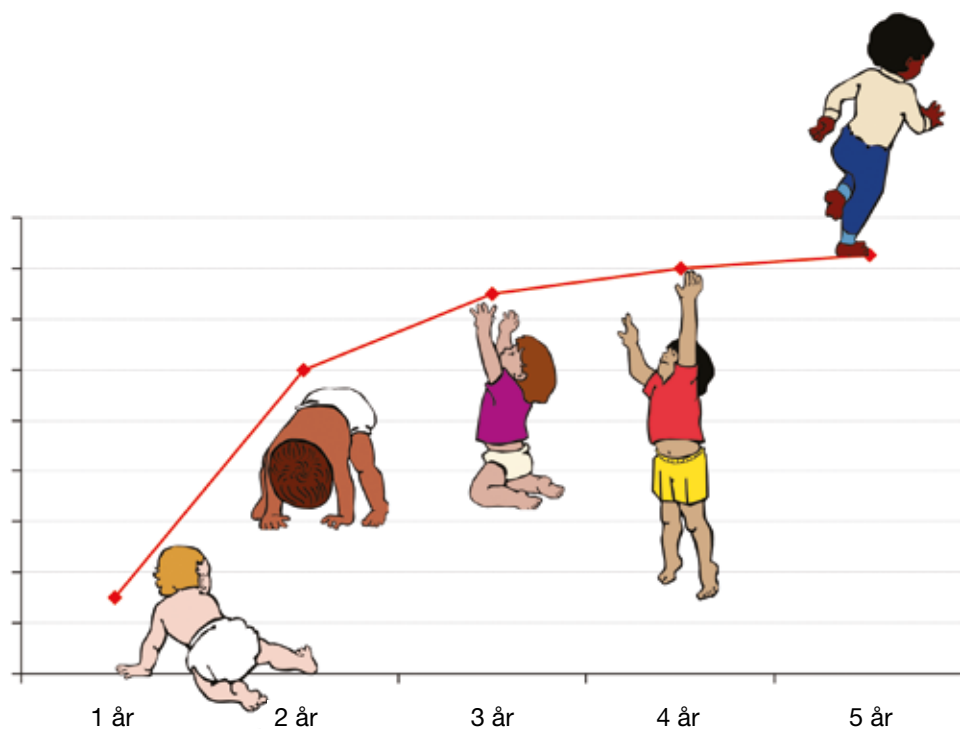


2015

MONITORERING AF VÆKST HOS 0-5-ÅRIGE BØRN

Kort vejledning til
praktiserende læger



Kort vejledning til praktiserende læger om monitorering af vækst hos 0-5-årige børn

©Sundhedsstyrelsen 2015

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL:<http://www.sst.dk>

1. udgave, 1. oplag, 2015

ISBN trykt version: 978-87-7104-663-2
ISBN elektronisk version: 978-87-7104-665-6

Emneord: nyfødte, spædbørn, småbørn, højde, længde, vægt, BMI, hovedomfang, sundhedspleje, almen praksis

Forlagsredaktion:
Rosendahls Schultz Grafisk a/s

Forsideillustration:
WHO, www.who.int/childgrowth

Grafisk tilrettelæggelse:
Rosendahls Schultz Grafisk a/s

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2015

For litteraturliste henvises til den fulde publikation: Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger. Sundhedsstyrelsen 2015

Kan læses på www.sst.dk

Kan bestilles hos
Rosendahls-Schultz Distribution
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Telefon 70 26 26 26
Mail: distribution@rosendahls.dk
mod porto og ekspedition

INDHOLDSFORTEGNELSE

Introduktion	4
1. Baggrund	5
2. Monitorering af børns vækst	6
3. Nyfødtes vækst	8
4. Vægtøgning gennem spæd- og småbørnsalderen	10
5. Tidlig opsporing af overvægt	11
6. Længde/højde-vækst	15
7. Hovedomfang	16
8. Særlige grupper	19

INTRODUKTION

Denne korte udgave af publikationen ”Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn” er udarbejdet med henblik på at give praktiserende læger et hurtigere overblik over publikationens indhold og dens anvendelse i vurderingen af spæd- og småbørns vækst ved brug af WHO’s kurver. Den fulde publikation kan læses eller hentes på www.sst.dk, hvortil alle sidehenvisninger refererer.

Alle flowcharts i publikationen kan hentes i A4 format på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Denne korte udgave såvel som den fulde publikation kan rekvireres hos Rosendahls-Schultz Distribution, se kolofon.

Litteraturliste findes i den fulde publikation.

1.

BAGGRUND

Vækstvejledningen udkom i den fulde udgave september 2015 med det formål at gøre sundhedsplejersker og praktiserende læger bedre rustede til at vurdere spæd- og småbørns vækst i henhold til WHO's vækstkurver, som Sundhedsstyrelsen siden 2011 har anbefalet til brug i primærsektor. Dette med henblik på at fagpersonerne får henvist de rette børn til den rette sundhedsfaglige samarbejdspartner i rette tid.

Et centralt redskab til at vurdere børns vækst er vækstkurver, og det er afgørende, at de vækstkurver man bruger, afspejler væksten hos et sundt og rask barn. WHO's vækstkurver er standardkurver, der viser, hvordan børn bør vokse og ikke, hvordan flertallet af børn vokser, sådan som referencekurver viser det.

WHO's vækstkurver fra 2006 er baseret på målinger af 888 børn fra seks forskellige steder i verden. Børnene blev fulgt tæt gennem de første to leveår, hvor hvert barn blev målt i alt 21 gange. Forudsætningen var, at mor og barn skulle være raske, graviditeten skulle være forløbet normalt, moderen måtte ikke ryge, og familien skulle have gode sociale og økonomiske kår. Børnene skulle desuden være udelukkende ammede i 4-6 måneder og delvis ammede i mindst 12 måneder. Det viste sig, at børn udvalgt efter disse kriterier i gennemsnit havde stort set ens længdevækst i de første to leveår, og at der kun var en lille forskel i højde-vækst fra 2-5 års alderen, mellem de seks lande. Det betyder, at WHO's vækstkurver kan anvendes som standard for, hvordan raske børn i samme alder vokser, uanset hvor i verden de kommer fra og uanset deres etniske baggrund. Kurver, der viser den gennemsnitlige længde/højde i de seks lande, hvor børn blev målt til WHO's vækstkurver, ses s. 8 i den fulde publikation. Når det gælder vurdering af hovedomfang anbefales brug af danske kurver, som også findes i den fulde publikation.

MONITORERING AF BØRNS VÆKST

Det er væsentligt at være meget omhyggelig og præcis, når man måler børns vækst, idet en hyppig fejlkilde ved vurdering af børns vækst er upræcise målinger. Især måling af længde er vanskelig. De redskaber (vægt, længdebræt og højdemåler), der anvendes, skal være godkendte og skal efterses og kalibreres regelmæssigt.

Som minimum bør vægt, længde/højde og hovedomfang måles ved alle de forebyggende børneundersøgelser.

Vægt

Vægten angives i kilo og afrundes til én decimal. Vurderingen af barnets vægtudvikling skal ske på baggrund af vejninger, der er foretaget på samme vægt. Dvs. lægen vurderer primært barnets vægtudvikling på baggrund af egne målinger, og sundhedsplejersken vurderer vægtudviklingen på baggrund af egne målinger.

Spædbarnet vejes uden ble og højst med en undertrøje på. Børn over et år vejes med så lidt tøj på som muligt og uden fodtøj. Hvis barnet vejes med ble, bør den være tør.

Længde/højde

Længdemåling er den måling, der er sværest at udføre præcist. Ideelt set bør man være to til at udføre målingen. Målingen bør ikke udføres med kort tidsinterval og skal altid foretages på et fast underlag.

Børn under to år måles liggende på ryggen, børn over to år måles uden sko stående med samlede ben og ryggen mod en væg, mens barnet kigger lige frem.

Længdemål er typisk ca. 0,7 cm længere end højdemål, hvilket forklarer det "hak" på kurven, der ses ved 2-års-alderen.

Der registreres med en nøjagtighed på 0,5 cm.

Hovedomfang

Hovedomfang måles med almindeligt målebånd, der placeres rundt om barnets hoved ved pandens og nakkens mest fremtrædende punkter. Det største mål noteres i cm med én decimal.

Percentiler og standarddeviationer

Percentiler (p) og standarddeviationer (SD) beskriver, hvor meget en måling afviger fra gennemsnittet. Percentiler beskriver, hvor stor en andel børn i en normal befolkning, der ligger under et

givet mål. Percentiler anvendes i den primære sundhedssektor, fordi de er lettere at forstå for forældrene end standarddeviationer. At barnet krydser en percentil betyder, at barnets vækstmønster går fra at ligge på den ene side til den anden side af én af percentilerne. De af Sundhedsstyrelsen anbefalede percentiler ses på side 13 i den fulde publikation.

Standarddeviationer har klare fordele, når man beskæftiger sig med børn, hvis målinger ligger langt fra gennemsnittet. Normalområdet ligger indenfor - 2 SD til + 2 SD. Standarddeviationer anvendes primært i sekundærsektoren, fx på de fleste børneafdelinger.

Indtegnning på vækstkurver

Vækstkurverne anvendes ikke de første to uger, da der kan forekomme afvigelser uden det afspejler problemer med barnets trivsel. Det kan fx være ved brug af forskellige vægte, når barnet vejes, eller hvis barnet har haft en stor afføring eller vandladning lige før vejningen.

Ved tolkning af barnets vækst, skal man vurdere følgende:

- Hvordan er barnets vægt, længde/højde og hovedomfang i forhold til dets alder?
Ligger målingen skal ligge inden for normalområdet: p3 og p97 (mellem -2SD og +2SD).
Anvend kurverne vægt-for-alder, længde/højde-for-alder samt hovedomfang-for-alder, se bilag II, V og VII.
- Hvordan er barnets målinger set i forhold til hinanden?
Til vurdering af hovedomfang-for-vægt kan man eventuelt bruge kurven i figur 7.2, side 48.
- Hvordan vokser barnet over tid?
Ved at vurdere forløbet af alle målinger over tid får man det bedste billede af barnets trivsel og vækst.
- Hvordan er barnets vækst i forhold til dets genetiske potentiale?
For at vurdere dette kan barnets forventede sluthøjde udregnes ud fra dets forældres højde, som beskrevet på side 37 i kapitel 6. Anvend desuden bilag VI, side 67.

Alle side- og bilagshenvisninger refererer til den fulde publikation.

Vær opmærksom på at mindre afvigelser kan skabe bekymring hos forældrene og vær omhyggelig med at forklare forældrene, hvordan kurven skal tolkes, således at bekymring og en følgende unødigt modermælksersætning undgås.

Mange forældre misforstår kurverne og tror fejlagtigt, at barnet kun er i trivsel, hvis barnet enten følger en bestemt kurve hele tiden, følger p5 eller ligger over p50.

3.

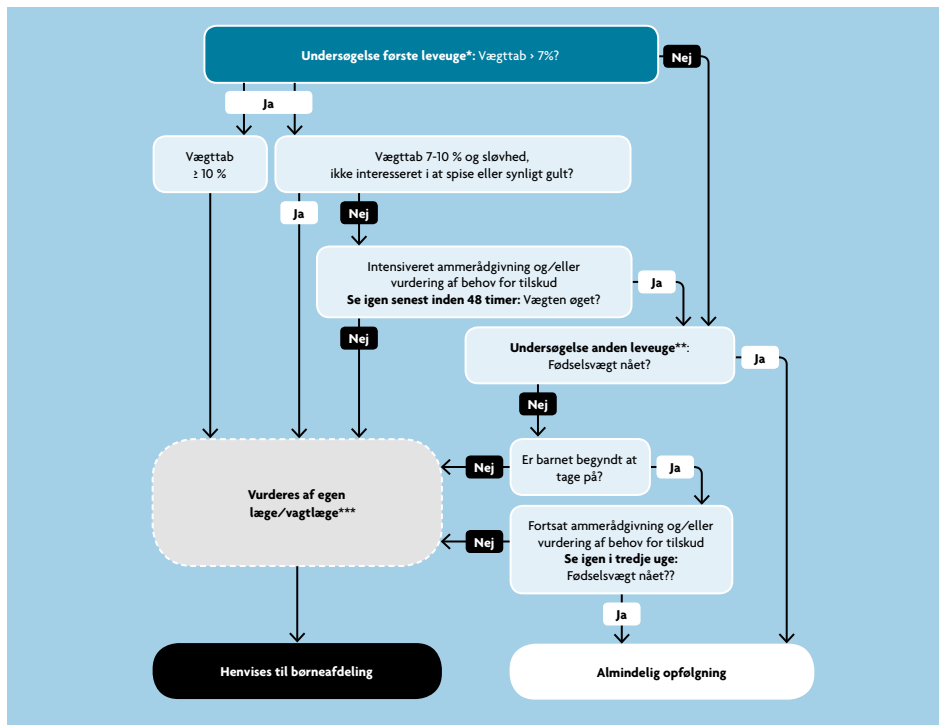
NYFØDTE VÆKST

Det er fysiologisk, at spædbørn taber i vægt den første tid efter fødslen, mens amningen etableres. Det er vigtigt at følge nyfødtes vægt de første uger for at kunne vurdere, om amningen fungerer, og for at forebygge dehydrering og evt. genindlæggelse kort efter fødslen.

Jordemoder/barselssygeplejerske og sundhedsplejerske følger barnet tæt i de første uger jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om svangreomsorg, kapitel 15. Evt. vægttab bør vurderes i sammenhæng med barnets almentilstand og tegn på, at amningen fungerer.

Sundhedsplejersken skal henvise til vurdering hos praktiserende læge, **hvis barnet har tabt > 10 % af fødselsvægten** eller **ved vægttab > 7 % med samtidige tegn på** dehydrering (sløvhed eller manglende interesse i at spise eller hvis barnet har gulsot). Sundhedsplejersken skal henvise til praktiserende læge, hvis barnet ikke har genvundet sin fødselsvægt inden 14 dage.

Hvis praktiserende læge **finder tegn på almen påvirkning** (synligt icterisk, sløvt, irritabelt eller ikke interesseret i at spise) eller, **hvis barnet ikke kan bringes til at tage på i vægt** ved almindelig ammerådgivning med eller uden tilskud, **bør barnet henvises til børneafdeling.**



Figur 3.1 Flow-diagram for vægtkontrol af nyfødte de første 2-3 uger efter fødslen

- * Undersøgelse i første leveuge: Ved barselsbesøg.
- ** Undersøgelse i anden leveuge: Ved sundhedsplejerskens etableringsbesøg eller ved opfølgning på barselsbesøg.
- *** Henvisering til børneafdeling sker altid via praktiserende læge/vagtlæge.

Se eksempler på nyfødtes vægtudvikling s. 20 i den fulde publikation.

4.

VÆGTØGNING GENNEM SPÆD- OG SMÅBØRNSALDEREN

At barnet tager på i vægt er tegn på, at barnet er raskt og får tilstrækkeligt med mad.

Normale afvigelser fra kurven

Sammenlignet med tidligere anvendte vækstkurver, beskriver WHO's vækstkurver en mere udtalt vægtøgning i de første 2-3 måneder og mindre vægtøgning i sidste halvdel af første leveår. Det skyldes, at kurverne er baseret på børn med vellykkede ammeforløb. En mindre stejl vægtøgning er acceptabel og bør ikke nødvendigvis give anledning til tilskud af modermælkserstatning eller skemad.

Percentilerne beskriver gennemsnitlige vægtøgninger, og i praksis er børns vægtøgninger mere varierede, end percentilerne udtrykker. Af WHO's normalintervaller for vægtøgning over tid ses, at vægtøgningen i praksis er meget mere varieret end den hidtige tommelfingerregel om en vægtøgning på ca. 200 gram om ugen i de første 3 måneder. Variationer bør derfor i høj grad sammenholdes med barnets almentilstand.

Tabel 4.1 Normal vægtøgning i de første to leveår²⁴

Alder (måneder)	Gram pr. måned	Gram pr. 3 måneder
0 – 1*	400 – 1500	1800 – 3950
1 – 2	600 – 1650	
2 – 3	350 – 1200	
3 – 6		850 – 2400
6 – 9		350 – 1650
9 – 12		150 – 1450
12 – 15		0 – 1350
15 – 18		0 – 1350
18 – 21		- 50 – 1350
21 – 24		- 50 – 1300

Tallene er afrundede gennemsnit for piger og drenge i intervallet mellem p3 og p97 for vægtøgning i den givne periode. Vægtøgning i den lave ende af normalintervallet bør primært ses hos børn, som vokser mere i perioderne før og/eller efter vejningen, eller hos tykke børn, som laver *catch-down*.

* Vægtøgning første måned vurderet ud fra fødselsvægten.

Børns vægtøgning sker ofte i ryk, hvor uger med relativ vægtstagnation efterfølges af perioder med hurtigere vægtøgning. Desuden varierer vægten hos små børn i løbet af dagen afhængigt af, om maven og blæren er fuld eller tom. Mindre ryk på kurven er således normale hos børn, som i øvrigt har det godt. Se eksempel i figur 4.4 på s. 27 i den fulde publikation. Når barnet har genvundet sin fødselsvægt, bør vægtøgningen derfor ikke vurderes med kortere intervaller end 14 dage.

Dårlig trivsel

Dårlig trivsel kan forårsages af en lang række somatiske sygdomme, af forkert ernæring og af psykosociale årsager. Dårlig trivsel er altså et symptom, som bør foranledige, at barnet eller de forhold, barnet lever under, undersøges nærmere.

Der er ikke nogen entydig definition på dårlig trivsel, og tærsklen for, hvornår man bør betragte vægtøgning som utilstrækkelig, afhænger af, om barnet har andre symptomer eller forhold, der kunne medføre en bekymring for, om barnet har det godt. Dårlig trivsel kan enten ses som lav vægt-for-alder, lav vægt-for-længde eller lille vægtøgning over tid. I praksis vil man som regel finde dårlig trivsel ved lav vægt-for-alder eller lille vægtøgning over tid. Nogle børn med lav fødselsvægt kan fortsat have lav vægt-for-alder, uden at dette er udtryk for dårlig trivsel. Læs mere s. 51-53 i den fulde publikation.

Kriterier for ekstra udredning og opfølgning i almen praksis

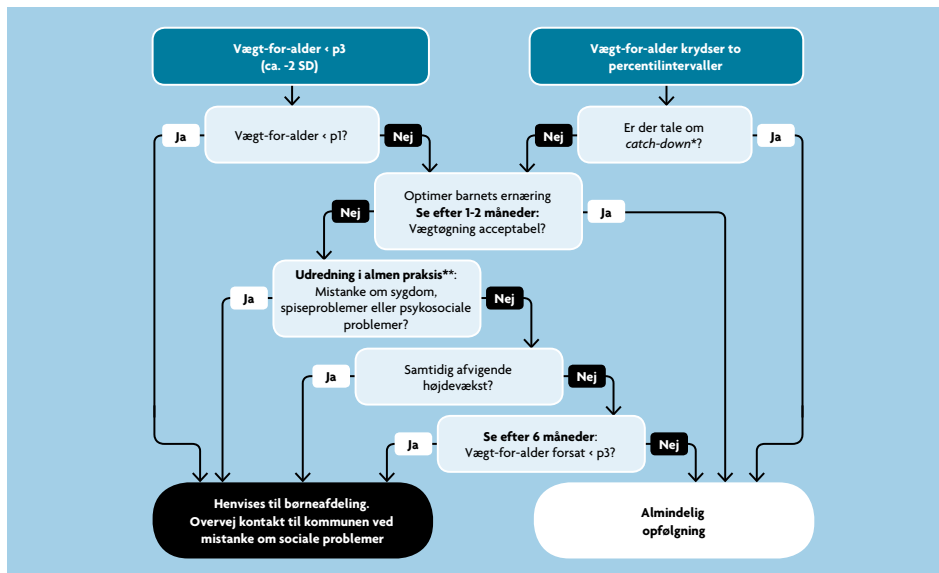
Hvis barnets vægt-for-alder eller vægt-for-længde **krydser nedad over to eller flere af de indtegnede percentilintervaller** (se bilag II og III i den fulde publikation), bør man i første omgang vurdere, om der er tale om et tykt barn, der laver *catch-down*, dvs. er på vej til at finde sin normale kurve efter at have ligget højt. Hvis ikke, bør et sådant fald give anledning til ekstra opfølgning og evt. udredning. Det samme gælder, **hvis barnets vægt-for-alder ligger under p3**. Læs mere om udredning i almen praksis s. 23 og 25 i den fulde publikation.

Kriterier for henvisning til børneafdeling

Børn med utilstrækkelig vægtøgning bør henvises til udredning på børneafdeling, hvis:

- der gennem længere tid ikke opnås tilfredsstillende vægtøgning ved forsøg på at optimere amning eller barnets kost
- der er symptomer eller fund, der kunne tyde på sygdom, syndrom eller forsinket udvikling
- der er mistanke om spiseproblemer eller problemer i kontakten mellem forældre og barn
- der ikke findes nogen oplagt årsag til barnets manglende vægtstigning
- barnets vægt-for-alder er mindre end p1
- barnet foruden afvigende vægt-kurve har samtidig afvigende længde/højde-kurve

Hvis der er mistanke om sociale problemer hos familien, bør kommunen inddrages fx ved henvisning til sundhedsplejersken eller ved direkte henvendelse til kommunens familieafdeling.



Figur 4.1 Flow-diagram for vurdering og henvisning af børn med dårlig trivsel

* Se figur 4.3 for eksempel på catch-down.

** Se forslag til udredningsplan for dårlig trivsel i tabel 4.2.

På side 26-28 i den fulde publikation ses eksempler på vækstkurver med normale variationer og dårlig trivsel.

5.

TIDLIG OPSPORING AF OVERVÆGT

Omkring 10 % af danske førskolebørn anslås at være overvægtige, og børns gennemsnitlige BMI er øget gennem de seneste år. Den typiske udvikling i BMI er en stigning fra fødslen til omkring 6-9-måneders alderen, derefter et gradvist fald til omkring 5-7-årsalderen, og så en gradvis stigning til voksen-værdier omkring 18-årsalderen. Tidspunktet, hvor BMI begynder at stige igen omkring 5-7 års-alderen, kaldes *adiposity rebound*. Der er meget, der tyder på, at jo tidligere barnets *adiposity rebound* indtræffer, desto større er risikoen for, at barnet bliver overvægtigt senere i livet. Se eksempel på *adiposity rebound*. s. 29 i den fulde publikation.

Kriterier for ekstra opfølgning og intervention i primærsektor

For børn under 2 år bør forældrene tilbydes **ekstra rådgivning for at forebygge overvægt, hvis barnet ligger over p97 (svarende til +2 SD) på vægt-for-længdekurven**, se bilag III i den fulde publikation.

For fuldt ammede børn anbefales ingen intervention, så længe de udelukkende ammes.

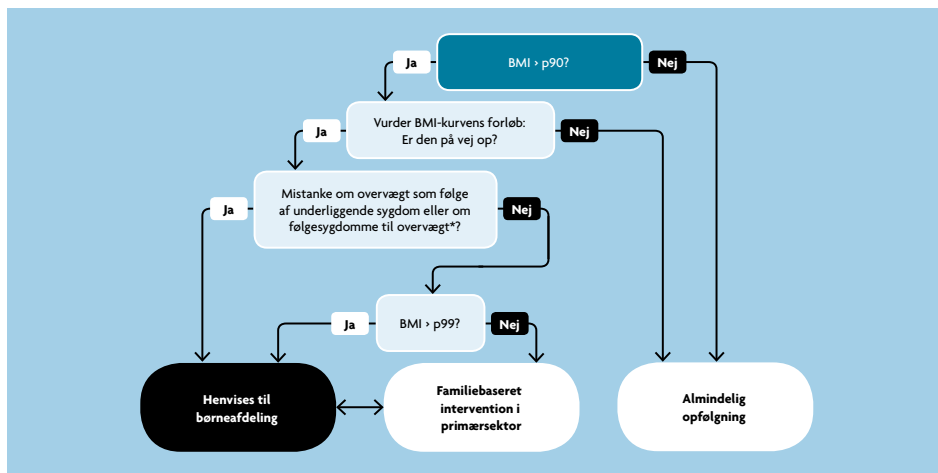
For modernælkserstatningsernærede børn, hvis vægt-for-længde ligger over p97, bør overvejes om barnet tilbydes for meget modernælkserstatning. Behovet for modernælkserstatning falder fra ca. 160 ml/kg/døgn i første levemåned til 120-150 ml/kg efter en måned og til 100-120 ml/kg/døgn, når barnet vejer mere end 5 kg, dog max ca. 1000 ml. Se evt. tabel 5.1 s. 31 i den fulde publikation.

For børn mellem to og fem år gælder, at de defineres som overvægtige, når deres BMI-for-alder er over p90 og som svært overvægtige, når BMI-for-alder er over p99. **Et BMI-for-alder > p90 kræver opmærksomhed overfor barnets vægtudvikling.** Vurdering af BMI skal altid ses i sammenhæng med det kliniske skøn og i sammenhæng med den hidtige vægtudvikling. Børn bør ikke sættes på slankekur, men det er hensigtsmæssigt at rette rådgivning om ændrede kost- og motionsvaner i forhold til familiens livsstil og vaner mod hele familien og ikke kun barnet, jf. tilbud til familien se s. 31 i den fulde publikation.

Familier til børn med BMI >p99 bør tilbydes en intervention og henvises til kommunens tilbud om tidlig indsats mod overvægt. **Børn med BMI > p99 henvises samtidig til børneafdeling** for undersøgelse for tilgrundliggende sygdom eller følgesygdomme, mens den egentlige intervention bør foregå i kommunen, evt. i samarbejde med børneafdelingen, med mindre barnet er sygt.

Kriterier for henvisning til børneafdeling

- Svær overvægt (BMI > p99)
- Overvægt (BMI > p99) og samtidig et af følgende kriterier:
 - Pludselig vægtstigning
 - Længde/højdevækst under middel
 - Tegn på endokrin sygdom (striae, moonface, træthed, initiativløshed)
 - Forsinket psykomotorisk udvikling
 - Synsforstyrrelser og hovedpine
 - Persisterende overspisning og søgen efter mad



Figur 5.3 Kriterier for tilbud om tidlig indsats og henvisning til børneafdeling for overvægtige børn 2–5 år

* Kriterier for henvisning til børneafdeling ses i tabel 5.2.

For eksempler på udvikling af overvægt se s. 34-36 i den fulde publikation

6.

LÆNGDE/HØJDE-VÆKST

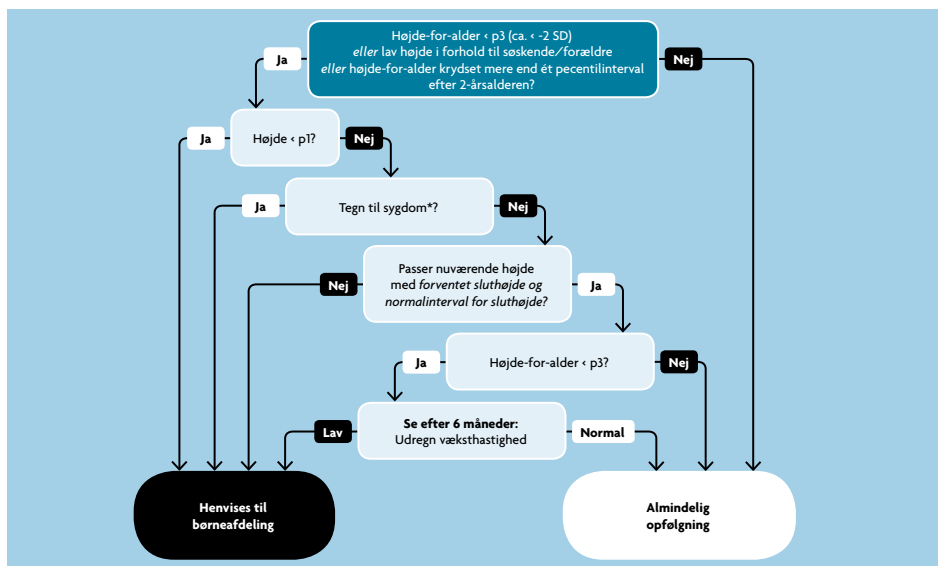
For at vurdere, om et barns længde/højde er normal, er det afgørende, om den svarer til barnets genetiske potentiale, vurderet ud fra forældrenes højde. *Den forventede sluthøjde*, også kaldet *target height*, kan udregnes som gennemsnittet af forældrenes højde, justeret for barnets køn. Ud fra den beregnede forventede sluthøjde angives barnets *forventede slutpercentil*. Barnets sluthøjde vil med stor sandsynlighed komme til at ligge et sted mellem 8,5 cm under og 8,5 cm over den forventede sluthøjde. Læs mere s. 37-40 og i bilag VI i den fulde publikation.

Henvisning til børneafdeling

Et barn bør henvises til børneafdeling på mistanke om kort længde/lav højde, hvis:

- der er mistanke om, at den korte længde/lave højde skyldes en sygdom
- barnets længde/højde ligger under p3 (svarende til - 2 SD), og der ikke findes nogen umiddelbar forklaring
- barnets længde/højde er $< p1$
- der er markant afvigelse fra tidligere kurve efter 2 årsalderen
- barnet vokser på en kurve, der leder mod en sluthøjde udenfor det *normalinterval* for sluthøjde, se figur 6.1, side 38 i den fulde publikation.

Overvægtige børn vokser normalt godt. Hvis ikke bør de henvises til børneafdeling.



Figur 6.3 Flow-diagram for håndtering af børn med kort længde/lav højde

* Se tabel 6.1 for eksempler på sygdomme, der kan give kort længde/lav højde

For eksempler på børn med lav højdetilvækst se s. 43-46 i den fulde publikation.

7.

HOVEDOMFANG

Hovedomfang hos børn måles både som led i generel vækstmonitorering og specifikt som screening for hydrocephalus og mikrocefali.

Til vurdering af hovedomfang anvendes de danske vækstkurver fra 2014, se bilag VII i den fulde publikation. WHO's hovedomfangskurver anbefales **ikke**, da de pga. den måletekniske metode ligger ca. 1 cm lavere end de fleste hovedomfangskurver. Man kan også anvende kurver for hovedomfang i forhold til vægt baseret på Jette Jansen og Else Andersens materiale. Udviklingen i hovedomfang er generelt vigtigere end hovedomfangets absolutte størrelse.

Stort hoved

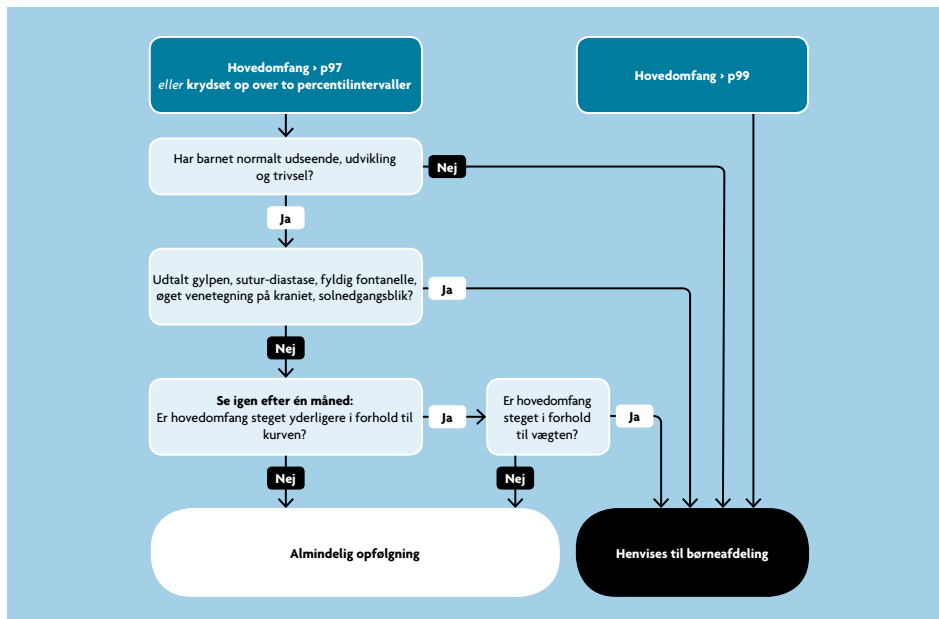
En række forskellige syndromer og sygdomme kan ligge til grund for, at et barn har større hoved end normalt. Stigende hovedomfang kan i sjældne tilfælde skyldes hydrocephalus. Ofte vil barnet få andre symptomer som ubehag, gylpen eller appetitløshed. Vurdering af store hoveder er primært relevant frem til og med ca. 12-månedersalderen. Se eksempel på dreng med hydrocephalus s. 50 i den fulde publikation.

Hvis et barns hovedomfang **ved en enkelt måling ligger > p97** for barnets alder, eller hvis barnets **hovedomfang-for-alder krydser to percentilintervaller**, bør man være ekstra opmærksom. Hvis barnet udvikles normalt, bør man se barnet igen én måned senere. Læs mere s. 47 i den fulde publikation om den videre vurdering.

Henvi sning til børneafdeling

Hvis barnet har symptomer i form af stor fylddig fontanelle, udtalt venetegning på kraniet, stor afstand mellem kraniets suturer, solnedgangsblik, forsinket udvikling eller gylp og opkastninger, bør barnet akut henvises til en børneafdeling.

Hvis barnets hovedomfang er > p99 for barnets alder, eller hvis barnets hovedvækst går hurtigere end resten af kroppens vækst, bør barnet henvises til vurdering på en børneafdeling. Se kurve for hovedomfang s. 48 i den fulde publikation.

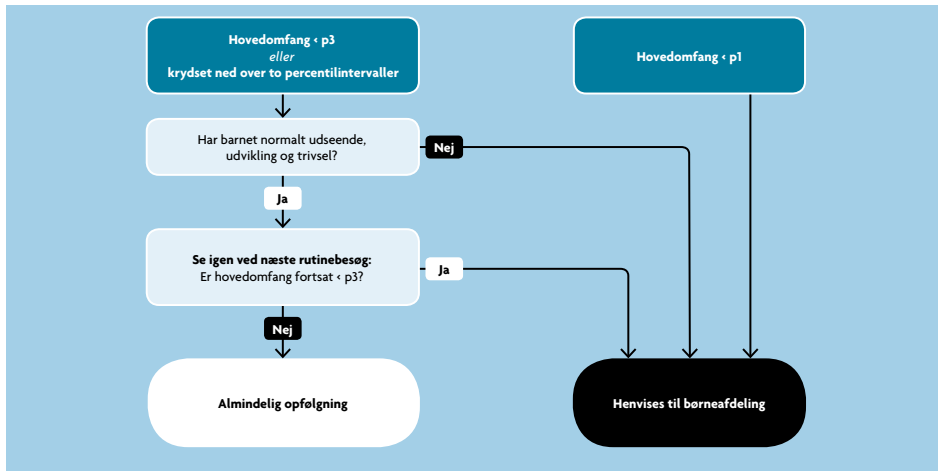


Figur 7.1 Flow-diagram for vurdering af børn med store hoveder

Lille hoved

Børn kan også have små hoveder pga. forskellige syndromer og sygdomme. Et lille hoved er aldrig udtryk for en akut behandlingskrævende tilstand. Et barn med et meget lille hoved bør dog henvises og udredes, da det siger noget om hjernens vækst.

Hvis barnet ikke udvikler sig normalt eller ikke vokser godt, hvis hovedomfanget ved *gentagne målinger* ligger $< p3$ eller, hvis barnets kurve for hovedomfang krydser nedad over to eller flere percentilintervaller, bør barnet henvises til vurdering hos en børneafdeling.



Figur 7.3 Flow-diagram for håndtering af børn med små hoveder

8.

SÆRLIGE GRUPPER

Børn født *small for gestational age* (SGA), defineres som børn født med en fødselsvægt, som er mindre end eller lig -2 SD (mindre end p3). Disse børn kan også have været væksthæmmede i graviditeten (IUGR). Børnene kan både være født for tidligt eller til terminen.

De fleste børn født SGA vil have øget væksthastighed efter fødslen (*catch-up*), så de i 2-årsalderen har vægt/højde i normalområdet. Længde/højdevæksten hos børn født SGA bør følges nøje. Især bør man være opmærksom på, om børnene laver *catch-up* af længde/højdevæksten i det første leveår.

Nogle børn født SGA laver ikke tilstrækkeligt *catch-up* til at deres længde/højde kommer indenfor normalområde. I nogle tilfælde kan man tilbyde disse børn behandling med væksthormon for at øge deres højde som voksne. Disse børn skal derfor henvises til børneafdeling, hvis de **ved 3,5-årsalderen endnu ikke har haft *catch-up* i højdevækst mod normalområdet.**

Børn født *præmaturt*, dvs. inden graviditetens fulde 37 uger, vil tabe op til 10-20 % af fødselsvægten i første leveuge. Hvis de er født meget for tidligt og er meget syge i starten, vil det tage lidt tid, inden de begynder at tage på – på trods af tidlig intensiv ernæring. Hvis neonatalforløbet er forholdsvis ukompliceret, og hvis barnet får optimal ernæring, vil det sandsynligvis have opnået *catch-up*-vækst til terminalsalden og derefter vokse ligesom andre nyfødte.

På neonatalafdelingen følges barnet på en særlig vækstkurve for præmature. Når barnet når terminalsalden, kan det følges på WHO's vækstkurver som andre børn, hvor man korrigerer for dets grad af præmaturitet. Se eksempler s. 54-57 i den fulde publikation.

Hvis barnet også er født SGA og ikke højdemæssigt har nået *catch-up* i 3-4-årsalderen, skal det henvises til børneafdelingen, hvis det ikke allerede følges der.

www.sst.dk

Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn

Kort vejledning til praktiserende læger

At følge børns vækst er vigtigt for alle, der arbejder med børns sundhed. For at børn skal vokse optimalt kræves tilstrækkelig og rigtig ernæring, fravær af sygdom og gode psykosociale forhold. Unormal vækst kan være tegn på, at en eller flere af disse faktorer ikke er tilstrækkeligt opfyldt. Regelmæssig monitorering af børns vækst skal vise, om det enkelte barn vokser som forventet.

Denne korte vejledning henvender sig til praktiserende læger, der gerne vil have et kort overblik over emnet monitorering af vækst og brug af vækstkurver i opsporing af 0-5-årige børn med vækstforstyrrelser

Vejledningen har til formål at gøre praktiserende læger bedre rustede til at vurdere børns vækst, så de får henvist de rette børn til den rette sundhedsfaglige samarbejdspartner i rette tid.

Fra bogens indhold:

- WHO's vækstkurver
- Monitorering af børns vækst
- Brug af vækstkurver
- Nyfødtes vækst
- Vægtøgning hos spæd- og småbørn
- Tidlig opsporing af overvægt
- Længde/højdevækst
- Hovedomfang
- Børn født Small for Gestational Age (SGA) og præmaturt.

I vejledningen introduceres WHO's vækstkurver til monitorering af 0-5-årige børns vækst, dog anvendes danske kurver ved hovedomfang. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at de praktiserende læger efterhånden implementerer de nye kurver.