende læge ved alle helbredsundersøgelser indtil 3 år. Hovedomfang anvendes derfor ikke som standardmål ved undersøgelse af skolebørn. Hovedomfanget måles kun ved mistanke om for stort eller for lille kranium.

Knogleudvikling

Knoglealderen bedømmes på udviklingen af knoglekernerne i håndroden og fingrene ved røntgenundersøgelse af venstre hånd og sammenligning med atlas over alderskorrigerede røntgenbilleder fra normale børn.

Bestemmelse af knoglealder bruges af tandlægen til at vurdere, hvornår eventuel tandretning bedst iværksættes. Undersøgelsen anvendes desuden hos børn med afvigende vækst til at vurdere sluthøjdeudsigterne. Knoglealderbestemmelse har desuden været brugt til at bestemme barnets alder i tilfælde af, at der er usikkerhed om barnets fødselsdato. Dette kan forekomme i flygtningefamilier, der kommer

fra områder uden personregistrering og vestlig kalender. Imidlertid er knoglealderbestemmelse behæftet med så stor usikkerhed, at undersøgelsen ikke kan bruges i denne sammenhæng. Fx vil et barn med tidlig pubertetsudvikling og deraf følgende avanceret knoglealder blive bedømt ældre end den kronologiske alder; modsat vil et barn med dårlige opvækstvilkår, dårlig ernæring og eventuel kronisk sygdom have forsinket knoglemodning og derfor blive bedømt yngre end svarende til den kronologiske alder. Aldersbestemmelse af børn selv med hjælp af røntgen af venstre hånd er derfor behæftet med en ganske betydelig usikkerhed på op til flere år.

Standardiserede vækstkurver

Der findes en række standardiserede vækstkurver fremstillet på baggrund af måling af højde og vægt i store grupper af børn og unge. Det største danske normalmateriale for højde og vægt blev lavet 1971-1972 (1). Data blev indsamlet fra hele landet og omfattede 11.000 socialt repræsentative børn og unge i alderen 7 til 18 år. I 1973-1977 blev materialet suppleret med højde og vægt fra knap 2700 børn i alderen 0 til 6 år. Vækstkurverne for hele aldersgruppen 0-18 år blev publiceret i Ugeskrift for Læger i 1982 (2). Vækstkurverne er ikke tidssvarende, idet sluthøjden siden er øget med 2-4 cm. Imidlertid er det danske materiale meget omfattende og repræsentativt for danske børn og unge, og Dansk Pædiatrisk Selskab har derfor anbefalet referencekurverne i mange år. Vedrørende vægtudvikling og vurdering af vægt, herunder overvægt og udregning af BMI se kapitel 4.

Vækstkurverne kan hentes på Dansk Pædiatrisk Selskabs hjemmeside under Vejledninger/DPS/Vejledninger/Vækstkurver og omfatter:
Piger: højde/alder 0-7 år
Piger: højde/alder 5-18 år
Piger: vægt/alder 0-7 år
Piger: vægt/højde 56-126 cm
Piger: vægt/højde 110-180 cm
Piger: længde/hovedomfang 45-110 cm

Drenge: højde/alder 0-7 år
Drenge: højde/alder 5-18 år
Drenge: vægt/alder 0-7 år
Drenge: vægt/højde 56-126 cm
Drenge: vægt/højde 110-180 cm
Drenge: længde/hovedomfang 45-110 cm

Forventet sluthøjde – targethøjde

Væksten hos et barn indstiller sig allerede omkring 2-års-alderen på et udviklingsforløb for resten af vækstperioden. Det vil sige, at man, fra barnet er ca. 2 år, kan forvente, at det følger sin egen "kanal", et smalt område på den standardiserede vækstkurve, der forløber parallelt med standardkurverne og i overensstemmelse med barnets genetiske potentiale.

På den standardiserede vækstkurve kan man indtegne barnets forventede sluthøjde, targethøjde og spændvidden for denne (+/-2SD). Det er vigtigt at få oplyst forældrenes højde med henblik på at beregne targethøjden og spændvidden efter følgende formler:

- Targethøjde PIGER = fars højde (cm) + mors højde (cm) / 2 - 6,5 cm
- Targethøjde DRENGE = fars højde (cm) + mors højde (cm) / 2 + 6,5 cm

Spændvidden for den forventede sluthøjde er targethøjde +/- 8,5 cm.

BMI

Børns vægt er vanskeligere at vurdere end voksnes, fordi der både skal tages hensyn til alder og højde samt ideelt set også til pubertetsudvikling.

Der henvises til "Vejledning om opsporing samt tidlig indsats af overvægt hos skolebørn" (5) og til kapitel 4.

Puberteten – den tredje vækstfase

Den normale pubertet er karakteriseret af en vækstspurt, som afslutter væksten. Under puberteten udvikles de sekundære kønskarakterer, indre og ydre kønsorganer vokser, kroppens sammensætning og proportioner ændres, fertiliteten udvikles, og der sker en betydelig psykologisk forandring og udvikling. En række forhold har betydning for pubertetens tidsmæssige forløb: genetiske forhold, hormonelle forhold, fysisk aktivitet, ernæringstilstand og kronisk sygdom.

Under puberteten sker der en betydelig mineralisering af knoglerne med indbygning af calcium. Den maksimale indbygning af calcium i knoglerne sker hos piger omkring 15-års-alderen og hos drenge omkring 17-års-alderen. De vigtigste parametre for normal knogleopbygning er genetisk arv, pubertetens udviklingsforløb og fysisk træning.

Pigers pubertetsudvikling

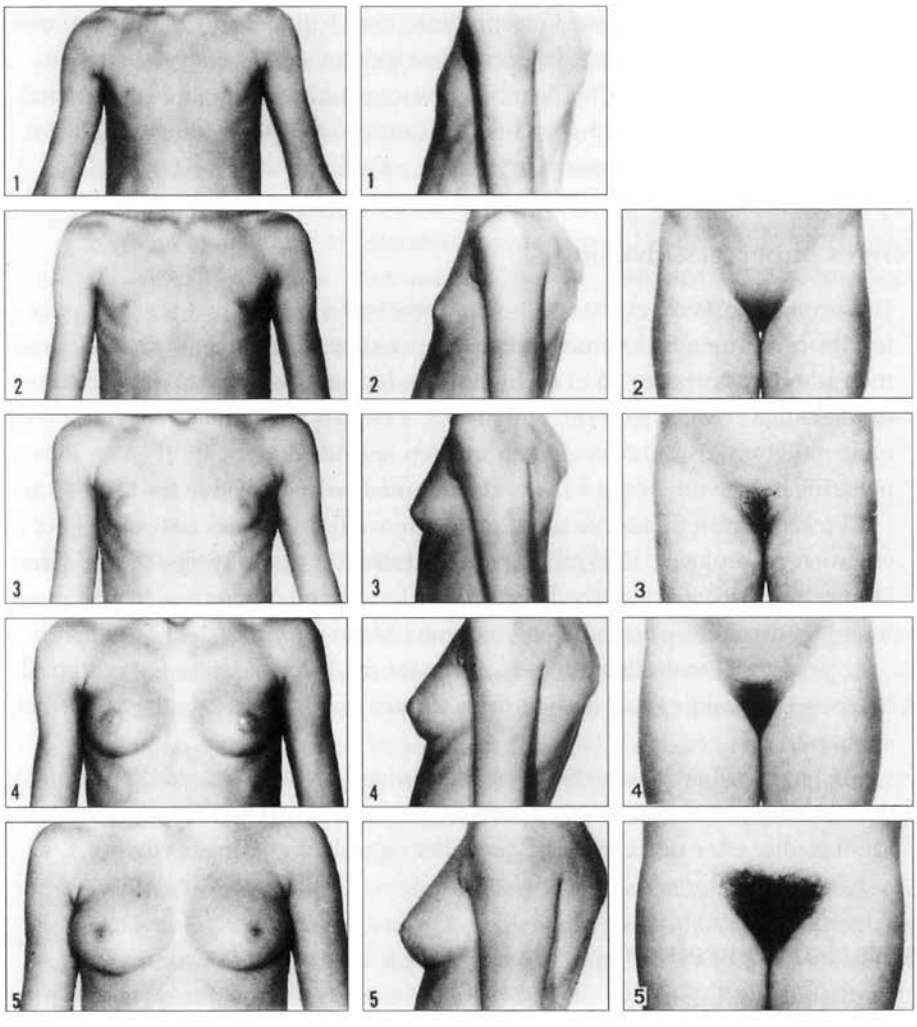
Udviklingen af bryster hos piger markerer det første tegn på pubertet. Brystudviklingen indtræder gennemsnitlig omkring 10-11-års-alderen med en spændvidde fra 9 til 13 år. Der er etniske forskelle på, hvornår udviklingen af bryster begynder, for eksempel udvikler tyrkiske piger bryster omkring et år tidligere end danske piger. Piger udvikler pubesbehåring omkring 12-års-alderen med en spændvidde fra 10 til 14 år.

Vækstspurten hos piger indtræder tidligt i puberteten og når sit maksimum omkring 12-års-alderen, altså før menarchen. Efter menarchen vokser piger stadig 5-8 cm.

Menarchen, den første menstruation, indtræder hos danske piger i 13-års-alderen med en spredning fra 11 til 15 år. Regelmæssige ovulationer, ægløsninger, indtræder som oftest inden for to år efter menarchen.

Pigers pubertetsudvikling kan bedømmes ud fra en standardiseret metode beskrevet af Tanner i 1969 (6). Udviklingen inddeles i fem stadier efter udviklingen af bryster og pubesbehåring, se figur 2.

Figur 2. Bryst- og pubesudviklingen efter Tanner



Henvisningskriterier

Tidlig pubertet hos piger er hyppigt og oftest familiært betinget. Internationalt er aldersgrænsen for, hvornår der foreligger pubertas præcox hos piger, 8 år, men i Danmark har man i en vis grad beholdt den tidligere grænse på 9 år. Piger under 8 år skal således altid henvises, mens piger mellem 8 og 9 år kan henvises ved behov og efter individuel vurdering.

Sen pubertet hos piger er sjældent og oftere betinget af tilgrundliggende sygdom. 13 år gamle piger uden pubertetstegn skal således henvises.

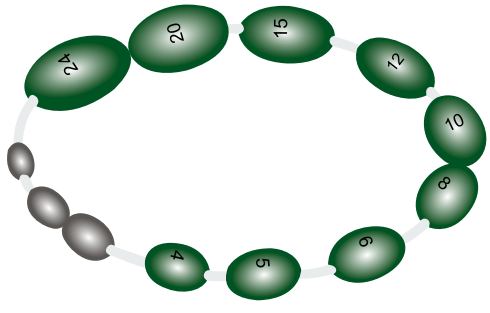
Drenges pubertetsudvikling

Hos drenge markerer et testesvolumen større end 4 ml det første tegn på pubertet. Testesvolumen bedømmes ved en simpel sammenligning af testes størrelse med standardstørrelser på et orchidometer, hvor tallene på den enkelte fiktive testikel angiver volumen i ml, se figur 3. Væksten af genitalier begynder gennemsnitligt omkring 12-års-alderen med en spændvidde fra 10 til 14 år. Pubesbehåringen begynder også i 12-års-alderen med en spredning fra 12 til 14 år.

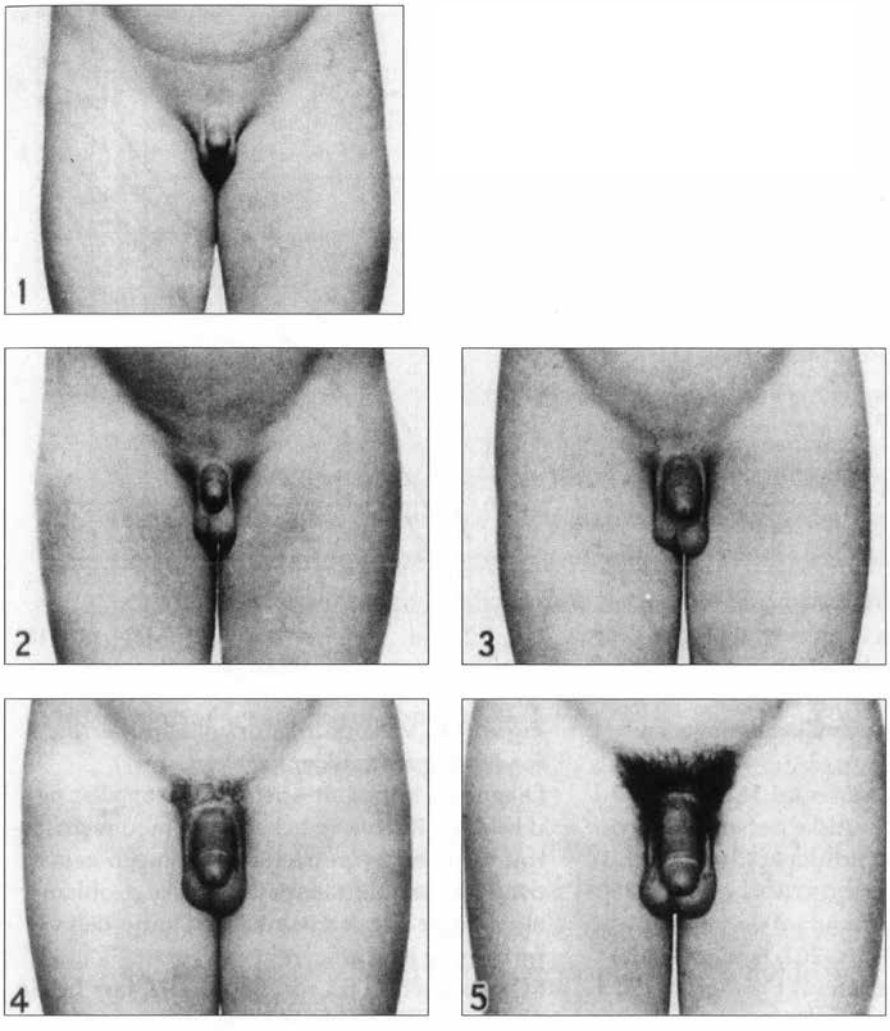
Vækstspurten indtræder sent i puberteten, når drengenes testes har nået et volumen på omkring 10-12 ml, og når sit maksimum omkring 14-års-alderen. Drengenes vækstspurt indtræder således cirka to år efter pigernes, hvilket resulterer i, at drengene er mindre end pigerne i årene omkring 11-14-års-alderen.

Spermaturi, sædceller i urinen, optræder fra 13-års-alderen. Gynækomasti, lettere brystudvikling hos drenge, forekommer i puberteten og aftager normalt spontant. Drenges pubertetsudvikling kan bedømmes ud fra en standardiseret metode beskrevet af Tanner i 1970 (7). Udviklingen inddeles i fem stadier efter udviklingen af genitalier og pubesbehåring, se figur 4.

Figur 3. Orchidometer til måling af testesvolumen



Figur 4. Drenges genitale udvikling efter Tanner



Henvisningskriterier

Sen pubertet hos drenge er hyppigt og oftest familiært betinget. Hvis der ikke er pubertetstegn ved 15-års-alderen, skal drenge dog henvises på mistanke om tilgrundliggende sygdom. Mellem 14 og 15 år kan der henvises ved behov, særligt hvis drengene er meget psykisk påvirkede. Tidlig pubertet hos drenge er sjældent og oftest betinget af tilgrundliggende sygdom. Drenge med pubertetsudvikling før 10-års-alderen bør derfor altid henvises.

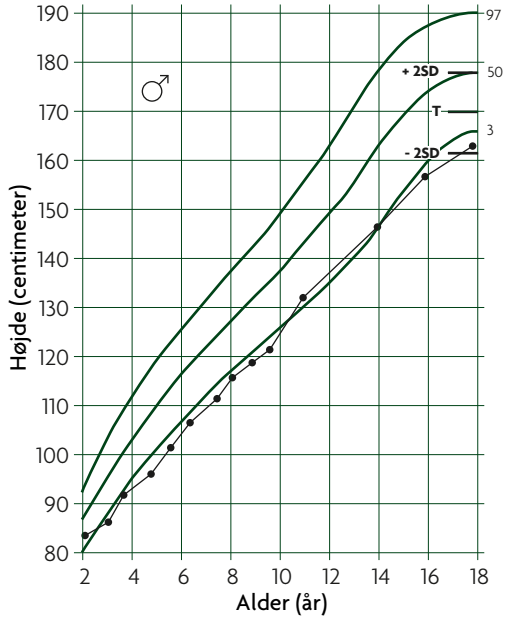
Vækstforstyrrelser

Vækstforstyrrelser omfatter både for lille vækst og for stor vækst i forhold til genetisk potentiale, targethøjde.

Lille højde

Lille højde defineres som en højde under 3 %-percentilen eller under to standarddeviationer, SD, i forhold til gennemsnitshøjden for alderen. 3 % af normalpopulationen ligger under 3 %-percentilen, og 2,5% af normalpopulationen ligger under -2 SD.

Figur 5. Vækstkurve familiært betinget lav højde



Diagnose:
Konstitutionelt betinget lille højde. Sluthøjde inden for genetiske potentiale, og der kan på nuværende tidspunkt ikke tilbydes nogen behandling.

Vækshastighed

Vækshastigheden er en vigtig parameter i bedømmelsen af det vækshæmmede barn og kan fastlægges ved minimum to målinger af højden med tre måneders interval. Vækshastigheden kan også bedømmes ud fra beliggenhed og forløb af barnets vækstkurve i forhold til referencekurverne.

Hvis barnets vækstkurve krydser percentilerne på referencekurven i nedadgående retning, er væksthastigheden under det normale. Krydser barnets vækstkurve percentilerne på referencekurven i opadgående retning er væksthastigheden over gennemsnittet. En normal eller øget væksthastighed taler imod, at barnet lider af somatisk sygdom.

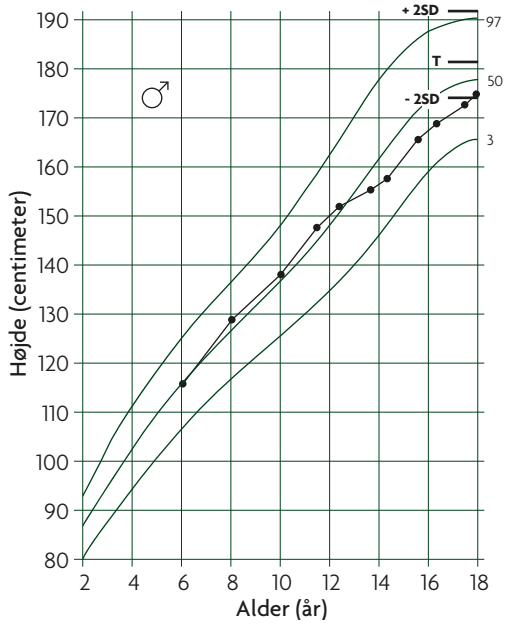
Genetisk potentiale

Det genetiske potentiale i form af forældrenes højde er vigtigt ved beregning af barnets targethøjde. Højde under -2 SD eller under 3 %-percentilen kan være helt normalt, hvis også forældrene er små. Man skal dog altid vurdere, om forældrene er unaturligt små, og om barnet på baggrund heraf har arvet en patologisk vækstretardering. Langt den hyppigste årsag til vækstretardering er en konstitutionelt forsinket pubertet og vækst, en arvelig ikke-patologisk tilstand, som hyppigst ses hos drenge.

Hos børn med anden etnisk baggrund end dansk må der tages hensyn til deres herkomst og højden i deres hjemland. Dette gøres imidlertid nemmest ved at forholde sig til forældrehøjden, targethøjden, som naturligt afspejler dette. Man kan således sagtens bedømme et barn af anden etnisk oprindelse end dansk på en dansk vækstkurve, hvis blot forældrehøjden tages med i betragtning.

Vanskeligere forholder det sig med adopterede børn, som man oftest ikke har forældrehøjden på. Der findes vækstkurver for en lang række forskellige folkeslag, men disse er sjældent tilgængelige i den primære sundhedssektor. Rent praktisk håndteres dette ved at indtegne barnet på den sædvanlige vækstkurve. Hvis barnet knækker på vækstkurven, henvises efter samme kriterier som danske børn, men hvis barnet følger sin egen kurve, og blot er lille, vil henvisning bero på en individuel vurdering. Hvis sluthøjden forventes at ligge under 150 cm hos piger og under 160 cm hos drenge, kan der altid henvises med henblik på vurdering. Øvrige børn beror på, om der er grund til at mistænke tilgrundliggende sygdom. Børneafdelingen vil have adgang til etniske kurver, men i praksis er der sjældent behov for at bruge dem.

Figur 6. Vækstkurve forsinket pubertet, formentlig af familiær karakter



Diagnose:
Konstitutionel forsinket vækst og udvikling. Kortvarig behandling med testosteron for at igangsætte pubertetsudviklingen kan overvejes ved udtalte psykologiske problemer. Sluthøjden vil formentlig ikke afficeres.

Sygehistorie 1

15 år gammel dreng henvist til behovsundersøgelse på grund af vækstretardering. Drengens far var sent udviklet og lille i forhold til kammeraterne i mange år. Fars højde er 183 cm. Moderen havde menarche 13 år gammel og måler 168 cm. Drengen har tidligere været gennemsnitlig høj i forhold til kammeraterne, men i de seneste to-tre år er han vokset dårligt og blevet klart mindre end kammeraterne. Samtidig er pubertetsudviklingen udeblevet. Han har fået færre kammerater, er blevet lidt stille og trist og klarer sig betydeligt dårligere i tennis end tidligere.
Objektivt er han en spinkel dreng med et sundt og rask udseende og normale kropsproportioner. Ingen pubesbehåring, volumen af begge testes på 6 ml.

Får via praktiserende læge foretaget røntgenundersøgelse af venstre hånd, der viser to års forsinket knoglealder. Har lave værdier for FSH og LH, testosteron umåleligt og IGF-1 på nederste normalgrænse.

Diagnose: Konstitutionelt forsinket vækst og udvikling.
Behandling: Ingen, da spontan pubertet er i gang med et testesvolumen på 6 ml. Forventet sluthøjde på 185 cm.

Henvisningskriterier

Højde under 3 %-percentilen eller under -2 SD bør henvises, medmindre der er en oplagt familiær disposition, som vel at mærke ikke er betinget af sygdom hos forældrene. Højde under -3 SD bør altid henvises.
Knæk på vækstkurven i både opadgående og nedadgående retning på mere end 1 SD bør altid henvises.
Børn, der fuldstændig stagnerer på vækstkurven, bør altid henvises.
Det skal bemærkes, at små børn først indstiller sig på deres vækstkurve i 2-3-årsalderen. Et raskt barn, der fødes stort, men har et lille genetisk potentiale, vil derfor helt naturligt knække sin vækstkurve i de første leveår, for at indstille sig på sit genetiske potentiale.

Patologiske årsager til lille højde

Dysproportional vækst, hvor proportionen mellem arme og ben i forhold til kroppen er forstyrret, giver mistanke om knoglelidelse, skeletdysplasi. Achondroplasi og hypochondroplasi er begge sådanne skeletdysplasier med en karakteristisk form for dværgvækst, hvor arme og ben er meget korte i forhold til en mere normal kropslængde. En anden form for skeletdysplasi forekommer ved svær D-vitamin-mangel, rakitis. Dysproportional vækst bør altid undersøges og udredes med henblik på mulig behandling.
Proportional vækstretardering kan være betinget af endokrinologisk sygdom med overproduktion eller underproduktion af hormoner: mangel på væksthormon, for lav produktion af stofskiftehormon eller overproduktion af binyrebarkhormon.

Der skal rettes en speciel opmærksomhed mod overvægtige børn. Disse børn vokser normalt bedre end gennemsnittet, formentlig pga. den anabole virkning af fødeindtaget. Vækstretardering hos overvægtige børn bør derfor altid give mistanke om tilgrundliggende endokrinologisk sygdom.

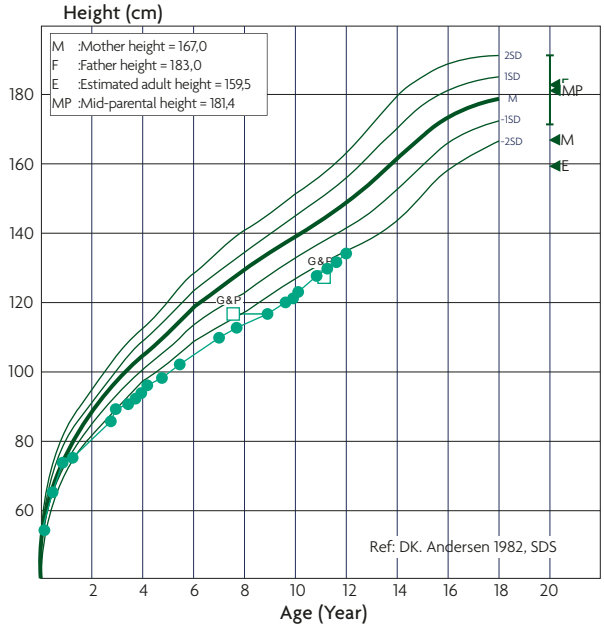
Kroniske sygdomme i lunger, tarme, bugspytkirtel og nyrer som astma, cystisk fibrose, cøliaki (glutenintolerans), inflammatoriske tarmsygdomme og glomerulonefritis kan medføre vækstretardering. Læs mere i kapitel 4.

Vækstretardering er et element i en række syndromer, hvoraf de vigtigste er Turners syndrom hos piger med kun ét X-kromosom og Downs syndrom, mongolisme, med tre kromosomer nr. 21.

Fejlernæring, psykosocial deprivation, anoreksi, bulimi og overdreven fysisk træning kan have indflydelse på væksten. Vækstretardering kan også være idiopatisk,

dvs. uden nogen påviselig grund. I denne forbindelse kan det ofte være af betydning at undersøge højden i den øvrige familie, specielt bedsteforældrenes højde.

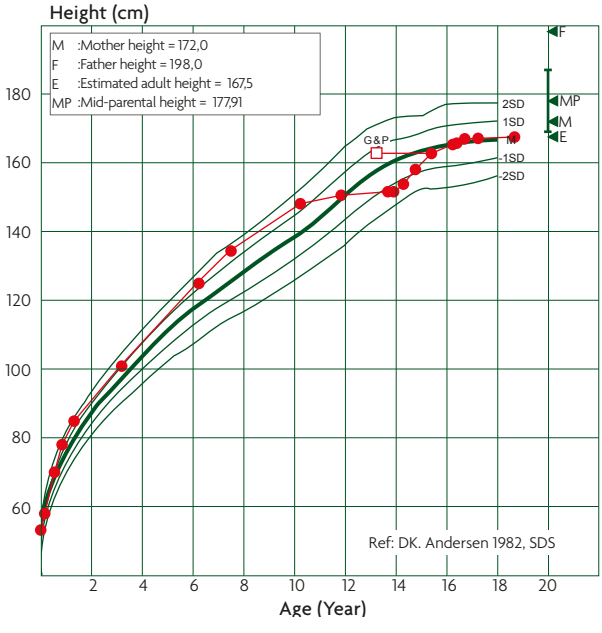
Figur 7. Dysproportional vækstretardering.



Dysproportional vækstthæmning:
Diagnose:
Hypochondroplasi med vækst betydelig under genetisk potentiale og sluthøjdeprognose på 159,5 cm mod targethøjde på 181,5 cm

Er gennem halvandet år forsøgt behandlet med vækshormon med en gevinst på knapt 1 SD

Figur 8. Proportional vækstthæmning



Proportional vækstthæmning.
Diagnose:
Erhvervet autoimmun hypothyreose

Sygehistorie 2

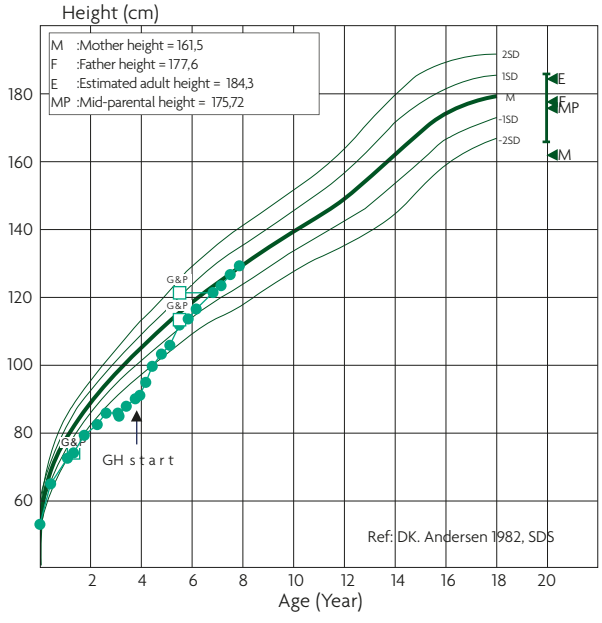
Sygehistorie 2

13 år gammel pige med stagnerende vækst gennem fire år. Pigens mor måler 172 cm og havde menarke 13 år gammel, pigens far måler 198 cm og havde et normalt pubertetsforløb. 53 cm. Er i det væsentlige tidligere rask.
Aktuelt har sundhedsplejersken bemærket næsten fuldstændig stagnation af vækst og pubertet gennem de sidste fire år, hvorfor hun henvises til videre undersøgelse.
Ved anamneseoptagelse oplyser mor og datter, at hun er velbefindende uden sygdomssymptomer overhovedet. Familien har ikke undret sig specielt meget over den stagnerende vækst og pubertetsudvikling. Pigen har altid været blandt de højeste i klassen, men er nu mere som gennemsnittet.
Objektivt findes pigen alment upåvirket i god almentilstand og lidt rigelig ernæringstilstand, ved Tanner vurdering har hun brystudvikling og pubesbehåring svarende til Tanner 2 og dette har været uændret over de sidste tre år.
Ved blodprøver findes kraftigt forhøjet TSH og korresponderende lav T3 og T4, øvrige undersøgelser normale fraset forsinket knoglemodning

Diagnose: Erhvervet hypothyreose
Supplerende undersøgelser viser forhøjede thyroidea peroxidase antistoffer og ultralyd af skjoldbruskkirtlen viser forandringer forenelig med thyroiditis.
Behandling: Tablet Eltroxin i stigende dosis til normalisering af thyroideafunktionen.

Herefter sås catch-up af væksten, vægttab, betydelig øget aktivitetsniveau og samtidig erkendelse af en række symptomer på diagnosetidspunkt. Puberteten progredierede spontant efter 6 mdr. med fuldstændig normal udvikling. Sluthøjde 167 cm, 11,5 cm under targethøjden på 178,5 cm.

Figur 9. Proportional vækshæmning



Proportional vækshæmning.
Diagnose:
Vækshormonmangel GH = Vækshormon

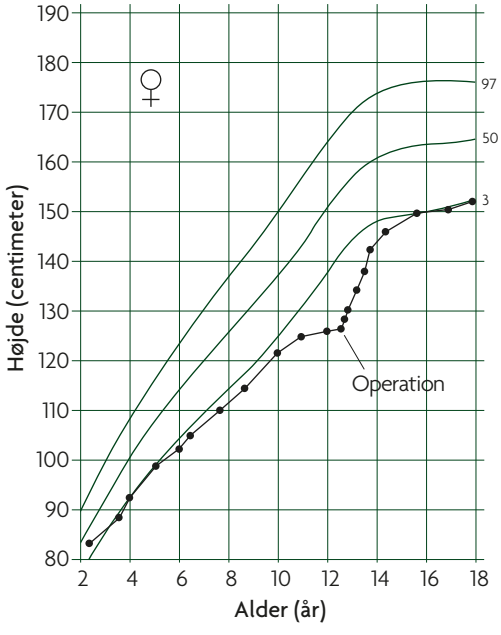
Sygehistorie 3

Sygehistorie 3

4 år gammel dreng med vigende vækst.
Mor måler 161,6 cm og havde menarke 12 år gammel, far måler 177,6 cm og havde normalt pubertetsforløb. Blev født efter normal graviditet til termin med fødselsvægt 3500 g og fødselslængde 53 cm. I det væsentlige tidligere været rask.
Aktuelt henvist pga. afbøjende vækstkurve, forældrene synes, at han er meget lille i forhold til sine jævnaldrende, han spiser sparsomt og selektivt, men er ellers velfungerende både psykomotorisk og socialt.
Objektivt findes han fuldstændig upåfaldende, men meget lille med en afbøjende vækstkurve og en aktuel højde svarende til – 2,3 SD og således under det forventede i forhold til targethøjde på 179 cm.
Udredes med fund af lave vækstfaktorer. Supplerende undersøgelser af vækshormonproduktionen viser vækshormonmangel, MR-scanning af hjernen incl. hypofysen er normal.

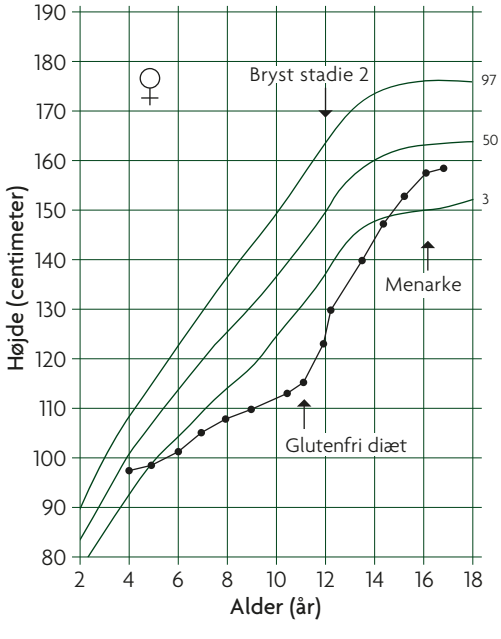
Diagnose: Idiopatisk vækshormonmangel
Behandling: Injektion vækshormon x 1 daglig subcutant
Forældrene læres op til at give behandlingen hjemme.
Vokser herefter med kraftigt stigende vækshastighed, appetitten bedres markant og højden normaliseres i løbet af de følgende år. Sluthøjdeprognose 184 cm, targethøjde 179.

Figur 10. Proportional vækstthæmning



Diagnose:
Familiært betinget lav højde i kombination med Morbus Chron. Der foretages partiel resektion af distale ileum og startes behandling med Salazopyrin. Den tabte vækst indhentes efterfølgende, og en norma vækshastighed reetableres.

Figur 11. Proportional vækstthæmning



Diagnose:
Cøliaki. Efter introduktion af glutenfri diæt blev den tabte vækst indhentet, og vækshastigheden normaliseredes. Puberteten indtrådte sent med menarche 17 år gammel.

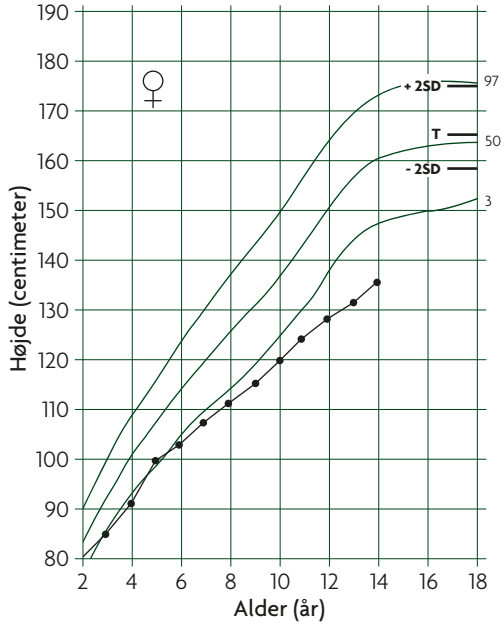
Udredning af årsagerne til abnormt lille højde

Undersøgelser for vækstretardering i den kommunale sundhedstjeneste omfatter:

- Måling af højde, vægt og eventuelt hovedomfang. Især i en eventuel observationsperiode skal måleresultaterne vurderes nøje, i forbindelse med at de indføres på vægt-/højdekurve i barnets journal
- Anamnese med den familiære disposition til højde og forløbet af pubertetsudviklingen i den nærmeste familie
- Vækstkurve med indtegning af forældrenes højde
- Vurdering af pubertetsforløb.

Resultaterne af undersøgelserne og overvejelserne anvendes til henvisning til egen alment praktiserende læge til supplerende undersøgelser og eventuel viderevisitering til børneafdeling eller praktiserende speciallæge i børnesygdomme. Udredningen retter sig mod mistanke om sygdom i hypofysen, skjoldbruskkirtlen, binyrebarken, ovarierne, testiklerne, lungerne, nyrerne, bugspytkirtlen og tarmene, sygdom betinget af D-vitamin-mangel eller genetiske defekter.

Figur 12. Vækstkurve, Turner syndrom



Diagnose:
Turners syndrom. Targethøjde +/-2SD er indtegnet beregnet ud fra forældrehøjden (se formel s. 179 i dette kapitel).

Behandling med væksthormon

Børn med konstitutionelt betinget lav højde bliver i Danmark ikke behandlet med væksthormon, fordi resultaterne af væksthormonbehandling af disse børn har været meget begrænset. Beslutningen om ikke at behandle børn med konstitutionel lav højde beror dels på en vurdering af den ringe gevinst i forhold til potentiel risiko for uønskede bivirkninger hos i øvrigt raske børn og dels de betydelige økonomiske omkostninger ved den individuelle behandling.

I Danmark er der fem registrerede indikationer for behandling med væksthormon, humant somatropin. Nemlig følgende:

- Væksthormonmangel
- Vækshæmmede børn med kronisk nyreinsufficiens
- Turners syndrom
- Prader-Willis syndrom
- Børn, der ved fødslen er uforholdsmæssigt små i forhold til gestationsalderen, og som ikke indhenter den ringe vækst inden for de første fire leveår, se sygehistorie 4.

I sjældne tilfælde kan andre børn tilbydes væksthormonbehandling ud fra individuel vurdering. Det gælder primært piger med estimeret sluthøjde under 150 cm og drenge med estimeret sluthøjde under 160 cm.

Sygehistorie 4

7-årig dreng, der ved indskolingsundersøgelsen i 1. klasse umiddelbart fremtræder lav af vækst. Drengens mor måler 163,5 cm og havde menarche 12 år gammel, og hans far måler 171 cm og havde et normalt pubertetsforløb. Drengen er født efter en normal graviditet til termin med fødselsvægt 1700 g og fødselslængde 43 cm. Har siden fødslen været rask med kortvarige infektionssygdomme. Har altid spist sparsomt og er vokset med vækshastighed i underkanten af 3 %-percentilen.
Er objektivt lille og spinkel med normalt udseende og normale kropsproportioner. Har ingen symptomer på sygdom. Bliver efter yderligere to målinger af højden med tre måneders mellemrum via egen alment praktiserende læge henvist til børneafdeling. Ved røntgenundersøgelse af venstre hånd ses en knoglealder, der er et år yngre end den kronologiske alder. Øvrige undersøgelser omfattende hæmatologi, leverfunktion, nyrefunktion, calcium, fosfat, D-vitamin, IGF-1, TSH og thyroxin samt screening for cøliaki var alle normale.

Diagnose: Intrauterin vækstthæmning uden senere indhentning af væksten.
Behandling: Tilbydes behandling med væksthormon og starter behandling omkring 9-års alderen. Reagerer med markant stigning i vækshastigheden i det første behandlingsår, hvorefter vækshastigheden aftager, men forbliver markant højere end forud for behandlingen. Sluthøjden er uvis.

Stor højde

Stor højde defineres som højde over 97 %-percentilen eller over +2 SD for alder og køn. 97 % -percentilen refererer til, at 97 % af normalpopulationen ligger under denne grænse. +2 SD refererer til, at 97,5 % af normalpopulationen ligger under denne grænse.

Børn og unge med stor højde har oftest høje forældre. Fedme er ledsaget af midlertidig øget længdevækst, men normal sluthøjde.

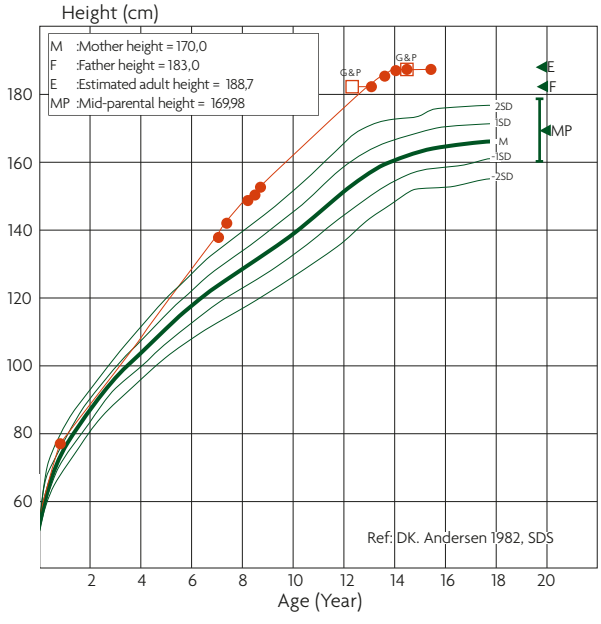
Udredning af årsagerne til abnormt stor højde

Hvis det er usandsynligt, at den meget store højde er genetisk betinget, kan den abnorme højde skyldes en hormonel overproduktion af enten kønshormoner, stofskiftehormon eller væksthormon og hermed forbundne sygdomme, pubertas præcox (for tidlig pubertet), thyreotoxicose (forhøjet stofskifte) eller gigantisme (overvækst). Abnorm højde og abnorme kropsproportioner kan være en del af et syndrom som fx Klinefelters syndrom (dreng med et ekstra X-kromosom), Triple X syndrom (pige med et ekstra X kromosom) eller Marfans syndrom.

Undersøgelser for meget stor højde hos børn og unge i den kommunale sundhedstjeneste omfatter:

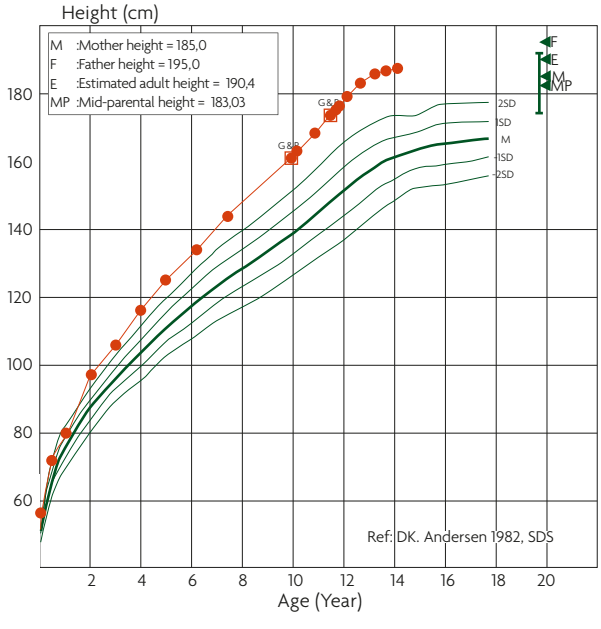
- Måling af højde, vægt og eventuelt hovedomfang. Især i en eventuel observationsperiode skal måleresultaterne vurderes nøje i forbindelse med, at de indføres på vægt-/højdekurve i barnets journal
- Anamnese med den familiære disposition til højde og forløbet af pubertetsudviklingen i den nærmeste familie
- Vækstkurve med indtegning af forældrenes højde
- Vurdering af pubertetsforløb.

Resultaterne af undersøgelserne og overvejelserne anvendes til henvisning til egen alment praktiserende læge til supplerende undersøgelser og eventuel viderevisitering til børneafdeling eller praktiserende speciallæge i børnesygdomme.



Proportional øget vækst.

Diagnose:
Triple X syndrom.
Pga. tilstedeværelse af tre X-kromosomer er der tre kopier af SHOX genet, der koder for vækst. Højden er derfor hos denne patient betydeligt over genetisk potentiale med en sluthøjde på 187-8 cm mod en targethøjde på 170 cm. Patienten blev i de sidste år af vækstperioden behandlet med østradiol pga. sluthøjdeprognose over 190 cm.



Proportional øget vækst.

Diagnose:
Konstitutionelt betinget stor højd.
Rask pige med sluthøjdeprognose på 190 cm mod en Targethøjde på 183,5 cm, således er sluthøjdeprognosen i den øverste del af det forventede i forhold til forældrehøjden. Pga. sluthøjdeprognosen blev pigen behandlet med østradiol i en periode og endte med en sluthøjde på 187 cm.

Henvisningskriterier

Højde over +2 SD eller over 97 %-percentilen bør henvises, medmindre der en oplagt familiær disposition, som ikke er betinget af sygdom hos forældrene. Højde over 3 SD bør altid henvises.
Højdeacceleration på mere end 1 SD bør henvises, medmindre der er en oplagt forklaring som fx acceleration efter fødsel med lav fødselsvægt eller acceleration som led i en normal pubertet.
Pludselig uventet højdeacceleration bør altid henvises.

Behandling af abnormt stor højde

Meget stor højde er sjældent behandlingskrævende. Sluthøjden kan estimeres ud fra aktuel højde, knoglealder, pubertetsstadium og forældrenes højde. Piger med forventet sluthøjde over 185-190 cm kan i sjældne tilfælde behandles kirurgisk med operativ lukning af vækstzonerne i knæene. Tidligere blev disse piger behandlet med østrogen/gestagen fra 8-10-års-alderen for at fremskynde lukning af vækstzonerne og dermed reducere sluthøjden, men dette er frafaldet pga. risiko for påvirkning af særligt fertilteten senere i livet. Drenge med en forventet sluthøjde over 200 cm kan behandles med testosteron. Behandlingen af abnormt stor højde er en specialistopgave, der varetages på børneafdeling.

Forstyrrelser i pubertetsudviklingen

Forstyrrelser i pubertetsudviklingen karakteriseres primært ved:
- Præmatur thelarche (isoleret for tidlig brystudvikling)
- Præmatur adrenarche (isoleret kønsbehåring)
- Pubertas præcox (for tidlig udvikling af sekundære kønskarakterer)
- Pubertas tarda (forsinket udvikling af sekundære kønskarakterer).

Præmatur thelarche

Præmatur thelarche er isoleret for tidlig udvikling af bryst uden samtidig øget væksthastighed eller andre tegn på påvirkning af kvindeligt kønshormon. Præmatur thelarche er en forbigående tilstand, der hyppigst debuterer hos piger under 2 år. Tilstanden kræver oftest ingen intervention, men alene observation med henblik på, om den udvikler sig til egentlig pubertas præcox.

Præmatur adrenarche

Præmatur adrenarche, isoleret kønsbehåring, skyldes øget produktion af mandlige kønshormoner fra binyrerne i midten af barnealderen. Tilstanden kan ledsages af en mindre vækstspurt, voksen svedlugt og uren hud. Den kræver normalt ikke intervention, men barnet bør udredes på en børneafdeling med henblik på anden årsag til øget påvirkning af mandlige kønshormoner.

Pubertas præcox

Pubertas præcox betegner en tilstand med for tidlig udvikling af sekundære kønskarakterer før 8-9-års-alderen hos piger og før 10-års-alderen hos drenge. Pubertas præcox optræder i to forskellige former afhængigt af en for tidlig aktivering af hypothalamus og hypofyse eller abnorm dannelse af kønshormoner i kønskirtler eller binyrebark: central pubertas præcox og perifer pseudo pubertas præcox.

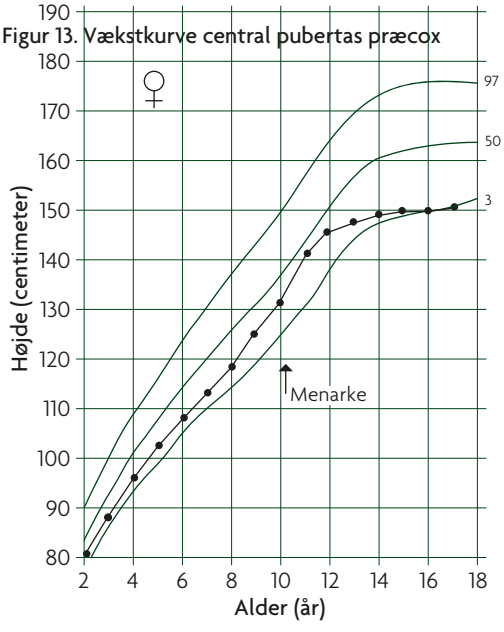
Central pubertas præcox

Central pubertas præcox skyldes forøget dannelse af follikelstimulerende hormon, FSH, og luteiniserende hormon, LH, i hypofysen og heraf betinget øget produktion af kønshormoner, østrogen eller testosteron, i kønskirtlerne. Tilstanden forekommer hyppigt i idiopatisk familiær form hos piger. Tilstanden forekommer relativt hyppigt hos adopterede piger, der ved ankomsten til Danmark er underernærede. I forbindelse med bedre ernæring og bedre sociale forhold får de en betydeligt bedre vækst, som indimellem fortsætter i en for tidlig pubertetsudvikling med negativ indvirkning på sluthøjden, se Sygehistorie 2. Den centrale pubertas præcox kan også være en følgetilstand til enhver form for sygdom i hjernen, fx infektion i hjernen eller hjernens hinder, svær hjernerystelse eller neonatal hjerneblødning.

Central pubertas præcox hos drenge er sjælden og næsten altid betinget af skader i centralnervesystemet.

Børn og unge med central pubertas præcox skal altid henvises til børneafdeling via egen alment praktiserende læge. Tidlig pubertetsudvikling kan behandles med medicin, der undertrykker hypofysens produktion af FSH og LH og derved udløser fald i produktionen af østrogen og testosteron og sluttelig bremser pubertetsudviklingen. Indikationen for behandling afhænger af den forventede sluthøjde og de psykiske belastninger, der følger med en meget tidlig pubertetsudvikling.

Figur 13. Vækstkurve central pubertas præcox



Diagnose:
Pubertas præcox. Pubertetsvækstspurten indtræder tidligt, og sluthøjden bliver under forventet.

Sygehistorie 5

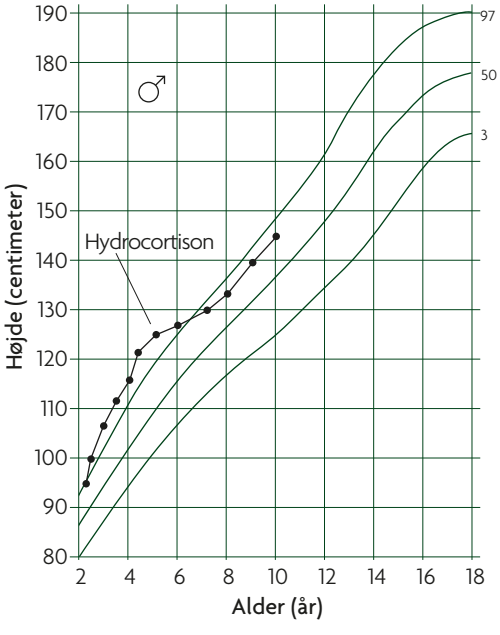
7-årig pige, adopteret fra Colombia, der ved indskolingsundersøgelsen i 1. klasse har begyndende brystudvikling, ingen pubesbehåring, lugter af voksen sved og fremtræder psykisk urolig og ustabil med let vakt gråd og trøstsøgning hos moderen. Har vækstkurve, der viser stabil vækst omkring 10 %-percentilen frem til 6-års-alderen, herefter øget vækst, aktuel højde på 25%-percentilen. Bliver henvist til børneafdeling, hvor røntgenundersøgelse af venstre hånd viser knoglealder svarende til 9 år. Har forhøjede værdier af FSH, LH og østradiol. Stimulationstest viser respons svarende til pubertet. MR-scanning af cerebrum viser normale forhold.

Diagnose: Idiopatisk central pubertas præcox.
Behandling: På grund af frygt for lille sluthøjde og på grund af hendes psykiske problemer påbegyndes behandling med månedlige subkutane injektioner af gonadotropin-releasing-hormon (analog). Reagerer umiddelbart med lidt øget udvikling af bryster, som dog hurtigt aftager. Vækshastigheden falder, og hun bliver psykisk stabil og veltilpas, som før pubertetstegnene indtrådte.

Perifer pseudo pubertas præcox

Den perifere pseudo pubertas præcox skyldes en øget produktion af kønshormoner uafhængigt af de overordnede kønshormoner FSH og LH. Den hyppigste årsag til perifer pseudo pubertas præcox er adrenogenitalt syndrom med øgede mængder mandligt kønshormon og reducerede mængder binyrebarkhormon, kortisol, betinget af enzymdefekt i binyrerne. Barnet vil derfor være påvirket af mandlige kønshormoner med udvikling af pubesbehåring, svedlugt, vækstacceleration og fremskyndet knoglealder. Perifer pseudo pubertas præcox kan også i sjældne tilfælde skyldes en svulst i binyrer, testikler eller æggestokke.

Figur 14. Vækstkurve kongenit binyrebark hyperplasi



Diagnose:
Kongenit binyrebark hyperplasi af inkomplet type. Substitutionsterapi med hydrocortison vil stoppe yderligere pubertetsudvikling og normalisere vækshastigheden.

Pubertas tarda

Pubertas tarda er en tilstand med manglende udvikling af sekundære kønskarakterer hos piger ved 13-års-alderen og hos drenge ved 14-15-års-alderen. Forsinket pubertet er langt hyppigst hos drenge og skyldes oftest familiær disposition. Forsinket pubertet kan opdeles i to principielt forskellige former, afhængigt af dannelsen af de overordnede kønshormoner FSH og LH: central pubertas tarda og perifer pubertas tarda.

Central pubertas tarda

Central pubertas tarda er forårsaget af skade eller forsinket modning af hypothalamus-hypofyse-gonade-aksen med lave værdier af FSH og LH. Tilstanden skyldes oftest en familiær tendens til sen modning, men kan også skyldes sygdomme eller skader i hjernen, traume, kræft, følger efter infektion eller bestråling. Forsinket modning af hypothalamus-hypofyse-gonade-aksen kan også skyldes en række systemsygdomme som astma, inflammatorisk tarmsygdom, nervøs spisevægring og cystisk fibrose.

Henvisningskriterier

Hos drenge skal tilstanden udredes, hvis ikke der er pubertetstegn ved 15-årsalderen. Mellem 14 og 15 år kan drengene henvises ved behov, men ikke nødvendigvis, hvis der foreligger en klar årsag til den forsinkede pubertet som familiær disposition eller systemsygdom som fx astma, se sygehistorie 3. Forsinket pubertet hos piger over 13 år er sjælden og bør altid medføre henvisning med henblik på udredning i børneafdeling eller praktiserende speciallæge i børnesygdomme.

Perifer pubertas tarda

Perifer pubertas tarda forårsaget af defekter eller følger af skade på kønsorganerne er karakteriseret ved lave værdier af østrogen eller testosteron og høje værdier af FSH og LH. Tilstanden forekommer hyppigst hos piger med Turners syndrom eller drenge med Klinefelters syndrom. Tilstanden skal altid udredes i børneafdeling og behandles med kønshormoner.

LITTERATUR

1. Andersen E., Andersen H., Hutchings B., Peitersen B., Rosen J., Thamdrup E., Wichmann R., Nyholm M.: Højde og vægt hos danske skolebørn 1971-1972. Ugeskrift for Læger 1974; 136; 50: 2796-2802.
2. Andersen E., Hutchings B., Jansen J., Nyholm M.: Højde og vægt hos danske børn. Ugeskrift for Læger 1982; 144; 24: 1760-1765
3. Nysom K., Mølgaard C., Michaelsen K.F., Hutchings B., Andersen E.: Body Mass Index. Danske referenceværdier for 0-45 årige. Ugeskrift for Læger 2002; 164; 49: 5773-8.
4. Nysom, K., Mølgaard, C., Michaelsen, K.F. et al.: BMI-referenceværdier for 0-45-årige danskere. Ugeskrift for Læger, 2004; 172;37.
5. Sundhedsstyrelsen: Vejledning om opsporing af overvægt samt tidlig indsats hos skolebørn. Sundhedsstyrelsen, udkommer 2013.
6. Marshall W.A., Tanner J.: Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Childh 1969; 44: 291-303.
7. Marshall W.A., Tanner J.: Variations in pattern of pubertal changes in boys. Arch Dis Childh 1970; 45: 13-23.

HJEMMESIDE

www.paediatri.dk

Socialt udsatte børns sundhed og sygdomme

Hanne Nødgaard Christensen og Gitte Hesthaven Jørgensen

Udsatte og sårbare børn og unge præsenterer forskellige helbredsproblemer, symptomer og sygdomme, som man vil møde i skolesundhedstjenesten. En del af disse symptomer og sygdomme kan sundhedspersonalet være med til at forebygge, mens andre kræver nærmere diagnostik, behandling og rehabilitering. Socialpædiatri er den del af pædiatrien, der beskæftiger sig med sundhedsfremme, forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering af sygdomme, hvis årsag og kliniske fremtrædelsesform samt prognose på afgørende vis er afhængig af sociale og psykiske forhold.

Ved tilrettelæggelsen af forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i skolen skal børn og unge med særlige behov tilbydes en øget indsats indtil undervisningspligtens ophør, herunder øget rådgivning og vejledning. Sundhedsplejen skal bidrage til, at der i fornødent omfang formidles kontakt til lægelige, sociale, pædagogiske, psykologiske og andre relevante fagpersoner, når et barn eller en ungs sundhed og trivsel er truet.

Socialpædiatri

Socialt udsatte børn og unge skal tilbydes en øget indsats gennem hele skoletiden (1). Socialpædiatrien dækker både de folkesundhedsmæssige aspekter for børn og unge, men også psykosociale aspekters betydning for udvikling, sundhed og sygdom hos det enkelte barn (2). Når sociale og psykiske forhold har en afgørende betydning for sygdommes årsag, fremtrædelsesform og prognose som ovenfor beskrevet finder de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser sted inden for den socialpædiatriske forståelsesramme og en bio-psyko-social sygdomsforståelse (3,4).

Socialpædiatri er en multidisciplinær videnskab med aspekter inden for det naturvidenskabelige, humanistiske og samfundsvidenskabelige felt. Der er desuden ofte et strafferetsligt aspekt, når børn har været udsat for overgreb. Udredning og behandling af denne patientgruppe er således tværfaglig og intersektoriel, hvilket kræver et velkoordineret intersektorielt samarbejde mellem undervisningssektoren, sundhedsvæsen, socialvæsen og retsvæsen. Alle involverede fagprofessionelle skal koordinere deres indsats og kende deres ansvar. Det er vigtigt, at de forskellige sektorer samarbejder og undgår yderligere traumatisering af barnet, ved at det kastes mellem sektorerne. Barnets behov for en tryg og sund opvækst skal holdes i fokus, og strukturelt omsorgssvigt skal undgås. Samarbejdet bør være beskrevet i sundhedsaftalerne (5), således at samfundet medvirker til at sikre barnets sundhed og udvikling i henhold til lovgivningen.

Skolesundhedstjenesten indgår i det kommunale samarbejde om udsatte børn og unge. Læger og sundhedsplejersker kan som de eneste faggrupper om nødvendigt inspicere kroppen afklædt, helt eller delvist, afhængig af situationen. En sådan objektiv undersøgelse af barnet kan have betydning for vurdering af barnets symptomer og dermed håndtering i forhold til det øvrige sundhedsvæsen, socialvæsen og eventuelt det strafferetslige system.

I den bio-psyko-sociale sygdomsforståelse forstås symptomer og sygdomme som et samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer, og helbredelsen skal findes inden for en indsats på alle tre områder. Nedenfor beskrives de hyppigste og svære socialpædiatriske problemstillinger for børn i skolealderen ud fra opdelingen:

1. Overgreb og omsorgssvigt
2. Selvmordsforsøg
3. Funktionelle lidelser
4. Anbragte børn og helbredsproblemer
5. Særlige helbredsbredproblemer ved børn af blandet etnisk herkomst
6. Skolefravær, somatisk sygdom, børnepsykiatriske lidelser og kognitive vanskeligheder

7. Socialpædiatriske vanskeligheder ved kronisk sygdom og udviklingsproblemer
8. Forældre med egne vanskeligheder.

Overgreb og omsorgssvigt

WHO har defineret omsorgssvigt og overgreb således (Child Maltreatment) (6):

> *"Overgreb mod eller omsorgssvigt over for børn omfatter alle former for fysisk og/eller psykisk mishandling, seksuelt overgreb, vanrøgt eller forsømmelse eller kommerciel eller anden udnyttelse, der forvolder reel eller mulig skade på barnets helbred, overlevelse, udvikling eller værdighed."*

Omsorgsvigt skader barnets sundhed og udvikling. Udover at være et sundhedsproblem for barnet kan det desuden være et socialretsligt problem, som kræver inddragelse af socialforvaltningen i henhold til servicelovens § 153 (skærpet underretningspligt) (7). Fysiske, psykiske og seksuelle overgreb kan desuden have et omfang og en karakter, som er ulovligt i henhold til dansk lovgivning, og som kræver anmeldelse til politiet og efterfølgende håndtering stafferetsligt. Anmeldelse sker via socialforvaltningen.

Overgreb og omsorgssvigt inddeles traditionelt i:
- Fysisk overgreb og omsorgssvigt, aktiv og passivt
- Psykisk overgreb og omsorgssvigt, aktiv og passivt - med seksuelle overgreb som en del af disse fire
- Medicinsk børnemishandling (tidligere kaldet Münchhausen by Proxy)
- Strukturelt omsorgssvigt og overgreb (de professionelles manglende relevante reaktion).
- Fostermishandling (vil ikke blive beskrevet yderligere i dette kapitel)

Eksempler *(Kursiv er eksempler på strafferetslige ulovlige handlinger)*:

	Fysisk	Psykisk
Aktiv	*Slå, brænde, bide* *Samleje*	Råbe, nedgøre Vidne til vold i familien *Blufærdighedskrænkelse*
Passiv	Undlade at børste tænder på barnet Ikke bringe barnet til læge Manglende mad og drikke Dårlig hygiejne	Overlade barnet til sig selv

Den amerikanske børnelæge Henry Kempe definerede i 1962 overgreb og omsorgssvigt som et pædiatrisk problem, og i 1977 definerede han det seksuelle overgreb således (8):

> *"Der er tale om seksuelt overgreb, når et barn inddrages i seksuelle aktiviteter, som det ikke kan forstå rækkevidden af, udviklingsmæssigt ikke er parat til og derfor ikke kan give tilladelse til, og/eller aktiviteter af denne karakter, der overskrider samfundets sociale eller retslige normer".*

Det fremgår heraf, at vurderingen om seksuelle overgreb er en kompleks vurdering, der omhandler den konkrete handling, barnets alder og udviklingsniveau samt samfundets over tid foranderlige love og normer. I dette kapitel tages udgangspunkt i ovenstående definitioner, men det skal bemærkes, at der findes andre definitioner, fx strafferetslige, af begrebet.

Belastning af organsystemerne

Alle organsystemer kan reagere på belastning af overgreb og omsorgssvigt. Traumeforskningen har vist, hvorledes følelsesmæssige input i hjernen bearbejdes og påvirker kroppens funktioner. Flere undersøgelser har vist, at jo flere traumer et barn har været udsat for jo større risiko for alvorlige følger både fysisk og psykisk med deraf følgende forbrug i sundheds- og socialsektor. Belastningen potenseres således, at mængden af overgreb og omsorgssvigt (poly-victimization/multi-traumatization) er mere afgørende end typen af overgreb (9, 10, 11, 12, 13, 14).

Følger af alle former for overgreb, omsorgssvigt og andre svære belastninger i barndommen kan præsentere sig i forskellige sygdomsbilleder eller tilstande:

- Trivselsproblemer (også vægtmæssigt) hos spæd- og småbørn
- Småbørnsanoreksi
- Kronisk recidiverende smerter i hoved, mave, muskler og led
- Fedme, fejlernæring

- Hyperventilation, smerter i brystet
- Funktionelle kramper, anfald, lammelser og svimmelhed
- Øget infektionshyppighed
- Urenlighedsproblematik
- Selvskadende adfærd
- Anoreksi

- Selvmordsforsøg
- Adfærdsproblemer
- Risikoadfærd (usikker sex, rygning, alkohol, stoffer)
- Adhærensproblemer ved kroniske sygdomme og dermed forværring af disse
- Posttraumatiske reaktioner, angst og depressioner.

Hyppigheden af overgreb i Danmark er vanskelig at vurdere, uanset der er adgang til en række forskellige datakilder, der samlet kan belyse omfanget af overgreb mod børn. Der findes således fx ikke en systematisk registrering af underretninger til de sociale myndigheder om overgreb og omsorgssvigt vedrørende børn. Seksuelle overgreb er væsentligt sjældnere end fysisk vold, men der er generelt ofte en sammenhæng med vold, omsorgssvigt mv. (15). Børn, hvis mor eller far har en alkoholrelateret diagnose, har i sammenligning med andre børn ca. otte gange så stor risiko for at opleve vold i hjemmet (16), og for børn i familier med alkoholproblemer gælder, at 40 % har symptomer på belastning (17).

Forskning har vist, at børn med psykiske eller fysiske funktionsnedsættelser samt børn anbragt uden for hjemmet har særlig risiko for at blive udsat for overgreb (18, 19). I mødet med disse børn skal sundhedstjenesten derfor være specielt opmærksom på symptomer og tegn, der kan give mistanke om overgreb hos disse børn og unge.

En stor del af fysiske overgreb findes i ansigts- og halsregionen, hvorfor tandlæger og tandplejere bør være opmærksom på fysiske skader med usikker skademekanisme (20). Sundhedstjenesten kan derfor med fordel samarbejde med tandplejen ved mistanker af denne karakter. Desuden bør man være opmærksom på børn, der har problemer med tæt fysisk kontakt samt specielt instrumenter i munden (obs. udsættelse for oral sex), selvom disse symptomer i sig selv ikke nødvendigvis betyder, at barnet eller den unge har været udsat for overgreb.

Ved mistanke om overgreb

Når sundhedspersonale skal vurdere, om der er begrundet mistanke om overgreb, og dermed underretningspligt, kan det være hensigtsmæssigt at vurdere den kliniske problemstilling fra tre sider:

- Er der somatiske symptomer, der kan være tegn på overgreb?
- Er der ændret adfærd, der kan være tegn på overgreb?
- Er barnet eller den unge kommet med udsagn, der kan give mistanke om overgreb?

Om barnet er kommet med direkte udsagn, er af stor betydning for skolebørn, idet der ikke kan føres en strafferetslig sag, hvis ikke barnet kommer med udsagn. I mødet med barnet eller den unge kan man som sundhedsplejerske eller kommunallæge spørge ind til de kliniske medicinske symptomer og problemer og med nogle få åbne spørgsmål i forhold til eventuelt strafferetsligt overgreb. Det er vigtigt at gøre sig klart, at man ikke må påbegynde en slags efterforskning og spørge i detaljer i forløbet. Man skal i stedet underrette de sociale myndigheder, der tager stilling til eventuel politianmeldelse og dermed mulighed for afhøring ved politiet. Såfremt man finder begrundet mistanke om overgreb eller omsorgssvigt, bør man kontakte sin leder og i fællesskab lave en underretning. Af Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (1) fremgår, at den kommunale sundhedstjeneste skal have udarbejdet retningslinjer for, hvorledes sundhedspersonalet handler i en konkret situation. Ankestyrelsen har udgivet en god og gratis pjece med konkrete anvisninger, herunder også mulighed for underretning til Ankestyrelsen (21).

I tilfælde af senere socialretslig eller strafferetslig sag er det vigtigt at have ledelsesmæssig støtte og supervision i sager om mistanke om overgreb mod børn. Har man været involveret i en svær sag om overgreb eller omsorgssvigt, kan debriefing være god og nogle gange tvingende nødvendigt. Det gælder især, hvis man ikke har fast supervision i sit team.

Tolkning af symptomer og adfærd

Når man skal tolke symptomer og adfærd hos børn og unge, er der en liste af symptomer og adfærdsændringer, der kan give mistanke om overgreb. Ingen af disse er patogonomiske for overgreb, dvs. at disse symptomer og adfærdsændringer også kan være tegn på andre tilstande eller sygdomme, og det er derfor vigtigt at vurdere symptomerne i forhold til helheden. Sundhedsplejersker og kommunallæger skal turde tænke tanken og turde spørge nærmere ind til dette.

Symptomer og adfærdsændringer er beskrevet i informationshæfte publiceret af Videnscenter for Sociale Indsatser og Seksuelle Overgreb mod børn (SISO) (22).

Endelig skal sundhedspersonalet være opmærksomme på børn med krænkende adfærd. Forskning har vist, at mange børn med krænkende adfærd selv har været udsat for krænkelse (23). Er der på skolen foregået krænkelser barn mod barn eller ung mod ung, skal der skrives underretning angående begge børn til socialforvaltningen, således at begge børn tilbydes støtteforanstaltninger.

Medicinsk børnemishandling (tidl. Münchausen by proxy)

Denne form for overgreb udgør en særlig udfordrende og svær problemstilling for især læger, men også sundhedsplejersker, idet man kan blive udfordret på sin faglighed og være et instrument i mishandlingen.

Medicinsk børnemishandling har følgende kendetegn: Omsorgspersonen (oftest mor) påfører barnet sygdom eller fortæller om/fantaserer om symptomer. Omsorgspersonen stiller herefter krav om undersøgelse og behandling af barnet. Det kan være en overdreven beskrivelse af astma, epileptiske anfald eller tegn på mellemørebetændelse. Barnet bliver dermed underkastet unødvendige, og i nogle tilfælde ligefrem skadelige, undersøgelser eller behandling. I Danmark findes også eksempler på påført skade i form af, at omsorgspersonen har sprøjtet blomstervand i barnets intravenøse drop eller puttet plasticpose over spædbarnets ansigt og dermed fremkaldt (nær)død. Der kan gå lang tid, inden man opdager tilstanden, som kan være svær at afdække, og som kan kræve længerevarende indlæggelse.

Tilstanden kan forekomme sammen med andre former for overgreb og/eller sygdom. Den kan forekomme i alle samfundslag, og det kan diagnostisk og/eller behandlingsmæssigt være nødvendigt at adskille barn og omsorgsperson i en kortere eller længere periode (24, 25).

Strukturelt omsorgssvigt

Dette begreb omhandler den situation, hvor de professionelle ikke reagerer på barnets signaler, og barnet ikke tilbydes den behandling og de foranstaltninger, der er nødvendige for at stoppe overgreb eller omsorgssvigt, og hvor barnets sundhed og udvikling derfor lider yderligere skade.

Håndtering af overgreb kræver professionel sparring og ledelsesmæssigt opbakning. En underretning til kommunen skal altid være skriftlig, men kan, specielt i akutte sager, suppleres med en mundtlig underretning.

Retningslinjer for en koordineret indsats med kommunale retningslinjer og beskrivelse af indsatsen i sundhedsaftalerne (5) kan bidrage til at forebygge strukturelt omsorgssvigt.

Det er professionelt at være i tvivl – det er uprofessionelt ikke at handle

Selvmordsforsøg

Selvmordsforsøg er en relativt hyppig hændelse hos unge i folkeskolens ældre klasser. Forskning fra Center for Selvmordsforskning på Fyn viser, at de aktuelle tal for unge i aldersgruppen 15-19 år svarer til to indlæggelser på sygehus pr. uge. Omregnet til nationale tal anslås det at svare til 1040 selvmordsforsøg om året med indlæggelse på hospital blandt 15-19-årige (26). Den hyppigste metode, der fører til indlæggelse på somatiske børne- (og voksen)afdelinger er forgiftning med paracetamol, og langt de fleste af disse unge er piger. Andre medikamenter eller metoder kan også ses, men er ikke så hyppige.

Der kan være mange tegn på selvmordstruende tilstand, men i nogle tilfælde har der ikke været symptomer, adfærdsændringer eller udsagn, der i sig selv kunne give mistanke herom. En stor risiko i disse tilfælde er uerkendt børnepsykiatrisk lidelse og/eller rusmiddelbrug. Andre gange kan en enkelt episode med fx kærestesorg eller skænderi med veninde føre til en affekthandling med indtagelse af medicin, uden at der er et egentlig selvmordsønske.

Fra et forebyggelsesperspektiv er det derfor vigtigt dels at vurdere og understøtte den unges psykosociale udvikling og dels give den unge redskaber til at handle i affektsituationer. Da indtagelse af paracetamol (eller andre medikamenter), også i affekt, er potentielt livsfarlig, kan det være hensigtsmæssigt at lade denne problematik indgå i det sundhedsfremmende og forebyggende sundhedspædagogiske arbejde, eventuelt i samarbejde med lærerne og derigennem forsøge at give de unge andre redskaber til at håndtere svære affekttilstande. Indsatsen kan også ske som individuelle samtaler med den unge og hans/hendes forældre, når det skønnes relevant.

Alle regioner har centre for selvmordsforebyggelse, og nogle af disse har indsatser rettet mod unge. Andre steder varetages det forebyggende og det efterfølgende psyko-sociale behandlingsarbejde i de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Læs om regionernes tilbud og informationsmateriale på www.selvmordsforebyggelse.dk.

Ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer skal alle børn og unge, der indlægges med selvmordsforsøg, tilbydes et efterfølgende psyko-socialt behandlingstilbud. Dette skal være hurtigt, korrekt, støttende og eventuelt ledsagende. Det betyder, at man i en akut situation skal overveje, hvem der kan ledsage barnet til rette behandlingstilbud (27).

Funktionelle lidelser

Funktionelle lidelser defineres oftest som lidelser, hvor barnet eller den unge oplever legemlige symptomer, som påvirker den daglige funktionsevne eller livskvalitet, og hvor symptomerne ikke kan forklares bedre ved en anden veldefineret somatisk eller psykisk sygdom (28,29,30). Forskellige termer, diagnoser og kliniske betegnelser har været anvendt for disse lidelser.

Funktionelle lidelser hos børn og unge kan være en stor klinisk udfordring, idet funktionelle lidelser kan være domineret af meget forskellige symptomer med smerteklager fra muskler, led, hoved eller mave som de mest dominerende symptomer specielt hos yngre børn. Hos andre børn og unge kan det være symptomer som svimmelhed og hyperventilation, der præger det kliniske billede. Graden af symptomer kan være meget varierende. Der skelnes mellem lette, moderate og svære funktionelle lidelser. I de sværeste tilfælde kan der være tale om alvorlig funktionspåvirkning i bevægelsesapparatet eller sanserne som fx blindhed, døvhed, pseudoepileptiske kramper, paralyser og føleforstyrrelser og/eller invaliderende smerter (31). Symptomerne kan være monosymptomatiske eller multisymptomatiske. Ved de svære lidelser ses ofte betydeligt skolefravær, ophør med fritidsaktiviteter, associerede psykiske vanskeligheder og et større forbrug af sundhedsydelser.

Baggrunden for funktionelle lidelser hos børn og unge antages at være multifaktoriel. Der kan således være tale om flere forskellige faktorer, som tilsammen fører til lidelsen, hvorfor en funktionel lidelse bedst forstås ud fra en bio-psyko-social forklaringsmodel, hvor man ser både på det fysiske, det psykiske og det sociale. I den sammenhæng taler man om, at nogle børn/unge har en medfødt sårbarhed, som betyder, at de nemmere vil kunne få en funktionel lidelse end andre. En stor belastning eller længerevarende pres som mobning i skolen, indlæringsmæssige

vanskeligheder eller sygdom eller konflikter i den nærmeste familie kan udløse en funktionel lidelse, ligesom en banal infektion eller en fysisk belastning kan skubbe til en proces, som fører til udvikling af lidelsen. Forklaringen i disse år er, at kroppen kommer i en form for vedvarende stresstilstand, som fremkalder en række af kropslige symptomer, der er kendetegnende for en funktionel lidelse.

Ved diagnostik og behandling af disse lidelser er det vigtigt at anerkende familiens og det øvrige netværks eventuelle bekymring og frygt for fysisk sygdom for at kunne få en god behandlingsalliance. Ved de lette lidelser vil en almindelig fysisk undersøgelse og eventuelt blodprøver hos den praktiserende læge med efterfølgende forklaring af lidelsen i en bio-psyko-social forståelsesramme med normalisering og beroligelse af forældre og barn ofte være tilstrækkelig.

Ved de svære lidelser kan det være nødvendigt med udredning i pædiatriske og/eller børnepsykiatrisk regi. Ud over det somatiske udredningsprogram vil en grundigere psykosocial udredning, herunder anamnestiske oplysninger om disponerende og aktuelle familiære og skolemæssige forhold, være vigtig. Det kan være nødvendigt med fysioterapeutisk genoptræning hos børn med betydelig funktionspåvirkning eller funktionstab, samt brug af psykologiske teknikker til at lære mestringsstrategier, som støtter barnet/den unge i en gradvis genoptagelse af normale aktiviteter. Det kan endvidere være vigtigt at understrege, at symptomerne ikke nødvendigvis forsvinder, men at målet primært er at styrke barnets og familiens redskaber til selv at mestre symptomerne. Disse behandlingsprincipper forudsætter til en vis grad, at forældre og barnet accepterer psykosociale faktorers rolle for vedligeholdelsen af symptomerne, og at de reducerer deres opmærksomhed på selve symptomerne. Det kan være nemmere at opnå denne accept og reorientering, hvis familien tidligt i forløbet introduceres for en multifaktoriel symptomforklaringsmodel, frem for at barnet via et længere udredningsprogram bliver fastholdt i en passiv sygerolle.

Hvis det primære problem er sygeliggørelse af barnet, skal der være en særlig opmærksomhed på forældrenes sygdomsopfattelse og eventuelle helbredsangst. Anerkendelse af deres bekymring for barnets symptomer og eventuel frygt for fysisk sygdom er her særlig vigtig for behandlingsalliancen. Differentialdiagnostisk i forhold til medicinsk børnemishandling (Münchausen by proxy), hvor forældrene med vilje påfører barnet skader og sygdom, kan være svær. I disse tilfælde er det særlig vigtigt, at den sundhedsfaglige person er opmærksom på at beskytte barnet mod unødvendige og potentielt farlige undersøgelsesforløb.

Sundhedsplejersker og læger i skolesundhedstjenesten kan have en vigtig funktion i samarbejdet med disse familier, den praktiserende læge og eventuelle hospitalsafdeling, idet de har tæt kontakt til børnene i skolen og dermed mulighed for gå i

dialog med barnet og familien angående de helbredsmæssige forhold i relation til skolegang og sociale aktiviteter på skolen og i fritiden.

Anbragte børn og helbredsproblemer

Det er tidligere i kapitlet nævnt, at børn anbragt uden for hjemmet har øget risiko for overgreb (se side 206). Forskning har desuden vist, at anbragte børn tit allerede ved fødslen har en dårligere fysisk sundhed end andre børn, ligesom der blandt anbragte børn er en overhyppighed af en række diagnosticerede fysiske sygdomme, bl.a. sygdomme i øjne og ører, i fordøjelsesorganer, åndedrætsorganer, nervesystemet og også når det gælder infektiøse/parasitære sygdomme. Forskningen viser desuden, at psykiatriske diagnoser er hyppigst forekommende blandt anbragte børn og unge sammenlignet med ikke-anbragte jævnaldrende børn. Det fremgår ikke, om diagnoserne er stillet før eller efter anbringelserne, men resultaterne antyder, at børnene enten har diagnoserne med sig ved anbringelsen, eller at diagnosen konstateres fx i forbindelse med skolestart og besøg hos sundhedsplejersken (32).

En lang række forskningsartikler, især engelske og svenske, dokumenterer dårligt psykisk helbred hos anbragte børn og unge. En dansk forløbsundersøgelse af anbragte børn konkluderer, at anbragte 11-12-årige klarer sig markant dårligere på samtlige SDQ-spørgsmål (Strengths and Difficulties Questionnaire) end deres jævnaldrende ikke-anbragte (32). Børn anbragt uden for hjemmet har også øget risiko for tilknytningsmæssig ujævn udvikling, hvis de har mange skiftende omsorgspersoner og skiftende familiekonstellationer, hvorfor dette også må indgå i den samlede vurdering af barnets samlede sundhedstilstand.

I skolesundhedstjenesten skal man derfor have særligt fokus på disse børns sundhedstilstand. Det betyder bl.a., at man, når man fx modtager nye børn med en sådan baggrund, medvirker til, at de bliver tilset af den praktiserende læge, og at man får indhentet relevante oplysninger fra tidligere læger (både i primær og sekundær sektor) og sundhedsplejersker med samtykke fra relevante personer. Det er hos børn anbragt uden for hjemmet særlig vigtig at være opmærksom på forældremyndighedsforhold og plejeforhold, samt hvem der kan give informeret samtykke til undersøgelser og samtaler i skolesundhedstjenesten.

Ved tvivlsspørgsmål om forældremyndighedsforhold og plejeforhold kan man altid kontakte socialforvaltningen, der har et myndighedsansvar, og som sundhedspersonalet har underretningspligt over for. Der vil den ansvarlige sagsbehandler kende til forældremyndighedsforholdene og øvrige omstændigheder angående barnets placering uden for hjemmet (frivillig, tvang, værge).

Særlige helbredsproblemer hos børn og unge af anden etnisk herkomst

Langt de fleste særlige helbredsproblemer hos børn af anden etnisk herkomst skyldes psykosociale, økonomiske og kulturforhold for barn og familie som migration (herunder international adoption), PTSD (post traumatisk stress syndrom), fattigdom, analfabetisme, konsangvinitet, tidligere svære traumer i familien m.m.

Der er dog nogle særlig somatiske forhold, som man bør være opmærksom på:

- Seksuel og reproduktiv sundhed, specielt graviditetsforebyggelse, myter om mødom samt kvindelig omskæring
- D-vitamin-mangel
- Anæmier
- Infektionssygdomme og vaccinationer
- Rituelle handlinger med somatiske følger
- PTSD. Beskrives i kapitel 5.

Seksuel og reproduktiv sundhed

Seksuel og reproduktiv sundhed byder på en stor udfordring i forhold til uønsket graviditet, ligesom myter om mødom og komplikationer til omskæring. Kvinder af anden etnisk herkomst har flere uønskede graviditeter og aborter end etnisk danske unge kvinder (33). Vejledning om prævention og andre seksuelle forhold er derfor en vigtig opgave for den kommunale sundhedstjeneste. Læs mere i kapitel 13.

Blandt en del yngre kvinder findes myter om mødom, der ikke er i overensstemmelse med virkeligheden. Det kan være myten om, at alle kvinder bløder ved første samleje, myten om at man ikke kan blive gynækologisk undersøgt uden at ødelægge jomfruhinden, at sportsudøvelse kan få mødommen til at briste eller myten om, at man kan få rekonstrueret eller transplanteret en ny jomfruhinde.

I forbindelse med seksualundervisning bør dette emne derfor tages op. Foreningen Sex og Samfund har i samarbejde med børneafdelingen og gynækologisk afdeling på Skejby Sygehus udarbejdet en pjece, der beskriver myter om mødom. Pjecen kan rekvireres gratis hos foreningen Sex og samfund eller på børneafdelingen på Aarhus Universitetshospital (34). Der laves i dag ikke rekonstruktion af jomfruhinder i det offentlige sundhedsvæsen.

Følger efter rituelle omskæringer af piger er stadig en udfordring i Danmark hos de piger, der fx er omskåret i hjemlandet, inden de kom til Danmark. Det er vigtigt at være opmærksom på vandladningssmerter, inkontinens og menstruationssmerter samt på mulige psykiske traumer. Der er risiko for nyrepåvirkning og nedsat nyrefunktion, og det kan blive nødvendigt at lave en reoperation for at sikre evnen til normal vandladning og dermed barnets/den unges sundhed og udvikling. Ved indskolingsundersøgelser samt ved øvrige kontakter gennem skoletiden skal eventuel omskæring og følger heraf inddrages i undersøgelse og samtale, hvor det er relevant.

I samtalerne i løbet af skoletiden kan det være vigtigt at tage dette emne op hos alle, der kan være blevet omskåret før bosættelse i Danmark, eller som har været på ferie i hjemlandet, hvor der kan være mistanke om, at omskæring kan være foretaget.

Hvis barnet/den unge er født i Danmark, og man i forbindelse med sit møde med barn og familie får mistanke om, at barnet er blevet omskåret eller står for at skulle omskæres i forbindelse med rejse til hjemlandet, har man pligt til at underrette socialforvaltningen i henhold til Servicelovens § 153 (7,35, 36)

D-vitamin-mangel

Mangel på D-vitamin er kendt i visse etniske grupper og specielt blandt mørklødede personer, der går meget tildækket og dermed får mindre sollys og kutan dannelse af D-vitamin. Mangelsymptomer er specielt led- og muskelsmerter. Læs mere i kapitel 4.

Anæmi

Specielle anæmiformer som seglcelle-anæmi, thallasmi og glucose-6-phofatase-mangel er hyppig i visse etniske befolkningsgrupper, og alle med relevant anamnese bør undersøges herfor. Glucose-6-phofatase-mangel stiller særlig krav i forhold til fødevarer og medicin, der ikke tåles. Læs mere i kapitel 4.

Infektionssygdomme og vaccinationer

Såfremt man i skolesundhedstjenesten får kendskab til, at et barn eller ung skal rejse til hjemlandet, bør sundhedspersonalet være opmærksom på at anbefale forældre, at deres børn får relevant rejsevaccination og malariaprofylakse, ligesom oplysning om hygiejniske forholdsregler til forebyggelse af smitsomme sygdom-

me er relevant. Det er fx kendt fra almen praksis, at der i visse økonomisk dårligt stillede familier ofte spares på vaccination (fx mod hepatitis).

Ved nyankomne familiesammenførte børn er det desuden vigtigt at medvirke til, at børnene kommer til læge og bliver klinisk vurderet i forhold til udvikling, sygdomme og vaccinationsstatus. Flygtningebørn, der modtages gennem Røde Kors-systemet, vil have haft tilbud om en klinisk undersøgelse og screening for sygdom via Røde Kors. Internationalt adopterede børn er som oftest kommet til Danmark før skolealderen og er i den forbindelse blevet tilbudt relevant undersøgelse for infektionssygdomme sygdomme, vaccinationsstatus samt udviklingsproblemer og skulle ved skolestart være tilkoblet relevante behandlingsinstitutioner, hvis dette har vist sig nødvendigt.

Hvad enten børnene og de unge er kommet til Danmark som familiesammenførte, kvoteflygtninge eller international adoption og har fået tilbudt nogle former for sundheds- og sygdomsscreening, er det vigtigt at være opmærksom på, at dette tilbud kan være uudnyttet[1]. I skolesundhedstjenesten må man derfor udnytte mødet med familien til at undersøge, om barnet er relevant undersøgt og desuden understøtte brugen af disse tilbud med henblik på at bidrage til at sikre barnets sundhed og trivsel.

Rituelle handlinger med somatiske følger

En særlig problemstilling kan være rituelle handlinger med somatiske følger. Mest kendt er den asiatiske skik med at rulle en mønt over brystet ved feber. Dette kan give hæmatomer, der kan forveksles med fysisk vold. Alle abnorme hæmatomer bør vurderes på en børneafdeling. Ofte vil man lave koagulationsudredning og gå grundigt ind i anamnesen for at sikre, at der ikke er tale om vold. Andre eksempler kan være små snit i huden som stammekendetegn eller i forbindelse med smerter samt abdominal scarification i forbindelse med forstørret milt.

1 Social- og integrationsministeriet har i februar 2013 en ændring af integrationsloven i høring, som vil forpligte kommunerne til at tilbyde alle flygtninge og familiesammenførte dertil (herunder mindreårige børn), som kommunen overtager integrationsansvaret for, en individuel integrationsplan. Som led heri skal kommunen tilbyde en helbredsmæssig vurdering hos en læge af flygtningen og de familiesammenførte. Den helbredsmæssige vurdering har til formål dels at skabe grundlag for tidlig iværksættelse af udredning og behandling af eventuelle helbredsproblemer, og dels at kommunen får kendskab til eventuelle helbredsmæssige problemer, som kan have betydning ved tilrettelæggelsen af den socialfaglige integrationsindsats. Loven forventes at træde i kraft 1. juli 2013.

Skolefravær, sygdom og kognitive vanskeligheder

Nogle børn har skolefravær begrundet i somatisk sygdom, men når disse børn undersøges nærmere, findes der ikke holdepunkt for somatisk sygdom i et sådant omfang, at børnene ikke kan gå i skole. Der er tale om en meget sammensat gruppe af børn. Grundlæggende set er det meget få sygdomme, der medfører, at børn og unge ikke kan gå i skole. Det betyder, at sundhedspersonalet skal være meget proaktivt i forhold til det tværfaglige og intersektorielle samarbejde, der skal til for at afdække disse forhold. I Skolebørnsundersøgelsen 2010 fandt man, at 25 % af børnene var særligt belastede med sygdomssymptomer ved at have en, to eller flere symptomer dagligt (37). Disse tal er i overensstemmelse med ny undersøgelse om 5-7-åriges funktionelle lidelser (28). Der findes ikke undersøgelser, som viser sammenhæng mellem symptomer, fravær fra skole og indlæggelse, og der er tale om en meget heterogen gruppe.

Når barnet ikke kommer i skole eller har mange fraværsdage, kan det skade barnets kognitive, faglige og sociale udvikling. Det kan i sig selv være anledning til en underretning i henhold til Servicelovens § 153, hvilket primært er lærerenes ansvar og opgave. Det kan være værdifuldt for det samlede billede af barnets behov, at sundhedstjenesten i den slags sager bidrager med at vurdere sygdomsanamnesen i forhold til skolefravær og tager stilling til, om der er behov for nærmere undersøgelse hos praktiserende læge. Ved diskrepans mellem helbredsoplysninger og skolefravær kan forældrene indkaldes til samtale i den kommunale sundhedstjeneste, og underretning må overvejes.

En del af de børn, der indlægges med smerteproblematikker eller funktionelle lidelser, viser sig at have ikke-erkendte underliggende kognitive vanskeligheder af generel eller specifik art og/eller børnepsykiatriske lidelser – fx angst, depression, ADHD, udviklingsforstyrrelser. Hvis der i skolesundhedstjenesten er mistanke om dette, kan disse børn derfor med fordel drøftes i tværfaglig regi mellem kommunallæge, skole, PPR og eventuelt socialforvaltningen inden iværksættelse af henvisning til børneafdelingen. Læs også kapitel 5.

Socialpædiatriske vanskeligheder ved kronisk sygdom og udviklingsproblemer

Børn med kronisk sygdom eller udviklingsproblemer kræver en særlig flerstrenget indsats, for at deres sundhed og udvikling sikres. En stor del af dette er forsøgt sikret gennem Serviceloven, idet der til disse børn, unge og deres familier findes mulighed for en del særlige kompensatoriske støtteforanstaltninger. I sundhedslo-

ven er i § 123 bestemt, at kommunalbestyrelsen skal oprette en tværfaglig gruppe med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov (38). Den tværfaglige gruppe skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab. Bestemmelsen er uddybet i Vejledning om forebyggende sundhedsydelser (1).

Der forventes i fremtiden at komme flere børn med livsstilssygdomme, specielt overvægt og diabetes type 2. Ligeledes må man som følge af bedre overlevelsesmuligheder forvente øget behov for særlige funktioner for mere sjældne kroniske sygdomme opstået i barnealderen. Der er derfor inden for flere fagområder etableret fælleskonsultationer både hos læger og sygeplejespecialister inden for pædiatrien og det tilsvarende voksenspecialist-team.

Mindst 12 % af unge lever med kronisk sygdom. Inden for adolescensområdet arbejdes med udvikling af "transition" – overgang fra barn til voksen, hvor de unge overtager en større del af ansvaret for behandlingen, hvilket kan være en behandlingsmæssig svær periode. Læs mere om kronisk sygdom i kapitel 4.

Der er stigende evidens for, at unge med kroniske lidelser er dobbelt udsatte, idet de har en risikoadfærd som er lig – hvis ikke højere end – raske jævnaldrende, samtidig med potentiale for større negativ konsekvens på baggrund af disse vaner (39). Undersøgelser har vist, at børn med kroniske lidelser har en øget risiko for at udvikle forstyrrede spisevaner, hvorfor også præventiv indsats i form af sunde kostvanter anbefales.

Kronisk lidelse i adolescensen kan udgøre en større psykosocial byrde. Væsentlige faktorer er stress associeret med selve diagnosen, behandlingen, social stigmatisering og marginalisering. Ændrede planer og forventninger til fremtiden samt erhvervsvalg kan være en udfordring. De fleste børn og unge formår at tilpasse sig, undersøgelser har dog vist, at der blandt unge med kroniske lidelser er dobbelt så mange som blandt raske unge, der har samtidig associerede psykiske vanskeligheder (39).

Ved kroniske lidelser som fx diabetes, gigtlidelser og cystiske fibrose er non-adhærens/dårlig compliance til den anbefalede medicinske behandling en udfordring. Det er vigtigt at forstå barnets/den unges perspektiv for både sygdom og behandling. Faktorer som manglende vilje, mangel på tid og glemsomhed er ofte begrundelse fra både forældre, børn og unge. Der ses en tendens til flere barrierer ved behandlingen i familier med højere konfliktniveau og mindre forældrestøtte. Således får psykosociale faktorer betydning for adhærens, behandlingskontrol af sygdommen og dermed også livskvalitet. Tydelig kommunikation mellem patient og behandler samt koordinering har stor betydning samt vedvarende inddragelse

af den unge selv, både i forståelse af egen sygdom og behandling, men også til selv at føle ansvar for behandlingen.

Sundhedsstyrelsen har i 2012 udgivet en rapport om de vanskeligheder, der er forbundet med at håndtere børn og unges kroniske sygdom i socialt udsatte familier (40). Rapporten udpeger på baggrund af litteraturstudier om emnet på 6 kerneproblematikker, der udgør en udfordring i forhold til lighed i sundhed i håndteringen af børn og unge med kronisk sygdom:

1. Health illiteracy
2. Lav self-management
3. Dårligt psykisk velbefindende
4. Kommunikation og relationsdannelse i sundhedsvæsenet
5. Netværk og familiestrukturer
6. Kulturelle forhold

Rapporten er baggrund for udmøntning af satspuljeprojekter, der i 2013-2016 skal arbejde med at støtte forældre og børn til at håndtere en kronisk sygdom mere hensigtsmæssigt. Rapporten kan imidlertid også anvendes som inspiration til at styrke indsatsen i kommunerne overfor denne gruppe børn, unge og deres forældre.

Forældre med egne vanskeligheder

I socialpædiatrien findes en overhyppighed af forældre med egne vanskeligheder, hvad angår sundhed og helbred. Det kan være svær somatisk sygdom, svær psykiatrisk sygdom, svær skilsmisse eller alkohol- eller rusmiddelbrug. Alle tilstande, der kan påvirke forældrenes psykiske tilstand, og som for barnet kan betyde skiftende familiekonstellationer, fx i form af anbringelse i døgn- eller familiepleje. Til tider kan disse forældre have utilstrækkelige personlige ressourcer til i tilstrækkeligt omfang at varetage barnets behov, og til tider kan opleves et højt konfliktniveau mellem forældre. Dette kan vanskeliggøre den normale kommunikation, dialog og vurdering af den kliniske tilstand samt mulig informeret samtykke til relevante profylaktiske, diagnostiske, behandlingsmæssige eller rehabiliterende tiltag.
Denne problematik vil ofte være en udfordring for den enkelte sundhedsplejerske eller læge, der involveres i familien gennem skolesundhedsarbejdet. Familiens manglende ressourcer eller et højt konfliktniveau kan vanskeliggøre det tværfaglige og intersektorielle arbejde, idet der let kan opstå splitning mellem de professionelle fagfolk. Dermed vanskeliggøres den behandling eller sociale indsats, der skal sikre barnets sundhed og udvikling. Fast supervision og teamarbejde kan derfor

være nødvendigt for professionelle fagfolk, der arbejder med svære socialpædiatriske problemstillinger og andre udfordringer med udsatte børn og deres familier.

LITTERATUR

1. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Sundhedsstyrelsen, 2011. www.sst.dk
2. Lindström, B. og Spencer, N. Social Paediatrics. Oxford University Press, 1995.
3. Reisby, N. Tværkulturel psykiatri. I Elsass og Hastrup. Sygdomsbilleder. Medicinsk antropologi og psykologi. Gyldendal, 1986.
4. Delholm-Lambertsen, B. Oppe på bjerget – ude på landet. Forældres, lægers og sygeplejerskers kvalitetsopfattelse og kvalitetsvurdering af indlæggelse og behandling af akut syge børn. Det sundhedsvidenskabelige fakultet, Aarhus Universitet, 1999.
5. Indenrigs- og sundhedsministeriet. VEJ nr. 9698 af 21/08/2009 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. www.retsinformation.dk
6. WHO: Report On the Consultation on Child Abuse Prevention. 1999. http://www.yesican.org/definitions/WHO.html
7. Socialministeriet. Serviceloven LBK nr. 904 af 18/08/2011. www.retsinformation.dk
8. Kempe, C.H., Silverman, F.N. et al. The battered-child Syndrome. J Am Acad Child Psychiatr 1963:210-211.
9. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review. Pediatrics 1999; 103:186-91.
10. Seng, J.S., Sandra, A. et al. Posttraumatic Stress Disorder and Physical Comorbidity Among Female Children and Adolescents: Results from Service-Use Data. Pediatrics 2005; 116:767-76.
11. Graham-Bermann, S.A, Seng, J.S. Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high risk children. J Pediatr 2005;146:349-59.
12. Glaser, D. Child Abuse and Neglect and the Brain – A Review. J Child Psychol Psychiatry. 2000; 41:97-116.
13. Dong, M., Anda, R.F., Felitti. V. et al. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect and household dysfunction. Child Abuse Negl 2004;28:771-84.
14. Finkelhor, D., Ormrod, R.K., Turner, H.A. Poly-victimization. Child Abuse Negl 2007; 31:7-26.
15. Sundhedsstyrelsen. Etablering af børnehuse I Danmark – styrkede rammer for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i sager om overgreb mod børn. Sundhedsstyrelsen, 2012. www.sst.dk
16. Christoffersen, M. Langtidseffekter af forældres alkoholmisbrug. Ugeskrift for læger 166/4. 4. oktober 2004.

17. Christoffersen, M. Risikofaktorer i barndommen. SFI, 1999.
18. SISO, Videncenter for sociale indsatser ved seksuelle overgreb mod børn, og SUS, Socialt Udviklingscenter. Seksuelle overgreb mod børn og unge med handicap. En kvalitativ og kvalitativ undersøgelse af omfang og karakter af seksuelle overgreb. Socialstyrelsen, 2007. www.siso-boern-dk
19. Mehlbye, J. Seksuelle overgreb på børn og unge på døgninstitutioner. I Mehlbye, J. og Hammershøj, A. Seksuelle overgreb mod børn og unge. En antologi om forebyggelse og behandling. Forskningsnetværket om seksuelle overgreb mod børn, 2006.
20. Uldum, B. et al. Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspision child abuse and neglect. Int. J Paediatri Den 2010;20:361-4.
21. Ankestyrelsen: Tag signalerne alvorligt. Underretninger er udtryk for omsorg. Ankestyrelsen, 2009. www.ankestyrelsen.dk
22. Servicestyrelsen. Den professionelle tvivl. Tegn og reaktioner på seksuelle overgreb mod børn og unge. SISO, Børne- og ungeenheden. Servicestyrelsen, 2010.
23. Strange, M. Unge krænkere. Socialforskningsinstituttet. 02:7. 2002.
24. Brun, B. og Wintlev, Å. Mødre der udsætter deres børn for alvorligt omsorgssvigt. Dansk Psykologisk Forlag, 2009.
25. Jenny, C. og Roesler, T.A. Medical Child Abuse. Beyond Munchausen Syndrome by Proxy. American Academy of Pediatrics, 2009.
26. Center for selvmordsforskning og Socialministeriet. Kommunepakken – Forebyggelse af selvmordsadfærd hos børn og unge. Odense 2006. www.selvmordsforskning.dk
27. Sundhedsstyrelsen. Færre selvmord og selvmordsforsøg. Sundhedsstyrelsen, 1998. www.sst.dk
28. Rask, C.U. Functional somatic symptoms in 5-7-years-old children. Assessment, prevalence and co-occurrence. PhD dissertation. Aarhus University, Faculty of Health Sciences, 2009.
29. Rask, C.U. og Skovgaard, A.M. Funktionelle somatiske symptomer hos børn. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning. Oktober 2009.
30. Rask, C. Funktionelle lidelser hos børn. I Fink, P, Rosendal, M, editors. Funktionelle lidelser udredning og behandling. Kapitel 15, p. 159-165. Munksgaard; 2012 2012.
31. Lask, B. Pervasive refusal syndrome. Advances in Psychiatric Treatment (2004), vol. 10, 153-159.
32. Egelund, T. et al. Anbragte børn og unge. En forskningsoversigt. Det Nationale Forskningscenter for Udvikling (SFI), 2009. www.sfi.dk
33. Sundhedsstyrelsen. Undersøgelse om uønskede graviditeter og valg af abort blandt kvinder under 25 år. Sundhedsstyrelsen, 2010. www.sst.dk
34. Sex & Samfund, Lysthuset og Børneafdelingen Skejby Sygehus. Myter om mødom. 2008.
35. Sundhedsstyrelsen: forebyggelse af omskæring af piger. Sundhedsstyrelsen, 1999.
36. Undervisningsministeriet. Vi har alle et ansvar. Information til sundhedsplejersker, kommunallæger, lærere, pædagoger og sagsbehandlere om piger og omskæring. 2003.
37. Rasmussen M & Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2010. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet. København, 2011.

38. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Sundhedsloven, LBK nr. 913 af 13/07/2010. www.retsinformation.dk

39. Susan M Sawyer, Sarah Drew, Michele S Yeo, Maria T Britto. Adolescents with a chronic condition: challenges living, Challengestreat i Lancet 2007; 369: 1481–89ng.

40. Sundhedsstyrelsen: Sociale forholds betydning for håndteringen af børn med kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen, 2012. www.sst.dk

YDERLIGERE LITTERATUR

Andersen, L.Z. Mit navn er Zornig. Gyldendal, 2011.

Det kriminalpræventive Råd. Overgreb mod børn. Ser du noget? Gør du noget. 2007.

Hagelquist, J.A. Mentalisering i mødet med udsatte børn. Hans Reitzels Forlag, 2012.

Killén, K. Omsorgssvigt er alles ansvar. Hans Reitzels Forlag, 1998.

Kliegam, R.M. et al. Nelson's Textbook of Pediatrics. 19th edt. USA, 2011.

Øvreeide H. At tale med børn. Samtalen som redskab i børnesager. Hans Reitzels Forlag, 2004.

HJEMMESIDER

www.acestudy.org

www.ipscan.org

www.nfbo.dk

www.funktionellelidelser.dk

www.sexogsamfund.dk

www.cbo.skejby.dk

Ulighed i sundhed – udsatte og sårbare børn i skolen

Vibeke Samberg

Hovedparten af de børn, som sundhedsplejersken møder i skolen, er sunde og raske. De trives i deres dagligdag og kan håndtere de udfordringer, som livet byder dem. De er alderssvarende i deres udvikling med de normale variabler, der er i enhver skoleklasse. De er generelt præget af livsmod og udtrykker glæde ved deres liv med familie, venner, skole, fritidsinteresser etc.

En mindre del af de børn, som sundhedsplejersken møder i skolen, har sundheds- og trivselsmæssige problemer, der i kortere eller længere perioder af deres barndom placerer dem i en udsat og sårbar position i forhold til en sund og stimulerende udvikling i barndom og ungdom, der fører til et sundt voksenliv. Disse børn skal særligt tilgodeses i udførelsen af skolesundhedsarbejdet med henblik på at reducere ulighed i sundhed.

Ulighed i sundhed

Nogle børn vokser op med ulige forudsætninger for en opvækst, der giver dem mulighed for at opnå samme sundhed og trivsel, som flertallet af børn har. Dette kan sjældent forklares ved hjælp af en simpel, enkel determinant, idet der ofte er flere faktorer, der gør sig gældende for den enkelte. Ikke alle faktorer er lige synlige, hverken for den enkelte, der er påvirket af disse, eller for omgivelserne.

Det vides med sikkerhed, at nogle af de sygdomme, som voksne individer har, er påvirket af forhold helt tilbage i fostertilværelsen, hvor der kan spores tegn på determinanter for sygdomme i voksenlivet. Jo flere risikofaktorer individet udsættes for gennem forstertilværelse, barndom, ungdom og voksenliv, jo større er sandsynligheden for en ophobning af sygdomsårsager og dermed en akkumulering livet igennem. En eksponering tidligt i livet øger sårbarheden for effekter af risikofaktorer senere i livet (1).

En helt tidlig determinant som fx nedsat fostervækst og præmaturitet forekommer i langt højere grad hos børn, hvis mødre har lav eller ingen uddannelse og i det hele taget befinder sig i en lav socioøkonomisk position i samfundet (2).

Lav vækst ved indskolingsundersøgelsen kan være genetisk betinget, men sundhedsplejersken bør skærpe opmærksomheden i forhold til, at lav vækst og undervægt eventuelt kan være en indikator for social ulighed i sundhed.

Modsat kan overvægt ved indskolingsundersøgelsen også være en indikator for social ulighed i sundhed. Overvægt ved indskolingen samt taleudvikling er to velkendte indikatorer for barnets senere helbred, der kan identificeres ved indskolingsundersøgelsen. Barnets kognitive udvikling er betinget af dets sproglige udvikling, og dermed er det sprog, som barnet behersker ved indskolingen, af betydning for dets sundhed. Er barnet overvægtigt ved indskolingen, så er det en risikofaktor for senere overvægt og dermed et dårligt helbred (1).

Børn og forældre med ulige forudsætninger for sundhed og trivsel skal have særlig opmærksomhed og tilbud fra skolesundhedstjenesten, jf. sundhedslovens § 122 (3), bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge, kapitel 4 (4) og afsnit 5.3 og 6 i "Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge" (5).

Hypoteser om ulighed i sundhed

Nogle af samfundets borgere har en ringere sundhed end hovedparten af befolkningen, hvilket kan beskrives ved tre grundlæggende sociologiske hypoteser: selektionshypotesen, livsstilshypotesen og socialstruktur-hypotesen (6).

Selektionshypotesen forklarer, hvordan et dårligt helbred influerer negativt på ens muligheder for at opnå positioner, hvor man kan klare sig i samfundet og opnå de livsgoder, som flertallet af befolkningen har del i. Vokser et barn op i en familie, hvor forældrene har et dårligt helbred eller kronisk sygdom, vil det også kunne påvirke barnets fremtidige muligheder for at opnå social lighed i sundhed. Det er derfor relevant for sundhedsplejersken at have kendskab til eventuel kronisk sygdom og dårligt helbred, ikke bare hos det skolebarn, som hun møder, men også i barnets familie.

Livsstilshypotesen forklarer, hvordan nogle grupper i samfundet, typisk de familier, der tilhører samfundets lavere klasser, lever et mindre sundt liv med usund kost, mangel på motion, rygning, etc. Denne livsførelse sætter sig spor, både hos forældre og børn, og medfører på sigt ulighed i sundhed. Omvendt forklarer hypotesen, hvordan den mere veluddannede del af befolkningen lever sundere, spiser mere sundt og dyrker mere motion, hvilket er med til at styrke deres sundhed.

Som sundhedsplejerske er det fx relevant at tale med børn og unge om bl.a. deres fritidsinteresser, herunder fx deres muligheder for at være fysisk aktive og deres og familiens livsstil i øvrigt. Undersøgelser viser fx, at de børn, der kommer fra socialt dårligt stillede hjem, ikke nær så hyppigt som flertallet af børn deltager i organiserede fritidsinteresser. Danske studier viser, at dårlige økonomiske forhold i familien er med til at begrænse både det organiserede og det uorganiserede fritidsliv sammen med kammerater (7). Nogle af de socialt udsatte familier synes også at mangle de ressourcer, som det kræver af forældrene i forhold til at involvere sig i praktisk støtte og opbakning til barnet, så det er i stand til at deltage i sports- og fritidsaktiviteter.

Socialstruktur-hypotesen forklarer, hvordan helbredsbelastende levevilkår påvirker helbredet. De befolkningsgrupper, der har kortere uddannelser og dermed er socialt lavere placeret i samfundet, har typisk de mest helbredsbelastende typer af arbejde. Samtidig er det den befolkningsgruppe, der har de færreste ressourcer til at ændre på deres livssituation og fx finde de ressourcer, som det kræver at finde andet arbejde, anden bolig etc. De har få økonomiske midler, og de er yderligere kendetegnet ved, at de ikke har ressourcepersoner i deres netværk, der kan hjælpe og støtte dem, så de kan opnå ændringer i deres liv.
Fx er nogle typer af fritidsjob, som udføres af skoleelever, helbredsbelastende trods samfundets bestræbelser på, at ingen børn skal udsættes for både fysisk

hårdt og også helbredsbelastende arbejde. Som skolesundhedsplejerske er det derfor bl.a. vigtigt at have fokus på de elever, der har et fritidsjob og ikke mindst, hvor meget og med hvad børnene arbejder. Et fritidsjob kan således, hvis det ikke er egnet til et skolebarn, få negative konsekvenser for sundheden, både på kort og på lang sigt.

Skolen som arena til reduktion af ulighed i sundhed

Ved at have fokus på de børn, der er udsatte og sårbare allerede ved skolestart, kan skolen være med til at reducere ulighed i sundhed set i et livslangt perspektiv. Børns opvækstvilkår og tidlige udvikling er påvirket af økonomiske, sociale og psykiske forhold i familien, men derudover kan daginstitutioner og skole også have stærk indflydelse på barnets chancer for et sundt liv og helbred senere i livet (1). I tværfagligt samarbejde med skolens øvrige personale kan sundhedsplejersken være med til at støtte gruppen af børn og ikke mindst det enkelte barn i en sund udvikling og en hverdag i trivsel. Læs også kapitel 12 om mobning og social trivsel.

Skolens personale og sundhedsplejersken kan være med til at motivere de elever, der ikke hjemmefra motiveres så stærkt til skolegang, bedre sundhedsvaner og -adfærd etc. som flertallet af børn. De voksne, som barnet møder i skolen, kan være med til at udgøre et eksternt støttende netværk for barnet. Det kan være med til at udvikle barnets selvtillid og kompetencer, bl.a. ved at give børnene følelsen af at lykkes, og at mål, der sættes, kan nås og føre til sejre.

Sundhedsplejersken har gennem samtaler og andre aktiviteter i skolen mulighed for at have en unik kontakt til det enkelte barn, da sundhedsplejersken ikke måler eleverne på deres faglige præstationer. Det giver barnet/den unge en mulighed for et frirum, hvor de kan møde en voksen, der er interesseret i dem, i deres sundhed og trivsel i en måske ellers presset hverdag, hvor krav fra mange vinkler, herunder et krav om faglige præstationer, fylder rigtig meget.

Børneforløbsundersøgelsen (8) viser, at børn med ressourcesvage forældre har flere problemer i løbet af deres tidlige udvikling end børn fra ressourcestærke familier, og at dette også fører til problemer under indskolingen og senere i løbet af skoletiden i form af såvel faglige problemer, som konflikter, tale- og sprogproblemer, koncentrationsproblemer og psykiske problemer. Sundhedsplejersken kan bidrage med sin viden om barnet/den unge og familien i det tværfaglige samarbejde om disse familier og være en væsentlig samarbejdspartner for skolens lærere i forhold til at bedre den enkeltes sundhed og trivsel.

I mødet med alle skolebørn og unge drøfter sundhedsplejersken gennem alle skoleårene konsekvenser af både sund og usund adfærd og levevis på forskellig vis og med forskellige metoder. I mødet med de udsatte og sårbare børn er en sundhedsfremmende og forebyggende indsats i forhold til usunde valg og vaner særlig vigtig, da disse børn og unges vaner og adfærd oftere end andres er præget af usunde vaner og usund livsstil (9). Det gælder således om at styrke viden og refleksioner om virkningen af usund adfærd og usunde valg i forhold til tobak, alkohol, euforiserende stoffer, fysisk inaktivitet, etc., ligesom oplysninger om sundhedsfremmende adfærd og vaner såsom sund kost, fysisk aktivitet, betydningen af netværk/venskaber etc. må især drøftes med de udsatte og sårbare børn og unge.

Ved udskolingssamtalen bør den enkelte unge planer for fremtiden drøftes, så sundhedstjenesten kan bidrage til den unges motivation for at gennemføre en ungdomsuddannelse. Mangel på ungdomsuddannelse øger den unges risiko for ungdomsarbejdsløshed og manglende mulighederne for en stabil tilknytning til arbejdsmarkedet, hvilket øger risikoen for dårligt helbred og øget dødelighed, idet udsatte unge har en markant overdødelighed (1).

Fritidsaktiviteter som bidrag til at mindske ulighed i sundhed

Som det beskrives i kapitel 15, har fysisk aktivitet betydning for sundheden både i forebyggende og behandlende øjemed. Det anbefales børn og unge i alderen 5 til 17 år, at de er fysisk aktive i mindst en time daglig. Læs mere om anbefalingen i kapitel 15.

Anbefalingen opfyldes nemmest, hvis barnet/den unge deltager i faste ugentlige skemalagte aktiviteter, typisk ved at være tilmeldt en sportsaktivitet i organiseret klubregi.

Af kvalitative undersøgelser fremgår det, at fritidsaktiviteter, både de organiserede og de uorganiserede, kan fungere som vigtige åndehuller for sårbare og udsatte børn i en hverdag, der ellers er udfordrende og ofte præget af afsavn (7).

Fritidsaktiviteter kan give børn med svære opvækstvilkår en arena, hvor de kan få "en pause" fra en ellers presset hverdag og ikke mindst kan en fritidsaktivitet give nogle børn en "ny identitet", hvor de kan præstere og blive anerkendt for nogle særlige færdigheder. Fritidsaktiviteter styrker dem i at finde en identitet og giver dem mulighed for at opnå anerkendelse fra andre børn og voksne. Det styrker også deres muligheder for venskaber og netværksdannelse, og ikke mindst kon-

takten med andre voksne, trænere og andre børns forældre, der kan udgøre et eksternt støttesystem for barnet. Alt sammen faktorer, som har betydning for et sundt og velfungerende voksenliv (10).

Fritidspas som eksempel på konkret indsats

Undersøgelser viser, at børn fra delvist ressourcesvage eller ressourcesvage familier sjældnere end andre børn deltager i organiserede fritidsaktiviteter. Det gælder især børn, der bor med en enlig mor, hvor 18 % af børn fra denne type familie ikke dyrker nogen form for fritidsaktiviteter. Bor et barn hos en enlig far eller med begge forældre, så er det 11 %, der ikke går til en organiseret fritidsaktivitet. Dårlig økonomi i familien kan være årsag til begrænset deltagelse i fritidsaktiviteter, både de organiserede og de uorganiserede, og dermed begrænses også barnets muligheder for at være sammen med kammerater efter skoletid og her få mulighed for et "åndehul" i en hverdag, der kan være udfordrende og præget af afsavn (5).

I 2006 etableredes via satspuljemidler en tre-årig forsøgsordning. Fritidspasordningen, hvis formål var at tilbyde udsatte familiers børn og unge i alderen 6-18 år vejledning og/eller økonomisk støtte i forhold til at få mulighed for at deltage i fritidsaktiviteter sammen med deres jævnaldrende.

Evaluering af forsøgsordningen var positiv og førte til en forlængelse, således at 23 kommuner i 2012 tilbyder et fritidspas til udsatte børn og unge, der giver gratis adgang til organiserede fritidsaktiviteter i forskellige idrætsforeninger.

Et fritidspas giver det enkelte barn/unge en mulighed for at deltage i sociale fællesskaber og som følge heraf en mulighed for at møde rollemodeller, danne netværk etc., og et aktivt fritidsliv fremmer generelt barnets/den unges udvikling og trivsel, hvilket igen styrker sundheden.

Opsporing og tidlig indsats

Når sundhedsplejersken skal identificere, hvilke børn der er udsatte og sårbare blandt de mange skolebørn, som hun møder, kan der i henhold til Børneforløbsundersøgelsen (8) skeles til følgende karakteristika, der ofte forekommer i relation til disse børn: Det drejer sig ofte om børn, der har svage eller manglende relationer med jævnaldrende børn. De kan have lave faglige kundskaber og lavt selvværd. Deres forældre er ofte ressourcesvage og har i flere tilfælde sociale problemer. Barnet lever ofte i en hverdag, der savner strukturer og desuden fremhæves børn, der ikke bor sammen med deres biologiske far, men med deres biologiske mor (der enten bor alene eller med ny partner), hvor mor har lav eller ingen uddannelse, og hvor mor har ingen eller en løs tilknytning til

arbejdsmarkedet. Det kendetegner også mange af disse familier, at der forekommer en eller flere belastende faktorer som kronisk sygdom, både fysisk og psykisk, misbrug og mangel på økonomiske ressourcer. Barnet kan have oplevet hyppige skoleskift, ligesom det kan have været udsat for fysisk afstraffelse. Det har siden 1997 været forbudt at slå børn i Danmark, men det forekommer fortsat i mange familier. Ifølge studier af førnævnte kohorte viser det sig, at fysisk afstraffelse indgår som en del af opdragelsen, der dog reduceres i takt med, at børnene bliver ældre. Alligevel angiver 17 % af forældrene til børn fra børnekohorten født i 1995, at de har anvendt fysisk afstraffelse over for deres børn, både da de var 3, 7 og 11 år gamle. Det til trods for at forældres ret til at slå deres børn blev ophævet, da disse børn var to år gamle (8).

I det umiddelbare møde med sundhedsplejersken spejler barnet ikke altid de afsavn, som barnet lider i hverdagen. Jo ældre børnene bliver, jo mere skjuler de ofte, at deres livsbetingelser er anderledes end flertallet af klassekammeraternes. En del børn formår at få et fritidsjob, mens andre har forældre, der selv lider afsavn, for at deres børn kan møde i skole med tøj, computer etc., så de ligner de andre børn i klassen.

Det er væsentligt at have fokus på det barn, der gentagne gange dukker op med små skrammer, som hun ønsker plaster på, klager over hovedpine, mavesmerter etc. eller det barn, som man gentagne gange observerer følger et andet barn ned til sundhedsplejerskens kontor på skolen. Det kan være et udsat, sårbart barn, der på denne måde forsøger at komme i kontakt med sundhedsplejersken uden at turde tage initiativet til en direkte kontakt om at få løst problemer i sin tilværelse. Sundhedsplejersken kan her forsøge at etablere en kontakt til barnet og invitere til en samtale om helbred og trivsel. Samtidig skal sundhedsplejersken være opmærksom på at tage kontakt til forældrene snarest muligt med henblik på at få udredt, hvad der sker hjemme i familien og tilbyde støtte og hjælp, eventuelt med henvisning til andre instanser. Læs mere i kapitel 10 om kommunikation med børn og forældre.

I mødet med de yngste skolebørn kan forældres manglende deltagelse ved fx indskolingsundersøgelsen være et tegn på, at forældrene ikke har prioriteret eller ikke har magtet at følge deres barn til denne undersøgelse. Sundhedsplejersken kan støtte barn og forældre ved at kontakte forældrene og drøfte mulighederne for, at de kan deltage. En kontakt fra sundhedsplejersken med betoning af, at det er vigtigt for barnet og det fremtidige samarbejde omkring barnets trivsel og sundhed, at forældrene deltager, kan være den afgørende motiverende faktor, der bevirker, at forældrene vælger at deltage. Et forslag kan være, at tidspunktet for undersøgelsen flyttes, så forældrene har mulighed for at deltage. Alternativt kan det drøftes, om der er nogle andre fra familiens netværk, fx bedsteforældre, der har mulighed for at følge barnet til indskolingsundersøgelse.

Ulighed i sundhed viser sig på mange måder og hos børn i alle aldre De børn, der har ulige forudsætninger og muligheder for sundhed og trivsel, kan opspores ved at se på eventuelle repræsentationer af kendte risikofaktorer i relation til ulighed i sundhed. Det kan fx dreje sig om overvægtige børn, eller om børn, der ikke har fulgt helbredsundersøgelser ved deres praktiserende læge inden skolestart. Det kan være et tegn på forældres manglende overskud og mangel på ressourcer i hverdagen. Børn, der ikke er ordentlig klædt på i forhold til årstiden, og børn med mangelfuld hygiejne bør også have sundhedsplejerskens bevågenhed, ligesom børn med fysiske klager som hyppig hovedpine, mavepine, svimmelhed, træthed etc. og psykiske klager som ensomhed eller tristhed bør skærpe sundhedsplejerskens opmærksomhed, da det kan være symptomer på mistrivsel og en trussel for barnets sundhed (11).

At være udsat for en risikofaktor i forhold til ulighed i sundhed er ikke ensbetydende med, at man påvirkes negativt af disse faktorer og får ulige forudsætninger for sundhed. Forskning viser, at jo flere risikofaktorer, som den enkelte udsættes for, jo større er sandsynligheden for, at barnet påvirkes af disse faktorer og dermed ikke opnår samme sundhed, som langt de fleste børn opnår. Det gælder således for sundhedstjenesten om at bidrage til, at reducere forekomsten af risikofaktorer med henblik på at opnå bedst mulig sundhed (1).

Indkaldelse af forældre

Ifølge sundhedslovens § 122 skal sundhedsplejersken tilbyde børn og unge med særlige behov en ekstra indsats (3). Dette sker på baggrund af en konkret faglig vurdering, den enkeltes behov og problemstillingen og i samråd med familien og tværfaglige samarbejdsparter, jf vejledningen (5). Udsatte og sårbare børn tilhører denne kategori og skal som følge heraf tilbydes ekstra indsats gennem skoletiden, så længe behovet eksisterer.

Sundhedsplejersken har mulighed for at indkalde forældre til en samtale om et barns trivsel. Nogle forældre kan af den ene eller anden grund have svært ved at møde på skolen, og i de tilfælde kan samtalen foregå i barnets hjem.

I samtalen kan sundhedsplejersken fortælle om sine observationer og de(n) problemstilling(er), som hun ser, med det kendskab, som hun har til barnets sundhed og trivsel, og forældrene kan drøfte deres eventuelle bekymringer og behov med hende. I mødet med forældrene må sundhedsplejersken være bevidst om, at forældrene og sundhedsplejersken ikke nødvendigvis, som udgangspunkt, deler opfattelse af sundhed og de eventuelle sundhedsproblemer, som sundhedsplejersken har identificeret.

Når sundhedsplejersken italesætter de observationer, som hun har gjort sig omkring barnet, og som har ført til mødet med forældrene, må hun udvise en anerkendende adfærd i dialogen med forældrene. Det kan bl.a. gøres ved at spørge systematisk ind til forældrenes handlinger, holdninger, tanker og følelser i forhold til deres barns sundhed og trivsel. Det vil give forældrene mulighed for at udtrykke deres viden om barnets sundhed og trivsel, samt eventuelle bekymringer for deres barn.

Ved hjælp af aktiv lytning og reflekterende spørgsmål kan sundhedsplejersken få indsigt i forældrenes perspektiv på deres barns sundhed og trivsel. Dette er en vigtig forudsætning for den dialog, der kan føre til opnåelsen af en fælles forståelse, som et udgangspunkt for processen til at styrke barnets sundhed og trivsel.

Nogle forældre kan føle sig magtesløse i forhold til at støtte deres barn i dets skolegang, da de aldrig selv har opnået en uddannelse. Her kan sundhedsplejersken fx dele viden om, at det, der kendetegner de unge, der gennemfører en uddannelse trods forældrenes manglende økonomiske og uddannelsesmæssige kompetencer, er, at de unge har haft forældre, der har formået aktivt at interessere sig for de unges skolegang og har deltaget i kulturelle aktiviteter med børnene/de unge (12).

Læs mere i kapitel 10 om den svære samtale med forældre og børn.

Ikke-etniske danske børn og efterkommere

Der er langt flere ligheder end forskelle mellem indvandrere, efterkommere (børn af forældre der er indvandret til Danmark) og etnisk danske børn, når det gælder skolebørns risiko for ikke at opnå bedst mulige sundhedstilstand. Som nævnt ovenfor er disse børn ofte kendetegnede ved en presset hverdag med afsavn og måske kronisk sygdom i familien, der ofte består af en enlig mor eller to forældre, der fx er lavtuddannede, og som har en svag tilknytning til arbejdsmarkedet eller som er på overførselsindkomst. De børn af anden etnisk oprindelse end dansk og efterkommere, der tilhører denne gruppe, har derfor ofte livsvilkår, der ligner de etnisk danske børn, der vokser op i socialt udsatte familier.

Der er dog enkelte markante forskelle, når man ser på de ikke-etnisk danske børn og efterkommeres selvrapporterede helbred. Her viser det sig fx, at gruppen af piger blandt etniske og efterkommere hyppigere end andre føler sig ensomme, udenfor og har mindre tillid til sig selv.

Efterkommere indtager hyppigere slik og drikker sodavand, sammenlignet med indvandrere og etnisk danske børn. Modsat har etnisk danske skoleelever, både drenge og piger, i langt højere grad erfaringer med at drikke alkohol end gruppen af indvandrere og efterkommere.

Også når det gælder elevernes trivsel rapporterer indvandrere og efterkommere hyppigere, at de er utrygge i skolen, at de ikke oplever deres klassekammerater som venlige og hjælpsomme, og at de oftere end de etnisk danske børn kommer i slåskampe (13).

Tidlig indsats og tværfagligt samarbejde

De fleste kommuner har udarbejdet en detaljeret handlingsplan, som sundhedsplejersken på skolen kan benytte sig af, hvis der fattes mistanke om, at et barn mistrives. Som sundhedsplejerske har man ifølge servicelovens § 153 skærpet underretningspligt (14). Det betyder, at sundhedsplejersken har pligt til at gribe ind langt tidligere end den almindelige borger ved mistanke om, at et barn mistrives.

Bliver sundhedsplejersken opmærksom på, at et barn viser tegn på mistrivsel, fx under en samtale eller ved en undersøgelse, så vil der ofte være behov for en yderligere indsats. Erfaring viser, at jo tidligere man griber ind, jo mindre en indgriben er der ofte brug for. En mindre indsats kan dreje sig om behov for rådgivning, vejledning og støtte i en kortere periode, mens en betydelig større og mere indgribende indsats kan blive nødvendig, hvis der ikke foretages en tidlig indsats, eller problemet er af større omfang.

Sundhedsplejersken skal bruge sine observationer, sin faglige viden og det kendskab, hun måske allerede har til det enkelte barn. Nogle problemer kan sundhedsplejersken løse i samarbejde med barnet og dets forældre, og forældrene bør altid inddrages så tidligt som muligt. Andre problemer kan kræve en nærmere drøftelse med kollegaer eller nærmeste leder for at afklare, hvilken hjælp og støtte familien har behov for. Dette kan ske anonymt, såfremt familien ikke endnu har givet samtykke til at iværksætte tværfagligt samarbejde, hvilket kræves, med mindre man vælger at anvende bestemmelserne i Barnets reform. Med Barnets Reform er det muligt for relevante fagpersoner at udveksle private oplysninger om et bestemt barn, hvis det vurderes, at det er af væsentlig betydning for den forebyggende og tidlige indsats, jf. § 49 a. Det er tilladt for fagpersoner i SSD-samarbejdet (Skole, Socialforvaltning, Sundhedspleje og Dagtilbud) (14).

Bestemmelsen om SSD-samarbejdet skal sikre, at den tidlige og forebyggende indsats ikke forringes af, hvorvidt det er muligt at indhente forældrenes samtykke

i en indledende, afklarende fase. Men det er en forudsætning, at initiativtageren til denne udveksling af private oplysninger har forsøgt eller overvejet muligheden for at indhente forældrenes samtykke, før der udveksles oplysninger. Loven tillader kun denne udveksling af oplysninger én gang ved ét møde, og kun i særlige tilfælde kan der ske en udveksling af oplysninger mellem de myndigheder og institutioner ved et opfølgende møde, jf. § 49 a, stk. 2.

Det er kun fagpersoner, der agerer på den kommunale myndigheds vegne, der er omfattet af § 49 a. Kredsen af fagpersoner, der har denne tilladelse, er således begrænset af hensyn til at beskytte barnet/den unge og forældrenes retssikkerhed. De, der kan benytte paragraffen til indbyrdes udveksling af private oplysninger om et bestemt barn, er fagpersoner på skole, skolefritidsordning, kommunalt ansatte læger, dagtilbud, fritidshjem, myndigheder, der løser opgaver inden for området socialt udsatte børn og unge, samt sundhedsplejersker, tandlæger og tandplejere. Derimod er det ikke muligt for sundhedsplejersken eller andre i SSD-samarbejdet via denne paragraf at udveksle oplysninger med fx privatpraktiserende læger, familieplejere, klubtilbud og anbringelsessteder.

Forældrene kan bidrage med specifik viden om barnet og deres opfattelse af problemerne. Ved at inddrage andre relevante fagpersoner kan sundhedsplejersken bidrage til at sikre, at indsatsen for det enkelte barn optimeres. Det sker ved at dele viden og erfaringer, forældrene og de enkelte fagpersoner imellem. Det styrker en helhedsorienteret indsats over for barnet og giver mulighed for en tidlig indsats, før problemer vokser sig større.

Til sikring af den koordinerede indsats over for det enkelte barn skal den tværfaglige gruppe, jf. bekendtgørelsens § 15, udpege en, der er ansvarlig i forhold til koordination af indsatsen. Det kan være sundhedsplejersken, der påtager sig denne rolle, men det kan ligeså vel være en af de andre i gruppen, der påtager sig rollen som "tovholder" i den konkrete sag. Sagens karakter vil ofte afgøre, hvem der bedst muligt kan varetage koordinationen. Læs mere i kapitel 2 om det praktiske arbejde og i vejledning om forebyggende sundhedsydelser kapitel 4 (5).

Børn kan få en bisidder

Nogle børn har ikke en ressourcestærk voksen i deres netværk, der kan hjælpe og støtte dem igennem et sagsforløb hos kommunen. I servicelovens § 48 er det bestemt, at børn og unge, hvis sag behandles efter kapitel 11 om særlig støtte til børn og unge, har ret til en bisidder. Siden 2008 har Børns Vilkår tilbudt sådanne børn en professionel børnebisidder, der sørger for at støtte barnet, så det bliver hørt og ikke mindst fastholder et fokus på barnets perspektiv i sagen.

Børnebisidderen har en børnefaglig uddannelse og kendskab til lovgivningen inden for området børn og unge. Børnebisidderen hjælper barnet med at tage kontakt til kommunen eller andre relevante myndigheder, og sidenhen deltager vedkommende i de møder, der afholdes. Børnebisidderen kan støtte barnet i en svær livssituation og hjælper barnet med at forstå, hvad der bliver sagt, og hvad der bliver aftalt og følger op på møder og aftaler, så det sikres, at barnet er hovedpersonen i sin egen sag og ikke mindst, at barnets rettigheder varetages. Børns Vilkårs Børnebisidderkorps er et gratis landsdækkende tilbud.

Børneportalen

Børnerådet har i 2013 etableret sitet Børneportalen, hvis formål er at hjælpe børn og unge med at finde frem til netop den rådgivning, de har brug for og følger sig trygge ved at henvende sig til. Børneportalen fortæller og børn og unge om deres rettigheder på de mange forskellige områder, man kan få hjælp til. Hjemmesiden henvender sig til de 10-15-årige, men undersøgelser, Børnerådet har lavet i forbindelse med etablering af siden, har vist, at det er vigtigt, at de voksne omkring børn og unge også kender til de mange gode hjælpetilbud, der findes. Derfor er Børneportalen også god at kende for lærere, pædagoger, psykologer, sundhedspersonale og mange andre faggrupper, der er tæt på børn og unge i hverdagen. Også blandt sports- og fritidsforeninger kan man tit have brug for at vide, hvordan man kan hjælpe børn og unge, der har personlige eller familiemæssige vanskeligheder.

Et netværk af rådgivningstilbud for børn og unge

Børnerådet har samlet de mange rådgivningstilbud i et netværk, hvor man skal diskutere, hvordan man kan blive endnu bedre til at støtte op om de mange børn og unge, der hver dag rækker ud efter hjælp og rådgivning. Netværket tæller indtil videre 20 organisationer, der går sammen for at udveksle erfaringer og viden om børn og unges brug af rådgivningstilbud.

Læs mere på www.boerneportalen.dk

LITTERATUR

1. Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C.: Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen, 2011 www.sst.dk
2. Johansen, A. et al.: Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. Statens Institut for Folkesundhed, 2007.
3. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Sundhedsloven LBK 913 af 13/07/2010. www.retsinformation.dk.
4. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010. www.retsinformation.dk
5. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. 2011. www.retsinformation.dk
6. Lynch, J. W., Kaplan, G. A.: Understanding how inequality in the distribution of income affects health. Journal of Health Psychology 2(3): 297-314.1997.
7. Dahl, K.: Udsatte børns fritid. SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd. 07:16. 2007.
8. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Undersøgelse af årgang 1995 (tidligere Børneforløbsundersøgelsen). www.sfi.dk
9. Rasmussen, M., Due P. (red): Skolebørnsundersøgelsen 2010. Forskningsprogrammet for Børns og Unges Sundhed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2011
10. Werner, E.E., R.S. Smith. Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery. New York: Cornell University Press. 2001.
11. Andersen, S., Helweg-Larsen, K.: Børns fysiske aktiviteter i skole og fritid - Er socialt udsatte børn fysiske inaktive og har det betydning for deres helbred og trivsel? Statens Institut for Folkesundhed, 2008.
12. Jensen, U.H.: Uddannelse som proces eller mål – om forældre til mønsterbrydende unge. Uddannelsesguiden. Ministeriet for børn og undervisning, 2005.
13. Nordahl Jensen, H., Holstein, B.E: Sundhed og trivsel blandt indvandrere, efterkommere og etniske danskere i 5., 7. og 9. klasse. Statens Institut for Folkesundhed, 2010.
14. Social- og integrationsministeriet. Serviceloven LBK 810 af 19/07/2012. www.retsinformation.dk

HJEMMESIDER

www.bornsvilkar.dk

www.boerneportalen.dk

Sundhedspædagogik i skolesundhedstjenesten

Jeanette Magne, Børge Koch og Venka Simovska

Når sundhedspædagogik knyttes direkte til et begreb om sundhedsfremme, er det en særlig aktivitetsform, der sigter efter at opbygge ressourcer og udvikle handlekompetence hos børnene, så de bliver i stand til at forholde sig til og handle i forhold til egen og andres sundhed. Sundhedsfremme defineres således som målsætningen om at opbygge ressourcer og skabe sundhed og trivsel for forskellige målgrupper.

Det anbefales i Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, at sundhedspædagogiske aktiviteter bør udgøre ca. en tredjedel af sundhedstjenestens opgaver på skolerne. Det sundhedspædagogiske felt er under stor udvikling, og sundhedstjenesten må kontinuerligt holde sig opdateret på området, således at den del af den samlede indsats på skolerne planlægges og gennemføres i forhold til den nyeste viden.

Opgaver og roller

Skolesundhedstjenesten skal i henhold til Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (1) gennemføre aktiviteter, der i samarbejde med skolens ledelse og lærere bidrager til at støtte børn, unge og deres forældre i at træffe sunde valg i samspil med andre og de rammer, som de befinder sig i. Sundhedsplejersker er eksperter i sundhedsfremmeprocesser, og i den forbindelse er det væsentligt at kende en række specifikke begreber, der knytter sig til det sundhedspædagogiske arbejde. Desuden har det stor betydning, at sundhedsplejersken er i stand til at iværksætte læringsprocesser om sundhed over for børn og forældre som en naturlig del af skolesundhedsarbejdet i samarbejde med skolens lærere.

I vejledningen præciseres, at sundhedsplejersken kan optræde i to forskellige ekspertroller: som sundhedsfaglig ekspert og som ekspert i at sætte en proces om sundhedsfremme i gang. Det er først og fremmest som ekspert i at igangsætte sundhedsfremmeprocesser, at sundhedsplejersken arbejder sundhedspædagogisk, og det er dette særlige aktivitetsfelt, som beskrives nedenfor.

Vejledningen beskriver fire kernebegreber, som det sundhedspædagogiske arbejde i skolen bør tage udgangspunkt i. Det drejer sig om det brede og positive sundhedsbegreb, børn og unges aktive deltagelse, deres handlekompetence og handlinger som del af deres læring. I det følgende udfoldes disse fire kernebegreber nærmere. En central position i relation til sundhedsfremme er desuden, at sundhedsfremmearbejdet må forstås og udvikles i tæt sammenhæng med skolekonteksten. Derfor ses også nærmere på skolen som sundhedsfremmende setting.

Arbejdet med sundhedsfremme i skolen omfatter didaktisk tilrettelæggelse af undervisning, hvilket vil sige overvejelser over, hvad der skal læres og en sikring af sammenhængen mellem undervisningens formål, indhold, gennemførelse og evaluering. Dette kapitel introducerer til de væsentligste spørgsmål, der indgår i den didaktiske planlægning, og der gives en overordnet indføring i begreber og synsvinkler i sundhedspædagogik, der danner udgangspunkt for at arbejde sundhedspædagogisk med sundhedsfremme i skolen. I kapitel 2 findes konkrete eksempler på, hvordan sundhedsplejersken praktisk kan tilrettelægge og gennemføre det sundhedspædagogiske arbejde med børn og unge.

Hvad er pædagogik?

Pædagogik kan defineres som en videnskab, der beskæftiger sig med uddannelse, læring og kompetenceudvikling. Sundhedspædagogik kan defineres som enhver planlagt handling, der involverer kommunikation og dialog mellem underviser

og barnet/den unge med henblik på at producere læring og kompetenceudvikling i relation til sundhed.

WHO definerer sundhedspædagogik således (2):

> *"Sundhedspædagogik er kombinationen af planlagte sociale handlinger og læringsoplevelser udformet for at gøre det muligt for folk at opnå kontrol over de afgørende determinanter for sundhed og sundhedsadfærd og over de forhold, der påvirker deres og andres sundhedsstatus."*

Definitionen understreger, at en af de vigtigste sundhedspædagogiske opgaver er at give børn og unge mulighed for at opnå kontrol både over deres individuelle livsstil og over de levevilkår, der påvirker deres og andres sundhed.

Nedenfor bringes tre forskellige modeller for sundhedspædagogik, som hver i sær forholder sig forskelligt til målet med sundhedspædagogisk aktivitet (3).

Forebyggelsesmodellen: Sundhedsformidling og undervisning forstås her som forebyggende aktiviteter, der skal give børn og unge information og specifik viden om sundhed. Sundhedsprofessionelle skal gennem formidlingen udvikle holdninger og færdigheder hos børnene, som kan hjælpe dem til at få en sund livsstil. Det handler om at overbevise dem om at ændre adfærd i forhold til alkoholindtag, tobaksrygning, sikker sex og andre risikofaktorer, der øger risikoen for sygdom. Målet er at forebygge sygdomme.

Empowermentmodellen: Formålet med empowerment er at styrke individers og fællesskabers kapacitet til at håndtere og forbedre sociale og samfundsmæssige forhold i deres hverdag af betydning for sundhed. I skolen indebærer det at gøre børn og unge i stand til at gennemføre sundhedsfremmende forandringer på deres skole og i lokalsamfundet omkring skolen. Eksempelvis kan børnene arbejde for, at skolens kantine serverer sund mad, og at skolen giver muligheder for bevægelse og fysisk aktivitet. Sundhedsplejersken kan opfordre børnene til at reflektere kritisk over, hvilke forandringer det kræver at gøre det sunde valg på skolen til det lette valg. I samarbejde med lærere kan sundhedsplejersken vejlede børnene, så de kan handle for at forandre forhold på skolen.

Den radikale model: Den radikale model for sundhedspædagogik lægger vægt på kritisk bevidstgørelse af børn og unge og på strukturelle ændringer. Formålet med radikal sundhedspædagogik er at gøre det muligt for individer og fællesskaber at være politisk aktive og drivkraft for samfundsmæssige ændringer relateret til sundhed. Børnene kan eksempelvis diskutere emner som, hvorfor nogle befolkningsgrupper i Danmark er sundere end andre, og hvorfor nogle samfund/lande

ikke giver lige adgang til sundhedstjenester for hele befolkningen. Dermed vil børnene reflektere over emner som social ulighed i sundhed og sundhed som en basal menneskerettighed.

Når sundhedspædagogik handler om opbygning af handlekompetence og empowerment, kan man tale om en *kritisk* sundhedspædagogik. Formålet med kritisk sundhedspædagogik er at skabe grundlag for, at børn og unge kan være med til at skabe forandringer i såvel levevilkår som livsstil. Målet med kritisk sundhedspædagogik er med andre ord at udvikle børn og unges handlekompetence.

Den kritiske sundhedspædagogik giver børn og unge mulighed for at udvikle kompetence til at have indflydelse på de faktorer, der påvirker deres sundhed. For den sundhedsprofessionelle indebærer begrebet empowerment at udvikle børn og unges forståelse for sundhedsproblemer i samfundet og for de grundlæggende årsager til disse problemer. En central placering af empowermentbegrebet i sundhedspædagogik giver mulighed for at fremme børn og unges færdigheder til at håndtere sundhedsproblemer, som de selv identificerer og til at tage socialt ansvarlige beslutninger. Det er denne vinkel på sundhedspædagogik, der anvender de faglige synsvinkler fra Undervisningsministeriets faghæfte 21 om sundhed- og seksualundervisning og familiekundskab: Viden om årsager og betydning, visioner og alternativer, handling og forandring (4).

Kritisk sundhedspædagogik bygger på forskning, der viser, at:

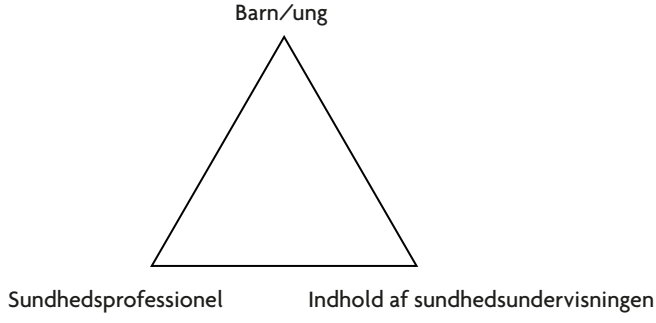
- Handlekompetence og ejerskab er nøgleelementer for udvikling af effektiv sundhedsfremme
- For at udvikle kompetence til at skabe sundhedsmæssig forandring er det nødvendigt, at børn og unge støttes af voksne i at udvikle en handlingsorienteret viden om sundhed
- For at være handlingsorienteret skal den viden, som børnene erhverver sig, være multidimensionel og indfange sundhedsproblemernes kompleksitet
- Viden, der bidrager til sundhedsfremmende handlinger, opnås bedst gennem konkret deltagelse i sundhedsprojekter, hvor børnene aktivt afprøver handlinger
- Der ligger et stort potentiale for sundhedsfremme, hvis skole og lokalsamfund arbejder tæt sammen
- Når børn og unge inddrages i sundhedsfremmende processer sammen med voksne, er det vigtigt, at de anskues som aktive, sociale aktører på deres egne betingelser. De skal anerkendes som reelle deltagere i sundhedsfremmende processer sammen med voksne
- Kompetent vejledning er essentiel i forhold til at sikre børn og unges reelle deltagelse og indflydelse.

Didaktik

Arbejdet med sundhedspædagogik kræver didaktiske overvejelser i planlægning af lærerprocessen. Didaktik er defineret som *"pædagogisk refleksion, hvor planlægningsdimensionen står centralt"* (5). Nøglespørgsmål i tilrettelæggelse af læreprocesser er:

- Hvem skal lære? (deltagerforudsætninger)
- Hvad skal læres? (indhold)
- Hvorfor? (formål)
- Hvordan? (principper, organiseringsformer og metoder) og
- Hvornår? (tids- og læringsrum).

Sammenhængen mellem disse elementer sammenfattes i en didaktisk trekant. Trekanten præsenteres nedenfor, hvor den er tilpasset sundhedsprofessionelles arbejde på skoler.



Figur 1. Didaktisk trekant

Tilpasset efter Carlsson, 2012 (5)

En didaktisk tilgang til planlægningen indebærer, at den sundhedsprofessionelle reflekterer over de spørgsmål, roller og relationer, som trekanten anviser. Relationerne mellem de tre punkter angiver betingelserne for undervisningen.

I kritisk, deltagerorienteret sundhedspædagogik er rollefordelingen mellem barn og sundhedsprofessionel forskellig fra traditionel sundhedskommunikation. Forskellene mellem traditionel envejskommunikation og en deltagerorienteret pædagogisk praksis skitseres i tabel 1. Med udgangspunkt i den didaktiske trekant opsummeres disse forskelle i forhold til den lærendes rolle (barnet /den unge), den professionelles rolle og indholdet af sundhedsundervisningen.

	Traditionel sundhedsundervisning	Deltagerorienteret sundhedspædagogik
Børn	Modtagere af sundhedsinformation; skal udvise viden og færdigheder og indføre sund livsstil, som bestemt af eksperterne. Nøgleordet er compliance	Kyndige aktører, undervisere; selvregulerende vidensskabere; skabere, redaktører og tolke af mening; fortalere for og ledere af forandring vedrørende sundhedsspørgsmål. Nøgleordet er indflydelse og valg
Sundheds-professionelle	Gruppeledere fokuseret på "motivation"; upartiske leverandører af sundhedsinformation; eksterne observatører og evaluatorer af forløbet	Facilitatorer, interaktionsvejledere, dialogpartnere; konsulenter i vidensprocesser og sundhedsfremmende forandring
Indhold	Lukket, biomedicinsk sundhedsbegreb; fragmenteret viden med fokus på individuelle risikofaktorer	Åbent sundhedsbegreb; flerdimensionel, tværfaglig viden om sundhedsproblemer; forhandlede betydninger og forståelser; forandringsstrategier; indlejret i målgruppens sociokulturelle miljø

Tabel 1. Traditionel vs. deltagerorienteret sundhedspædagogik: forskellige roller og forhold (6)

Handlekompetence

I Faghæfte 21 (4) for skolens sundhedsundervisning er målsætningen med sundhedsundervisningen at bidrage til, at eleverne udvikler handlekompetence. Handlekompetence hentyder til evnen til at handle for at fremme sundhed og trivsel i hverdagslivet.

I det følgende skitseres de væsentligste elementer af begrebet handlekompetence i relation til børn og unge med morgenmad som eksempel:

Kritisk indsigt i årsager og betydning: Dette element vedrører børn og unges handlingsorienterede forståelse af sundhed. Denne forståelse forudsætter en sammenhængende viden om, hvad det betyder at spise eller ikke spise morgenmad i det daglige. Det betyder kendskab til arten og omfanget af de problemer, det kan medføre ikke at spise morgenmad, hvordan og hvorfor problemet opstår, hvem problemet har indflydelse på og de forskellige muligheder, der findes for at kunne løse problemet. Børn og unge skal her udforske forskellige problematikker omkring morgenmad, og de skal søge svar på, hvilken betydning og værdi morgenmad har for deres eget liv.

Engagement: Engagement henfører til børn og unges motivation og lyst til at blive involveret i initiativer, der handler om sundhed med udgangspunkt i deres eget liv. Engagement er nært forbundet med kritisk indsigt i årsager og betydninger, da viden om et problem ikke automatisk omsættes til handling, medmindre engagementet og modet er til stede. Børn og unges engagement udvikles, når de inviteres til at komme med input om, hvad der har betydning for, at de selv spiser sundt om morgenen, hvad de kan lide/ikke lide at spise til morgenmad, og hvordan det konkret lader sig gøre, at de spiser sund morgenmad i hverdagen. Ved at koble morgenmadsproblemet med for børnene relevante oplevelser og præferencer i hverdagen øges deres ejerskab af og engagement i problemet, hvilket har betydning for deres motivation til at gøre noget ved det.

Visioner og alternativer: Dette element forudsætter evnen til at se bag om sundhedsproblemerne og tænke kreativt. Det handler om udviklingen af børn og unges ideer, drømme og fantasiforestillinger om deres fremtid og om det samfund, som de vokser op i. Et eksempel kunne være: Hvordan skal vores samfund, hjem og skole indrettes og fungere, for at alle børn får de bedste muligheder for at spise morgenmad? Eleverne arbejder her med at udvikle deres egne drømme, værdier og visioner for, hvordan de gerne vil forandre og udvikle forholdene inden for det pågældende tema eller emne.

Handleerfaringer og forandring: Børn og unge skal i denne fase udvikle forslag til konkrete handlinger, der bringer dem nærmere deres egne visioner. De skal vælge handlinger ud, som de konkret prøver af. Og de skal samle op på resultaterne af deres handlinger, evaluere dem og eventuelt justere og sætte nye i gang. At afprøve konkrete handlinger ses som et vigtigt bidrag til elevernes læring og udvikling af handlekompetence. Det er centralt, at børn og unge deltager i "real-life"-handlinger med henblik på at skabe forandring på forskellige niveauer; i klasseværelset, på skolen, i lokalsamfundet, i byen m.v. Disse erfaringer bidrager især til udvikling af handlekompetence, idet handlingerne finder sted sammen med erfarne voksne og sundhedsprofessionelle, der kan guide handlingsprocessen. I relation til morgenmad kan børn og voksne i fællesskab beslutte at åbne en morgenmadscafe på skolen, hvor børn og voksne inden skoletid kan organisere et tilbud om morgenmad. Børn og voksne kan spise morgenmad sammen og her diskutere, hvilke præferencer børnene har for morgenmad, og hvilken betydning disse præferencer har for sammensætningen af et sundt morgenmåltid. Desuden kan børn og voksne diskutere, hvordan skolens rammer har betydning for, hvordan eleverne spiser i løbet af skoledagen, og hvilken betydning morgenmad har for børnenes koncentration og læringsudbytte.

Der kan opstilles følgende kriterier, der skal være opfyldt, for at elever demonstrerer handlekompetence:

- At børn og unge har viden om og indsigt i sundhedsmæssige emner og problemstillinger baseret på et positivt og bredt sundhedsbegreb
- At børn og unge kan argumentere for deres valg og handlinger
- At børn og unge kan deltage i beslutninger og beslutningsprocesser om deres sundhed i skolen, i familien og i lokalsamfundet
- At børn og unge har lyst, vilje og mod til at forandre forhold, der har betydning for deres sundhed
- At børn og unge undersøger og overvejer kreative alternativer til en sundere livsstil
- At børn og unge handler målrettet mod løsning af sundhedsrelaterede problemer
- At børn og unges handlinger er sundhedsfremmende
- At børn og unges handlinger er etisk legitime.

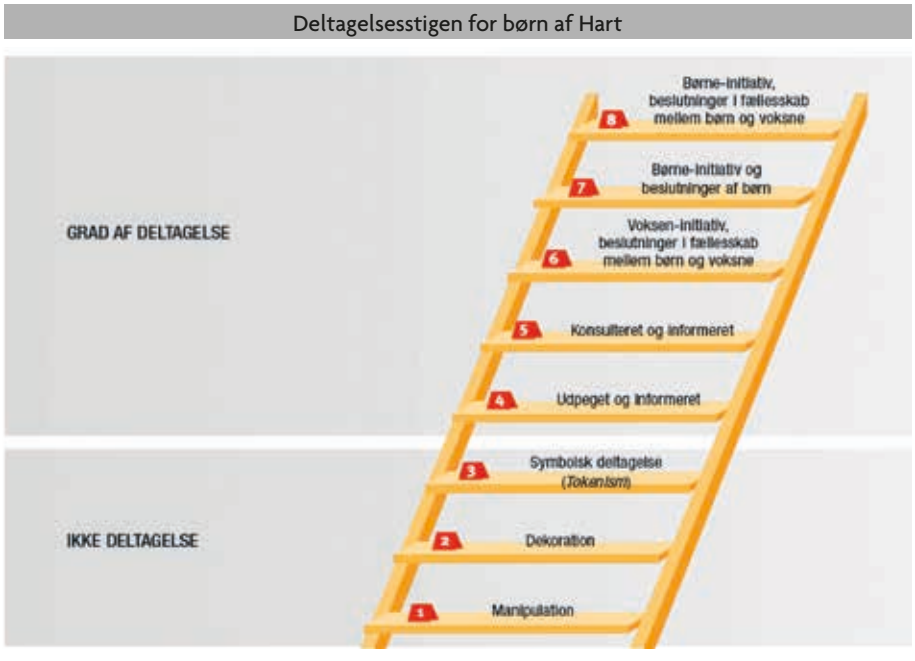
Deltagelse

Deltagelse/medbestemmelse/involvering er centrale begreber i sundhedspædagogik, når målet med de sundhedspædagogiske aktiviteter er læring og udvikling af handlekompetence og empowerment (7). Deltagelse handler om niveauer af, hvordan børn og unge aktivt kan være med til at præge både form og indhold af de sundhedspædagogiske aktiviteter i skolen, så de oplever aktiviteterne som relevante. Børnenes oplevelse af, at sundhed har relevans i deres hverdagsliv, har stor betydning for deres engagement og ejerskab. Deres deltagelse og medbestemmelse er med til at sikre, at aktiviteterne tager udgangspunkt i børn og unges hverdagsliv, og at børnene føler sig berørte af de sundhedsaktiviteter, som de involveres i.

Deltagelse benyttes ofte med reference til en vekselvirkning mellem flere forskellige strategier, der har til hensigt at udvikle og øge børn og unges motivation for at engagere sig i sundhedspædagogiske aktiviteter. I nogle sammenhænge udlægges deltagelse som en form for målgruppeafprøvning, hvor formålet er at lytte til børn og unges holdninger og meninger om aktiviteter og tiltag, der er rettet mod at forbedre deres sundhed. Denne fortolkning af deltagelse opfatter udelukkende børn og unge som parter, der involveres i allerede planlagte aktiviteter, og hvor deres reelle indflydelse på form og indhold er begrænset (8).

I andre tilfælde tillægges børn og unges deltagelse fundamental betydning for deres udvikling som aktive samfundsborgere. Fokus er her børn og unges mulighed for at påvirke beslutninger, der er relateret til deres hverdagsliv. Denne forståelse af deltagelsesbegrebet afspejler en interesse for at fremme unges ejerskab, empowerment og evne til at påvirke de omstændigheder, der påvirker deres sundhed og

trivsel. Det er den sidste form for deltagelse, der repræsenterer et ideal om "ægte deltagelse", som det sundhedsfremmende arbejder sigter mod at opnå (8).



Figur 2. Deltagelsesstigen
Efter Hart, 1997 (9).

Deltagerstigen er inddelt i to hovedkategorier; fra 1-2 er der ikke tale om deltagelse, fra 3-7 er der tale om grader af deltagelse. Stigen kan også inddeles i tre underordnede kategorier: Information, konsultation og empowerment.

Information (1-3): Børn og unge kan være misinformerede, hvilket er etisk og fagligt uacceptabelt. De kan være uinformerede, hvilket er uacceptabelt af etiske grunde. Endelig kan børn og unge være informerede, hvilket betyder, at de har kendskab til forhold og beslutninger på et oplyst grundlag, dvs. også kender begrundelserne for forholdene.

Konsultation (4-5): Børn og unge kan høres og tages med på råd, og de kan få mulighed for at diskutere, argumentere og komme med ideer og input til beslutninger. Samtaler, diskussioner og dialog med børnene er centralt, når den sundhedsprofessionelle vil konsultere børnene. Samtalen er et redskab til vedligeholdelse og udvikling af fællesskaber (6).

Handlekompetence (6 -7): Der er redegjort for denne kategori i afsnittet om handlekompetence.

Børn og unge skal inddrages i såvel beslutningsprocesser som konkrete beslutninger vedrørende sundhedsfremme. Deltagelse handler først og fremmest om at tage udgangspunkt i, hvad børnene og de unge selv gerne vil tale om i relation til det emne, som er på dagsordenen. Opgaven er at involvere børn og unge i problemdefinition og at lade dem medvirke til at definere løsnings- og handlingsforslag i forhold til det pågældende sundhedsemne. I denne proces har børnene brug for vejledning og opbakning fra voksne, så deres løsningsforslag er socialt og etisk acceptable. Deltagelse betyder derfor ikke, at den sundhedsprofessionelle træder helt i baggrunden. Tværtimod, de sundhedsprofessionelle har en væsentlig opgave med at bidrage med deres faglige viden og kompetencer og at udfordre børnene på deres løsningsforslag, hvis der er behov for dette.

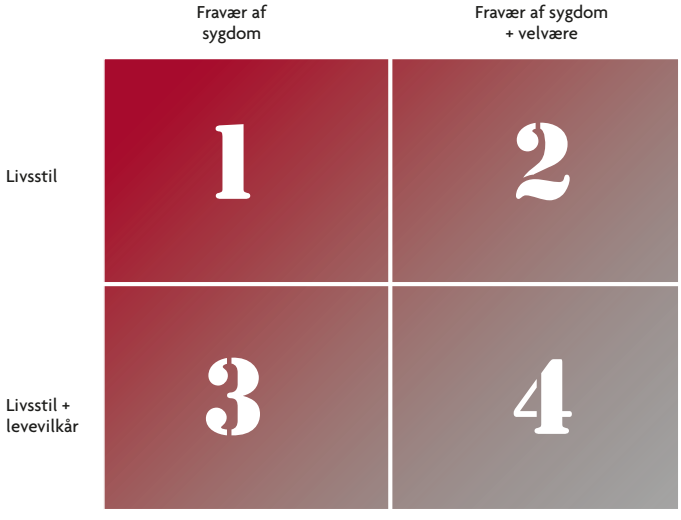
Anbefalinger til at arbejde med deltagelse i det sundhedspædagogiske arbejde:

- Tag udgangspunkt i børn og unges alder, køn, sociale og kulturelle baggrund, livsbetingelser, hverdagsliv og muligheder for sundhedsfremmende forandring
- Tag udgangspunkt i børn og unges reelle situation. Støt og vejled dem til at udforske, reflektere over og identificere deres egne sundhedsproblemer og støt dem i deres søgen efter mulige løsninger
- Hav som mål at opnå en fælles forståelse af sundhedsspørgsmålet mellem børn/unge og den sundhedsprofessionelle
- Stræb efter en forsigtig balance mellem på den ene side at tilbyde vejledning og støtte og på den anden side at give plads til det frie valg
- Sikr sparring og støtte fra kollegaer, lærere og skolens ledelse, herunder kompetenceudvikling og efteruddannelse, om hvordan man arbejder deltagerorienteret med sundhedsfremme
- Evaluér. Selvrefleksion og en vurdering af, hvad virker inden for din praksis, hvordan det virker, under hvilke omstændigheder og for hvem, er afgørende for en vellykket udvikling af praksis.

Det brede, positive sundhedsbegreb

Der er forskellige opfattelser af, hvad sundhed er for et fænomen, og hvad der påvirker sundheden (10). Nedenstående model viser fire forskellige måder at opfatte sundhed på. Det brede positive sundhedsbegreb rummes af det fjerde sundhedsbegreb, hvor sundhed opfattes som både tilstedeværelsen af trivsel og livskvalitet

og fravær af sygdom og hvor sundhedsmæssige forandringer både kan dreje sig om livsstil og om levevilkår. Sundhedsbegrebet er positivt, fordi der er fokus på såvel trivsel/velvære som fravær af sygdom, og samtidig bredt, fordi der ses på ændringer af såvel livsstil som levevilkår (6). Den kritiske sundhedspædagogik har udgangspunkt i det brede, positive sundhedsbegreb.



Figur 3. Fire forskellige sundhedsbegreber

1 har fokus på et sygdoms- og livsstilsorienteret sundhedsbegreb. Der sættes her lighedstegn mellem fravær af sygdom og sundhed, samtidig med at sundhed gøres til et rent livsstilsanliggende. Den biomedicinske tænkning om sundhed er typisk forankret i dette felt.

2 har fokus på den dobbelthed i sundhedsbegrebet, som både har blik for fravær af sygdom og blik for fysisk, psykisk og socialt velvære. Sundhed er i denne position også et rent livsstilsanliggende.

3 har fokus på et sygdomsorienteret sundhedsbegreb, men hvor såvel livsstil som levevilkår anerkendes som værende betydningsfulde for sundheden.

4 er et positivt og bredt sundhedsbegreb, som har fokus på to dobbeltheder: Dels at sundhed både handler om forebyggelse af sygdom og om fremme af fysisk, psykisk og socialt velvære, dels at såvel livsstil som levevilkår spiller en betydningsfuld rolle for sundheden.

For at arbejde sundhedspædagogisk og udvikle børnenes handlekompetence bør den sundhedsprofessionelle sigte efter at tage udgangspunkt i felt 4: det brede og positive sundhedsbegreb. En dialog om rygning, alkohol, kost eller andet med udgangspunkt i det brede, positive sundhedsbegreb indebærer, at den sundhedsprofessionelle sammen med børnene reflekterer over individuel adfærd relateret til sundhedsproblemet, og at diskussionerne også omfatter betydningen af levevilkår for fx udbredelsen af rygning blandt børn og unge. Desuden må dialogen også dreje sig om, hvordan børn og voksne i fællesskab kan handle for at ændre de leve- og samfundsvilkår, der påvirker det aktuelle sundhedsproblem.

Det er vigtigt for diskussioner med afsæt i det brede, positive sundhedsbegreb, at de inkluderer holistiske perspektiver og dimensioner af sundhedsbegrebet (sociale, psykologiske, spirituelle og seksuelle) og ikke kun fysiske dimensioner. Mental sundhedsfremme er et aktuelt emne i forbindelse med skolesundhed, hvilket understreger et fokus på at fremme ikke kun skolebørns fysiske sundhed, men også deres trivsel og almene psykiske velbefindende i skolen. Læs mere i kapitel 12 om dette emne.

Skolen som sundhedsfremmende miljø

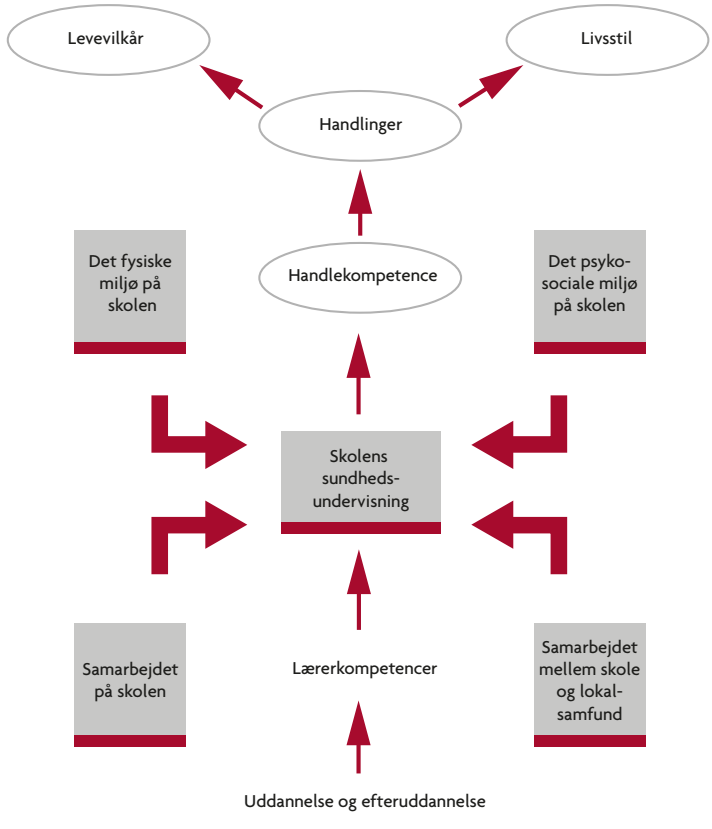
Sundhedsfremme og sundhedspædagogik i skolen foregår i en særlig kontekst, hvor forskellige mekanismer har en betydning for, hvordan skolen kan være et sundhedsfremmende miljø for elever og ansatte.

Settingsperspektivet, som blikket på miljøer og konteksters betydning for sundhed kaldes, påkaldte sig stor opmærksomhed, da WHO med Ottawa-charteret i 1986 (12) fremhævede, at sundhed først og fremmest skabes inden for rammerne af menneskers hverdagsliv. Ved at betone rammernes, miljøets og omgivelsernes indflydelse på sundhed udvidedes opfattelsen af, hvad der har betydning for den enkeltes og kollektivets sundhed (11, 12).

Gennem de sidste 15-20 år har settingsbaserede aktiviteter i skolen indtaget en central placering i arbejdet med sundhedsfremme i stigende erkendelse af, at de miljøer og kontekster, hvor børn og unge befinder sig, har afgørende betydning for såvel deres sundhed som for gennemførelsen af sundhedsfremmeaktiviteter i skolen (13).

Settingsperspektivet i sundhedsfremme kan ses som en modreaktion på en ensidig fokusering på individers livsstil, hvor den enkelte alene gøres ansvarlig for egen sundhed (13).

Der er lang tradition for at betragte skolen som en setting, der rummer store muligheder for at fremme børns mentale, fysiske og sociale sundhed. Skolen betragtes derfor som en nøglesetting i relation til børn og unge (14). I sig selv anses uddannelse for at være en af grundstenene i det sunde liv, ligesom skolen giver gode muligheder for at påvirke børn og unge til at udvikle sunde vaner, selvværd og en kompetence til at handle for at skabe de sundhedsfremmende forandringer i livet, som giver mening for dem selv. Andre elementer i den sundhedsfremmende skole er eksempelvis skolens sundhedspolitik, skolesundhedsplejen, skoletandplejen, skolens undervisning/udformning af curriculum, mad/måltider og kantineforhold på skolen, mulighed for leg og fysisk aktivitet på udendørsarealer. Endvidere anses elementer som skoleledelse, lærerkompetencer, skolens fysiske og psykosociale miljø, og samarbejdet med forældre og lokalsamfundet som væsentlige parametre, der bidrager til elevernes sundhed og trivsel. Den sundhedsfremmende skole bygger endvidere på principper som deltagelse, demokrati, lighed, empowerment og bæredygtighed (6, 14, 15).



Model 1. Komponenter i en sundhedsfremmende skole

Skolen som organisation repræsenterer en fysisk og en socio-kulturel enhed. Model 1 illustrerer for det første, hvordan skolens sundhedsundervisning kan betragtes som en "kerneydelse" i relation til sundhedsfremme (6). Samtidig påpeger modellen, at en række forudsætninger kan virke fremmende eller hæmmende på skolens sundhedsundervisning. Disse handler både om samarbejde (på skolen og mellem skole og omverden) og om miljøet (såvel det psyko-sociale som det fysiske) på skolen.

Det overordnede mål med skolens arbejde med sundhedsfremme er, som det fremgår af Faghæfte 21 (4), at udvikle elevernes kritiske og visionære kompetencer til at skabe sundhedsfremmende forandring på baggrund af deres egne handlinger. Dette perspektiv er grunden til, at undervisningskomponenten i modellen opfattes og beskrives som skolens kerneydelse. Undervisningen opfattes med andre ord som en slags garant og nødvendig betingelse for udvikling af elevernes nysgerrighed, kritiske bevidsthed og stillingtagen.

Det psykosociale miljø på skolen

Dette punkt drejer sig både om sociale omgangsformer, om mobning og fælles handling i forhold til problemer, der opstår og erkendes blandt eleverne og mellem de ansatte. Et støttende, anerkendende, fagligt og personligt udfordrende miljø bidrager til at udvikle de relevante undervisnings- og omgangsformer med rummelighed for de enkelte elever.

Det fysiske miljø på skolen

Dette punkt kan rumme mere fysisk-kemiske aspekter vedrørende byggematerialer, hygiejne, udluftning m.m. Også skolens arkitektur og indretning kan fremme eller begrænse børn og unges trivsel i skolen og i større eller mindre grad invitere til fleksible undervisningsformer. Læs mere om det fysiske miljø i kapitel 3.

Samarbejdet på skolen

Som det fremgår af vejledningen (1), kræver arbejdet med børn og unges sundhed og trivsel et tæt og konstruktivt samarbejde mellem flere faggrupper (lærere, sundhedsplejerske, læger og andet personale). Den kultur, der hersker om samarbejde mellem lærere og sundhedsprofessionelle er afgørende for mulighederne for at inddrage forskellige perspektiver i arbejdet med de faglige synsvinkler fra Faghæfte 21. Lærere og sundhedsprofessionelle på skolen har faglig viden og ressourcer, som begge faggrupper kan lægge i et samarbejde om udvikling af børne-

nes sundhed og handlekompetence. Vejledningen anbefaler, at skolesundhedstjenesten deltager i skolens tværfaglige møder for at bidrage til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring børn og unges sundhed og trivsel. Her kan sundhedspersonalet bidrage med både sundhedsfaglige og sundhedspædagogiske kompetencer og ressourcer og på den måde være med til, at der anlægges flere perspektiver på barnets (og familiens) udfordringer.

Samarbejdet mellem skole og lokalsamfund

Samarbejde mellem skolen og lokalområdet med dets aktører er en nødvendig forudsætning for at skabe en undervisning, der er autentisk i forhold til det handlingsorienterede perspektiv. Børn og unge, der arbejder med at undersøge og påvirke forhold, som har betydning for deres egen sundhed, trækker ikke skarpe grænser mellem skolen/klassen og den øvrige del af deres liv. Derfor kan der være store muligheder i at udvikle samarbejdsrelationer mellem skolen og udvalgte aktører fra lokalsamfundet for at fremme mulighederne for en handlingsorienteret og autentisk undervisning, der indimellem bevæger sig uden for skolens vægge. Børnene kan eksempelvis samarbejde med kommunen om at trafiksikre området omkring skolen, så der er mindre farlig trafik og flere cykel- eller gangstier. Et andet eksempel kan være, at børnene bevæger sig ud i lokalsamfundet for at interviewe borgerne om deres mening om de mange fastfood-restauranter i lokalsamfundet, der gør det let at træffe et usundt valg omkring mad.

Skolens sundhedsundervisning har som overordnet mål, at eleverne udvikler kompetencer til at handle over for sundhedsmæssige problemstillinger. Disse kompetencer vil på længere sigt påvirke både elevernes livsstil og levevilkår. Samtidig erkendes det, at skolens rammer også på kort sigt kan påvirke elevernes læring. En sundhedsfremmende skole må derfor omfatte kvalitetskrav i relation til samtlige elementer i model 1. Disse kvalitetskrav kan både opfattes og formuleres som regler, ønsker og som hensigtserklæringer. Det er ikke det afgørende. Derimod er det afgørende, at eksempelvis regler ikke primært retter sig mod "korrekt" sundhedsadfærd, men også drejer sig om det sociale samvær på skolen og skolens sundhedsundervisning, dens udførelse og kontekst.

Der gøres hermed op med en mere traditionel opfattelse, hvor sundhedsfremme kun handler om de fysiske og sociale rammer på skolen, idet sundhedsfremme her også omfatter principper og kriterier for sundhedsundervisningen samt skolens samarbejde med sundhedsprofessionelle og lokalsamfundet. En sundhedsfremmende skole kommer dermed også til at omfatte didaktiske og pædagogiske kriterier, muligheder for efteruddannelse af skolens professionelle, skoleudvikling m.m.

LITTERATUR

1. Sundhedsstyrelsen: Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Sundhedsstyrelsen 2011. www.retsinformation.dk
2. WHO: Background, Development and Strategy Outline of the Health Promoting Schools Project. Copenhagen: WHO Regional Office og Europe, 1991.
3. Simovska, V. og Jensen, J.M.: Sundhedspædagogik og sundhedsfremme: Principper og sammenhænge. I: Simovska, V. og Jensen, JM (red): Sundhedspædagogik i sundhedsfremme. Gad, 2012.
4. Undervisningsministeriet: Fælles mål 2009 – Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab. Faghæfte 21. Undervisningsministeriets håndbogsserie nr. 23, 2009. www.uvm.dk
5. Carlsson, M.: Sundhedspædagogiske perspektiver på læring og undervisning. I: Simovska, V. og Jensen, J.M. (red): Sundhedspædagogik i sundhedsfremme. Gads, 2012.
6. Sørensen, K. og Koch, B.: Den sundhedsfremmende skole – et inspirationsmateriale til teori og praksis. University College Syd, Det Nationale Videncenter, KOSMOS i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse, 2010.
7. Simovska, V.: The changing meanings of participation in school-based health education and health promotion: the participants' voices. Health Education Research, 22 (6), 2007, pp 864-878.
8. Nordin L.L., Jensen, J.M. og Simovska, V.: Unges deltagelse i sundhedsfremme. Hvad siger litteraturen? I: Cursiv, nr. 5, 2010, s. 77-99.
9. Hart, R.: Children's Participation: The Theory and Practice of Involving Young Citizens in Community Development and Environmental Care. London: Earthscan Publications Ltd, 1997.
10. Simovska, V.: Hvad er sundhed? I: Simovska, V. og Jensen, J.M. (red): Sundhedspædagogik i sundhedsfremme. Gad, 2012.
11. Whitelaw, S, Baxendale, A, Bryce, L, Young, I & Witney, E.: Settings based health promotion: a review. In: Health Promotion International, Vol. 16, No. 4, 2001.
12. Kickbusch, I: Health Promoting Environments – the next steps. Special issue of the Australian and New Zealand Journal of Public Health, Vol. 21, No. 4, 1997, pp 431-434.
13. Jensen, J.M.: Sundhedsfremmende settings. I: Simovska, V. og Jensen, J.M. (red): Sundhedspædagogik i sundhedsfremme. Gad, 2012.
14. Green, J. og Tones, K: Health Promotion. Planning and strategies. Second edition. Sage Publications, 2010.

HJEMMESIDER

www.retsinformation.dk

www.uvm.dk

Kommunikation med børn og deres forældre

Vibeke Hejgaard

I mødet med børn, unge og deres familier skal sundhedspersonalet tilrettelægge en sundhedsfaglig indsats, der tager højde for en række forhold. Det gælder bl.a. forskelle med hensyn til alder, behov, kompetencer, ressourcer, kultur, levevilkår, samt de udfordringer og problemstillinger, som den specifikke situation indeholder. Disse forhold afdækkes undervejs i dialog med det enkelte barn eller med gruppen af børn, unge eller forældre.

Det stiller krav til sundhedspersonalets kommunikative kompetencer og til bevidsthed om egen rolle i kommunikationen. I den forbindelse er en anerkendende tilgang af stor betydning for relationskompetencen. En anerkendende tilgang er afgørende for, at de implicerede inddrages i en sundhedspædagogisk dialog, som giver mening og bidrager til de overordnede intentioner med den sundhedsfaglige indsats.

Kommunikation i en sundhedsfaglig praksis

Den kommunale sundhedstjeneste kan bestå af forskellige faggrupper. Den største gruppe er sundhedsplejerskerne, som i praksis er den sundhedsperson, som barnet, den unge og familierne oftest møder. Sundhedspersonen vil i dette kapitel derfor blive refereret til som sundhedsplejersken.
Sundhedsplejerskens praksis omfatter forskellige sundhedspædagogiske aktiviteter samt forskellige typer af samtaler, herunder også "den svære samtale", med det enkelte barns forældre. Valg af kommunikativ metode har således stor betydning for den sundhedspædagogiske indsats, der ydes. Der kan være tale om en indsats med det sigte, at de involverede børn eller unge selv udvikler kommunikative handlemuligheder i forhold til egen sundhedsfremme, eller at sundhedsplejersken ønsker at afdække en sundhedsmæssig problemstilling.

For sundhedsplejersken er det afgørende, at indsatsen bidrager til sundhedsfremme. Det er imidlertid også af stor betydning, at de sundhedsfaglige opgaver løses på en måde, så den, der vejledes, bliver i stand til i stigende grad selv at forstå, reflektere og handle i forhold til en sundhedsfremmende aktivitet eller et sundhedsproblem. Hensigten er, at problemet efterhånden mestres af barnet selv eller af barnet og dets kammerater, forældre og andre i samspil.

I den sammenhæng kan begrebet salutogenese, dvs. læren om sundheds opståen og udvikling, der er udviklet af Aron Antonovsky (1), være en værdifuld inspiration. Begrebet og den teoretiske forståelse af de læreprocesser, der knytter sig til at mestre sundhedsmæssige problemer, er et perspektiv, der med fordel kan tages afsæt i ved varetagelse af sundhedsplejerskens opgaver. Den dermed forbundne kommunikation kan derfor med fordel ses i et salutogenetisk perspektiv.

Inspiration kan også findes i Honneths teori om anerkendelse (2), der handler om, hvordan forskellige former for anerkendelse udfolder sig inden for forskellige sfærer. Honneths begreb rummer værdifulde pointer i forhold til en forståelse af, hvordan anerkendelse i forhold til kommunikation kan støtte sundhedsplejerskens indsats.

Den fysiske ramme for kommunikationen

Samtale med børn og forældre finder oftest sted på sundhedstjenestens kontor, hvor de sundhedsfaglige undersøgelser også foretages. Hvad angår rammerne for den individuelle, mere alvorlige, samtale er det væsentligt, at det på forhånd er afklaret, om sundhedstjenestens kontor er bedst egnet, eller om det af forskellige grunde hellere skal foregå i barnets hjem. Det er vigtigt, at man kan sidde, så der

skabes god kontakt under samtalen, og at der er ro for udefrakommende støj og afbrydelser.

Det er som regel sundhedsplejersken, der indkalder til samtaler. Det kan være på baggrund af samtaler med barnet, eller det kan ske i forbindelse med åben konsultation, hvor børn og forældres motivation for præsentation og løsning af et sundhedsproblem er høj.

Sundhedsplejersken har funktion som mødeleder. Det betyder, at hun er den, der sætter tidsrammen, ridser dagsordenen op, er ansvarlig for processen og fremdriften i samtalen. Det kan fx dreje sig om at styre timingen, så tempoet ikke paces, og samtalens indhold ikke bliver overfladisk. Endvidere er sundhedsplejersken den, der opsummerer og konkluderer. Det gælder, hvad enten samtalen lægger op til, at sundhedsplejersken har en mere tilbagetrukken lyttende rolle eller en mere aktivt rådgivende, vejledende eller afdækkende rolle i samtalen.

Sundhedsplejerskens rolle som kommunikatior

Fordi sundhedsplejersken arbejder i kombineret ordning med både spæd- og småbørn samt skolebørn i et lokalområde, kan hun i princippet have fulgt det enkelte barn i en årrække. Dette er dog ikke nødvendigvis tilfældet, eftersom børn ikke altid går i skole i deres nærmiljø, familier flytter, distrikter er store og deles mellem flere sundhedsplejersker etc. Når barnet, den unge eller en forælder møder sundhedsplejersken i skolen til en samtale, vil sundhedsplejersken derfor i udgangspunktet blive oplevet som en fremmed eller udenforstående. Det er derfor oftest vigtigt, at sundhedsplejersken kan skabe en relation med en tryg kontakt eller i klassesammenhæng en tryg atmosfære, inden der kan tales om emner, der kan opleves som private eller følelsesmæssigt svære. Det en forudsætning, at relationen er ligeværdig mellem barnet, den unge, forældrene og sundhedsplejersken, selvom den kan være asymmetrisk, hvad angår sundhedsfaglig kompetence.

I de forskellige typer samtaler, som sundhedsplejersken indgår i, understøttes denne ligeværdighed ved, at hun fremstår venlig, imødekommende, ikke-dømmende, engageret og respektfuld i sin personlige fremtoning. Det indebærer også, at hun bør være i stand til at være nærværende, opmærksom og anerkendende i mødet med "den anden", når hun veksler mellem forskellige roller– hvad enten det er som vejleder, rådgiver, underviser eller supervisor. Det gælder både som sundhedsplejersken, der undersøger hørelsen og sender et barn videre til ørelæge, og som den, der i henhold til sin underretningspligt må indkalde forældre til samtale om formodning om omsorgssvigt og den deraf følgende pligt til at underrette myndighederne.

Undersøgelser viser, at vi ofte opfatter mere af den nonverbale end den verbale kommunikation. I den sammenhæng er det væsentligt, at sundhedsplejersken er bevidst om sin nonverbale/kropslige kommunikation, således at den nonverbale kommunikation udtrykker en anerkendende holdning til den anden samt de budskaber, som man i øvrigt ønsker at formidle.

Spørgsmål til refleksion:
Hvordan arbejder du med din rolle som kommunikator?
Hvilke kolleger har du mulighed for at sparre med?
Hvad udfordrer dig mest som kommunikator?
Hvordan deler I refleksioner om kommunikation i sundhedsplejerskegruppen?

Anerkendelse i kommunikation

Alle mennesker har brug for anerkendelse i de relationer, som de indgår i – for at føle sig set og hørt som menneske og dermed udvikle sig. Anerkendelsesbegrebet har i sin moderne form sit udspring hos filosoffen Hegel, der peger på, at i en gensidig anerkendelse skal begge parter i en relation kunne se og forstå hinandens synspunkter, samt være i stand til at bytte perspektiv for at kunne se, hvordan verden ser ud med den andens øjne. I en sundhedsfaglig samtale går dette oftest kun den ene vej. Sundhedsplejersken skal kunne tage den andens perspektiv og kunne stille sig selv spørgsmål som: Hvordan oplever barnet/forælderen situationen? Føler de sig set, hørt og forstået?

Anerkendelsesbegrebet

Den tyske sociolog og filosof Axel Honneth (2) beskriver tre former for anerkendelse, som er forudsætninger for, at mennesket i sit liv kan udvikle selvrealisering eller selvbevidsthed på et individuelt, retsligt og socialt niveau:

- Anerkendelse i privatsfæren – det at blive mødt med kærlighed og følelsesmæssig opmærksomhed i de nære relationer giver mulighed for udvikling og vedligeholdelse af selvtillid på et individuelt niveau. *Eks.: Sundhedsplejersken afdækker i en samtale med en teenagedreng, at han mangler selvværd som følge af følelsesmæssig negligering fra uengagerede forældre*

- Anerkendelse i den retslige sfære – det at blive mødt som et autonomt og respekteret menneske fra et retssamfunds side. Det medfører oplevelsen af ligeværd samt mulighed for deltagelse i samfundslivet. *Eks.: Sundhedsplejersken taler med en mor og hendes 13-årige datter, der er ked af, at hun skal have samvær med sin far, der har et stort misbrug. De henvises til Statsforvaltningen, så de kan*

få hjælp til, at samværet ophører. Pigen føler sig anerkendt på et samfundsmæssigt plan.

- Anerkendelse i den solidariske sfære – det at blive værdsat i et socialt fællesskab. Det kan medføre, at den enkelte kan føle sig værdifuld i fællesskabet. *Eks.: Sundhedsplejersken har arbejdet med livsstil, selvfølelse og identitet hos en gruppe overvægtige børn og deres forældre. Det giver dem en oplevelse af solidaritet og fællesskab i forandringsprocessen mod en anden livsstil.*

Honneth beskriver endvidere, hvorledes anerkendelse og krænkelse eller ringeagtelse er hinandens modsætning, samt hvordan manglende anerkendelse slår igennem som en række bevidsthedsforstyrrelser hos mennesket. *Eks.: Sundhedsplejersken skal udvise omhu, så hun orienterer forældre i tide om bekymring for et barn, samt overholder etiske principper for medinddragelse af forældre i forbindelse med underretning om omsorgssvigt til en socialforvaltning, da de ellers kan føle sig krænkede.*

Ofte bliver begreberne værdsættelse og anerkendelse brugt synonymt, men det er væsentligt, at sundhedsplejersken skelner mellem begreberne, når hun anvender dem. Værdsættelse er ligesom ros udtryk for vores subjektive opfattelse af den anden. En værdsættelse kan skabe en positiv indgang til en samtale, men det kan også indebære en utilsigtet risiko for, at sundhedsplejersken ikke er følelsesmæssigt afstemt med et barn. *Eks.: Sundhedsplejersken værdsætter barnet for at være dygtig til noget. Dette er imidlertid ikke barnets egen følelsesmæssige oplevelse, og det føler sig ikke forstået og anerkendt.* Anerkendelse indebærer bekræftelse, åbenhed, forståelse og empati for den anden. Det betyder, at man er i stand til at genkende oplevelsen i sig selv, evner selvrefleksion og selvafgrænsning – det er den andens oplevelse eller følelse, det handler om – ikke ens egen. Det gælder om at kunne se den anden som en væsentlig anden.

Sundhedsplejerskers brug af anerkendelsesbegrebet hænger godt sammen med Antonovskys model om salutogenese. Han beskriver mestring som evnen til at forstå, håndtere og overvinde de vanskeligheder og udfordringer livet byder os, så det stadig føles meningsfuldt og sammenhængende (Sense of Coherence, SOC). Dette forudsætter en oplevelse af *forudsigelighed,* der skaber *begribelighed, balance,* der skaber håndterbarhed samt medinddragelse, der resulterer i *meningsfuldhed* (1).
Den kognitive funktion, der gør, at barnet kan forstå sammenhænge, udvikles i høj grad gennem kommunikation med de relationer, som det indgår i. I en anerkendende relation kan barnet koble ord og sproglige begreber med sine følelser, tanker og handlinger og dermed skabe mening.

Hjerneudvikling og neuroaffektivitet

Forudsætningerne for, at barnets egen evne til at kommunikere udvikles optimalt, afhænger af, hvordan det arvemæssige potentiale bliver realiseret i samspillet med de omsorgspersoner, som barnet møder fra fødslen og op igennem opvæksten. Barnets nervesystem og følelsesmæssige strukturer bliver bl.a. påvirket gennem spejling, følelsesmæssig afstemning, resonans og sproglig stimulation i samspillet og gennem kontakten med omsorgspersonerne. De seneste årtiers forskning i hjernens neuroaffektive funktion kombineret med tilknytningsteorien og udviklingspsykologien har gjort det muligt i højere grad at forstå sammenhængen mellem fejlregulering i det tidlige forældre-barn-samspil, stress- og affektregulering og udvikling af personlighedsstrukturen og selvet.

I modsætning til de fleste andre organer er hjernen ikke færdigudviklet ved fødslen. Dens vækstspurt forløber fra den prænatale fase til et par år efter barnets fødsel. De sensoriske stimuli, som barnet får fra specielt sine omsorgspersoner, påvirker, sammen med neurotransmittere, hormoner og andre biokemiske stoffer, strukturingen af den neurale udvikling. Man ved således, at mangel på relevante stimuli og erfaringer kan have varig indflydelse på, hvordan hjernen udvikler sig. Hvis hjerneceller fx ikke stimuleres tilstrækkeligt, så indgår de ikke i bestemte neurale kredsløb, men dør hen (3).

Dialog forudsætter turtagning, hvor samtaleparterne er i den henholdsvis lyttende og fortællende position. Ifølge Daniel Stern afstemmer de fleste forældre sig intuitivt fysisk og følelsesmæssigt til barnet i samspillet og spejler sprogligt det, som barnet udtrykker i tanker, følelser og handling (4). Det giver barnet en følelse af samhørighed at blive set, hørt og respekteret og er medvirkende til barnets udvikling af selvværd og regulering af egne følelser. Hvis barnet er følelsesmæssigt i hyperarousal (se nedenfor), har det brug for at føle sig set og hørt, så det kan genvinde roen. Det sker, hvis den voksne kan affektregulere ved at bevare roen, lytte og "holde barnet mentalt" – det vil sige rummer og anerkender den følelsesmæssige tilstand, som barnet befinder sig i.

Hjernens strukturer

Hjernen kan skematisk set deles op i tre hjernestrukturer: den sansende og affektregulerende (autonome) – også kaldet reptilhjernen – den følende (limbiske) og den tænkende (præfrontale cortex).
Når man er tryg og i følelsesmæssig balance, fungerer alle tre funktioner samtidigt. De sensoriske stimuli går igennem thalamus, der sender impulsen videre til den sensoriske hjernebark. Hjernen fungerer roligt, og det giver mulighed for både at mærke sansninger, vores følelser og samtidig kunne handle på baggrund af vores kognitive (tænkende) funktion.
Hvis man derimod er utryg, og impulsen opfattes som frygt/faresignal i thalamus, sendes impulsen til amygdala, der reagerer så hurtigt, at de emotionelle og kognitive højere funktioner slår fra – impulsen når ikke videre til den præfrontale cortex. Man kan opfatte det som et relæ, der slår fra. Det er praktisk, hvis man er i reel fare. *Eks.: Pigen skal over vejen, en bil kommer kørende i høj fart på kørebanen, impulsen frygt aktiverer amygdala, og hun reagerer med at træde tilbage på fortovet (flugt). Hun når ikke at mærke, at hun bliver bange eller tænke på, hvad hun skal gøre.* Hjernen skelner imidlertid ikke mellem reel frygt for vores liv og den frygt, der kan opstå, hvis man som barn bliver skældt ud af en forælder, eller som voksen har en magtkamp i parforholdet, men reelt ikke er i livsfare. Overlevelsesstrategierne udløses stadig af amygdala, som ikke kan lave erfaringsdannelse (3, 5, 6).

Tilknytningsmønstre og affektregulering

I de familier, hvor barnet mødes med accept, forudsigelighed, omsorg, anerkendelse, stabilt nærvær og ubetinget kærlighed udvikles en tryg tilknytning (ca. 60 %). Barnet får større udforskningsadfærd og nysgerrighed på livet og udvikler god mestringsevne, selvrefleksion, selvafgrænsning, affekt- og stressregulering, fordi omsorgspersonerne udgør en tryg base. Disse børn har let ved at indgå i samspil, fordi de møder andre børn og voksne med en forventning om tillid i relationen og en åben kommunikation (7).
Hvis barnet derimod bliver mødt med skældud, bebrejdelser, fejlafstemninger og manglende empati eller trøst fra den voksne omsorgsperson, skaber det utryghed og angst. Når et barn vedvarende oplever dette, udvikler det et utrygt tilknytningsmønster med indre arbejdsmodeller, der skaber en forventning om at blive mødt med samme adfærd i samspil med andre uden for familien. Dette påvirker kommunikationen, da disse børn hurtigere føler sig utrygge eller frygtsomme. Børn kan ikke mestre utryghed og angst alene, så derfor udvikler barnet et psykisk forsvar i form af overlevelsesstrategier. Det sker rent sensorisk, når en følelse tolkes som truende eller angstfyldt i thalamus i hjernen, og det autonome ner-

vesystem reagerer ved at aktivere amygdala, der styrer vores frygt (hyperarousal) gennem *flugt-, kamp-, frysreaktioner.* Ubearbejdet bliver disse overlevelsesstrategier til mønstre, der følger barnet videre i livet, og som kan blive reaktiveret, hvis det igen oplever kritik, føler sig truet, bange eller angst – selvom det sker i en helt anden kontekst.

Overlevelsesstrategier

Et eksempel på, hvordan tre søskende reagerer med forskellige overlevelsesstrategier på den samme konflikt og stemning i familien.
Deres forældre har igennem længere tid haft krise i deres forhold og har enten mange konflikter og højlydte skænderier eller også våbenhvile, hvor stemningen er præget af følelsesmæssig kulde og afvisning mellem dem. Når konflikten er på sit højeste, kan mor råbe til far, at han kan skride ad h.... til, og nu vil hun skilles. Forældrene prøver ofte at skjule skænderierne for børnene ved at lukke døren ind til det rum, de er i. Dette gør børnene endnu mere utrygge og bange. Forældrene er frustrerede, optagede af egne følelser og tanker og tager ikke selv initiativ til at tale med børnene om, hvad de oplever. Børnene får ikke sat ord på deres følelser og dermed ikke "repareret" fejlafstemningen.

Flugt:

Mikkel på 13 år *"flygter"* hjemmefra ved at lægge de fleste af sine aktiviteter uden for hjemmet. Han opholder sig mest på fodboldbanen med sine kammerater og spørger ofte, om han må sove hos dem for at være hjemme så lidt som muligt. Vennerne er aldrig hjemme hos ham. Når han endelig er hjemme, *murer han sig inde* på sit værelse, hvor han sidder ved computeren *med høretelefoner på* og spiller, surfer på nettet eller laver lektier.

Kamp/angreb:

Mille på 16 år *"går til angreb" på sine forældre ved at blive vred på dem, når de skændes, og råber: "*... I er pisse-irriterende. I laver den mest nederen stemning. Det er ikke til at holde ud at være i den her skodfamilie! Hvorfor bliver I ikke bare skilt, når I alligevel hele tiden skændes!"

Frys/handlingslammelse/"spille død":

Når forældrene skændes inde i stuen, sidder lillesøster Marie på 7 år og leger videre *tilsyneladende* helt uanfægtet, ser ud af vinduet eller *"bliver usynlig"* ved ikke at sige eller gøre noget, der skaber opmærksomhed. Ved nærmere eftersyn stivner hun kropsligt, legen bliver mere mekanisk, hun *lukker følelsesmæssigt af,* og når skænderiet ophører, reagerer hun tilpasset – helt upåvirket af den forudgående situation.

Kommunikation i et neuroaffektivt perspektiv

Når vi ser på kommunikation i et neuroaffektivt perspektiv, kommunikerer den voksne intuitivt anderledes med et barn end med andre voksne, hvis hjerne er færdigudviklet. Det sker, når man er i stand til at skabe nærvær og mentalisere i samspillet og derfor kan mærke og afstemme efter, hvad det enkelte barn kan klare rent kommunikativt (5). Det sker selvfølgelig også, at den voksne ikke "mærker" barnet og fejlafstemmer i kommunikationen. Det betyder, at man enten kommunikerer over eller under barnets udviklingsniveau, misforstår det eller bliver ramt følelsesmæssigt selv, så ens kognitive funktion "slår over i" optagethed af egne tanker. I kommunikation med barnet kan den voksnes egne overlevelsesstrategier aktiveres, så den voksne over- eller underdoserer sit eget følelsesmæssige engagement. Resultatet er, at den voksne ikke kan fastholde nærværet over for barnet. Det kan betyde, at barnet ikke føler sig set og hørt, føler sig talt ned til, forvirret, frustreret eller afvist og reagerer med at lukke af, blive vred eller ked af det. Disse fejl- eller misafstemninger kan barnet godt tåle, når det ikke sker så ofte, eller når fejlafstemningen bliver opfattet af den voksne, der så kan "reparere" det, der gik galt i kommunikationen (8), fx: *"Jeg er ked af, at jeg råbte så højt før, da jeg blev irriteret over, at din skoletaske lå og flød på køkkengulvet. Det skulle jeg ikke have gjort. Du blev så forskrækket, at du begyndte at græde. Jeg skulle have sagt det stille og roligt. Du havde vist lige lidt travlt, da du kom hjem, selvom du godt ved, hvor tasken skal stå…."*

Den anerkendende dialog

Sundhedsplejersken er oftest i den lyttende position og er ansvarlig for at overholde fokuseret opmærksomhed og stabilt nærvær. Hun skal forholde sig vedholdende nysgerrigt og være villig til at opleve den andens virkelighed og midlertidigt holde på egne tanker og følelser, have kontrol over egne reaktioner og lade den anden være i centrum. Det betyder en accept af, at fortælleren kan have en helt anden opfattelse af "virkeligheden" end ens egen. Den neuroaffektive viden kan sundhedsplejersken bruge professionelt i den anerkendende dialog (6). Den består i sin grundform af tre trin:

1) Spejling
2) Anerkendelse
3) Empati.

Case 1. Anne og Albert

Anne, der er sundhedsplejerske, er i gang med samtaler i 1. klasse. Albert fortæller hende om sin kanin, der lige er død. Han bliver under samtalen ked af det.
Albert: "….og så lå Ninus i sit bur og var død, da jeg vågnede om morgenen" *(begynder at græde).*

Anne: "…så Ninus var død, da du vågnede om morgenen, og nu bliver du rigtig ked af det, når du fortæller mig om det" *(Anne spejler det, Albert fortæller samt hans følelse).*
Albert: "Ja, det var synd for ham, for han var helt kold." *(Anne nikker bekræftende. Albert føler sig set og hørt og fortsætter sin fortælling)* "…så gav jeg ham et tæppe på."

1) *Spejling* tager sit udgangspunkt i aktiv lytning som en dynamisk proces. Spejling betyder, at sundhedsplejersken (lytteren) giver sig tid til at høre, hvad barnet/den unge (fortælleren) siger og herefter spejle det. Dvs. gengive "fortællerens sprog" så ordret som muligt. Når barnet hører sit udsagn blive spejlet, kan der bygges videre på dette, så vedkommende selv bliver mere fokuseret og mere klar på, hvad han/hun egentlig mener. At kunne fortælle sin historie (narrativ) til en, der lytter nærværende, kan skabe rum for indsigt. For den, der lytter og spejler, giver det mulighed for ro og koncentration om fortællerens udsagn og at sætte sit eget på standby.

Anne: "...og så gav du ham et tæppe på, fordi han var kold *(Anne spejler).* Det kan jeg godt forstå, at du gjorde. Du synes jo, det var synd for ham, så du ville give ham lidt varme *(Anne anerkender Alberts handling).* Hvad skete der så?"
Albert: "Så begravede min far og jeg ham nede i jorden i kolonihaven, og vi sang *Mester Jakob* for ham" *(Albert snøfter).*

2) *Anerkendelse* er det andet niveau i dialogen, hvor lytteren bliver ovre på fortællerens banehalvdel og på det kognitive plan siger, hvad der i fortællerens virkelighed giver mening. Dette selvom lytteren ikke nødvendigvis oplever situationen på samme måde eller er uenig.

Anne: "Jeg tænker, at du blev rigtig ked af, at Ninus døde. Du var så glad for ham, at du ville trøste ham med tæppet, og du må savne ham stadig. Jeg tænker også, at det må føles rart, at han er begravet ude i kolonihaven. Er det sådan, du har det?"
Albert: "Ja, så er han der lidt stadigvæk" *(Albert er holdt op med at græde og er faldet til ro igen – Annes nærvær og anerkendelse har givet Albert mulighed for at udfolde sit narrativ, udtrykke sine følelser og neuroaffektivt komme ud af sin arousal).*

3) *Indføling/empati* er det tredje niveau, hvor lytteren sætter sig i fortællerens sted rent følelsesmæssigt og udtrykker, hvordan det må føles at opleve situationen sådan. Lytteren kommer med hypoteser om fortællerens følelser og siger enkelte ord uden forklaringer, for ikke at komme ned i indholdet igen. Det hjælper fortælleren at høre lytterens forslag for herved at blive mere fokuseret på, hvordan det faktisk føles. Dette siger fortælleren så, og lytteren spejler, indtil der ikke er flere følelser, der bliver nævnt.

Spørgsmålstyper

De typer spørgsmål, der er mest anvendelige for sundhedsplejersken i samtaler med skolebørn og forældre, stammer fra den systemiske teori. De er specielt gode til at skabe dialog samt undersøge relationer frem for individer (9). De inddeles i følgende typer:

Lineære spørgsmål: enkel faktuel afklaring.	Eks: "Hvad hedder din bedste ven? Hvem sidder du ved siden af? Hvornår starter timen?"
Cirkulære og triadiske spørgsmål: skaber differentieret kompleks forståelse af sammenhænge i en problemstilling. Der spørges til ligheder, forskelle og perspektiver.	Eks: "Beskriv forskellen på dit forhold til mad, da du havde anoreksi, og så nu? Hvilken sammenhæng er der i, at netop du blev syg? Hvordan vil du undgå at ændre spisevaner igen? Hvad tror du din far ville gøre, hvis din mor begyndte at drikke igen?"
Refleksive og hypotetiske spørgsmål: skaber kompleks forståelse og nye visioner og muligheder.	Eks: "Hvis dit problem er forsvundet i morgen, hvordan vil du så kunne se, at der er sket en ændring? Når vi ses i næste uge, hvordan er konflikten med din veninde så afsluttet?"

Spørgsmålene kan bruges til at perspektivere et problem, som det tog sig ud tidligere, i nutiden og hvordan det vil se ud i fremtiden.

I kommunikationen med børn er det dog ofte vigtigt ikke at stille for mange spørgsmål – med mindre man ved, at barnet kan svare, fx *Hvad hedder du? Hvor gammel er du?* Nogle typer spørgsmål er ikke dialogskabende, fordi barnet ikke kan eller vil svare på det, som fx *Hvad har du lavet i dag? Hvem startede konflikten – dig eller din veninde?* Barnet kan opleve spørgsmål, som et krav, hvor der kan svares rigtigt eller forkert. I stedet kan den voksne anvende spejling samt omfor-

mulere specifikke oplevelser af barnets problem til generelle statements (konstateringer). Eks: "Her på skolen er der andre børn, som er blevet slået derhjemme *(generalisering af problem).* De har været rigtig bange og kede af det og haft tanker om, hvornår det kan ske igen. Når de så har talt med en voksen, så har de kunnet få hjælp."

Det kan hjælpe barnet, hvis sundhedsplejersken "går foran" barnet og omformulerer "problemet" til en historie (narrativ). En historie kan skabe sammenhæng for barnet om dets eget liv.

- Barnets specifikke *problem* almengøres/generaliseres, så det skaber en "du er ikke den eneste i verden, der har det sådan" -følelse, samtidig med at problemet eksternaliseres, dvs. adskilles fra barnets person, men stadig kan genkendes
- De følelser og tanker, som *problemet* indebærer, verbaliseres og spejles for barnet, så det føler sig anerkendt
- De løsningsfokuserede handlinger, som *problemet* kalder på, struktureres og tydeliggøres for barnet, så det skaber tryghed, forudsigelighed og håndterbarhed.

Case 2. Anne og Camilla

Camilla går i 5. klasse. Hendes klasselærer Bettina oplever hende som en uglad trist pige, der er meget stille, passiv i samspillet med de andre børn, og som isolerer sig. Camilla er med rent fagligt, når hun bliver spurgt om noget i klassen, men hun byder ikke ind selv. Camillas mor kommer sjældent til forældremøder eller fællesarrangementer i klassen. Hendes far kommer aldrig. Bettina har flere gange prøvet at tale med Camilla om, hvordan hun har det, men hun siger bare, at hun har det fint. Skolens sundhedsplejerske Anne møder Camilla i forbindelse med de regelmæssige samtaler med og undersøgelser af klassens elever. Børnene kan vælge at komme alene eller med en kammerat. Camilla kommer alene. Anne spørger ind til Camillas trivsel i forhold til skole, fritid og hjemme hos familien. På det sidste spørgsmål slår Camilla blikket ned og siger fint. Hun har det åbenlyst dårligt med at blive spurgt.

Anne: "Jeg kan mærke, at du ikke så godt kan lide, at jeg spørger dig om, hvordan du har det derhjemme. Er det rigtigt?" *(Anne spejler den oplevede følelse, som hun mærker hos Camilla).*
Camilla: (nikker og ser ned i bordet).

Anne: "Det kan jeg godt forstå. Nogle gange er der ting, som man ikke har lyst til at tale om *(anerkender Camilla og holder pause med spørgsmål).* Som du ved, taler

jeg på skift med alle børnene her på skolen. Der er flere børn, der ligesom dig heller ikke kan lide at tale om, hvordan de har det derhjemme. Det kan der være forskellige grunde til. Nogle af børnene har det fx ikke så godt. Det kan være, at deres far og mor skændes meget, at de bliver slået, eller at der sker nogle andre ting, som de ikke kan lide eller bliver bange for. Mange børn tror, at hvis de ikke taler om det, der sker, så forsvinder det, eller så glemmer de det. Det, der ikke er så rart, er der bare stadig, når de kommer hjem *(Anne udtrykker statements og generaliserer, at børn kan mistrives derhjemme).* Som du sikkert kan huske, at jeg har fortalt oppe i klassen, så er det her rum et sted, hvor man trygt kan fortælle ting, uden at andre får det at vide *(Anne omtaler tavshedspligten, for at skabe tryghed).* Her kommer mange børn og fortæller, hvad de er kede af eller bange for.
Camilla: "…og du fortæller heller ikke deres far og mor, hvad de har sagt?"

Anne: "…du tænker på, om jeg fortæller det videre til deres far og mor?" *(Anne spejler)*
Camilla: "Ja, for deres mor kunne jo blive ked af det, hvis hun hørte det."

Anne: "Det kan jeg godt forstå, du tænker. Nogle gange tror børn nemlig, at deres far og mor bliver vrede eller kede af det, hvis de hører det, som barnet har fortalt, men jeg ved også, at det kan hjælpe børn at tale om det, der ikke er rart, så man ikke skal tænke på det alene."
Camilla: "Min mor er nogen gange ked af det, og så bliver jeg det også."

Anne: "Okay, så du bliver ked af, at se din mor være ked af det *(spejler)*. Jeg kan forestille mig, at du så tænker på, hvad din mor mon er ked af".
Camilla: "Jamen det ved jeg godt. Det er fordi, min far drikker for mange øl og bliver fuld og vælter rundt".

Anne: "Ja, det kan jeg godt forstå, hun bliver ked af". *(Spejler det følelsesmæssige, så Camilla tilskyndes til at fortsætte sin fortælling).*
Camilla: "Men så trøster jeg hende, når hun græder".

Anne: " Du er en betænksom pige" *(Anne værdsætter Camillas omsorg for sin mor, for ikke at gøre hende forkert, selvom der er tegn på rolleombytning mellem barn og voksen).* "Jeg tænker, at det også må gøre dig både ked af det og bange, når du oplever, at din far bliver så fuld, at din mor kommer til at græde". *(Anne flytter fokus til Camillas egne følelser og giver empati i forhold til dem).*
Camilla: *(nikker)* "Men du må ikke sige det til min mor vel?"

Anne: "Du vil ikke have, at jeg siger det til din mor?" *(Spejler)*
Camilla: "Nej, for så bliver hun bare mere ked af det".

Anne: ”Ja,….og det kan du ikke lide. Jeg er glad for, at du fortæller mig det. Jeg synes, at du har et meget stort ansvar på dine skuldre, som jeg gerne vil tage væk fra dig *(Annes dilemma er her, at hun ikke kan love et barn at overholde tavshedspligten, hvis der er et omsorgssvigt).* Det er sådan, at hvis børn er kede af det, så skal de trøstes og have hjælp af voksne. Hvis din mor ikke ved, at du er ked af det, så kan hun jo heller ikke trøste dig, og det tror jeg rigtig gerne, hun vil. Så jeg vil gerne hjælpe dig, så du på et tidspunkt kan fortælle din mor, hvad du bliver ked af. Hvis voksne er kede af det, som din mor er nogen gange, så skal de have hjælp af andre voksne. Jeg vil gerne hjælpe din mor og far, så I kan få det godt alle sammen i jeres familie.”

Anne aftaler, at Camilla kommer og taler med hende igen. Hun ønsker at fastholde barnets tillid ved at lade hende ”tale færdigt”, inden hun inddrager forældrene. Balancegangen er her, at Camilla på den ene side har ”overlevet” i utrygheden i familien længe og samtidig skal beskyttes mod den. Anne ønsker at skabe et kort intensivt forløb, hvor hun gennem kommunikationen med Camilla kan gøre hende så tryg, at hun kan opleve en voksenstøtte, så familiens problemer kan afhjælpes. Under samtalerne kommer det frem, at Camillas far drikker så meget, at han bliver uforudsigelig i sin adfærd og verbalt og fysisk aggressiv. Han har ved flere lejligheder slået Camillas mor, mens børnene har set det. Camilla har prøvet at skærme sin lillebror og trøstet ham, når han er blevet bange. Camilla tager aldrig kammerater med hjem, for det er pinligt, hvis far er fuld og ligger sløvt på sofaen og lugter af alkohol eller bliver aggressiv. Efter tre samtaler har Camilla fået sat så mange ord på sine følelser, at hun synes at det er ok, at Anne taler med hendes forældre. Hun vil først deltage bagefter.

Den alvorlige samtale med forældre ved bekymring for barnet

Annes plan for samtalen er at overbringe sin bekymring for Camilla (og hendes lillebror) til forældrene. Hvis forældrene har erkendelse af familiens problemer, vil Anne motivere forældrene til at få hjælp frivilligt. Hvis de forholder sig benægtende, aggressivt eller bagatelliserende til problemerne, vil Anne udtrykke accept og anerkendelse af de følelser af afmagt, utilstrækkelighedsfølelse, håbløshed eller andre følelser, der kan ligge bag deres manglende erkendelse i håb om at motivere dem. Dette kan være en forudsætning for, at motivering for hjælp lykkes (10). Anne tænker, at andre samarbejdspartnere skal inddrages i den hjælp, som familien har brug for. Det kan fx være sundhedspersonale i en alkoholenhed, en sagsbehandler fra socialforvaltningen, egen læge og børnenes skole og institutioner. Hvis forældrene ikke kan samarbejde om iværksættelse af de nødvendige tiltag, overvejer Anne at skrive en underretning til socialforvaltningen mod forældrenes ønske. Camillas mor kommer alene til samtalen.

Anne: "Velkommen. Jeg er glad for, at du ville komme. Som jeg fortalte dig i telefonen, så har jeg talt med Camilla nogle gange. Hun er en dejlig pige, der er omsorgsfuld og socialt kompetent – hun tænker fx meget på sin familie *(Anne indleder samtalen med en værdsættelse. Det "gøder jorden" og gør det lettere at tale om svære emner).*
Mor: *(smiler)* "Ja, hun er en god pige."

Anne: "Det er hun *(Anne bekræfter Camillas mor),* men hun er også en alvorlig pige, som har været ked af det igennem længere tid" *(Anne styrer samtalen hen på det emne, som samtalen omhandler)".*
Mor: "Det har hun da ikke sagt noget om" *(Mor lægger armene over kors. Anne registrerer hendes forsvarsposition, og ved at hun skal forholde sig anerkendende til den).*

Anne: "Nej, det har været svært for hende at sige det. Camilla er meget loyal over for dig og har derfor bedt mig fortælle hvorfor. Det, vi specielt har talt om er, at hun er ked af, at hun oplever hendes far drikker for meget alkohol, og hvordan det påvirker jeres familie" *(Anne beskriver det konkrete uden at være fordømmende og uden at komme med egne tolkninger).*
Mor: "Nå, det er nu ikke så galt. Han får bare en øl en gang imellem." *(Anne tolker mors udtalelse som udtryk for, at hun kan være co-alkoholiker).*

Anne: "Camilla fortæller, at hun oplever, at hendes far ofte kan være så fuld, at han vælter rundt, og at du kan blive meget ked af det. Hun vil så gerne kunne trøste dig, så du bliver glad igen, og hun ønsker sådan, at det skal ophøre, og I får det godt igen i familien." *(Anne fastholder realiteterne).*
Mor: *(begynder at græde)* "Jamen, det er jo forfærdeligt. Jeg vidste slet ikke, at hun har det sådan….jeg ved ikke, hvad jeg skal gøre."

Anne: "Ja, det er forfærdeligt *(Anne spejler).* Jeg kan godt forstå, at du bliver ked af at høre, hvordan Camilla har det *(Anne anerkender Camillas mors følelser).* Som mor ønsker man jo, at ens barn skal være glad og føle sig tryg og beskyttet *(Anne udtrykker empati).* Er det sådan du har det? *(Anne undersøger om, det også er sådan, Camillas mor føler. Den følelsesmæssige afstemning er væsentlig, da Camillas mor ellers kan opleve det krænkende).*
Mor: *(nikker)* "Ja, jeg vil bare have, at hun er glad. Det er rigtig nok, at han drikker, men han siger, at han godt kan holde op".
Anne: "Tror du også, han kan føre det ud i livet?" *(Anne stiller et hypotetisk spørgsmål).*
Mor: "Nej, ikke mere. Han har sagt det så mange gange, men falder i hele tiden. Det er faktisk det værste. Jeg tror ikke på ham mere, men jeg ved ikke, hvad jeg skal gøre."

Anne: ”Jeg kan godt forstå, at du ikke tror på det mere. Det må være utrolig belastende for dig, og jeg tænker også, at børnene er meget påvirkede af deres fars misbrug *(Anne udtrykker igen empati, men fastholder sin bekymring for børnene).* Hvad tror du, kunne hjælpe jeres familie allerbedst? *(Selvom Anne allerede selv har mange bud på, hvilken hjælp familien kunne have brug for, så venter hun med at rådgive. Hun ønsker, at Camillas mor selv udtrykker sit behov for hjælp, således at hun får ejerskab ift. familiens problemer).*
Mor: ”Jeg synes, at han skulle have antabus igen hos vores læge.”

Anne: ”Hvad tænker du, at børnene og du selv har brug for hjælp til?” *(Anne ønsker, at Camillas mor selv er aktiv i formuleringen af behov for hjælp).*
Mor: ”Vi klarer os da, hvis han holder op med at drikke” *(Anne oplever, at mor bagatelliserer børnenes og egne behov i forhold til de oplevelser, de har haft).*

Anne: ”Har du lyst til at høre, hvad jeg tænker?” (Anne ønsker med sit spørgsmål at bevare ligeværdigheden i relationen til Camillas mor, således at hun ikke straks rådgiver hende om, hvordan hun skal leve sit liv. Hun ønsker at støtte hende i hendes eget ansvar for handling).
Mor: *(nikker)* ”Ja, det vil jeg gerne.”

Anne bruger nænsomt sin faglige autoritet og fastholder, at hun mener, at hele familien har brug for hjælp. I forhold til det svigt, som Camillas mor og børnene har oplevet fra farens side, udtrykker hun empati. Hun formidler sin viden om, hvad det betyder for børn at se deres mor, som er deres beskytter, blive udsat for vold, og hvad traumer gør ved både børn og voksne både psykisk og fysisk. Herefter fortæller hun om de behandlingstilbud, som kommunen har til familier med alkoholproblemer. Familien bliver henvist til behandling, og Camillas mor indvilger i, at børnesagsbehandleren i socialforvaltningen bliver involveret, da hun har brug for økonomisk tilskud til traumeterapi.

Case 3. Anne og Dina

Sundhedsplejerske Anne er i gang med samtaler i 2. klasse. Dina er startet for en uge siden i klassen efter allerede at have gået på to andre skoler. Klasselæreren Eva udtrykker bekymring for pigens adfærd: "Hun er meget urolig nærmest *"kravler på væggene"* – og kan ikke korrigeres i adfærd eller forstå en kollektiv besked. I løbet af de første dage har hun stjålet blyanter, penalhuse, mad og andre ting fra flere børn. Dina kommer op på Annes kontor sammen med Frida fra klassen. Mens Frida får lavet behovssynsprøve, kan Dina hverken holde sig i ro, hverken motorisk eller verbalt. Hun afbryder hele tiden med løsrevne sætninger, der oftest har seksuelt indhold og er ude af kontekst i forhold til det, der foregår i seancen.

Anne: "Nu skal jeg lige se, hvordan Frida ser. Frida kan du se tavlen med.."
Dina: *(afbryder)* "Jeg ved godt, hvordan man boller!"

Anne: "Okay, jeg vil rigtig gerne tale med dig om lidt. Lige nu undersøger jeg Frida. Som jeg fortalte dig før, er det din tur bagefter. Lige nu skal du se på og være stille" *(guider Dina og fortsætter undersøgelsen).*
Dina: *(begynder at sige stønnelyde)* "…Så siger de sådan. Jeg skal stå bagved forhænget" (Dina begynder at fare rundt i lokalet. Anne kan mærke, at Dina "står højt i neurologisk tænding" – hendes arousalniveau er højt).

Anne: "Dina, jeg vil gerne have, at du sætter dig ned på stolen igen". *(Anne guider roligt Dina, der ikke opfatter, hvilken stol der er tale om. Hun kommer over og sætter sig på skødet af Anne).*
Anne: "Men du ville lige sidde her? *(Anne spejler Dinas handling og fortsætter med at guide hende).* Jeg mente, at du skal sidde på stolen ved siden af Frida." *(Anne kan mærke en uro hos sig selv og tolker det som en overføring af pigens mangel på affektregulering, grænseløse adfærd og uro).*
Dina: "Når man boller, gør man sådan…" *(Dina laver samlejebevægelser på Annes skød).*

Anne og Evas bekymring for Dinas adfærd er så stor, at den munder ud i en akut drøftelse om, hvordan sagsgangen bedst gribes an i forhold til de retningslinjer, der er vedrørende omsorgssvigt i kommunen. Deres arbejdshypotese er, at Dina har været udsat for omsorgssvigt i form af seksuelle overgreb. Hendes adfærd vidner om, at hun kan være traumatiseret i en sådan grad, at hun befinder sig i en dissociativ tilstand uden mestringsstrategier – svarende til et desorganiseret tilknytningsmønster. Anne og klasselæreren laver i fællesskab en skriftlig underretning til socialforvaltningen. Forinden indkaldes forældrene til en samtale.

Refleksive spørgsmål:
Hvordan skal forældrene orienteres?
Skal arbejdshypotesen om seksuelt misbrug siges højt fra start eller ej?

Samtale med forældre til omsorgssvigtet barn

Inden samtalen drøfter Anne og Eva deres kommunikationsstrategi. De aftaler, at Anne skal føre ordet, være mødeleder samt sige de alvorlige bekymringer til forældrene. I tilfælde af at forældrene ikke vil indse, at deres datter er omsorgssvigtet, vil de give udtryk for forståelse. Hvis forældrene er angste for konsekvenserne, vil de ligeledes møde dem med empati, da forældrenes modstand ellers kan eskalere. Begge forældre kommer til samtalen. Det er faderen, der fører ordet. Han sidder med siden til på stolen, og hans kropssprog er fra start afvisende. Moderen fremstår tilbageholdende, tavs og ængstelig. Begge forældre har vanskeligt ved at indgå i øjenkontakt med Anne og Eva.

Anne: "Velkommen. Det var dejligt, at I kunne komme med så kort varsel *(anerkender forældrene møder op)*. Vi har indkaldt jer til en samtale, fordi vi gerne vil tale med jer om, hvordan Dina fungerer her på skolen. Hvad er jeres egen oplevelse, og hvad siger hun selv?"
Far: "Hun er jo lige startet, så hun skal lige vænne sig til det. Hun siger bare, at det ved hun ikke, når jeg spørger, hvordan det er gået."

Anne: *(smiler)* "Ja, det er jo ikke ualmindeligt, at børn i den alder svarer sådan". *(Henvendt til mor)* "Hvad tænker du?"
Mor: "Nå, det ved jeg ikke. Hun er jo lige startet" *(ser over på far).*

Anne: *(ser stadig på mor)* "Jeg kan se, at Dina har prøvet at skifte skole før flere gange. Hvordan gik det?"
Far: "Det gik OK. Hvorfor spørger du om det?" *(Far er nu let aggressiv).*

Anne: *(imødekommende)* "Det kan jeg godt forstå, du spørger om. Grunden til, at jeg spørger, er, at vi her på skolen ønsker, at børn får en god skolestart. Vi oplever, at det er meget svært for Dina at starte her. Det kan for mange børn være en stor omvæltning at skifte skole – og Dina har endda gjort det før." *(Anne generaliserer barnets skoleskift for at bringe fars arousal ned, så han kan høre det alvorlige budskab).*
Far: "Opfører hun sig ikke ordentligt? Så skal I bare sige noget til hende."

Anne: "Vi oplever som sagt, at det er svært for hende at starte i en ny klasse. Eva, vil du fortælle hvordan det konkret viser sig?" *(Eva fortæller om de konkrete episo-*

der i klassen med uro, tyveri og manglende koncentration uden at komme med tolkninger). "Dinas adfærd gør os bekymrede. Hvad tænker I om det?"
Far: *(nu meget vred og peger på Eva)* "Du skal ikke komme og sige, at min datter stjæler!"

Eva: "Jeg kan godt forstå, at du bliver vred over det, jeg siger *(Eva anerkender hans vrede).* Jeg gætter på, at du er en mand, der gerne vil lære din datter, at det er forkert at stjæle." *(Eva anerkender far).*
Anne: "Jeg tænker også, at du ønsker det bedste for din datter – at hun trives godt i skolen (ser på mor for at inddrage hende). Hvad tror du er årsag til, at Dina reagerer sådan her i skolen?" *(Anne stiller et refleksivt spørgsmål, for at se hvor meget erkendelse mor har af sin datters situation).*
Mor: (trækker på skuldrene og ser ned i bordet).

Anne: "Det er helt forståeligt, at det ikke er let for jer at tale om den her situation. Vi synes, at Dina virker til at have det så svært, at vi mener hun har brug for professionel hjælp." *(Anne fastholder realiteterne og sin bekymring, fordi forældrene selv skal være i stand til det senere).* Da jeg talte med Dina i forgårs, sagde hun flere gange, at hun vidste, hvordan man har samleje. Hun vidste så meget om seksuelle emner, at jeg blev bekymret for, om hun har været udsat for et seksuelt overgreb." *(Anne siger arbejdshypotesen højt, men kommer ikke med noget bud på, hvem krænkeren er).*
Far: "Vi skal nok tale med hende. Vi behøver ikke nogen udefra til at blande sig."

Anne: "Nej, jeg kan godt forstå dig. De fleste kan ikke lide, at der kommer nogen og blander sig" *(Anne udtrykker accept af fars manglende ønske om at indgå i samarbejde).*
Far: "Man kan jo snart ikke være i fred. Man bliver jagtet rundt i manegen!"

Anne: "Det lyder, som om du har haft nogle ubehagelige oplevelser med nogle professionelle før? Hvad tænker du, der kunne ske, hvis Dina fik professionel hjælp?" *(Anne stiller et refleksivt spørgsmål for at give forældrene mulighed for at verbalisere de følelser og forestillinger, der forhindrer dem i at samarbejde).*
Mor: *(grædende)* "Bare de ikke kommer og tager hende væk. Det var jo det samme på den anden skole."

Anne: "Ja, det må gøre dig urolig, og det kan jeg jo ikke udelukke sker, hvis I ikke har kunnet hjælpe Dina til at få det bedre. Vi tror, at Dina er blevet alvorligt skadet, og vi er nødt til at forhindre, at det kan ske igen. Jeg tænker, at I også har brug for hjælp. Eva og jeg har skrevet vores bekymring omkring Dina ned i en underretning, som vi vil sende til sagsbehandleren i Familieteamet, som kan hjælpe jer. Vi vil gerne gennemgå den med jer inden……"

Refleksive spørgsmål:
Hvordan drøfter I egen berøringsangst i forhold til overgrebssager?
Hvordan kan I øve jer på kommunikationen i "den svære samtale" i kollegagruppen?
Skal politiet involveres fra start i sager om overgreb?

Kommunikation med børn i grupper

I forhold til sundhedsfaglige tiltag over for grupper af børn (eller forældre) skal sundhedsplejersken tage hensyn til gruppens størrelse og sammensætning. Der er emner, som endvidere bedst kan tales om i rene pige- eller drengegrupper. Nogle emner, der kan opleves som pinlige eller følelsesmæssigt svære at tale om for den enkelte (fx seksualitet , prævention, overgreb), kan sundhedsplejersken bedre formidle i store grupper, hvor den enkelte "kan putte sig" og have en mere passiv lyttende position, men stadig være med.

Med udgangspunkt i konkrete sundhedsproblemer i klassen hos de enkelte børn kan sundhedsplejersken tage emner op, som kan påvirke hele klassen. Ved at sundhedsplejersken italesætter et specifikt problem, som fx mobning, kan alle børn (og lærere) blive opmærksomme på det. Det betyder, at det enkelte barn, der oplever det, i højere grad "kan komme ud af busken" og ikke føle sig som "angiver". Endvidere kan sundhedsplejersken medvirke til at skabe en indsats, hvor hele skolen på lærer-, elev- og forældreniveau bliver involveret i at sætte trivsel på dagsordenen gennem fælles udarbejdelse af en aktiv mobbepolitik. En undersøgelse viser, at sundheds- og trivselsfremmende aktiviteter i skolen bedst lykkes, når hele skolen er involveret (11). Det betyder, at både elever, lærere, forældre og sundhedspleje er i stand til sammen at skabe en inkluderende kultur, der fokuserer på god trivsel og psykisk sundhed.

Case 4. Dårlig trivsel i klassen

6. klasse har været en velfungerende klasse, men har det sidste år haft problemer med tiltagende dårlig trivsel. Der har været episoder med mobning, og specielt i pigegruppen er der skabt grupperinger, hvor nogle bliver udelukket. Sundhedsplejersken Anne og læreren planlægger et forløb, hvor børnene skal arbejde med anerkendelse. Det enkelte barn får i første omgang en værdsættelse af alle de andre, fx: *"Det, jeg sætter pris på ved Jacob, er, at han er en god kammerat"* eller *"Det, jeg godt kan lide ved Esma er, at hun er så god til at finde på lege"*. Det enkelte barn kan opleve at få sat fokus på en kompetence af sine kammerater. Sundhedsplejersken guider herefter børnene i den anerkendende samtale gennem spejlings- og empatiøvelser, hvor børnene skiftevis skal lytte til den anden og mærke sig selv (6):

Anne: "I skal sætte jer over for hinanden to og to og forestille jer, at I bor i hver jeres land og har en lille usynlig bro imellem jer. I skal nu skiftes til at være fortæller og lytter, når I skal tale om, hvordan I oplever mobning i jeres land. Den, der er lytter, skal gå over broen til fortællerens land for at høre, hvordan fortælleren oplever den dårlige stemning i klassen. Det kan godt være, at lytteren oplever det anderledes, men det må man først fortælle, når det er ens egen tur til at fortælle. Når fortælleren har fortalt sin historie, skal lytteren fortælle, hvad han/hun har hørt. I skal prøve at bruge de ord, som fortælleren selv har brugt. Vi oplever tit det, vi oplever, forskelligt. Nogle gange sætter fortællerens historie gang i lytterens egne tanker, fordi man oplevede historien anderledes end fortælleren, og så kommer vi til at løbe tilbage over broen til os selv. Det gør ikke noget. Vi skal bare være opmærksomme på at komme over broen igen".

Anne og læreren går rundt og guider børnene, hvis de glemmer at lytte, men i stedet kommenterer det, som fortælleren siger, fx: "Nej, sådan var det ikke. Det var Tanja, der startede med at drille".
Anne: "*(til et barn, der som lytter har kommenteret fortællerens historie)* Prøv at mærke, hvor du er på broen. Jeg tror, du er "løbet hjem over broen til dig selv".
Barn: "Jeg er vist på midten af broen. Jeg kom lige til at tænke på, at jeg synes, det var Tanja, der startede med at drille, og Ayse fortæller, at hun synes, det var Amalie".

Anne: "Godt gået! Du kunne mærke, hvor du var på broen. Det kan være svært. Alle mennesker kan komme til at "løbe hjem til sig selv", når de hører en historie, som de ikke synes passer med deres egen. Er du klar til at gå over broen igen og høre, hvordan Ayse oplever det fra sin side af broen i sit land?" *(Anne anerkender lytteren).* Det handler ikke om "gøre noget rigtig eller forkert", men om at skabe fokus på, at børnene lytter til både sig selv og den anden. Det dobbelte fokus er forudsætningen for at kunne skabe mentalisering (5).

Da skolen er ved at udvikle en mobbepolitik, indgår Anne i afholdelse af en trivselsuge, hvor hele skolen arbejder med trivsel og antimobning. Der afprøves forskellige metoder på de forskellige klassetrin. I indskolingen arbejder de med Maryfondens "Fri for mobberi", på mellemtrinet med "IVK" (Ikkevoldelig Kommunikation) (13), og i de ældste klasser bruger nogle "Du bestemmer"- metoden (14, 16), andre "Aktive Vurderinger" (15, 16), mens én 9. klasse anvender Appreciative Inquiry (12). Se mere om "Du bestemmer" og "Aktive vurderinger" i kapitel 2 og om mobning og mental sundhed i kapitel 12.

Appreciative Inquiry (AI)

Appreciative Inquiry (AI) kan oversættes til dansk som værdsættende undersøgelse. AI er et sæt af metoder til at skabe udvikling eller forandring på individuelle såvel som på kollektive planer. Samtidig er det også en filosofi om, hvad "god udvikling" er, og hvad der skal til for at skabe "god udvikling". Den centrale idé er at sætte fokus på det, som man oplever som ønsket, som en succes, som godt, som det, der virker. Eller med andre ord: At undersøge det, som man sætter pris på og synes er nyttigt. Gennem en undersøgelse eller udforskning kan børnene opdage mekanismer og betingelser for at frembringe ønskede eller "gode" effekter. Undersøgelsen kan både formes som individuelle spekulationer eller refleksioner eller som samtaler og refleksive dialoger. Eksperimenter og indhentning af faktuel viden kan også indgå.

AI distancerer sig dermed først og fremmest fra tilgange til udvikling, der fokuserer på, hvad der opleves som problemer, og hvad der antages at være årsager til problemer. Filosofien bygger på en erfaring om, at når man fokuserer på problemer og deres årsager, kan det være svært at nå hen til at opdage, hvad der er ønsket og "godt" og ligeså svært at udvikle det, der skal til for at frembringe "det gode".

I sundhedspædagogisk sammenhæng kan AI derfor handle om at undersøge de situationer og historier, hvor det gik godt, at tale om det, som man er god til, at tale om aktiver og ressourcer og om, hvilke positive følelser (glæde, stolthed, dygtighed osv.), som man nærer i forhold til de temaer, som sundhedsplejersken arbejder med i skolesammenhæng (12).

LITTERATUR

1. Antonovsky, A.: Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask. Hans Reitzels Forlag, 2000.
2. Honneth, A.: Kamp om anerkendelse: sociale konflikters moralske grammatik. Hans Reitzels Forlag. 2006.
3. Hart, S.: Den følsomme hjerne: hjernens udvikling gennem tilknytning og samhørighedsbånd. Hans Reitzels Forlag. 2009.
4. Gullestrup, L.: At blive et med sig selv – om udviklingen af det 0-5-årige barns selv. Frydenlund. 2005.
5. Fonagy, P., Gergely, G., Target, M.: Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling. Akademisk Forlag. 2007.
6. Seidenfaden, K., Draiby, P., Søborg Christensen, S., Hejgaard, V.: Den levende familie: hvordan nærvær giver selvværd. Lindhardt og Ringhof. 2009.
7. Schibbye, A. L.: Relationer – et dialektisk perspektiv. Akademisk Forlag. 2005.
8. Siegel, D., Hartzell, M.: Forældre indefra: om forældres selvindsigt og børns trivsel. Akademisk Forlag. 2005.
9. Hornstrup, C. et al.: Spørgsmålstyper - at skabe gode dialoger og sproglige forbindelser. Dansk Psykologisk Forlag. 2005.
10. Killén, Kari: Omsorgssvigt – Praksis og ansvar. Hans Reitzels Forlag, 2012.
11. Weare, K.: Promoting Mental, Emotional and social Health. A whole school approach. Routledge. 1999.
12. Cooperrider, D. et al.: Håndbog i anerkendende udforskning: ideer til forandringsledelse. Dansk Psykologisk Forlag. 2011
13. Plesner, C. et al.: IVK i 5.A – en introduktion til Ikkevoldelig Kommunikation, Rosenlunds Forlag. 2009.
14. Aborelius, E.: Hvorfor gør de ikke som vi si'r? Teori og praksis om at påvirke menneskers livsstil. Ringkøbing Amt, Sundhedsfremmeafdelingen. 2002.
15. Poulsen, A.: Aktive vurderinger: En sundhedspædagogisk metode til værdiafklaring. Komiteen for Sundhedsoplysning. 2012.
16. Sundhedsstyrelsen: Forebyggelse og sundhedsfremme i skolen: Undersøgelse af to metoder anvendt i skolesundhedsplejen. Sundhedsstyrelsen, 2009. www.sst.dk

YDERLIGERE LITTERATUR

Lynge, B.: Anerkendende pædagogik. Dansk Psykologisk Forlag, 2007.

Øvreeide, H.: At tale med børn: metodiske samtaler med børn i svære livssituationer. Hans Reitzels Forlag, 2009. www.sst.dk

HJEMMESIDER

www.maryfonden.dk

www.boerneportalen.dk

http://www.dubestemmer.nu/metoden.htm

Tobak, alkohol og stoffer

Jørgen Falk, Kit Broholm og Kari Grasaasen

Der er meget store forskelle i de europæiske lande på, hvor store andele af ungdommen der ryger, hvor mange der drikker – og navnlig hvor meget de drikker – og hvor mange, der eksperimenterer med stoffer. Disse forskelle er i høj grad en afspejling af de samfundsmæssige signaler på accept eller manglende accept, som de unge møder, i forhold til deres forbrug af tobak, alkohol og stoffer. Signaler kan fx være forbud, aldersgrænser, høje eller lave priser, høj eller lav grad af tilgængelighed, alkohol- og tobakspolitikker, røgfrie miljøer m.v. Disse signaler præger også de voksnes normer omkring alkohol, tobak og stoffer og vil derfor understøtte forældrenes normsætning over for deres børn.

Den kommunale sundhedstjeneste skal inddrage disse risikofaktorer i dialogen med de unge om sundhed og livsstil, både når det gælder individuelle samtaler og i de sundhedspædagogiske aktiviteter. Med henblik på at skabe en koordineret, flerfaglig indsats anbefales det at samarbejde med klassens lærere, som har ansvar for undervisningen i disse emner, idet sundhedspersonalets særlige sundhedsfaglige kompetencer kan komplementere undervisningen. Endelig bør forældreinddragelse være en del af en flerstrenget strategi for at forebygge rygestart, udskyde alkoholdebut og forebygge misbrug.

Legale og illegale rusmidler

Fælles for tobak, alkohol og stoffer er, at de er psykoaktive, dvs. at de påvirker hjerne og centralnervesystemet. De påvirker bevidstheden (oplagthed, stemning, følelsesmæssig og kognitiv funktion), og de er afhængighedsskabende. Der har været en tilbøjelighed til at betragte unges forbrug af alkohol som noget nærmest uundgåeligt, som er uløseligt knyttet til denne fase i livet. Det samme gælder også en del voksnes syn på tobaksrygning og stofeksperimenter (især når det gælder cannabis/hash). De sundhedsskadelige effekter af alkohol, tobak og stoffer vurderes i almindelighed at være meget forskellige. Både alkohol, tobak og illegale stoffer er på verdenssundhedsorganisationen WHO's top 10-liste over risikofaktorer for dårligt helbred og for tidlig død i hele verden. I vores del af verden er tobak den vigtigste risikofaktor for dårligt helbred og død, mens alkohol er nr. to og stoffer nr. seks. Den lovgivning, der er omkring alkohol, tobak og stoffer, har til hensigt at afspejle rusmidlernes farlighed. Men såvel lovgivningen som rusmidlernes udbredelse er i høj grad præget af de traditioner, som vi har for anvendelsen af rusmidlerne.

Risiko og regulering

- Tobak er dokumenteret meget sundhedsskadeligt. Det gælder især tobaksrygning, hvor både rygerens eget helbred og personer i rygerens nærhed påvirkes negativt af tobaksrøgen. Røgfri tobak indebærer også en betydelig risiko for helbredet hos brugeren selv, men risikoen er mindre end ved rygning. 14.000 danskere dør årligt som følge af tobak. Det er forbudt at sælge tobak til unge under 18 år, og der er samtidig et forbud mod reklamer for tobaksprodukter, krav om tydelige advarsler på pakkerne, grænseværdier for indholdet af tjære og nikotin i cigaretter, lov om røgfri miljøer, høje afgifter etc.
- Alkohol er et tilladt rusmiddel, som anvendes af næsten alle voksne danskere. Men alkohol er et organisk opløsningsmiddel og et kræftfremkaldende stof, som øger risikoen for kræft fra det første glas og i takt med mængden, som man drikker. Alkohol ses at have positive sundhedseffekter for ældre i forhold til forebyggelse af visse hjertesygdomme. Effektens omfang er omdiskuteret. Sundhedseffekten opnås kun ved et minimalt forbrug af alkohol, nemlig omkring en halv til en genstand om dagen. Hvis man bare en gang om måneden drikker fem genstande eller mere, vil den positive effekt være ændret til en sundhedsskadelig effekt. De negative effekter på sundheden er mange: afhængighed, leversygdomme, ulykker, kræft, forhøjet blodtryk, psykiske lidelser, nedsat immunforsvar m.v. Dertil kommer en lang række sociale skader, navnlig skader på børn, der vokser op i familier med alkoholproblemer. Det er forbudt at sælge øl og vin til børn under

16 år og alkohol over 16 % til unge under 18 år. Retningslinjerne for et lavrisikoforbrug for voksne er syv genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd. Desuden anbefales det at stoppe før fem genstande ved en festlig lejlighed.

- Narkotika/euforiserende stoffer er en fælles betegnelse for en meget lang række stoffer, med meget forskellige virkninger, både med hensyn til til den rus, som de giver og de fysiske og psykiske sundhedsmæssige konsekvenser (se tabel 1 og 4). Fælles for stofferne er, at de vurderes som meget sundhedsskadelige og derfor er forbudte til ikke-medicinsk anvendelse. Nogle af stofferne bruges i medicinsk behandling (fx smertestillende, beroligende), men altid kun efter lægelig ordination.

Tabel 1. Oversigt over psykoaktive stoffer

Væsentligste rusvirkning	Bereoligende	Stimulerende	Hallucinogen	Andet
Legale stoffer	Alkohol, tobak	Tobak		
Kemiske stoffer, farlige at indtage	Organiske opløsningsmidler			Heliumgas
Illegale stoffer	Cannabis (hash, pot, marihuana m.fl.), opioider, (opium, morfin, heroin, metadon, m.fl.), Ghb	Amfetamin, kokain (crack), ectasy og lign,* khat, poppers	Philocybinsvampe, LSD, meskalin	
Ikke-ordineret brug af lægemidler	Opioider, benzodiasepiner			

* Der kommer hele tiden nye "syntetiske stoffer" på det illegale marked. En stor del af disse har kemisk set en amfetaminlignende grundstruktur. De kan virke mere eller mindre hallucinogent ud over den stimulerende virkning.

Regulering af tobalk, alkohol og stoffer

Brugen af alkohol, tobak og stoffer indebærer risici på både kort og lang sigt. Derfor findes der normer og regler i samfundet for brugen af dem. De helt grundlæggende sociale spilleregler er udformet i lovgivningen, men hertil kommer mange uformelle spilleregler og normer, der varierer fra miljø til miljø. En basal norm er, at alkohol og tobak er "forbudt for børn". Dermed er der en social beskyttelse af børn – men samtidig er det med til at definere alkohol og tobak som symboler på at være voksen, fri, selvstændig og løsrevet fra ens forældre. Eksperimenter med cannabis (og andre stoffer) kan tilsvarende for nogle unge være symboler på afstand til "det etablerede samfund" eller på tilhør til bestemte

subkulturer. Stoffernes symbolværdi ændrer sig gennem tiden som andre sider af ungdomskulturen.

Lov- og regeloversigt på tobaks-, alkohol- og stofområdet

Tobak:

- Lov om forbud mod salg af tobak til personer under 18 år
- Lov om forbud mod tobaksreklamer
- Lov om fremstilling, præsentation og salg af tobaksvarer (kaldet Tobaksvareloven: fastsætter regler for blandt andet mærkning af cigaretpakker, indhold af nikotin, tjære og kulilte samt forbud mod snus)
- Lov om røgfri miljøer (kaldet Rygeloven): fastsætter regler for røgfri miljøer inden døre på arbejdspladser m.v. samt et total forbud mod rygning indendørs og udendørs for børneinstitutioner, skoler og ungdomsuddannelsesinstitutioner, hvor hovedparten af eleverne er under 18 år eller som er en 3-årig gymnasial ungdomsuddannelse. Loven er en minimumslovgivning, hvor driftsherren/ejeren kan fastsætte mere vidtgående regler – fx i forhold til e-cigaretter, som ikke er omfattet af loven.

Alkohol:

Alkoholreklamer: frivillig brancheaftale om ikke at målrette til unge
Aldersgrænse for køb af alkohol: 18 på restauranter, 16år for salg af øl og vin i detailhandel og 18 år for salg af alkohol over 16,5 %
Færdselsloven: gør det strafbart at køre cykel, knallert, bil mv i påvirket tilstand.

Stoffer:

Bekendtgørelse om euforiserende stoffer: alle stofferne er forbudte til rusmiddelbrug. Det betyder, at det er forbudt at indføre, udfør, sælge, købe, udlevere, modtage, fremstille og besidde stofferne – undtagen med særlig tilladelse til medicinsk eller videnskabelig brug.
Færdselsloven: gør det strafbart at køre cykel, knallert, bil mv i påvirket tilstand.

Børn og unges brug af tobak, alkohol og stoffer

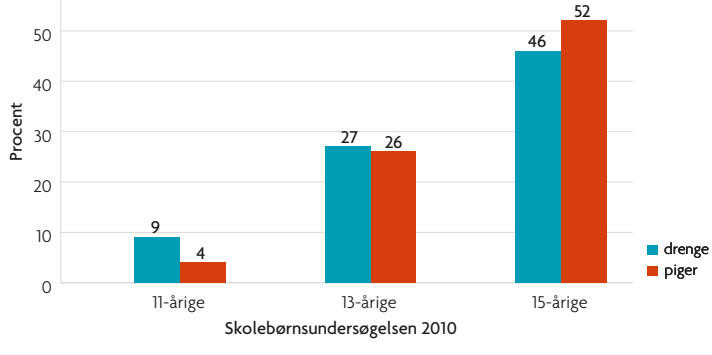
Alkohol og tobak er – som legale midler – de mest anvendte i Danmark. Langt det mest anvendte illegale stof er hash. Debut med tobak, alkohol og eventuelle stoffer sker oftest i teenageårene. Debutalderen er et centralt begreb i forebyggelsen, idet en tidlig debut med tobak og/eller alkohol og/eller stoffer har vist sig at være en klar risikofaktor for udviklingen af et senere problemforbrug. For eksempel har unge, der har drukket sig fulde tidligt, en større risiko for at udvikle

et stort forbrug af alkohol og for at eksperimentere med hash end unge med en sen alkoholdebut. Dertil kommer, at de meget unge forbrugere løber større risiko for fysiske og sociale skader. Det er således en relevant forebyggelsesmålsætning at udskyde unges debut med alkohol til i hvert fald 16 år og at indskærpe, at man skal stoppe før fem genstande ved en festlig lejlighed. Hovedmålsætningen med hensyn til tobak og stoffer bør være afholdenhed.

Tobak

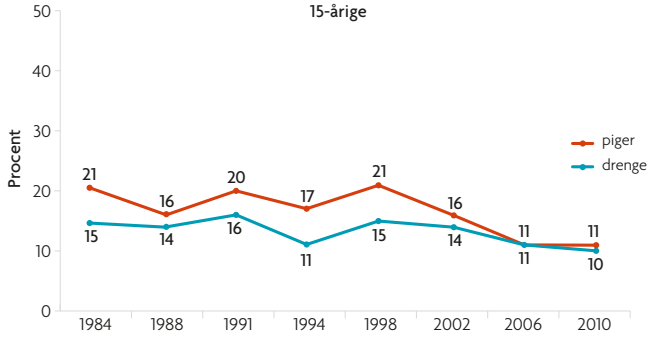
Danske unges rygedebut sker senere i dag end for ca. 20 år siden. Den seneste undersøgelse af skolebørn i WHO-regi, Skolebørnsundersøgelsen (1), viser, at 26 % af 13-årige piger og 27 % af 13-årige drenge har prøvet at ryge. De tilsvarende tal for 1998 var, at 41 % af 13-årige piger og 42 % af 13-årige drenge havde prøvet at ryge. Blandt 15-årige har 52 % blandt pigerne prøvet at ryge og 46 % blandt drengene. Med undtagelse af de 15-årige drenge, hvor andelen faldt mellem 2006 og 2010, er andelen af elever, som har prøvet at ryge, stagneret mellem 2006 og 2010.

Figur 1. Andel, der har prøvet at ryge blandt 11-13- og 15-årige (1)

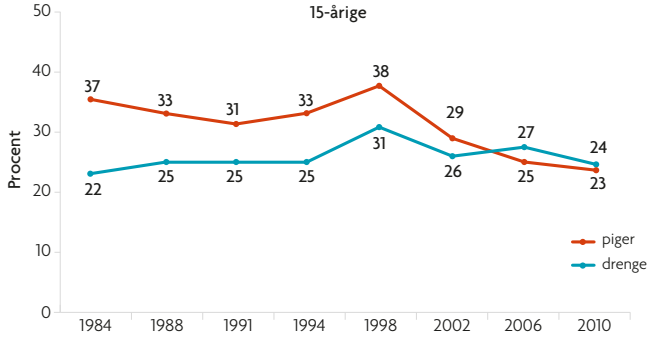


Der bliver generelt færre og færre rygere blandt børn og unge. Andelen af rygere blandt 15-årige (dvs. andelen, som ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere) var i 2010 23 % blandt pigerne og 24 % blandt drengene mod 38 % blandt pigerne og 31 % blandt drengene i 1998. Andelen af dagligrygere blandt 15-årige er ligeledes faldet, så der i 2010 var 10 % af pigerne og 11 % af drengene, der røg dagligt mod 21 % af pigerne og 15 % drengene i 1998.

Figur 2. Andelen af dagligrygere i 9. klasse (15 år) 1984-2010 (1)



Figur 2.a: Andelen, der ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere i 9. klasse (15 år) 1984-2010 (1)



Den nationale sundhedsprofil for unge (2) viser, at der ikke er store regionale forskelle med hensyn til andelen, der ryger dagligt. En mindre andel blandt pigerne med ikke-vestlig baggrund ryger dagligt end blandt piger med dansk baggrund, mens der ikke er forskel blandt drengene. Ungeprofilen viser endvidere, at 80,8 % af de 16-20-årige dagligrygere ønsker at holde op med at ryge.

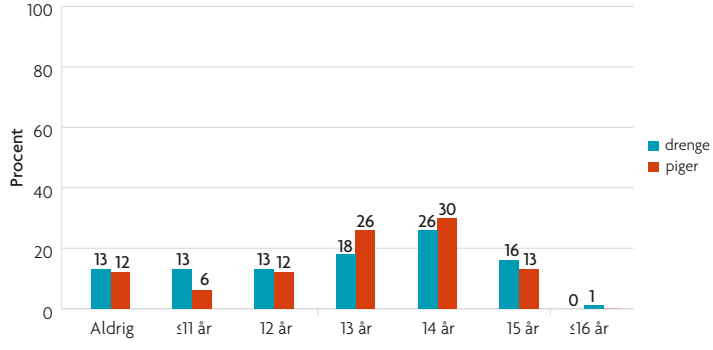
Med den positive udvikling i retning af, at færre børn begynder at ryge, ligger Danmark nu i den lave ende i forhold til andre europæiske lande. Både når det gælder andelen af lejlighedsrygere og af dagligrygere.

Der ses en social ulighed i rygning også blandt unge, og der er i 2012 udmøntet satspuljemidler til udvikling og implementering af en forpligtende national model, der skal forebygge, at børn og unge begynder at ryge og til at hjælpe unge rygere med et varigt rygestop. Modellen skal lægge grunden for en strategi til, hvordan der skal arbejdes med rygning blandt udsatte unge i fremtiden.

Alkohol

Danske børn starter tidligt med at drikke alkohol. Alkoholforbruget blandt danske unge er alarmerende højt. I 12-års-alderen har 13 % af drengene og 12 % af pigerne drukket første gang, jf. Skolebørnsundersøgelsen (1).

Figur 3. Alder ved alkoholdebut (rapporteret af 15-årige) (1)



Børn og unges forbrug af alkohol er primært rettet mod at opnå en rus. Forbruget af alkohol ligger primært i weekenden og til dels også torsdage. Andelen af unge, der har prøvet at drikke alkohol, har i perioden 1984-2010 været stabil, når det gælder de 15-årige, men faldende, både når der gælder 11-årige og 13-årige

Antallet af 11-15-årige, der har prøvet at være fulde mindst to gange, er faldet i perioden 1984 - 2006. I 1998 havde fx 25 % af de 13-årige drenge prøvet at være fulde mindst to gange, mens det i 2010 var 15 %. Blandt de 15-årige sagde 70 % af drengene i 1998, at de havde oplevet at være fulde mindst to gange. I 2010 var det 57 %. Udviklingen blandt piger har været den samme. Udviklingen fra 2006 – 2010 er mere varieret, idet den tidligere observerede positive udvikling i de unges erfaringer med fuldskab tilsyneladende er stagneret (1).

Figur 4. Procent, der har prøvet at være fulde mindst to gange 1984-2010 (1)

Ca. 9 ud af 10 16-årige angiver i den nationale sundhedsprofil for unge (2), at de har drukket alkohol inden for de sidste 12 måneder. Der er mindre regionale forskelle; således har lidt færre i Region Hovedstaden end i Region Nordjylland oplyst, at de har drukket alkohol inden for de sidste 12 måneder. Andelen, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, er markant mindre blandt unge med ikke-vestlig baggrund end blandt unge med dansk eller anden vestlig baggrund, ligesom der også ses en markant kønsforskel blandt unge med ikke-

vestlig baggrund, idet disse piger drikker i væsentligt mindre omfang end danske piger og pigen med anden vestlig baggrund.

De danske 9. klassers alkoholforbrugsniveau er blevet sammenlignet med 36 andre europæiske landes alkoholforbrug ved den såkaldte ESPAD undersøgelse (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) gennem flere år (3). ESPAD undersøgelsen er foretaget blandt 15-16 årige i 35 lande i hele Europa, i Danmark reelt i 9. klasse. Sammenligningen fra 2007 viser, at der fra land til land er store forskelle på hvor mange børn og unge, der har været fulde. Danmark er det land, der har den største andel af 15-16- årige, der har drukket fem genstande eller mere ved én lejlighed gennem de sidste 30 dage, nemlig 60 % af drengene og 53 % af pigerne, og som har været fulde indenfor de sidste 30 dage, nemlig 51 % af drengene og 47 % af pigerne. I lande, der ligner Danmark i velfærdsniveau, fx Norge og Sverige, er andelen, der har drukket fem genstande eller mere ved en lejlighed inden for de sidste 30 dage, væsentlig mindre, nemlig 38 % for både drenge og piger i Norge og 37 % for begge køn i Sverige. Forskellen viser betydningen af den alkoholkultur og de restriktioner, som samfundet anvender for at begrænse forbruget af alkohol m.m. Forskellene må således primært forklares som et kulturfænomen.

Ved bogens udgivelse findes kun data fra ESPAD 2011 for de danske unge. Tallene viser bl.a., at andelen af unge, der har drukket alkohol sidste måned er på samme niveau som i 2007. Der er en stor stigning i andelen af unge, der ikke har drukket alkohol den seneste måned, men danske unge har fortsat den laveste andel af unge, der ikke har været fulde sidste måned. Andelen af drenge, der har drukket mindst 20 gange sidste år er faldet fra 50 % i 2007 til 37 % i 2011. For piger er andelen faldet fra 35 % til 28 % i 2011. Uanset dette, ligge danske unge fortsat i top, nu kun overgået af Østrig. Disse og andre data fra ESPAD præsenteres på www.sst.dk.

Forældrenes eget alkoholforbrug og deres normer omkring de unges alkoholforbrug har vist sig at have stor betydning for, hvor meget de unge drikker, og hvor tidligt de begynder at drikke. Unge, der oplever, at deres forældre accepterer, at de drikker alkohol, har et langt større alkoholforbrug end unge, der oplevet, at forældrene er stærke modstandere (1).

Stoffer

Cannabis – i form af hash eller pot – er langt det mest almindelige af de illegale rusmidler, og sådan har det været, siden de illegale rusmidler blev introduceret i ungdomskulturen i 1960'erne. Men også når det gælder cannabis, er der flest, der er helt afholdende. Af dem, der prøver cannabis, er det kun en mindre andel, der

udvikler et jævnligt forbrug. Det er således vigtigt ikke bare at se på, om de unge har prøvet stoffer, men også på, om de udvikler et mere jævnligt forbrug.

Tabel 3. Udbredelse af stoffer blandt 15-16-årige og 16-20-årige i procent (2,3)

Har prøvet	ESPAD 2003 (N = 2519) 15-16 årige, 09. klasse	MULD 2003 (N = 1768) 16-20 årige, post spørgeskema
Hash, pot nogensinde	23	36
Hash, pot sidste måned	8	9
Amfetamin	4	7
Kokain	2	4
Heroin	1	1
Ecstasy	3	4
Psilocybin	2	3
Snifning (opløsningsmidler)	8	4

Debutalderen for at eksperimentere med cannabis ligger typisk fra 14-15 år og frem og et par år senere for dem, der første gang prøver andre stoffer. Den eksperimenterende brug af stoffer topper i aldersgruppen 16-19 år, og det er ikke almindeligt at påbegynde brug af hash og andre stoffer efter 20-årsalderen. Udtrykket "eksperimentere" er centralt, for mens der er en del unge, der prøver cannabis i teenageårene, er det en meget mindre andel, der har et vedvarende, jævnligt forbrug, jf. tabel 3 (målt ved "sidste måned"). Der er stor forskel på kønnene, når det gælder stoffer, idet der er en større del af drenge end piger, der prøver stoffer.

De illegale stoffers udbredelse svinger over tid, og mens niveauet var historisk højt fra midt i 1990'erne til midt i 00'erne, har de seneste år vist et fald i udbredelsen blandt de unge. Selv om udbredelsen er højest i hovedstadsområdet, forekommer brugen af både hash og andre stoffer blandt unge over hele landet. Der er altså ikke kun tale om et storbyfænomen. Danmark ligger i en midterposition i Europa, når det gælder unges brug af stoffer.

Der er en meget stærk sammenhæng mellem et stort alkoholforbrug og at prøve hash, ligesom der er en stærk sammenhæng mellem at prøve hash og andre illegale stoffer. Det er en stor del af de unge, der prøver hash, som ikke prøver andre stoffer – men næsten alle, der har prøvet et andet illegalt stof, har også prøvet hash.

Risici ved brug af tobak, alkohol og stoffer

Fælles for alle psykoaktive stoffer er, at de påvirker hjernen og centralnervesystemet og ændrer den psykiske tilstand og de kognitive funktioner. Et andet fællestræk er, at gentagen brug virker afhængighedsskabende, og at ophør efter længere tids brug er forbundet med abstinenssymptomer, fysisk og/eller psykisk.

Tobak

Konsekvenser af tidlig debut

Jo tidligere man starter på at ryge, jo større er sandsynligheden for, at man ender som storryger. Man har desuden sværere ved at holde op med at ryge som voksen, jo tidligere man er startet på at ryge. Undersøgelser af børn, der er begyndt at ryge, før de er blevet fuldvoksne, har vist, at væksten i lungefunktionen aftager, så de ikke opnår deres fulde maksimum. Derfor anbefales det, at unge slet ikke ryger. Hvis de overhovedet skal starte, er det vigtigt, at det sker så sent som muligt.

Skadevirkninger af tobak

Rygning er årsag til en lang række sygdomme, primært kræft, hjerte-kar-sygdomme og KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse). Derudover er der en lang række andre sygdomme, som rygere har større risiko for at få, blandt andet sygdomme som paradentose, ryglidelse, høretab, osteoporose, mavesår, lungebetændelse og psoriasis. Rygere har oftere nedsat fertilitet (frugtbarhed), og mænd har større risiko for impotens. Der er stort set ikke noget organ, der går fri af de skadelige effekter.

Den skadelige virkning skyldes de mange giftige stoffer i tobakken. Tobaksrøg indeholder således en blanding af over 4.000 forskellige stoffer, hvoraf de ca. 200 er sundhedsskadelige for mennesker. Mindst 40 af dem er kræftfremkaldende. De skadelige stoffer optræder enten som gasser eller som partikler. Partiklerne kaldes under et for tobakstjære. Det er her, at hovedparten af de kræftfremkaldende stoffer findes. Blandt gasserne er kulilte et af de mest markante stoffer sammen med fx formaldehyd og akrolein, der under et kaldes irritanter. Helt centralt er stoffet nikotin, der er det afhængighedsskabende stof i tobak. Nikotin og kulilte spiller en stor rolle for udviklingen af hjerte-kar-sygdomme, mens tjære og irritanterne er hovedansvarlige for tobakkens kræftfremkaldende virkning og for den skadelige effekt på luftvejene, der resulterer i lungesygdomme. Det er forskelligt, hvor lang tid det tager, før man bliver afhængig af nikotin, men den fysiske afhængighed efter nikotin opstår typisk efter få ugers dagligt forbrug. Afhængigheden øges, jo større forbruget er og jo længere tid, som man ryger.

Der er principielt ingen nedre grænse for, hvor lidt man skal ryge for ikke at risikere at blive syg af sin rygning. Tværtimod viser undersøgelser, at hvis man ryger blot 3-5 gram tobak om dagen og undlader at inhalere røgen, giver det stadig en øget risiko for at få en blodprop eller en for tidlig død generelt. Også lejlighedsvis rygning kan medføre større risiko for at blive syg.

Vandpiberygning

Vandpiberygning er i de seneste par år blevet meget udbredt blandt unge. Omkring halvdelen af alle 15-19-årige har røget vandpibe en eller flere gange inden for det seneste år. Der er i befolkningen en myte om, at vandpiberygning er harmløst, da det ikke lugter som almindelig tobaksrøg, men vandpiberygning kan skabe afhængighed og har nogle af de samme skadevirkninger som anden rygning af tobak. Vandpiberygning giver også risiko for nedsat lungefunktion omend i mindre grad end ved cigaretrygning.

Vandpiberygning er altid forbundet med inhalation af røgen, men røgen fra en vandpibe er ikke så stærk og varm som røgen fra cigaretter. Desuden er tobakken til vandpiberygning tilsat forskellige smagsstoffer og duftstoffer som lakrids, bolsje, banan og mandarin. Tilsammen betyder det, at rygning af vandpibe kan blive en måde at begynde at ryge på for børn og unge, hvor de ikke oplever det samme ubehag som ved at ryge cigaretter, og hvor de vænner sig til at inhalere røgen. Derudover kan man ryge stort set alt gennem vandpiben, herunder andre stoffer, der skaber afhængighed.

E- cigaretter

E-cigaretter er et forholdsvis nyt produkt på det danske marked, men andelen af brugere er stigende. E-cigaretter anvendes blandt alle social- og aldersgrupper, således også blandt skoleelever og unge under 20. De fleste anvender e-cigaretter, fordi de prøver at holde op med at ryge (56 procent), eller fordi de prøver at nedsætte deres tobaksforbrug (42 procent).

E-cigaretter med nikotin samt nikotinvæske, som er beregnet til anvendelse i e-cigaretter, er et lægemiddel på grund af den farmakologiske effekt af stoffet nikotin. Sundhedsstyrelsen skal derfor godkende e-cigaretter med nikotin samt nikotinvæske beregnet hertil efter de samme regler, som gælder andre lægemidler, før der kan gives en markedsføringstilladelse til at sælge dem i Danmark. Endvidere skal virksomheder opnå en virksomhedsgodkendelse, før de kan sælge lægemidler i Danmark. Ved bogens udgivelse er der ingen, der i Danmark har ansøgt om og fået de pågældende godkendelser til at markedsføre og sælge de pågældende

nikotinbeholdere. Dette indebærer, at man i Danmark kun lovligt kan sælge e-cigaretter og væske til e-cigaretter, der ikke indeholder nikotin.

E-cigaretter og helbredsrisiko

Der eksisterer endnu ikke videnskabelige langtidsstudier, der kan kvantificere den konkrete helbredsrisiko ved at anvende e-cigaretter. Der er gennemført mindre studier, som viser, at der foregår en målelig påvirkning af luftveje efter blot få minutters rygning på en e-cigaret med nikotin, men det er ikke muligt på dette grundlag at vurdere de sundhedsmæssige konsekvenser på sigt. Der er således en betydelig usikkerhed om sikkerheden ved at anvende produktet – især i længere tid.

Det gælder også i forhold til den mulige risiko ved passiv rygning af de dampe, som e-cigaretten spreder til omgivelserne. Verdenssundhedsorganisationen WHO anbefaler, at e-cigaretter indtil videre behandles som konventionelle cigaretter i relation til gældende regler og love om røgfri miljøer.

Risiko for forgiftning

Nikotin i ren form er et særdeles farligt giftstof. Rygevæsker med nikotin indeholder ofte nikotin i mængder, der kan medføre alvorlig forgiftning selv ved indtagelse af meget små doser. 40 til 60 mg nikotin kan være dødelig dosis for voksne, og selv få ml af en nikotinholdig rygevæske kan indeholde så meget nikotin, at det kan medføre alvorlig forgiftning og i værste fald død, hvis man fx kommer til at drikke det. Symptomer på nikotinforgiftning er ildebefindende og opkastning, og man bør straks opsøge skadestue. Giftlinjen kan give yderligere oplysninger på telefon 8212 1212.

Sundhedsstyrelsen anbefaler ikke brug af e-cigaretter.
E-cigaretter bør ikke anvendes inden døre

Følg med på www.sst.dk

Udbygge samarbejdet med lokale foreninger

Kommunen gennemfører løbende særlige informationsindsatser rettet mod børn og unge i sports- og fritidsmiljøer via trænere og ledere. Dette kan fx ske via et udbygget samarbejde med de lokale idrætsforeninger, spejderforeninger etc.

Alkohol

For børn er alkohol først og fremmest en risikofaktor, fordi alkohol påvirker hjernen både akut i forbindelse med beruselse og på længere sigt i forbindelse med hjernens udvikling. I forbindelse med beruselse bedøver alkohol den del af hjernen, der er sæde for sociale kompetencer, risikovurdering og impulskontrol, nemlig pandelapperne, som først bliver færdigudviklet i 20-års-alderen og senere for drenge. Alkohols hæmning af impulskontrol og risikovurdering gør, at børn/unge har større risiko for at komme ud for uheld og ulykker. Børn og unge har vanskeligere ved at tåle og håndtere den bedøvende effekt af alkohol. Specielt påvirker alkohol børn og unges ord, handlinger og dømmekraft og vurdering af forskellige situationer, der kan give problemer her og nu og i fremtiden.

Sociale relationer

For børn og unge mellem 12-18 år er udviklingen af sociale relationer til venner og kærester noget af det mest afgørende. Det er derfor vigtigt for de unge, at de er i stand til at udvise sociale kompetencer. Det bliver vanskeligt for dem, hvis de drikker alkohol, da alkohol netop i første række virker bedøvende på pandelapperne. Det kan derfor ikke undre, at unge, der starter tidligt med at drikke, viser sig at komme ud for slagsmål, skænderier, uønsket sex, uheld, skadestuebesøg, kontakt med politiet m.v. i langt højere grad end de unge, der først starter senere med at drikke. En tidlig debut er desuden en risikofaktor for et senere storforbrug af alkohol og for senere eksperimenter med illegale stoffer.

Flere børn og unge med dårligt selvvurderet helbred, dårlig trivsel i skolen og ringe tilfredshed med livet har et større alkoholforbrug end andre børn og unge (3). Derfor anbefales det, at børn ikke drikker alkohol, og at alkoholdebut udskydes til i hvert fald 16 år.

Påvirkning af kroppen

Scanning af unges hjerner viser, at et alkoholforbrug på 20 genstande om måneden over 1-1,5 år medfører ændringer af hjernens struktur, blandt andet hippocampus, som er sæde for hukommelse og indlæring, navnlig hvis de unge drikker fire-fem genstande eller mere ved en lejlighed (4). Et højt alkoholforbrug i den

følsomme udviklingsperiode udgør en særlig risiko for hjernes udførende funktioner og for hukommelsen (5).

Unge, som har et højt forbrug af alkohol, har en større sandsynlighed for at lide under bivirkninger som eksem, hovedpine, appetitændringer og søvnforstyrrelser.

Børn og unges organer bliver mindst lige så akut påvirket som voksnes organer ved stort forbrug af alkohol, og unge mennesker er ikke immune over for de kroniske sygdomme og tilstande som det ses ved voksnes overforbrug af alkohol.

Alkohol er et toksisk stof, der påvirker en meget stor del af kroppens organer. Alkohol forøger risikoen for kræft i mundhulen, svælg, strube og spiserør, lever, tyktarm og endetarm. Alkohol forøger desuden kvinders risiko for brystkræft. Et større alkoholforbrug øger risikoen for åreforkalkning og blodprop i hjertet, mens et forbrug på omkring en genstand kan have positive effekter på iskæmisk hjertesygdom hos midaldrende og ældre, hvis det ikke kombineres med ved festlige lejligheder at drikke fem genstande eller mere på en gang. Tilsvarende øges risikoen for højt blodtryk ved et større alkoholforbrug. Selv et meget lavt alkoholforbrug øger risikoen for hjerneblødning. Alkohol øger desuden risikoen for leversygdomme, afhængighed og depression. For unge er der ingen positive helbredseffekter af alkoholforbrug. Tværtimod er hvert fjerde dødsfald blandt unge mænd mellem 15 og 29 år relateret til alkohol (6).

Man skal være opmærksom på, at et stort alkoholforbrug hos unge kan være en måde at håndtere stress og angst, eller det kan være en konsekvens af en opvækst i familier med alkoholproblemer, eller at den unge har været udsat for fysisk eller seksuelt misbrug. Der er således en sammenhæng mellem et højt alkoholforbrug og mentale problemer.

De unges beruselsesorienterede drikkemønster er det mest skadelige drikkemønster. Hvis en bestemt mængde alkohol drikkes på en gang, har den en meget større skadevirkning på kroppen, end hvis forbruget spredes ud over ugen. Hvis man bliver så påvirket af alkohol, at ens sanser svækkes, øges risikoen desuden for at blive inddraget i ulykker. Alkoholrelaterede ulykker udgør en meget stor del af de alkoholrelaterede skader.

Konsekvenser af tidlig debut med alkohol

Det er veldokumenteret, at tidlig debut med alkohol er forbundet med risiko for et senere storforbrug af alkohol (5). Blandt unge, der har haft alkoholdebut, før de var fyldt 12 år, ses en meget høj forekomst af de problemer, som unge generelt

har risiko for at opleve, når de drikker alkohol: alkoholforgiftning, ulykker, deltagelse i slagsmål medførende behandling på skadestue eller indlæggelse på sygehus og kørsel i bil eller på motorcykel i beruset tilstand. Herudover ses der problemer som fortrudt samleje, samleje uden prævention, nedsatte præstationer i skolen og konflikter med venner og forældre. Unge, der har en senere alkoholdebut, har en væsentlig lavere forekomst af disse negative oplevelser. Fx har 21 % af piger, der er begyndt at drikke alkohol, før de er 12 år haft fortrudt samleje, fordi de havde drukket alkohol. Det gælder kun 3 % af dem, der er begyndt at drikke alkohol, da de var mellem 14-16 år. Tilsvarende har 29 % af de drenge, der begyndte at drikke alkohol, før 12-års-alderen, været i slagsmål, fordi de havde drukket. Det gælder kun 8 % af de drenge, der startede med at drikke, da de var 14-16 år (7).

Der er en sammenhæng mellem tidlig biologisk modenhed hos piger og deres alkohol- og rygevaner. 42 % af de piger, der fik deres menstruation som 12-13-årige, har været fulde mindst fire gange, mens det kun er 24 % af dem, der fik deres menstruation som 14-årig eller senere (1). Mekanismen er formentlig, at alkohol bruges som voksenmarkør, og at pigerne orienterer sig mod de ældre, mere modne drenge, hvis alkoholvaner de så påvirkes af.

Figur 4. Problemprofil for PIGER opdelt efter alder ved alkoholdebut (8)

Piger, der har drukket alkohol	før 12 år	14-16 år
Slagsmål	23%	3%
Involveret i ulykke	10%	3%
Problemer med venner	28%	8%
Problemer med præstationer i skolen	11%	1%
Uønsket samleje	21%	2%
Samleje uden prævention	13%	1%
Problemer med politiet	8%	1%
Kørt bil eller motorcykel i påvirket tilstand	11%	1%
På skadestue eller hospital	8%	1%

Figur 5. Problemprofil for DRENGE opdelt efter alder ved alkoholdebut (8)

Drenge, der har drukket alkohol	før 12 år	14-16 år
Slagsmål	29%	8%
Involveret i ulykke	15%	3%
Problemer med venner	17%	6%
Problemer med præstationer i skolen	8%	3%
Uønsket samleje	18%	2%
Samleje uden prævention	11%	2%
Problemer med politiet	16%	2%
Kørt bil eller motorcykel i påvirket tilstand	11%	3%
På skadestue eller hospital	7%	3%

Disse tal findes ikke i en nyere udgave.

Stoffer

Stoffers virkninger på hjernen

De forskellige former for psykoaktive stoffer påvirker forskellige områder i hjernen gennem effekter, der ligner og virker som forskellige neurotransmittere (8). Forskellige stoffer har meget forskellig rusvirkning fra sløvende til opkvikkende og hallucinerende. Nogle stoffer giver flere former for virkning. Hash virker primært sløvende og beroligende, men kan også give lettere hallucinationer. Nogle sløvende stoffer, fx ghb, kan være opkvikkende i små doser og bedøvende i store doser (det samme kendes fra alkohol). Rusvirkningen afhænger ikke kun af det kemiske stof og den måde, det indtages på, men også i meget høj grad af forventningerne til virkningen, erfaringen med stoffet, humøret, træthedstilstanden og den situation, som rusmidlet indtages i.

Skadevirkningerne af stoffer

Skadevirkningerne af stoffer er meget forskellige afhængigt af de anvendte stoffer, mængden af den enkelte indtagelse, mængden af det løbende forbrug, varigheden af forbruget, indtagelsesmåde (injektion udgør i sig selv en risiko) og samtidig brug af andre stoffer (blandingsmisbrug). Dertil kommer, at virkningen ikke bare afhænger af stofbrugen, men også af brugerens indstilling (forventninger, erfaringer, humør, træthed osv.) og den situation, som stoffet indtages i.

En stor del af risikoen for børn og unges eksperimenter med stoffer er forbundet med den akutte stofvirkning, rusen. Alle rusmidler (inklusive alkohol) øger risikoen for ulykker og uheld på grund af manglende dømmekraft, svækket motorik og eventuel destruktiv adfærd. Men en del stoffer giver også risiko for akut forgiftning, i allerværste tilfælde med dødelig udgang (se nedenfor). Den akutte risiko øges ofte ved, at mange kombinerer brugen af (et eller flere) stoffer med alkohol, hvilket gør virkningen endnu mere uforudsigelig. Dertil kommer risikoen for den relativt hurtigt udviklede afhængighed, som er kendetegnende for de fleste af stofferne. Det vedvarende forbrug indebærer yderligere skadevirkninger, jf. skemaet nedenfor. Til de psykiske og fysiske skader kommer de – oftest meget væsentlige – sociale følgevirkninger, der er særligt alvorlige for unge på vej mod uddannelse, arbejde og familieliv. Her gælder det generelt, at hyppig beruselse, uanset om det er med alkohol, hash, amfetamin eller andet, vil hæmme den unges læringsparathed og sociale udvikling.

Cannabis (hash, pot) er på en række områder mindre risikabelt end andre stoffer, som det fremgår af oversigten i Tabel 4, se side 303. Først og fremmest kan man ikke dø af en overdosis cannabis. Men det betyder langtfra, at hashbrug er harmløst, især ikke, hvis man bruger det jævnligt. Cannabis er et afhængighedsskabende stof, og ved hyppig brug (flere gange om ugen) udvikles tolerans – dvs. der skal mere og mere cannabis til at give rusvirkning. Efter jævnlig brug i nogle uger

viser der sig psykiske abstinenssymptomer (irritation, rastløshed, søvnbesvær, angst). Jævnlig brug af cannabis sløver generelt og nedsætter især den kognitive funktion, dvs. at brugeren husker dårligere, har sværere ved at planlægge og at lave flere ting på en gang. Ny forskning viser, at disse virkninger er særligt markante for teenagere, hvis hjerne stadig er under udvikling. Dette har selvfølgelig stor betydning for indlæringsevnen og er især problematisk i lyset af, at det netop er i teenageårene, at brug af hash har sin udbredelse. Hertil kommer, at cannabis kan udløse psykotiske tilstande, og at rygning af cannabis har alvorlige skadevirkninger på lunger og luftveje, mindst lige så skadelige som tobak.

Tabel 4. Skadevirkninger af rusmidler

	Akut risiko		Yderligere risiko ved langtidsbrug		
	Forgiftning (død)	Aggression	Psykose	Afhængighed	Organskade
Alkohol	Moderat	Stor	Lille	Moderat	Stor (hjerne, bugspytkirtel, lever m.fl.)
Organiske opløsningsmidler (lightergas, hårlak, lim m.fl.)	Stor	Stor	Lille	Lille	Stor (hjerne)
Benzodiazepiner (nerve/sovemedicin)	Moderat	Stor	Lille	Moderat	Nej
Hash/cannabis	Ingen	Ingen	Moderat	Moderat	Stor ved rygning (lunger, luftveje)
Ghb (gammahydroxybuty-rat)	Stor	Stor	Lille	Lille	Kendes ikke
Heroin m.fl. (morfin, metadon)	Meget stor	Ingen	Ingen	Meget stor	Nej
Amfetamin	Moderat	Meget stor	Stor	Stor	Nej
Kokain	Stor	Meget stor	Stor	Meget stor	Lille (næse)
Ecstasy (MDMA)*	Moderat	Lille	Moderat	Moderat	Lille (lever, hjerne)
Lsd, psilocybinsvampe, meskalin	Lille	Moderat	Meget stor	Lille	Nej
Tobak	Lille	Ingen	Ingen	Meget stor	Meget stor

* Indholdsstoffer i ecstasypiller varierer og kan være mere giftige end MDMA/ecstacy.

NB. Oversigten er meget forenklet, for rus og risiko er altid bestemt af kombinationen af stof, person og situation – aldrig kun af rusmidlets art. Stofmængde, indtagelsesmåde, situationen samt individuelle og sociale faktorer spiller alle ind.
Da alle former for rus påvirker ens dømmekraft, intellektuelle funktion, koordinationsevne og motorik er disse risici ikke med i oversigten.
Stofvirkninger ændrer sig uforudsigeligt, når der indtages flere rusmidler ved samme lejlighed.
Nogle indtagelsesformer indebærer yderligere sundhedsrisici, det gælder især indsprøjtning.

Risikofaktorer for børns og unges udvikling af misbrug

Statens Folkhälsoinstitut i Sverige (9) har opsummeret de kendte risikofaktorer for, at børn og unge får problemer med alkohol og stoffer. Risikofaktorerne er opdelt i tre grupper: individuelle og interpersonelle, sociale netværk og samfundsmæssige rammer.

Tabel 5. Risikofaktorer for udvikling af misbrug af rusmidler

Risikofaktorer	
De individuelle faktorer	• En genetisk betinget følsomhed for udvikling af afhængighed • Tidligere adfærdsvanskeligheder som udadreagerende og aggressiv adfærd • Normbrydende adfærd • Sensationssøgende adfærd • Dårlig trivsel, følelse af mislykkethed og isolation • Tidlig alkoholdebut • Holdninger til egen færdigheder i forhold til at bruge eller undgå rusmidler • Holdninger til rusmidlers farlighed
De netværksrelaterede faktorer	• Forældres holdninger til alkohol • Forældres praksis med hensyn til at udskænke alkohol til børn og unge • Tilgængelighed af alkohol i hjemmet • Manglende varme og tillid mellem forældre og barn • Konflikt med forældre • Lave forældreforventninger tilbarnet • Skolevanskeligheder, pjæk og manglendefølelse af tilknytning til skolen • Kammeraters brug af alkohol • Tidspunkt for venners alkoholdebut • Venners tobaksforbrug
De samfundsmæssige faktorer	• Let tilgængelighed af alkohol: lave priser, mange penge at købe for, mange udsalgs- og udskænkningssteder, lave aldersgrænser mv. • Social opløsning i nærmiljø • Negativt skolemiljø

Kilde: Statens Folkhälsoinstitut, Sverige 2002; Rapport nr. 2002:34 "Förebyggandets konst. Insatser för att stärka den alkoholskadeförebyggende verksamheten i skolan".

Modellen viser, at der er mange forskellige faktorer, der har betydning for udvikling af et brug/misbrug af rusmidler. Antallet af risikofaktorer har stor betydning for forbruget, og ligeså understøtter og forstærker risikofaktorerne hinanden. De mest afgørende faktorer har at gøre med de samfundsmæssige rammer og signaler. Eksempelvis vil samfundets signaler omkring både alkohol og tobak komme til udtryk i tilgængeligheden af varerne, i lovgivningen omkring aldersgrænser for køb og salg og i håndteringen af reklamer. Forbud mod stoffer eller omvendt: forslag om lovliggørelse er tilsvarende signaler. De samfundsmæssige rammer vil ligeledes præge forældre og andre voksnes holdninger til rusmidler og tobak, der igen vil have en afgørende betydning for unges holdninger til samme.

Modellen understreger dermed, at de konkrete risikofaktorer, der ligger bag et højt forbrug/misbrug hos unge, i høj grad er et produkt af, hvad den unge har aflæst af adfærden i samfundet, hos vennerne og i familien.

En særlig sårbar gruppe

De psykiske og sociale risikofaktorer spiller en særlig stor rolle for en mindre gruppe af børn og unge. Psykiske, trivselsmæssige og familiære vanskeligheder virker for dem som en særlig belastning, der medvirker til at øge sandsynligheden for såvel et forbrug som problemer med samme. Det drejer sig om de børn og unge, der er vokset op i familier med misbrug, og som selv har særlig risiko for at udvikle afhængighed, da der er en genetisk komponent i alkoholafhængighed.

122.000 børn mellem 0-18 år skønnes at vokse op i familier med alkoholproblemer. Disse børn har behov for, at professionelle omkring dem opdager deres vanskeligheder og arbejder for, at forældrene motiveres for at gå i behandling, og at børnene får den ekstra støtte, som de har behov for. Det tilsvarende gælder for børn af stofmisbrugere. Skolen har gode muligheder for at give børnene en ekstra støtte. Eksempler på støtten er beskrevet i pjecen "En skolefe – og anden støtte til børn i familier med alkoholmisbrug" (11). På www.sst.dk og www.morogfardrikker.dk kan hentes mere materiale om støtte til børn og unge, der vokser op i familier med forældre, der drikker eller har andet misbrug.

Forebyggelse af tobaks-, alkohol- og stofmisbrug i skolen

Børn og unges grundlæggende vaner omkring sundhed og livsstil opbygges i de år, hvor børn og unge går i skole. Derfor har skolen en vigtig opgave med hensyn til at bidrage til, at eleverne får nogle gode og sunde rammer at vokse op i. Rammer og forældresamarbejde er de vigtigste elementer i skolens forebyggende arbejde.

De principper, som skolen kan arbejde efter, kan med fordel formuleres i en rusmiddel- og tobakspolitik. Den bør være så konkret som muligt; der skal være principper for, hvordan den skal følges op, og den bør indeholde følgende:

- Regler og normer for alkoholbrug på skolens område; til møder og fester
- Principper for inddragelse af forældre (fx tema på forældremøder, forældreaftaler)
- Principper for håndtering af problemer, herunder individuel rådgivning og støtte

- Handleplan for børn i familier med alkohol- eller stofproblemer og/eller børn med manglende trivsel
- En sundhedsundervisning, der tager udgangspunkt i principperne nedenfor, samt den obligatoriske læseplan for faget.

Tilrettelæggelsen af sundhedsundervisningen er først og fremmest en pædagogisk opgave, hvor undervisningen tilrettelægges målrettet, struktureret og under hensyntagen til elevernes forudsætninger her og nu. Debutalderen for eksperimenter med alkohol ligger typisk i alderen 12-15 år, tobak omkring 13-15 år, hash typisk fra 14-15 år og frem og et par år senere for dem, der prøver andre stoffer.
Derfor vil opgaven ofte starte i 6. eller 7. klasse og være relevant til slutningen af 9. klasse.

Der har i Danmark såvel som i udlandet været forsket i effektive metoder for sundhedsundervisning om rusmidler og tobak. Den internationale forskning kommer især fra USA, men der er også resultater fra England, Norge, Australien, Holland m.fl. Forskningen viser, at en virksom sundhedsundervisning har særlige kendetegn, både hvad angår rammer, indhold og pædagogisk metode. Desuden skal den helst støttes af en bredere lokalsamfundsindsats, fx i form af rammesætning og samarbejde med forældre, ungdomsklubber, skolen generelt, foreninger i nærheden m.m. (12).

En række forskellige metoder anbefales og anvendes i skolesundhedstjenestens arbejde, herunder bl.a. "Aktive vurderinger" og "Du bestemmer", der kan anvendes på forskellig vis, afhængig af målet med undervisningen (13). Læs mere om sundhedspædagogik og metoder i hhv. kapitel 2 og 9.

Forebyggelsespakke om tobak – relevante uddrag

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om tobak (xx) har til formål at understøtte kommunerne i deres arbejde med bl.a. at udarbejde planer og iværksætte indsatser, der kan medvirke til at begrænse andelen af rygere. Den bedste effekt af det rygeforebyggende arbejde opnås, hvis kommunen iværksætter indsatser, der involverer følgende fire indsatsområder: A) rammer, B) tilbud, C) informationsindsatser og undervisning og D) tidlig opsporing.

Anbefalingerne tager sigte på at give et væsentligt bidrag til at begrænse den sociale ulighed i sundhed, idet brugen af tobak er en væsentlig årsag hertil. Anbefalingerne i forebyggelsespakken er opdelt på grundniveau og udviklingsniveau. Følgende uddrag af anbefalingerne fra forebyggelsespakken omfatter de anbefalinger, der er mest relevante på børneområdet.

Anbefalinger på kommunalt forvaltningsniveau

Grundniveau

Kommunen vedtager en kommunal tobakspolitik med egne forpligtende mål. Der etableres totalt røgfri miljøer indendørs i lokaliteter, hvor kommunen har instruktionsbeføjelser, eller hvor kommunen kan stille krav til samarbejdspartnere. Der sikres særligt fokus på at etablere totalt røgfri miljøer, dvs. røgfri matrikler, de steder, hvor børn og unge opholder sig. Der tages udgangspunkt i loven om røgfri miljøer, men det skal understreges, at loven angiver et minimumsniveau, og at man har mulighed for at indføre mere vidtgående regler. Kommunen henviser ved alle relevante lejligheder til de nationale rygestoptilbud; STOPlinien, tlf. 80 31 31 31, www.ddsp.dk, www.stoplinien.dk, www.xhale.dk

Udviklingsniveau

Kommunen etablerer dialog og samarbejde med fx handelsstandsforeningen og politiet via SSP -samarbejdet med henblik på at understøtte, at detailhandelen overholder love og regler om salg af tobak til børn under 18 år.

Anbefalinger vedrørende børn og unge
Grundniveau.

Systematisk undervisning og forældremøder
Der gives systematisk undervisning om tobak og rygning i skolerne i 7.-9. klassetrin. Undervisningen kan eventuelt startes allerede i 6. klasse, hvis det skønnes relevant. Det anbefales, at forældre inddrages via forældremøder. Inspiration til handling: Der henvises til undervisningsmateriale fra Alinea "Tackling", udviklet i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, samt Kræftens Bekæmpelses materialer X:IT på www.xit-web.dk samt Sundhedsstyrelsens publikation "Dit barns festkultur" på www.sst.dk

Børn og unge informeres
Der informeres i kommunale institutioner, hvor børn og unge færdes, om gevinster ved røgfri miljøer, røgfrihed og rygestoptilbud samt relevant lovgivning på området.

Information i fritidsmiljøer
I alle fritidsmiljøer gives information om gevinster ved røgfri miljøer, røgfrihed og rygestoptilbud.

Udskolingssamtale om tobak
Den kommunale sundhedstjeneste gennemfører på systematisk grundlag en samtale om tobak ved udskolingssamtalen i folkeskolens afgangsklasser. Se "Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge"Inspiration til handling: Der henvises til rygestoptilbud, der er målrettet unge som eksempelvis: www.xhale.dk

Udviklingsniveau
Opsøgende informationsindsatser
Kommunen iværksætter en opsøgende og systematisk indsats i forhold til at få udbredt indendørs og udendørs røgfri miljøer og for at få indført en understøttende forebyggende tobakspolitik på alle ungdoms- og uddannelsesinstitutioner i kommunen. Der tages afsæt i loven om røgfri miljøer, men det understreges, at loven angiver et minimumsniveau, og at man har mulighed for at indføre mere vidtgående regler. Inspiration til handling: Der henvises til Sundhedsstyrelsens materiale om unges festkultur: "Hjælp din teenager – med at skabe rammer for alkohol, tobak og stoffer", "Politik for rusmidler og rygning": www.sst.dk

Forebyggelsespakke om alkohol – relevante uddrag

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om alkohol har til formål at understøtte kommunernes arbejde med at reducere alkoholforbruget blandt borgerne til lavrisikogrænsen, at udskyde alkoholdebuten og at reducere unges alkoholforbrug.

De anbefalede indsatser er opdelt på et grundniveau og et udviklingsniveau. Kommunerne har ansvaret for både forebyggelse og behandling af alkoholproblemer. Kommunen rummer en lang række arenaer og muligheder for at styrke og udvikle: En sammenhængende indsats med fokus på at reducere tilgængeligheden af alkohol og borgernes forbrug af alkohol.
En systematisk tidlig indsats for at forebygge alkoholskader hos den, der drikker og de pårørende – navnlig børnene. At borgerne kommer i behandling, og at behandlingen etableres på et tidligt tidspunkt.

En kvalificeret forebyggelses- og behandlingsindsats på alkoholområdet opnås ved, at der samarbejdes på tværs af kommunen, og at der er den nødvendige politiske og ledelsesmæssige opbakning.

Anbefalinger på kommunalt forvaltningsniveau
Grundniveau
Kommunen indarbejder alkohol, med egne mål for indsatsen, som del af en kommunal sundhedspolitik; der udarbejdes politikker for hvordan man reagerer ved formodning om et alkoholproblem i bl.a. skoler og fritidshjem; Kommunen tilbyder en kort rådgivende samtale af høj kvalitet til borgere med et overforbrug eller skadeligt forbrug samt til pårørende og børn; kommunens medarbejdere i sundhedsplejen, tandplejen, hjemmeplejen, daginstitutioner, skoler, social- og jobcentre mv. informerer om kommunens rådgivnings og behandlingstilbud samt familieambulatoriernes tilbud til gravide.

Udviklingsniveau
Kommunen medtænker som led i alkoholbehandlingen en familieorienteret tilgang til familier, hvor et medlem af familien har et alkoholproblem.

Anbefalinger vedrørende børn og unge
Grundniveau
Forældremøder og inddragelse af forældre
Forældre inddrages gennem forældremøder, herunder indgåelse af forældreaftaler i klasserne, om udskydelse af alkoholdebut og håndtering af fester.

Undervisning
Kommunen tilbyder systematisk undervisning om alkohol i folkeskolen med henblik på at udskyde alkoholdebut, mindske forbrug af alkohol, stoffer og andre rusmidler og med henblik på at informere såvel børn som forældre om de belastninger, børn lever med, hvis deres forældre har alkoholproblemer.

Systematisk opsporing
Kommunens frontpersonale, der møder borgere i bl.a sundhedsplejen, skoler og fritidshjem kan sikre tidlig opsporing af overforbrug og alkoholproblemer hos borgere og familier med alkoholproblemer ved hjælp af en kort opsporende samtale.

Handlevejledninger
Kommunen udarbejder handlevejledninger til frontpersonale med fokus på spørgeguides til en kort opsporende samtale om alkoholvaner og henvisning til rådgivning og behandling.

Udskolingssamtale om alkohol
Den kommunale sundhedstjeneste gennemfører systematisk en udskolingssamtale om generel sundhed, herunder alkohol i folkeskolens ældste klasser og tilbyder en kort rådgivende samtale ved behov.

Udviklingsniveau
Udvidet indsats ved nationale kampagner
Kommunen udvider indsatsen i forbindelse med nationale informationskampagner. Det kan ske ved aktivt at støtte de nationale informationskampagner med egne informationsaktiviteter rettet mod særlige målgrupper eller arenaer. Inspiration til handling: "Tackling", Til grundskolens lærere, ledelse og skolebestyrelse: Sæt rammer for alkohol, tobak og stoffer". Til forældre med børn i grundskolen: "Dit barns festkultur", "Børn som lever med forældres alkohol- og stofproblemer"

Samarbejde med det regionale sundhedsvæsen
Kommunen etablerer et samarbejde med det regionale sundhedsvæsen for at sikre en systematisk tidlig opsporing af alkoholproblemer hos patienterne. Patienter med et alkoholproblem henvises til rådgivning eller behandling. Tilsvarende spørges der systematisk til belastning og vanskeligheder hos pårørende og børn, som ved behov henvises til relevant rådgivning.

Kendetegn for en effektiv undervisning i rusmidler og tobak

Rammer:

- Undervisningen foregår på et tidspunkt, hvor eleverne er interesserede, men endnu ikke har fået etableret deres vaner
- Der skal være en klar målsætning for undervisningen. Det kan fx være afholdenhed eller udskydelse af debut
- Undervisningen skal være på mellem 10 og 30 timer, fordelt over 2-3 klasse trin, fx 7.-9. klasse
- Undervisningen skal indeholde flere elementer: viden, færdigheder og normer. Man kan med fordel samle emnerne tobak, alkohol og narkotika (hash).

Indhold:

- Der skal være fokus på de sociale på virkninger : gruppepres, påvirkning fra medierne, normer:
- Der skal være aldersrelevant faktaviden om tobak,alkohol, hash/stoffer (det kan fx være om udbredelse, eller her og nu konsekvenser)
- Der skal være træning i at sige fra overfor gruppepres, kunne sige nej.
- Desuden kan der være øvelser i dagligdags, sociale og personlige færdigheder, fx at tage kontakt med en ukendt, at håndtere nervøsitet, så unge får mindre brug for at stive sig af med rusmidler.

Pædagogisk metode:

- Eleverne skal involveres og diskutere indbyrdes
- Underviseren skal virke som igangsætter, formidler og "coach".

LITTERATUR

1. Rasmussen, M., Due, P. (red): Skolebørnsundersøgelsen 2010. Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2011.
2. Sundhedsstyrelsen: National Sundhedsprofil Unge 2011. Sundhedsstyrelsen, 2011. www.sst.dk
3. Hibelle B. et al.: ESPAD, The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. 2007 www.espad.org
4. Due P., Lynch J. & Holstein B.E. et al.: Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. Journal of Epidemiology and Community Health 2003; 57: 692-698.
5. Squeglia L.M. et al.: The influence of Substance Use on Adolescent Brain development. 2009.
6. Newbury-Birch D. et al.: Impact of alcohol consumption on young people – a systematic review of published reviews. 2009.
7. WHO: The European Health Report 2009.
8. ESPAD: The ESPAD Report 2003. www.espad.org
9. Rindom H.: Rusmidlernes biologi – om hjernen, sprut og stoffer. Sundhedsstyrelsen, 2000.
10. Förebyggandets konst. Insatser för att stärka den alkoholskadeförebyggande verksamheten i skolan. Rapport nr. 2002:34. Statens Folkhälsoinstitut, 2002. www.fhi.se
11. Sundhedsstyrelsen: En skolefe – og anden støtte til børn i familier med alkoholproblemer. Sundhedsstyrelsen, 2009. www.sst.dk
12. Sindballe A.M.: Unge og Rusmidler – evidensbaseret forebyggelse i skolen? Master of Public Health, Københavns Universitet 2000. Udgivelse nr. 56. 2000.
13. Sundhedsstyrelsen: Forebyggelse og sundhedsfremme i skolen. Undersøgelse af to metoder anvendt i skolesundhedsplejen. Sundhedsstyrelsen, 2009. www.sst.dk
14. Forebyggelsespakke. Tobak. www.sst.dk
15. Forebyggelsespakke. Alkohol. www.sst.dk

HJEMMESIDER

www.hbsc.dk

www.espad.org

www.xit-web.dk

www.xhale.dk

Mobning og social trivsel i skolen

Karin Villumsen

Alt for mange elever bliver mobbet i skolen – eller er på en eller anden måde involveret i mobbeprocesser. Mobning opleves af den enkelte, men er socialt og relationelt forankret. Mobning drives af mange forskellige kræfter, blandt andet af en længsel efter at høre til i fællesskabet. Mobning er et komplekst socialt fænomen, som in- og ekskluderer gennem ekstreme marginaliseringsprocesser. Alle i og omkring skolen har et ansvar for at forebygge mobning ved at skabe et godt undervisningsmiljø. Mobning skal tages alvorligt og håndteres. Mobning og mistrivsel går hånd i hånd. Det dårlige undervisningsmiljø påvirker alle og mærkes på den enkeltes sundhed, udvikling, trivsel og læring. Mobning sætter spor i livet – for nogle med mentale helbredsproblemer til følge.

Skolen har ansvaret for og en særlig forpligtelse til at skabe et godt undervisningsmiljø, hvor alle børn og unge oplever trivsel, læring, udvikling og sikkerhed. Arbejdet med at skabe gode relationer samt at forstå og gribe ind i forhold til mobning er derfor centralt for at fremme mental sundhed og social trivsel i skolen. Den kommunale sundhedstjeneste har en væsentlig rolle i dette arbejde – herunder at forebygge mobning, at opspore mobning og opgave at gribe ind mod mobning på individ-, gruppe-, klasse- og skoleniveau i samarbejde med skolens lærere og ledelse.

Hvad er mobning?

Mobning kan forstås på mange måder, og særligt udbredt er en forståelse af mobning som et individuelt fænomen, der skyldes enkelte børns handlinger og vilkår, hvor én eller flere mobbere udsætter et mobbeoffer for direkte eller indirekte mobning. Denne forståelse kan legitimere straf og eksklusion af barnet – kræfter som i sig selv er dynamoer i mobbeprocesser, hvis man følger en anden forståelse af mobning, nemlig mobning som en del af in- og eksklusionsprocesser i gruppefællesskaber og mobning som en del af en række sociale og interagerende kræfter. Det er denne sidste forståelse af mobning, som dette kapitel tager udgangspunkt i.

Skolen er et sted med mange forskellige mennesker, der hele tiden interagerer, identificerer og fortolker på hinanden og situationer. Det skaber konstant sociale processer, der både in- og ekskluderer. Det er to sider af samme sag. I lyset heraf defineres mobning som følgende[1] (1):

> *Mobning opstår, når de ekskluderende processer i en gruppe tager overhånd og glider af sporet. Når en gruppes sociale orden og positioner er truet af ændringer, kalder det på en markering af, hvem der er med og ikke med i gruppen. Processer, der marginaliserer og dømmer nogle inde-ude, kan medføde frygt og angst i gruppen. For at lindre på denne frygt for ikke at være inkluderet, finder nogle elever sammen om at ekskludere andre elever. En ny social orden opstår i gruppen. Fællesskabet markeres ved, at nogle elever bliver berøvet deres sociale anerkendelse og værdighed. De ekskluderes, udstødes og vurderes ikke egnet til fællesskabets værdighed. Foragten kan konkret ske gennem nedvurdering, bagtalelse, usynliggørelse, hån, latterliggørelse, fysisk forulempelse, ødelæggelse af ejendele, indbrud i og misbrug af sociale profiler, kommunikation og markeringer i digitale medier, fortællinger osv.*

Forskningen i mobning finder flere kræfter, der driver mobbeprocesser, blandt andet (2, 3):

- En længsel efter at høre til i fællesskabet og en social angst[2] for at blive ekskluderet
- Elevernes kamp om positioner til at definere og evaluere personer som fx værdige eller foragtelige
- Lærernes strategier for at skabe autoritet blandt eleverne (og i et kollegialt fællesskab), herunder regler for straf (eksklusion) og belønning (inklusion) i skolen
- Udbredelsen og anvendelsen af elektroniske medier uafhængigt af tid og sted

[1] Denne definition på mobning er stærkt inspireret af den måde, som Søndergaard definerer mobning på i mobbeforskningsprogrammet "eXbus" (1).

- Individuelle faktorer fra privat- og fritidsliv, herunder hjemmets relationer og situation
- Erfaringer, både individuelle og klassebaserede fortællinger (gælder både elever og personale)
- Skolens måde at organisere og håndtere samarbejdet mellem skole og hjem, herunder skolens autoritetsstrategier over for forældre, fx praksis for dialog og/eller sanktioner
- Skolens måde at organisere samarbejde og vidensudveksling blandt personalet, ledelsesstrategier konflikthåndteringskultur mv.
- Skolens undervisningsmiljø, fx hvordan de fysiske og æstetiske rammer samt de psykiske og sociale forhold understøtter inkluderende gruppeprocesser.

Mobning er altså komplekse sociale processer, der blander sig med individuelle faktorer – og opleves med stor smerte for den, der udstødes. Mobbeprocesser kan involvere alle i et fællesskab, nogle mere direkte end andre. Hele klassefællesskabet – også lærerne – kan (ureflekteret og ikke intenderet) blive en del af de destruktive marginaliseringsprocesser. Derfor er det så vigtigt at vide noget om og at gøre noget ved.

Omfanget af mobning

Ifølge Dansk Center for Undervisningsmiljø, DCUM, er omfanget af mobning mellem elever i skolen stadig forholdsvis højt. 6 % af eleverne i 4.-10. klasse svarer, at de er blevet mobbet mange eller flere gange (af andre elever), og 10 % svarer, at det er sket en enkelt gang inden for en periode på to måneder i skoleåret 2010-2011. 11 % af eleverne har mobbet andre elever (4). Tallene har været konstante over flere år.

Skolebørnsundersøgelsen fra 2010 (5) finder, at omfanget af mobning er højest hos de 11-årige (8 %) og mindst hos de 15-årige piger (3 %). Af dem, der mobber er de 9 % af de 15-årige drenge, der mobber andre mindst et par gange om måneden, mens det er 1 % af de 11-årige piger, der gør det.

I mobbeforskningsprogrammet eXbus foretog man en undersøgelse af mobning blandt elever i skoler fra den københavnske vestegn, Vestegnsundersøgelsen fra 2009-2010. Den viste, at 13 % af eleverne havde oplevet at blive mobbet under en eller anden form i undersøgelsens periode, mens 17 % havde været med til at mobbe andre (6). De forskellige undersøgelser viser – trods forskelle, som mest skyldes forskelle i måden at spørge på og i måden at definere mobning på – at der stadig er rigtig mange skolebørn, der er involveret i mobbeprocesser, og at det kan se ud, som om mobning er et stort problem på mellemtrinnet, men at mob-

beprocesser er latent til stede i hele skolelivet. Den enkelte skole og sundhedspersonalet kan bruge de nationale og internationale undersøgelser til at søge viden om de større linjer, tendenser og sammenhænge, men lokalt bør sundhedspersonalet dog altid tage udgangspunkt i egne observationer og undersøgelsesresultater fra undervisningsmiljøvurderinger eller andre trivselsundersøgelser eller samtaler med elever og lærere.

Det er vigtigt at understrege, at når en elev (eller forælder) angiver at opleve mobning, skal skolen tage henvendelsen og situationen alvorligt ved at undersøge sagen nærmere. For når der er nogen, der beretter om at opleve mobning, er det et tegn på mistrivsel og nogle problemer i undervisningsmiljøet. Ingen elever eller forældre bør afvises med en bemærkning om, at der ikke kan være tale om mobning, fordi det kræver en særlig definition. Hvis der er tale om en oplevelse af mobning eller mobbemønstre, er det et alvorligt tegn på mistrivsel og på et psykisk og socialt dårligt miljø i en klasse eller i en gruppe.

Digital mobning

En særlig afart af mobning er den digitale, online eller elektroniske mobning, der er vokset frem med udbredelsen af de digitale medier i form af spil, chatrooms eller andre sociale medier (fx Facebook og Youtube) via internettet, eller ved brug af mobiltelefonen som medie, fx ved at sende ubehagelige og nedgørende beskeder med sms og det samme med billeder via mms. Digital mobning omtales særskilt, fordi det er særligt svært at spotte, fordi online mobning sjældent foregår uafhængigt af offline eller traditionel mobning, og fordi erfaringerne med at håndtere det stadig er ret nye.

Forskning viser, at digital mobning er karakteriseret ved, at følelsen af altid at kunne nås og det umulige i at slippe væk er særlig markant, når teknologiske medier inddrages i mobning. Endvidere er det muligt for afsenderen at være anonym over for modtageren. En nedgørende, pinligt udstillende eller fornærmende besked kan få en forstørret betydning, når den ikke udelukkende sendes til den, der vurderes, men til mange, ja faktisk uendelig mange – også til personer, som ikke er personligt kendte med de direkte involverede. Og det kan ske med en ukontrolleret hastighed og blive ved at eksistere i uendelige fora og både i samtidige og forskudte tider (7).

Digital mobning sker via de medier, som børn og unge færdes i og med samt i sprog og koder, som enten ikke er forståelige eller synlige for voksne. De unges digitale medierum er altså deres egne zoner, der ikke er kontrolleret eller behersket af de voksne. Og digital mobning er udbredt. Godt hver femte elev mellem

4.-8. klassetrin har erfaringer med digital mobning i form af ubehagelige meddelelser afsendt eller modtaget på sms/chat (8).

Lærermobning og negative relationer mellem lærere og elever

En anden særlig form for mobning er den mobning, der sker, når lærerne i skolen bliver involveret i mobbeprocesser og mønstre – den såkaldte lærermobning. Den adskiller sig ikke i væsen fra den tidligere omtalte mobning, det er stadig de samme processer som værdighedsberøvelse, foragtproduktion og et positioneret spil om, hvem der er inde/ude. Forskellen er, at læreren har en særlig position og autoritet som voksen og professionel i relation til eleverne. Man kan også tale om meget negative sociale mønstre og relationer mellem lærere og elever. Mønstre og relationer, der i sin konsekvens fungerer som mobning, men som ikke nødvendigvis genkendes eller benævnes som mobning. Børnerådet og DCUM viser i en undersøgelse fra 2009 (9), at eleverne er meget forsigtige med at betegne negative oplevelser som hån, ydmygelser, trusler, fysiske overgreb mv. fra lærerens side som mobning. En mulig forklaring kan være, at eleverne forstår mobning som noget, der sker mellem elever og ikke mellem lærere og elever.

Når lærere er med i mobbeprocesser, kan det foregå ved, at en lærer griner med, når elever håner/ydmyger og stempler en af klassekammeraterne. Men det kan også ske ved, at læreren gentagne gange vurderer eleven negativt, kommer med nedladende kommentarer, bruger øgenavne eller truer en elev foran klassen. Det er med til at stemple eleven og berøve elevens værdighed samt gøre det legitimt for klassekammeraterne at følge trop. Det sker måske i sjov, men netop humor er med til at aflyse ansvar og til at legitimere en fortsættelse – "det er jo bare for sjov!" og "har du ingen humor?". Når læreren er medvirkende i mobbeprocesser, påvirker det hele klassens sociale liv. Sundhedsplejersken skal i samtaler med eleverne være særligt opmærksom på vedvarende negative relationer mellem lærere og elever, idet det ofte vil være en del af mobbeprocesser i en klasse. På grund af lærerens legitime autoritet har eleverne endog meget svært ved at sige fra eller blive taget alvorligt, hvis de betror sig til andre.

Hvem oplever mobning?

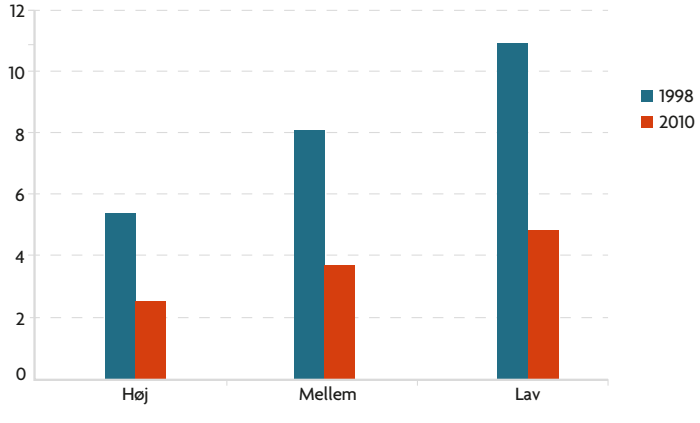
I princippet kan alle elever blive udsat for mobning, ligesom mange er involveret i mobbeprocesser. Det er en myte, at det er ydre kendetegn, som fx hår, tøj og kropsbygning, der er årsagen til mobning. Disse faktorer kan indgå som midler i mobningen, der dog har afsæt i komplekse sociale positioneringer og kulturelle normer i en gruppe. Ligeledes er det også en myte, at det er en iboende mulighed

hos børn, der er blevet opdraget med enten hård hånd eller det modsatte uden retning, normer og krav.

Skolebørnsundersøgelsen fra 2010 (5) viser, at mobning er særligt udbredt på mellemtrinnet i skolen ligeligt fordelt på drenge og piger. Af dem, der er involveret i mobning og selv angiver at mobbe andre, er der dog flere blandt de ældste elever og især blandt drengene. Det sidste bekræftes i Vestegnsundersøgelsen (6), der også viser, at dét at blive mobbet har en betydelig sammenhæng med et negativt forhold til klassen og klassens liv samt et negativt selvbillede. For dem, der mobber, er der til gengæld ingen sammenhæng mellem selvbillede og at mobbe. Der er en stærk sammenhæng mellem at mobbe og have det dårligt i forhold til skolen, en negativ opfattelse af klassens liv og at have et dårligt forhold til familien. De elever, der slet ikke oplever selv at være involveret i mobning, har et betydeligt mere positivt forhold til samtlige faktorer end de elever, der er involveret i mobning på den ene eller anden måde.

Mobning har traditionelt ramt flere skolebørn fra lavere socialgrupper med mange ressourcesvage familier, men den seneste Skolebørnsundersøgelse viser, at der er sket en betydelig reduktion i forekomsten af mobning, og efter alt at dømme skyldes det, at mange skoler har taget udfordringen op og gjort en indsats. Upublicerede analyser viser, at der stadig er social ulighed i mobning, men den er reduceret. Det fald, der er sket i mobning gennem årene, er mest kommet børn fra social lav klasse til gode. Forekomsten af mobning var i 2010 2,6 % i de højeste socialgrupper og 4,8 % i de laveste socialgrupper, mens tallene i 1998 var hhv. 5,4 % i de højeste socialgrupper og 10,9 % i de laveste socialgrupper (10).

Figur 1. Forekomsten af børn i 5., 7. og 9. klasse, som mobbes mindst en gang ugentligt fordelt på tre socialgrupper i 1998 og 2010.



Kilde: Statens Institut for Folkesundhed (10).

Sundhedsstyrelsen konkluderer i en undersøgelse fra 2011 (11), at der er flere skolebørn med psykisk mistrivsel (som også kan være andet end mobning) fra eneforsørgerfamilier, fra indvandrer- og efterkommerfamilier, fra lavere socialgrupper og blandt skolebørn med dårlige relationer til forældre og venner. Undersøgelsen viser også, at der er en stor forskel på forekomsten af psykisk mistrivsel afhængigt af, hvilken skole eleverne går på. Forskellene mellem skolerne skal findes i skole- og undervisningsmiljøet, og ikke i forskelle i elevsammensætningen.

Endelig viser både Vestegnsundersøgelsen og Skolebørnsundersøgelsen, at der er større mobbehyppighed, dvs. dét at mobbe, blandt dem, der selv oplever at blive mobbet, end blandt dem, der ikke bliver mobbet. Når man bliver mobbet, finder man altså også nogle gange på at mobbe andre – måske som en måde at bevæge sig ind og ud af en social orden og et hierarki, hvor dét at foragte andre kan kalde på en lindring hos en selv, idet man derved oplever at blive (midlertidigt) inkluderet i et fællesskab.

Fra Vestegnsundersøgelsen viser følgende trivselselementer sig at have en stærk betydning for enten at blive mobbet eller at mobbe andre:

Trivselselementer	Signifikant mere enige i udsagnet end de andre elever	
	Er blevet mobbet	Har mobbet andre
Oplever at klassen taler grimt til hinanden/skændes/dårlig stemning	Ja	Ja
Ked af skolen/utilfreds med karakterer	Ja	Ja
Kommer dårligt ud af det med andre mennesker	Ja	Ja
Har flere problemer end deres jævnaldrende	Ja	Ja
Kommer op at skændes i klassen	Ja	Ja
Populær	Nej/mindre	Ja
Oplever klassen som opdelt/intolerant/hierarkisk	Ja	Ingen forskel
Oplever sig alene/udenfor/ikke relation til klassekammerater	Ja	Ingen forskel
Føler sig ensom/nytteløs	Ja	Ingen forskel
Er bange	Ja	Ingen forskel
Har det ikke godt med familien	Ingen forskel	Ja
Keder sig/dårligt forhold til lærere/ikke lyst til at lære	Ingen forskel	Ja
Oplever ikke vokseninteresser i skolen/tror ikke på de voksne	Ingen forskel	Ja
Oplever klassen som upopulær blandt lærere	Ingen forskel	Ja
Får ballade/slås/griner af andre	Ingen forskel	Ja

Delvis gengivelse af tabel fra Vestegnsundersøgelsen (6).

Når det kommer til negative mønstre og relationer mellem lærere og elever, herunder lærermobning, har markant flere drenge negative oplevelser med deres lærere, end piger har. Drenge oplever oftere at blive ydmyget eller gjort til grin, at få at vide, de ikke duer til noget, blive gjort til syndebuk, blive truet, blive taget hårdt fat i og at blive skældt meget ud. Fagligt svage elever oplever oftere hånlige kommentarer fra lærerne end deres kammerater.

Konsekvenser af mobning

Mobning og at være involveret i mobbeprocesser har stor betydning for elevernes trivsel, for deres motivation til at gå i skole og for glæden eller angsten for det fællesskab, som deres klasse er.

Vestegnsundersøgelsen viser, at konsekvenser af at blive mobbet blandt andet er lavere selvværd for den enkelte, at komme dårligt ud af det med andre mennesker, flere konflikter, at føle sig nytteløs og udenfor og at være ked af og bange for at gå i skole. Der er en direkte sammenhæng mellem at blive mobbet og at være bange for mobning, for at blive holdt udenfor og for at blive gjort til grin samt bange for ikke at være dygtig nok i timerne.

Elever med mange negative relationer til lærere oplever, at de har svært ved at betro sig til deres lærere, hvis de har problemer, at de ikke får hjælp af lærerne til at håndtere problemer, at de ikke har et tæt forhold til deres lærer, og at de ikke bliver retfærdigt behandlet af deres lærere.

I undersøgelsen fra 2011 (11) understreges, at mobning er den enkelte faktor, der har mest betydning for skolebørns mistrivsel, selvom der er mange andre faktorer, der også spiller ind på skolebørns mistrivsel – og trivsel. Konsekvenserne kan ses i skolens undervisningsmiljø, der også samtidig er nøglen til forandring. For sundhedspersonalet er dette en vigtig viden. Det kan få betydning for sundhedsplejerskens virke, fx ved en mere tværgående funktion i samarbejdet omkring elevernes undervisningsmiljø og deres trivsel og velbefindende i skolen. Undersøgelsen om psykisk mistrivsel viser også, at skolen og sundhedspersonalet skal være opmærksom på, at der kan være andre og flere årsager til mistrivsel end mobning. Mobning fungerer ofte sammen med andre mistrivselsfaktorer og problemstillinger. Der er forskelle i, hvor udsatte eleverne er, og det er også svært at sige noget entydigt om årsagssammenhænge. Pointen er, at mobning ikke er en isoleret social mekanisme. Mobbeprocesser får næring i, skaber og har betydning for skolens sociale og kulturelle miljø sammen med forskellige andre både individuelle og sociale mistrivselsfaktorer.

Ud over at mobning har betydning for den enkeltes trivsel og for de sociale normer og relationer i skolen og dermed for undervisningsmiljøet, har mobning også betydning langt ind i privatlivet og for hele familien. For det første betyder de digitale og online medier, at mobning kan forekomme alle steder på alle tidspunkter. Hjemmet er ikke en fredet zone mere. For det andet involverer mobningen også forældre og eventuelt søskende. Hein viser i sin forskning, at når et barn bliver mobbet, reagerer langt de fleste forældre med bekymring og alvor. De vil forsøge at afhjælpe situationen i dialog med skolen, lærerne og andre forældre. Hvis situationen ikke ændrer sig, kan det udvikle sig til et mareridt, hvor mobningen synes at stemple hele familien som mærkelig, udenfor og selvforskyldt i situationen (12).

Mobning har konsekvenser ud over nu og her. Mathiassen viser i sin forskning, at mobning sætter spor i den enkeltes liv ved at have forskellige følgevirkninger i forhold til identitetsopfattelser, i relationer til andre mennesker samt i aktiviteter, værdier og orienteringer. Mobbeerfaringer i barndommen kan trække spor langt ind i voksenlivet – for nogle med større besvær end andre (13).

En anden konsekvens af massiv mobning – eventuelt koblet med andre mistrivselsfaktorer – er en øget risiko for at blive involveret i kriminelle miljøer, ligesom massiv mobning også kan medføre, at nogle børn og unge er så ulykkelige og fastlåste, at de bliver depressive eller udsætter sig selv for skade af forskellig art. Nogle overvejer selvmord – og for nogle bliver det ikke ved overvejelserne, men føres ud til yderste konsekvens (14).

Konklusionen er, at mobning skaber mistrivsel, en forringet livskvalitet med angst, ensomhed og både følelsesmæssige og sociale vanskeligheder. Nogle risikerer langvarige psykiske lidelser. Derudover skaber mobning et negativt socialt interaktionsmønster i klassen og dermed et dårligt undervisningsmiljø i skolen.

Tegn på mobning

Hvad der skaber mobning er forskelligt fra situation til situation, ligesom hver mobbehistorie bærer på sin helt egen fortælling, virkninger og (for)løsninger. Det er komplekse processer, der skaber mobning i skolen. Derfor er der heller ikke et enkelt svar på, hvordan skolen kan håndtere mobning og mistrivsel. Men det er uden tvivl skolens ansvar og helt afgørende rolle at gribe ind over for mobning, når det forekommer, eller der spores tegn på mobning i skolen. Der kan være mange og ikke nødvendigvis entydige tegn på mobning. For at skabe overskuelighed adskilles der her i individuelle og sociale tegn.

Tegn på mobning og mobbemønstre hos den enkelte:

- Fravær fra skolen
- Psykosomatiske symptomer (hovedpine, mavepine, søvnbesvær, træthed)
- Manglende fokus og koncentration
- Svær at placere i gruppearbejde
- Aggressiv eller destruktiv adfærd
- Nervøs adfærd
- Stille indadvendt adfærd
- Ensomhed og social isolation
- Ked af det
- Tristhed og depression
- Usikkerhed, lavt selvværd og negativt selvbillede
- Skiftende eller markant andre adfærdsmønstre
- Fysiske mærker på kroppen (enten fra andre eller fra selvskade)
- Angst for skolelivet, især det sociale liv.

Tegn på mobning og mobbemønstre i klassen eller et socialt gruppefællesskab:

- Højt konfliktniveau
- Manglende koncentration i klassen
- Hårdt sprog og negativt evaluerende kultur
- Meget opdelte grupperinger i klassen
- Kamp om dominansforhold og positioner i klassen
- Ekskluderende normer og mangel på 'vi'-praksis og -fortællinger
- Lav hjælpsomhed i klassen og manglende fortrolighed
- Hånende humor og latterliggørelse.

Der kan sagtens være andre tegn, ligesom tegnene kan være svære at spotte i en travl hverdag. Nogle af tegnene kan også skyldes anden mistrivsel end mobning, fx hjemlige problematiske forhold. Under alle omstændigheder kræver det en indsats, som sundhedstjenesten med fordel kan medvirke til.

Håndtering af mobning i skolen

Det nytter noget, når skolen tager aktivt fat om at forebygge og bekæmpe mobning (5, 10). Dét, der virker i indsatsen mod mobning, er, at en skole arbejder undersøgende og refleksivt med undervisningsmiljøet, og på et konkret plan har flere både integrerede og parallelle indsatser på skole- og ledelsesniveau, organisatorisk niveau, på klasse- og gruppeniveau og individuelt niveau. Sundhedspersonalet kan med fordel indgå på alle niveauer.

Skole- og ledelsesniveau

Skolens ledelse skal tage aktivt stilling til håndtering af mobning og mistrivsel og til at skabe et godt undervisningsmiljø og en generel konflikthåndterende kultur. Håndtering af mistrivsel og mobning på en seriøs og professionel måde kræver, at skolens ledelse skaber en kultur, hvor man ikke er bange for at se mistrivsel og mobning i øjnene og at italesætte problemerne. En professionel håndtering af problemerne kan sikres gennem et strategisk og målrettet fokus på værdier, retningslinjer, viden og kompetencer samt processer, der involverer alle personalegrupper, forældre og elever og med organisering af en handledygtig praksis i hverdagen. Der findes flere værktøjer og materialer, som skoler kan anvende, fx værktøjer til undervisningsmiljøvurderinger, skabelon til antimobbestrategi, introduktion og skabelon til værdiregelsæt og en række konkrete dialogspørgsmål til at fremme dialogen mellem personale og forældre. For at virke i praksis skal undervisningsmiljøvurderinger, antimobbestrategier, værdiregelsæt osv. kommunikeres løbende, så de er kendte af alle, elever, forældre, personale, og de skal være handlingsanvisende for alle på skolen.

Det organisatoriske niveau

Skolens ledelse har også ansvaret for at sikre, at personalet har den nødvendige viden og de relevante kompetencer, der skal til for at forebygge og gribe ind over for mobning og mistrivsel blandt eleverne. Her er organisering af viden, kompetencer og samarbejde vigtigt. En lærer, pædagog eller sundhedsplejerske skal ikke opleve at være uden organisatorisk støtte og opbakning til at gribe ind, når et barn eller en gruppe af børn mistrives. Her kan procedurer, der smidigt følger en sag til de rette handlinger, være til stor gavn. Forskellige kompetencer og fagligheder er også nødvendige, ligesom der skal være styr på, hvordan akutte problemer håndteres og af hvem, fx hvem retter man henvendelse til, hvis man har et problem som elev eller forældre. Endvidere er tværfaglige fora mellem skolens ledelse, pædagogiske personale, sundhedspersonale og kommunale konsulenter vigtige for viden, løsninger og opfølgninger.

Klasse- og gruppeniveau

I klassen spiller det pædagogiske personale, især læreren, en helt afgørende rolle for at skabe trivsel og modvirke mobning og mistrivsel. En lærer, der er lydhør, rummelig, inkluderende og samtidig anvender autoritetsstrategier, der anerkender elevernes forskellighed – styrker og svagheder – og ikke er bange for at håndtere de problemer og konflikter, der løbende opstår, er guld værd for et godt fællesskab og den enkelte elevs trivsel. At skælde ud, håne, tale nedsættende osv. over

for en eller flere elever i andres påhør er til gengæld gift for klassens normer og trivsel. Det er med til at legitimere en negativ udpegning og en kultur, hvor man udpeger fejl og sætter negative etiketter på hinanden. Derfor er betydningen af et fast lærerteam omkring en klasse også meget stor. Mange vikarer og hyppige lærerskift kan lægge en ellers velfungerende klasse i ruiner.

Eleverne i klassen eller i en gruppe etablerer en social orden med positioner, roller og sociale identiteter, der kan være konstruktive og inkluderende, men også negative og ekskluderende. Det sociale liv står dog ikke stille, det bevæger sig konstant, og den sociale orden er ikke givet en gang for alle. Venskaber brydes, nye alliancer opstår, konflikter trappes op og ned, handlinger, relationer, reaktioner og udtryk vurderes og be- eller fordømmes i et konstant spil om at definere, hvem 'vi' er i forhold til andre. Der vil altid være et socialt hierarki i en gruppe, hvor nogle er placeret – mere eller mindre frivilligt – i periferien af centrum. Men periferien behøver ikke være en ekskluderet, uværdig og ydmygende position, som det er ved mobning.

De voksne i skolen skal være opmærksomme på den sociale orden, de relationer og de normer, som grupper i klassen skaber, jf. de tegn på mobning, der tidligere er nævnt. En måde at tage aktivt fat på det sociale liv i klassen eller på et hold er at inddrage eleverne som aktive og centrale deltagere. Det kan ske gennem undersøgelse af og dialog om klassens undervisningsmiljø, og det kan være at udarbejde værdier og sociale positive regler eller aftaler for livet i fællesskabet. Der findes også metoder, der fremmer et godt socialt miljø og sunde relationer mellem eleverne, se fx DCUM's metodehåndbog "Er du med mod mobning? 42 veje til bedre trivsel" (15) eller den nationale antimobbeportal sammenmodmobning.dk. Begivenheder, der markerer fællesskabets betydning og skaber fortællinger om klassens liv, er også vigtige. Det kan være traditioner, arrangementer og særlige forløb, der er med til at skabe en positiv identifikation. Endelig betyder samarbejds- og dialogkulturen omkring klassen rigtig meget for, hvordan klassen og eleverne opfattes af andre. Det gælder både det kollegiale samarbejde mellem det pædagogiske personale, inddragelse af sundhedspersonalet og samarbejdet med elever og forældre til klassen.

Det individuelle niveau

Der er mange roller og positioner blandt eleverne. På et individuelt niveau er det vigtigt at se på det enkelte barns situation, kompetencer, styrker, svagheder, sociale position, erfaringer og motivationer. Der findes skoler, der vælger at bruge straf og sanktioner, fx eksklusion som metode til at opdrage på et barn, der er med til at mobbe eller skabe en negativ social orden i klassen. Ligesom der er masser af eksempler på, at de, der bliver mobbet, søger væk fra miljøet ved at

flytte skole – ofte med en positiv virkning til følge for den, der bliver mobbet. Dog uden forløsning for resten af klassen, da mobning også er et socialt anliggende i en gruppe. Men mobning opleves af den enkelte og sætter sig spor i den enkeltes erfaringsunivers, hvad enten man er direkte eller indirekte involveret i mobbeprocesserne.

Af hensyn til fortroligheden er det vigtigt med individuelle og undersøgende samtaler i en klasse eller en gruppe, når der er tegn på mobning. Der findes også børn eller unge, der ikke vil tage en mobberolle på sig – enten som den, der udøver mobning eller som offer. Det kan skyldes en traditionel forståelse af mobning som noget, onde børn gør, og en offerrolle som totalt uværdig og handlingslammet. Begge roller kan være svære at identificere sig med, fordi de er mere forestillede end reelle. Mobning er ikke kun et spørgsmål om en bøddel og et offer, men om komplekse sociale in-og eksklusions mekanismer og drivkræfter, som beskrevet gennem kapitlet. Netop fordi mobning ikke er sort-hvidt, er det vigtigt at håndtere løsning af mobbeprocesser professionelt med klare signaler om, hvor vigtigt det er at stoppe og skabe en forandring i de sociale relationer mellem eleverne. Udfordringen er at skabe inklusion for alle. Det kræver forskellige løsninger med afsæt i den konkrete situation. Sundhedspersonalet kan spille en helt afgørende rolle her.

Sundhedspersonalets særlige rolle og handlemulighed

En effektiv indsats mod mobning er, som nævnt, flersidig og indeholder både en langsigtet forebyggende strategi og en her-og-nu-indgribende strategi. Begge strategier kræver samarbejde af alle faggrupper på skolen, medinddragelse af elevernes opfattelser og perspektiver samt forældreinvolvering. Kommunallæger og sundhedsplejersker spiller en vigtig rolle i begge strategier mod mobning i kraft af deres uddannelse, deres arbejde i den kommunale sundhedstjeneste og deres indarbejdede arbejdsform rettet mod forebyggelse og sundhedsfremme, opsporing af problemer og problemløsning. Sundhedspersonalet indgår naturligt i de enkelte elevers liv, i klassen, på skolen, i samarbejdet med forældrene og i det tværfaglige samarbejde på skolen og i kommunen. Samtidig fungerer de som ad hoc-sparringspartnere for skoleledelse, lærere og pædagoger. Og endelig skal sundhedspersonalets særlige uvildige rolle pointeres. Dét, at de ikke er pædagogisk uddannede, men har et sundhedsfagligt fokus, kan være en positiv faktor, fordi det kan minimere fagfaglige eller kollegiale dilemmaer og konflikter, særligt hvis der er tale om problematiske relationer mellem elever og lærere.

Den kommunale sundhedstjenestes indsats i forhold til sundhedsfremme drejer sig om at skabe forandringer gennem empowerment. Omsat til indsatser, der fremmer trivsel og modvirker mobning, handler empowerment om at styrke voksne og børn i deres viden og deres handlinger, sådan at de evner at se muligheder og aktivt indgå i at fremme de konstruktive sociale mønstre og at ændre de uhensigtsmæssige og uønskede forhold i det sociale liv. Udfordringen i antimobbeindsatser er at igangsætte handlinger og processer, der kobler en individuel forløsning med de sociale relationer i i den gruppe eller klasse, mobbeprocesserne sker i. Læs også kapitel 9 om empowerment

De forebyggende indsatser

Det er vigtigt, at sundhedspersonalet bidrager til de forebyggende indsatser, der har fokus på det gode undervisningsmiljø og fremme af social trivsel i skolen. Sundhedspersonalet har ofte en vigtig viden om mobning, konflikter og mistrivsel blandt børn og unge og især i forhold til skolelivet, kendskab til konflikthåndteringsmetoder og samtaleteknikker samt fokus på sundhed, bevægelse, børnenes udvikling og trivsel. Derfor skal sundhedspersonalet også sørge for, at deres rolle og funktioner tydeliggøres på det organisatoriske niveau, sådan at deres indsigt og kundskaber inddrages løbende og ad hoc. Endelig handler det forebyggende også om at afklare nogle grundlæggende syn på, at alle børn har potentialer, er i løbende udvikling og i gang med at lære – også i sociale sammenhænge, hvorfor klasse- og gruppeniveauet er vigtigt at arbejde med.

I det praktiske arbejde på klasse- og gruppeniveau kan den kommunale sundhedstjeneste i samarbejde med lærere fx arrangere temamøder med forældre og deltage i og initiere sundhedspædagogiske aktiviteter og tematiserede undervisningsforløb samt sætte fokus på konflikthåndtering, betydningen af et inkluderende fællesskab, som alle længes efter at være med i, positive og negative hierarkier, trivsel og tegn på mistrivsel, tryghed, sprog og omgangstone, samarbejdskultur, anerkendelse af forskellighed, etisk brug af elektroniske medier og endelig, hvad man hver især kan gøre for at bidrage til et godt fællesskab og et godt undervisningsmiljø. Det kan fx være helt nødvendigt at skelne mellem venner og kammerater. Venner vælger man selv. Kammerater bliver man sat sammen med. Det kan også være nødvendigt at tale om skolens og klassens normer for, hvordan man bedst opfører sig over for hinanden. For eksempel at alle skal have nogen at snakke med, arbejde sammen med, gå med og lege med.

En anerkendende metode og tilgang kan anvendes på gruppeniveau til at ændre vilkårene for en negativ kommunikation. En anerkendende og værdsættende synsvinkel sætter fokus på den enkeltes og andres ressourcer, på det, der virker, og

det, man gerne vil opnå. Metoden er med til at skabe en positiv gruppedynamik. Den anerkendende metode kan også bruges ved individuelle samtaler til at ændre uhensigtsmæssige konfliktmønstre og negative billeder af en selv og hinanden. Den anerkendende tilgang knytter an til at skabe en god eller ny fortælling om en selv på både individuelt og gruppe-/klasseniveau. Fortællingen er med til at skabe identitet og handlinger, der understøtter empowerment-formålet: at styrke og eventuelt forandre den enkeltes og gruppens forståelse af sig selv og hinanden samt øge omfanget af handlemuligheder i eget eller fælles liv (16). Læs mere om sundhedspædagogik i kapitel 9, om eksempler på det praktiske arbejde i kapitel 2 og om kommunikation i kapitel 10.

De indgribende indsatser

Hvis der er tegn på mobning i en klasse, eller en elev udviser flere tegn på mistrivsel, bør det undersøges nærmere. Sundhedspersonalet kan med fordel indgå i disse undersøgelser og i de efterfølgende samtaler og aktivering af et beredskab til at standse mobningen – og til løbende opfølgning.

Sundhedsplejersker har jævnlig kontakt med de fleste børn i skolen og har på baggrund heraf en naturlig plads i samtaler med børn og unge, der bliver mobbet, og i den efterfølgende tværfaglige indsats. For børnene og især de unge kan det være af væsentlig betydning, at sundhedsplejersken ikke er en del af hverdagen i klassen. Det giver mulighed for større åbenhed uden samtidig frygt for tab af prestige.

Opmærksomme samtaler

Mobning opleves som en svær og fastlåst situation, som det er vanskeligt at komme ud af og svært at tale om. Det gælder både den, der bliver mobbet, den, der mobber, og den, der mere eller mindre ser passivt til. Måske kender eleverne fra hver sin position til både at mobbe og blive mobbet. Mobbeprocesser har nemlig ikke entydige positioner.

I samtaler om mobning er det vigtigt ikke at være fordømmende over for nogen. Som samtalepartner er det vigtigt at spørge undersøgende, så den enkeltes historie og oplevelser kommer frem i et fortroligt rum. Formålet er at kunne bryde handlingsmønstre og konstruktivt skabe forandringer, der kræver den enkeltes medvirken – også dem, der mobber eller ikke ved, at de faktisk er med til at give mobbeprocesser medløb. Samtaler kan dermed også fungere som narrative anledninger til at skabe en ny fortælling og virkelighed om den enkelte og om fællesskabet

ved netop at tage fat på nye handlemuligheder, der bryder negative mønstre og styrker nye konstruktive handlinger og sociale identifikationer. Fortællinger der fremmer trivsel og forståelsen af det gode fællesskab.

Samtale med den, der bliver mobbet

Der er mange negative følelser forbundet med at blive mobbet: skyld, skam, negativt selvbillede og manglende tillid til omgivelserne. Uanset hvor længe mobningen har fundet sted, er den forbundet med en smerte, som samtalen kan løsne op for. Men det klart, at jo længere tid mobningen har stået på, jo mere er der at optrævle og forandre.

Samtaler med børn og unge, der bliver mobbet, drejer sig om, at de kan:

- Fortælle frit om noget, der fylder meget og som er svært at tale om
- Blive lyttet til og ikke fordømt
- Opleve indlevelse og forståelse
- Føle sig mindre skyldige, forkerte, vrede, skamfulde og udstillede
- Føle sig mindre ensomme og ulykkelige
- Opbygge selvværdet og få vendt negativ afmagtstænkning til konstruktiv ressourcetænkning
- Se muligheder og genskabe tillid til omgivelserne.

Konkret og fremadrettet skal den, der bliver mobbet, have hjælp til at kortlægge handlemuligheder og se fornyet på egne ressourcer, egen situation, identitet og netværk. Det er med til at skabe klarhed og fjerne noget af den usikkerhed og angst, der er forbundet med et negativt selvbillede samt eventuelt aggression og en følelse af social afmagt. Der skal løbende kortere samtaler til at sikre, at eleven udvikler en tro på sig selv igen og en social og personlig robusthed, der styrker eleven i at kunne håndtere konflikter og stressede situationer, også i klassens sociale netværk.

Den, der bliver mobbet, skal også have hjælp til at skabe overblik over venner og roller og positioner i klassen, familie og andre sociale sammenhænge. Hvem er det fx muligt at henvende sig til i forskellige situationer? Hvad skal der til for at få det bedre? Hvad kan man som barn/ung selv gøre, og hvad kræver andres involvering? Overblikket baner vejen for nye fortællinger om en selv og relationerne i skolen.

Samtale med den, der mobber

Udgangspunktet for samtalen er igen at få historien udfoldet, at være undersøgende og ikke fordømmende. Det kan være en udfordring, men kontakt med den, der er involveret i at mobbe, er vigtig, for det er kontakten, der bruges til at fremme en åben samtale, erkendelser og konkret snak om, hvilken position og rolle eleven spiller i klassen. Fornyede positioner og roller skaber nye muligheder i klassens relationer, og er med til at flytte på negative mønstre og en ekskluderende kultur og social orden. Det er helt afgørende for en genopbygning af klassen som et rart sted at være. For nogle indebærer det stramme skriftlige aftaler og eventuelt midlertidige restriktioner. For andre kan det kræve løbende samtaler om, hvordan det går med at ændre på egen rolle og måde at agere på, forståelsen af sig som en person med mange sociale muligheder, positioner og identiteter.

Samtaler med elever, der mobber, drejer sig derfor om at:

- Fortælle konkret om mobningssituationer for at danne et klarere billede af, hvad der sker, hvornår det sker, samt hvilke reaktioner og følelser det vækker
- Italesætte og forstå, hvad der trigger den enkelte og gruppen til at ekskludere nogle og inkludere andre, fx om barnet/den unge er bange for nogen eller noget i skolen, selv har negative oplevelser/erfaringer med sig
- Undersøge og forstå de sociale normer, positioner og klassens gruppedynamik
- Fokusere på betydningen af, at alle har brug for at være en del af et eller flere sociale fællesskaber, ikke mindst i skolen – og ikke mindst samtale om, hvordan det bedst kan lade sig gøre.

Samtalen handler ikke om skyld og straf, men om at skabe afsæt for erkendelse, forståelse og andre veje til venskaber end mobning. Også for den, der mobber, handler det om at bryde negative handlemønstre ved at skabe en ny fortælling om sig selv og om klassens positioner. Det kræver nogle gange meget faste aftaler. Derfor er det vigtigt at følge op på den første samtale, idet skolen og de voksne ellers vil kunne fremstå som utroværdige og ligegyldige i elevens øjne. For at ændre situationen og det ekskluderende mønster skal barnet/den unge have rammer, retningslinjer, støtte og rådgivning af den voksne samtalepartner og af omgivelserne.

Samtale med de indirekte involverede

De indirekte involverede er de elever, der ikke er direkte involverede i mobning, men indirekte er med til at legitimere og definere positioner om, hvem der er inde/ude. Gruppen kan være bange for at fortælle voksne om deres viden eller bange for at gribe ind og sige fra – de risikerer selv at blive udstødte. Gruppen kan være svær at afgrænse, fordi grænserne for at være passiv/aktiv er flydende

– især med elektroniske medier i spil. Men gruppen er væsentlig at få aktiveret i indsatsen mod mobning. Disse elever kan også have brug for at fortælle en voksen samtalepartner om deres viden og tvivl, der ofte kan være forbundet med ubehag, usikkerhed og nogle gange angst for at "sladre" og selv blive mobbet.

Samtalerne kan foregå individuelt eller i grupper og have flere formål, som at:

- Bidrage til at kortlægge den konkrete mobning og omfanget af problemet
- Få mulighed for at fortælle sin historie, position, følelser, erfaringer, handlinger og dilemmaer til en voksen i et fortroligt rum
- Tale fremadrettet om, hvad man som mere eller mindre passiv tilskuer og som del af klassens fællesskab aktivt kan gøre for at skabe positive forandringer i gruppen – eventuelt gennem nye fortællinger om klassen og egen position
- Hjælpe med at finde den enkeltes ressourcer og sociale roller til at handle mere aktivt, fx i forhold til forskellige netværk, grupperinger og situationer i klassen
- Blive klar over, hvor og hvem de kan henvende sig til, hvis de har brug for opbakning eller er i tvivl om situationen, og hvad der sker.

Sundhedsplejersken eller den, der gennemfører samtalerne, har en vigtig opgave i at formidle forløb, proces og overordnede beslutninger samt gerne skabe et samarbejde med øvrige personaler omkring klassen og forløbet.

Samtale med hele klassen

Mobning sætter sit præg på hele klassens identitet. Samtaler med klassen og temaarbejde om trivsel og antimobning er en del af arbejdet med både at forebygge mobning og gribe ind mod konkret mobning. Opgaven er dels at arbejde med klassens samlede ressourcer og positive handlepotentiale, dels at gøre det legitimt og velanset blandt klassens elever at gribe ind over for mobning. Det er dog vigtigt, at samtaler med hele klassen ikke udstiller nogen enkeltpersoner, idet der så ellers åbnes op for negative evalueringer, potentielle ydmygelser, hån osv. Derfor skal samtaler på klasseniveau være hævet op på et fælles niveau, der kan handle om værdier, regler/aftaler, samarbejde osv. Ligesom det kan handle om at skabe positive forandringer i klassens ry og image, fx ved at italesætte alt det, der går godt, og som man gerne vil have mere af.

Inspiration til forskellige samtaleteknikker

Den voksne samtalepartners rolle er at støtte eleven eller eleverne i at sætte ord på et svært problem ved at være nærværende, opmuntrende og lyttende samt aner-

kende elevernes oplevelser. Den voksne samtalepartner kan benytte sig af forskellige samtaleteknikker, her inspireret af Hertz og Lynge (17, 18, 19).

Aktiv lytning indebærer en gentagelse af nøgleord fra fortællingen, opsummering og at sætte ord på følelser. Aktiv lytning har den funktion, at eleven føler sig forstået, hører sin egen historie gentaget og spejlet af en anden person på en måde, så eleven får en indsigt i, hvad han/hun oplever, og hvordan tingene hænger sammen.

- Situationsanalyse, der fokuserer på at skabe klarhed over konkrete hændelsesforløb ved at fastholde elevens fortælling gennem tegninger, stikord og citater. Målet er at lære eleven at skelne mellem det faktuelle (hvem, hvornår, hvor, hvordan), handlinger, tanker, følelse og kropslige reaktioner.

- Skalaspørgsmål bruges til at få eleven til at vurdere egne mestringsevner i konkrete situationer ved at placere oplevelserne af egne handlinger på en skala fra 1 til 10. Ved handlinger, der har gentaget sig, kan eleven få et billede af sin udvikling med hensyn til at mestre konkrete situationer: "På en skala fra 1 til 10, hvordan synes du, at du klarede situationen for et halvt år siden? Og nu? Hvor vil du gerne ende på skalaen?"

- Cirkulære spørgsmål stilles på en måde, så eleven forholder sig til andres syn på sagen. Teknikken hjælper eleven til at få øje på egne ressourcer og udvikling: "Hvad ville din mor sige, at du har klaret allerbedst? Hvordan tror du, at din lærer vil sige, at du har udviklet dig? Hvad tror du, at dine klassekammerater vil sige, du er god til?"

- Perspektivering (nye fortællinger) er en teknik, der kan bruges, når eleven er parat til at se fremad. Ved perspektivering handler det om at finde de situationer, hvor eleven har oplevet selv at reagere anderledes og mere konstruktivt, samt situationer, hvor eleven har oplevet, at andre reagerer anderledes og konstruktivt. Grundlæggende handler det om at hjælpe eleven med at beskrive, hvordan situationen vil se ud, når problemet er løst. Ved at udbygge elevens forestilling om en ønsket fremtid, fremmes evnen til at skabe den.

- Cirkelsamtaler kan med forsigtighed anvendes til at skabe varige og holdbare ændringer i hele klassens måde at fungere på. Princippet for cirkelsamtalen er, at alle taler direkte til hinanden i stedet for om hinanden, og at alle bliver hørt, hvis man har noget at bidrage med (18). Man kan gennem forskellige samtalerunder sætte fokus på problemstillinger og få vendt dem til noget konstruktivt ved at bruge anerkendende teknikker og fortællinger, der ombryder problemer og skaber nye muligheder. Cirkelsamtaler kan med fordel anvendes

til mindre grupper, men må ikke udvikle sig i terapeutisk retning. Fokus er på konkrete oplevelser, forskellige erfaringer og gode/nye handlemuligheder.

For yderligere inspiration til samtaler og metoder henvises til metodehåndbogen "Er du med mod mobning? 42 veje til bedre trivsel i skolen" og til sammenmodmobning.dk samt kapitel 10.

Dialog med forældre og lærere/pædagoger

I arbejdet med en indgribende indsats mod mobning er det vigtigt at involvere og være i dialog med forældre, lærere og pædagoger for at få inddraget deres oplevelse af børnene og samværet i skolen og i hjemmet. Forældrenes, lærernes og pædagogernes oplevelser af konfliktmønstre og mobning er af væsentlig betydning for deres involvering i løsning af problemerne for de elever, der bliver mobbet, de elever, der mobber, og de elever, der optræder som mere eller mindre perifere i mobbeprocesser.

Både forældre, lærere og pædagoger kan have behov for at være i dialog om, hvordan de kan være med til at forebygge mobning ved konkret at arbejde med at skabe retnings- og handleanvisninger, hvis mobning alligevel forekommer. Der kan indimellem være behov for at inddrage hele forældregruppen til en klasse, hvor der optræder mobning. Det må vurderes konkret i hver enkelt situation, om hele forældregruppen skal inddrages samt hvornår og hvordan – af hensyn til de involverede i mobning samt af hensyn til et ofte skrøbeligt socialt liv i klassen efter mobningens dønninger. Sundhedspersonalet kan spille en nøglerolle i dele af eller alle indsatser for at skabe social trivsel og modvirke mobning og mobbeprocesser i skolen.

Forebyggelsespakke om mental sundhed – relevante uddrag

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om mental sundhed (20) har til formål at understøtte kommunernes arbejde med at fremme borgerens mentale sundhed og styrke den primære kommunale forebyggelsesindsats omkring mentale helbredsproblemer. Pakken er rettet mod fremme af mental sundhed generelt. Der er taget udgangspunkt i WHO's opfattelse af mental sundhed som en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, samt indgå i fællesskaber med andre mennesker.

Anbefalingerne er opdelt på grundniveau og udviklingsniveau.
Følgende uddrag af anbefalinger fra forebyggelsespakken omfatter de anbefalinger, der er mest relevante for børne- og ungeområdet.

Grundniveau: Kommunal politik for mental sundhed som en del af sundhedspolitikken
Kommunen udarbejder en tværgående politik for mental sundhed som en integreret del af sundhedspolitikken. Politikken kan indeholde vedtagne mål og planer for en indsats til fremme af mental sundhed for børn og unge, voksne/ældre samt sårbare og udsatte borgere. Politikken er flerstrenget og kan omfatte indsatserne i forebyggelsespakkens grundniveau.

Udviklingsniveau:
Ved iværksættelse af kommunale indsatser omkring sundhedsadfærd overvejes om indsatsen samtidig bidrager til at fremme mental sundhed – fx ved at styrke sociale netværk, handlekompetencer samt tillid og fællesskab i lokalområder.

Anbefalinger til dagtilbud, skole og skolefritidsordning samt den kommunale sundhedstjeneste
Grundniveau: Børns trivsel i skolen
I skoler kan indsatser til fremme af kognitiv, emotionel og social udvikling, opbygning af sociale fællesskaber og forebyggelse af mobning fremme børns trivsel.

Tidlig indsats til børn med sociale og mentale problemer
Kommunen kan med fordel understøtte en sammenhængende indsats via SSD-samarbejdet (det tidlige tværfaglige samarbejde mellem socialforvaltning, skole, sundhedspleje og dagtilbud) for at støtte børn og unge med tidlige tegn på sociale og mentale problemer, fx problematisk adfærd som fravær og rusmiddelbrug, samt unge med selvmordsrisiko.

Udviklingsniveau: Adgang til socialrådgivere i dagtilbud og skoler
Adgang til socialrådgivere i dagtilbud og på skoler kan fremme en tidlig indsats omkring børn og familier med behov for særlig støtte.

LITTERATUR

1. Søndergaard, D.M.: Mobning og social eksklusionsangst. I: Mobning – sociale processer på afveje. Kofoed, J. og Søndergaard, D.M. (red). Hans Reitzels Forlag, 2009.
2. Kofoed, J. og Søndergaard, D.M. (red): Mobning – sociale processer på afveje. Hans Reitzels Forlag, 2009.
3. Hansen, H.R.: Lærerliv og elevmobning. DPU, Aarhus Universitet, 2011.
4. DCUM: Elevernes syn på undervisningsmiljøet i grundskolen. Termometertal fra skoleåret 201-2011. Dansk Center for Undervisningsmiljø (DCUM), 2012. www.dcum.dk
5. Rasmussen, M. og Due, P.: Skolebørnsundersøgelsen 2010. HBSC. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Syddansk Universitet, 2011. ww.hbsc.dk
6. Henningsen, I.: Resultater fra Vestegnsundersøgelsen 2009-10. eXbus Arbejdspapir 1/2011; Maj. Institut for Læring, DPU, Aarhus Universitet, 2011.
7. Henningsen, I. og Kofoed, J.: Fuck dig, din lille %&&/¤. Danske tal fra en praksisundersøgelse om digital mobning. Dansk Pædagogisk Tidsskrift, 59 (4): 75-83. 2011.
8. Hollman, S.S.: "50 skoler knækker mobbekurven" – Afsluttende rapport fra projektet. 2011.
9. Børnerådet og DCUM: Relationer mellem lærere og elever 2009 – en undersøgelse i 7. klasse. 2009. www.dcum.dk
10 Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet. Mindre social ulighed i mobning blandt skolebørn. Ugens tal for folkesundhed. Uge 4, 2013.
11. Sundhedsstyrelsen: Holstein, B.E., Damsgaard, M.T., Henriksen, P.W., Kjær, C., Meilstrup, C., Nelausen, M.K., Nielsen, L., Rayce, S.B., Due, P.: Psykisk mistrivsel blandt 11-15 årige – bidrag til belysning af skolebørns mentale sundhed. Sundhedsstyrelsen, 2011. www.sst.dk
12. Hein, N: Forældrepositioner i elevmobning – afmagtsproduktion i skole/hjem-samarbejdet. I: Mobning – sociale processer på afveje. Kofoed, J. og Søndergaard, D.M., (red). Hans Reitzels Forlag, 2009.
13. Mathiassen, C.: Mobning i barndommen – brændstof i organisering af voksenlivet? Psykologisk Set, 28 (83): 5-15. 2011.
14. Rådgivende Sociologer og Dansk Center for Undervisningsmiljø (DCUM): Mobning og udvikling af kriminel adfærd – et kendetegn ved skolen? 2003. www.dcum.dk
15. Søndergaard, D.M.: Mobning, mobbefryd, humor og fællesskab. I Jensen, E. og Brinkmann, S. (red) Fællesskab i skolen. Udfordringer og muligheder. Akademisk Forlag, 2011.
16. DCUM: Metodehåndbogen: Er du med mod mobning? – 42 veje til bedre trivsel. Dansk Center for Undervisningsmiljø (DCUM), DR og TrygFonden, 2006. www.dcum.dk
17. Hertz, B.: Appreciative inquiry som sundhedsplejerskens værktøj. Sundhedsplejersken; April, 2001.
18. Hertz, B.: Mere trivsel – mindre mobning. I: Hertz, B. & Iversen, F. (red). Anerkendelse i børnehøjde. Dansk Psykologisk Forlag, 2004.
19. Lynge, B. og Muurholm, H.: Ha' det godt i skolen. Dansk Center for Undervisningsmiljø (DCUM), 2004. www.dcum.dk
20. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke. Mental sundhed. Sundhedsstyrelsen 2012. www.sst.dk

HJEMMESIDER

www.dcum.dk

www.sammenmodmobning.dk

www.exbus.dk

www.hbsc.dk

www.termometeret.dk

www.boerneraadet.dk

http://pub.uvm.dk/2012/godorden/samlet.html

Seksualundervisning og prævention

Line Anne Roien, Lone Smidt, Jeppe Hald og Lone Kjær Hein

Skolens ledelse og lærere har ansvaret for seksualundervisningen på den enkelte skole, og sundhedsplejersken kan med fordel indgå i samarbejde med lærerne om løsningen af denne opgave på baggrund af sygeplejefaglige og sundhedspædagogiske kompetencer. Mest nærliggende er, at sundhedsplejersken varetager opgaver af mere sundhedsfaglig og medicinsk karakter, som fx pubertetsundervisning og undervisning om seksuelt overførte sygdomme og prævention i forbindelse med de sundhedspædagogiske aktiviteter på skolen. Et godt tværfagligt samarbejde omkring seksualundervisningen på den enkelte skole giver mulighed for sammen med lærerne at sætte fokus på det brede og positive sundhedsbegreb og hele trivselselementet, der ligger deri.

Erfaringer viser, at børn og unge gerne vil i dialog med kompetente og engagerede voksne, der kan give dem med- og modspil i forhold til de mange dilemmaer, der knytter sig til seksualundervisningens dilemmaer. Seksualundervisning kan bidrage til at fremme elevernes trivsel i skolen, når der også sættes fokus på rettigheder, mangfoldighed og inklusion, således at de unge oplever plads til forskellighed i forhold til fx køn, seksualitet og forskellige familieformer.

Sundhedspædagogiske aktiviteter og samtaler i skolen

Af Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (1) fremgår, at man i skolesundhedsplejen bl.a. skal arbejde med krop, sind og seksualitet, familieliv og trivsel, samt at indholdet i det lovbestemte tilbud om udskolingsundersøgelse bl.a. skal omfatte seksuel sundhed. Det bør således ved udskolingssamtalen sikres, at den unge har modtaget og forstået seksualundervisning på den enkeltes præmisser. I kapitlet anvendes begrebet sundhedsundervisning mest, men overvejelser og anbefalinger kan i lige så høj grad anvendes i gruppe- og individuelle samtaler med børn og unge gennem skoletiden.

I dette kapitel præsenteres først en række bud på, hvad god seksualundervisning kan være. Der sættes fokus på seksualundervisning ud fra en pædagogisk og didaktisk synsvinkel, hvor de formelle rammer for seksualundervisningen skitseres, ligesom betydningen af elevernes oplevelse af seksualundervisningen som et trygt læringsrum pointeres. Herefter konkretiseres sundhedsplejerskens rolle og opgaver, og der præsenteres en del eksempler på, hvordan sundhedsplejersken kan løfte kvaliteten i seksualundervisningen i skolen. Kapitlet afsluttes med den nyeste sundhedsfaglige viden om prævention, sexsygdomme og abort, kombineret med enkelte overvejelser om formidling af denne viden til unge i udskolingen.

Lovgrundlag for seksualundervisningen

Siden 1970 har der været lovpligtig seksualundervisning i skolen. Seksualundervisningen er en del af det obligatoriske emne sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab, som er beskrevet i Ministeriet for Børn og Unges udgivelse "Fælles Mål – faghæfte 21" (2).

Seksualundervisningen har ikke et selvstændigt timetal, men indgår sammen med de skemalagte fag som en del af disse fags timetalsramme. Faghæftet definerer, hvilket formål undervisningen skal baseres på, samt hvilke målsætninger der skal fremmes; herunder trinmål, som angiver, hvad eleverne forventes at kunne efter henholdsvis 3., 6. og 9. klassetrin. Såvel formål som slut- og trinmål er bindende, det vil sige, at skolerne skal leve op til dem. Hvordan seksualundervisningen konkret tilrettelægges og organiseres med afsæt i Faghæfte 21, er det imidlertid op til den enkelte skole at beslutte. I 2012 blev faghæftet suppleret med udgivelsen "Inspiration til bedre seksualundervisning i folkeskolen" (3), der giver inspiration og ideer til, hvordan man i grundskolen kan udvikle og kvalificere seksualundervisningen. Se også s. 355 (Sundhedsplejerskens rolle og opgaver)

Bedreseksualundervisning.dk

Bedreseksualundervisning.dk er en hjemmeside til alle, der beskæftiger sig med seksualundervisning i grundskolen og på ungdomsuddannelser. Her kan man finde konkret inspiration til seksualundervisning i form af øvelser og undervisningsideer, overvejelser omkring seksualundervisningen rettet mod forskellige målgrupper af børn og unge samt en oversigt over litteratur, film og undervisningsmaterialer. Siden opdateres jævnligt med relevante og aktuelle nyheder om seksualundervisning.

Uge Sex

Uge Sex er en årlig seksualundervisningskampagne, der hvert år finder sted i uge 6. Kampagnen retter sig mod alle klassetrin (0.-1. klassetrin dog først fra 2014), og ved tilmelding modtager man gratis undervisningsmaterialer, nyhedsbreve, mulighed for deltagelse i konkurrencer med videre.
Læs mere om Uge Sex på www.ugesex.dk.

Formål og sundhedssyn

Formålet med folkeskolens seksualundervisning er at bidrage til udviklingen af elevernes handlekompetence. Ud fra dette formål skal seksualundervisningen ses i et bredt demokratisk perspektiv, hvor målet er at udvikle aktive og engagerede børn og unge, der har evnerne til at handle og skabe forandringer i deres eget liv og i de forskelligartede fællesskaber, som de indgår i (4). Seksualundervisning handler derfor ikke om at ændre elevernes adfærd i en bestemt moralsk retning, men at støtte dem i at skabe de forandringer, de selv finder relevante.

Formål for emnet sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab (5)

Kapitel 1.
Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab

§22. Formålet med undervisningen i sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab er, at eleverne tilegner sig indsigt i vilkår og værdier, der påvirker sundhed, seksualitet og familieliv. Eleverne skal opnå forståelse af den betydning, seksualitet og familieliv har for sundhed samt af samspillet mellem sundhed og miljø.

Stk. 2. Undervisningen skal knyttes til elevernes egne oplevelser, erfaringer og begreber for at medvirke til udvikling af engagement, selvtillid og livsglæde samt støtte den enkelte i udvikling af egen identitet i samspil med andre. Undervisningen skal endvidere medvirke til, at eleverne opnår erkendelse af egne grænser og forståelse for andres.

Stk. 3. Undervisningen skal i enhver henseende bidrage til, at eleverne udvikler forudsætninger for, at de i fællesskab med andre og hver for sig kan tage kritisk stilling og handle for at fremme egen og andres sundhed.

Faghæftet stiller krav om, at seksualundervisningen skal basere sig på et positivt og bredt sundhedssyn, hvor sundhed både handler om forebyggelse af sygdom og om fremme af fysisk, psykisk og socialt velvære, og at såvel livsstil som levevilkår spiller en betydningsfuld rolle for sundheden. Se også kapitel 9.

Dette sundhedssyn spiller en væsentlig rolle for tilrettelæggelse af seksualundervisningens praksis, hvor alle fire perspektiver: forebyggelse, velvære, livsstil og levevilkår skal behandles. Hvis man for eksempel har som mål, at eleverne skal øge deres kendskab til brug af kondom og andre præventionsformer, må man derfor sætte fokus på, at valget omkring brug af kondom ikke kun handler om faktuel viden, men også om mange andre faktorer, som blandt andet er relateret til ens livsstil og livsvilkår. Faktorer, som man som ung både skal være bevidst om, og som man skal kunne handle i forhold til. Derfor bør man i undervisningen tage udgangspunkt i, at der kan være både fordele og ulemper forbundet med brug af kondom, hvis sex skal være en god og dejlig oplevelse for begge parter. Ligesom man bør inkludere refleksion over de valg, man som ung træffer omkring prævention, og at disse valg bliver påvirket af de normer, vaner og værdier, man møder i de små og store fællesskaber, man indgår i. I den forbindelse kan eleverne for eksempel undersøge, hvilke normer og vaner i forhold til prævention der er blandt unge generelt og i de relationer, de som unge indgår i.

Mål og indhold på forskellige klassetrin

Seksualundervisningen skal foregå som en del af hele skoleforløbet fra 0.-9. klasse med afsæt i trinmålene fra Faghæfte 21. Sundhedsplejen kan spille en rolle såvel i indskolingen (0.-3. klasse), på mellemtrinnet (4.-6. klasse) og i udskolingen (7.-9. klasse). Den enkelte skole prioriterer og planlægger selv omfanget af og indholdet i undervisningen på baggrund af kommunalbestyrelsens beslutninger.

I indskolingen skal undervisningen tage udgangspunkt i det nære og handle om kroppen, grænser, kønsroller, følelser og familier. På mellemtrinnet behandles flere af de samme emner samt pubertet, medier og lidt om sexsygdomme (primært 6. klasse). I udskolingen bliver undervisningens emner mere komplekse, og der inddrages historiske og internationale perspektiver. Her skal for eksempel undervises om sociale og samfundsmæssige påvirkninger af identitet, kønsroller og seksualitet, herunder betydningen af kulturelle normer, medier og venner. Eleverne skal også lære at analysere og vurdere interesser bag kampagner, reklamer og anden mediepåvirkning inden for sundhedsområdet og kunne diskutere, hvordan negative konsekvenser af seksuallivet kan undgås.

Seksualundervisning om kroppen på forskellige klassetrin

Trinmål efter 3. klasse

Lytte til egen krop og dens reaktioner

Trinmål efter 6. klassetrin

Kende til fysiske og psykiske forandringer i forbindelse med puberteten

Trinmål efter 9. klassetrin

Beskrive fysiske og psykiske faktorer og diskutere deres samspil og indvirkning på sundhed

Trinmålene i Faghæfte 21 bekriver rammerne for seksualundervisningen på de forskellige trin, men det er naturligvis vigtigt at være opmærksom på de konkrete elevers behov, som man møder i undervisningen. Der kan for eksempel være elever i 2.-3. klasse, som er begyndt at få tegn på pubertet, og i disse klasser kan det derfor være vigtigt at indlede med undervisning om dette allerede her, selv om det først står nævnt i faghæftet på mellemtrinnet. Der kan også være emner, som er vigtige at tale om, men som slet ikke nævnes i faghæftets trinmål. For eksempel viden om, hvordan man får børn, hvilket er relevant at tale om allerede med de

yngste elever i indskolingen, men også relevant at vende tilbage til på et senere tidspunkt. Man må således som sundhedsplejerske (og lærer) kombinere hensynet til de konkrete elever med hensynet til de rammer, der beskrives i faghæftet.

Gratis undervisningsmaterialer på nettet til elever
Til 0.-3. klasse: www.kroppelop.dk
Til 4.-6. klasse: www.migogminkrop.dk
Til 7.-9. klasse: www.sexfordig.dk

Samarbejde mellem lærere og sundhedsplejersken

Af vejledningen (1) fremgår, at de sundhedspædagogiske aktiviteter bør planlægges i samarbejde med skolens ledelse og lærere og ud fra princippet om relevans, aktualitet og sammenhæng. Et godt samarbejde mellem sundhedsplejersken og den enkelte klasses lærer, hvor man bruger hinandens faglige og pædagogiske ressourcer, er et godt udgangspunkt for at tilrettelægge en kvalificeret seksualundervisning målrettet den enkelte klasse. Ved at være opmærksom på både muligheder og udfordringer i samarbejdet mellem skole og sundhedspleje har man bedre forudsætninger for at skabe de bedste rammer for samarbejdet til gavn for eleverne i den enkelte klasse.

Formelt set er det klasselæreren, der har det primære ansvar for koordineringen og tilrettelæggelsen af seksualundervisningen. Som sundhedsplejerske kan man imidlertid med fordel indgå i samarbejdet omkring planlægningen af seksualundervisningen og også være initiativtager til samarbejdet. For både lærere og sundhedsplejersker kan det imidlertid være svært at finde tid til organiseringen af dette i en presset hverdag. Et systematiseret samarbejde i forbindelse med lærernes faglige årsplanlægning for den enkelte klasse skaber gode rammer for den fælles indsats om seksualundervisningen. En god kontakt og tæt kommunikation mellem læreren og sundhedsplejersken øger desuden muligheden for at kunne sparre og arbejde sammen om at håndtere eventuelle problematikker relateret til seksualundervisningen og elevernes seksuelle trivsel, som kan opstå i en klasse i løbet af skoleåret.

Hvis man er tilknyttet en skole, hvor der ikke er tradition for samarbejde mellem lærerne og sundhedsplejen, kan man som sundhedsplejerske eventuelt foreslå, at man deltager på et pædagogisk rådsmøde og fortæller om, hvad sundhedsplejen kan tilbyde. Ofte er lærerne ikke klar over, hvilke muligheder man som sundhedsplejerske har for at deltage i klasserne, og det opsøgende arbejde kan derfor være vigtigt.

Elevernes medbestemmelse

I undervisningsvejledningen til Faghæfte 21 og i vejledningen om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge beskrives inddragelse af eleverne i beslutningerne om undervisningens indhold som det ideelle udgangspunkt for læring. Elevmedbestemmelse skaber motivation og ejerskab og kan bidrage til, at eleverne oplever undervisningen som meningsfuld og relevant.
Medbestemmelse kan ske på mange måder og i forskellige faser af en undervisning eller et undervisningsforløb. Eleverne kan have indflydelse på valg af indhold, arbejdsmetoder og evaluering, men det skal ikke forstås sådan, at de alene skal bestemme, hvad der skal foregå. Reel medbestemmelse sker, når elever og underviser er fælles om at definere problemstillinger, formulere spørgsmål og søge svar og løsninger. Med andre ord handler medbestemmelse og medindflydelse om at inddrage eleverne på en sådan måde, at de gennem deres aktive deltagelse oplever at få indflydelse på indholdet, og at deres ideer, ønsker og kompetencer tages alvorligt.

Som sundhedsplejerske kan der være en række udfordringer forbundet med at skulle tilrettelægge undervisningen i samarbejde med eleverne. Her kan et tæt samarbejde med klassens lærere igen være relevant. Man kan eksempelvis udarbejde et spørgeskema, hvor man stiller spørgsmål om elevernes ønsker til indhold og arbejdsmetoder, som læreren gennemgår og indsamler. Alternativt kan man planlægge et forløb sammen med den enkelte lærer, hvor læreren på forhånd har talt med eleverne om deres forventninger til seksualundervisningen og deres ønsker til indhold.

Et trygt læringsrum

Forskning peger på, at hvis seksualundervisning skal skabe sundhedsfremmende ændringer for eleverne, så er det vigtigt, at undervisningen foregår i et trygt socialt miljø, hvor der kommunikeres åbent om sex og relaterede temaer. Der peges også på, at underviserens evne til at skabe en troværdig og tillidsfuld relation til eleverne er afgørende for, om undervisningen kan fremme en forandringsproces (6, 7).

Erfaringer viser, at elever, der oplever seksualundervisningen som et utrygt forum, for eksempel undlader at stille spørgsmål af frygt for at blive grinet ad eller udstille sig selv. Utrygheden kan gælde i relationen til klassekammeraterne, men også forholdet til underviseren, det være sig sundhedsplejersken eller læreren, har betydning. Et trygt læringsrum i seksualundervisningen er en forudsætning for, at eleverne oplever tillid og åbenhed over for hinanden, og at der er plads til at

stille spørgsmål og sammen undersøge, hvad de forskellige emner og dilemmaer i relation til seksualundervisningen handler om.

Forslag til aftaler for det trygge rum:

- Alle ved, hvad der skal ske
- Man deltager, men har mulighed for at sige fra
- Der er respekt for forskelligheder
- Homofobi og andre diskriminerende kommentarer accepteres ikke
- Ingen føler sig udstillet eller nedgjort
- Deltagere og undervisere taler ikke privat eller meget personligt om sig selv eller andre.

Det er sundhedsplejerskens og lærerens ansvar at skabe trygge rammer for elevernes seksualundervisning. For nogle elever kan der være en usikkerhed og utryghed omkring, hvad seksualundervisningen handler om, og hvad der skal ske. Man kan imødekomme og minimere denne usikkerhed ved at være tydelig omkring, hvad der skal foregå og ved at fastsætte klare aftaler for undervisningen sammen med eleverne. For eleverne er det desuden afgørende for udbyttet af seksualundervisningen, at de oplever, at der er respekt for hinandens forskellige erfaringer og synspunkter. Det er derfor vigtigt, at man er opmærksom på og reagerer på drillende eller diskriminerende udsagn. Det kan eksempelvis være nedgørende kommentarer i forhold til seksualitet, seksuelle lyster, bestemte måder at være dreng og pige på og fordomsfulde kommentarer i forhold til etnicitet og hudfarve.

For nogle elever kan det opleves som tabubelagt og grænseoverskridende at tale om krop, sex og seksualitet. Derfor er det vigtigt at sikre, at alle elever har redskaber til selv at sætte grænser, hvis der er noget, de finder ubehageligt eller ikke ønsker at deltage i. Her er det nødvendigt at være opmærksom på elevernes mere eller mindre tydelige tegn, der kan signalere utryghed. Som en del af arbejdet med det trygge rum kan man give eleverne mulighed for at melde fra som aktiv deltager i forhold til konkrete øvelser og diskussioner. Det anbefales, at man sammen med eleverne aftaler, hvad de konkret kan gøre, hvis man ønsker at melde fra.

Et godt udgangspunkt for at skabe tryghed i undervisningen er at anonymisere denne og aftale, at hverken elever eller sundhedsplejerske taler om egne erfaringer. Det betyder for eksempel, at der tages afsæt i fiktive eller autentiske historier om børn og unge, fremfor elevernes egne erfaringer. Det er sundhedsplejerskens opgave at støtte eleverne i at holde fast i dette. Anonymiseringen betyder ikke, at eleverne ikke skal tale om egne meninger, værdier og tanker, men at de for eksempel ikke skal fortælle om deres egne forelskelser, eget første kys eller egne første

seksuelle erfaringer. Dette sætter eleverne i en alt for udsat position, hvor man let kan blive drillet eller gjort til grin, hvis man har prøvet "for lidt, "for meget" eller "noget anderledes".
Når man som sundhedsplejersker kommer på besøg i en klasse, kommer man som en slags "gæst" i klassen modsat klassens lærere, der her har deres daglige gang sammen med eleverne. Det kan der være både fordele og ulemper forbundet med. Som gæst og fagperson kan man have nemmere ved at gå i dialog med eleverne om emner, som de måske ikke har lyst til at drøfte med de lærere, de er sammen med hver dag. Omvendt kan man med den korte tid, man har til rådighed, få oplevelsen af at sætte noget i gang, som man ikke har tid til at runde af. Her er et godt samarbejde med den enkelte klasses lærere af afgørende betydning. Når eleverne kommer på besøg hos sundhedsplejersken er det omvendt dem, der kommer som "gæster". Her kan det være vigtigt at have et bevidst fokus på, hvordan man sikrer, at eleverne oplever dette som et trygt møde ved eksempelvis at være tydelig omkring indhold og rammer for besøget.

Principper for god seksualundervisning

I planlægningen og gennemførelsen af seksualundervisningen kan det være nyttigt at have nogle principper, som man kan bruge som rettesnore i sine prioriteringer. I det følgende præsenteres en række forslag til principper, som understøtter tilgangen i Faghæfte 21, og som kan være brugbare i relation til seksualundervisningen i grundskolen.

Børn og unge er kompetente aktører

Det er vigtigt at anskue børn og unge som kompetente aktører i deres egne liv. I relation til seksualundervisningen betyder dette, at eleverne ikke skal ses om passive modtagere af viden om, hvad man skal og bør, men derimod som aktive deltagere og medskabere af viden, normer og værdier. Elevernes ressourcer skal tages alvorligt og bruges aktivt i planlægning, gennemførelse og evaluering af seksualundervisning på alle klassetrin. Det skaber ejerskab og udvikler deres kompetencer til at være aktive medborgere i samfundet.

Et aktivt læringssyn

En undervisning, der har som mål at udvikle handlekompetence, skal være baseret på et aktivt læringssyn. Dette betyder populært sagt, at det er den, der arbejder og er aktiv, der lærer. Derfor er det også eleverne, der skal være de aktive i

seksualundervisningen. Det er dem, der skal undersøge problemstillinger i bøger, på nettet og i mødet med hinanden og sundhedsplejersken eller læreren. Det er dem, der både skal finde spørgsmål og svar – naturligvis med relevant modspil fra den person, der har ansvaret for undervisningen.
Eleverne kan være aktive og deltagende på mange måder, og forskellige elever og aldersgrupper vil have forskellige muligheder. Man kan for eksempel benytte dialogbaseret undervisning med fokus på rollespil, dilemma- og vurderingsøvelser, interviews, arbejde i mindre og større grupper og meget andet.

Der er mængder af muligheder for at skabe undervisning, hvor eleverne indgår som aktive medspillere. Dette gør på ingen måde sundhedsplejerskens rolle og viden mindre betydningsfuld, snarere tværtimod. Den faglige viden om for eksempel krop og pubertet eller præventionsformer kan udfordre elevernes verdensopfattelse og give dem mulighed for at se andre perspektiver. Og sundhedsplejerskens kompetencer og motivation til at skabe gode rammer for elevernes deltagelse i undervisningen kan medvirke til, at elevernes udbytte af seksualundervisningen øges.

Viden skal være handlingsorienteret

Seksualundervisningen skal naturligvis bidrage til udvikling af elevernes viden. Men det er ikke helt ligegyldigt, hvilken viden man taler om, hvis det skal udvikle elevernes handlekompetence. Viden må være handlingsorienteret, hvilket betyder, at det må inkludere alle disse fire dimensioner: 1) viden om effekter, 2) viden om årsager, 3) viden om forandringsstrategier og 4) viden om alternativer (1, 2).

Ofte fokuserer seksualundervisning imidlertid kun på de to første dimensioner. For eksempel undervisning om prævention og sexsygdomme, der kun handler om, at usikker sex (årsag) kan føre til uønsket graviditet eller smitte med sexsygdomme (effekt). For at inkludere de to andre dimensioner, må undervisningen imidlertid også handle om, hvad der for eksempel skal til, for at få unge til at dyrke sikker sex (forandringsstrategier), og hvilke visioner eleverne selv har for deres eget liv (alternativer). Disse to sidste dimensioner er vigtige forudsætninger for elevernes evne til at kunne se nye handlemuligheder for dem selv og andre, og de er helt afgørende at inkludere, for at seksualundervisningen øger elevernes kompetencer og motivation til at skabe forandringer.

Et positivt og bredt sundhedssyn

I vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge og Faghæfte 21 slås det fast, at de sundhedspædagogiske aktiviteter og samtaler, herunder sek-

sualundervisningen, skal baseres på et positivt og bredt sundhedssyn. Når dette efterleves, og man møder eleverne i øjenhøjde og fremmer deres interesser og motivation, skal det tages alvorligt, at man inddrager såvel positive som negative aspekter. Når elevernes handlemuligheder skal fremmes, må man således også inddrage overvejelser om de vilkår, der præger de valg, man har mulighed for at tage og ikke udelukkende tale om effekter og årssager.

Et positivt og dynamisk syn på seksualitet

Et positivt og dynamisk syn på seksualitet handler om den grundlæggende tilgang til seksualitet og sex, som seksualundervisningen og samtaler bør være præget af. Her er udgangspunktet, at seksualitet er en almindelig del af de fleste menneskers liv, både børns, unges og voksnes, og at seksualiteten er dynamisk og kan ændre og udvikle sig hele livet igennem. Med udgangspunkt i de seksuelle rettigheder kan man også tale om, at børn og unge har ret til deres seksualitet (8). Det vil sige ret til at udøve den, tale om den og udforske den, uden at det forbindes med noget skamfuldt eller forbudt.

Denne positive tilgang betyder ikke, at man som sundhedsplejerske skal undlade at italesætte de udfordringer og problematikker, der knytter sig til seksualitet og sex. Men det betyder, at man skal træffe et valg om at sætte et positivt fokus på seksualitet og trivsel gennem de fortællinger, eksempler og øvelser, der anvendes. Dette kan for eksempel gøres ved at tage udgangspunkt i en positiv fortælling om en ung persons første seksuelle erfaringer frem for en fortælling, hvor personen oplever at fortryde.

Forskelligheder og mangfoldighed er en ressource

I seksualundervisningen er det vigtigt at opfatte forskelligheder og mangfoldighed som en ressource. Fokus på forskelligheder og mangfoldighed i seksualundervisning er medvirkende til, at alle elever, uanset deres køn, seksualitet, krop, familier, religion, etnicitet, funktionsnedsættelser m.m. oplever, at undervisningen er rettet mod dem. Fordi den handler om emner, der er relevante for dem, ud fra eksempler, der inkluderer dem og gennem arbejdsmåder, der taler til dem.

Mange elever kan opleve en seksualundervisning, der tager udgangspunkt i et snævert blik på børn og unge i relation til for eksempel køn, seksualitet, etnicitet med videre. Dette betyder for eksempel, at undervisningen kan komme til at handle om, at drenge vil have sex, og piger vil have følelser. Og at sex kun foregår mellem to personer af forskelligt køn. Eller at elever med anden etnisk baggrund ikke er interesserede i at tale om sex. Disse forhold er rigtige for nogle elever,

men ikke for alle – og netop nuanceringen, fremfor generaliseringen, er en vigtig pointe, når man taler om forskelligheder og mangfoldighed (9).

Når man skal arbejde med princippet om forskelligheder og mangfoldighed kan man anvende en normkritisk tilgang til seksualundervisningen (10, 11). At undervisningen er normkritisk betyder, at man reflekterer over gældende normer for eksempelvis krop, køn, familier og seksualitet. Det gøres gennem eksempler, fortællinger, billeder, film og øvelser, der viser mangfoldighed og brud på normer. Formålet er at udvikle elevernes bevidsthed om de normer i klassen, familien og samfundet, der påvirker dem, med henblik på at øge deres handlemuligheder i forhold til at udvide eller at bryde med disse.

Tidssvarende seksualundervisning

Børn og unge i dag vokser op i et samfund, der er præget af senmoderne livsbetingelser som kompleksitet, foranderlighed og mangetydighed (12), og derfor må skolens seksualundervisning adressere disse vilkår for at være brugbar og relevant for eleverne. Med andre ord skal seksualundervisningen være tidssvarende gennem italesættelse af temaer og udfordringer, der tager udgangspunkt i børn og unges liv og erfaringer og tilbyder en kontinuerlig og åben dialog om handlemuligheder i forhold til disse.

Fokus på kroppen

En af de udfordringer, der møder børn og unge i dag, er mødet med billeder af perfekte kroppe, som de ser i reklamer, film, musikvideoer og lignende. Billeder, der viser idealer, som de færreste mennesker kan leve op til, og som på forskellig vis kan antages at påvirke børn og unge. Undersøgelser viser for eksempel, at nutidens unge i stigende grad kæmper med lidelser som spiseforstyrrelser, der kan relateres til fokus på kroppen og det ydre, samt at ca. 1/3 af de 15-19-årige ofte eller altid tænker på, hvad de vejer (13). I skolens seksualundervisning er det oplagt at arbejde med holdninger til og dilemmaer omkring kroppen helt fra de yngste klasser.

Adgang til porno

En anden tidstypisk udfordring handler om den lette adgang til pornografisk materiale, som er en konsekvens af internettets udbredelse. Nordiske undersøgelser viser, at størstedelen af børn og unge i dag møder pornografiske billeder første gang i 12-14-årsalderen, og hhv. 99 % af drengene og 86 % af pigerne i

12-20-årsalderen har set porno mindst én gang. De fleste unge er generelt gode til at adskille pornoens fantasier fra virkelighedens verden, men efterlyser sparring med voksne. Over 80 % af de unge har således aldrig talt med deres forældre om porno (14). Seksualundervisningen i skolens ældste klasser er imidlertid et oplagt forum for denne dialog, hvor pornoens kønsstereotyper og forestillingerne om sex kan sættes på dagsordenen eleverne imellem (15).

At skabe sin seksualitet

Generelt skal børn og unge i dag, i et helt andet omfang end tidligere, reflektere over sex og seksualitet. De vokser op i en virkelighed, hvor mennesker forelsker sig i personer af samme køn såvel som på tværs af køn, og hvor der er væsentlig flere handlemuligheder for at afprøve og skabe sin egen seksualitet. Dette kan indebære en mængde positive perspektiver for individet, hvor sex og leg med seksuelle identiteter kan være forbundet med noget lystfyldt, sjovt og spændende.

Men med friheden til at vælge følger også udfordringer og måske tvivl og utryghed (12, 16). For eksempel når man skal vide, om man er "klar" til at afprøve sex for første gang. Når forventninger til sex med eller uden prævention skal forhandles med en partner, eller når man fortryder den seksuelle chat på nettet med én fra parallelklassen. Særligt i skolens ældste klasser er undersøgelse af og dialog om disse temaer relevante. Men støtte til udvikling af personlige og sociale kompetencer til at mærke efter, hvad man har lyst til, til at kunne sige til og fra og til at kunne reagere på andres kropslige og sproglige signaler, hører (også) hjemme i seksualundervisningen på de yngre klassetrin.

Unges seksuelle adfærd

For at kunne tilrettelægge en god og tidssvarende seksualundervisning er det væsentligt, at man som sundhedsplejerske baserer sine indsatser over for eleverne på den viden, der findes om unges seksuelle adfærd og præventionsbrug (12, 17). Ens egne erfaringer med mødet med unge i aldersgruppen må reflekteres i relation til den generelle viden, der findes på området.
Blandt elever kan der desuden være mange myter om, hvad unge gør og har prøvet i relation til sex. De har typisk en forestilling om, at deres jævnaldrende kammerater har prøvet meget mere end dem selv, såkaldt majoritetsmisforståelse. Seksualundervisningen er et oplagt forum, hvor disse myter kan komme frem i lyset og undersøges nærmere. Dette kan for eksempel gøres igennem quiz'er eller andre lignende undervisningsformer, hvor elevernes forestillinger testes i forhold til den faktuelle viden på området.

Seksuel debut:

I de seneste cirka 20 år har den seksuelle mediane debutalder (den alder, hvor halvdelen af en ungdomsårgang har haft samleje første gang) ligget omkring 16 år. Nogle har haft debut som 12-, 13-, 14- eller 15-årige og nogle som 16-årige. Der er kun marginal forskel mellem kønnene.
I Ung 2006 havde 38 % af de 15-årige erfaringer med samleje, mens det gjaldt 94 % blandt de 24-årige
78,4 % havde deres første seksuelle erfaring, fordi de havde lyst
12,9 % var påvirkede af alkohol eller stoffer ved deres første gang
Piger med anden etnisk baggrund debuterer væsentligt senere end andre unge.

Præventionsbrug:

Knapt 25 % debuterer uden at bruge prævention
Mellem 74-78 % (afhængigt af alder) siger, de bruger prævention ved samleje med en ny partner
92 % af pigerne og 71 % af drengene finder det uacceptabelt ikke at bruge prævention sammen med en ny partner.

Sundhedsplejerskens rolle og opgaver

Det er forskelligt fra kommune til kommune, hvilken rolle sundhedsplejersker spiller i seksualundervisning, og hvilke opgaver hun som følge deraf kan varetage. Ofte har sundhedspersonalet en eller flere roller:

- Gennemfører selv undervisning i en eller flere klasser
- Rådgiver de lærere, som varetager klasseundervisning
- Deltager i udvikling af pædagogisk materiale, fx quiz'er og spørgeskemaer
- Fungerer som "bagvagt" for lærere, der har brug for sundhedsfaglig sparring
- Underviser sammen med lærere fx på temadage for udskoling eller i uge sex kampagnen, hvor alle klassetrin og hele skolen er med
- Tilbyder individuel vejledning af elever efter behov.

I publikationen "Sundheds- og seksualundervisning. Model til kvalificering af seksualundervisningen i grundskolen" (18) kan findes inspiration til varetagelse af opgaverne i samarbejde med skolens lærere.

Samtaler og undersøgelser hos sundhedsplejerske

Af bekendtgørelse nr. 1344 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge fremgår af § 10, at der skal forekomme regelmæssig kontakt med det enkelte barn gennem skoletiden (19). Af vejledningen (1) fremgår, at Sundhedsstyrelsen anbefaler samtaler i minimum 1. klasse, én gang på mellemtrinnet og i 7. eller 8. klasse. Den enkelte kommune fastlægger selv skolesundhedsprofilen. Samtalen tager udgangspunkt i det enkelte barn/unges behov og forståelse og sundhedsplejersken tilrettelægger samtalen i forhold til en lang række sundhedsrelaterede emner, herunder også seksuel sundhed. Læs mere i vejledningens afsnit 12.4 og 12.5.

De individuelle samtaler ved udskolingsundersøgelsen giver et godt billede af, hvor velinformerede eleverne føler sig og reelt er, når det gælder seksualitet og prævention. Ved samtalerne viser det sig ofte, at de konkrete spørgsmål dækker over de unges usikkerhed, bekymring, angst og frustration over helt andre emner. Konkrete anatomiske spørgsmål dækker ofte over frustration over størrelsen af bryst eller penis, mens spørgsmål om kondom kan dække over angst for at være smittet med en sexsygdom.

Ud over de planlagte og regelmæssige samtaler tilbydes også åben konsultation, hvor det måske især over for unge må gøres klart, at der også her er et fortroligt rum, hvor forhold omkring seksuel sundhed kan drøftes.

Forældremøder og forældreinddragelse

Mange sundhedsplejersker deltager ved forældremøder i børnehaveklassen (0. klassetrin). Her kan orienteres om seksualundervisningen og på hvilken måde sundhedsplejen er et supplement til den undervisning, eleverne modtager på de forskellige klassetrin.

Ofte tænker forældrene udelukkende seksualundervisning som noget med "samleje, prævention og sexsygdomme". Derfor bliver de overraskede, når de hører, at det arbejdes der med på alle klassetrin, og at det i de mindste klasser handler om familie, venner, følelser, grænser mv.
Italesættelsen af det brede og positive sundhedsbegreb kan være et stort skridt på vejen til at få forældrene selv på banen. Seksualundervisning er nemlig et fælles ansvar, hvor forældrenes aktive deltagen er meget værdifuld.

De skal vide, at undervisningen både er implicit og eksplicit. Det vil sige, at målene for seksualundervisningen kan nås både gennem undervisning, hvor der ikke nødvendigvis står "seksualundervisning" på skoleskemaet, fx ved at diskutere kønsroller i forbindelse med læsning og drøftelse af en roman eller statistikbe-

regning af sexsygdomme i matematik, men også en uges deltagelse i "uge sex-kampagnen", hvor alle timer er inddraget, og hvor hverken elever eller forældre er i tvivl. Når forældrene ved, hvad der undervises om, har de mulighed for at følge op med deres børn derhjemme. Orienteringen planlægges i samarbejde med klasselærer, således at samarbejdet fremmes, og synergi opstår.

I de ældste klasser kan læreren eller sundhedsplejersken, hvis denne deltager i forældremødet, give forældrene en quiz om sexsygdomme og prævention og gennemgå denne sammen med forældrene. Ofte ved forældrene ikke ret meget om sexsygdomme, og deres fokus er på at undgå graviditet, som var det vigtigste budskab, da de selv var unge. Quiz´en kan være en øjenåbner, som dels skaber dialog forældrene imellem og dels giver forældrene faktuel viden om sexsygdomme og prævention. Andre metoder, som fx Aktive vurderinger, kan også anvendes ved mødet med forældrene med henblik på at skabe refleksion om emnet.

Rådgivning af lærere

Af vejledningen fremgår af afsnit 12.6, at skolesundhedstjenesten tilbyder skolens ledelse og lærere at deltage i planlægning og gennemførelse af sundhedsundervisning, herunder også seksualundervisningen, bl.a. ud fra principperne om deltagelse, relevans, aktualitet og sammenhæng (1). Samarbejde mellem lærere og sundhedsplejerske vedrører både de enkelte elever, grupper af elever og klasserne.

Det er ikke usædvanligt, at læreren, der kender sine klasser godt, har en eller to elever i en klasse, som vækker bekymring på grund af seksualiseret adfærd. Det kan være en elev, der sender sms´er med seksuelt indhold, har meget ældre kærester eller virker grænseoverskridende på de andre elever. Sundhedsplejerskens vejledning af lærerene kan omfatte alt fra faktuel viden til tilbud om samtaler med de unge, undervisning af klassen, involvering af forældre og vejledning om underretning og etablering af tværfaglige grupper. Læs også kapitel 10 for eksempel på dette samarbejde.

Individuelle behovssamtaler med sundhedsplejersken kan bidrage til at afdække, hvad det handler om, og om eleven har voksne derhjemme, der passer på sig.

Forebyggelsespakke om seksuel sundhed – relevante uddrag

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om seksuel sundhed (20) har til formål at understøtte den enkelte kommunes arbejde i forhold til at øge den seksuelle sundhed og trivsel blandt alle borgere, herunder reduktion af sexsygdomme og uønskede graviditeter.

Anbefalingerne i forebyggelsespakken er opdelt på grundniveau og udviklingsniveau. Følgende uddrag af anbefalinger fra forebyggelsespakken omfatter de anbefalinger, der er mest relevante for børne- og ungeområdet.

Anbefalinger på kommunalt forvaltningsniveau
Grundniveau: Kommunal politik for seksuel sundhed

Kommunen indarbejder seksuel sundhed med konkret mål for indsatserne som en del af en kommunal sundhedspolitik

Koordinerende funktion
Koordination kan hensigtsmæssigt ske med henblik på at sikre overblik over indsatser, udfordringer, centrale kampagner samt samarbejde med andre aktører

Læseplaner og nøglepersoner
Kommunen udarbejder fælles læseplaner til skoler[1], og personer med ansvar for seksuel sundhed kan med fordel udpeges på de enkelte skoler. Fx kan relevante lærere[2] tilbydes kompetenceudvikling inden for seksualundervisning

Information om HPV
Sundhedsplejerskerne informerer piger og deres forældre om HPV-vaccination

Opsporing og håndtering af overgreb
Skoler og daginstitutioner har planer og retningslinjer for opsporing og håndtering af seksuelle overgreb

Information og vejledning ved udskolingsundersøgelse
Eleverne rådgives og modtager skriftlig information om seksuel sundhed og prævention i forbindelse med udskolingsundersøgelsen

[1] Sex & Samfund har udarbejdet fælles læseplaner for flere kommuner.
[2] og sundhedsplejersker, jf. Sundhedsstyrelsens nye publikation " Sundheds og seksualundervisning – en guide til kvalificiering af seksualundervisningen".

Udviklingsniveau: Kommunikationskompetencer

Lærere, sundhedsplejersker, pædagoger og andre, som er i kontakt med unge, har relevante kommunikationskvalifikationer.

Prævention

Der er forskel på præventionsformer i forhold til om brugeren selv administrerer præventionen (p-piller, minipiller, p-plaster, p-ring, kondom, femidom og pessar), eller om præventionen gives som depotmedicin, hvor præventionsmidlet sættes ind i kroppen på pigen/kvinden (p-stav, hormonspiral, kobberspiral og p-sprøjte).

Generelt er sikkerheden ved selvadministrerede præventionsmetoder høj, men en del brugere har problemer med at følge præventionsvejledningen. Det øger risikoen for, at graviditet kan opstå.

Ved depotmetoder (hormonspiral, p-stav og p-sprøjte) er sikkerheden høj, og der er ingen risiko for brugerfejl, men ofte er bivirkningerne ved metoderne svære for en stor gruppe brugere at leve med. Det kan være metoder, som kvinder med mentalfunktionsnedsættelse eller psykisk sygdom vælger, hvis de forstår at vælge prævention.

Sterilisation er sjældent en løsning for unge uanset deres køn, da metoden er irreversibel, og lovgivning udelukker metoden for unge under 25 år med undtagelse af særlige forhold.

Støtte til at læse præventionsvejledninger i indlægssedler kan være et prioriteringspunkt for sundhedsplejen og for undervisning i præventionsbrug.

Kondom

Kondom er et tyndt hylster af latexgummi eller polyuretan (plastik), der rulles på drengens eller mandens penis inden et samleje i skeden, endetarmen eller munden. Kondom kan også sættes på en dildo eller fingrene, hvis man bruger disse til sex de samme steder.

Kondom beskytter mod graviditet ved samleje i skeden ved at forhindre sæden i at komme frem til livmoderen og befrugte et eventuelt modnet æg.

Ved korrekt brug er beskyttelsen mod graviditet omkring 97 %.

Kondom giver også en høj grad af beskyttelse mod smitte med sexsygdomme som fx klamydia, gonoré, hiv, hepatitis og til en vis grad HPV/kønsvorter, syfilis og herpes.

Alle kan købe kondomer, og de forhandles i et bredt udvalg af butikker: Apoteker, materialister, kiosker og dagligvareforretninger.

Oplever en bruger, at kondomerne hyppigt revner, kan han/hun tjekke udløbsdato (der er trykt på kondomindpakningen), overveje glidecreme, opbevare kondomer væk fra varme/sollys samt undgå, at de ligger længe og bliver trykkede (fx i en pung eller lomme). Intimbarbering kan desuden være en årsag til bristninger, da hårstubbe kan være skarpe.

Bivirkninger ved brug af kondom

Der er sjældent bivirkninger ved brugen af kondom.

- Latexallergikere kan anvende kondomer af polyuretan
- Kondom kan nedsætte fugten i skeden under et samleje.

Parret kan anvende glidecreme sammen med kondom. Glidecremen skal være vand- eller silikonebaseret, fordi oliebaserede glidecremer kan opløse latexgummi og dermed øger risikoen for, at et kondom revner. Ved sex i endetarmen er der desuden behov for glidecreme for at undgå, at kondomet revner.

Hvem kan bruge kondom?

Alle kan anvende kondomer. Undtagelsen er mænd, der har ubehandlede rejsningsproblemer, der kan have problemer med, at kondomet glider af eller ikke kan påsættes på grund af den svigtende rejsning.
Kondom er særligt velegnet som præventionsform til:

- personer, der hyppigt skifter partner, fx unge
- personer, der har sex med flere personer ad gangen
- kvinder ved blødning efter en kirurgisk abort
- personer i behandling for smitte med en sexsygdom, herunder hiv-positive.

Bruger man kondom til oralsex, kan man vælge kondomer med smag i stedet for almindelige kondomer.

Gode formidlingstips til unge om kondom

Ved formidling om brugen af kondom til unge, fx i forbindelse med vejledning eller undervisning, kan det være en fordel at anerkende, at kondomer kan opleves som besværlige.

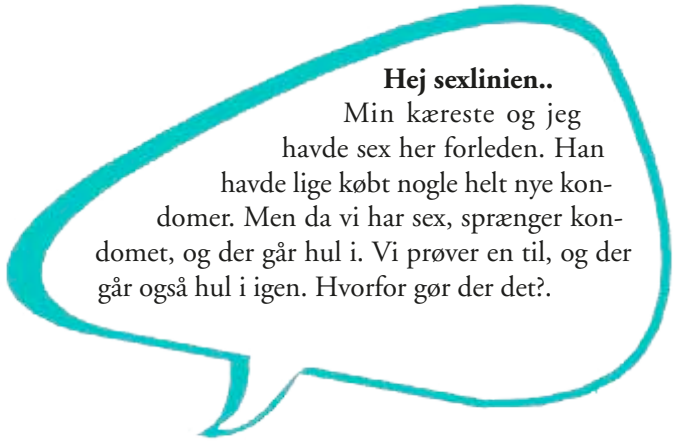
Man kan vælge at lave en plus/minus-liste sammen med eleverne med en afvejning punkt for punkt omkring ulemperne, hvordan man eventuelt kan forestille sig at komme rundt om den pågældende ulempe. Indled med at spørge de unge om løsningsforslag, eventuelt anonymt gennem papirlapper.

Nogle af de mest nævnte ulemper ved kondom er nedsat følsomhed, at sex afbrydes, og at det kan være pinligt at købe dem.
Her kan løsningsforslag være at bruge glidecreme, finde nogle ekstratynde kondomer, at påsætningen sker som en del af den sex, man har, fx at det sættes på af sexpartneren, samt at man forsøger at købe kondomer i butikker på internettet eller et kondomeri, hvor alle jo kommer for at købe kondomer.

Typiske spørgsmål om kondomer (fra Sexlinien for Unge)

Hejsa,
Min penis er ca. 16 cm lang i stiv tilstand, men jeg aner ikke, hvilket kondom jeg skal have fat i. Hvordan får jeg målt ordentligt og diameter og omkredsen?

Hej sexlinien..
Mig og min kæreste har snart været sammen i 4 måneder, og det var ham, der tog min mødom. Vi bruger altid kondom, og nogen gange falder det af. Er det, fordi kondomet er for lille? :-) :-) Knus.



P-Piller

P-piller er tabletter, der indeholder to hormoner, østrogen og gestagen. De kan bruges af piger/kvinder for at undgå graviditet.

P-piller beskytter ikke mod sexsygdomme.

Ved korrekt brug er beskyttelsen mod graviditet tæt på 100 %.

P-piller forhindrer graviditet ved at:

- forhindre kvindens ægløsning
- påvirke slimhinden i livmoderen, så et eventuelt befrugtet æg ikke kan sætte sig fast og udvikle sig
- gøre slimen i livmoderhalskanalen sej og uigennemtrængelig for sædceller.

For at p-piller skal kunne beskytte mod graviditet, skal brugeren tage dem regelmæssigt. De fleste p-pillemærker foreskriver, at brugeren skal spise en pille dagligt i 21 dage og holde pause i syv dage, men der er forskelle.

Går der mere end 36 timer mellem en p-pille og den næste p-pille, er beskyttelsen nedsat.

I hver pakke p-piller er der en indlægsseddel, der beskriver fremgangsmåden ved p-pillebrugen. Også, når man har glemt en p-pille. Brugeren skal læse den grundigt igennem, før hun begynder at tage p-pillerne. Vejledningen omkring p-pillebrugen kan være forskellig fra p-pillemærke til p-pillemærke.
Indlægssedler kan altid findes på hjemmesiden www.indlaegseddel.dk under p-pillernes navn.

Kvinden får p-piller ved at gå til lægen, der udskriver en recept. Lægen giver først en orientering om p-pillers virkning og bivirkning samt foretager en undersøgelse. Undersøgelsen består mest i en række spørgsmål angående kvindens helbredstilstand samt om blodpropper i familien. Der gennemføres eventuelt en gynækologisk undersøgelse, hvis kvinden har haft ubeskyttet sex for at tjekke for smitte med sexsygdomme.

P-piller virker med det samme, hvis kvinden begynder at tage dem på første menstruationsdag. Starter hun på p-pillerne på andre tidspunkter end første menstruationsdag, skal hun bruge kondom sammen med p-pillerne i 14 dage.
P-piller virker også i de syv dage, hvor hun holder pause mellem to pakker p-piller. Hvis pausen bliver længere end syv dage, nedsættes beskyttelsen. Har hun haft samleje (uden kondom) inden for de seneste fem dage før, hun glemte at begynde på p-pillerne eller har haft samleje i dagene efter, hun har glemt dem, skal hun tage nødprævention, hvis hun kan nå det.

Bivirkninger ved p-piller

I de første par måneder kan brugeren få lette bivirkninger, fx:

- Kvalme
- Brystspænding
- Hovedpine
- Pletblødning
- Humørsvingninger
- Forhøjet blodtryk (sjældent).

I mange tilfælde forsvinder eller bliver bivirkningerne mildere efter 1-3 måneder. Hvis de bliver ved, kan man forsøge at skifte til et andet p-pillemærke eller en anden præventionsform.

Hvem kan bruge p-piller?

P-piller er velegnede til kvinder under 35 år. Især kvinder med fast partner.

P-piller er mindre egnede, hvis...
- Kvinden ryger meget
- Kvinden endnu ikke er færdigudvokset
- Din amning ikke er kommet godt i gang
- Kvinden fx har forhøjet blodtryk, sukkersyge, migræne, hjertesygdomme. Tal med lægen, hvis du lider af en sygdom.

Du anbefales ikke at bruge p-piller, hvis...

- Kvinden er over 35 år og ryger
- Kvinden har haft blodpropper eller årebetændelse
- Kvinden har en leversygdom.

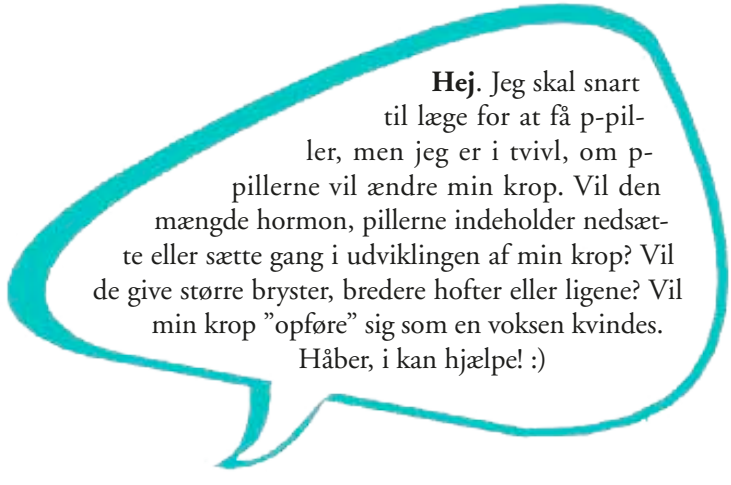
Gode formidlingstips til unge om p-piller

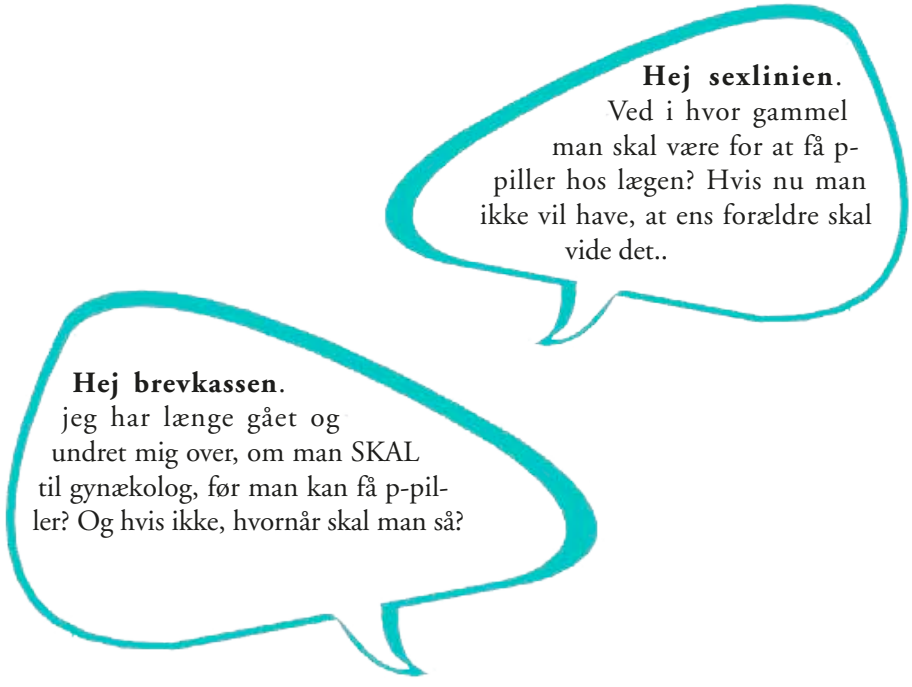
Skal man formidle brugen af p-piller til unge, for eksempel i forbindelse med vejledning eller undervisning, er det en god idé at tage udgangspunkt i nogle af de spørgsmål, som unge piger har. Flere er for eksempel bange for vægtøgning på grund af p-piller, frygter at få kræft af hormonerne eller blodpropper (eller har mødre, der frygter disse), eller at de kan blive gravide alligevel.

Der eksisterer også flere myter om p-piller om at man får større bryster, eller at man får brystkræft, som man som underviser kan udfordre.

Andre gode pointer kan være, at piger kan tilmelde sig en huske-sms, når de skal tage p-pillerne, at de skal læse og gemme indlægssedlen, at risikoen for bivirkninger (alvorlige som ikke-alvorlige) falder, alt efter, hvor længe man har været i gang med at tage dem, så man skal blive ved med at tage dem frem for at 'hoppe af og på' p-pillerne, alt efter om man har en kæreste eller ej.

Typiske spørgsmål om p-piller (fra Sexlinien for Unge)





Andre hormonbaserede præventionsformer

Der findes en række andre hormonbaserede præventionsformer ud over p-piller. Inden for de sidste ti år er der kommet nye typer til (p-ring, p-plaster og p-stav). De baserer sig alle på enten de to hormoner gestagen og østrogen eller udelukkende gestagen.

Præventionsformerne beskytter mod graviditet ved enten en eller flere af følgende virkninger:

- forhindre kvindens ægløsning
- påvirke slimhinden i livmoderen, så et eventuelt befrugtet æg ikke kan sætte sig fast og udvikle sig
- gøre slimen i livmoderhalskanalen sej og uigennemtrængelig for sædceller.

De beskytter ikke mod smitte med sexsygdomme selvom effekten af sej slim i livmoderhalskanalen kan nedsætte risikoen for at smitte kan havne i livmoder og æggeledere.

Metoderne har forskellig sikkerhed ved beskyttelse mod graviditet og forskellige bivirkninger:

Minipiller	• Sikkerhed: 98 % • Menstruationen kan blive uregelmæssig med længere tid mellem blødningerne • Der kan komme pletblødninger, men som regel kun de første to-tre måneder • Enkelte kvinder bliver lettere deprimerede, når de tager minipiller
P-ring	• Sikkerhed: Næsten 100 % • Lette brystspændinger, hovedpine, kvalme eller humørsvingninger • Irritation i eller omkring skeden kan forekomme • Få kvinder eller deres partner oplever at mærke p-ringen under samleje
P-plaster	• Sikkerhed: Næsten 100 % • Lette brystspændinger, hovedpine, kvalme eller humørsvingninger
P-stav	• Sikkerhed: 100 % • P-stav giver næsten altid uregelmæssige blødninger • Let akne (uren hud), brystspændinger, hovedpine, humørsvingninger og vægtøgning • Blødningsforstyrrelser, enten ophør af menstruation eller hyppigere/kraftigere menstruation
Hormonspiral	• Sikkerhed: mellem 99 % og 100% • Spiralen kan glide ud • Svagere menstruation, og hos én bruger ud af fem ophører menstruationerne helt
P-sprøjte	• Sikkerhed: 100 % • Vægtstigning pga. væskeansamlinger • Pletblødninger • Ved langvarig brug hører menstruationen ofte op • Det kan tage op til et år efter endt brug, før menstruationscyklus bliver normal

Hvem egner præventionsformerne sig til:

Minipiller	• Egner sig til næsten alle kvinder • Egner sig til kvinder, der ammer, fordi minipiller ikke indeholder østrogen • Er bedst egnede til kvinder over 35 år. • Er mindre egnede til unge piger, som ønsker maksimal beskyttelse.
P-ring	• Egner sig til piger og yngre kvinder • Egner sig ikke til kvinder over 35 år, der ryger • Egner sig ikke til kvinder, der er svært overvægtige • Egner sig ikke til kvinder, der har eller har haft blodpropper, har en arvelig tendens til blodpropper, med en dårligt reguleret sukkersyge eller for højt blodtryk • Egner sig ikke til kvinder, der har eller har haft brystkræft eller har en alvorlig leversygdom
P-plaster	• Egner sig til piger og yngre kvinder • Egner sig ikke til kvinder over 35 år, der ryger • Egner sig ikke til kvinder, der vejer 90 kg eller derover • Egner sig ikke til kvinder, der har eller har haft blodpropper, har en arvelig tendens til blodpropper, med en dårligt reguleret sukkersyge, eller for højt blodtryk • Egner sig ikke til kvinder, der har eller har haft brystkræft eller har en alvorlig leversygdom
P-stav	• Egner sig til næsten alle kvinder • Egner sig også til kvinder med tidligere blodpropper, forhøjet blodtryk, sukkersyge, overvægt, rygning eller alder over 35 år
Hormonspiral	• Egner sig til næsten alle kvinder – piger eller kvinder, der ikke har været gravide, kan anvende en mindre og blødere type spiral (Flexi-T) • Egner sig til kvinder med fast partner • Mindre egnet til kvinder med mange skiftende partnere
P-sprøjte	• Egner sig kun til kvinder, der ikke kan administrere andre former for prævention • Egner sig ikke til de fleste kvinder.

Andre ikke-hormonbaserede præventionsformer

Der findes en række ikke-hormonbaserede præventionsformer ud over kondomer. De fleste af metoderne (pessar, femidom og sterilisation) virker mod graviditet ved at blokere sædcellernes adgang til at møde et modnet æg i livmoderen. En enkelte metode (kobberspiral) påvirker miljøet omkring livmorhalsen, så sædcellerne bevæger sig dårligere, samt påvirker slimhinden i livmoderen, så det befrugtede æg ikke kan sætte sig fast.

En enkelt metode er udelukkende beregnet til at beskytte mod smitte med sexsygdomme (slikkelap) og ikke til at forhindre graviditet.

Metoderne har forskellig sikkerhed ved beskyttelse mod graviditet og forskellige bivirkninger:

Kobberspiral	• Sikkerhed: Omkring 98 % • Spiralen kan glide ud • Giver næsten altid kraftigere menstruation. Der kommer også af og til smerter ved menstruation • Giver lidt større risiko for underlivsbetændelse (øget udflåd og smerter)
Pessar	• Sikkerhed: 97 % • Cremen kan give lidt svien i skeden. • Nogle kvinder er overfølsomme over for latexgummi eller sæddræbende creme.
Femidom	• Sikkerhed: 97 % • Nogle femidomer kan give lyd som en knitrende indkøbspose ved samleje • Nogle kvinder er overfølsomme overfor latexgummi, hvis femidomet er lavet af dette
Sterilisation	• Sikkerhed: 100 % for kvinder og mellem 96-99,2 % for mænd • Ingen bivirkninger
Slikkelap	• Sikkerhed: 0 %. Beskytter ikke mod graviditet, men beskytter mod sexsygdomme • Overfølsomhed for latexgummi, hvis slikkelappen er lavet af dette.

Hvem egner præventionsformerne sig til:

Kobberspiral	• Egner sig pga. størrelsen bedst til kvinder, der har været gravide • Egner sig ikke til kvinder med hyppige underlivsbetændelser • Egner sig ikke til kvinder med mange partnere
Pessar	• Egner sig til de fleste kvinder • Egner sig ikke til kvinder, der er overfølsomme over for gummi eller sæddræbende creme • Egner sig ikke til piger/kvinder, der ønsker en meget høj grad af sikkerhed
Femidom	• Egner sig til de fleste kvinder • Egner sig til latexallergikere, da det er lavet af polyuretan • Egner sig til kvinder, hvis mandlige partnere har svært ved at opnå fuld rejsning
Sterilisation	• Egner sig til både kvinder og mænd • Egner sig ikke til personer, der senere ønsker at opnå graviditet
Slikkelap	• Egner sig til alle kvinder og mænd, der vil have beskyttet oralsex.

Sexsygdomme

Sexsygdomme kommer i form af enten bakterier, virus, parasitter eller flagellater, der spredes gennem kontakt mellem slimhinderne i munden, skeden, livmoderhalsen, penis eller endetarmen.
En af de grupper i den danske befolkning, hvor sexsygdomme har en stor udbredelse, er blandt de seksuelt aktive unge under 30 år. Der er et stort potentiale for at forebygge en del af den smitte gennem promovering af brug af kondomer, test og behandling samt smitteopsporing, så flere kan komme i behandling.

Klamydia

Klamydia er smitte med bakterien Chlamydia trachomatis.

Det er en af de mest udbredte sexsygdomme i Danmark med en stigning fra 16.000 kendte tilfælde i 2002 til 28.000 kendte tilfælde i 2010 med et maksimalt antal kendte tilfælde på 30.000 i 2009. Langt de fleste tilfælde forekommer blandt unge under 30 år.

Bakterien smitter til slimhinderne i skede, livmoderhals, penis, urinrør, endetarm og mund. Herfra kan den sprede sig til æggeledere hos kvinder og bitestikler hos mænd. Klamydia kan også smitte til øjenslimhinden.

En klamydia-infektion, som behandles i tide, har ingen følgevirkninger. Hvis man er smittet med klamydia og ikke bliver behandlet, kan det have alvorlige følger.

Hos kvinder kan klamydia være skyld i:
- Underlivsbetændelse
- Ufrivillig barnløshed
- Graviditet uden for livmoderen
- Kroniske underlivssmerter.

For mænd kan klamydia være skyld i:
- Betændelse i bitestiklerne
- Ufrivillig barnløshed.

Klamydia smitter fra person til person, hvis der ikke bruges kondom ved samleje i skede eller endetarm eller ved, at kønsdelene kommer i tæt berøring med hinanden uden brug af kondom.

Man får ikke klamydia på kønsdelene ved oralsex, kun i halsen, og man får heller ikke klamydia ved at dele håndklæde med én, der har klamydia.

Bivirkning ved klamydiasmitte kan være betændelse i æggelederne for kvinder og i bitestiklerne for mænd. Betændelsen kan medføre sterilitet for begge køn, men langt hyppigere hos kvinder end hos mænd.

Brug af kondom kan beskytte mod klamydiasmitte.

Hvad er symptomerne på klamydia?

Kun hver anden kvinde med klamydia har tegn på smitte, og kun hver fjerde smittede mand har symptomer. Man kan altså sagtens være smittet eller smitte andre med klamydia uden at vide det.

Hvis man mærker symptomerne, viser de sig som regel mellem 1-3 uger efter smitten.

Symptomerne kan fx være:
- Udflåd fra urinrøret eller øget udflåd fra skeden
- Sviende smerter ved vandladningen, så det føles ”som at tisse glasskår”, når man går på toilettet

- Nogle smittede kvinder småbløder ved samleje
- I endetarmen kan der opstå infektion med smerter, udflåd samt muligvis diarre
- Ved smitte i munden kan man få ondt i halsen som ved en almindelig halsbetændelse
- I sjældne tilfælde kan der opstå øjenbetændelse, der viser sig ved lysskyhed og pus i øjnene.

Hvordan testes og behandles klamydia?
Man skal til lægen eller opsøge en sexsygdomsklinik for at blive undersøgt. Kvinder får en gynækologisk undersøgelse, hvor de podes fra livmoderhalsen og ved symptomer også i urinrøret, medmindre lægen foretager en urintest. Mænd får foretaget en urintest. Nogle læger bruger dog stadig podepind til både mænd og kvinder. At teste med en urinprøve er forholdsvis nyt, og ikke indført alle steder. Derfor er der læger, der stadig tager en prøve fra urinrøret med en vatpind.

Klamydia er forholdsvis nem at behandle med tabletter. Diagnosen kan stilles 1-2 uger efter smittetidspunktet. Sundhedsstyrelsen anbefaler brug af kondom i 14 dage efter behandlingsstart.

Kønsvorter og HPV

Kønsvorter er små vorter, der sidder på kønsdelene. HPV er det virus (human papilloma-virus), der kan medføre kønsvorter. Kønsvorter kaldes også for kondylomer. HPV-virus er vortevirus og en del typer af HPV smitter primært til slimhinderne på kønsdelene, endetarmen og i munden. Det er nogle af disse typer af HPV-virus, der medfører kønsvorter (HPV 6 og 11), mens andre af dem kan medføre celleforandringer og kræftrisiko (HPV 16 og 18).

Kønsvorter er en af de mest udbredte sexsygdomme i Danmark. Omkring 1 % af hele den danske befolkning har kønsvorter, men blandt unge under 30 år er det omkring 2 %. Forekomsten skønnes at ville falde, da Sundhedsstyrelsen har indledt et HPV-vaccinationsprogram for piger i alderen 12-14 år i 2008, som i 2012 blev udvidet op til aldersgruppen 12-26 år.

Kønsvorter smitter ved samleje i skede og endetarm. Oralsex medfører sjældent kønsvorter (HPV 6 og 11), men kan sandsynligvis overføre HPV 16 og 18, da især HPV 16 kan findes i celleprøver hos patienter med hoved- eller halskræft.
Få smittede oplever følger efter smitten. Over 90 % danner efterhånden antistoffer mod HPV 6 eller 11 og får derefter ikke flere kønsvorter pga. den HPV-type,

de har været smittet med. Omkring 10 % udvikler en kronisk infektion. Kronisk infektion kan medføre kræft, hvis man er smittet med HPV 16 eller HPV 18.

Kvinder, der har kønsvorter, bliver derfor i en periode jævnligt undersøgt for celleforandringer på livmoderhalsen for at forebygge udviklingen af livmoderhalskræft. Hvis der ikke er findes celleforandringer i perioden, vender kvinden tilbage til det generelle screeningsprogram for 23-54-årige kvinder.

Mænd screenes ikke for kræftrisiko efter smitte med kønsvorter.

Kondom beskytter mod smitte, hvis vorterne er dækket af kondomet. Det samme kan slikkelapper ved oralsex på skeden eller endetarmen. Er vorterne ikke dækket, så beskytter kondomet eller slikkelappen ikke. Man kan smitte sig selv med vorterne flere steder på kroppen, hvis man ikke er forsigtig.

Man kan blive vaccineret mod smitte med HPV-typerne 6,11, 16 og 18. Piger i alderen 12-26 år får vaccinen tilbudt gratis af den offentlige sygesikring (piger født i 1985 og senere). Vaccination af drenge mod HPV indgår ikke i vaccinationsprogrammet .

Hvad er symptomerne på kønsvorter og HPV?
Det er ikke alle smittede, der udvikler synlige vorter, og derfor kan det være svært at vide, om man er smittet.

Fra man er blevet smittet med kønsvorter, til der kommer symptomer, går der fra tre uger til otte måneder, dog typisk to-tre måneder.

Symptomerne kan være:
- Synlige vorter (knopper), som sidder enkeltvis eller i grupper.
  På slimhinder er kønsvorter ofte fugtige og "blomkålsagtige", mens de på tør hud er mere faste
- Der kommer i sjældne tilfælde kløe, smerter og blødninger fra kønsvorterne
- Kvinder: Vorterne sidder som regel mellem kønslæberne, ved skedeåbningen, ved mellemkødet, på klitoris, i/omkring endetarmen, i skeden eller på livmoderhalsen
- Mænd: Vorterne sidder som regel under forhuden, på penishovedet, i/omkring urinrøret og endetarmen.

Hvordan testes og behandles kønsvorter?
Testen er visuel, hvilket vil sige, at der skal være synlige vorter, for at man kan sige, at en person har kønsvorter. Dog kan kønsvorter nogle steder være sværere at se, som fx i skeden. Hvis lægen er i tvivl, kan han/hun tage en prøve med en

fugtig vatpind og sende den til analyse, hvor man kan se, hvilken HPV type der eventuelt er tale om.

Behandling kan ske ved, at man selv smører med et middel, der hæmmer virus. Ved genstridige tilfælde kan lægen pensle kønsvorterne, fryse dem, klippe dem af eller bruge laser, som fordamper kønsvorterne.

Dog er den ene metode ikke mere effektiv end den anden til at fjerne kønsvorterne.

Behandling kan ikke fjerne HPV-virus fra kroppen, så derfor kan kønsvorter blive ved med at dukke op. De fleste infektioner heler sig selv i løbet af 8-12 måneder, men kan både vare kortere og længere.

Herpes

Herpes er et virus, som giver blærer og sår på munden (forkølelsessår) og ved kønsdelene. Når man er smittet med herpes, forbliver virus i kroppen resten af livet. Herpes kan altså ikke helbredes, men medicin kan gøre udbruddene mildere.

Herpes er en af de mest udbredte sexsygdomme i Danmark. Omkring 80 % af alle voksne danskere har antistoffer mod herpes, og omkring 20 % af dem har herpes på kønsdelene. Kun de færreste er klar over, at de er smittet, fordi de ikke har haft nogle eller kun svage symptomer.

Herpes smitter ved samleje i skede, endetarm og ved oralsex. Herpes kan også smitte ved berøring og kys. Risikoen for at blive smittet med herpes er størst, når der er udbrud af herpes. Men personer med herpes kan også godt smitte, selvom der ikke er udbrud. Hvis man selv har herpes og rører ved sårene, kan man bringe smitten videre til andre steder på kroppen (fingre og øjne). Mange bliver typisk smittet med herpes i form af forkølelsessår som børn.

Herpes-smittede bør undgå at have sex og tæt fysisk kontakt, når de har udbrud. De bør også vaske hænder hver gang, de har rørt ved herpes-udbruddet.
Man kan have herpes i lang tid, uden at man har symptomer. Det første herpes-udbrud viser sig som regel inden for en uge efter smitte og varer omkring to uger.

Symptomerne kan være:
- Smerter, hævelse, rødme, kløe og svie på kønsdelene efterfulgt af små, væskefyldte blærer, der brister og bliver til sår

- Man kan få hovedpine, ondt i halsen, let feber og muskelsmerter ved første udbrud
- Efterfølgende udbrud af herpes er ofte mildere og varer kortere tid.

Hvordan testes og behandles herpes?
Lægen kigger på såret og afgør, om det er herpessår. Herefter kan hun/han sikre sig ved at pode såret eller tage en blodprøve.

Udbruddene kan mindskes eller fjernes helt ved behandling, som består af tabletter eller creme.

Behandlingen helbreder ikke herpes, men afkorter udbrudsforløbet. Behandlingen virker kun, hvis den igangsættes hurtigst muligt, helst inden der opstår sårdannelse. Hurtigt indsættende behandling – både ved det første, men også ved efterfølgende udbrud – nedsætter hyppigheden af gentagelsesudbrud og varigheden af udbruddet.

Hvad er følgerne af herpes?
Herpes kan smitte under fødslen fra mor til barn, hvis moderen har et førstegangsudbrud af herpes ved fødslen. Kvinder, som tidligere har haft herpes ved kønsdelene, smitter ikke deres børn ved fødslen, fordi børnene er beskyttet af moderens antistoffer. Herpes hos et nyfødt barn er en alvorlig infektion, som kan være dødelig. Specielt frygtet er en svær hjernebetændelse, som kan give hjerneskade hos barnet.

Enkelte mænd og kvinder, som lider af tilbagevendende herpesudbrud kan få varige beskadigelser af nerverne. Det viser sig som føleforstyrrelser, svie og brændende eller borende smerter i underlivet.

Gonoré

Gonoré er smitte med bakterien Neisseria gonorrhoeae.

Antallet af gonoré-tilfælde har siden 1997 været i stigning. Siden 2004 er der årligt konstateret 400-500 tilfælde af gonoré i Danmark, ca. en tredjedel af disse blandt mænd, der har sex med mænd. Siden 2007 er gonoré i stigende grad konstateret blandt unge, heteroseksuelle danskere.

Bakterien kan sidde i slimhinden i urinrøret, i skeden, på livmoderhalsen, i endetarmen eller i munden/svælget (på og i mandlerne). Den findes i kønssekreter som fx præsperm, sperm og skedesekret og smitter, når disse væsker kommer i forbindelse med en slimhinde.

Gonoré smitter derfor ved samleje i skeden, endetarm og ved oralsex. Den smitter ikke ved kys. Børn kan smittes under fødslen og få en kraftig øjenbetændelse.

Kondom beskytter mod smitte, men skal anvendes, før der er slimhindekontakt.

Hvad er symptomerne på gonoré?
Gonoré giver i mange tilfælde ingen symptomer – eller meget lette symptomer. 50 % af smittede kvinder og 20-30 % af smittede mænd får ingen symptomer.

Fra man bliver smittet, og til det første symptom kommer, går der typisk få dage, men til tider 2-3 uger.

Symptomerne kan være:
Kraftigt gulligt udflåd fra skede (kvinder) eller urinrør (begge køn)
- Svie ved vandladning, "tisse glasskår"
- Eventuelle pletblødninger fra skeden
- Eventuelle hævelser og smerter i pungen (betændelse i bitestiklerne)
- Ved gonoré i munden: Let halsbetændelse efter ca. en uge
- Ved gonoré i endetarmen: Svie, kløe eller blødninger.

Hvordan testes og behandles gonoré?
Testen er en podning (vatpind), og der tages prøver fra urinrøret, endetarmen og svælget (munden). Kvinder får også taget en podning fra livmoderhalsen. Testen kan laves en uge efter formodet smitte.

Behandlingen sker med antibiotika og er nem at kurere. Dog er gonoré-bakterien på verdensplan ved at udvikle resistens mod alle kendte behandlingsformer ifølge advarsel fra verdenssundhedsorganisationen WHO.

Hvad er følgerne af gonoré?
Hvis man bliver smittet med gonoré, og man ikke bliver behandlet, kan det have alvorlige følger:

- Kvinder: Underlivsbetændelse, der kan føre til ufrivillig barnløshed, større risiko for graviditet uden for livmoderen og kroniske underlivssmerter
- Hos mænd: Betændelse i bitestiklerne, der muligvis kan føre til ufrivillig barnløshed.

Hiv og Aids

Hiv skyldes smitte med et virus, der hedder human immundefekt-virus. Hvis man bliver smittet med hiv, så har man sygdommen altid, og uden behandling er

der en stor risiko for at dø af sygdommen. Aids er en diagnose en hiv-smittet kan få på grund af måden, hiv har udviklet sig i hans eller hendes krop på.

Hiv er ikke særlig udbredt i Danmark, hvor cirka 0,1 % af befolkningen er smittet med hiv. En befolkningsgruppe, der har en særlig høj forekomst, er mænd, der har sex med mænd, hvor man regner med at op mod 5 % er smittede.
Hiv-virus nedbryder kroppens immunforsvar over en længere periode (fra måneder til år). Det betyder, at der fremkommer en række karakteristiske infektioner, som man ikke kan bekæmpe, når man er smittet med hiv.

Hiv smitter gennem blod, sæd, præsperm og skedesekret fra mor til barn i forbindelse med fødsel og ved amning. Hiv smitter ikke ved kys og berøring og smitter heller ikke via føde, vand, spisebestik eller via insekter.

Hiv-smittede er især meget smitsomme de første 3-6 måneder.

Kondom beskytter mod smitte ved sex i skeden, endetarmen og munden. Slikkelapper kan også anvendes ved oralsex på skeden eller endetarmen. Hiv-smittedes mulighed for at smitte andre bliver også væsentligt lavere, hvis de er i behandling.

Hvad er symptomerne på hiv?

Det er kun cirka halvdelen af dem, der smittes med hiv, som mærker de første symptomer på hiv. De første symptomer kan optræde cirka 14 dage efter smitte og forsvinder efter 2-4 uger. Derefter mærker de fleste, der er smittet med hiv, ikke deres hiv-smitte i lang tid, ofte flere år. Efter nogle år får en hiv-smittet, der ikke er i behandling, eller hvis behandling ikke mere fungerer godt nok, en række andre symptomer, der kan være med til at udløse diagnosen aids.

Symptomer ved smittetidspunktet

- Influenzalignende symptom med feber
- Halsbetændelse
- Hævede lymfeknuder
- Mavesmerter
- Svamp i munden
- Hovedpine
- Muskel- og ledsmerter
- Røde pletter og knopper

Senere symptomer

- Svære herpes-udbrud
- Svamp i munden
- Diarré
- Udtalt vægttab
- Lungebetændelse
- Hudkræft

Hvordan testes og behandles hiv og aids?

En hiv-test er en blodprøve, der påviser både antigen og antistof mod hiv. Testen kan udføres otte uger efter smitte.

Der findes ikke en behandling, der kan fjerne hiv-virus fra kroppen eller en vaccine mod hiv. Mængden af hiv i kroppen kan holdes nede med kombinationsbehandling. Kombinationsbehandling er behandling med tre forskellige typer medicin eller flere. Den betyder, at en hiv-smittet kan leve længere, have en bedre livskvalitet som hiv-smittet og at hun eller han er langt mindre smitsom. I 2009 døde kun 15 ud af de 5000 hiv-smittede (mere end 80 % af disse er i behandling), der findes i Danmark.

Der findes en akut behandling mod hiv, der kan bruges i op til 24 timer efter, man har været udsat for smitte med hiv. Behandlingen hedder PEP (postekspositionsprofylakse). PEP er en forebyggende tabletbehandling, der kun gives til mennesker, hvor der er overvejende risiko for smitte, som fx hvis man stikker sig på en kanyle, eller hvis man har usikker sex med en hiv-smittet. PEP gives ikke efter almindelige, usikre samlejer. Har en ung brug for PEP, skal vedkommende henvende sig på det nærmeste hospital med en infektionsmedicinsk afdeling.

Syfilis

Syfilis er en sygdom, der kommer, når man er smittet med bakterien treponema pallidum. Syfilis smitter ved samleje i skeden, endetarmen og munden. Gravide med syfilis kan smitte fosteret. Hvis man bliver smittet med syfilis og ikke bliver behandlet, kan det have alvorlige følger:

- Man kan udvikle kroniske betændelser i kroppen, som fx i hjernen og nervesystemet
- Man kan dø af sygdommen
- Man kan smitte sit barn ved fødslen, og dette kan give store skader på barnet senere.

Syfilis har været sjælden i Danmark i de seneste år. Aktuelt er der dog en epidemi blandt mænd, som har sex med mænd. Syfilis er mere sjældent blandt kvinder. I 2010 blev der fundet 329 tilfælde af syfilis blandt mænd og 33 tilfælde blandt kvinder.

Kondom og slikkelap beskytter mod smitte.

Hvad er symptomerne på syfilis?
Fra man bliver smittet, og til det første symptom kommer, går der sædvanligvis tre uger. Det kan dog variere fra 9 til 90 dage.

Syfilis optræder i tre stadier.

- Første stadie: Syfilis giver allerførst et lille sår, der ikke er ømt, og derfor kan være svært at opdage, hvis det fx sidder oppe i skeden. Omkring såret kan der komme hævelser i lymfeknuderne. Såret forsvinder i løbet af 3-6 uger

- Andet stadie: Ca. 6-8 uger efter smitte kan der komme symptomer som udslæt på kroppen og influenzasymptomer

- Tredje stadie: I dette stadie kan der opstå livstruende symptomer som fx betændelse i centralnervesystemet og lammelser. Tredje stadie indtræder typisk 5-20 år efter smitte.

Hvordan testes og behandles syfilis?
Testen er en blodprøve, og den kan laves ca. fem uger efter formodet smitte.

Behandlingen består i en række indsprøjtninger med antibiotika gennem en længere periode, men syfilis er forholdsvis nem at kurere.

Efter behandlingen er afsluttet, skal man gå til kontrol for, at behandlingen også har virket.

Hepatitis/smitsom leverbetændelse

Smitsom leverbetændelse skyldes smitte med hepatitis-virus. Der findes flere typer af virusset: Hepatitis A, hepatitis B og hepatitis C. I 2010 blev der fundet 47 tilfælde af hepatitis A, 27 akutte tilfælde og 136 kroniske tilfælde af hepatitis B samt 5 akutte tilfælde og 265 kroniske tilfælde af hepatitis C.

Der er risiko for kronisk infektion, når man smittes med hepatitis B- eller C-virus. Cirka halvdelen af de smittede vil udvikle kronisk leverbetændelse i løbet af 20-30 år, og nogle få procent kan udvikle leverkræft. Smitte med Hepatitis A medfører ikke den risiko.

Henholdsvis 10 % af de smittede ved hepatitis B og 80 % ved hepatitis A bliver kronisk smittede.

Der er lidt forskel på, hvordan hepatitis A, B og C smitter:

- **Hepatitis A:** Smitter gennem kontakt til afførin
- **Hepatitis B:** Smitter gennem blod, ved seksuel kontakt samt fra mor til barn under fødslen
- **Hepatitis C:** Smitter gennem blod.

Smitsom leverbetændelse kan dermed afhængigt af typen smitte gennem sex, analsex, fra hænder, fødevarer eller drikkevand forurenet med rester af afføring, gennem blodtransfusion, nålestik, operation og tatovering.

Kondomer og slikkelapper beskytter ved sex, men ellers forebygges smitte gennem screening af donorblod og anvendelse af engangssprøjter.

Der findes vaccination mod smitte med hepatitis A og B. Nyfødte, hvis mor er smittet med Hepatitis B, vaccineres efter fødslen og herefter for at forebygge sygdom hos barnet.

Hvad er symptomerne på hepatitis/smitsom leverbetændelse
Der går typisk flere måneder mellem smittetidspunkt og symptomer. De fleste, der smittes med hepatitis, oplever kun svage eller ingen symptomer.

Symptomer på hepatitis/smitsom leverbetændelse:
- Feber
- Kvalme
- Smerter i maven
- Gulsot (gulfarvning af huden og øjne)
- Urinen bliver mørk, og afføringen hvidlig.

Hvordan testes og behandles hepatitis/smitsom leverbetændelse?
Testen er en blodprøve, der viser, om der er antistoffer i blodet.

Der findes ingen behandling af hepatitis A-smitte. Hepatitis B og C kan kun behandles, hvis den er blevet til en kronisk infektion. Formålet er at forebygge udvikling af skrumpelever. Men det er ikke alle, som bliver helbredt ved behandlingen.

Svamp

Svamp ved kønsdelene skyldes en gærsvamp, der hedder Candida albicans. Gærsvampen findes altid i små mængder på kroppen og slimhinderne uden at

føre til symptomer eller sygdom. Kun hvis vækstbetingelserne for den ændres, vil svamp give symptomer. Det er altså ikke en sexsygdom som andre.

Hos mænd kan der komme betændelse på forhuden og penishovedet ved svamp.

Svamp i skeden er meget almindelig. Ca. 5 % af alle kvinder, der får lavet gynækologisk undersøgelse, vil have tegn på svamp, men det er kun ca. 1/3 af dem, som har symptomer.

Det er ikke muligt at forhindre svamp. Hvis mænd anvender kondom ved samleje, vil det mindske risikoen for at blive smittet. Kvinder, der har sex med kvinder, kan benytte slikkelap ved kontakt mellem skederne.

Symptomer på svamp

Svamp kan udvikle symptomer i en række situationer, blandt andet efter behandling med antibiotika, fordi antibiotika fjerner de naturlige mælkesyrebakterier i skeden. Også menstruation og graviditet kan øge mængden af svamp, fordi det svækker immunforsvaret forbigående. Graviditet giver desuden også bedre vækstbetingelser for svamp på grund af den øgede mængde østrogen. Ved en række sygdomme kan immunforsvaret svækkes, så svamp kan udvikle symptomer, fx ved hiv-smitte og diabetes.

Endelig har nogle raske kvinder tilbagevendende svamp, uden man kender årsagen.

Symptomer hos mænd:
- Udslæt på forhud og penishoved

Symptomer hos kvinder:
- Intens kløe og brænden i skridtet
- Udflåd, som kan være hvidlig grynet
- Rødme og irritation af slimhinden på kønslæberne, og i skeden kan være rød og irriteret. I udtalte tilfælde kan man se belægninger på slimhinden.

Kvinder med symptomer på svamp kan smitte mænd eller andre kvinder gennem sex – mænd kan ikke smitte kvinder.

Hvordan testes og behandles svamp?

Lægen kan ofte stille en diagnose ved at se på symptomerne, hvis de er tydelige nok. Ellers kan hun/han tage en sekretprøve fra skeden til undersøgelse ved hjælp af et fasekontrastmikroskop.

Svamp i skeden kan behandles med creme og stikpiller, som kan købes uden recept på apoteket. Behandlingen varer typisk en enkelt dag eller fra 3-5 dage.

Mænd med svamp behandles med creme, som kan købes på apoteket. Cremen skal smøres på 2 gange daglig i ca. 2-3 uger.

Tabletter kan fås på recept hos lægen. Der kan anvendes engangsdosis eller flergangsdosis. I nogle tilfælde skal behandling fortsættes i 4-6 uger ved svære og vedvarende symptomer, mens kvinder med hyppige symptomer på svamp kan få forebyggende behandling 1-2 gange om måneden.

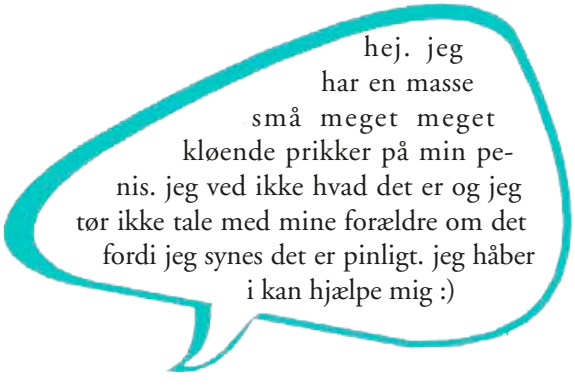
Gravide bør kun behandles med creme eller stikpiller.

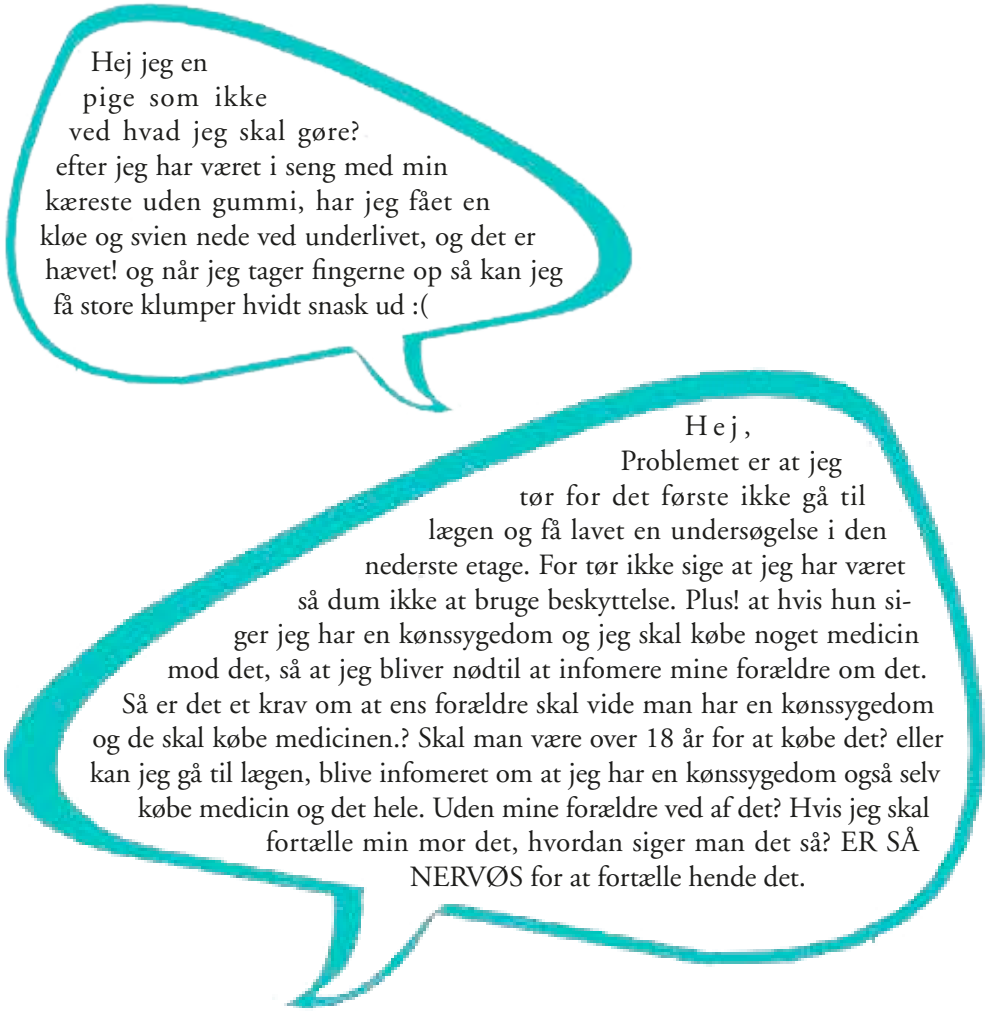
Andre sexsygdomme

Der findes en række andre sexsygdomme, der ikke er nævnt her. Disse er med varierende, men lav, forekomst i befolkningen og uden følger eller kun med sjældne følger:

- Trichomonas
- Mollusker (vandvorter)
- LGV (venerisk lymfeknude).

Typiske spørgsmål om sexsygdomme (fra Sexlinien for Unge)





Provokeret abort

Enhver kvinde med bopæl i Danmark kan uden tilladelse og gratis få foretaget abort, hvis indgrebet kan foretages inden udløbet af 12. svangerskabsuge (21). Ønsker man abort efter 12. svangerskabsuge, skal det regionale samråd give tilladelse til det. I 2010 blev der givet 719 tilladelser til abort efter 12. uge.

Er kvinden under 18 år, skal hun have sine forældres samtykke. Men en ung under 18 år kan dog søge det amtslige samråd om tilladelse til abort uden forældrenes samtykke, og uden at de bliver informeret. Hvis forældrene er informerede,

men ikke vil give tilladelse, kan hun anmode om tilladelse til abort i det regionale samråd. Det regionale samråd består af en speciallæge i gynækologi, en speciallæge i psykiatri og en medarbejder i regionen med juridisk eller social uddannelse. Samrådet vil som regel bevilge abort, da man ikke ønsker at tvinge en pige under 18 år til at føde et uønsket barn.

Hvis en kvinde tror, eller er sikker på, at hun er gravid og vil have en abort, skal hun hurtigst muligt kontakte sin læge. Det er lægen, der indstiller til abort efter at have givet den lovpligtige vejledning om mulighederne for støtte til at gennemføre svangerskabet, støttemuligheder efter barnets fødsel samt vejledning om, hvordan indgrebet foregår og om den risiko, der er forbundet med det. Samtidig skal lægen tilbyde kvinden en støttesamtale før og efter aborten. Lægen sender herefter de nødvendige papirer til sygehuset.

Der findes to former for abort: den medicinske og den kirurgiske abort.

Medicinsk abort

Den medicinske abort skal udføres inden 9. svangerskabsuge. Aborten fremkaldes ved, at kvinden indtager tabletter med antihormon (antigestagen). Antihormonet får graviditeten til at gå til grunde.

Når tabletterne er indtaget, er det derfor ikke muligt at fortryde aborten. 36-48 timer efter skal kvinden behandles med et andet præparat (prostaglandin) som tabletter eller stikpiller til skeden. Prostaglandin får livmoderen til at trække sig sammen og åbne livmoderhalsen, så fosteret bliver afstødt. Behandlingen kan ske under en kortvarig indlæggelse på fire-seks timer på hospital eller hjemme.

Den medicinske abort er som regel smertefuld og kan være ledsaget af kvalme og diarré. Som regel bliver smerterne lindret med smertestillende medicin. Der kan også være smerter og blødning de første døgn efter aborten. I sjældnere tilfælde kan der være blødning op til to-tre uger efter aborten.
14 dage efter behandlingen skal det kontrolleres, om aborten er gennemført, med ultralydsscanning af livmoderen eller ved blodprøve. Mellem 2 og 5 % skal have udført udskrabning af livmoderen på grund af mislykket abort.

Fordele ved medicinsk abort:
- Aborten bliver sat i gang, første gang kvinden er på sygehuset
- Der skal ikke foretages bedøvelse
- Mindre følelse af at være patient, da der ikke foretages operation
- Risikoen for infektion er mindre end ved kirurgisk abort.

Ulemper ved medicinsk abort:
- Aborten tager længere tid og kræver en kontrolundersøgelse på sygehuset
- Længerevarende smerter, der er brug for smertestillende medicin eller lokal blokade
- Kraftigere og længerevarende blødning end ved kirurgisk abort
- Risiko for kvalme, opkastning og diarré af pillerne
- Risiko for kirurgisk abort, hvis den medicinske abort ikke lykkes.

Kirurgisk abort

Den kirurgiske abort foregår oftest i fuld bedøvelse. Kvinden skal møde fastende på sygehuset. Hun må hverken spise eller drikke seks timer før indgrebet. Som regel vil hun før det kirurgiske indgreb få lagt en stikpille op i skeden eller få nogle tabletter. Formålet er at blødgøre livmoderhalsen, så den senere udvidelse af livmoderhalsen under indgrebet kan foregå skånsomt. Tabletterne og stikpillen kan påvirke fosteret og sætte aborten i gang, og det er efter medicinindtagelse ikke længere muligt at fortryde ønsket om abort.

Under selve indgrebet udvider lægen forsigtigt livmoderhalsen og tømmer livmoderhulen for graviditetsvæv med et sug. Indgrebet afsluttes med, at kvinden får medicin, der får livmoderen til at trække sig sammen og mindsker blødningen. Selve indgrebet varer kun 10-15 minutter. Kvinden vågner hurtigt op efter indgrebet og kan i de fleste tilfælde tage hjem efter få timer.

Der er sjældent komplikationer i forbindelse med den kirurgiske abort. Der kan være problemer med at tømme livmoderhulen fuldstændigt for graviditetsvæv. Det medfører blødning og kræver nyt indgreb med tømning af livmoderhulen. Der kan også i sjældne tilfælde opstå underlivsbetændelse i forbindelse med indgrebet. Symptomerne er smerte i underlivet, feber og almen utilpashed. Infektion i livmoderen, æggelederne og æggestokkene kræver behandling med antibiotika og sengeleje. Ved enhver underlivsbetændelse er der en lille risiko for at blive steril.

Fordele ved kirurgisk abort:
- Indgrebet er hurtigt overstået
- Bedøvelse under hele abortindgrebet
- Færre smerter end ved medicinsk abort
- Mindre blødninger i kortere tid end ved medicinsk abort.

Ulemper ved kirurgisk abort:
- Fuld bedøvelse og ubehag efter bedøvelsen
- Lille risiko for komplikationer ved fuld bedøvelse

- Sjældne tilfælde af beskadigelse af livmoderen
- Risiko for underlivsinfektion.

Typiske spørgsmål om abort og graviditet (fra Sexlinien for Unge)

Hej!! Jeg tror måske jeg er blevet gravid, eftersom jeg har haft glemt en p-pille, men har haft sex. Mit spørgsmål er så, kan jeg få foretaget en abort, hvis det nu endeligt er, uden at mine forældre ved det?

Hej..
Jeg har en svaghed for en af drengene fra min klasse, vi sidder og flirter i timerne. Og for 2 uger siden var vi sammen gået ind på et toilet og jeg gav ham et blowjob og et hand-job og han gav mig et lickjob og han slikkede også på mine bryster og gav mig finger. Dagen efter i det første frikvarter havde vi sammenleje på det store toilet. Vi brugte ikke kondom og jeg fik min mens. for 2 måneder siden, er bange for at jeg er gravid og jeg er kun 15. Hvornår er det for sent at få en abort, og hvordan er den bedste måde at fortælle det til mine forældre?

At tage hånd om seksuel sundhed

Seksualundervisningen og samtaler om seksuel sundhed og prævention kan være en både kompleks og udfordrende opgave. Der er mange facetter, problemstillinger og pædagogiske overvejelser at tage i betragtning, når man som sundhedsplejerske skal planlægge sin seksualundervisning, og når man skal være nærværende i en dialog om, for den unge, svære emner. Det er i den forbindelse væsentlig at huske på, at seksualundervisning og seksuel sundhed ofte vil være et emne, som optager eleverne, og som de er motiverede for at tage del i – såfremt deres nysgerrighed, spørgsmål og behov bliver taget alvorligt. Ikke alle idealer eller forestillinger om god seksualundervisning eller samtale opfyldes hver gang, men det betyder ikke, at man skal lade være med at undervise, eller at seksualundervisningen er fejlet. Tværtimod.

Det gælder om at kaste sig ud i seksualundervisningens og samtalens mange muligheder, potentialer og udfordringer med afsæt i viden om, hvad god seksualundervisning og seksuel sundhed er og med bevidstheden om, at det er en vigtig opgave, der gør en forskel for børn og unge.

REFERENCER

1. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Sundhedsstyrelsen, 2011. www.sst.dk
2. Undervisningsministeriet. Fælles Mål 2009, Sundheds og seksualundervisning og familiekundskab, Faghæfte 21, Undervisningsministeriets håndbogsserie nr. 23-2009. www.uvm.dk
3. Ministeriet for Børn og Undervisning. Inspiration til bedre seksualundervisning i folkeskolen. Ministeriet for Børn og Undervisning, 2012. www.uvm.dk
4. Simovska, V. Læring gennem InterAktion. Et sociokulturelt perspektiv på handlekompetence. I: Blume Dahl. K.K. mfl. (red). Essays om dannelse, didaktik og handlekompetence – inspireret af Karsten Schnack. DPU, Århus Universitetsskole, 2011.
5. Undervisningsministeriet. LBK nr. 748 af 13/07/2009. Bekendtgørelse om formål, trin- og slutmål for folkeskolens fag og emner (Fælles Mål). www.uvm.dk
6. Forsberg, M. Ungdomars sexuella hälsa. Internationella kunskapssammanställninger och svenska erarenheter av förebygganda arbete. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.
7. UNESCO. International Guidelines on Sexuality Education. An evidence informed approach to effective sex, relationships and HIV/STI education. UNESCO, 2009.
8. IPPF. Sexual rights: an IPPF declaration. IPPF, 2009.
9. Gundersen M (2012) Seksualundervisning i det multietniske klasserum. Med særligt fokus på etniske minoritetspiger. København: Sex & Samfund
10. Brade, L., Engström, C., Sörensdotter, R. & Wiktorsson, P. I normens öga. Friends, 2008.
11. Bromseth, J. og Darj, F. (red). Normkritisk pedagogik, Uppsala: Centrum för genusvetenskap, Uppsala Universitet, 2010.
12. Graugaard, C. Vokseværker. Et signalement af unge danskeres seksuelle liv. Psyke & Logos, 2010, 31, 257-266.
13. Nielsen, J.C., Sørensen, N.U. og Osmec, M.N. Når det er svært at være ung i Danmark – unges trivsel og mistrivsel i tal. Center of Ungdomsforskning, 2010.
14. Knudsen, S.V., Löfgren- Mårtensen, L. og Månsson, S-A. (red). Generation P? Youth, gender and pornography. Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag, 2007.
15. Graugaard, C. & Roien, Line Anne (2008): Didaktiske perspektiver på pornografi. København: Sex & Samfund: www.bedreseksualundervisning.dk
16. Graugaard, C. At skabe sig selv. Sex & Samfund, 2011.
17. Sundhedsstyrelsen. Ung 2006. 15-24-åriges seksualitet – viden, holdninger og adfærd. Sundhedsstyrelsen, 2007. www.sst.dk
18. Sundhedsstyrelsen. Sundheds- og seksualundervisning. Model til kvalificering af seksualundervisningen i grundskolen. Sundhedsstyrelsen, 2013. www.sst.dk
19. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. www.retsinformation.dk
20. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke. Seksuel sundhed. Sundhedsstyrelsen, 2012. www.sst.dk

HJEMMESIDER

sst.dk

ugesex.dk

indlaegsseddel.dk

migogminkrop.dk

sexfordig.dk

abortnet.dk

præventionsguide.dk

www.sexsygdom.dk

Mad og måltider

Ida Husby

Mad og måltider spiller en central rolle for børns vækst, udvikling, sundhed og trivsel. Madens sammensætning er vigtig for børnenes ernæringstilstand og dermed for deres sundhed. Måltiderne danner en vigtig ramme for en væsentlig del af børnenes sociale og kulturelle liv. I familien er måltidet ofte det sted, hvor man samles og taler om dagens oplevelser og gøremål. I daginstitutioner og skoler kan måltiderne være pauser i dagens aktiviteter og danne et frugtbart miljø for samtaler og etablering af kammeratskaber.

Kostvaner, der er etableret i barndommen, føres videre i livet som voksen. At kunne vælge fødevarer, sammensætte og tilberede mad og etablere måltider er vigtige færdigheder for børnenes fremtidige liv. At prioritere mad og måltider – i aktiviteter, undervisning og ved at spise god mad ved måltider – giver et væsentligt bidrag til børn og unges egen læring og dannelse, så de bliver i stand til at udvikle og forvalte deres egen madkultur.

Definitioner

I kapitlet anvendes en række begreber, der er relateret til ernæring, mad og måltider:

- *Fødevarer eller levnedsmidler* er de enkelte produkter, der produceres og sælges til at blive spist eller drukket.
- *Mad* er et hverdagsudtryk for den mad, der spises.
- *Kost* er et fagudtryk, der omfatter den mad, der spises i løbet af en periode – fx en uge.
- *Ernæring* vedrører de næringsstoffer, der er i maden, og hvordan de optages i kroppen.
- *Måltid* refererer både til maden og til de rammer, der omkring spisning, fx tid, sted og sociale relationer. Begrebet omfatter både hovedmåltider og mellemmåltider.
- *Mad- og måltidskultur* og kostvaner er begreber, der dækker hinanden. Om man anvender det ene eller det andet udtryk bunder i forskellige faglige udgangspunkter.
- *Maddannelsen* er et begreb, som angår alsidige læreprocesser, hvor man forstår maden i forhold til vores egne behov og i relation til samvær og omsorg for andre.

Kostvaner

Ved at studere, hvad børn spiser, kan vi få viden om den ernæringsmæssige kvalitet af kosten, om der er behov for nye anbefalinger, politiske tiltag eller andet. Der findes forskellige kostundersøgelsesmetoder på individuelt niveau og på populationsniveau, som anvendes alt efter kostundersøgelsens formål. Eksempelvis gennemfører Fødevareinstituttet ved Danmarks Tekniske Universitet (DTU) nationale kostundersøgelser på individuelt niveau med en metode, hvor forældre i fortrykte kostdagbøger registrerer alt, hvad deres børn spiser og drikker i løbet af en uge. Ved denne metode får man viden om hele kostens sammensætning. En anden metode er at spørge, hvor hyppigt personen spiser bestemte fødevarer, fx hvor ofte børn spiser frugt og grønt eller drikker sodavand. En sådan frekvensmetode kan afdække fx stigninger i indtag, forskellige indtag i forskellige grupper og eventuelt også om en særlig forebyggelsesindsats om at begrænse sodavandsindtaget har haft effekt. På populationsniveau er der forsyningsstatistikken og salgstal fra dagligvarehandlen. I disse tal indgår ikke grænsehandel, ligesom de ikke fortæller om, hvem der spiser og drikker de pågældende fødevarer eller hvor meget, der bliver smidt ud.

Danske børns kostvaner

Kosten har betydning for udvikling af en række sundhedsproblemer i barndommen og senere i voksenalderen. Det ses således, at børn, der har sunde kostvaner, fører disse videre i voksenlivet. Det er derfor vigtigt for børnenes sundhed og trivsel at støtte dem i at udvikle en sund mad- og måltidskultur. Børns kostvaner og behov varierer, og det er almindeligt, at børn i nogle perioder spiser meget mad og i andre perioder lidt mad.

På fødevareniveau

Inden for de senere årtier er der sket væsentlige ændringer i børns kostvaner. Den seneste nationale kostundersøgelse fra 2003-08 (1) viser både en positiv og en negativ udvikling af kostvanerne hos børn sammenlignet med tidligere undersøgelser (2). Det positive er, at indtaget af frugt, grønt og postevand er steget, mens indtaget af sukkersøde drikke er faldet. Men indtaget af sukker, slik og fuldfed ost er steget, og indtaget af kartofler er faldet. Det ses, at alderen spiller en rolle, således at yngre børns kost til og med 10 års alderen lever bedre op til anbefalingerne end kosten blandt ældre børn og unge (3). De ældste skolebørn springer oftere måltider over (hyppigst morgenmad og/eller frokost) og spiser mindre rugbrød og grønt og mere fastfood.

Frugt og grønt indeholder en række vigtige næringsstoffer som kostfibre, betacaroten, C-vitamin, folat, plantephenoler, jern og andre mikronæringsstoffer. Børns indtag af frugt og især grønt samt andre fiberholdige levnedsmidler ligger stadig under anbefalingerne.

Fuldkornsprodukter er særligt rige på kostfibre, B-vitaminer og andre sundhedsfremmende stoffer. Børn mellem 4 og 10 år skal dagligt have 40-60 gram fuldkorn. Ældre børn og voksne anbefales mindst 75 gram fuldkorn om dagen, fx 1 portion havregryn og 1-2 skiver rugbrød. Rugbrød er en af de fødevarer, der er mest rig på kostfibre – uanset om der er tale om mørkt rugbrød eller fuldkornsrugbrød. Det har ingen betydning for kostfiberindholdet, hvor findelt kornet er. For at øge indtaget af fuldkorn anbefales fx at spise rugbrød i stedet for hvidt brød og havregryn i stedet for cornflakes og lignende.

Mælk og mælkeprodukter er en vigtig kilde til kalcium og indeholder også 8-10 forskellige vitaminer og mineraler (bl.a. vitamin A, riboflavin, vitamin B12 og jod) samt protein og fedt. Kosten lever nemmere op til de anbefalede indhold af vitaminer og mineraler, hvis den indeholder mejeriprodukter. For skolebørn er ½ liter mælk og mælkeprodukter dagligt et passende indtag. Det er dog ikke nødvendigt at komme op på hele mængden. Et moderat indtag i størrelsesordenen

¼- ½ liter mælkeprodukt er optimalt i forhold til at forebygge sygdomme. Det gennemsnitlige indtag hos børn er omkring 400 ml dagligt (1).
Fede mejeriprodukter bidrager med meget mættet fedt og indtaget bør begrænses. Magre mælkeprodukter har et lavere indhold af fedtopløselige vitaminer (vitamin A og D), men samme indhold af kalcium.

Kød bidrager med vigtige næringsstoffer, blandt andet protein, jern og zink. Kød fra fire-benede dyr bidrager også med mættet fedt, hvorfor det anbefales at vælge magre udskæringer. Der findes ikke et specielt kostråd for kød, men 100 g per dag anses for et passende indtag for unge og voksne og lidt mindre for børn. Drenge/mænd spiser mere kød end piger/kvinder. Kun 25 % af kvinder i den fødedygtige alder angiver at have spist den vejledende mængde eller mere (1), hvilket kan være en medvirkende årsag til, at lav jernstatus er hyppigt forekommende hos denne gruppe.

Fisk er en vigtig kilde til D-vitamin, selen og omega-3-fedtsyrer samt værdifuld protein. Indtaget af fisk og fiskeprodukter er generelt for lavt, og børn spiser væsentlig mindre end de voksne. Indtaget er desuden skævt fordelt, idet det er en lille andel af befolkningen, der er store fiskespisere, mens en fjerdedel af befolkningen næsten aldrig spiser fisk. Det lave fiskeindtag er en medvirkende årsag til det lave indtag af D-vitamin. Det anbefales at spise fisk 1-2 gange om ugen og bruge fiskepålæg jævnligt.

Indtaget af **sukkerholdige levnedsmidler** som slik og sukkersødede læskedrikke har været stigende i mange år, således var det ca. 40 % højere i en national repræsentativ kostundersøgelse fra 2001 i forhold til en tilsvarende undersøgelse i 1995 (2). Men i den seneste nationale kostundersøgelse fra 2003-08 ses nu et fald i kostens indhold af tilsat sukker. Det er især indtaget af sukkersødede sodavand, som er faldet, mens indtaget af slik og sukker er steget (1). Over halvdelen af børnene spiser og drikker for meget sukker, og ikke mindst hos de større børn er indtaget højt. Sukker er tom energi, der optager pladsen for den sunde mad, og det er ønskeligt at indtaget begrænses i alle aldre. Børn og unge, der får mere end 10 % af deres energi fra sukker, spiser generelt usundere – de spiser mindre frugt og grønt, mælk, havregryn, rugbrød og fisk. Børn og unge bør maks. drikke ½ liter sodavand eller saft **om ugen**. Indtaget af andre tomme kalorier så som slik, kiks, chokolade, popkorn m.m. bør begrænses til maks. 200 g/uge for 7-10 årige og maks. 260 g/uge for 11-15 årige.

Indtaget af **salt** er højt i forhold til anbefalingerne og kunne med fordel begrænses. Mere end halvdelen af den salt, vi spiser, kommer fra forarbejdede madvarer. De største kilder er brød og kødpålæg, men fx ost, færdigretter og fastfood bidrager også med en del. Morgenmadsprodukter af cornflakes typen og lignende kan

ligeledes indeholde meget salt. En hjælp til at vælge sundere produkter, bl.a. med lavere saltindhold, er at vælge nøglehulsmærkede varer.

Energi og makronæringsstoffer

Børn og unges kost indeholder for meget fedt og sukker og for lidt kostfibre (1). Nedenfor ses indtaget af makronæringsstoffer hos henholdsvis 4-9 årige og 10-17 årige sat i forhold til de nordiske næringsstofanbefalinger.

Tabel 14.1. Børn og unges indtag af makronæringsstoffer – i forhold til anbefalet indtag (NNR 2004)

	Anbefalet indtag	4-9 årige	10-17 årige
Fedtenergi (E %)	30 E %	34 %	32 %
Heraf mættet fedt (E %)	10 E %	14 %	14 %
Total kulhydratenergi (E%)	50-60 E %	50 %	51 %
Tilsat sukker (E %)	maks. 10 E %	12 %	12 %
Kostfibre g per 10 MJ	25-35*	22 %	21 %
Proteinenergi (E %)	10-20 E %	14 %	14 %

Udarbejdet på baggrund af Pedersen et al. 2010 (1) samt Alexander et al 2004 (4)

* Der eksisterer ikke en klar anbefaling for indtag af kostfibre for børn, men for voksne er den 25-35 g pr. 10 MJ men det anbefales, at børns indtag med alderen skal nå anbefalingen for voksne, som er 35 gr. kostfibre pr. dag

Andelen af energi, der kommer fra fedt er stagnerende til stigende, og 77 % af børnene i undersøgelsen spiser mere end de anbefalede 30 % af energien fra fedt. Proteinindholdet i kosten er i overensstemmelse med det anbefalede niveau.

Vitaminer og mineraler

Såfremt man spiser varieret og tilstrækkeligt til at dække energibehovet, dækker kosten behovet for de fleste vitaminer og mineraler. Hos de fleste børn og unge har kosten et rigeligt eller acceptabelt indhold af næsten alle vitaminer og mineraler (1). Kun for vitamin D og jern er indtaget lavt i forhold til de anbefalede niveauer.

D-vitamin er vigtigt for optagelsen af kalcium og for knogledannelsen. Det gennemsnitlige indtag af D-vitamin hos børn er 2-3 µg om dagen (1) mod anbefalet 7,5 µg (4). D-vitamin findes kun i animalske fødevarer, dvs. fisk, kød, æg og

mejeriprodukter (samt i nogle svampe men det har ingen praktisk betydning). Særligt fede fisk er rige på D-vitamin, fx indeholder laks 10-30 µg per 100 g. Fiskepålæg som sild og makrel i tomat er også gode kilder til D-vitamin. Kostens indhold af D-vitamin er især vigtigt om vinteren, mens behovet dækkes fra solen i sommerhalvåret. Fra april til oktober opbygges depoter med D-vitamin, som man tærer på den følgende vinter. Kosten alene kan ikke dække behovet for D-vitamin, hvis man ikke får sol om sommeren, og der vil da være behov for at tage et tilskud med D-vitamin gennem hele barndommen og hele året. Rachitis og symptomer på D-vitamin-mangel er beskrevet i kapitel 4.

Den vigtigste kilde til D-vitamin er sollys, idet vitaminet bliver syntetiseret i huden ved udsættelse for UV-stråler. Det er derfor vigtigt at komme jævnligt ud og få moderat sol om sommeren og at følge de gældende solråd. Læs mere i kapitel 4. Vejledning om kost og solens betydning for D-vitaminstatus kan indgå i sundhedstjenestens rådgivning, når det vurderes relevant. Læs mere om D-vitamin på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

Jern er af stor betydning for udvikling og energiomsætning. Hos drenge er jernindtaget i gennemsnit tæt ved det anbefalede for de 4-9 årige, mens det er i underkanten for de større drenge (10-17 år). Hos pigerne er jernindtaget i gennemsnit lige under det anbefalet hos de 4-9 årige, mens det er klart utilstrækkeligt hos de større piger (10-17 år). Det er specielt piger med øget jernbehov på grund af menstruation, som er i risiko for at få jernmangel. Hvis pigerne er på hyppige slankekure og undgår kød, er de specielt udsatte. Jernmangel hos børn i skolealderen kan påvirke deres kognitive funktion.

Selv om jernmangel kan relateres til dårlige skolepræstationer, kan man ikke med sikkerhed udlede, at jernmangel er årsagen. Jernmangel, der er så udtalt, at den medfører blodmangel (anæmi), kan give hovedpine, træthed og irritabilitet. Forebyggelse af jernmangel sker mest effektivt ved at spise kød og indmad. Der er også jern i bl.a. kornprodukter, bønner og linser. Optagelsen af jern påvirkes positivt af C-vitamin, men the og kalciumholdig fødevarer som fx mælk kan hæmme optagelsen. Alligevel anbefales det ikke at undgå mælk ved måltiderne.

Ved mistanke om anæmi skal barnet henvises til praktiserende læge med henblik på udredning og behandling.

Særlige problemstillinger

Ensidige eller underlødige kostvaner

En vigtig forudsætning for at få tilstrækkelige vitaminer og mineraler er, at maden varieres, da ingen fødevarer indeholder alle nødvendige næringsstoffer. Børn, der spiser en varieret kost, vil i højere grad få dækket deres behov for næringsstoffer end børn, der spiser ensidigt. Med variation i kosten menes, at der indgår mad fra alle fødevaregrupper og forskellige fødevarer inden for hver gruppe. Det anbefales at spise noget fra alle fødevaregrupper hver dag eller næsten hver dag. Jo flere fødevarer eller fødevaregrupper, der udelukkes fra kosten, jo større er risikoen for ikke at få dækket behovet for næringsstoffer og i sidste ende for fejlernæring.

En anden forudsætning er at begrænse indtaget af såkaldte tomme kalorier. "Tomme kalorier" er produkter, der giver mange kalorier uden at bidrage med kostfibre, vitaminer og mineraler. Hvis børn indtager mange søde sager og dermed tomme kalorier, er de særligt udsatte for at ikke at få tilstrækkelig mange vitaminer og næringsstoffer. De får derfor færre af de næringsstoffer kroppen har brug for at kunne vokse og udvikle sig optimalt. Den meget sukkerholdige kost har et højt energiindhold, der sammen med fedt risikerer at gøre kosten meget energiholdig. Ud over at forhøje risikoen for overvægt øger energitæt kost risikoen for fejlernæring, fordi barnet bliver mæt af mad, der er fattig på essentielle næringsstoffer.

Vegetarisk og vegansk kost

Vegetarer afstår fra kød og fisk, men spiser æg og mælkeprodukter. I vegansk kost indgår ingen animalske fødevarer. Vegetarkost er hos voksne fundet associeret til lavere forekomst af hjerte-kar sygdom, type 2 diabetes og overvægt (5). Undersøgelser har vist, at børn og unge vokser og trives på vegetarkost (6).

Vegetarkost har et lidt lavere proteinindhold end en gennemsnitlig dansk kost, dog som regel rigeligt i forhold til anbefalingerne (7). Vegetarkost har et større indhold af kostfibre og flere vitaminer og mineraler, men et lavere indhold af D-vitamin, vitamin B12 og zink. Jern optages generelt dårligere fra vegetabilske fødevarer end fra animalske. C-vitamin fremmer optagelsen af jern. En varieret lacto-ovo-vegetarkost, der dækker barnets kaloriebehov, vil som regel dække behovet for næringsstoffer. Men vegetarkost er ikke automatisk sund mad. Vegetarer bør ligesom alle andre spare på sukker, fedt og "tomme kalorier" samt spise varieret.

Kostformer, der udelukker hele fødevaregrupper, øger risikoen for næringsstofmangel og for fejlernæring.

Veganerkost, der ikke indeholder animalske produkter, kræver betydelig viden for at sammensætte en kost, der tilgodeser de ernæringsmæssige behov og forudsætter, at skolebarnet/den unge spiser varieret, lødigt og med god appetit. I litteraturen peges der på, at veganerkost og andre restriktive kostvaner kan maskere en spiseforstyrrelse (6), hvilket sundhedsplejersker og læger må være opmærksomme på. Veganer er især i risiko for underskud af vitaminerne B12 og D samt calcium, hvorfor et tilskud af disse næringsstoffer kan være hensigtsmæssigt og bør drøftes med barnets forældre.

Risdrik, sojadrik og lignende plantebaserede drikke

Risdrik, sojadrik og lignende plantebaserede drikke har intet med mælk at gøre og er ikke fuldgyldige alternativer til komælk. Plantebaserede drikke indeholder hovedsagligt kulhydrater, meget lidt protein (med undtagelse af sojadrik) og har ikke noget naturligt indhold af vitaminer og mineraler. De er således ernæringsmæssigt på linje med saftevand. Nogle mærker er beriget med vitaminer og mineraler, andre er det ikke.

Risdrik indeholder små mængder uorganisk arsen, som er klassificeret som kræftfremkaldende. Af den grund frarådes risdrik til børn under 6 år og større børn bør undgå risdrik i store mængder. Læs mere om arsen i ris på Fødevarestyrelsens hjemmeside www.altomkost.dk

Sojadrik har nogenlunde samme proteinindhold som komælk, men et langt lavere indhold af mineraler. Desuden er der et højt indhold af fytinsyre, der har en negativ effekt på optagelsen af visse mineraler. Soja er rig på isoflavoner (såkaldt fytoøstrogener), som er stoffer med svage østrogenlignende virkninger. Der er usikkerhed om kort- og langtidsvirkningerne af et højt indtag af fytoøstrogener i den tidlige barndom, både hos piger og drenge.

Sundhedsplejersker og kommunallæger bør vejlede om kalciumtilskud jf. s. 400, såfremt barnet ikke drikker mælk, men udelukkende plantebaserede drikke.

Kosttilskud

Sundhedsstyrelsens anbefalinger om kosttilskud til børn kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

Hvis børn spiser varieret, er det ikke nødvendigt med multivitamin-mineraltilskud.

D-vitamintilskud

Der anbefales et tilskud med 10 µg D-vitamin dagligt til børn med mørk hud og børn, som bærer en tildækkende påklædning om sommeren (lange ærmer og bukser/kjoler) samt til børn, som ikke kommer udendørs dagligt eller som undgår sollys. Børn, der opholder sig meget indendørs, fx pga et handicap eller fordi de sidder mange timer dagligt ved computer eller fjernsyn, kan også have brug for et tilskud D-vitamin. Det skal understreges, at der er tale om en forebyggende dosis. Ved egentlig D-vitamin-mangel vil der ofte være behov for behandling med større doser. Ved mistanke om D-vitamin-mangel på grund af livsførelse eller symptomer skal barnet henvises til praktiserende læge med henblik på måling af D-vitaminstatus og fastsættelse af behandlingsdosis. Læs om D-vitamin-mangel i kapitel 4.

Kalciumtilskud

Børn, som ikke indtager mejeriprodukter – fx børn med mælkeallergi – anbefales et tilskud på 4-500 mg kalcium dagligt.

Tilskud i øvrigt

Tilskud af vitaminer og mineraler i store doser kan have negative effekter. Et review konkluderer, at der ikke er fundet forebyggende effekter ved indtag af kosttilskud med antioxidanter, men at tilskud med betacaroten og E-vitamin samt høje doser af A-vitamin kan øge dødeligheden blandt voksne (8).

Næringsstofanbefalinger og kostråd

Vi har i Danmark en række forskellige typer anbefalinger, råd, modeller og metoder, som har som mål at forebygge sygdom og/eller fremme sundhed med udgangspunkt i mad og måltider. Fælles for mange råd og initiativer er, at de bygger på systematiske litteraturoversigter og forholder sig til de nordiske næringsstofanbefalinger. På baggrund af næringsstofanbefalingerne udvikles nationale ernæringspolitikker og tiltag. Da mængden af videnskabelig litteratur om sammenhængen mellem fødevarer og sundhed/sygdom er vokset meget gennem de senere år, udvikles kostråd nu på baggrund af sådan litteratur og ikke kun på baggrund af næringsstofanbefalinger (9, 10).

Nordiske næringsstofanbefalinger

Siden 1980 har de nordiske lande samarbejdet om at udvikle officielle næringsstofanbefalinger (NNR). Anbefalingerne er evidensbaserede anbefalinger, der bygger på systematiske oversigter og analyser af den videnskabelige litteratur. De nordiske næringsstofanbefalinger har til formål at dække det primære behov for næringsstoffer og at give forudsætninger for et generelt godt helbred og nedsætte risikoen for kostrelaterede sygdomme. I anbefalingerne fremgår referenceværdier for indtag på befolkningsniveau. Anbefalingerne skal opfattes som overordnede retningslinjer for den ernæringsmæssige sammensætning af en kost, der giver det bedste udgangspunkt for sundhed. De er udarbejdet til brug for fagfolk med henblik på at blive anvendt som basis for planlægning og vurdering af kost til raske befolkningsgrupper, som baggrund for undervisning og oplysning og som udgangspunkt for udvikling af fødevare- og ernæringspolitikker (4, 11).

Anbefalingerne angiver med udgangspunkt i den bedste viden, hvad der kendetegner en varieret kost, som sammen med en sund livsstil kan bidrage til sundhed gennem optimal ernæring, som forebygger hjerte-kar-sygdomme, overvægt, type-2-diabetes, knogleskørhed og relaterede risikofaktorer. Der er således fokus på forebyggelse. Anbefalingerne gælder for grupper af raske mennesker, og der er taget højde for forskellige fysiske aktivitetsniveauer, men anbefalingerne er ikke udviklet til eliteidrætsudøvere. Anbefalingerne kan heller ikke bruges til at vurdere en enkelt persons kost. De nordiske næringsstofanbefalinger tager udgangspunkt i den nuværende ernæringssituation i de nordiske lande. Det betyder, at anbefalinger kan være anderledes i andre kulturer og lande. I de senere versioner af de nordiske næringsstofanbefalinger indgår fødevarer, fysisk aktivitet, måltidsmønster og senest også den samlede kost i relation til at vurdere sammenhæng til sundhed og sygdom.

Anbefalingerne bliver revideret hver 8. år. Den fjerde udgave, der udkom i 2004 (4), inddrager eksempelvis fysisk aktivitet, og 2013 – udgaven[1] (11) har bl.a. fokus på kvalitet af fedt og kulhydrat, protein, D-vitamin og kalcium samt spisemønstre. Der er også et særligt kapitel med en systematisk litteraturgennemgang omhandlende ernæring og børn.

Den evidensbaserede tilgang til behandling og forebyggelse ses også i næringsstofanbefalinger. For næringsstoffer, hvor der er nye data, som vurderes at være særligt vigtige for anbefalingerne, er gennemført systematiske litteraturstudier. For andre næringsstoffer, hvor der enten allerede er gennemført litteraturstudier, hvor der er begrænset ny viden eller det omhandler næringsstoffer, som har min-

[1] Ikke udkommet ved redaktionens slutning.

dre relevans i forhold til folkesundheden, er der gennemført mindre stringente opdateringer af vidensgrundlaget.

De nordiske næringsstofanbefalinger er udarbejdet til fagfolk, og de kan dermed være vanskelige at oversætte til, hvordan man kan spise sundt. Der er derfor senest i 2010 udarbejdet følgende fødevarebaserede kostråd.

Fødevarebaserede kostråd

- Spis frugt og grønt – 6 om dagen
- Spis fisk og fiskepålæg – flere gange om ugen
- Spis kartofler, ris eller pasta og fuldkornsbrød – hver dag
- Spar på sukker – især fra sodavand, slik og kager
- Spar på fedtet – især fra mejeriprodukter og kød
- Spis varieret og bevar normalvægten
- Sluk tørsten i vand
- Vær fysisk aktiv – mindst 30 minutter om dagen.

Kostrådene er igen ved at blive revideret og forventes offentliggjort i slutningen af 2013. Gældende råd og deres faglige baggrund kan findes på Fødevarestyrelsens hjemmesider www.fvst.dk og www.altomkost.dk

Baggrund for kostrådene

Kostrådene bygger på den omfattende litteratur om sammenhængen mellem fødevarer og sundhed/sygdom. Evidensgrundlaget for de danske kostråd er gennemgået af DTU Fødevareinstituttet (10). Af rapporten fremgår det, at hvis den fødevarebaserede forskning dokumenterer en overbevisende og sandsynlig sammenhæng mellem indtag og risiko for sygdom, benyttes denne forskning som grundlag for kostråd. Hvis der kun er begrænset eller ingen forskning anvendes næringsstofbaserede forskning. Endvidere påpeges, at evidensen om sammenhængen mellem kost og livsstilssygdom indgår i en helhedsvurdering, hvori også viden om danskernes kostvaner og madkultur-mønster indgår.

I den medicinske forskning, som fx i Cochrane, bygges primært på randomiserede kontrollerede forsøg (RCT). Men da effekten af kostvaner ikke kan sammenlignes med et enkelt studie af en behandling, idet effekten af kostvaner typisk først viser sig efter mange år. Det er også vanskeligt at have en kontrolgruppe, og

der kan være etiske grunde til ikke at kunne gennemføre randomiserede kontrollerede forsøg. Derfor anvendes som udgangspunkt for udvikling af kostråd en lang række forskellige studiedesign og metoder fx epidemiologiske studier, kliniske interventionsstudier og biologiske studier. Det samme gør sig gældende for flere andre problemstillinger inden for folkesundhedsvidenskaben, ligesom denne tilgang også gjorde sig gældende i arbejdet med befolkningsrettede sundhedsanbefalinger fra World Cancer Research Fund (9).

Ifølge anbefalingerne handler det om i praksis at spise en kost med mange fiberrige vegetabilske fødevarer som fx mørkegrønne bladgrøntsager, kål, løg, bønner, ærter, rodfrugter, frugter og bær, nødder samt fuldkornsprodukter. Derudover indgår der også fisk og skaldyr, vegetabilske olier og fedtfattige mejeriprodukter samt et begrænset indtag af salt. I modsætning hertil fremhæves, at hvis man ofte spiser fødevarer med et lavt indhold af næringsstoffer og kostfibre og et højt indhold af energi som fx sukkersødede læskedrikke, kager, slik samt raffinerede cerealier (fx hvidt brød) og fast fedt (fx smør) øges risikoen for kroniske sygdomme og vægtøgning. Derudover nævnes også, at et højt indtag af pålægsvarer og rødt kød (kød fra firbenede som fx okse, gris og lam) formodentlig øger risikoen for kroniske sygdomme.

Læs mere om de aktuelle anbefalinger på Fødevarestyrelsens hjemmeside www.fvst.dk og på Nordisk Ministerråds hjemmeside www.norden.org.

Når det drejer sig om børn, gælder det særlige forhold, at de både er i vækst og ofte bevæger sig meget. Derfor tager anbefalingerne for næringsstoffer til børn højde for et større behov for energi og næringsstoffer pr. kg legemsvægt end anbefalinger for voksne gør. For eksempel stiger pigers vægt fra omkring 38 kg i 11-års-alderen til omkring 58 kg i 15-års-alderen.

Mængder for fødevaregrupper

Fødevareinstituttet DTU Food har beregnet følgende vejledende mængder for indtag af fødevarer for børn i henholdsvis alderen 8-10 år og 12-14 år (13). Disse mængder kan benyttes som en inspiration til, hvordan kosten kan planlægges.

Fødevaregruppe	Vejledende mængde, g/dag	Bemærkninger
Brød og gryn	8-10 år: 200 12-14 år: 250	Mindst halvdelen bør være fuldkorn som rugbrød og eller havregryn
Fedtstof på brød	8-10 år: 200 12-14 år: 250	Undlad det helt eller brug fortrinsvis blød plantemargarine. Kan erstattes af planteolie
Fedtstof til sovs, dressing ol.	8-10 år: 5 12-14 år: 10	Planteolie
Frugt og grønt	8-10 år: 450 12-14 år: 600	Halvdelen grøntsager. Husk de grove grøntsager
Mælk og mælkeprodukter	8-10 år: ¼-½ l* 12-14 år: ¼-½ l*	Vælg de magre typer som minimælk, skummetmælk og ylette
Ost	8-10 år: 10 12-14 år: 10	Maks. 17 g fedt/100 g
Fisk	8-10 år: 37 12-14 år: 42	Både fede og magre
Kartofler/pasta/ris	8-10 år: 200 12-14 år: 250	Fortrinsvis kartofler
Kød	8-10 år: 100 12-14 år: 100	Maks. 10 g fedt/100 g
Æg	8-10 år: 25 12-14 år: 25	Maks. 3-4 æg ugentligt
Drikkevarer	8-10 år: 700 12-14 år: 700	1 glas juice, resten vand
Sukker	8-10 år: 5 12-14 år: 5	

Kilder: Hoppe et al 2009 (13).* jf. Beck et al 2010 (14)

Nøglehulsmærket og Fuldkornsmærket

Nøglehullet er Fødevareministeriets officielle ernæringsmærke. Nøglehullet er et ernæringsmærke, der gør det nemmere at finde de sundere varer og at bruge kostrådene i hverdagen. Produkter med nøglehulsmærket indeholder:

- Mindre fedt
- Mindre sukker
- Mindre salt
- Flere kostfibre

– end andre produkter i samme varegruppe. Læs mere på www.noglehullet.dk

Fuldkornsmærket er ligeledes Fødevareministeriets officielle ernæringsmærke, som tildeles produkter med et væsentligt indhold af fuldkorn. Man kan ikke altid se på madvaren, om der er meget fuldkorn i. Logoet gør det nemmere at vælge produkt med et højt indhold af fuldkorn.

Sundhedstjenesten kan anvende logoerne i samtaler om mad og måltider med børn på alle alderstrin og med forældre, hvor det er relevant.

Måltider

Når man ønsker at fremme sunde kostvaner og fremme sundhed med udgangspunkt i mad og måltider, er det centralt at have viden om og en forståelse for betydningen af mad og måltider for børnene. Desuden er det vigtigt at kende til de strukturer, der indlejrer maden og kostvanerne.

Der er mange forskellige definitioner på måltider. I definitioner indgår fx tid og tidspunkt, sted, om man spiser sammen med andre eller alene, spiser stående, om hvilken type mad, der spises, og om maden skal mætte. I mange kostundersøgelser herunder også de nationale kostundersøgelser fra DTU Fødevareinstituttet (3,) defineres hovedmåltider, som det deltagerne i undersøgelserne spiser ved morgenmad/brunch, frokost og aftensmad. Mellemmåltider defineres som enhver mad- og drikkevare, som indtages mellem hovedmåltiderne. I megen kvalitativ forskning skelner man mellem forskellige typer måltider afhængig af den sociale og kulturelle kontekst for spisning.

I fødevaresociologisk forskning arbejder man med tre dimensioner ved måltider: 1) måltidsformatet, 2) måltidsmønstre og 3) en dimension, der angår den sociale

organisation af spisning (15). Disse dimensioner kan være nyttige at arbejde med, når man fx ønsker at etablere sunde måltidsordninger for børn og unge i skolen.

Måltidsformat

Den første dimension, måltidsformatet, angår kompositionen af maden i et måltid og typen af spisesituation eller måltid. Man taler om strukturerede og ustrukturerede måltider.

Et struktureret måltid er en social anledning, som er organiseret ifølge regler, tid, sted, og hvad man gør. Ved et struktureret måltid er der eksempel regler for, om der skal være noget varmt, koldt, drikke, sødt, surt osv. Fx et aftensmåltid med varm mad, kolde drikke og noget sødt til sidst. Måltiderne har beskrivende navne og kræver oftest et spiseredskab og et bord.

Ved et mellemmåltid, eller med det engelske ord 'snack' forstås en situation, hvor en eller flere fødevarer bliver serveret. Det ustrukturerede indikerer, at der ikke er regler, som foreskriver, hvilke fødevarer, der skal spises sammen, ingen rækkefølge for, og hvornår hvilke fødevarer spises. Her kan man spise noget varmt og drikke noget varmt, eller koldt, koldt eller sødt og sødt osv. (16, 17), og man kan fx indtage måltidet undervejs.

Når man arbejder med at fremme sunde kostvaner, kan man med fordel tænke på, at det primært er ingredienserne /indholdet, man kan påvirke i de strukturerede måltider, mens man også kan ændre på selve formatet ved de ustrukturerede (18). Eksempelvis kan man sørge for flere grøntsager og fedtfattige fødevarer ved hovedmåltiderne, mens man ved mellemmåltiderne kan indføje helt nye retter og fødevarer. Skolefrugtordninger et godt eksempel på, hvordan det er lykkedes at øge frugtindtaget blandt børn ved mellemmåltider.

Måltidsmønstre

Måltidsmønstre handler om, hvordan måltider er struktureret med hensyn til tid og rum. Måltidsmønstre ændrer sig over tid og afhænger bl.a. af samfundets organisering fx arbejdstider, transport og familiemønster. I et par danske kvalitative studier af skolebørns kostvaner fremgår, at børnene spiser morgenmad, frokost, aftensmad samt 2-4 mellemmåltider, et om formiddagen kl. 10 og to om eftermiddagen samt eventuelt et om aftenen (19). I de nationale kostundersøgelse fra DTU Fødevareinstituttet spørges til en fordeling mellem de tre hovedmåltider, og det der spises uden for disse måltider. I undersøgelsen fra 2005-2008 (3) ses, at børnene spiser ved hovedmåltiderne, dog sker der et skift fra 11-14 årsalderen,

hvor børnene og de unge springer morgenmaden og frokosten over, og i det hele taget får et måltidsmønster med færre hovedmåltider.

Hvor ofte indtages mad eller drikke i de enkelte måltider? (n=antal personer)

	4-6 å (n=135)	7-10 år (n=202)	11-14 år (n=208)	16-19 år (n=137)
	procent			
Morgenmad				
Har spist alle dage	97	88	74	64
Har sprunget en dag over	0	8	15	17
Har sprunget to dage over	2	2	4	7
Frokost				
Har spist alle dage	90	77	59	43
Har sprunget en dag over	9	16	22	23
Har sprunget to dage over	1	6	11	17
Aftensmad				
Har spist alle dage	87	88	17	72
Har sprunget en dag over	13	11	2	18
Har sprunget to dage over	0	–		5

– mindre end 0,5%

Kilde: Christensen et al. 2012 (3)

Ser man på måltidernes energiindhold, og hvordan de bidrager til kosten, ses fx at mellemmåltiderne bidrager med næsten lige så meget energi som aftensmaden og som frokosten.

Gennemsnitlige energiindtag og måltidernes energibidrag (n=antal personer)

	4-6 å (n=135)	7-10 år (n=202)	11-14 år (n=208)	16-19 år (n=137)
Energi (MJ)	7,3	8,5	8,5	8,8
Andel af det samlede indtag		procent		
Morgenmad	20	19	18	19
Frokost	27	24	23	23
Aftensmad	29	32	35	34
Mellemmåltid formiddag	2	3	2	3
Mellemmåltid eftermiddag	17	15	14	11
Mellemmåltid aften	5	7	8	10

Kilde: Christensen et al. 2012 (3)

Der er ikke officielle anbefalinger for måltidsfordeling, men i de nordiske næringsstofanbefalinger (NNR) fra 2004 (4) foreslås, at det daglige energiindtag fordeles over følgende måltider:

Morgen:	20-25 %
Frokost:	25-35 %
Aftensmad:	25-35 %

1-3 mellemmåltider: 5-30 % (i alt)

Man kan således se, at morgenmåltidet og frokosten i mindre grad lever op til disse forslag, mens børnene får meget energi fra mad mellem måltiderne. I andre lande ses en tilsvarende fordeling med en meget høj andel af energien fra mellemmåltider.

Den sociale dimension

Den tredje dimension, den sociale organisation af spisningen, omhandler hvem man spiser med, hvem der har stået for måltidet, og hvad måltidets rolle er i hverdagslivet. I forskning om børn og måltider ses en række forskellige sociale temaer, fx at måltider er et vigtigt sted for opdragelse og for at etablere familien, regler for måltider viser forskelle for drenge og pigers rolle, idet drenge er modtagere og piger skal hjælpe til. Det er omkring måltiderne, nogle børn får mulighed for at vise omsorg for familien, og maden er med til at bekræfte børnenes sociale relationer og tilhørsforhold.

I et kvalitativt studie af børn med henholdsvis sundere og mindre sunde kostvaner så forskelle især omkring mellemmåltider (19). Alle børnene spiste slik, kage og chips og drak sodavand. Men børnene med sundere kostvaner kunne beskrive mellemmåltider, der bestod af slik, kager og sodavand, som strukturerede, forstået som at de krævede et socialt fællesskab og en særlig anledning. Børnene med mindre sunde kostvaner spiste slik og drak sodavand alene, uden særlige anledninger og uden for måltiderne. Denne kobling mellem særlige (usunde) fødevarer og særlige sociale situationer synes at skabe robuste kostvaner, hvor børnene spiste mindre af det usunde. Endvidere viste studiet, at det var børnenes forældre, der kontrollerede og tilvejebragte både sunde og usunde levnedsmidler, og at børnene udtrykte opbakning til familiens regler. Et andet studie af børns mad i idrætsklubber viste, at det at spise pomfritter efter træning var en social anledning, hvor man delte en tallerken (20).

Faktorer, der påvirker etablering af sunde kostvaner

Kostvanerne i barndommen overføres i nogen grad udstrækning til voksenalderen (24). Børn og unges vilkår og muligheder for at etablere sunde mad- og måltidsvaner har ændret sig meget gennem de seneste generationer. Tidligere var man nødt til at spise, hvad der var på bordet. I dag har børn og unge langt flere valgmuligheder. De skal fra tidlig barndom selv være med til at etablere deres egen madkultur under påvirkning af eksisterende børne- og ungdomskulturer, moderne livsstil, tilgængelighed af fødevarer og rammer for at spise, reklamer og andre påvirkninger fra forskellige medier. Globalisering af varer og livsstil stiller krav om viden, kritisk sans og evne til at kunne vælge til og fra.

Kostvaner er påvirket af flere faktorer, som ofte opdeles i miljøfaktorer og individuelle faktorer.

Miljøfaktorerne, som også betegnes som strukturelle faktorer, og som kan opdeles i det fysiske miljø og det sociale miljø og som fx omfatter

- Produktion og distribution af levnedsmidler
- Organisering af hverdagen fx længden af frokostpause, skoledagens længde, skolefrugtordninger, måltidsordninger samt andre rammer og vilkår for at have sunde mad- og måltidsvaner
- Madkulturen i samfundet, herunder hvordan denne søges påvirket af lovgivning og politikker fx reklamer og markedsføring og mere lokale politikker om mad og måltider i kommuner og på enkelte institutioner.

De individuelle faktorer omfatter:
- Viden om sunde kostvaner, hvad der er sundt, og hvordan man selv kan etablere sundere kostvaner
- Holdninger til sundhed og mad og måltider
- Psykologiske faktorer.

Rammer og vilkår for at leve sundt har i stigende grad været i fokus siden 1990-erne. Ved at arbejde målrettet med at etablere rammer og strukturer for at fremme sundhed, har man også i højere grad blik for at reducere den sociale ulighed i sundhed og fremme sunde kostvaner hos befolkningsgrupper, der har størst behov, fx familier med kortest uddannelse. Se også forebyggelsespakken om mad og måltider s. xx og på www.sst.dk

En litteraturgennemgang af, hvordan man kan fremme sund livsstil i relation til kost og fysisk aktivitet blandt bl.a. unge (25), fastslår at børn og unges kostvaner påvirkes af mange faktorer, herunder ikke mindst familie, skole og kammerater.

Fra at være meget påvirket at familiens vaner og holdninger, søger de unge i teenagealderen at løsrive sig fra forældrene, hvorfor kammerater, personlige værdier og andre sociale påvirkninger får større betydning. De danske teenagere er den befolkningsgruppe, der spiser mindst sundt i forhold til anbefalingerne. Samtidig fremhæver unge 13-15 årige i et kvalitativt studie, at forebyggelse af sygdomme ikke er relevant og interessant for dem. Hvis de unge har faktuel viden omhandler den i højere grad påvirkningsmuligheder i forhold til forskellige sygdomme og i mindre grad årsager til sygdom. Studiet påpeger, at de unge sammensætter deres viden om sundhed kreativt og handler ud fra deres egne erfaringer, og hvordan andre i deres sociale miljø agerer (26).

I litteraturgennemgangen om at fremme sund livsstil (25) konkluderes, at tiltag med multikomponente strategier, hvor flere typer tiltag fx både strukturelle og individuelle tiltag, havde den bedste effekt. Rapporten anbefaler, at der i kommende tiltag anvendes kombinationer af:

- Information og oplysning – formidlet i et sprog rettet mod de unge, som tager højde for de unges viden og er tilpasset deres begrebsverden og sociale tilhørsforhold.
- Praktisk læring med fokus på hands-on og andre aktive involverende undervisningsmetoder
- Inddragelse peer-leaders og rollemodeller
- At tage udgangspunkt i sociale netværk og forankre initiativer i de unges hverdagsliv
- Formidling af positive budskaber om sund mad og bevægelse frem for negative
- At tage afsæt i de unges positive handleerfaringer
- Tilgængelighed af fx frugt og grønt og anden sund mad i de unges miljø
- At lade tiltaget vare i lang tid
- At bygge tiltag på et velfunderet teoretisk grundlag
- At inddrage flere strategier og dermed påvirke flere forhold omkring de unge
- For unge under 15 år er det vigtigt at inddrage forældre.

Sundhedstjenesten kan kombinere disse forskellige typer af tiltag ved planlægning af sundhedspædagogiske indsatser vedrørende mad og måltider i skolen i samarbejde med skolens lærere jf. forebyggelsespakken og Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (27).

I flere af skolens fag – og specielt i faget hjemkundskab – får eleverne viden om og udvikler færdigheder og kompetencer, så de kan håndtere en husholdning og tilberede sund mad. Jf. Undervisningsministeriets Faghæfte 11 (28), er formålet med undervisningen i hjemkundskab, at *"eleverne gennem alsidige læringsforløb tilegner sig kundskaber og færdigheder, der gør dem i stand til at handle og agere i deres eget liv. Eleverne skal opnå praktiske færdigheder, æstetiske erfaringer og forståelse af egen og andre madkultur, af madens, husholdningens og forbrugets samspil med samfundsfaktorer samt af områdets betydning for ressource- og miljøproblemer og for sundhed for den enkelte og andre"*. Sundhedstjenesten kan med fordel samarbejde med skolens lærere om dette emne.

Forebyggelsespakke om mad & måltider – relevante uddrag

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om mad og måltider (29) har til formål at understøtte og kvalificere kommunernes arbejde med at gennemføre relevante indsatser for at fremme sund mad og gode måltidsvaner for alle borgere. Sunde mad- og måltidsvaner har – i samspil med bl.a. fysisk aktivitet stor betydning for at fremme og bevare et godt helbred og spiller desuden en central rolle i forhold til tandsundheden. Forebyggelsespakken fokuserer både på mad og måltider og pakken er, som de øvrige pakker, opdelt på grundniveau og udviklingsniveau.

Anbefalinger på kommunalt forvaltningsniveau

Grundniveau: Fokus på mad og måltider i kommunal sundhedspolitik

Kommunen udarbejder, vedtager og følger løbende op på mad- og måltidspolitik som en del af kommunens sundhedspolitik. Det omfatter bl.a. implementering af mad- og måltidspolitikken i kommunale institutioner, mål for den ernæringsmæssige sammensætning af maden i de kommunale madtilbud og borgerinddragelse i lokale mad- og måltidsinitiativer fx på kommunens skoler.

Grundniveau: Handleplan for mad og måltider i skolen

Med udgangspunkt i kommunens mad og måltidspolitik udarbejdes lokale handleplaner, der kan have følgende fokusområder: Sundt udbud af mad, sunde madpakker, mellemmåltider og drikkevarer, herunder tilgængelighed af koldt vandt og begrænset

tilgængelighed af sodavand og andre sukkerholdige drikkevarer; fremme af elevernes viden om og glæde ved madlavning, inddragelse af eleverne i at udvikle skolens mad-, måltidsvaner og spisemiljø samt inddragelse af forældrebestyrelsen.

Udviklingsniveau: Etablering og kvalificering af skolemadsordninger og etablering af skolefrugt/grøntordninger
Etablering af frivillige skolemadsordninger, hvor er det bl.a. væsentligt, at madordningen forankres på skolen, så forældre, elever, lærere og ledelse føler ejerskab og gør brug af ordningen, og at madordningen tager højde for kulturelle og sociale forhold i elevernes kultur og spisemønster.

Skolerne kan etablere skolefrugt/grøntordninger, hvor det er af stor betydning, at elever og forældrebestyrelser inddrages aktivt i planlægning og drift af ordningen.

Anbefalinger til den kommunale sundhedstjeneste
Grundniveau: Sundhedspædagogiske samtaler med elever i skolen og undervisning om mad og måltider i skolen
Ved ind- og udskolingsundersøgelser og ved de øvrige regelmæssige undersøgelser gennem skoleforløbet drøftes madvaner, hvor det er relevant.
Sundhedsundervisning om livsstil, sund mad, maddannelse, måltider, fysisk aktivitet og socialt samvær gennemføres (i aftalt samarbejde med skolens lærere). Eleverne kan inddrages som beslutningstagere i udvikling af skolens mad- og måltidsvaner.

Maddannelse

I de senere år har begrebet maddannnelse vundet indpas i debatten om mad og måltider. Begrebet omhandler de alsidige læreprocesser, som indgår, når vi skal forstå maden i forhold til vores egne behov og i relation til samvær og omsorg for andre. Begrebet maddannelse diskuteres i relation til et bredere dannelsesbegreb (30). Her fremhæves, at der i dannelse må være en frigørelsessocialisering, der er baseret på selvbestemmelse, medbestemmelse og solidaritet. Maddannelse handler også om at kunne handle; at eleverne har praktisk klogskab og færdigheder til at kunne forholde sig til mad og måltider. Undervisning i skolen kan inddrage teori samt praktiske og sansemæssige elementer (31).

Skolemadsprojekter

På nogle skoler indgår skolesundhedstjenesten i projekter om skolemadsordninger fx ved deltagelse i sundhedsråd og lignende, og der er i dag mange velfungerende måltidsordninger på skoler i mange kommuner. Fødevarestyrelsen har gennem de seneste år udgivet en række materialer for at støtte arbejdet med at fremme sunde kostvaner og gode måltidsordninger i skoler. Eksempelvis er der udgivet ernæringsanbefalinger til skolemad, vejledninger, opskrifter og inspirationsmateriale. Det nyeste materiale kan findes på Fødevarestyrelsens hjemmeside www.altomkost.dk Sundhedsplejerskerne kan indgå i dette arbejde på forskellig vis afhængig af den enkeltes kommunes og skoles ønsker og prioriteringer og i henhold til forebyggelsespakkens udviklingsniveau om etablering og kvalificering af skolemadsordninger.

Måltidsordningerne bygger på forskellige målsætninger og er organiseret forskelligt. Sundhedsstyrelsen har tidligere gennemført en undersøgelse af måltidsordninger i skoler (32). Undersøgelsen illustrerede fundamentale forskelle med hensyn til målsætninger og organisering, som det fortsat kan være relevant at forhold sig til. Denne mangfoldighed vises ved hjælp af tre såkaldte prototyper:

- Det liberale serviceprojekt
- Det sociale velfærdsprojekt
- Det pædagogiske dannelsesprojekt.

De tre prototyper viser forskellige værdigrundlag, forudsætninger og forestillinger, som medfører en række valg for den enkelte skole og institution.

Det liberale serviceprojekt

Det liberale serviceprojekt har til formål at give skolens elever et tilbud om mad, der også prismæssigt kan konkurrere med de tilbud, der findes uden for skolens område. Projektet drives af skolen som en serviceordning og forretning, der skal løbe rundt eller give overskud. Elevernes rolle består primært i at være brugere, selv om mange af disse ordninger fungerer, ved at nogle elever deltager som arbejdskraft.

Det sociale velfærdsprojekt

Det sociale velfærdsprojekt har til formål at bespise eleverne med sunde og ernæringsrigtige måltider på skolen. Det indgår ikke i formået at drive en konkurrencedygtig forretning. Projektet er et dagligt tilbud, så forældre kan kalkulere med det som et reelt alternativ til madpakker, og det er så billigt, at alle principielt har råd til at benytte det. Det sociale velfærdsprojekt har som grundlæggende formål at begrænse den sociale ulighed i sundhed. Elevernes rolle består udelukkende i at være brugere.

Det pædagogiske dannelsesprojekt

Det pædagogiske dannelsesprojekt har til formål at udvikle elevernes dannelse og handlekompetence ved at arbejde med mad og måltider. Eleverne har en meget aktiv rolle, hvor deltagelse i projektet er selve målet med projektet. Eleverne deltager i planlægning, indkøb, produktion, salg og markedsføring. Gennem deltagelse i projektet opnår eleverne en række konkrete færdigheder som forståelse for ernæring og madlavning og generelle færdigheder som samarbejde, ansvarlighed, organisation og tolerance. I de pædagogisk orienterede projektet forsøger man at gøre mad og måltider til en integreret del af skolens primære målsætning og at bidrage til elevernes læring og dannelse.
De tre prototyper illustrerer værdien af, at man lokalt reflekterer over formål og mål og efterfølgende i et samarbejde mellem skole, forældre osv. i fællesskab præciserer værdier og målsætninger, inden ny måltidsordninger etableres. En sådan afklaring kan sammen med ernærings- og sundhedsfaglig viden og anbefalinger samt skolens pædagogiske profil danne baggrund for udvikling af lokale politikker for maden og måltiderne på skolen og sundhedsplejerskerne kan med fordel indgå i denne afklaringsproces (19, 33).

Eksempler på skolemadsprojekter

Mange kommuner har i de senere år prioriteret skolemad og måltider højt. Nogle kommuner har en årelang tradition for det, mens det for andre er en ny opgave. Eksempelvis har Gladsaxe Kommune nu et tilbud om mad og måltider for alle børn. I en politik for mad, måltider og bevægelse fremhæves, at målet er flere fysisk aktive børn og unge, flere spiser sundere og færre bliver overvægtige. Indsatsen er forankret i kommunens skoler og institutioner, og der lægges op til et bredt samarbejde mellem børn, unge, forældre og skoler.

I Region Syddanmark har man prioriteret arbejdet ved at sætte fokus på lokale politikker og lokal indsats. Indsatsen er i dag forankret i UC Lillebælt, hvor der er etableret en særlig enhed, som arbejder med mad- og måltidspædagogik som et dannelsesprojekt.

I Odense Kommune har man re-etableret skolehaver, nu i samarbejde med Aarstiderne. I en rapport fra Aarhus Universitet, DPU fremgår, at skolehaver og konceptet Haver til Maver kan bidrage til børns sundhed (34). Der er eksempelvis rimelig viden om, at kontakt til naturen er af positiv betydning for børns udvikling, og skolehaver og fælles madlavning af egne dyrkede grøntsager kan være med til at fremme børns smag og viden om grøntsager, og derigennem udvikle deres maddannelse, så de i højere grad tænker over deres valg af fødevarer. Det fremhæves også, at sådanne initiativer kan styrke børns selvværd og trivsel.

Københavns Kommune har arbejdet med at øge kvaliteten af skolemaden og skoleelevernes maddannelse. Med Københavns Madhus har kommunen bl.a. arbejdet med skolemadskonceptet Eat, madskoler og skolehaver (35). Skoleelever i København kan købe mad, som tilberedes centralt. Målene for skolemadskonceptet Eat er, at maden smager godt; anrettes appetitligt; er sund og lavet af sæsonens friske råvarer; dyrker madglæden og rammerne for måltiderne; tilpasser sig den kulturelle mangfoldighed på skolerne; samt lever op til de officielle anbefalinger for sund skolemad. På nogle skoler, madskolerne, produceres der mad i eget produktionskøkken, og mad, maddannelse og sundhed er en central og integreret del af skolens hverdag.

LITTERATUR

1. Pedersen AN, Fagt S, Groth MV, Christensen T, Biltoft-Jensen A, Matthiessen J, Andersen NL, Kørup K, Hartkopp H, Ygil KH, Hinsch H-J, Saxholt E, Trolle E. Danskernes kostvaner 2003-2008. Hovedresultater. Fødevareinstituttet, DTU Food. 2010.
2. Fagt S, Biltoft-Jensen A, Matthiassen J, Groth MV, Christensen T, Trolle E. Danskernes kostvaner 1995-2006. Status og udvikling med fokus på frugt og grønt samt sukker. DTU Fødevareinstituttet, 2008
3. Christensen LM, Kørup K, Trolle E, Matthiessen J, Fagt S. Børn og unges måltidsvaner 2005-2008. DTU Fødevareinstituttet. 2012.
4. Alexander J, Anderssen S, Aro A, Becker W, Fogelholm M et al. Nordic Nutrition Recommendations. 2004. Integrating nutrition and physical activity. Nordic Council of Ministers. Copenhagen. 2004.
5. Craig WJ et Mangels AR. Position of the American Dietetic Association: Vegetarian diets. J Am Diet Assoc 2009; 109: 1266-1282.
6. Amit M; Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee. Vegetarian diets in children and adolescents. Paediatr Child Health 2010; 15(5): 303-314.
7. Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevarestyrelsen 2009.
8. Bjelakovic G, Nikolova D, Gluud LL, Simonetti RG, Gluud C. Antioxidant supplements for prevention of mortality in healthy participants and patients with various diseases. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD007176. DOI: 10.1002/14651858.CD007176.pub2.
9. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007.
10. Tetens I et al. Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet. DTU Fødevareinstituttet 2013.
11. New Nordic Nutrition Recommendations 2013. www.NNR5.org
12. Fødevarestyrelsen, De 8 kostråd. 2010. http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/De_8_kostraad/forside.htm
13. Hoppe C, Biltoft-Jensen A, Trolle E, Tetens I. Beskrivelse af 8- til 10-årige og 12- til 14-årige børns kost – med fokus på indtag i skole og fritidsordning. En OPUS Rapport. DTU Fødevareinstituttet, 2009.
14. Beck AM, Hoppe C, Ygil KH, Andersen NL, Pedersen AN. Vidensgrundlaget for rådgivning om indtag af mælk, mælkeprodukter og ost i Danmark, 2010. DTU Fødevareinstituttet, 2010.
15. Mäkelä J. Cultural definitions of the Meal. Dimensions of The Meal – The Science, Culture, Business and Art of Eating. Meiselman HL (ed). Gaithehlsburg: Aspen Publichiers 2000:7-18.
16. Douglas M, Nicod M. Taking the biscuit: the structure of British meals. New Society 1974; 744-7.
17. Douglas M. Deciphering a Meal. Implicit meanings. Essays in antropology. London: Routledge & Kegan 1975:249-75.
18. Husby I. Børns mad, mellemmåltider og hovedmåltider – i et folkesundhedsperspektiv. Ph.d.-afhandling. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet. 2008.

19. Husby I, Heitmann BL, Jensen KO'D. Meals and Snacks from the Child's Perspective: The Contribution of Qualitative Methods to the Development of Dietary Interventions. Public Health Nutrition. 2009;12:739-47.

20. Sylow M. Slik og pomfritter i tredje halvleg. En sociokulturel analyse af unge, mad og sportshaller. Nord Nytt Ungdomskultur 2005;92/93:151-67.

24. Lien N, Lytle, Klepp KI. Stability in consumption of fruit, vegetables, and sugary foods in a cohort from age 14 to 21. Prev. Med. 2001:33:217-26.

25. Fødevareministeriet. Sund livsstil – hvad skaber forandring? Udredningsopgave gennemført af Christensen CB, Husby I, Wistoft K, Meillier L, Aadahl M, Jørgensen T, Toft U. Forskningscenter for forebyggelse og sundhed. Region Hovedstaden. 2009.

26. Wistoft K, Grabowski D, Højlund H. Unge hjerter. Afdækning af unges viden og kompetencer inden for området sundhed og hjertekarsygdomme. Hjerteforeningen. 2008.

27. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Sundhedsstyrelsen. 2011

28. Ministeriet for børn og undervisning. Fælles mål 2009 – Hjemkundskab. Faghæfte 11. 2009.

29. Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen. Forebyggelsespakke om mad og måltider. Sundhedsstyrelsen. 2012.

30. Benn J. Praktisk klogskab – hverdagslivsområdet som dannelsesfelt. I: Kragelund M og Otto L (red) Materialitet og dannelse. DPUs forlag. København. 2005:91-112.

31. Brønnum Carlsen H. Mad og æstetik. Hans Reitzels Forlag. 2011.

32. Husby I, Jakobsen TB. Mad og måltider i skolen – bespisning eller pædagogik? Dansk Pædagogisk Tidsskrift 2002;1:3-11.

33. Husby I, Kromann Nielsen M. Lokale sundhedsfremmende politikker – refleksioner over mål og metoder. I: Kromann Nielsen M & Bjørnsbo KS. Bogen om Børn, Mad og Bevægelse – erfaringer med sundhedsfremme i skole og institution. CVU Lillebælt og Region Syddanmark. 2007.

34. Wistoft K, Otte CR, Stovgaard M, Breiting S. Haver til maver. Et studie af engagement, skolehaver og naturformidling. Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU). Århus Universitet. 2011.

35. Høyrup JF, Kromann Nielsen M. På vej mod en ny skolemad: en antropologisk undersøgelse af muligheder og udfordringer for EAT-skoler og madskoler i København. Københavns Madhus. 2009.

HJEMMESIDER

www.altomkost.dk

www.noeglehullet.dk

www.sst.dk

www.food.dtu.dk

www.norden.org

www.nnr5.org

www.kbhmadhus.dk

Fysisk aktivitet, idræt og træning

Karsten Froberg og Lars Bo Andersen

Fysisk aktivitet er vigtig for børns udvikling og sundhed. Leg og idræt kan udvikle børn og unges motorik, selvopfattelse, kognitive funktioner og sociale kompetencer. Fysisk aktivitet fremmer vigtige funktioner i kroppen og er med til at forebygge overvægt, fedme og hermed forbundne sygdomme. Træning af børn og unges kondition og fysiske styrke skal omfatte alle muskelgrupper og kombineres med balancetræning. Belastningsrelaterede skader og idrætsskader kan undgås med den nødvendige viden og adfærd.

Den kommunale sundhedstjeneste kan i et samarbejde mellem forældre, lærere og andre med tæt kontakt med børnene bidrage til at øge niveauet af fysisk aktivitet blandt alle børn. Fokus for indsatsen på området bør imidlertid lægges hos de fysisk inaktive børn med henblik på at styrke deres sundhed og trivsel.

Fysisk aktivitets betydning for børn

Fysisk aktivitet er meget vigtig for børns udvikling og sundhed. Under bevægelseslege udvikler børn deres motorik, selvopfattelse, kognition og sociale færdigheder. At sparke til en bold er forbundet med et kompliceret neuromuskulært samarbejde, hvor hjernen sender nerveimpulser til muskulaturen, som udfører en særdeles præcis bevægelse, hvor mange små muskelafsnit i hele kroppen bliver sat i arbejde med den rigtige spænding og timing. Hele denne neuromuskulære mekanisme forfines og automatiseres gradvist, efterhånden som den bliver brugt.

Stofskiftet er en anden funktion, som påvirkes af bevægelse og fysisk aktivitet. Omsætning af næringsstoffer er hele fundamentet for opbygning af nye celler, oplagring af overskydende næringsstoffer og frigørelse af energi. Motion forbedrer virkningen af hormoner og forøger mængden af enzymer og gør dermed stofskiftet mere effektivt.

Ved videnskabelige undersøgelser har man vist sammenhænge mellem børns fysiske aktivitet og deres evne til at koncentrere sig og lære nye ting. Det er svært at afgøre, om det er den fysiske aktivitet alene, der er årsag til en forbedret koncentrationsevne. Koncentrationsevne og indlæringsevne er ikke kun relateret til mentale forhold, men også til biologiske. Hjernens vækst og funktion er påvirket af proteiner, herunder det vigtige protein BDNF (brain derived neurotrophic factor), der virker på neuroner i centralnervesystemet og det perifere nervesystem, hvilket hjælper til at støtte overlevelsen af eksisterende neuroner, men som også fremmer væksten og differentieringen af nye neuroner og synapser. Det er også tæt relateret til stofskiftet. BDNF udskilles under fysisk træning, og niveauet er højere hos veltrænede end hos utrænede. Der er derfor sammenhæng mellem væksten i dele af hjernen, og hvor meget man bevæger sig. BDNF findes i lavere koncentration hos personer, hvor stofskiftet er forringet (insulinresistens), som det blandt andet kan være hos overvægtige.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er al form for bevægelse udført ved muskelaktivitet og beskrives som regel med en opdeling i arten af aktiviteten, varigheden, intensiteten og hyppigheden. Fysisk aktivitet bliver på den måde i overvejende grad beskrevet med tal, selv om følelser og stemninger også er vigtige aspekter i næsten al form for bevægelse og leg. Ved en beskrivelse af de biologiske virkninger af fysisk aktivitet er opdelingen meget anvendelig, men så snart den

fysiske aktivitet skal relateres til psykiske og sociale forhold, er det i overvejende grad mere "bløde" værdier, der er centrale.

Registrering af fysisk aktivitet

I vurderingen af børns fysiske aktivitet er det et problem, at målemetoderne ikke er særlig præcise. Hidtil har man primært indsamlet viden ved hjælp af spørgeskemaer, som kan give kvalitative informationer, men som er mindre egnede til at beskrive kvantiteten og intensiteten af den fysiske aktivitet. Beskrivelserne er derfor utilstrækkelige til analyser af ændringer i børns fysiske adfærd over tid. Inden for de seneste år er der kommet nye målemetoder med anvendelse af *accelerometre*, som objektivt kan beskrive aktivitetsniveauet. De små accelerometre bæres om livet og registrerer, hvordan kroppen bevæges. Det giver mulighed for at beskrive den totale aktivitet og dermed den totale energiomsætning. Målemetoderne bliver stadig forbedrede med kombination af fx puls og accelerometermålinger. Selv om accelerometre er gode til at beskrive mængden og tidspunktet af fysisk aktivitet, så har metoden mangler, fordi man sædvanligvis kun måler over en uge, og aktiviteter varierer en hel del fra uge til uge afhængig af årstid og vejr. Accelerometrene har også mangler i indsamling af nogle typer aktivitet som fx. cykling og svømning. Nye undersøgelser fra Norge og Danmark, hvor man har benyttet accelerometre, tyder på, at blandt andet faldet i aktivitetsniveau, som man vurderer, er sket frem til år 2000, formentlig ikke er fortsat de seneste 10 år. I Norge er der direkte sket en stigning i aktivitetsniveauet (1), og i Danmark er niveauet det samme, men der er samtidigt sket en polarisering, (2).

Fysisk form

Resultatet af adfærden fysisk aktivitet beskrives ofte som *den fysiske form*. Den fysiske form kan defineres som evnen til at præstere muskelarbejde i form af muskelstyrke, kondition, muskeludholdenhed eller koordination i bestemte test, som måler præstationsevnen. De anvendte test til bestemmelse af fysik form (Eurofit test og lignende) kan imidlertid ikke skelne mellem, om præstationsevnerne er indlærte eller medfødte.

Børn kan have en god fysisk form (kondition) eller være gode til at koordinere bevægelser alene på grund af genetisk arv. Menneskers medfødte evner har ikke forandret sig i de sidste mange tusinde år. Hvis præstationsevnen i en befolkning har forandret sig, skyldes det med stor sandsynlighed ændrede bevægelsesvaner.

Ændringer i den fysiske præstationsevne over tid kan fx undersøges ved at måle konditionen og sammenligne resultaterne. Når man ofte anvender *konditionstallet* som mål for fysisk form, skyldes det gode standardiserede test til måling af konditionen. Men det skyldes også, at konditionstallet relaterer sig bedre til den generelle sundhed end andre præstationsrelaterede mål som muskelstyrke og muskeludholdenhed. Nye undersøgelser viser dog, at muskelstyrke også kan forebygge stofskifterelaterede sygdomme (overvægt, hjertesygdom, sukkersyge, forhøjet blodtryk) (3). Læs mere om kondition på side 433.

Måling af fysisk form over tid

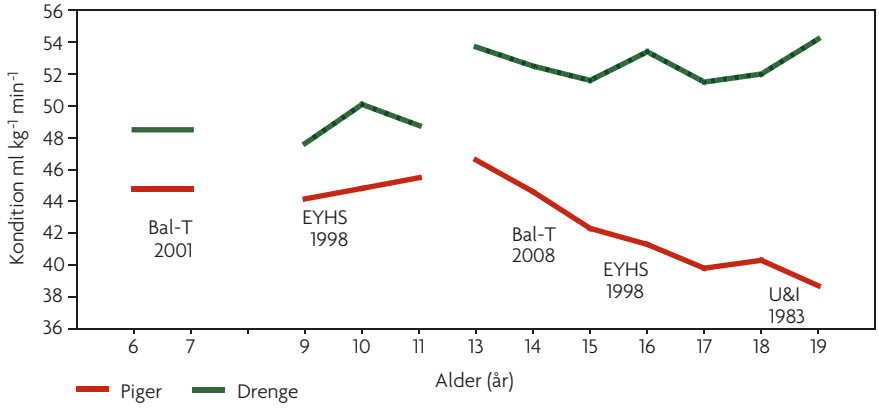
Gennem de sidste 15-20 år er der sket en polarisering med større forskel mellem børnene med den bedste og den dårligste kondition i aldersgrupperne 9-10-årige (4) og 15-16-årige børn (5).

Hos 9-10-årige drenge er konditionstallet faldet med 15 % blandt de 20 %, der har den dårligste kondition, mens det er på samme niveau for drengene med den bedste kondition. Hos 9-10-årige piger er der ikke sket nogen forandring i den gennemsnitlige kondition, men de dårligste har fået dårligere kondition, og de bedste har fået lidt bedre kondition.

Hos 15-16-årige er der ikke konstateret forandringer i de gennemsnitlige konditionstal hos drengene siden 1938. Derimod har de 15-16-årige piger fået en gennemsnitlig bedre kondition, i kraft af at pigerne med de højeste konditionstal er blevet endnu bedre, og pigerne med de laveste konditionstal har samme niveau som tidligere. Ændringerne hos 15-16 årige piger er meget små.
Der findes ikke undersøgelser, der kan give et entydigt svar på, hvorfor de to aldersgrupper har udviklet sig på forskellig måde med hensyn til deres kondition, selv om de er vokset op i det samme samfund.

Man kan ikke præcist angive, hvilket konditionstal børn bør have af sundhedsmæssige grunde. Men det er dog sådan, at risikoen for at få forstyrrelser i stofskiftet og dermed øget risiko for hjerte-kar-sygdomme forøges væsentligt, hvis konditionstallet hos drenge kommer under 42 ml/kg/min og hos piger under 35 ml/kg/min (6). Omkring 25 % af drengene og endnu flere piger har kondition under denne grænse.

Figur 1. Konditionstal i forhold til alder



Data er taget fra Ballerup-Tårnby-projektet (Bal-T), (hvor 6-7-årige samt 13-14-åriges konditionstal blev testet med direkte måling af den maksimale iltoptagelse på løbebånd i 2001 og 2008), European Youth Heart Study (EYHS), (som omfatter 9-10-årige og 15-16-årige, der blev testet indirekte med watt-max-test i 1997-8) samt Ungdom & Idræt (U&I) (der blev lavet i 1983, og som omfatter 17-19-årige, og hvor direkte måling af den maksimale iltoptagelse blev lavet på cykel). Nogle af variationerne skyldes forskelle i testmetoder. Løbebåndstest giver 6-8 % højere værdier end cykel. Der er en reel tendens, som viser, at konditionen stiger hos både drenge og piger indtil puberteten, hvorefter den falder hos piger, men stiger yderligere hos drenge. Der er ikke sket et fald i middelværdier over de 20 år hos piger, men muligvis et mindre fald hos drenge. Figuren er fra side 68 i "Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling" (7), hvori referencerne til figuren også findes.

Anbefalet aktivitetsniveau

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn skal være fysisk aktive minimum 60 minutter om dagen ud over almindelige daglige aktiviteter. Aktiviteten skal være med moderat til høj intensitet og ligge ud over almindelige kortvarige dagligdags aktiviteter Almindelige kortvarige dagligdags aktiviteter defineres i denne sammenhæng som de aktiviteter, man hyppigt udfører i dagligdagen af kort varighed (under 10 minutter), uanset deres intensitet. Hvis de 60 minutter deles op, skal hver aktivitet vare mindst 10 minutter.

Mindst tre gange om ugen skal der indgå fysisk aktivitet med høj intensitet af mindst 30 minutters varighed for at vedligeholde eller øge konditionen og muskelstyrken. Der skal indgå aktiviteter, som øger knoglestyrken og bevægeligheden.

Fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele.

Anbefalingerne er baseret på opfattelsen af, at et barns energiforbrug med den anbefalede fysiske aktivitet er tilstrækkelig stort til at nedsætte risikoen for udvikling af fedme, for højt blodtryk, for højt kolesteroltal og andre forhold, der har betydning for senere udvikling af hjerte-kar-sygdomme og type 2-diabetes. Ligeledes skal bevægelighed og knoglevækst stimuleres.

Børns motoriske udvikling, selvopfattelse og socialisering kan ikke formuleres i målelige vendinger. Børns lege stimulerer i vid udstrækning deres motoriske udvikling, samtidig med at de lærer at fungere socialt. Hvis voksne vil stimulere børn til at blive fysisk aktive, behøver de ikke at konstruere lege for dem. Børn behøver kun gode muligheder for leg og fysisk udfoldelse, før de af sig selv begynder at lege med hinanden både inde og ude. Dog kan ældre børn være gode til at hjælpe mindre børn i gang, hvilket har vist sig ved oprettelse af såkaldte legepatruljer i mange skoler.

Stort set alle børn opholder sig på hverdage i daginstitutioner, skole og fritidsinstitutioner, hvor de har behov for plads til alle former for lege og fysiske aktiviteter. I mange kommuner er der fokus på dels en forbedring af legepladser og andre udendørsområder, dels etablering af sikre cykel- og gangstier. Nyere forskning har vist, at børn, der går og/eller cykler til skole, er mere aktive end børn, der bliver transporteret til skole med bil eller bus (8). Ligeledes har de børn, der cykler til skole, bedre kondition og lavere niveau i risikofaktorer for hjertesygdom (9).

Danske skolebørns aktivitetsniveau

Mange danske børn er tilstrækkeligt fysisk aktive, men der er en gruppe på 25-30 %, der ikke opfylder anbefalingerne om fysisk aktivitet. Drenge er gennemgående 25 % mere aktive end piger, og det er sandsynligvis også årsagen til, at pigers kondition allerede fra 5-6-års-alderen er omkring 10 % lavere end drenges. Med alderen bliver forskellen mellem drenges og pigers kondition større. Det skyldes dels hormonelle forhold og dels et generelt lavere fysisk aktivitetsniveau hos piger. Drengene danner hen over puberteten mere muskelmasse og hæmoglobin, hvorimod pigerne får større kropsfedt.

Forbedring af det fysiske aktivitetsniveau i skolen

De frivillige idrætsforeninger udfører et stort arbejde, men de kan ikke få alle børn med ind i foreningerne. De fysisk inaktive børn kan bedst nås i skolen i et samarbejde mellem forældre, lærere, sundhedsplejersker, kommunallæger og andre med tæt kontakt med børnene. Interventioner med forøgelse af idræt i skolen viser meget lovende resultater, hvis det er tæt på en lektion om dagen (10).

Skolen har da også både muligheder for og pligt til at nå alle børn. Faget idræt er et obligatorisk fag i alle klasser fra 1. til 9. klasse og har udviklet sig til at være et kundskabsfag på lige fod med alle andre fag i skolen.
Formålet med undervisningen i idræt er således, at:

> *"Eleverne gennem alsidige idrætslige læringsforløb, oplevelser, erfaringer og refleksioner opnår færdigheder og tilegner sig kundskaber, der medfører kropslig og almen udvikling. Eleverne skal have mulighed for at opleve glæde ved og lyst til at udøve idræt og udvikle forudsætninger for at forstå betydningen af livslang fysisk udfoldelse i samspil med natur, kultur og det samfund og den verden, de er en del af. Eleverne skal opnå indsigt i og få erfaringer med vilkår for sundhed og kropskultur. Undervisningen skal give eleverne forudsætninger for at tage ansvar for sig selv og indgå i et forpligtende fællesskab".*

Undervisningsministeriet har udarbejdet formål, beskrivelse, læreplan og trinmål for faget idræt. Af læseplanen fremgår blandt andet, at et af de centrale kundskabs- og færdighedsområder er kroppen og dens muligheder (11).

Skolen har gode muligheder for at præsentere alle børn for idræt og fysisk aktivitet, som er stimulerende og sjov, og som kan skabe gode vaner for bevægelse. Skolen kan indgå i forpligtende samarbejde med idrætsklubber om aktiviteter, der er tilpasset de børn, der fx ikke synes, at konkurrence er så vigtig.

Forældrene har et ansvar for at understøtte skolens aktiviteter med leg og idræt og for at styrke børnenes motoriske udvikling og kondition; tage på travetur i skoven sammen med børnene, sende børnene ud at lege, lære børnene at gå og cykle til skole og idræt og begrænse deres transport af børnene i bil. Den kommunale sundhedstjeneste kan understøtte dette fx ved indskolingsundersøgelsen og senere kontakter med forældrene gennem skoletiden.

For at sikre fokus på fysisk aktivitet og skabe fælles holdning til, hvilke mål man gerne vil nå i og uden for skolen, er det en god ide at udvikle og implementere en politik for fysisk aktivitet. Det er vigtigt at inddrage alle de berørte parter i denne proces. Det gælder skoleledelse, skolebestyrelse, lærere, elever, forældre, skolesundhedstjenesten og frivillige organisationer, som alle har et medansvar for, at børn vokser op i fysiske og holdningsmæssige rammer, der stimulerer til bevægelse.

Motorisk udvikling og vækst

Motorisk udvikling er en proces, hvor mere og mere avancerede bevægelser læres i dynamisk samspil med udviklingen af nervesystemet. Hastigheden af nervecellernes vækst og modning er vigtig for indlæring af bevægelser og bliver påvirket af, hvor meget børnene bevæger sig og gennem praksis får udviklet og automatiseret vigtige grundlæggende bevægelsesmønstre.

Den motoriske træning skal indeholde øvelser i:

- Gang
- Løb
- Spring
- Klatring
- Kaste- og gribeøvelser
- Balancer i stående stilling og i bevægelse
- Rulning og kolbøtter
- Spring med rotationer om forskellige akser.

Basale gymnastiske øvelser bør være en central del af al grundlæggende motorisk træning. Den motoriske træning er specielt vigtig i de første skoleår.

Børns evne til at bevæge sig hensigtsmæssigt betyder meget for deres velbefindende og for den sociale accept. Dårlig motorisk udvikling kan have negativ betydning for børns læring og handling og deres sociale samspil. Et barn med dårlig motorisk koordinering udforsker omverdenen med megen forsigtighed, da det ofte slår sig eller kommer galt af sted. Et "stille" barn får en yderligere dårlig motorisk udvikling. Motorisk svage børns normale sammenligning med jævnaldrende medfører risiko for, at de kommer til at føle sig underlegne, og det begrænser yderligere lysten til fysisk udfoldelse. I sidste ende kan den manglende motoriske udvikling medføre sekundære koncentrations- og indlæringsforstyrrelser (12).

Børns forudsætninger er forskellige, men motorik kan trænes og opøves. En forbedret motorik gavner alle børn og specielt motorisk hæmmede børn. Undersøgelser af motorisk svage børn med grænsepsykotisk psykisk sygdom har vist, at man ved simple motoriske øvelser (og megen pædagogisk indsigt) i betydelig grad både kan øge børnenes motorik og øvrige funktionsevner.

Inden for den danske idrætsverden er der de seneste år udviklet et motorisk læringskoncept, der bygger på den eksisterende viden om børns motoriske og mentale udvikling (13). Læringskonceptet peger på centrale forhold, der indikerer,

at hvis man ikke lærer de basale bevægelsesmønstre (dvs. rulle, krybe, kravle, gå, løbe, springe og kaste) i den tidlige barndom, vil man aldrig blive lige så god til leg og sport som børn, der har lært det i denne periode. Endnu vigtigere er det måske, at man heller ikke særlig nemt vil kunne lære de ting, der bygger oven på de basale bevægelsesmønstre, og derfor praktisk talt vil blive "handicappet" i forhold til på længere sigt at dyrke idræt. Der kan hentes meget god inspiration i det hertil udviklede materiale.

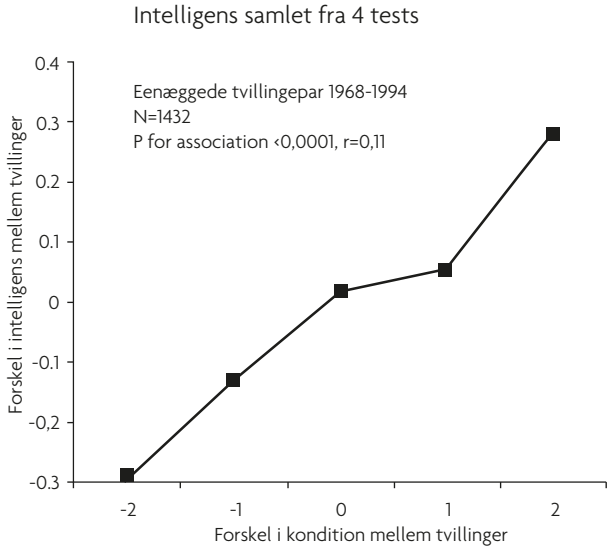
Fysisk aktivitet samt kognitive, personlige og sociale kompetencer

Som tidligere nævnt er der en sammenhæng mellem fysisk aktivitet og kognitive processer som forudsætning for læring og handling. Det har dog indtil nu ikke været muligt at dokumentere, at det er den gode motorik, der i sig selv er årsag til de bedre kognitive funktioner, men nye undersøgelser har dokumenteret sammenhængen mellem fysisk aktivitet, fysisk form (kondition) og kognition og akademisk formåen (14, 15). Mens der er direkte sammenhæng, specielt hos børn og unge, mellem mængden af fysisk aktivitet og motoriske kompetencer, er der en indirekte sammenhæng mellem motoriske og kognitive funktioner, som er betinget af hjernens udvikling og genetiske potentiale.

Den motoriske kompetence gør også, at man bevæger sig hensigtsmæssigt og velkoordineret, og det har betydning for forskellige personlige forhold som selvopfattelse, motivation, refleksion, planlægning, koncentration og sociale kompetencer.

Børns selvopfattelse har længe været genstand for forskning. Udviklingen af en positiv selvopfattelse er stærkt knyttet til bevægelse og fysisk aktivitet hos mindre børn og har dermed stor betydning for deres læringsstrategier, håndtering af positive og negative oplevelser og motivation. I udviklingen af selvopfattelse indgår bevægelse og fysiske handlinger alene og sammen med andre som et grundlæggende element. Men også barnets familiære og sociale forhold er centrale for udviklingen af barnets selvopfattelse, ligesom også lærernes forventninger til børnenes præstationer har betydelig indflydelse på både børnenes selvopfattelse og fysiske præstationer.

Figur 2. Sammenhængen mellem forskel i kondition mellem enæggede tvillinger og forskel i den samlede intelligens (gennemsnit af fire tests for intelligens) (13)



Figuren er fra et svensk studie baseret på data indsamlet på mænd, der undersøgtes før militærtjeneste. Det viser højsignifikant sammenhæng mellem intelligenstest og kondition hos personer med samme genetiske baggrund. Figuren er gengivet med tilladelse fra Maria Aberg (15).

Forebyggelsespakke om fysisk aktivitet – relevante uddrag

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om fysisk aktivitet (16) har til formål at understøtte den enkelte kommunes arbejde for, at børn og voksne får gode muligheder for at være fysisk aktive. Ud over fysisk aktivitet fokuserer forebyggelsespakken på børns motorik. Anbefalingerne i forebyggelsespakken er opdelt på grundniveau og udviklingsniveau. Følgende uddrag af anbefalinger fra forebyggelsespakken omfatter de anbefalinger, der er mest relevante for børneområdet.

Anbefalinger på kommunalt forvaltningsniveau
Grundniveau:
Fysisk aktivitet indarbejdes i sundhedspolitikken, blandt andet med særlig opmærksomhed på, at fysisk aktivitet integreres i kommunens øvrige politikker og planer på tværs af forvaltninger; der udarbejdes strategier for implementering af fysisk aktivitet i dagtilbud, skoler og skolefritidsordninger og for aktiv transport; indsatsen til fremme af fysisk aktivitet koordineres på tværs af forvaltningsområder; der er let adgang til en række forskellige idrætsfaciliteter og til appellerende og bevægelsesvenlige miljøer, som er trygge at færdes i.

Udviklingsniveau:
Kommunen tilbyder fysisk aktivitet til børn med motoriske vanskeligheder, eventuelt i samarbejde med frivillige foreninger og oplysningsforbund; kommunen etablerer mulighed for vejledning i motorik og fysisk aktivitet for dagtilbud, skoler og forældre; kommunen har en let tilgængelig oversigt over muligheder for organiseret og uorganiseret fysisk aktivitet.

Anbefalinger til dagtilbud, skole, skolefritidsordning m.m
Grundniveau:
Der sikres gode rammer for fysisk aktivitet i dagtilbud, skoler, skolefritidsordninger og fritidsklubber, herunder legepladser og øvrige udearealer samt indendørsarealer, der indbyder til leg og fysisk aktivitet; skolebestyrelsen udarbejder en politik for fysisk aktivitet for skolens aktiviteter, herunder aktiv transport til og fra skole; skolen udformer en overordnet strategi for idrætsundervisningen, der blandt andet fokuserer på, at alle elever hyppigt er fysisk aktive med høj intensitet; skolerne i kommunen understøtter de landsdækkende kampagner for fysisk aktivitet.

Udviklingsniveau:
Skolefritidsordninger, fritidsklubber og ungdomsklubber har ved udarbejdelse af en fysisk aktivitetspolitik særligt fokus på omfanget af stillesiddende tid brugt på mobiltelefon, spilkonsoller og computer; dagtilbud og skole har øget fokus på at stimulere børns motorik; fysisk aktivitet i skolen fremmes ved en flerstrenget indsats, som kan omfatte længere frikvarterer ledsaget af initiativer til fremme af fysisk inspirerende udendørsarealer, flere idrætstimer og kropslige aktiviteter i de boglige fag, fx med et mål om, at eleverne er fysisk aktive en time dagligt i skole og skolefritidsordning; skolefritidsordninger og fritidsklubber gennemfører aktivitetsdage, workshops eller temauger med fokus på fysisk aktivitet og sund livsstil, hvor fx forældrene kan deltage; skolen samarbejder med idrætsforeninger i forbindelse med undervisningen i idræt og sundhed.

Anbefalinger til den kommunale sundhedstjeneste
Grundniveau:
Sundhedsplejersken/kommunallægen har ved ind- og udskolingsundersøgelser samt ved de regelmæssige undersøgelser gennem skoleforløbet fokus på børnenes fysiske aktivitetsniveau.

Udviklingsniveau:
Sundhedsplejersken rådgiver ved hjemmebesøg familier om betydningen af fysisk aktivitet og mulighederne for at være fysisk aktiv i hverdagen.

Tværgående anbefalinger for den kommunale sundhedstjeneste, dagtilbud og skole
Grundniveau:
Sundhedsplejersker, kommunallæger, pædagoger i dagtilbud, skolelærere og eventuelt kommunens pædagogisk-psykologiske rådgivning samarbejder om at identificere børn med dårlig motorik samt børn og unge med lavt fysisk aktivitetsniveau. I samarbejde med forældre arbejder disse faggrupper på at forbedre børnenes motorik og fysiske aktivitetsniveau.

Fysisk aktivitet som forebyggelse

Fysisk aktivitet spiller som beskrevet en væsentlig rolle for børns sundhedstilstand. I dette afsnit præsenteres betydningen af fysisk aktivitet for de metaboliske aspekter af sundhed samt knoglesundhed.

Metabolisk syndrom

I Danmark har der, som i de øvrige vestlige lande, gennem en årrække været en betydelig stigning i antallet af overvægtige og svært overvægtige børn. En nyere undersøgelse af københavnske skolebørn viser en tendens til stagnation i perioden 2002-2007 (17). En anden undersøgelse af børn i Region Hovedstaden viser derimod en tendens til stigning i overvægt fra 2008-2009 (18). Det er således ikke entydigt, om udviklingen i overvægt er stagneret blandt danske børn.
Overvægt er konsekvensen af for stort indtag af energi i forhold til det, der forbruges. Fysisk aktivitet har ikke kun indflydelse på forbruget af kalorier, men også på hele energiomsætningen og appetitreguleringen. Fysisk aktivitet påvirker funktionen af en lang række hormoner i forbindelse med omsætning og deponering af fedt.
Flere børn og unge udvikler i disse år metabolisk syndrom. Metabolisk syndrom er en tilstand med overvægt, nedsat virkning af insulin, forstyrret sukkerstofskifte, forstyrret fedtstofskifte med forhøjet indhold af kolesterol i blodet, udskillelse af albumin i urinen, forhøjet blodtryk og senere udvikling af type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme på grund af åreforkalkning. Flere videnskabelige undersøgelser har påvist klar sammenhæng mellem ringe fysisk aktivitet og udvikling af metabolisk syndrom blandt børn (19). Se også side 152 i kapitel 4 og ”Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling” (7).

Muskelaktivitet og virkningen af insulin

Insulin er det vigtigste hormon i relation til metabolisk syndrom. Insulin indgår normalt i en fin balance med de andre hormoner og signalstoffer, der indgår i stofskiftet (20). Insulins virkning på cellerne forøges af cytokinet Interleukin-6 (IL-6), der er et signalstof, som produceres i muskler under aktivitet og frigives ud i blodbanen. Muskelaktiviteten er væsentlig for insulins virkning på både sukkerstofskiftet og fedtstofskiftet.
Muskelaktivitet forebygger og modvirker insulinresistens og dermed type 2-diabetes (21). Muskelaktivitet medfører, at kulhydrater og fedt hurtigt bliver optaget og forbrændt i muskelcellerne, og dette reducerer dermed produktionen af insulin. Konstant forøget mængde insulin i blodet medfører en stigning i mange risikofaktorer for hjerte-kar-sygdom.

Insulin påvirker indirekte appetitreguleringen. Indtagelse af store mængder kulhydrater, der hurtigt optages i blodet (sukker i drikkevarer, slik og kager) medfører øget produktion af insulin i så store mængder, at blodsukkeret bliver lavt. For lavt blodsukker stimulerer appetitten og udløser følelse af sult og "hunger efter noget sødt".
Insulin har anabolisk (opbyggende) virkning på cellerne i kroppen og medfører oplagring af sukker og fedt i cellerne frem for forbrænding af sukker og fedt og medvirker derved til vægtøgning og fedme (22).
Appetitreguleringen sikrer normalt, at vægten er i balance. Men et forhøjet indtag af sukker og fedt i kosten og for lidt fysisk aktivitet medfører altså forhøjet insulinniveau i blodet, øget sult og øget deponering af sukker og fedt i kroppens celler. Det er i den sammenhæng, at fysisk aktivitet er meget vigtig.

Diabetes og overvægt

Type 2-diabetes udvikles over mange år og er en sjælden sygdom hos børn (23, 24). Imidlertid er der gennem de senere år sket en stigning i forekomsten af type 2-diabetes hos børn og unge i specielt USA og Asien. I 2002 var der i Danmark 15 børn under 16 år, der havde type 2-diabetes. 9 af de 15 børn var svært overvægtige, og 3 var overvægtige. En meget betydelig stigning i overvægt og fedme hos danske børn giver imidlertid anledning til bekymring. I 2003 var der blandt københavnske skolebørn 21 % overvægtige blandt både 6-8-årige og 14-16-årige piger, 15 % blandt 6-8-årige drenge og 14 % blandt 14-16-årige drenge. Der var 4 % svært overvægtige piger i begge aldersgrupper, 5 % svært overvægtige drenge i alderen 6-8 år og 3 % svært overvægtige drenge i alderen 14-16 år (25). Dette holder sig relativt stabilt frem til 2008, hvor én undersøgelse som tidligere nævnt tyder på en tendens til færre overvægtige i 2008 (17), mens en anden undersøgelse ikke tyder på, at udviklingen i overvægt blandt børn er stagneret (18).

Der er sammenhæng mellem forekomst af type 2-diabetes i familien og børns risiko for at udvikle type 2-diabetes i løbet af livet. Flere kommuner screener for overvægtige børn og giver dem tilbud indeholdende fysisk aktivitet og kostvejledning. En screenings mulighed er at måle glukose bundet til de røde blodlegemer (HbA1c), da dette er et godt udtryk for det gennemsnitlige blodsukkerniveau i de seneste måneder. På denne måde kan man finde børn med risiko for at udvikle metabolisk syndrom med henblik på tidlig forebyggelse. En sådan screening finder sted i samarbejde med barnets praktiserende læge. En sådan screening finder sted i samarbejde med barnets praktiserende læge.

Vægttab i sig selv er ikke en nødvendighed for en bedre sundhedstilstand og for at undgå sukkersyge. Der findes svært overvægtige og overvægtige børn, unge og

voksne, der er i god fysisk form og helt uden symptomer på udvikling af metabolisk syndrom.

Knoglesundhed

Fysisk aktivitet er af væsentlig betydning for knoglernes udvikling. Ved undersøgelser med dyr er der fundet direkte sammenhæng mellem størrelsen af belastningen og knogletilvæksten. Der er meget, der tyder på, at belastningen skal over et vist niveau, før der forekommer en øget vækst i knoglerne. Ved belastninger under dette niveau bevarer knoglerne deres tæthed og styrke. Inaktivitet medfører hurtigt knoglesvind.

Inden puberteten er pigers og drenges indbygning af calcium i knoglerne lige stor og på cirka 100 mg pr. dag (26). Under puberteten fordobles indbygningen af calcium hos piger, og den tredobles hos drenge. Efter puberteten fortsætter indlejringen af calcium med ca. 80 gram pr. dag. Den højeste knogletæthed er opnået i 25-30-års-alderen.

Fysisk aktive børn og unge har større knoglemasse end inaktive børn og unge. Specielt vægtbærende aktiviteter som fx gang, løb, spring og styrketræning giver større knogletæthed. Tennisspillere har betydelig højere knogletæthed i den arm, de bruger til at spille med, end i den anden arm. Da den mekaniske belastning af knoglerne er væsentlig, betyder det også, at idrætsgrene som svømning og cykling ikke giver samme stimulering af knogleopbygningen som de vægtbærende aktiviteter. Derfor er det vigtigt, at børn og unge mindst et par gange om ugen foretager løb, hop, spring eller andre aktiviteter, som øger belastningen af knoglerne.

Kondition

Kondition er evnen til at arbejde med høj fysisk intensitet i lang tid. Den maksimale kondition er et mål for, hvor stort et muskelarbejde, der kan udføres. Konditionen er afhængig af musklernes evne til at frigøre energi ved forbrænding af kulhydrater og fedt og af lungernes, hjertets og kredsløbets evne til at forsyne de arbejdende muskler med den mængde ilt, som er nødvendig for forbrændingen.

Som mål for konditionen anvendes forbruget af ilt pr. kilogram legemsvægt pr. minut. Konditallet (konditionstallet) kan måles ved ergometri med måling af det præsterede arbejde i joule eller watt (joule pr. sekund) ved løb på løbebånd eller fastående cykel med målbar modstand eller ved måling af pulsstigningen under

arbejdet. For at opnå en rimelig pålidelighed af konditallet bør der gennemføres en test af maksimal arbejdsydelse, en maksimaltest. Der findes forskellige programmer til gennemførelse af maksimaltest for børn og unge. Et godt alternativ til estimering af kondital i skolen er en intervalløbetest, som kan gennemføres på en stor gruppe børn på 10 minutter (27).

Konditionstræning

Kondition trænes, når større muskelgrupper arbejder med en forholdsvis høj intensitet. Der er mange former for fysisk aktivitet, der kan bruges til at træne konditionen: løb, rulleskøjteløb, langrend, cykling, svømning, boldspil og ketsjerspil. Den mest oplagte form for træning er at transportere sig selv ved gang eller kørsel på cykel til og fra skole, fritidsaktivitet og besøg hos kammerater. Bare 15 minutters relativt hurtig gang eller cykling om morgenen og 15 minutter igen om eftermiddagen giver 30 minutters daglig motion. Man kan dog ikke forvente, at gang forbedrer konditionen, men den kan vedligeholde konditionen på et rimeligt niveau. Cykling til skole er derimod vist at forbedre kondition hos almindelige, utrænede børn.

Forbedring af konditionen

Forbedring af konditionen kræver en vis intensitet og varighed af den fysiske træning. Man har hidtil ment, at for de fleste børn og unge kræver forbedring af konditionen en belastning på over 60 % af den maksimale iltoptagelsesevne. Det svarer til cirka 70 % af *den maksimale pulsreserve*, som er den maksimale puls minus pulsen i hvile. *Den maksimale puls* er hos børn og unge i gennemsnit omkring 200, uanset om de er 5 eller 15 år. Hvilepulsen er 60-70 slag pr. minut. Det vil sige, at børn og unge i perioder af minimum et kvarter skal have en puls omkring 160 slag pr. minut for at øge konditionen (70 % af den maksimale pulsreserve plus hvilepulsen). Nye forsøg tyder dog på, at selv cykling som transport til skole og fritid har effekt. Det skyldes sikkert, at det gentages to eller flere gange dagligt, med en rimelig intensitet og over flere år.

Der kan bruges forskellige metoder til at træne konditionen, fx træning i længere tid i træk (15-45 minutter) med en vis minimumsbelastning og træning i intervaller fra 10-15 sekunder til fem minutter med vekslende høj og lav intensitet. Intervaltræning passer normalt til den måde, som børn kan lide at være aktive på. Intervaltræning svarer til den form for aktivitet, der er under de fleste boldspil.

Træning med høj intensitet kræver mindre tid for at forbedre konditionen sammenlignet med træning med moderat intensitet. Da flere af de umiddelbare ef-

fekter af konditionstræning blot varer mellem få timer og op til et par dage, er det vigtigt at fastholde regelmæssig fysisk aktivitet og fysisk træning.

Vedligeholdende træning

Vedligeholdende træning er af stor betydning for den biologiske sundhedstilstand. Alle, også børn og unge, har behov for flere gange daglig træning også af de mindre muskelgrupper med moderat intensitet for at vedligeholde cellernes kondition ("metabolisk fitness"). Det kan være gang, let cykling, leg og praktisk arbejde, der omfatter løft. Man kan altså i praksis træne eller være aktiv og forbedre muskelcellernes virkning, uden at man bliver svedt. Træning af mindre muskelgrupper påvirker ikke hjertet tilstrækkeligt til at give forbedret kondition, men stofskiftet i de trænede muskler bliver forbedret, og dermed reduceres risikoen for diabetes type 2 hjerte-kar-sygdomme.

Styrketræning for børn og unge

Der eksisterer mange myter omkring styrketræning for børn. Primært har der været frygt for, at styrketræning specielt i puberteten, hvor børnene vokser meget, kan beskadige knoglernes vækstzoner. Det har i stedet været anbefalet at "træne med egen kropsvægt". Der er imidlertid ingen undersøgelser, der har vist sammenhæng mellem styrketræning og beskadigelse af epifyseskiverne og påvirkning af længdevæksten. Styrketræning specielt før puberteten kan ske gennem almindelig leg og træning, når man i træningen lægger vægt på styrketrænende øvelser for kroppens store muskelgrupper. En ny undersøgelse viser, at god styrke i kroppens muskler før pubertet har betydning for den metaboliske sundhed, efter puberteten (28).

Belastning i forbindelse med acceleration

Det centrale for en belastnings størrelse er, hvor stor en acceleration en bevægelse eller et løft foregår med. Belastningen kan sagtens blive meget høj ved "træning med egen kropsvægt". Det er derfor vigtigt at have viden om de belastninger, børn og unge bliver påvirket af ved forskellige øvelser. Vægttræning kræver kyndig vejledning og observation, fordi der også ved vægttræning kan ske fejlbevægelser og deraf betinget pludselig acceleration.

Udvikling af muskelmassen hos børn og unge

Før puberteten har piger og drenge en relativt ringe produktion af anabole steroider eller vækstfremmende hormoner. Det betyder, at musklernes vækst ikke bliver væsentligt stimuleret af fysisk træning før puberteten. Børnenes forbedrede muskelstyrke skyldes derfor en styrkelse af muskelfunktionen i den eksisterende muskulatur.

Efter puberteten producerer unge piger fortsat en begrænset mængde anabole steroider. Derimod får drengene en væsentlig højere produktion af anabole steroider og testosteron. Det betyder, at drenge alene på grund af vækst, men også ved træning kan opnå en betydelig tilvækst i muskelmasse.

Træning kan give væsentlig forbedring af muskelstyrken hos både piger og drenge før, under og efter puberteten. Især i starten af en træningsperiode giver træning af muskelstyrke og udholdenhed et bedre samspil mellem centralnervesystemet og musklerne på alle niveauer, idet bevægelserne bliver automatiserede.

Alsidig muskeltræning

Alsidig muskeltræning er en systematisk træning af musklernes evne til at:
Udvikle *stor kraft* (muskelstyrke) i en enkelt eller i meget få (seks-otte) gentagne dynamiske eller statiske bevægelsesforløb
Udvikle *kraft i længere tid* (muskeludholdenhed) i gentagne dynamiske eller statiske bevægelsesforløb.

Ved alsidig muskeltræning skal man sikre, at alle store og vigtige muskelgrupper bliver trænet. Det er vigtigt at udvikle et harmonisk styrkeforhold mellem de muskelgrupper, der henholdsvis bøjer og strækker et led. Et program for muskeltræning skal derfor indeholde træning af:

Mavemuskler	Rygmuskler	Armbøjere
Armstrækkere	Hoftebøjere	Indadførere af benene
Udadførere af benene	Knæbøjere	Knæstrækkere

Det er ikke nødvendigt at træne alle muskelgrupper hver gang, men over en periode skal de trænes regelmæssigt og lige meget.

Balancetræning

Balancetræning er en vigtig del af den alsidige træning. Formålet med balancetræning er at:

- øge evnen til at holde balancen i uvante situationer
- øge koordinationsevnen
- styrke muskler og sener, specielt omkring knæled, ankelled og fodled.

Undersøgelser har vist, at man kan reducere antallet af skader i forbindelse med håndbold med mindst 90 %, hvis man gennemfører et opvarmnings- og grundtræningsprogram, der også indeholder balancetræning (29). Antallet af idrætsskader bliver generelt betydeligt reduceret, når den almindelige grundtræning udvides med balancetræning mindst to-tre gange om ugen.
Balancetræning gennemføres meget effektivt ved fx. brug af et vippebræt. På vippebrættet udføres aktive øvelser på begge ben og med tiltagende øvelse også på benene enkeltvis. Balancetræningen kan også indeholde forskellige gang-, løbe- og springøvelser. Springøvelserne kan foregå med og uden retningsskift, som øvelser i bløde måtter og balance- og styrkeøvelser med makker.

Forholdsregler ved styrketræning for børn:

- En god instruktion
- En god teknik
- Begyndelse med brug af egen kropsvægt som belastning
- Individuel tilpasning af belastningen for hvert eneste barn
- Begyndelse med lette vægte og mange repetitioner
- Langsom øgning af vægten med fortsat mange repetitioner
- Træning af alle store muskelgrupper
- Træning af både bøje- og strækkemuskler
- Træning af alle muskelgrupper i hele bevægeudslaget
- Veksling mellem træningsdage og hviledage
- Træning højst tre dage om ugen
- Udspænding af alle trænede led og muskelgrupper efter træningen
- Undgå konkurrence og fokusér på individuel fremgang
- Kontrollér udstyret, før det tages i brug af børnene
- Opmærksomhed på pludselige smerter, ophør med træningen og undersøgelse ved læge.

Idrætsskader

Alsidig træning medfører både på kort og lang sigt færre skader end meget specialiseret træning. I de fleste idrætsgrene er det ikke nødvendigt, at barnet specialiserer sig før puberteten. Alsidig træning før og under puberteten fører på længere sigt til de bedste resultater inden for alle idrætsgrene. Det er først efter puberteten, at der er behov for øgning af den specifikke træning, der til stadighed skal indeholde mange og alsidige komponenter for at vedligeholde interessen for træningen og for at udvikle en harmonisk og stærk krop.

Den endnu ikke modne krop er sårbar over for mange gentagne og intensive belastninger, der kan medføre traumer og skader, specielt i vægtbærende led og vækstzonerne i knoglerne. Dårlig teknik og/eller dårlige redskaber kan medføre andre skader og knoglebrud.

Idrætsskader forebygges med god teknik, gode og sikre redskaber, hensigtsmæssig og alsidig træning og pauser til restituering mellem intensiv træning og konkurrencesituationer. I restitueringspauserne fastholdes kondition og styrke med grundtræning, balancetræning og relevante udspændingsøvelser.

Akut skadebehandling

80-90 % af alle akutte idrætsskader sker i muskler, sener og ledbånd.
Symptomerne på akut skade er:

- hævelse
- ømhed
- smerter ved bevægelse og belastning.

Akut skadebehandling retter sig mod at:

- begrænse blødningen
- begrænse hævelsen
- lindre smerterne.

Den akutte skadebehandling foregår efter PRICEM-princippet:

P – "protection" eller beskyttelse
R – "rest", hvile og aflastning
I – "ice", nedkøling
C – "compression", kompressionsforbinding
E – "elevation", hævelse af det skadede område
M – "mobilisering"

Når en akut skade er sket, skal man begrænse skadens omfang mest muligt hvilket gøres bedst, hvis man følger PRICEM-princippet. Det er ikke en prioriteret rækkefølge; det vigtigste er Kompression og Elevation, idet disse tiltag begrænser skaden mest, fordi de mindsker hævelsen. Isen bidrager primært med smertelindring.

På Danmarks Idrætsforbunds hjemmeside kan findes information om idrætsskader.

LITTERATUR

1. Kolle, E., Steene-Johannesen, J., Klasson-Heggebø, L., Andersen, L.B., Anderssen, S.A.: A 5-yr Change in Norwegian 9-yr-Olds' Objectively Assesed Physical Actvity Level. I: Med. Sci. Sports Exerc., Vol. 41, No. 7, 2009, s, 1368-1372.
2. Møller, N.C., Kristensen, P.L., Weddderkop, N., Andersen, L.B., Froberg, K.: Objectively measured habitual physical activity in 1997/1998 vs 2003/2004 in Danish Children: The European Youth Heart Study. I: Scand J Med Sci Sports 2009: 19, s. 19-29.
3. Grontved, A., Rimm, E.B., Willet, W.C., Andersen, L.B., Hu, F.B.: A Prospective Study of Weight Training and Risk of Type 2 Diabetes Melitus in Men. I: Arch Intern Med 2012, s. 1-7.
4. Wedderkopp, N., Froberg, K., Hansen, H.S., Andersen, L.B.: Secular trends in physical fitness and obesity in Danish 9-year-old girls and boys: Odense School Child Study and Danish substudy of the European Youth Heart Study. I: Scand J Med Sci Sports 2004;14, s. 150-155.
5. Andersen, L.B., Froberg, K., Kristensen, P.L., Moller, N.C., Resaland, G.K., Anderssen, S.A.: Secular trends in physical fitness in Danish adolescents. I: Scand J Med Sci Sports 2010;20, s. 757-763.
6. Adegboye, A.R., Anderssen, S.A., Froberg, K. et al.: Recommended aerobic fitness level for metabolic health in children and adolescents: a study of diagnostic accuracy. Br J Sports Med, 2010.
7. Sundhedsstyrelsen: Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen, 2011. www.sst.dk
8. Cooper, A.R., Andersen, L.B., Wedderkopp, N., Page, A.S., Froberg, K.: Physical activity levels of children who walk, cycle, or are driven to school. I: Am J Prev Med 2005;29, s. 179-184.
9. Andersen, L.B, Wedderkopp, N., Kristensen. P., Moller, N.C., Froberg, K., Cooper, A.R.: Cycling to school and cardiovascular risk factors: a longitudinal study. I: J Phys Act Health 2011;8, s. 1025-1033.
10. Kriemler, S., Meyer, U., Martin, E., van Sluijs, E.M., Andersen, L.B., Martin, B.W.: Effect of school-based interventions on physical activity and fitness in children and adolescents: a review of reviews and systematic update. I:Br J Sports Med 2011;45, s. 923-930.
11. Undervisningsministeriet. Fælles Mål – Idræt, faghæfte 6. www.uvm.dk
12. Ericsson, I. og Karlsson, M.K.: Motor skills and school performance in children with daily physical education in school - a 9-year intervention study. Scand J Med Sci Sports, 2012.
13. Team Danmark: Aldersrelateret træning - håndbog for 0. til 6. klasse. Team Danmark, 2010.
14. Aberg, M.A., Pedersen, N.L., Toren, K. et al.: Cardiovascular fitness is associated with cognition in young adulthood. I: Proc Natl Acad Sci U S A, 2009.
15. Donnelly, J.E., Greene, J.L., Gibson, C.A. et al.: Physical Activity Across the Curriculum (PAAC): a randomized controlled trial to promote physical activity and diminish overweight and obesity in elementary school children. I: Prev Med 2009;49, s.336-341.
16. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Fysisk aktivitet. Sundhedsstyrelsen, 2012. www.sst.dk
17. Pearson, S., Hansen, B., Sorensen, T.I., Baker, J.L.: Overweight and obesity trends in Copenhagen schoolchildren from 2002 to 2007. I: Acta Paediatr 2010;99, s. 1675-1678.

18. Krue S.: Fælleskommunal sundhedsprofil for udskolingselever (årgang 07/08 og 08/09). Herlev Kommune, 2012.

19. Andersen, L.B., Harro, M., Sardinha, L.B. et al.: Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (The European Youth Heart Study). I: Lancet 2006;368, s. 299-304.

20. Sundhedsstyrelsen: Fysisk aktivitet og Sundhed. Forebyggelse og sundhedsfremme nr. 19. Sundhedsstyrelsen, 2001. www.sst.dk

21. Pedersen, B.K.: Cytokines in internal medicine-relation to insulin resistance and exercise. I: Ugeskrift for Læger 2002;164, s. 2166-2171.

22. Schibye, B., Klausen, K.: Menneskets fysiologi: hvile og arbejde. FADL, 1992.

23. Poulsen, M.K, Jacobsen, B.B.: Type 2 diabetes in children and adolescents I: Ugeskrift for Læger 2005;167. s. 489-493.

24. Beck-Nielsen, H. et al.: Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom - diagnostik og behandling. Afklaringsrapport nr. 6. FADL, 2000.

25. Pearson, S., Olsen, L.W., Hansen, B., Sorensen, T.I.: Increase in overweight and obesity amongst Copenhagen schoolchildren, 1947-2003. I: Ugeskrift for Læger 2005; 167, s. 158-162.

26. Mosekilde, L.: Aldersforandringer i knoglers brudstyrke. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning. 1998; 76, s. 1029-1038.

27. Andersen, L.B., Andersen, T.E., Andersen, E., Anderssen, S.A.: An intermittent running test to estimate maximal oxygen uptake: the Andersen test. I: The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness 2008; 48, s. 434-437.

28. Grontved, A. et al.: Muscle strength in youth and cardiovascular risk in young adulthood (the European Youth Heart Study). Circulation submitted. 2012.

29. Wedderkopp, N. et al: Prevention in injuries in young female in European team handball. A prospective intervention study. Scand J Med Sci Sports 1999; 9:41-47

HJEMMESIDER

www.uvm.dk

www.sst.dk

IDRÆTSSKADER – NEJ TAK, SE

http://dif-idraetsskader.itai.dk

Forfatteroversigt

Annette Poulsen er sundhedsplejerske, master i sundhedspædagogik (MSP) og internationalt certificeret ammerådgiver (IBCLC). Annette Poulsen er ansat i Sundhedsstyrelsen og er redaktør af bogen.

Birgitte Brinck er speciallæge i samfundsmedicin og MPH. Er ansat i den kommunale sundhedstjeneste i Frederiksberg kommune siden 1999 med tidligere ansættelse i Sundhedsstyrelsen, i embedslægevæsnet og på Statens Institut for Folkesundhed (DIKE). Birgitte Brinck har været formand for Miljømedicinsk Selskab under Dansk Selskab for Samfundsmedicin og har deltaget i revision af Sundhedsstyrelsens publikationer "Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge" og "Smitsomme sygdomme".

Børge Frank Koch er uddannet lærer og cand. pæd. med erfaring fra folkeskolen som både lærer og leder og som konsulent i Den sundhedsfremmende skole i to tidligere amter. Børge Frank Koch er i ansat ved University College Syddanmark i afdelingen for forskning og udvikling som videncenterleder for hhv. Videncenter for Sundhedsfremme og Det nationale videncenter KOSMOS. Han er udpeget af Børne- og Undervisningsministeriet til national koordinator i det europæiske SHE (Schools for Health) netværk.

Charlotte Reinhardt Pedersen er børnelæge og neuropædiater. Overlæge på Hillerød Hospital Børneafdelingen med ansvar for fagområdet Neuropædiatri. Har bred klinisk erfaring fra en række ansættelser på børneafdelinger i Region Hovedstaden. Ph.D 2003 med afhandlingen: Parents' labour market participation and children's health and well-being – in the five Nordic countries in 1996 and the changes from 1984 to 1996. Udgik fra Statens Institut for Folkesundhed. København.

Dina Cintin er overlæge på børne-ungdomspsykiatrisk Center Hillerød, speciallæge i intern medicin og børne-ungdomspsykiatri, lektor ved Københavns Universitet, familieterapeut og specialist i psykoterapi. Dina Cintin har desuden mange års erfaring som underviser og konsulent på forskellige behandlingsinstitutioner.

Eva Mosfeldt Jeppesen er overlæge på børneafdelingen på Herlev Hospital. Cand.med fra 1988, ph. D fra 1998, speciallæge i pædiatri 2002, fagområdeekspert i børneendokrinologi i 2011.

Gitte Hesthaven Jørgensen er speciallæge i almen medicin. Tidligere udstationeret for Læger Uden Grænser til Congo. Gennem 10 år ansat som børn og unge-læge i Aarhus Kommune med fokus på udsatte børn og børn med særlige behov hovedsageligt i Aarhus Vest - herunder været en del af det kommunale basisteam. Beskæftiget sig med børn af etniske minoriteter, seksuel sundhed samt forebyggelse af pigeomskæring. Siden 2011 ansat som afdelingslæge i Socialpædiatri, Aarhus Universitetshospital i Skejby.

Hanne Nødgaard Christensen er børnelæge med klinisk hoveduddannelse på børneafdelingerne i Skejby og Herning. Har tidligere arbejdet i Vestafrika og i to år været børnelæge i Århus Kommune. Taget Master i Folkesundhed i 2001 med afhandling om sundhed og sygdom hos børn af etniske minoriteter. Siden 2005 overlæge på børneafdelingen Aarhus Universitetshospital i Skejby og siden 2007 leder af Center for Børn udsat for Overgreb samme sted.

Ida Husby, MPH, ph.d. er uddannelseschef for ernærings- og sundhedsuddannelsen ved Professionshøjskolen UCSJ. Ida Husby har i mere end 25 år arbejdet med ernæring, forebyggelse og kommunikation med ansættelser i Fødevarestyrelsen (tidligere Levnedsmiddelstyrelsen) og Sundhedsstyrelsen, i Kræftens Bekæmpelse og i FDB. Ida Husbys ph.d.-grad fra Københavns Universitet omhandler, hvordan sunde kostvaner hos børn kan fremmes, herunder hvordan en tværvidenskabelig tilgang kan indgå i planlægning af tiltag og programmer.

Jeanette Magne er cand. comm., ph.d. og lektor i sundhedspædagogik på Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), Aarhus Universitet, endvidere koordinator for Masteruddannelse i Sundhedspædagogik og medlem af Forskningsprogram for Miljø- og Sundhedspædagogik på DPU. Jeanette Magne er i sin forskning særligt optaget af sundhedspædagogik relateret til social ulighed i sundhed, sundhedsfremmende settings med særligt fokus på skolen og arbejdspladsen samt evaluering af sundhedsfremme.

Jeppe Hald er antropolog og projektleder i Sex og Samfund, har arbejdet i en længere årrække med information, kurser og rådgivning omkring sexsygdomme samt med personlige rådgivning og information til unge om sex og seksualitet.

Jørgen Falk er chefkonsulent i Sundhedsstyrelsen og specialist i tobaksforebyggelse. Han har i de sidste 25 år været fagligt ansvarlig for en lang række forebyggelsesinitiativer på tobaksområdet, herunder de årlige rygevaneundersøgelser, nationale rygestopkampagner og senest forebyggelsespakken til kommunerne vedrørende tobak. Jørgen Falk er uddannet lærer.

Karin Villumsen er antropolog med speciale i kulturelle og sociale processer i skolen, har desuden en Master i evaluering. Karin Villumsen er ansat som specialkonsulent hos Dansk Center for Undervisningsmiljø, DCUM. Karin Villumsen rådgiver, vejleder, skriver artikler, holder foredrag og udvikler materiale til skolerne i trivselsarbejdet samt koordinerer nationale netværk med fokus på trivsel og antimobning i skolen.

Kari Grasaasen er specialkonsulent i Sundhedsstyrelsen. Hun har i en årrække haft ansvaret for den samlede nationale overvågning af narkotikasituationen i Danmark, og er i international sammenhæng ansvarlig i forhold til det europæiske narkotikaovervågningscenter, EMCDDA i Lissabon. Kari Grasaasen er uddannet sociolog.

Karsten Froberg er lektor og centerleder i Center for Research in Childhood Health. Han har forsket i børns sundhed siden midten af 1980'erne og var med i opstarten samt er leder af styregruppen for European Youth Heart Study, et multicenterstudiet med deltagelse af næsten 10 europæiske lande, hvor store grupper af børn er fulgt over 12 år for at se, hvordan deres sundhed udvikler sig i forhold til, hvor fysisk aktive de er. Dette studie er måske det mest citerede studie i verden i forhold til fysisk aktivitet og sundhed hos børn.

Kit Broholm er specialkonsulent i Sundhedsstyrelsen, hvor hun arbejder med forebyggelse og alkohol, herunder overvågning af alkoholforbruget og de sundhedsmæssige konsekvenser med fokus på konsekvenser for børn og unge samt informationsindsatseer, herunder kampagner, kommunale strategier og metodeudvikling. Kit Broholm er cand. mag i historie og Master i Public Health.

Lars Bo Andersen er professor og forskningsleder ved Syddansk Universitet, Center for Research in Childhood Health. Han har forsket i børns sundhed i relation til fysisk aktivitet gennem 30 år og lavede de første store danske befolkningsundersøgelser om sammenhængen mellem fysisk aktivitet og kondition i forhold til sundhedsparametre tilbage i starten af 1980'erne. I 2012 har Lars Bo Andersen redigeret Sundhedsstyrelsens 'Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling'.

Line Anne Roien er lærer, cand. pæd. pæd. og projektleder i Sex & Samfund. Har mange års erfaring med pædagogisk og didaktisk metodeudvikling af seksualundervisning i grundskolen fra indskolingen til udskolingen – herunder i forbindelse med Uge Sex.

Lone Kjær Hein er ansat som sundhedsplejerske og projektleder i Holstebro Kommune. Lone Kjær Hein har siden 2007 arbejdet intensivt med seksuel sundhed, både lokalt og nationalt. Modtog Kirsten Stallknect Prisen i 2009 for gennem medierne at sætte fokus på udfordringerne med unges seksuelle sundhed. Har siden 2009 været projektleder på modelkommuneprojekt i Holstebro Kommune omkring kvalitetssikring af seksualundervisning. Projektet er støttet af Sundhedsstyrelsen, og modellen anbefales nu nationalt.

Lone Smidt er lærer og projektleder i Sex & Samfund. Pædagogisk ansvarlig for Sex & Samfunds underviserkorps, udvikling af undervisningsmaterialer til Uge Sex-kampagnen, seksualundervisningsindsatser til grundskolens ældste elever samt opgaver i kommunerne omkring seksualundervisningsindsatser.

Venka Simovska er cand. psyk, ph.d. og professor (mso) i sundhedspædagogik på Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), Aarhus Universitet. Hun er leder for Forskningsprogram for Miljø- og Sundhedspædagogik samme sted og koordinator for det internationale forskningsnetværk Schools for Health in Europe (SHE). Venka Simovskas forskningsinteresser er kritisk sundhedspædagogik og sundhedsfremme med særligt fokus på læringsprocesser, deltagelse og handlekompetence i relation til sundhed.

Vibeke Hejgaard er uddannet sygeplejerske i 1981 og sundhedsplejerske i 1994 med efterfølgende ansættelse i sundhedsplejen med særlig interesse for familierådgivning på Østerbro, København. Vibeke Hejgaard har siden 2004 arbejdet i Obstetrisk Klinik på Rigshospitalet med fokus på tidligt forebyggende indsats i forhold til sårbare, psykisk syge og udsatte familier. Har desuden sideløbende haft undervisningsopgaver i forhold til efteruddannelse af sygeplejersker samt konsulentopgaver for socialforvaltninger i truede familier.

Vibeke Samberg er sundhedsplejerske, cand.scient.soc. Har arbejdet i projekter med udsatte familier, sårbare unge mødre, unge fædre, m.fl. Har været tilknyttet kohortestudiet, CCC 2000. Har lavet forældreuddannelsesprogrammer for Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen. Vibeke Samberg er ekstern vejleder og underviser bl.a. ved sundhedsplejerskeuddannelsen på professionshøjskolen Metropol. Er tilknyttet sitet sundhedsplejersken.dk.

Deltagere i workshop vedr. revision af bogen

Kommunallæge Lone Preisler Blichfeld, Aarhus kommune
Kommunallæge Birgitte Brinck, Frederiksberg kommune
Kommunallæge Eva Bøcher Herner, Herlev kommune
Sundhedsplejerske Charlotte Zeeberg, Gentofte kommune
Sundhedsplejerske Liselotte Grahndin, Københavns kommune
Sundhedsplejerske Inger Margrethe Dahl, Randers kommune
Sundhedsplejerske Pia Skovby Felding, Randers kommune

Stikordsregister

A
Åben konsultation *46*
Absence epilepsi *138*
Adfærdsforstyrrelse *167*
ADHD *117, 159-167, 218*
Affektregulering *282*
Aids *375, 376*
Aktive vurderinger *34, 41-45, 60*
Akutte sygdomme *111*
Alkohol *287-300, 309*
Allergiske sygdomme *120, 122*
Allergivaccination *124*
Allergologisk udredning *125*
Anæmi *216*
Anbragte børn *206, 214, 222*
Anorexia nervosa *165*
Arbejdsmiljølovgivningen *68, 85*
Astma *121-128*
Atopi *123*
Atopisk eksem *122, 126*
Autismespektrum forstyrrelse *163*

B
Balancetræning *437*
Barnets reform *235*
Behovssamtalerne *36*
Behovsundersøgelser *36, 47*
Bevægeapparatet *142*
BMI *151, 178, 179, 201*
Børnegigt *147*
Bulimia nervosa *166*
Byggelovgivningen *69*
Bygningsreglementet *69, 75, 76, 79, 85, 102*

C
Calve-legg-pertes *146*
Cannabis *288, 294, 302*
Cerebral parese *135, 139*
Chondromalacia patellae *146*
Cøliaki *129, 131, 189*
Colitis ulcerosa *132, 133*

D
Daginkontinens *133*
Deltagelse *55, 249, 251*
Deltagelsesstigen *250*
Den motiverende samtale *35*
Depression *160, 170*
Diabetes *140, 141, 432, 440*
Didaktik *246*
Digital mobning *319*
Drenges pubertetsudvikling *182*
D-vitamin *148-150, 215, 395-398, 400*
D-vitamin-mangel *149, 397, 400*
D-vitamintilskud *50, 149, 400*

E
E-cigaretter *297*
Emotionelle forstyrrelser *162*
Endokrine sygdomme *140*
Epilepsi *135, 137*
Epilepsisyndromer *138*
Erhvervsvejledning *129, 147*
Ernæring *393*
ESPAD undersøgelse *294*

F
Faghæfte 21 *245*
Fisk *104, 395, 404*
Fødevareallergi *127*
Folkeskolens formål *18*
Forældremøder *310, 356*
Fritidsaktiviteter *230*
Fritidspas *231*
Frugt og grønt *394, 404*
Fugt/skimmel *76, 92*
Fuldkornsmærket *405*
Fuldkornsprodukter *394*
Funktionelle lidelser *212*
Fysiske rammer *28*

G
Gastrointestinale symptomer *129*
Glitterbug *42*
Gonoré *374, 375*

H
Håndhygiejne *37, 41, 96*
Handlekompetence *245*
HBSC *115, 338*
Hepatitis *122, 378*
Herpes *122, 373*
Hiv *375*
Hjerneudvikling *265*
Høfeber *128*
Højde *32, 177, 185*
Hovedpine *117, 120, 135*
HPV *371*
Hudkræft *376*
Hygiejne *73, 92, 96, 97, 103*
Hypermobilitetssyndrom *144*
Hypotyreose *140, 142*

I
ICDP *35*
Idrætsskader *438*
Indeklima *74, 89*
Indskolingsundersøgelsen *36*
Infektioner *121*
Infektionssygdomme *215*
Insulin *431*

J
Jern *397, 398*
Juvenil myoklon epilepsi *138*

K
Kælderlokaler *80*
Kalciumtilskud *400*
Kemikalier *103*
Klamydia *369,*
Klinefelters syndrom *192, 197*
Knoglesundhed *433*
Knogleudvikling *177*
Kød *395, 404*
Kondition *433*
Konditionstræning *434*
Kondom *359*
Kønsvorter *371*
Kontakteksem *122*
Kosttilskud *399*
Kostvaner *392, 409*
Kroniske sygdomme *110, 187*

L
Laktoseintolerans *132*
Luftkvalitet *87*
Lysforhold *85*

M
Maddannelse *412*
Mælk og mælkeprodukter *394, 404*
Måltider *405*
Mavesmerter *130*
Medicinforbrug *117*
Medicingivning *48*
Medicinsk abort *383*
Medicinsk børnemishandling *210*
Menarchen *180*
Mental retardering *167*
Metabolisk syndrom *431*
Migræne *135*
Miljøfaktorer *74*
Mobning *315-338*
Morbus Crohn *132*
Morbus Scheuermann *144*
Motorisk udvikling *427*

N
Næringsstofanbefalinger *400*
Natinkontinens *133*
Neurologiske sygdomme *135*
Nøglehulsmærket *405*

O

Obstipation *130*
OCD *165*
Omsorgssvigt *223, 282*
Opsporing og tidlig indsats *231*
Osgood Schlatter *146*
Ottawa-charteret *15, 253*
Overgreb *206*
Overvægt *150, 227, 431*

P

PCB *89*
Pigers pubertetsudvikling *180*
Platfødder *146*
P-piller *362*
Præmatur adrenarche *193*
Præmatur thelarche *193*
Prævention *359*
Provokeret abort *382*
Prurigo Besnier *126*
PTSD *168, 170, 215*
Pubertas præcox *193*
Pubertas tarda *196*

R

Rakitis *149*
Retentio testis *129*
Risdrik *399*
Rituelle handlinger *217*
Rolandisk epilepsi *138*
Rygsmerter *143*

S

Sansedefekter *152*
Seksualundervisning *343*
Selvmordsforsøg *211*
Settingsperspektivet *253*
Sexsygdomme *369*
Skolefravær *218*
Skolemadsprojekter *413*
Skoliose *143*
Smitsomme sygdomme *113, 121*
Sociale funktionsforstyrrelser *164*
Socialpædiatri *204*
Sojadrik *399*
Solarier *148*
Solråd *148*
Spændingshovedpine *135*
Spørgsmålstyper *270, 282*
Stoffer *289, 294, 302*
Støj *83, 92*
Strukturelt omsorgssvigt *210*
Styrketræning *435*
Sundhedens determinanter *16*
Sundhedseksperimentarium *45*
Sundhedspædagogik *60, 244*
Sundhedspædagogiske aktiviteter *40, 100, 343*
Sundhedspolitik *20*
Sundhedsprofil *312*
Sundhedsværksteder *42*
Svamp *379*
Syfilis *377*

T

Targethøjde *179*
Tegn på mobning *324*
Tics *162*
Tobak *287- 290, 307*
Toiletter *92, 98*
Turner syndrom *190*
Tværfaglig gruppe *57*
Tværfagligt samarbejde *56*
Type-1 diabetes mellitus *140*
Type-2 diabetes mellitus *141*

U

Udeluftforurening *95*
Udemiljø *94*
Udskolingsundersøgelsen *38*
Ulighed i sundhed *21, 227*
Ulykker *101*
Undervisningsmiljø *68, 318*
Undervisningsmiljøloven *67*
Urininkontinens *133*

V

Vaccinationer *112*
Vægt *29, 177*
Vækst *173*
Vækstforstyrrelser *184*
Væksthormon *188*
Vækstkurver *178*
Vandpiberygning *297*
Vedligeholdende træning *435*
Vitaminer og mineraler *396*
Vokseværk *145*

W

WHO *15, 206, 244, 253, 298*

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
Telefon 72 22 74 00
Telefax 72 22 74 11
E-mail sst@sst.dk

9 788771 045390