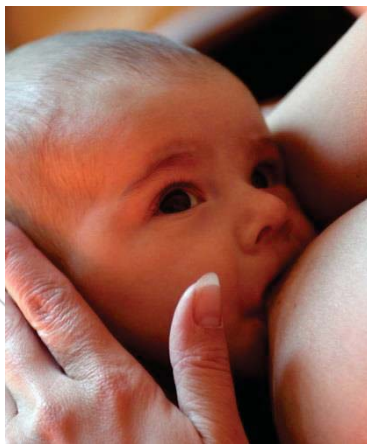


Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens institut for
Folkesundhed

Årsberetning

om børn født i 2011



Forfattere: Sanne Ellegaard Jørgensen, Signe Boe Rayce og Bjørn E. Holstein

Årsberetning om børn født i 2011. Databasen Børns Sundhed.

© Statens Institut for Folkesundhed 2013.

Statens Institut for Folkesundhed

Øster Farimagsgade 5A

1353 København K

www.si-folkesundhed.dk

Udarbejdet for Styregruppen for Databasen Børns Sundhed af:

Sanne Ellegaard Jørgensen, Signe Boe Rayce og Bjørn E. Holstein, alle fra Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed og Trivsel, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Styregruppe:

Anne Lichtenberg, udviklingskonsulent, Region Hovedstaden

Anne Mette Skovgaard, overlæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, Københavns Universitet

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, Sundhedsstyrelsen

Birgitte Weile, overlæge, Region Hovedstaden

Bjørn Holstein, professor, Statens Institut for Folkesundhed

Charlotte Harbou, ledende sundhedsplejerske i Ballerup Kommune

Inga Jacobsen, sundhedsplejerske, Gentofte Kommune

Jens Thrane, afdelingschef for Børne- og Familieafdelingen, Albertslund Kommune

Lene Møller, leder af sundhedsplejen, Rødovre Kommune

Pia Rønnenkamp, ledende sundhedsplejerske, Brøndby Kommune

Tine Juhl, centerchef for Center for Familie og Forebyggelse, Glostrup Kommune

Tove Kepp, praktiserende læge, Rødovre Kommune

Publikationen refereres således:

Ellegaard Jørgensen S, Rayce SB, Holstein BE. Årsberetning om børn født i 2011. Databasen Børns Sundhed. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2013.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Tryk: Region Hovedstaden

Publikationen kan downloades fra internetadressen www.si-folkesundhed.dk

Elektronisk ISBN 978-87-7899-246-8

Forord

En forebyggende og sundhedsfremmende indsats for børn er vigtig af flere grunde. Det er en etisk fordring, fordi børn har krav på et liv i sundhed. Det er en gevinst for folkesundheden, fordi tidlig indsats kan skabe sundhed gennem hele livet. Det er en gevinst for samfundet, fordi sunde børn har lettere ved at lære og bliver i stand til at bidrage til samfundet som voksne. Heldigvis er der mange parter, som er engagerede i forebyggelse og sundhedsfremme blandt børn. Ud over forældrene er mange faggrupper optaget af denne opgave, f.eks. sundhedsplejersker, jordemødre, børnetandlæger, alment praktiserende læger samt personale i daginstitutioner og skoler.

Hvis man vil styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats for børn, er det vigtigt at have gode data om børns sundhed og samfundets indsats. Desværre er der meget lidt offentlig statistik om børns sundhed. Men sundhedsplejerskerne, som ser næsten alle børn mange gange i løbet af barndommen, har en særlig mulighed for at levere sådanne data.

Sundhedsplejerskerne i en række kommuner har påtaget sig denne opgave. De fører journal på en meget systematisk måde, dvs. noterer samme type data for alle børn efter en fælles definition af, hvad man undersøger og noterer. Sundhedsplejerskerne i disse kommuner har siden 2002 samlet deres data i Databasen Børns Sundhed, et samarbejde mellem sundhedsplejersker og Statens Institut for Folkesundhed. Denne database giver helt unikke oplysninger om børns sundhed: sundhedsplejersker ser alle børn; sundhedsplejerskerne er specielt uddannet til at undersøge og observere børns sundhed og udvikling; data er systematiske og detaljerede; der er en stadig indsats for at kvalitetssikre data; og data bliver publiceret og brugt til faglig udvikling og prioritering.

Denne årsberetning viser nøgletal for sundhed og udvikling blandt 6350 nul til etårige født i 2011 i tretten kommuner i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Det er mit håb, at disse data vil blive studeret og brugt til at styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats for børn. Det er ligeledes mit håb, at mange andre kommuner har lyst til at være med i Databasen Børns Sundhed i de kommende år. Jo flere vi er, desto bedre data får vi, og det kan holde udgifterne nede.

Rapporten er udarbejdet af en forskergruppe på Statens Institut for Folkesundhed: Sanne Ellegaard Jørgensen, Signe Boe Rayce og Bjørn Holstein.

Jeg vil rette en tak til de deltagende kommuner, til de ledende sundhedsplejersker, til de mange engagerede sundhedsplejersker som gør databasen mulig, og til Region Hovedstaden som bidrager til databasens økonomiske fundament.

Lene Møller

Ledende sundhedsplejerske i Rødovre

Formand for Styregruppen

Resumé

Ellegaard Jørgensen S, Rayce SB, Holstein BE. Årsberetning om børn født i 2011. Databasen Børns Sundhed. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2013.

Formål og data: Formålet med denne årsberetning er at tegne en sundhedsprofil for de 6350 børn, som er født i 2011 i de tretten kommuner, der aktuelt indgår i Databasen Børns Sundhed: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Roskilde, Rødovre og Tårnby.

De fleste børn i Databasen Børns Sundhed får besøg ved fire forud definerede tidspunkter i løbet af det første leveår: 81,9 % af børnene fik A-besøget, som er det første besøg efter fødslen bortset fra barselsbesøget; 76,9 % fik B-besøget i to til fire månedersalderen, 74,0 % fik C-besøget i fire til seks månedersalderen, og 76,6 % fik D-besøget i otte til tolv månedersalderen. For godt ti procent af børnene er der ingen besøgsregistreringer. Samlet set har 40,6 % af de nyfødte deres første besøg af sundhedsplejen, inden de er en uge gamle.

Graviditet og fødsel: I den samlede population var der for 46,4 % af børnene bemærkninger til fødslen, f.eks. komplikationer eller dårlige fødselsoplevelser. 6,4 % af børnene er født for tidligt, 5,0 % er født med lav fødselsvægt (<2500 gram) og 6,9 % havde en apgarscore < 10 fem minutter efter fødslen. I alt er 3,7 % af børnene født med handicap eller misdannelser.

Forhold i familien og hjemmet: Mødrenes gennemsnitsalder ved barnets fødsel er 31,2 år. Fædrenes gennemsnitsalder ved barnets fødsel er 34,0 år. Størstedelen af børnene (94,1 %) boede ved fødslen sammen med både mor og far. I alt 10,5 % af børnene har en mor, der er første-, anden- eller tredjegerationsindvandrer. Andelen af børn, der er udsat for passiv rygning, udgør 15,3 %. I alt vurderes det, at 0,2 % mødre og 0,5 % fædre har nedsat omsorgsevne på grund af alkohol og/eller andet misbrug.

Indikatorer for trivsel og udvikling i otte- til tolv månedersalderen: For hver indikator registrerer sundhedsplejersken bemærkninger, hvis barnet ikke opfylder den forventede udvikling i forhold til alderstrinnet, eller hvis der på anden måde er grund til at være opmærksom på eller urolig i forhold til den givne indikator.

Bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil findes for 4,6 % af børnene. Der var 9,1 % af børnene, hvor der var bemærkninger til signaler og reaktioner, og 2,2 % havde bemærkninger til kommunikation. På det fysiske område var der for 28,3 % af børnene bemærkninger til motorik, og for 8,1 % bemærkninger til øje-hånd-koordination.

I alt 37,9 % af børnene er ikke ammet fuldt i mindst fire måneder. Overvægt og risiko for overvægt ses hos 21,5 % af børnene i seks- til tolv månedersalderen.

Kommunevariationer: For næsten alle de registrerede oplysninger er der forskelle mellem kommunerne, og disse forskelle kan være meget betydelige. Der er f.eks. betydelig forskel i kommunernes prioriteringer i sundhedsplejen: Andelen af børnene, som får D-besøg, varierer fra 58,8 % til 87,2 %, og andelen af børn, som får første besøg inden de er en uge gamle, varierer fra 11,7 % til 64,3 %.

Der er ligeledes betydelige variationer mellem kommunerne i en række sundhedsfaktorer, f.eks. bemærkninger til fødslen, som varierer mellem 29,3 % og 60,2 %, og rygning i hjemmet, som varierer mellem 3,8 % og 25,9 %. Bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil varierer mellem 0,7 % og 11,1 %.

Mangelende oplysninger: Det er forståeligt, at der kan mangle oplysninger i journalerne, fordi sundhedsplejerskerne først og fremmest skal tage sig af børn og familier og som anden prioritet sikre gode data. Der er store forskelle i omfanget af manglende oplysninger; fra 1,1 % der mangler oplysning om mors alder til 62,7 %, som mangler oplysning om fars erhvervsstatus. I forhold til årsberetningerne fra 2008, 2009 og 2010 er andelen af manglende oplysninger gået ned for mange faktorer, mens den er gået op andre steder. Også i forhold til forekomsten af manglende oplysninger er der betragtelige variationer mellem kommunerne. Forekomsten af manglende oplysninger er ofte særlig høj blandt nye kommuner i Databasen Børns Sundhed.

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	5
1.1 Sundhedsplejerskernes virke	5
1.2 Databasen Børns Sundhed.....	5
1.3 Formål og datagrundlag.....	5
2. Sundhedsplejerskebesøg.....	8
3. Graviditet og fødsel	12
4. Forhold i familien og hjemmet	23
5. Indikatorer for trivsel og udvikling i otte- til timånedersalderen	32
6. Manglende oplysninger.....	41
7. Referencer.....	45
8. Bilag.....	48

1. Introduktion

1.1 Sundhedsplejerskernes virke

Sundhedsloven angiver rammerne for sundhedsplejerskearbejdet. Der stilles lovgivningsmæssige krav om almen indsats til alle børn og yderligere indsats til børn med særlige behov. På skoleområdet stilles endvidere krav om undersøgelse ved ind- og udskolingen samt regelmæssige undersøgelser og samtaler gennem hele skoleforløbet. Indsatsen kan starte i graviditeten og fortsættes, afbrydes eller genoptages, indtil barnet ikke længere er undervisningspligtigt. Den behovsorienterede indsats ydes ofte i samarbejde med andre faggrupper som for eksempel praktiserende læger, sagsbehandlere og psykologer. Sundhedsstyrelsen udarbejder anbefalinger for den kommunale indsats. Sundhedsstyrelsen anbefaler minimum fem hjemmebesøg i barnets første leveår til familier med almene behov. Desuden anbefaler Sundhedsstyrelsen, at sundhedsplejerskens første besøg, etableringsbesøget, aflægges senest syv dage efter udskrivelse fra fødestedet. Familier der udskrives inden for 72 timer eller føder i hjemmet, tilbydes desuden et barselsbesøg fire til fem dage efter fødslen. Det anbefales ydermere, at familier med særlige behov tilbydes ekstra ydelser (Sundhedsstyrelsen, 2011). Kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune fastsætter sundhedsplejens servicetilbud. Dette betyder, at antallet af besøg af sundhedsplejersken varierer fra kommune til kommune.

1.2 Databasen Børns Sundhed

Databasen Børns Sundhed blev etableret i 2002 som et samarbejde mellem kommunerne i det tidligere Københavns Amt. Databasen tager udgangspunkt i sundhedsplejerskers journaldata og rummer data om nul til etårige børn født i 2002 og frem. Siden 2007 er databasen suppleret med data fra sundhedsplejerskernes undersøgelser af indskolingsbørn. Formålet med databasen er 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af sundhedsplejens ydelser og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter.

På baggrund af de indsamlede data udarbejdes der årligt to årsberetninger med basisinformationer om henholdsvis spædbørn og indskolingsbørn. Desuden udarbejdes der en temarapport om et udvalgt emne for hver af disse grupper.

Kommunerne i Databasen Børns Sundhed anvender en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale, hvor sundhedsplejerskerne følger en ensartet praksis og systematisk noterer sammenlignelige data om barnet, familien og sundhedsplejerskernes ydelser. Brugen af journalen er beskrevet i en detaljeret manual. Data stammer fra fire sundhedsplejerskebesøg placeret på centrale tidspunkter for det nul til etårige barns tilknytning og udvikling: A er etableringsbesøget, der bortset fra barselsbesøget, er det første besøg, der aflægges efter fødslen; B er det første besøg, efter barnet er fyldt to måneder, og inden det fylder tre måneder; C er det første besøg, efter barnet er fyldt fire måneder, og inden det fylder seks måneder, og D er det første besøg, efter barnet er fyldt otte måneder, og inden det fylder ti måneder.

1.3 Formål og datagrundlag

Formålet med denne årsberetning er at give et statusbillede af de børn, der er født i 2011 i de tretten kommuner, der aktuelt indgår i Databasen Børns Sundhed: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør,

Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Roskilde, Rødovre og Tårnby. Der har over årene været en mindre udskiftning i de deltagende kommuner i databasen.

Alle tretten kommuner har indsendt data via udtræk fra elektroniske sundhedsplejerskejournaler.

Det samlede antal registrerede journaler for nyfødte i de tretten kommuner er 6537. Dette svarer til 107,6 % af det samlede antal nyfødte børn i de tretten kommuner i 2011 ifølge udtræk fra Danmarks Statistik. Afvigelserne kan blandt andet skyldes flytning til og fra kommunerne. En kommune vil derfor kunne have data om både tilflyttede og fraflyttede børn. Data er ordnet, således at hvert barn kun indgår i databasen én gang. Børn med ugyldige cpr-numre (n=47) er sorteret fra. Det samlede antal børn i årsberetningen er efter denne rensning af data 6350. I tabellen nedenfor ses antallet af børn, der indgår i årsberetningen fra de tretten kommuner.

Tabel 1.a. Antal nyfødte der indgår i årsberetningen

Kommune	Antal børn i årsberetningen
Albertslund	361
Ballerup	498
Brøndby	417
Dragør	142
Gentofte	893
Glostrup	267
Herlev	289
Hvidovre	619
Høje-Taastrup	639
Køge	541
Roskilde	734
Rødovre	486
Tårnby	464
Samlet population	6350

I de følgende afsnit gennemgås en række variable omhandlende sundhedsplejerskens besøg det første leveår, graviditet og fødsel samt forhold i familien og hjemmet. Variablene stammer fortrinsvis fra stamdata, som er rapporteret i forbindelse med sundhedsplejerskens første besøg i hjemmet, eller fra fødselsanmeldelsen. Efterfølgende præsenteres en række udvalgte indikatorer for barnets sundhed, trivsel og udvikling (f.eks. barnets signaler og reaktioner). Disse indikatorer stammer hovedsageligt fra D-besøget, der aflægges, når barnet er otte til ti måneder gammelt. For hver indikator rapporteres det, om sundhedsplejersken har registreret bemærkninger. Bemærkninger dækker over, at barnet ikke opfylder den forventede udvikling i forhold til alderstrinnet, eller at der på anden måde er grund til at være opmærksom på eller urolig i forhold til den givne indikator. For hver indikator registrerer sundhedsplejerskerne desuden, hvilke bemærkninger der er tale om (f.eks. bemærkninger til barnets døgnrytme, søvn eller gråd).

I årsberetningen rapporteres forekomster blandt de børn, der er registreret oplysninger om for den enkelte variabel. For mange variable er der høj forekomst af manglende registreringer, hvilket kan

medføre usikkerhed i resultaterne. Andelen af uoplyste angives for hver variabel undervejs, og problematikken omtales samlet sidst i årsberetningen i afsnit 6.

Resultaterne angives i tabeller og diagrammer, som både indeholder resultat for det samlede antal spædbørn i rapporten (samlet population) og for de enkelte kommuner. Teksten og kommentarerne handler oftest kun om den samlede population. Resultaterne sammenlignes så vidt muligt med årsberetningen om børn født i 2010 (Brixval et al., 2012b). Der har mellem de to rapporter været en mindre udskiftning i de deltagende kommuner i databasen, hvilket kan have indflydelse, når resultater i de to rapporter sammenlignes. Udvalgte variable sammenlignes ydermere med landsgennemsnittet, baseret på tal fra Danmarks Statistik.

2. Sundhedsplejerskebesøg

Besøg det første leveår

I tabellen nedenfor ses forekomsten af registrerede A-, B-, C- og D-besøg for de enkelte kommuner og den samlede population.

Tabel 2.1. Procent af børnenem, som har haft besøg A-D

	Procent af børnene, der har haft det respektive besøg			
	A-besøg (0-2 mdr.)	B-besøg (2-3 mdr.)	C-besøg (4-6 mdr.)	D-besøg (8-10 mdr.)
Albertslund	85,0	82,6	81,4	80,6
Ballerup	86,8	84,7	87,0	87,2
Brøndby	85,4	81,3	81,5	78,4
Dragør	78,9	78,2	69,0	62,7
Gentofte	77,7	75,4	75,5	72,7
Glostrup	81,3	79,0	71,9	67,0
Herlev	80,6	79,2	80,6	83,4
Hvidovre	77,9	73,3	77,1	74,2
Høje-Taastrup	86,4	84,2	84,8	82,2
Køge	79,5	72,5	51,8	58,8
Roskilde	85,4	65,3	52,6	83,2
Rødovre	78,0	78,8	80,7	80,5
Tårnby	81,9	76,7	76,9	74,8
Samlet population	81,9	76,9	74,0	76,6

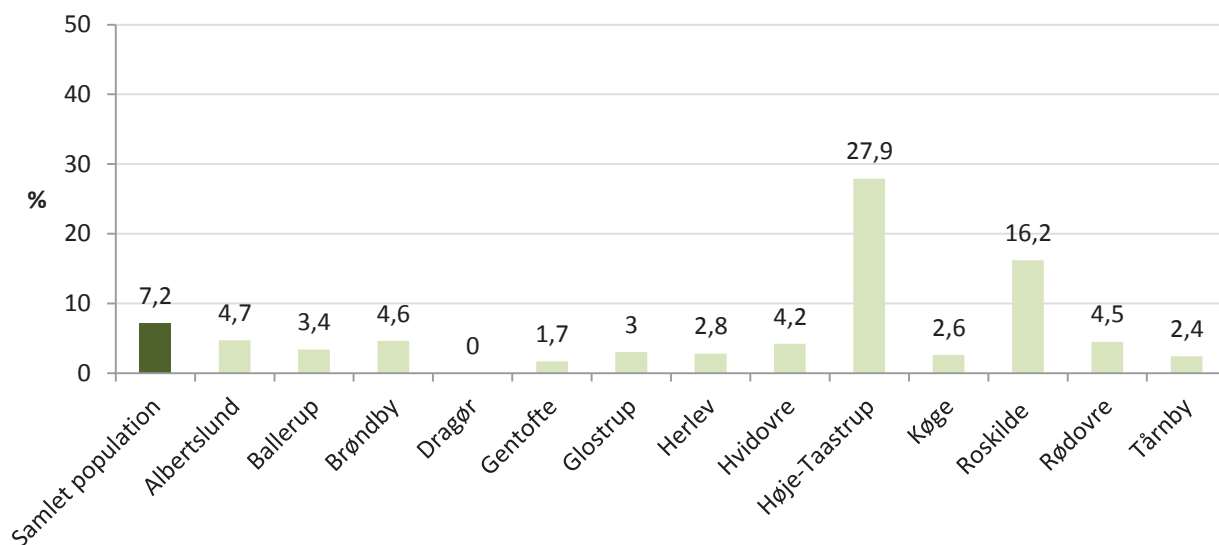
I ovenstående tabel ses, at der er flest registreringer for A-besøget (81,9 %) og færrest for C-besøget (74,0 %). En del af de indsendte journaler indeholder kun stamdata, og for godt ti procent af børnene er der ingen besøgsregistreringer.

Sammenlignet med årsberetningen om børn født i 2010 er der sket et lille fald i andelen af børn med registrerede besøg, særligt i forhold til C-besøget, hvor der er sket et fald på fem procentpoint. Dette kan både skyldes en udskiftning i kommuner i databasen og omlægninger i besøgstilbud til familierne i de enkelte kommuner. Der kan være mange grunde til, at besøg ikke er registreret. Det kan eksempelvis skyldes, at et planlagt besøg ikke kunne gennemføres, eller at det gennemføres på et tidspunkt, hvor barnets alder faldt uden for det givne aldersinterval. Manglende registrering kan også skyldes forskellige typer registreringsfejl eller, at barnet ikke var bosiddende i kommunen på det givne tidspunkt.

Graviditetsbesøg

I nogle kommuner tilbydes besøg af sundhedsplejersken under graviditeten som en del af den kommunale sundhedspleje. I forbindelse med besøget udfylder sundhedsplejersken et besøgsark. Der er udfyldt et ark om graviditetsbesøget for 7,2 % af børnene født i 2011. Blandt børn født i 2010 havde 4,2 % et udfyldt ark fra graviditetsbesøget. Det er især Høje-Taastrup Kommune og Roskilde Kommune, som praktiserer graviditetsbesøg.

Figur 2.1. Forekomst af journaler med udfyldt ark fra graviditetsbesøg



Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen

Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen er defineret som alder ved første registrerede besøg i journalen.

I tabel 2.2 ses, at de fleste af børnene født i 2011 havde det første besøg af sundhedsplejen, da de var mellem fire og seks dage gamle (29,9 %). Samlet set fik 40,6 % af de nyfødte deres første besøg af sundhedsplejen, inden de var en uge gamle. Der er stor variation fra den ene kommune til den anden. Rødovre Kommune ligger højest med 64,3 %, som får besøg, inden barnet er en uge gammelt. En forholdsvis høj andel af børnene i den samlede population modtog deres første besøg, da de var over 14 dage gamle (13,0 %). Denne gruppe indeholder blandt andre tilflyttere samt børn, der har været indlagt længe efter fødslen, eksempelvis for tidligt fødte.

Tabel 2.2. Procentfordeling af børn efter alder ved første besøg af sundhedsplejen

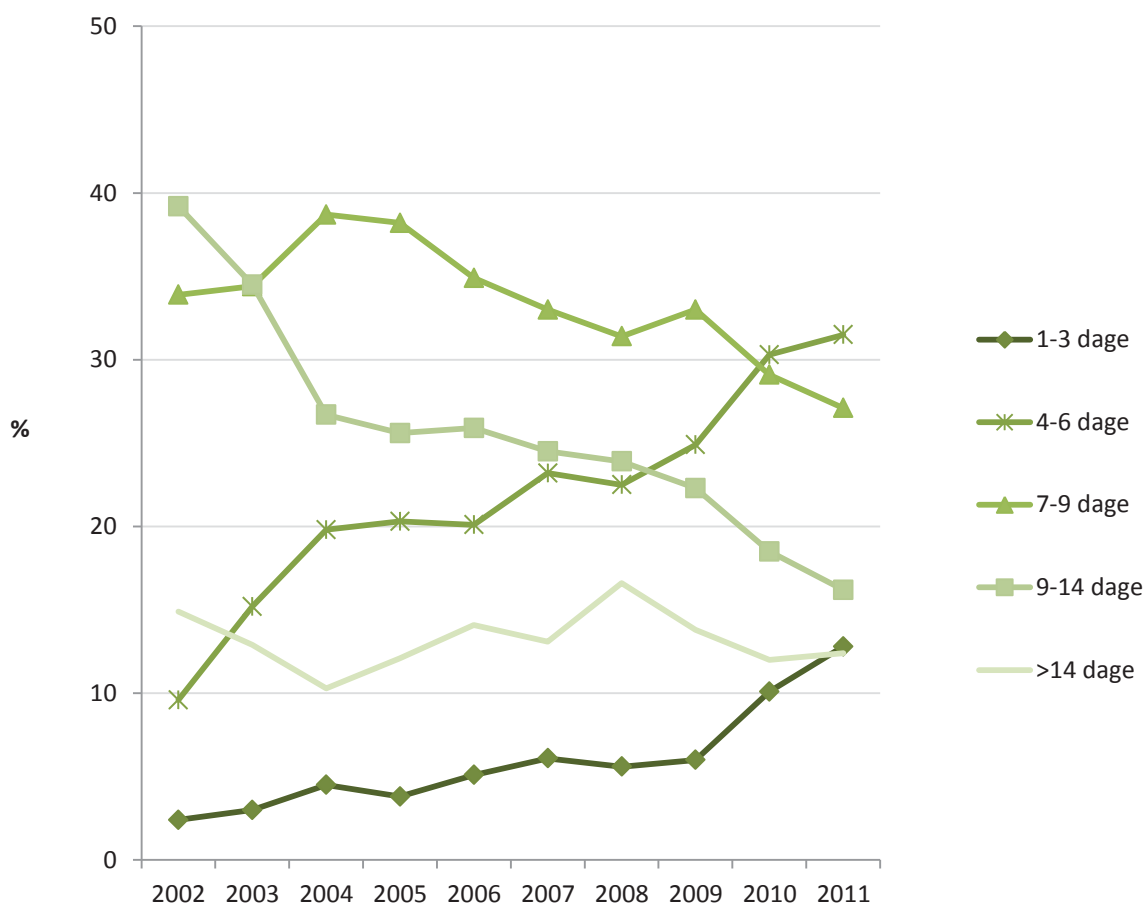
	1-3 dage	4-6 dage	7-9 dage	10-14 dage	>14 dage
Albertslund	3,6	30,5	35,9	16,8	13,2
Ballerup	13,4	33,8	24,7	17,0	11,1
Brøndby	8,7	21,8	29,2	26,1	14,2
Dragør	8,4	37,8	31,1	16,0	6,7
Gentofte	20,7	25,5	20,4	19,1	14,3
Glostrup	7,7	28,5	33,2	16,6	14,0
Herlev	16,4	38,9	23,3	10,3	11,1
Hvidovre	10,3	36,9	22,8	16,0	14,1
Høje-Taastrup	14,4	32,7	25,7	13,9	13,3
Køge	1,5	10,2	34,7	36,6	17,1
Roskilde	5,8	27,8	39,1	13,3	13,9
Rødovre	15,4	48,9	21,8	5,5	8,5
Tårnby	4,5	26,4	40,2	18,5	10,5
Samlet population	10,7	29,9	28,9	17,5	13,0

Der er 10,0 % af børnene, der ikke har oplysning om alder ved første besøg.

Lovmæssigt set er det regionerne, der har ansvaret for barselsplejen og omsorg for det nyfødte barn, indtil barnet er syv dage gammelt, eller til første besøg af sundhedsplejersken er aflagt. Første besøg i databasesamarbejdet er A-besøget, men flere kommuner aflægger et barselsbesøg, når barnet er to til fem dage gammelt.

Nedenfor vises udviklingen i barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen i perioden 2002 til 2011 i de ni kommuner, der har været en del af Databasen Børns Sundhed i hele perioden: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 2.2. Procentvis fordeling af børn efter alder ved første besøg af sundhedsplejen fra 2002 til 2011*



* Udviklingen er blandt de ni kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed i alle år fra 2002-2011.

I perioden 2002-2009 ses en svag stigning i andelen af børn, der har deres første besøg af sundhedsplejen, når de er en til tre dage gamle. Fra 2009 til 2011 fordobles andelen, der får besøg inden for de første tre dage, fra 6,0 % til 12,4 %. Ligeledes ses der fra 2009 til 2011 en kraftig stigning i andelen af børn, der får deres første besøg, når de er fire til seks dage gamle fra 24,9 % til 31,5 %. Samtidig ses et fald i andelen af

børn, der har deres første besøg, når de er syv til ni dage og ni til 14 dage gamle. Overordnet får børnene således besøg af sundhedsplejersken tidligere i 2011 end i de foregående år.

Antal besøg af sundhedsplejersken de første 30 dage

Antallet af besøg af sundhedsplejersken i de første 30 dage er defineret ud fra antallet af registreringer i journalen på forskellige datoer. I tabel 2.3 ses fordelingen af børn efter antal besøg de første 30 dage af barnets liv.

Tabel 2.3. Procentvis fordeling af børn efter antal besøg af sundhedsplejen de første 30 dage

	Ingen besøg	Et besøg	To besøg	Tre besøg	Mindst fire besøg
Albertslund	15,8	11,3	51,0	15,0	6,9
Ballerup	11,9	4,8	32,3	33,3	17,7
Brøndby	15,6	10,8	45,1	22,0	6,5
Dragør	21,1	7,8	31,7	31,0	8,4
Gentofte	22,6	8,5	30,7	29,0	9,2
Glostrup	20,2	9,0	40,8	19,9	10,1
Herlev	15,9	9,4	33,2	24,2	17,3
Hvidovre	20,7	9,4	38,6	25,0	6,3
Høje-Taastrup	13,8	7,0	35,4	34,1	9,7
Køge	18,1	36,6	32,9	9,4	3,0
Roskilde	13,9	8,6	46,2	20,1	11,2
Rødovre	15,1	4,5	39,5	29,2	11,7
Tårnby	17,9	9,5	48,5	19,0	5,1
Samlet population	17,0	10,7	38,7	24,3	9,3

Af tabel 2.3 ses, at størstedelen af børnene (72,3 %) har fået to eller flere besøg af sundhedsplejersken i de første 30 levedage. Det ses også, at 17 % ikke har fået besøg de første 30 dage. Denne gruppe kan dække over børn, der er indlagt i den første del af deres liv, samt tilflyttere, der ikke har været tilknyttet en af databasens kommuner de første 30 dage af barnets liv. Gruppen af børn, der har fået fire eller flere besøg er formentlig børn med svære helbredsmæssige problemer, store vanskeligheder med amning eller vægtudvikling, eller børn, hvor der er alvorlige sociale problemer i hjemmet.

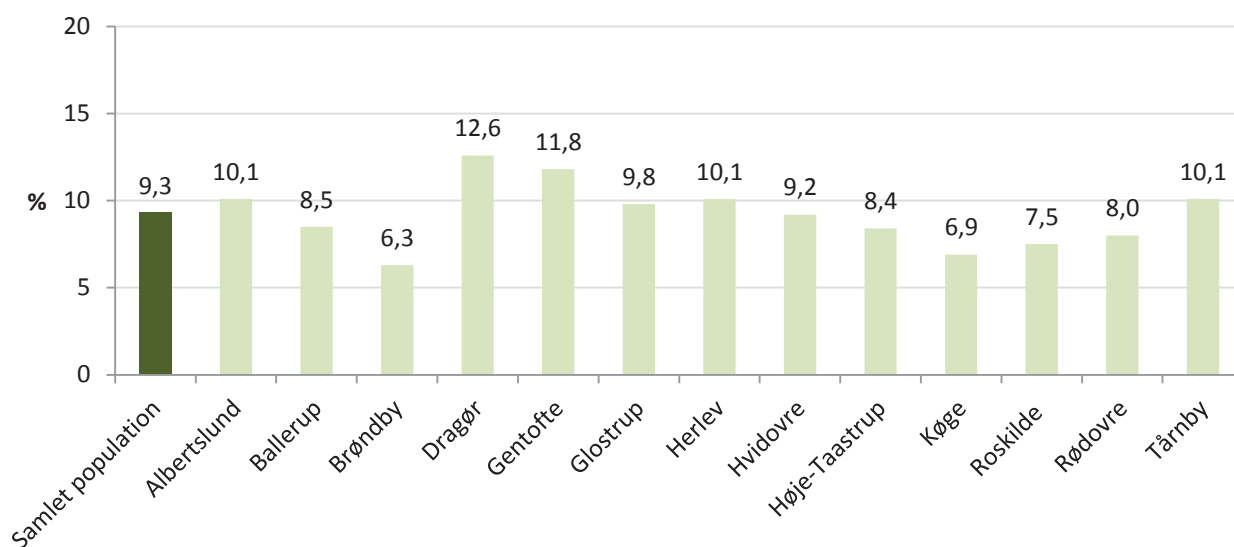
I årsberetningen om børn født i 2010 var der lidt færre, der fik tre (21,6 %) og fire (7,9 %) besøg inden for de første 30 dage af barnets liv, mens lidt flere børn fik ét besøg (16,4 %).

3. Graviditet og fødsel

Fertilitetsbehandling

Nuværende forskning tyder på, at børn der er født efter fertilitetsbehandling, klarer sig godt kognitivt og helbredsmæssigt, men at de har en let forøget risiko for præterm fødsel, lav fødselsvægt og medfødte misdannelser sammenlignet med børn undfanget ved spontan befrugtning (Basso & Baird, 2003; Bergh & Wennerholm, 2012; Henningsen et al., 2012; Ludwig et al., 2006). På landsplan blev cirka ni procent af alle børn født efter fertilitetsbehandling i 2010. Antallet af fødsler efter fertilitetsbehandling i Danmark er cirka fordoblet i perioden fra 1997 til 2010 (Ingerslev et al., 2012). I figur 3.1 ses forekomsten af børn født efter fertilitetsbehandling i 2011 i de tretten kommuner, der indgår i årsberetningen.

Figur 3.1. Forekomst af børn født efter fertilitetsbehandling



I den samlede population blev 9,3 % af børnene født efter fertilitetsbehandling. I årsberetningen om børn født i 2010 var 8,7 % af børnene født efter fertilitetsbehandling. Information om fertilitetsbehandling mangler for 42,1 % af børnene.

Indlæggelseslængde

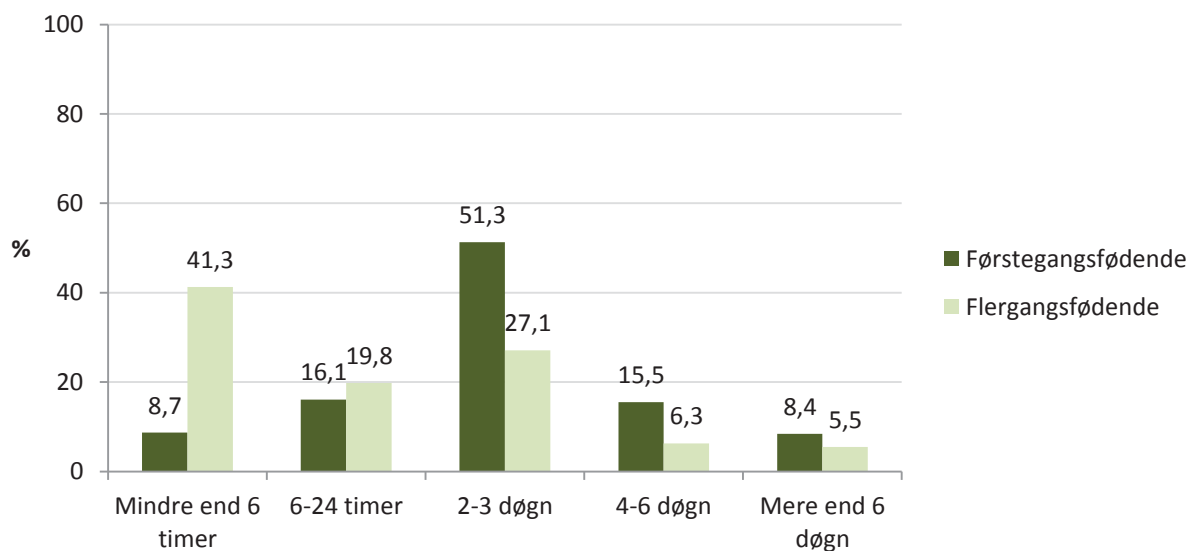
Den gennemsnitlige indlæggelsestid i forbindelse med fødslen er faldet fra 3,5 dage i 2005 til 2,8 dage i 2010 (Brixval & Koushede, 2011). En stigning i genindlæggelser af nyfødte på grund af ernæringsproblemer i samme periode har medført en bekymring blandt fagfolk om konsekvenserne af de kortere indlæggelser (Thøstesen & Fenger-Grøn, 2011). Forskning omkring konsekvenserne af kortere indlæggelsestid i forbindelse med fødsel er imidlertid begrænset, og det er derfor vanskeligt at vurdere, hvorvidt der er en sammenhæng mellem kortere indlæggelsestid og genindlæggelser af nyfødte (Hornnes, 2011). Af tabel 3.1 ses, at omkring en fjerdedel af børnene blev udskrevet inden for seks timer efter fødslen. Størstedelen (cirka 40 %) af børnene født i 2011 blev udskrevet to til tre dage efter fødslen. Indlæggelseslængden blandt børn født i 2011 svarer til den fordeling, der sås i årsberetningen om børn født i 2010. I 21,7 % af journalerne er der ikke oplysninger om indlæggelseslængde.

Tabel 3.1. Procentvis fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødsel

	< 6 timer	6-24 timer	2-3 dage	4-6 dage	> 6 dage
Albertslund	25,5	14,4	43,3	7,7	9,1
Ballerup	31,7	21,7	31,5	10,7	4,4
Brøndby	20,8	12,1	49,9	9,8	7,5
Dragør	39,1	10,5	35,2	8,6	6,7
Gentofte	29,5	16,4	37,1	9,1	8,0
Glostrup	19,8	15,5	43,0	15,5	6,3
Herlev	22,8	21,1	38,2	11,8	6,1
Hvidovre	28,2	14,8	43,0	8,6	5,5
Høje-Taastrup	23,4	24,0	36,8	9,1	6,7
Køge	16,6	19,0	39,7	15,6	9,3
Roskilde	12,5	18,7	41,7	17,7	9,4
Rødovre	29,0	22,7	36,1	7,9	4,4
Tårnby	26,3	13,4	44,3	10,6	5,4
Samlet population	24,2	17,9	39,8	11,1	7,0

I figur 3.2 ses indlæggelseslængden i forhold til, om det er første- eller flergangsfødende. Omkring 50 % af de førstegangsfødende var indlagt to til tre døgn efter fødslen, mens dette kun gjaldt 27,1 % af de flergangsfødende. Omkring 40 % af de flergangsfødende blev udskrevet mindre end seks timer efter fødslen.

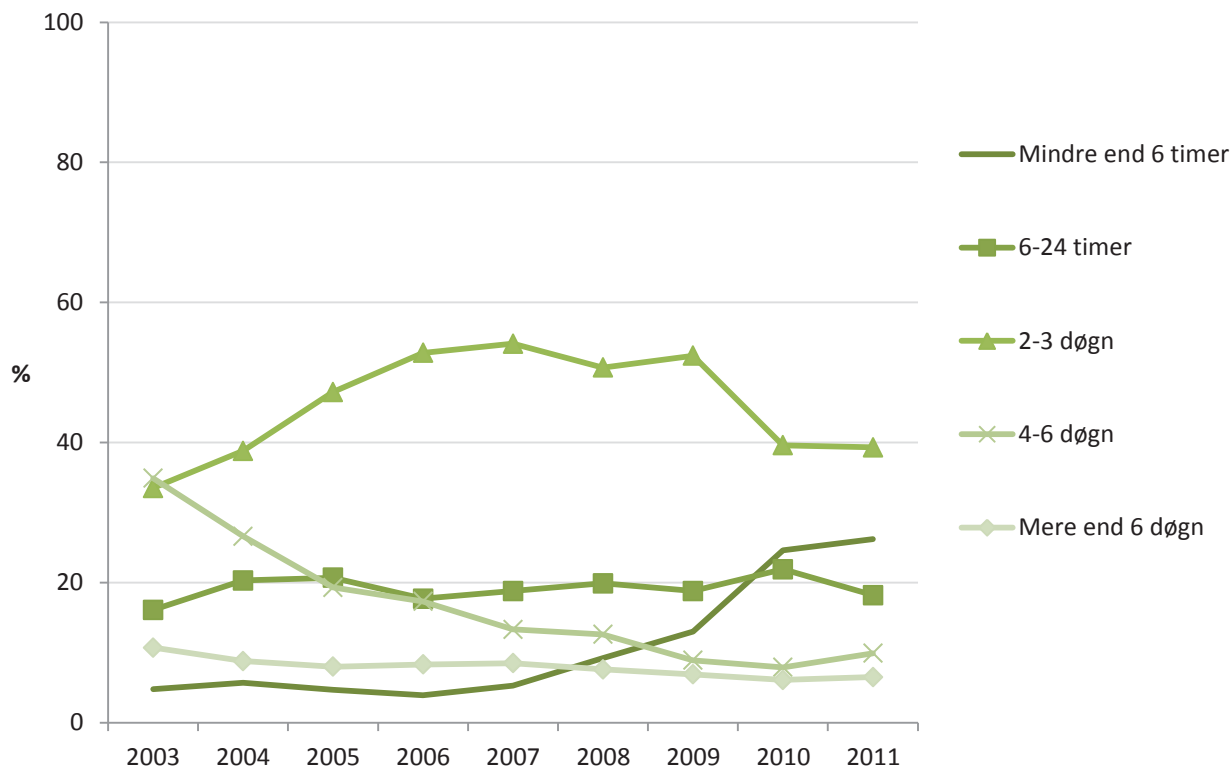
Figur 3.2. Fordeling af indlæggelseslængde efter mors paritet



Figur 3.3 viser udviklingen i indlæggelseslængde fra 2003 til 2011 i de ni kommuner, der har været en del af Databasen Børns Sundhed i hele perioden: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby. Overordnet er der i løbet af perioden fra 2003 til 2011 sket en forskydning i indlæggelseslængden, således at mor og barn udskrives stadig tidligere fra fødestedet. Andelen af mødre og børn udskrevet inden for seks timer steg markant fra 2009 til 2011, fra 13,0 % i 2009 til 26,2 % i 2011, mens andelen af børn, der er udskrevet senere end 24 timer er faldet. Andelen,

der er indlagt seks dage eller mere er stort set konstant i perioden 2003-2011. Denne gruppe indeholder sandsynligvis en del for tidligt fødte børn og børn, hvor der har været svære komplikationer i forbindelse med fødslen.

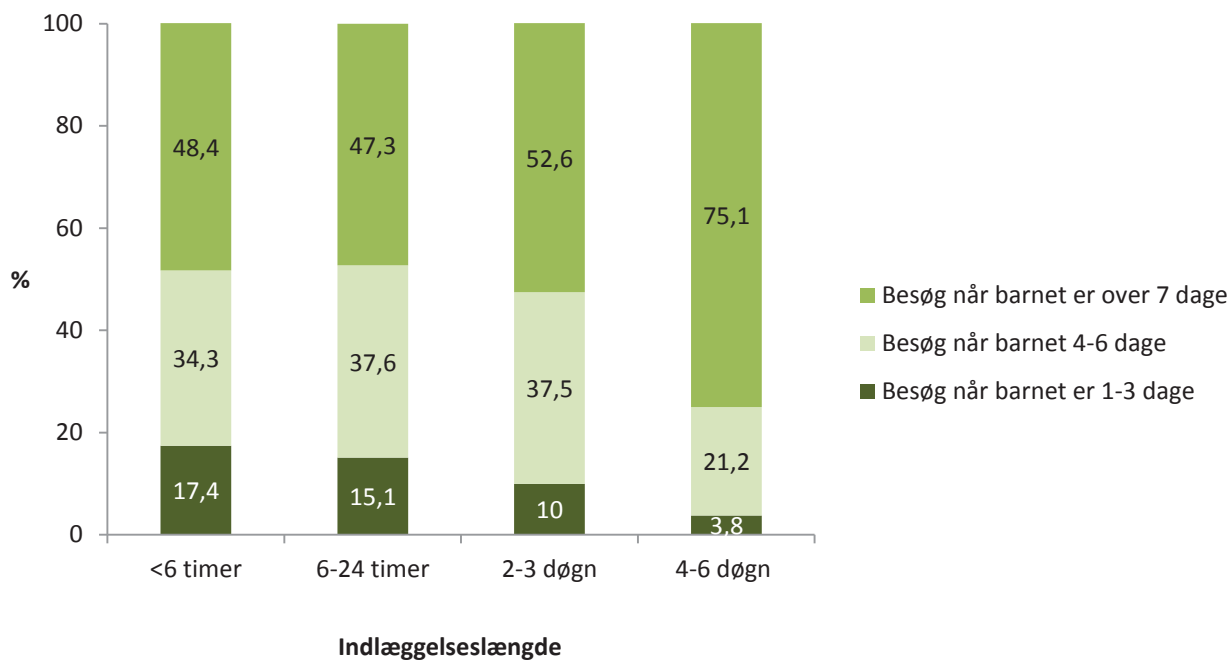
Figur 3.3. Fordeling af indlæggelseslængde i perioden 2003-2011*



*Der mangler data fra 2002, hvor der ikke er oplysninger om indlæggelseslængden. Udviklingen er blandt de ni kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed i alle år fra 2003-2011.

Sundhedsstyrelsen anbefaler et tidligt hjemmebesøg hos de kvinder, der er udskrevet tidligt fra fødestedet – særligt hvis der er tale om en ambulant fødsel (Sundhedsstyrelsen, 2011). Ud fra denne anbefaling må man forvente flere tidlige besøg hos de tidligt udskrevne. I figuren nedenfor (3.4) ses barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen i forhold til indlæggelseslængde blandt børn født i 2011.

Figur 3.4. Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen opdelt efter indlæggelseslængde



Figur 3.4 viser, at:

- Af de børn, der blev udskrevet inden for seks timer efter fødslen, fik 17,4 % besøg af sundhedsplejen inden barnet var tre dage gammelt; 34,3 % fik første besøg, da barnet var fire til seks dage gammelt og 48,4 % fik besøg, da barnet var mere end syv dage.
- Af de børn, der var indlagt mellem fire og seks dage, fik 75,1 % besøg, da barnet var mere end syv dage.
- Samlet set er der en tendens til, at de familier der udskrives inden for 24 timer i højere grad får tidligt besøg af sundhedsplejen.

Fødested

De fleste danske kvinder føder på hospital. Størstedelen af børnene i årsberetningen er født på hospitalerne i Herlev (42,2 %) og Hvidovre (26,7 %) eller på Rigshospitalet (6,7 %). I 21,0 % af journalerne er der ikke oplysninger om, hvilket hospital børnene er født på.

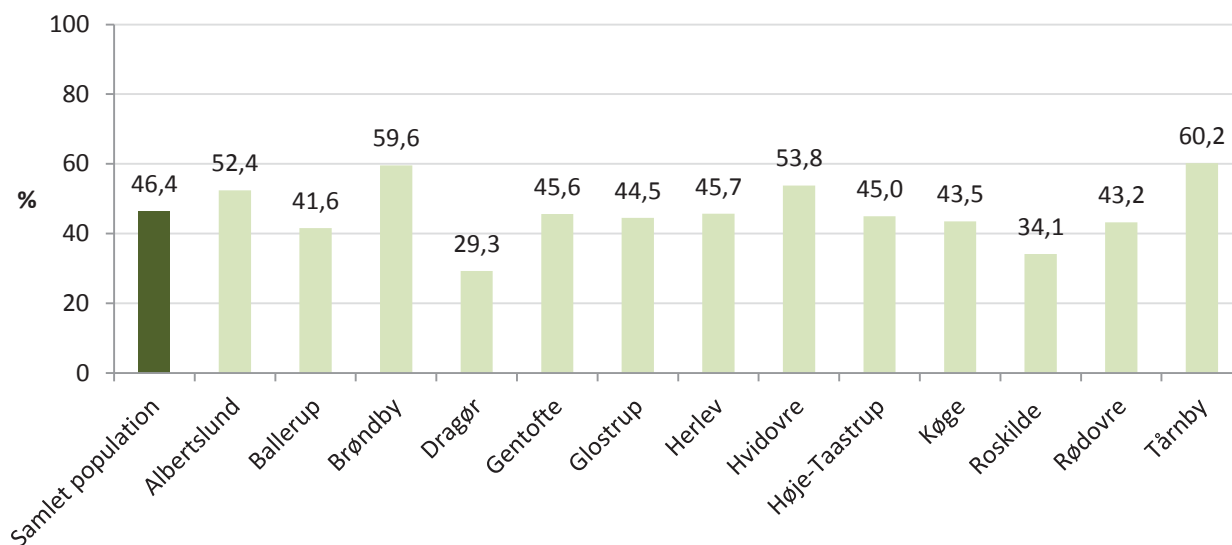
Fødselsforløb

Komplikationer i forbindelse med fødslen eller en negativ fødselsoplevelse kan have langvarige psykologiske eftervirkninger, hvilket kan påvirke blandt andet forældre-barn tilknytningen (Gullestrup & Terp, 2008; Lapp et al., 2010; Rowlands & Redshaw, 2012). Et nyligt publiceret norsk studie tyder på, at den subjektive fødselsoplevelse betyder væsentlig mere end obstetriske komplikationer i forhold til risikoen for at udvikle symptomer på post traumatisk stress efter fødslen (Garthus-Niegel et al., 2013). Desuden kan en negativ fødselsoplevelse påvirke ønsker om fremtidige børn, forventninger til

fremtidige fødsler og ønsker til fremtidige fødselsforløb, herunder planlagt kejsersnit (Gottvall & Waldenström, 2002; Pang et al., 2008). De fleste fødsler forløber uden alvorlige komplikationer eller hændelser, men i nogle tilfælde er fødselsforløbene vanskeligere, og der kan opstå større eller mindre komplikationer undervejs.

Ved etableringsbesøget (A-besøget) registrer sundhedsplejerskerne, om der er bemærkninger i forbindelse med fødslen. Bemærkninger til fødslen dækker over komplikationer, dårlig fødselsoplevelse eller andet. I figur 3.5 ses forekomsten af bemærkninger til fødslen.

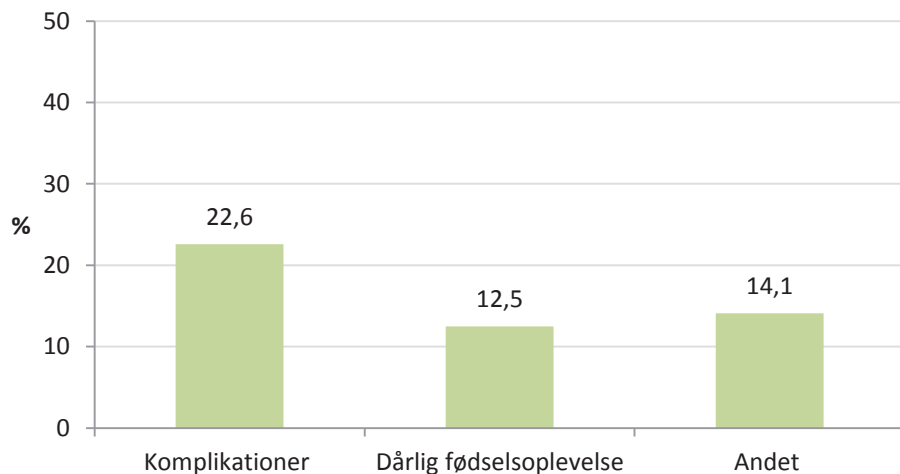
Figur 3.5. Forekomst af bemærkninger i forbindelse med fødslen



I den samlede population havde 46,4 % af børnene bemærkninger til fødslen. Forekomsten er særligt høj i Brøndby (59,6 %) og Tårnby (60,2 %) mens den er lavest i Dragør (29,3 %). I årsberetningen om børn født i 2010 var der bemærkninger til 43,5 % af fødslerne. For 29,0 % af børnene mangler denne oplysning, hvilket primært skyldes manglende registreringer fra etableringsbesøget.

Figur 3.6 viser, hvad disse bemærkninger til fødslen dækker over. Af figuren ses, at der blandt 22,6 % af børnene er registreret komplikationer i forbindelse med fødslen, 12,5 % har bemærkninger til fødselsoplevelsen og yderligere 14,1 % har bemærkninger til andet i forbindelse med fødslen.

Figur 3.6. Forekomst af bemærkninger i forbindelse med fødslen: komplikationer, dårlig fødselsoplevelse og andre problemer

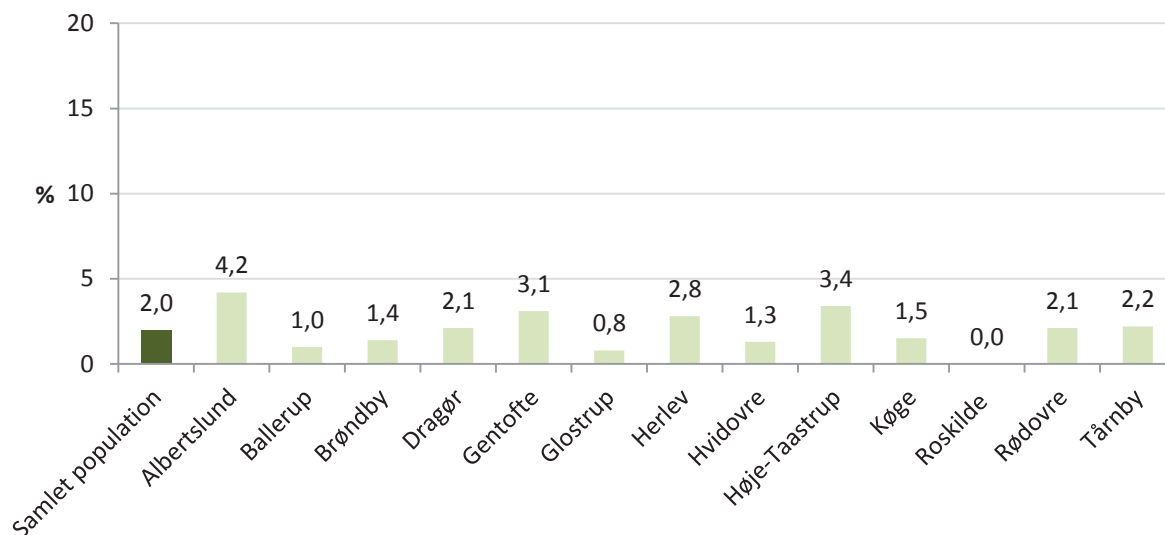


Køn, flerfødsel og paritet

Af de børn, der indgår i denne årsberetning, er 49,1 % piger og 50,9 % drenge, hvilket svarer til, at der er født 120 flere drenge end piger i 2011. Denne fordeling stemmer godt overens med tal fra Danmarks Statistik om fødsler i 2011 samt med årsberetningen om børn født i 2010.

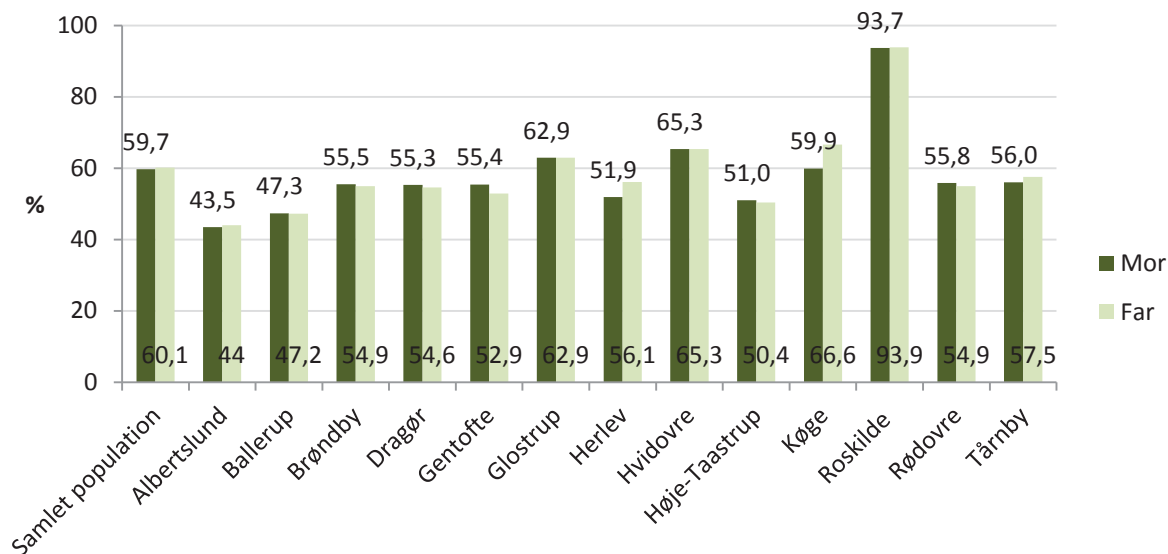
I figuren nedenfor ses andelen af børn, der er flerfødt, det vil sige tvillinger eller trillinger. For den samlede population født i 2011 er 2,0 % flerfødt, hvilket er i god overensstemmelse med andelen i årsberetningen om børn født i 2010.

Figur 3.7. Forekomst af flerfødsler



Nedenstående figur viser andelen af børn af førstegangsmødre og førstegangsfædre.

Figur 3.8. Forekomst af førstegangsmødre og førstegangsfædre



For den samlede population af børn født i 2011 er 59,7 % af mødrene førstegangsfødende, mens det for 60,1 % af fædrene er deres første barn (figur 3.8). I Roskilde Kommune ses en meget høj forekomst af førstegangsfædre, hvilket kan tyde på en registreringsfejl.

For de resterende børn i årsberetningen (40,3 %), er det for 27,4 % af mødrene deres andet barn, 10,0 % deres tredje barn, 2,1 % deres fjerde barn og 0,8 % deres femte barn eller højere (ikke vist i figur). I forhold til fædrene er det for 25,9 % deres andet barn, 10,1 % deres tredje barn, for 2,8 % deres fjerde barn og for 1,1 % er det deres barn nummer fem eller højere. Andelene ligger på niveau med årsberetningen om børn født i 2010. Der mangler oplysninger om mors paritet (antallet af fødsler) for 0,9 % af børnene og om fars paritet for 1,0 % af børnene.

Gestationsalder

Gestationsalder er fosterets aktuelle alder, som bestemmes ved ultralydsscanning eller på baggrund af sidste menstruations første dag. De fleste børn fødes med en gestationsalder mellem 37 og 42 uger. For tidlig fødsel defineres som fødsel før 37. uge. Børn, der fødes for tidligt, er ofte ikke udviklingsmæssigt parate til livet uden for livmoderen, og for tidlig fødsel anses som den førende årsag til dødelighed i neonatalperioden, som dækker over de første 28 dage af barnets liv (Grane & Grytter, 2010; Wilcox, 2010b). Børn født for tidligt har en øget risiko for en række udviklingsforstyrrelser, herunder epilepsi og autisme. Risikoen for udviklingsforstyrrelser stiger, desto tidligere barnet er født. Hvorvidt den forøgede risiko skyldes præterm fødsel i sig selv eller eventuelle bagvedliggende faktorer, der har udløst præterm fødsel, er endnu uafklaret (Wilcox, 2010b). I 2011 blev 6,5 % af alle levendefødte børn i Danmark født for tidligt (< uge 37) (Sundhedsstyrelsen, 2012). Information om gestationsalder indhentes fra fødselsanmeldelsen, og tabellen nedenfor viser fordelingen af børnene i Databasen Børns Sundhed efter gestationsalder ved fødslen.

Tabel 3.2. Procentvis fordeling af børn efter gestationsalder ved fødslen

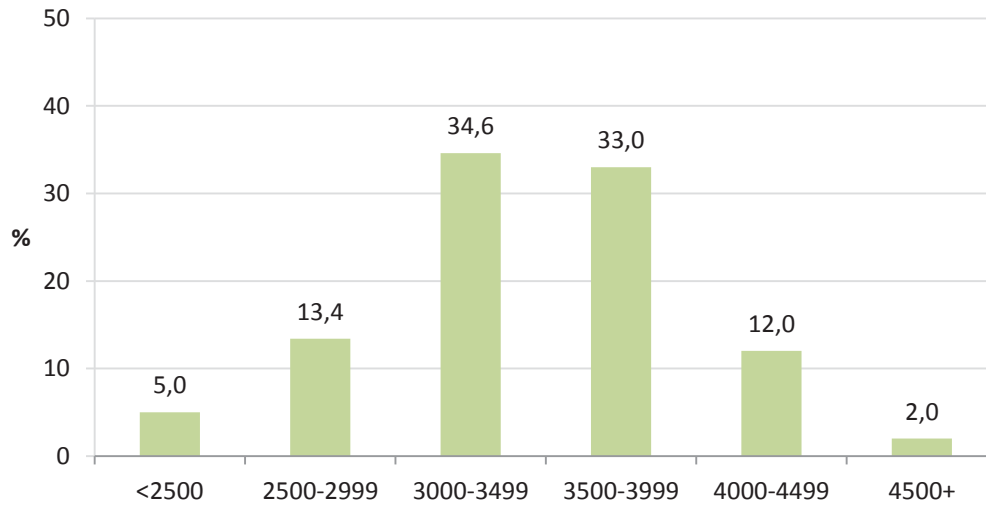
	Uge 20-28	Uge 29-32	Uge 33-36	Uge 37-44
Albertslund	1,1	2,1	4,2	92,6
Ballerup	0	0,3	4,0	95,7
Brøndby	0,6	0,6	5,2	93,6
Dragør	0,9	0,0	8,9	90,2
Gentofte	0,8	1,1	5,8	92,3
Glostrup	1,0	1,4	3,9	93,7
Herlev	0,0	0,0	3,1	96,9
Hvidovre	0,2	0,5	5,8	93,6
Høje-Taastrup	0,6	1,4	5,3	92,7
Køge	0,3	1,3	4,0	94,3
Roskilde	0,0	1,6	9,1	89,3
Rødovre	0,2	0,2	2,9	96,6
Tårnby	0,5	0,8	4,9	93,7
Samlet population	0,5	0,9	5,0	93,6

Det ses af tabel 3.2, at langt hovedparten af børnene (93,6 %) er født inden for normalområdet (37-44 uger). Gestationsalderen for de resterende børn fordeler sig således, at 0,5 % er født i uge 20-28 (ekstremt tidligt født), 0,9 % er født i uge 29-33 (meget tidligt født), mens 5,0 % er født i uge 33-36 (tidligt født). Denne fordeling adskiller sig ikke væsentligt fra årsberetningen om børn født 2010. En andel på 30,2 % af børnene har ikke oplysninger om gestationsalder eller har urealistiske oplysninger, det vil sige en gestationsalder under 20 uger eller over 44 uger.

Fødselsvægt

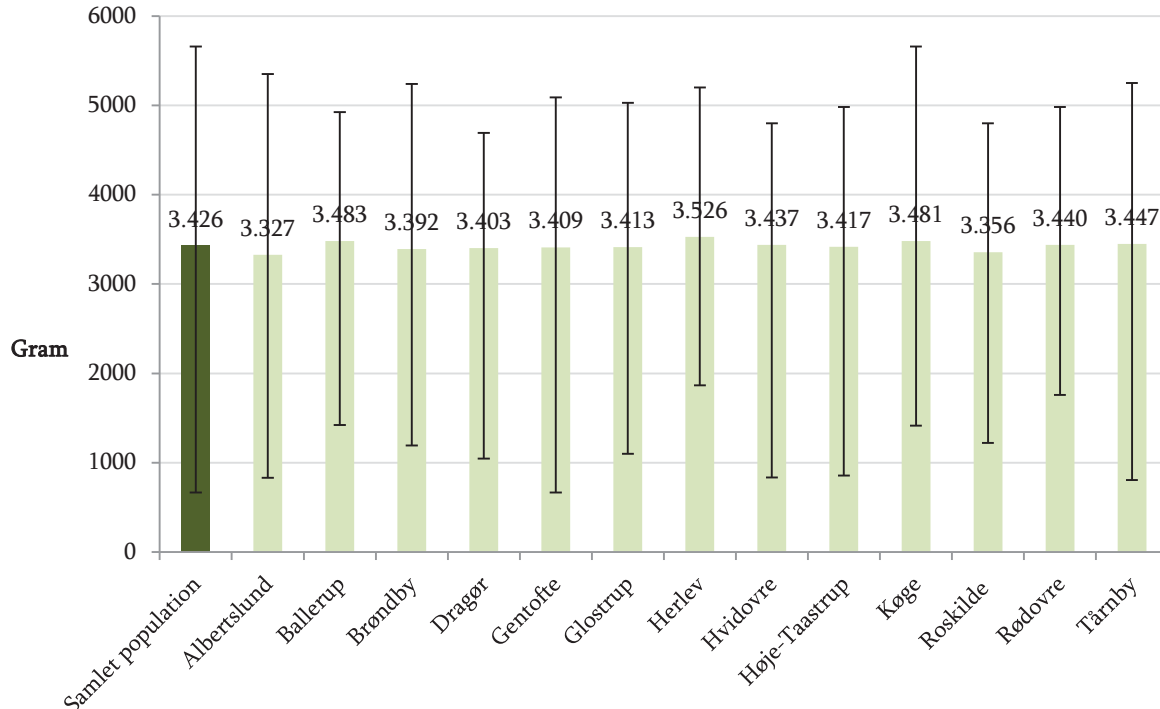
Lav fødselsvægt er, ligesom for tidlig fødsel, forbundet med øget risiko for død i neonatalperioden og anses som en vigtig prædikator for barnets sundhed og udvikling på længere sigt (Wilcox, 2010a). Lav fødselsvægt defineres ved fødselsvægt under 2500 gram. Ifølge Danmarks Statistik var den gennemsnitlige fødselsvægt for alle levendefødte børn i Danmark i 2010 3469 gram, og andelen af børn født med lav fødselsvægt (<2500 gram) udgjorde 5,1 %. Oplysninger om fødselsvægt i årsberetningen stammer fra fødselsanmeldelsen. I 3.9 figur ses fordelingen af børnene i årsberetningen efter fødselsvægt. I figuren ses, at 5,0 % af børnene, er født med en vægt under 2500 gram. Således afviger andelen af børn med lav fødselsvægt i denne rapport ikke fra landsgennemsnittet. Et mindretal af børnene fødes med en fødselsvægt over 4500 gram (2,0 %). Fordelingen af fødselsvægt stemmer overens med den fordeling, der sås i årsberetningen om børn født i 2010. For 35,2 % af børnene mangler information om fødselsvægt.

Figur 3.9. Procentvis fordeling af børn efter fødselsvægt



I figur 3.10 ses børnenes gennemsnitsvægt ved fødslen. De lodrette sorte pinde repræsenterer spændet mellem den højeste og den laveste fødselsvægt. For den samlede population i årsberetningen er gennemsnitsvægten 3426 gram (variation: 665 gram – 5660 gram), hvilket er tilsvarende årsberetningen om børn født i 2010, hvor gennemsnitsvægten var 3457 gram.

Figur 3.10. Gennemsnitlig fødselsvægt samt højeste og laveste fødselsvægt (lodrette streger)



Apgarscore

Apgarscore er et mål for barnets tilstand lige efter fødslen. Barnets tilstand vurderes ét, fem og ti minutter efter fødslen af en jordemoder eller børnelæge, som tildeler barnet fra nul til to point på fem områder (vejrtrækning, hudfarve, hjerteslag, reflekser og muskelspændinger). Således kan barnet score fra nul til ti i apgarscore. En apgarscore under syv efter fem minutter er som regel tegn på iltmangel under fødslen. Langt de fleste børn med en lav apgarscore klarer sig efterfølgende på lige fod med andre børn (Sundhedsstyrelsen, 2008). Børn med en lav apgarscore har dog en forøget risiko for spædbarnsdødelighed og neurologiske skader, herunder cerebral parese, epilepsi og kognitive vaskeligheder senere i livet (Casey et al., 2001; Ehrenstein, 2009; Ehrenstein et al., 2009; Jiong et al., 2011; Stuart et al., 2011; Thorngren-Jerneck & Herbst, 2001). Oplysninger om apgarscore er indhentet fra fødselsanmeldelsen. I tabel 3.3 ses fordelingen af børn født i 2011 efter apgarscore fem minutter efter fødslen.

Tabel 3.3. Procentvis fordeling af børn efter apgarscore fem minutter efter fødslen

	1-4 point	5-6 point	7-9 point	10 point
Albertslund	0,4	0,0	5,3	94,4
Ballerup	0,3	0,3	4,0	95,4
Brøndby	0,3	0,6	3,7	95,4
Dragør	0,0	0,9	3,7	95,4
Gentofte	0,2	0,5	3,1	96,2
Glostrup	0,0	0,5	4,3	95,2
Herlev	0,0	0,0	3,1	96,9
Hvidovre	0,2	0,7	5,8	93,3
Høje-Taastrup	0,4	0,8	6,7	92,1
Køge	1,3	0,7	10,7	87,3
Roskilde	0,8	0,8	15,5	82,9
Rødovre	0,5	0,0	4,8	94,7
Tårnby	0,3	0,5	9,5	89,7
Samlet population	0,4	0,5	6,0	93,2

I den samlede population af børn født i 2011 har 0,4 % scoret 1-4 point, 0,5 % har scoret 5-6 point, 6,0 % har scoret 7-9 point, mens 93,2 % har scoret 10 point. Langt hovedparten af børnene opnår altså maksimal apgarscore fem minutter efter fødslen. Disse andele er i overensstemmelse med årsrapporten om børn født i 2010. For 30,3 % af børnene er apgarscore uoplyst eller højere end 10, hvilket betragtes som fejl i data.

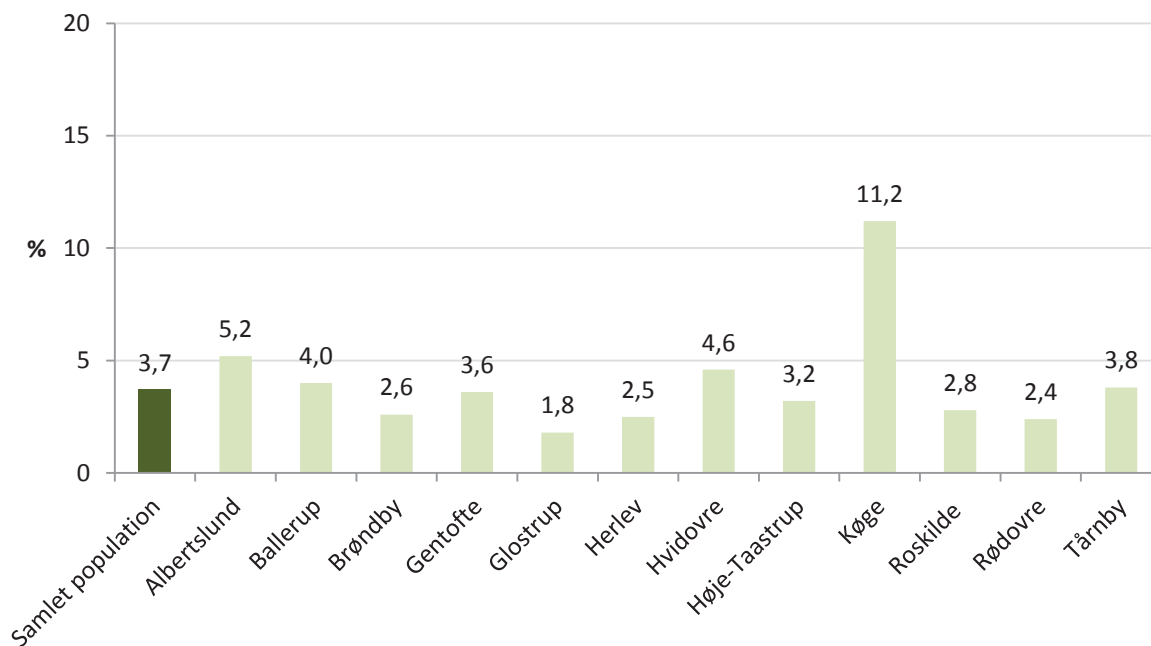
Handicap og misdannelser ved fødslen

Der er meget lidt viden om, hvordan børn med handicap trives, og hvilke udfordringer familier med handicappede børn oplever i hverdagen. At få et handicappet barn er ressourcekrævende, og forældre til børn med handicap står overfor mange udfordringer. Derfor er det vigtigt, at familierne får tilstrækkelig information om hvilken støtte indenfor sundheds-, undervisnings- og socialsektor, deres barn kan have gavn af (Michelsen et al., 2010). Børne Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2005 (Johansen et al., 2009) viste, at handicappede børn oftere var syge og havde symptomer som f.eks. mavepine, hovedpine

mv., oftere var overvægtige, samt at lidt færre af de handicappede børn dyrkede sport, sammenlignet med børn uden handicap.

I journalen registrerer sundhedsplejersken, om der er medfødte handicap eller misdannelser. Med handicap og misdannelser menes anomalier, der forventes at give barnet tab eller begrænsninger i mulighederne for at deltage på lige fod med andre. Det er ikke registreret, hvilke handicap og misdannelser der er tale om, og registreringerne dækker således over alt fra meget små til vidtgående handicap. Andelen af børn med handicap og misdannelser er næsten uændret fra de tidligere årsrapporter. I figuren nedenfor ses forekomsten af handicap og misdannelser ved fødslen. Forekomsten er særligt høj i Køge, hvilket kan skyldes, at der mangler information om medfødte handicap og misdannelser i en meget stor del af journalerne. I Dragør Kommune er medfødte handicap og misdannelser ikke registreret i nogen af journalerne og kommunen indgår derfor ikke i figuren. I de resterende tolv kommuner mangler der information om medfødte handicap og misdannelser i 45,0 % af journalerne.

Figur 3.11. Forekomst af handicap og misdannelser ved fødslen

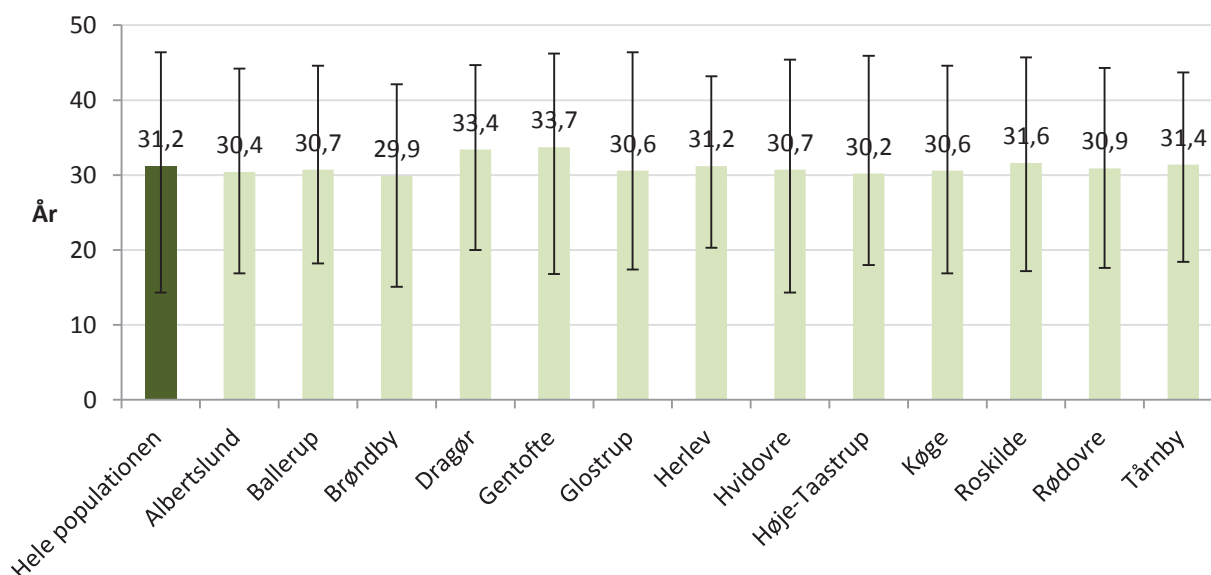


4. Forhold i familien og hjemmet

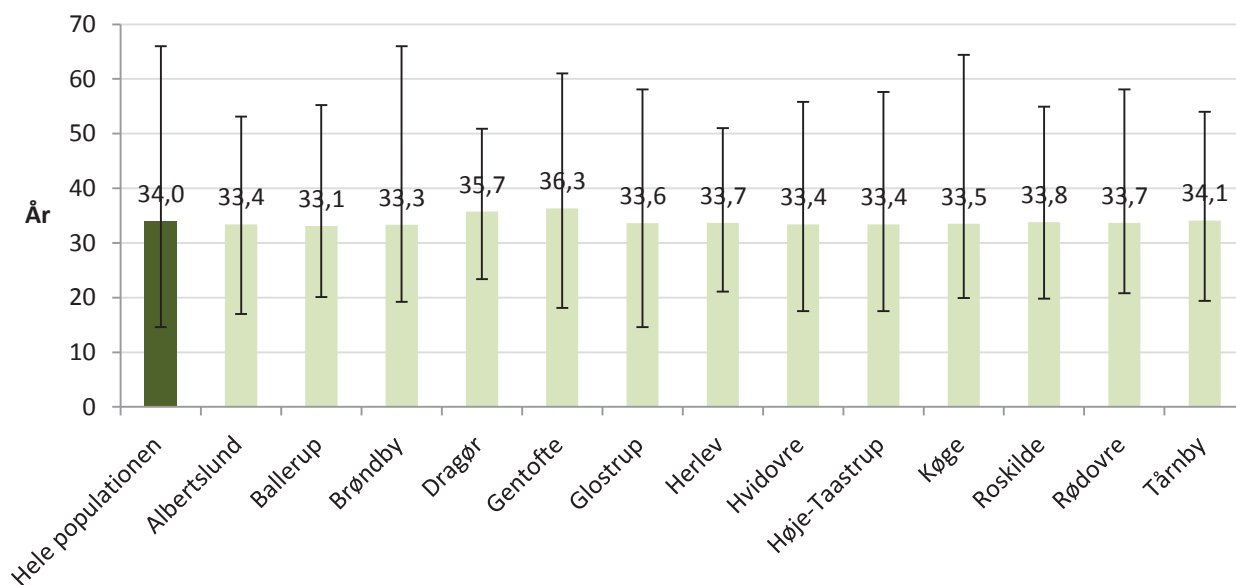
Forældrenes alder ved fødslen

Forældrenes alder, særligt moderens alder under graviditeten, kan have indflydelse på barnets udvikling. Risikoen for psykomotoriske vanskeligheder og generiske mutationer som Down's syndrom stiger med den gravides alder (Iwayama et al., 2011; Sandin et al., 2012). Desuden falder chancen for at blive gravid desto ældre kvinden er (Kesmodel, 2012). Gennemsnitsalderen for førstegangsfødende er siden slutningen af 1970'erne frem til 2007, steget med cirka fem år; fra 24,1 år til 29,2 år. Herefter ser gennemsnitsalderen ud til at være stagneret omkring de 29 år for førstegangsfødende. En tilsvarende udvikling i alderen er sket blandt alle fødende kvinder i Danmark, hvor stigningen umiddelbart ser ud til at fortsætte. Gennemsnitsalderen for fædre er ligeledes steget fra 30,0 år i 1980 til 33,0 år i 2006 (Danmarks Statistik). I tabel 4.1 og 4.2 ses gennemsnitsalderen ved barnets fødsel for alle mødre og fædre i årsberetningen. De lodrette sorte streger markerer den yngste og ældste mor/far i kommunen.

Figur 4.1. Mødrenes gennemsnitsalder ved fødslen



Figur 4.2. Fædrenes gennemsnitsalder ved fødslen



Mødrenes gennemsnitsalder ved barnets fødsel er 31,2 år (variation: 14,3 – 46,4 år). For førstegangsmødre (n=2.965) er gennemsnitsalderen 30,1 år (variation: 14,3 – 46,4 år) (ikke vist i figur). Fædrenes gennemsnitsalder ved barnets fødsel er 34,0 år (variation: 14,6 – 66,0 år). I følge Sundhedsstyrelsens Fødselsstatistik 2011 var gennemsnitsalderen for mødre 30,9 år (førstegangsfødende: 29,1 år) (Sundhedsstyrelsen, 2012). Sammenholdt med landsgennemsnittet er mødrene i databasen således lidt ældre. Tabel 4.1 viser fordelingen af børn grupperet efter mors og fars alder.

Tabel 4.1. Procentvis fordeling af børn efter forældrenes alder ved fødslen

	Mor				Far			
	<25 år	25-29 år	30-34 år	≥35	<25 år	25-29 år	30-34 år	≥35
Albertslund	14,4	30,5	37,1	18,0	6,4	23,0	29,7	40,8
Ballerup	16,8	25,9	34,0	23,3	8,1	24,2	32,1	35,6
Brøndby	18,2	34,0	30,1	17,7	6,4	22,7	37,2	33,8
Dragør	4,3	19,3	41,4	35,0	2,9	13,0	29,0	55,1
Gentofte	3,8	17,2	38,8	40,2	1,6	10,4	32,2	55,7
Glostrup	16,9	31,5	30,2	21,4	8,9	24,7	25,5	40,9
Herlev	9,0	30,8	38,8	21,5	7,0	22,5	31,8	38,8
Hvidovre	14,7	28,0	36,8	20,5	6,0	23,4	35,4	35,2
Høje-Taastrup	16,8	32,1	32,4	18,7	5,1	24,3	36,9	33,7
Køge	16,7	31,7	29,7	21,9	5,7	23,9	31,8	38,7
Roskilde	8,4	28,7	35,7	27,2	4,2	19,7	36,4	39,7
Rødovre	12,7	31,3	32,5	23,5	5,4	22,2	35,7	36,8
Tårnby	11,4	27,1	38,0	23,6	4,4	18,2	37,4	40,1
Samlet population	12,4	27,9	35,0	24,7	5,2	20,5	33,9	40,4

Af tabel 4.1 ses, at 12,4 % af mødre og 5,2 % af fædre i den samlede population er under 25 år ved fødslen. For 1,1 % af mødre og 6,7 % af fædre til børn født i 2011 mangler angivelse af cpr-numre, hvorfor alderen ikke kunne beregnes.

Forældres uddannelse og erhvervsstatus

Der er store sociale forskelle i de livsbetingelser børn fødes med. Blandt andet ses sociale forskelle i spædbarnsdødelighed, fødselsvægt og for tidlig fødsel. Forældrenes socioøkonomiske position ved fødslen spiller derfor en væsentlig rolle for barnets sundhed og udvikling (Ellegaard Jørgensen et al., 2013; Jørgensen & Andersen, 2007; Wadsworth & Butterworth, 2006). Uddannelsesniveau og erhvervsstatus anvendes her som indikatorer for forældrenes socioøkonomiske position. Sundhedsplejersken registrerer oplysninger om forældrenes skolegang og aktuelle erhvervsstatus omkring fødselstidspunktet. I nedenstående tabel vises andelen af mødre og fædre med 10. klasse som højeste uddannelsesniveau samt andelen af mødre og fædre uden aktuelt arbejde.

Tabel 4.2. Procentvis fordeling af børn efter forældrenes uddannelse og erhvervsstatus

	Uddannelse, max 10. klasse		Uden aktuel erhvervstilknytning	
	Mor	Far	Mor	Far
Albertslund	22,5	22,1	28,4	11,2
Ballerup	15,9	18,1	23,6	8,0
Brøndby	22,3	24,6	33,0	9,2
Dragør	1,4	4,7	14,0	4,8
Gentofte	2,6	2,8	10,7	1,7
Glostrup	16,8	19,1	21,4	5,2
Herlev	14,4	12,7	21,5	9,9
Hvidovre	18,0	15,6	22,3	6,7
Høje-Taastrup	19,8	20,8	32,5	8,8
Køge	16,2	9,2	25,6	7,4
Roskilde	5,6	3,6	20,0	5,8
Rødovre	13,1	11,3	26,3	8,0
Tårnby	7,5	9,6	14,8	6,7
Samlet population	14,3	14,2	23,8	7,1

Blandt børn med oplysninger om forældrenes uddannelse, har 14,3 % af mødre og 14,2 % af fædre maksimalt 10. klasse. Der er stor variation mellem kommunerne, og forekomsten er højest i Albertslund, Brøndby og Høje-Taastrup. Der mangler registrering af uddannelsesniveau for 48,2 % af mødre og 60,9 % af fædre. Således er der væsentlige usikkerheder forbundet med rapporteringen af uddannelsesniveau.

I forhold til forældrenes erhvervsstatus ved fødslen er 23,8 % af mødre og 7,1 % af fædre registreret uden aktuel erhvervstilknytning. Der mangler oplysninger om erhvervsstatus for 52,4 % af mødre og 62,7 % af fædre.

Familietype

Familien spiller en afgørende rolle for børns sundhed og sygelighed (Christensen, 2001; Nielsen et al., 2001). Størstedelen af danske børn bor sammen med begge forældre, men en mindre andel bor i sammenbragte familier eller sammen med mor eller far. Enlige forældre har ofte en mere belastet dagligdag, idet de generelt har dårlige levevilkår og færre ressourcer end samlevende og gifte forældre (Bauman et al., 2006; Johansen et al., 2009). Disse forhold kan påvirke børnenes sundhed og trivsel; blandt andet benytter enlige forældre i mindre grad de forebyggende helbredsundersøgelser hos

praktiserende læge i løbet af barnets første leveår (Bauman et al., 2006; Søndergaard et al., 2008). Sundhedsplejersken registrerer ved etableringsbesøget, om barnet bor sammen med begge forældre, i en sammenbragt familie eller med en enlig forælder.

Størstedelen af børnene i rapporten boede ved fødslen sammen med både mor og far (94,1 %), mens omkring én procent boede i en sammenbragt familie, og fem procent boede med den ene forælder. Fordelingen af børn efter familietype er i god overensstemmelse med årsberetningen om børn født i 2010. Der mangler information om familietype i 16,2 % af journalerne.

Tabel 4.3. Procentvis fordeling af børn efter familietype

	Bor med både mor og far	Bor i sammenbragt familie	Bor med den ene forælder
Albertslund	89,4	0,3	10,3
Ballerup	93,0	1,8	5,2
Brøndby	94,5	0,6	4,9
Dragør	95,5	1,8	2,7
Gentofte	95,8	1,1	3,1
Glostrup	96,4	0	3,6
Herlev	91,8	2,9	5,3
Hvidovre	94,2	0,8	5,0
Høje-Taastrup	93,6	0,2	6,2
Køge	91,8	2,3	5,9
Roskilde	97,2	0,2	2,6
Rødovre	93,8	0	6,2
Tårnby	94,4	1,3	4,3
Samlet population	94,1	0,9	5,0

Forældres indvandrerstatus

I tabel 4.4 ses fordelingen af børn efter forældrenes indvandrerstatus. Af tabellen ses, at 10,5 % af børnene i den samlede population har en mor, der er første-, anden- eller tredjegerationsindvandrer. Heraf er 2,7 % anden- eller tredjegerationsindvandrere. Ligeledes har 8,5 % af børnene en far, der er første-, anden- eller tredjegerationsindvandrer. Information om forældres indvandrerstatus er ikke udfyldt for 89,5 % af mødrene og 91,5 % af fædrene. Feltet om indvandrerstatus skal kun udfyldes, hvis forældrene har anden etnisk baggrund end dansk, og derfor dækker de fleste manglende oplysninger formentlig over forældre med etnisk dansk baggrund. Fordelingen af børn efter forældrenes indvandrerstatus er i god overensstemmelse med fordelingen i årsberetningen om børn født i 2010. Forekomsten af indvandrere er betydeligt højere i Albertslund, Brøndby og Høje-Taastrup end i de øvrige kommuner.

Table 4.4. Procentvis fordeling af børn efter forældres indvandrerstatus

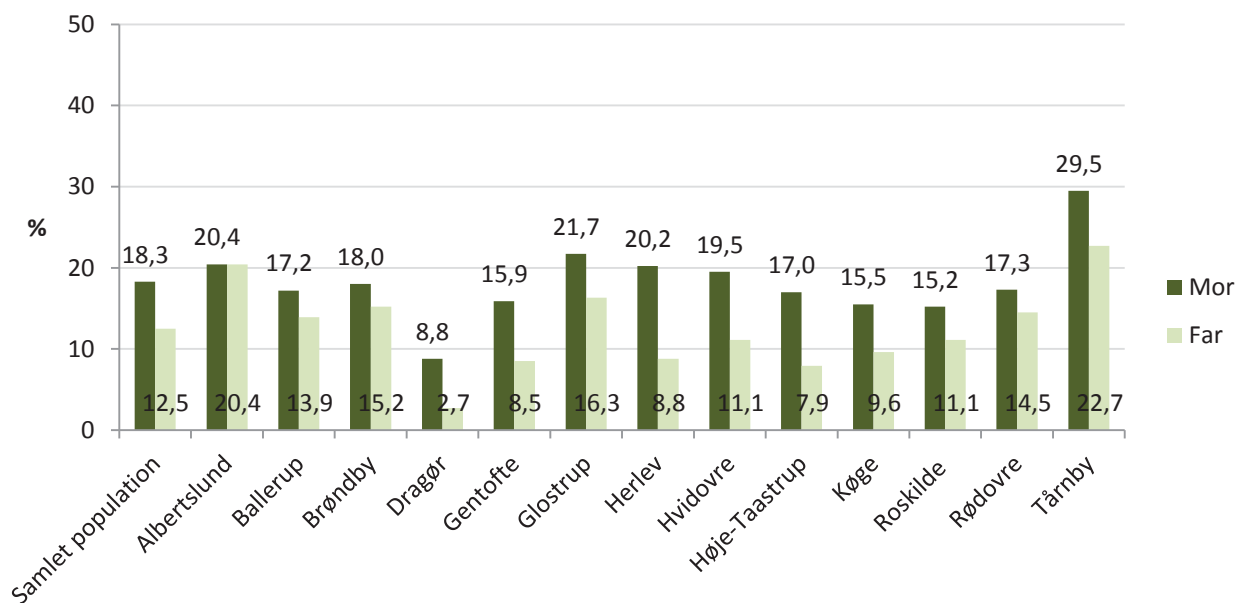
	Mor			Far		
	Dansk baggrund	Første-generations-indvandrere	Anden-/tredjegen-ration-indvandrere	Dansk baggrund	Første-generations-indvandrere	Anden-/tredjegen-ration-indvandrere
Albertslund	75,3	16,8	7,9	77,4	17,3	5,3
Ballerup	87,9	9,5	2,6	89,4	8,2	2,4
Brøndby	77,4	16,8	5,8	79,4	15,4	5,3
Dragør	97,9	2,1	0,0	98,6	1,4	0,0
Gentofte	95,1	4,7	0,2	96,8	3,2	0
Glostrup	90,6	6,7	2,6	91,4	5,2	3,4
Herlev	87,2	9,0	3,8	87,2	11,1	1,7
Hvidovre	95,5	3,1	1,5	95,0	3,4	1,6
Høje-Taastrup	75,4	18,3	6,3	81,6	14,3	4,1
Køge	92,6	5,0	2,4	96,3	02,8	0,9
Roskilde	98,0	1,6	0,4	99,6	0,4	0,0
Rødovre	87,2	9,3	3,5	89,5	8,7	1,8
Tårnby	97,2	2,2	0,7	98,9	0,7	0,4
Samlet population	89,5	7,8	2,7	91,5	6,6	1,9

Sygdom og handicap hos forældrene

Sygdom og handicap i familien påvirker forældrenes overskud til at være forældre og kan samtidig have betydning for forældrenes muligheder erhvervsmæssigt og økonomisk (Johansen et al., 2009; Nielsen et al., 2001). Familier, der er ramt af sygdom eller handicap, kan opleve vanskeligheder i forhold til, at opfylde barnets behov for stimulation, omsorg og tryghed. Sygdom og handicap i familien kan derfor have stor betydning for barnet trivsel og udvikling. Der er dog stor forskel på betydningen af sygdom/handicap i familien afhængigt af sygdommen/handicappets karakter og familiens ressourcer (Nielsen et al., 1998).

I manualen til journalen er det angivet, at der skal noteres sygdomme og handicap hos forældrene samt arvelige dispositioner, der kan have indflydelse på barnets udvikling. Ved sygdomme og handicap forstås både fysiske og psykiske lidelser. Blandt mødre er 18,3 % registreret med sygdomme/handicap, mens dette er tilfældet for 12,5 % af fædre (figur 4.3). Hos 4,6 % af børnene er begge forældre registreret som havende en sygdom eller et handicap, der kan have indflydelse på barnets udvikling (ikke vist i figur). Der er stor variation mellem kommunerne, idet Tårnby ligger højere end andre kommuner og Dragør lavere. For henholdsvis 21,6 % og 23,8 % af børnene, er der ikke oplysninger i journalen om forekomsten af sygdom og handicap hos mor og far.

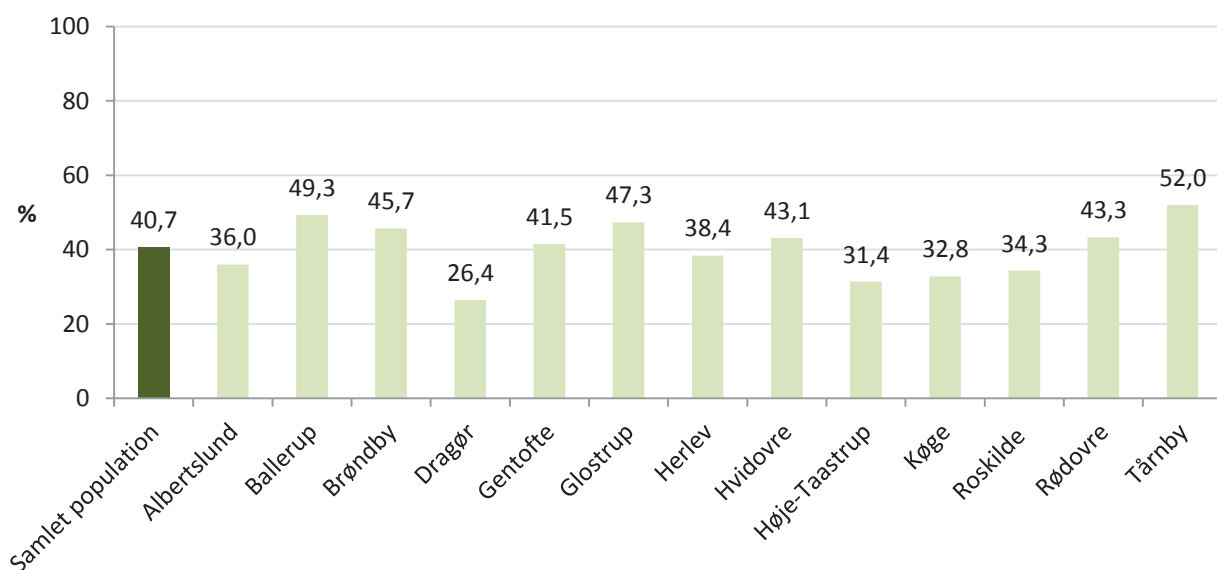
Figur 4.3. Forekomst af sygdomme og handicap hos mor og far



Allergi i familien

Familiær disposition for allergi er forbundet med en øget risiko for at udvikle allergisk sygdom, særligt hvis både mor og far eller søskende har eller har haft allergisk sygdom (Halcken & Backer, 2005). I journalerne er det oplyst, at der er lægediagnosticeret allergi hos mor, far og/eller søskende for 40,7 % af børnene født i 2011 sammenlignet med 37,9 % af børnene født i 2010. Allergisk disponering er registreret som ukendt for 5,6 % af børnene. Yderligere mangler der oplysninger om allergisk disponering fra mor, far og/eller søskende for 20,3 % af børnene. I figuren nedenfor vises forekomsten af familiær disposition for allergi blandt børn født i 2011. Der er stor variation mellem kommunerne, og forekomsten er især lav for Dragør Kommune.

Figur 4.4. Forekomst af familiær allergisk disposition

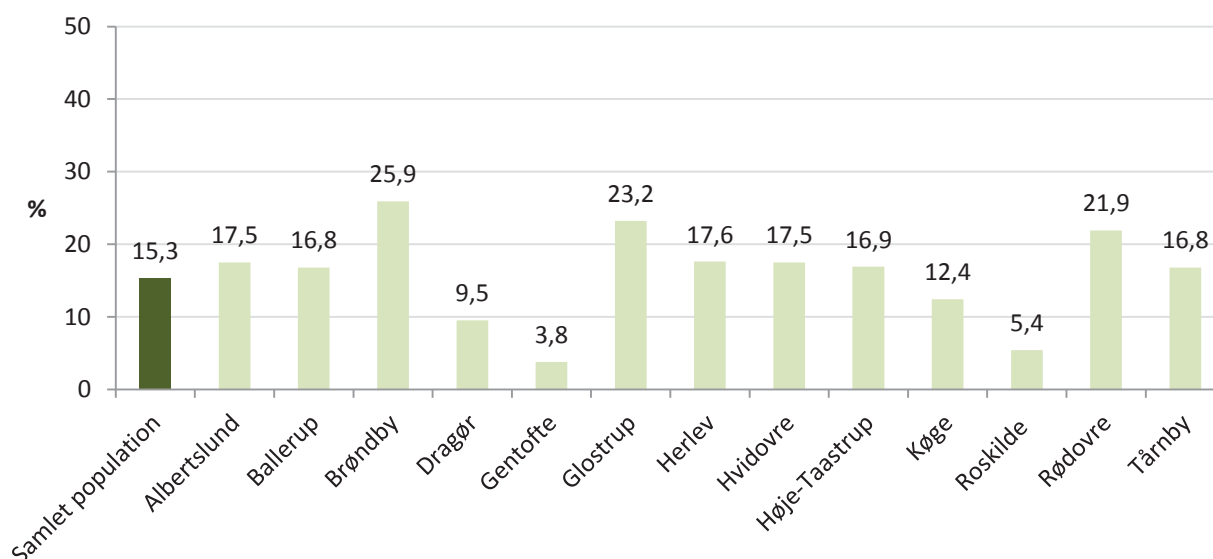


Ryging i hjemmet

Såfremt der ryges i hjemmet er barnet udsat for passiv rygning. Børn er særligt sårbare overfor passiv rygning, fordi deres luftveje, lunger og andre organer ikke er færdigudviklet, og fordi de har en højere respirationsrate og derved indånder flere partikler. Børn tilbringer endvidere mange timer indendørs, hvor de leger og kommer i tæt kontakt med møbler, legetøj mv. hvor de skadelige stoffer fra tobaksrøgen opsamles. Endelig har spædbørn og småbørn ikke mulighed for at bevæge sig væk fra røgen og dermed mindske deres eksponering (Brink & Lawson-Smith, 2008; Clemmensen et al. (red.), 2005). Børn udsat for passiv rygning har en øget risiko for uventet spædbarnsdødelighed (Treyster & Gitterman, 2011), udvikling og forværring af astma (Burke et al., 2012; Treyster & Gitterman, 2011), luftvejsinfektioner (Jones et al., 2011), bronkitis (Jones et al., 2011) og mellemørebetændelse (Jones et al., 2012).

I figur 4.5 ses andelen af børnene i årsberetningen, der er udsat for passiv rygning i hjemmet.

Figur 4.5. Forekomst af passiv rygning i hjemmet



Der er 15,3 % af børnene født i 2011, der ifølge journalen er udsat for passiv rygning i hjemmet, hvilket stemmer godt overens med forekomsten i årsberetningen om børn født i 2010 (15,9 %). Der er stor variation mellem kommunerne. I Brøndby, Glostrup og Rødovre er det over 20 %, i Dragør, Gentofte og Roskilde under 10 %. I 30,8 % af journalerne, er der ikke registreret oplysninger om, hvorvidt barnet er udsat for passiv rygning.

Nedsat omsorgsevne på grund af alkohol eller andet misbrug

Alkoholmisbrug i hjemmet har alvorlige konsekvenser for barnet både på kort og længere sigt. Alkoholmisbrug i hjemmet medfører en øget risiko for vold i hjemmet, familieopløsning, anbringelse uden for hjemmet, indlæggelse for børnemishandling eller omsorgssvigt, dødsfald samt narkomani, voldskriminalitet, teenagemoderskab og langtidsarbejdsløshed i ungdom og voksenlivet (Christoffersen et al., 2004). Ifølge Sundhedsstyrelsen skønnes cirka 122.000 børn mellem 0-18 år at vokse op i familier med alkoholproblemer (Sundhedsstyrelsen, 2009). Sundhedsplejersken vurderer, om forældrenes omsorgsevne er nedsat på grund af alkohol eller andet misbrug.

I alt har sundhedsplejerskerne registreret syv børn (0,2 %), hvor moderens omsorgsevne er nedsat på grund af alkohol og/eller andet misbrug, og 21 børn (0,5 %) hvor faderens omsorgsevne er nedsat på grund af alkohol og/eller andet misbrug. Fire børn har både en mor og en far med nedsat omsorgsevne. Der mangler oplysning om nedsat omsorgsevne på grund af misbrug for 36,2 % af mødrene og 38,9 % af fædrene.

Tabel 4.5. Forekomst af nedsat omsorgsevne på grund af alkohol eller andet misbrug for mor og far (antal børn)

	Mor	Far
Albertslund	0	2
Ballerup	1	2
Brøndby	0	4
Dragør	0	0
Gentofte	0	3
Glostrup	1	1
Herlev	0	2
Hvidovre	1	0
Høje-Taastrup	1	2
Køge	0	2
Roskilde	0	0
Rødovre	2	2
Tårnby	1	1
Samlet population	7	21

Socialt netværk

Et godt socialt netværk har beskyttende betydning for børns helbred (Johansen et al., 2007). Sundhedsplejerskerne registrerer den del af familiernes sociale netværk, der støtter og hjælper forældrene i forhold til barnet. Langt de fleste forældre har støtte fra flere dele af deres sociale netværk; familien tegner sig for størstedelen. I tabel 4.5 ses forekomsten af støtte i forhold til barnet fra det sociale netværk. Ifølge registreringerne i journalen, har 88,9 % af familierne støtte fra bedsteforældre, 74,9 % har støtte fra anden familie, 67,8 % har støtte fra venner og 7,7 % har støtte fra andre. Et mindretal af familierne har ikke støtte i forhold til barnet fra deres sociale netværk (0,7 %). Forekomsten af støtte fra forskellige dele af det sociale netværk er i god overensstemmelse med resultaterne i årsberetningen om børn født i 2010. I 39,9 % af journalerne mangler der oplysninger om støtte fra det sociale netværk.

Tabel 4.5. Forekomst af støtte fra familiens sociale netværk

	Bedsteforældre	Anden familie	Venner	Andre	Ingen
Albertslund	84,9	70,6	52,7	4,8	0,7
Ballerup	94,1	89,5	84,7	12,3	0,0
Brøndby	89,0	86,1	68,8	2,3	0,0
Dragør	92,2	72,6	86,3	39,2	0,0
Gentofte	87,6	65,2	63,4	7,5	1,4
Glostrup	90,9	63,4	58,5	3,7	0,0
Herlev	92,5	86,2	84,9	18,8	0,4
Hvidovre	88,6	70,0	51,4	4,4	0,8
Høje-Taastrup	85,7	67,6	69,6	4,9	1,6
Køge	89,4	65,6	59,0	15,4	0,9
Roskilde	93,0	79,1	62,8	23,3	0,0
Rødovre	85,9	81,7	74,5	4,2	0,8
Tårnby	92,9	83,6	74,0	1,9	0,4
Samlet population	88,9	74,9	67,8	7,7	0,7

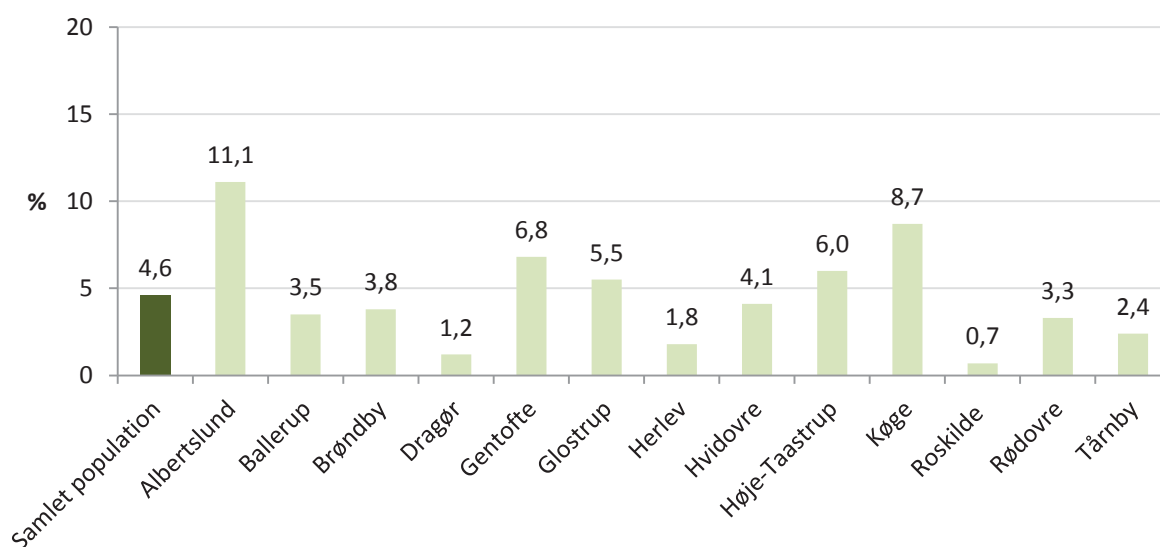
5. Indikatorer for trivsel og udvikling i otte- til timånedersalderen

Forældre-barn kontakt og samspil

Forældrenes evne til at opfange og handle på barnets signaler, samspillet mellem forældre og barn og den tilknytning, der opbygges, er essentiel for barnets fysiske, psykiske og sociale udvikling (Richter, 2004; Sundhedsstyrelsen, 2011). Et dansk studie, der baseres på sundhedsplejerskers journaldata, fandt, at forstyrrelser i forældre-barn interaktionen ved nul til timånedersalderen, prædikerer psykiske lidelser hos barnet ved halvandetårsalderen (Skovgaard, 2010; Skovgaard et al., 2008), ved femårsalderen (Skovgaard, 2010), og ved skolestart (Elberling et al., 2010).

Sundhedsplejerskens bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil dækker over bemærkninger til barnets pasning og pleje, afpasning af aktiviteter efter barnets behov, forståelse og handling på henholdsvis barnets og søskendes signaler og følelsesmæssige behov, andet og henvist. Nedenstående figur (5.1) viser forekomsten af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved D-besøget.

Figur 5.1. Forekomst af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil i otte- til timånedersalderen

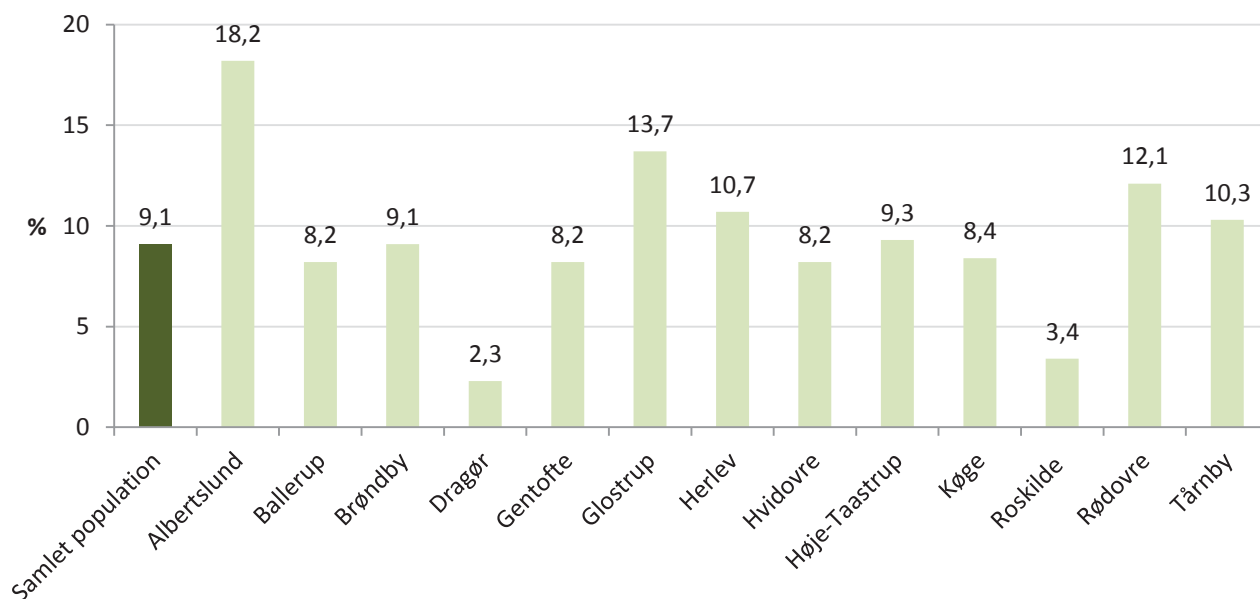


For den samlede population er forekomsten af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil 4,6 %, hvilket svarer til årsberetningen om børn født i 2010 (5,0 %). Der er store forskelle mellem kommunerne: Forekomsten er højest i Albertslund (11,1 %) og Køge (8,7 %), lavest i Roskilde (0,7 %), Dragør (1,2 %) og Herlev (1,8 %). For 28,4 % af børnene mangler der oplysning om forældre-barn kontakt og samspil ved D-besøget, hvilket primært dækker over børn uden registrering om det pågældende besøg.

Barnets signaler, reaktioner og kommunikation

Barnets signaler, reaktioner og kommunikation kan give en indikation af, om barnet trives og udvikler sig som forventet (Skovgaard, 2010). Manglende signaler og reaktioner kan indikere, at barnet mistrives (Gullestrup & Terp, 2008) eller det kan være tegn på, at barnet lider af en udviklingsforstyrrelse (Skovgaard, 2010). Sundhedsplejersken registrerer bemærkninger i forhold til døgnrytme, søvn, uro/gråd, pirrelighed, tristhed, differentiering mellem forældre og andre personer, andet samt hvorvidt der er lavet en henvisning. Nedenstående figur (5.2) viser forekomsten af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved D-besøget.

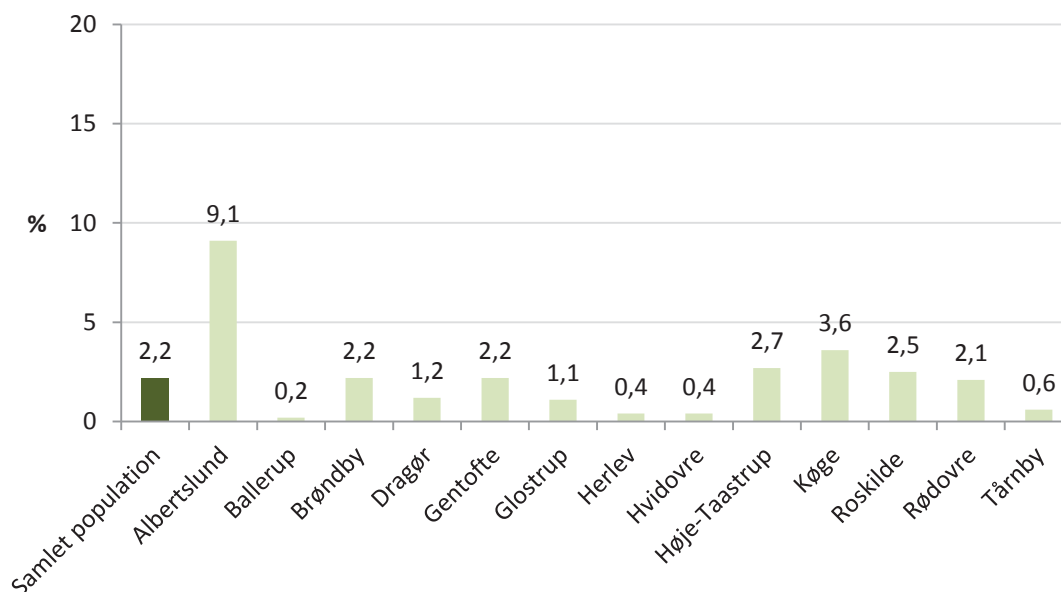
Figur 5.2. Forekomst af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner i otte- til timånedersalderen



Ved D-besøget (otte til ti måneder) havde 9,1 % af børnene bemærkninger til signaler og reaktioner, hvilket svarer til forekomsten i årsberetningen om børn født i 2010. Igen er der meget store forskelle mellem kommunerne. Forekomsten er højest i Albertslund (18,2 %) og lavest i Dragør (2,3 %). I 28,6 % af journalerne mangler der oplysning om barnets signaler og reaktioner ved D-besøget. Dette dækker primært over børn uden registrering om det pågældende besøg.

Ved D-besøget dækker bemærkninger til kommunikation over, om barnet smiler, om det pludrer samt, hvorvidt barnet pludrer i dialog. I nedenstående figur (5.3) ses forekomsten af bemærkninger til kommunikation ved D-besøget.

Figur 5.3. Forekomst af bemærkninger til barnets kommunikation i otte- til timånedersalderen

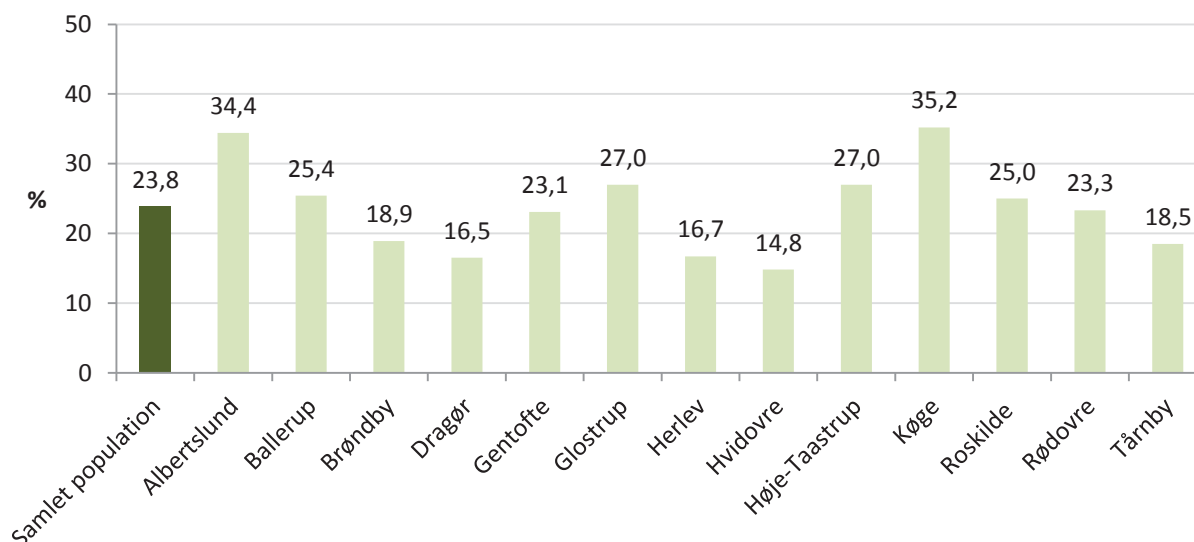


I otte- til timånedersalderen havde 2,2 % af børnene født i 2011 bemærkninger til deres kommunikation, og igen er der en særligt høj andel i Albertslund (9,1 %). Forekomsten af bemærkninger til kommunikation ved D-besøget stemmer overens med forekomsten i årsberetningen om børn født i 2010. I 25,1 % af journalerne mangler oplysning om barnets kommunikation ved D-besøget, hvilket primært dækker over børn uden registrering om det pågældende besøg.

Motorik

Barnets motoriske færdigheder danner grundlag for dets bevægelsesmuligheder og er derfor afgørende for barnets interaktion med omverdenen. Evnen til at bevæge sig påvirker udviklingen af andre egenskaber, herunder kognitive, følelsesmæssige og sociale færdigheder (Haywood, 2001; Payne & Isaacs, 2011; Sigmundsson & Haga, 2007). Desuden ses en øget risiko for motoriske vanskeligheder ved skolestart blandt de børn, der havde bemærkninger til motorik i otte- timånedersalderen (Brixval et al., 2012a). Ved otte- til timånedersalderen (D-besøget) vurderer sundhedsplejersken barnets motoriske udvikling på baggrund af, om barnet holder hovedet i midtlinjen, løfter hoved og skuldre i maveleje, støtter på strakte arme i maveleje, triller fra mave til ryg, trækker sig op i armene til siddende stilling, triller fra ryg til mave, støtter på flad fod, sidder sikkert selv, lægger an til at kravle og lægger an til at rejse sig ved støtte (Holle, 1996). Nedenstående figur (5.4) viser forekomsten af bemærkninger til barnets motorik ved D-besøget.

Figur 5.4. Forekomst af bemærkninger til barnets motorik i otte- til timånedersalderen

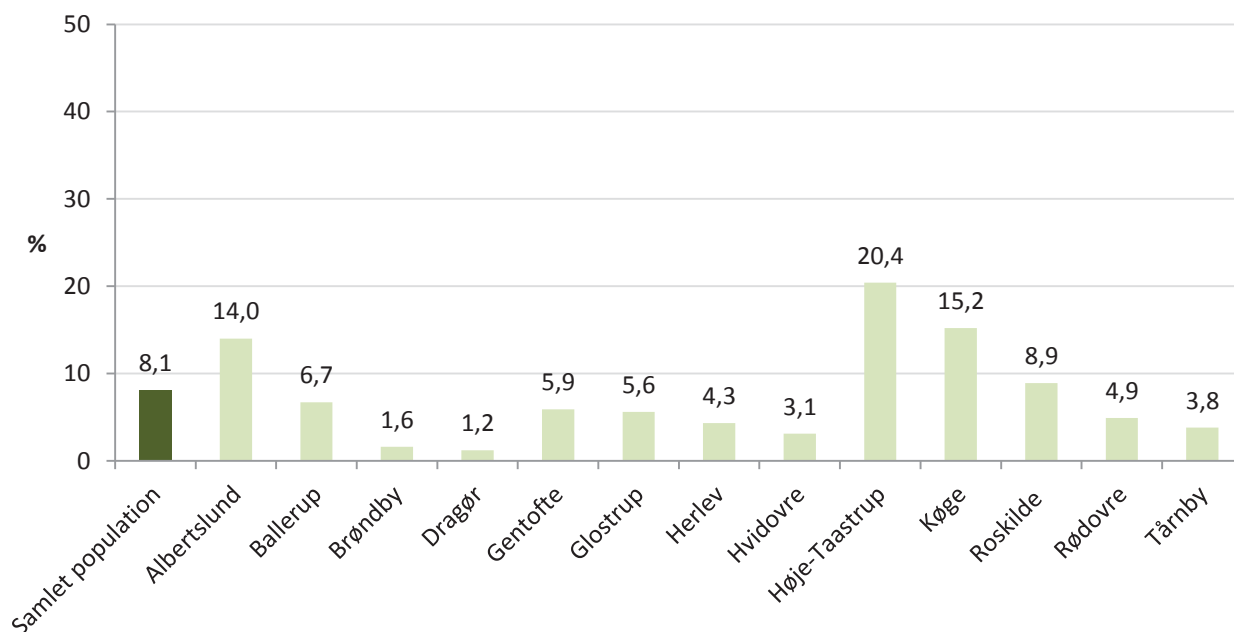


Blandt 28,3 % af børnene født i 2011 er der bemærkninger til motorik i otte- til timånedersalderen. En tilsvarende andel af børnene født i 2010 havde bemærkninger til motorik ved D-besøget. Forekomsten er højest i Albertslund (34,4 %) og Køge (35,2 %) og lavest i Hvidovre (14,8 %). I 25,1 % af journalerne mangler der oplysninger om bemærkninger til motorik ved D-besøget, hvilket primært skyldes, at der ikke er registreringer fra D-besøget.

Øje/hånd-koordination

At koordinere kroppens bevægelser i forhold til det, man ser, er afgørende for den motoriske funktion. Sundhedsplejersken vurderer ved D-besøget barnets øje/hånd koordination på baggrund af, om barnet putter hånden i munden, om barnet ser hånden, om barnet griber ud efter ting og hvorvidt barnet slipper ting og laver pincetgreb. Figur 5.5 viser forekomsten af bemærkninger til øje/hånd-koordination ved D-besøget.

Figur 5.5. Forekomst af bemærkninger til barnets øje/hånd-koordination i otte- til timånedersalderen



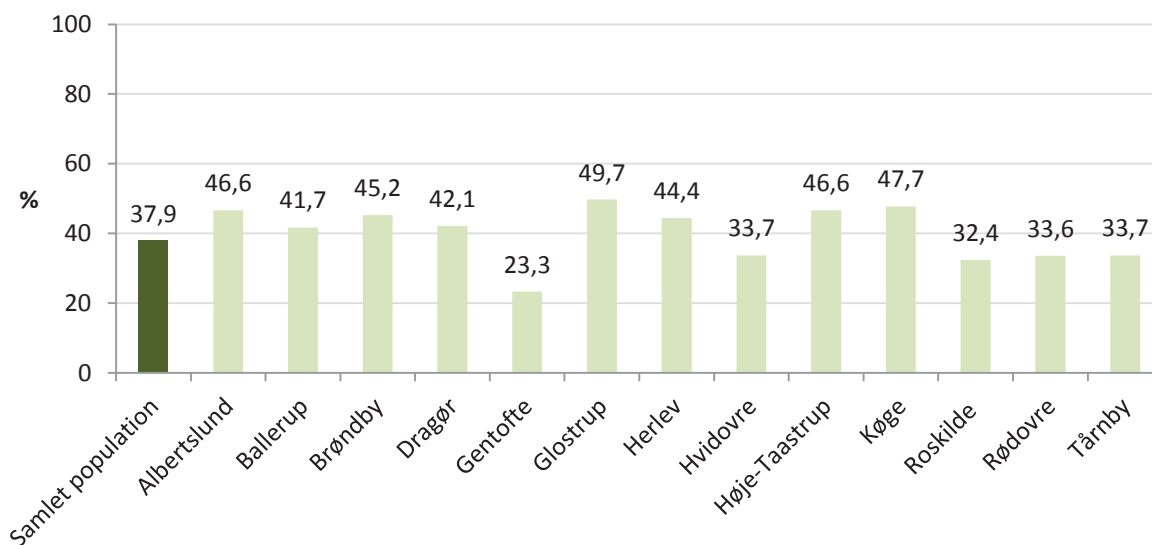
Andelen af børn med bemærkninger til øje-hånd-koordination udgør i denne årsberetning 8,1 %, hvilket svarer til forekomsten i årsberetningen om børn født i 2010. Forekomsten er særligt høj i Albertslund (14,0 %), Høje-Taastrup (20,4 %) og Køge (15,2 %) og særligt lav i Brøndby (1,6 %) og Dragør (1,2 %). Der mangler oplysninger om bemærkninger til øje/hånd-koordination ved D-besøget for 25,1 % af børnene, hvilket primært dækker over, at der ikke er registreret oplysninger fra D-besøget.

Fuld amning ved fire måneder

Amning har en positiv indflydelse på både barn og mors helbred. World Health Organization (WHO) og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn ammes fuldt de første seks måneder af deres liv (Nilsson et al., 2009). Fravalg af amning udgør dog ikke nogen stor sundhedsrisiko for mor og barn i Danmark. Den officielle udmelding fra Sundhedsstyrelsen er således, at beslutningen om at amme skal være et frit valg, der træffes på et informeret grundlag (Nilsson et al., 2009).

Sundhedsstyrelsens definerer fuld amning som, at barnet ernæres udelukkende af modermælk efter udskrivelsen fra hospitalet. Dette kan suppleres med vand eller lignende og/eller maksimalt ét måltid med modermælkserstatning om ugen (Nilsson et al., 2009). Nedenstående figur viser forekomsten af børn, der ikke er ammet i henhold til anbefalingen om fuld amning i fire måneder (17 uger). Vi har valgt at præsentere andelen der ikke ammes fuldt ved fire måneder, da det fra fire måneder kan være hensigtsmæssigt at supplere med skemad frem for flaske, hvis barnet får brug for et supplement til modermælken (Nilsson et al., 2009).

Figur 5.6. Procentandelen af børn, der *ikke* er ammet fuldt i mindst fire måneder



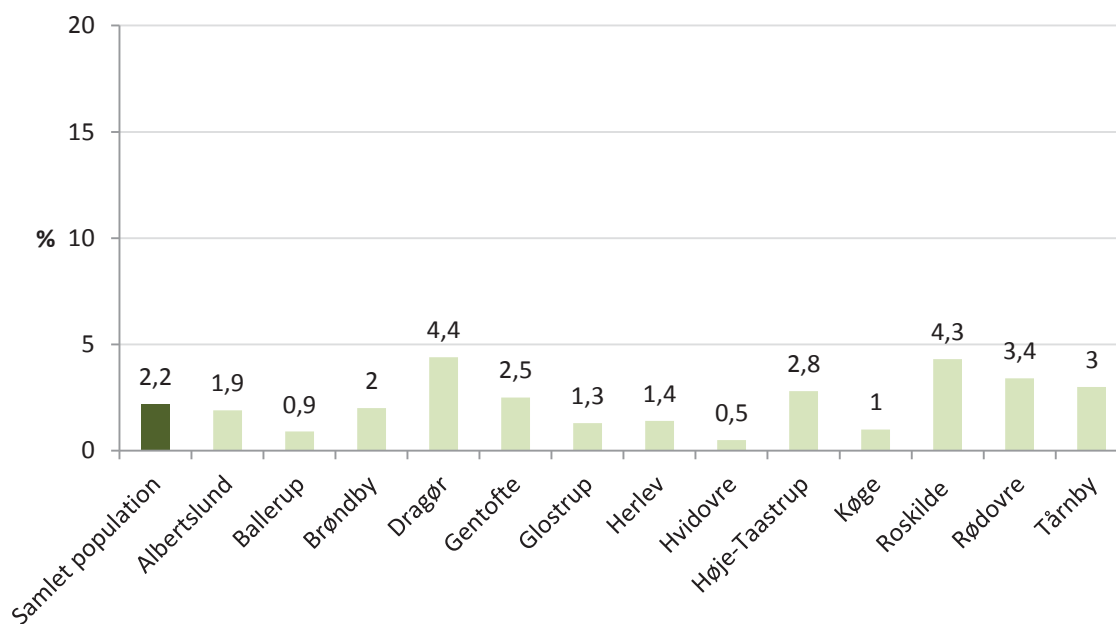
Blandt børnene i årsberetningen, blev 37,9 % ikke ammet fuldt i mindst fire måneder, hvilket vil sige, at 62,1 % af børnene *blev* ammet fuldt i fire måneder. I årsberetningen om børn født i 2010, blev 40,6 % ikke ammet fuldt i mindst fire måneder. En kommune, Gentofte, afviger betydeligt fra gennemsnittet med 23,2 %. Der mangler information om ammelængde for 32,0 % af børnene.

Vægt og længde

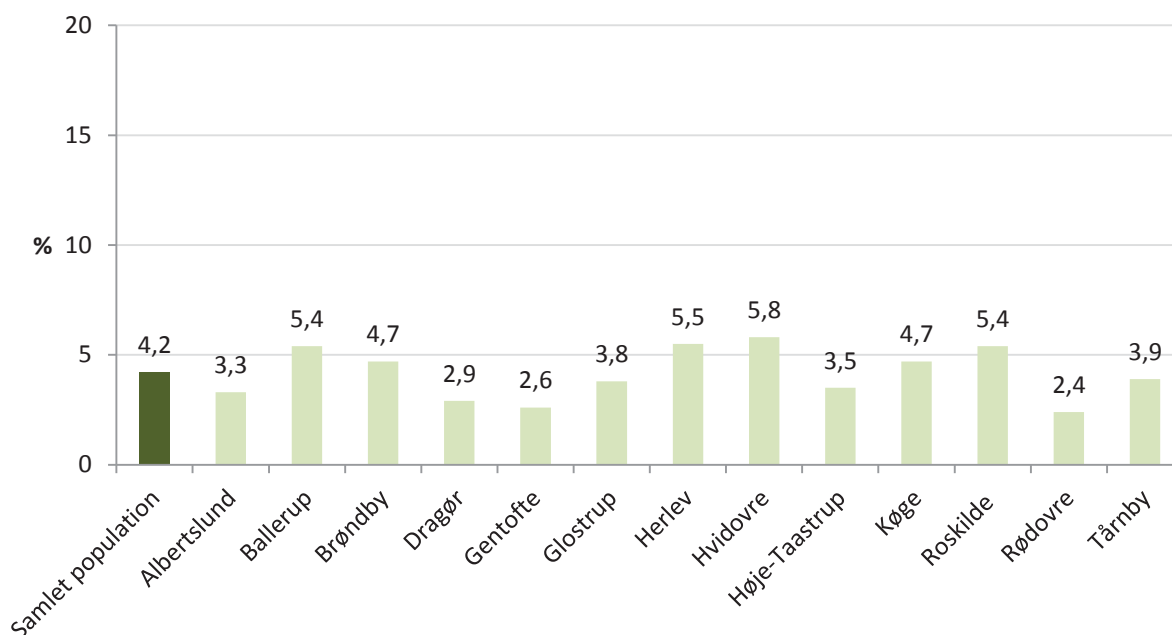
Ifølge WHO er overvægt og svær overvægt defineret som unormal eller overdreven fedtphobning, der kan skade helbredet (W.H.O., 2013). Denne definition er svær at håndtere i praksis. Hos voksne anvendes ofte BMI (body mass index) til at klassificere undervægt, normalvægt og overvægt. Blandt børn er det mere vanskeligt at vurdere, hvornår vægt udgøre et helbredsproblem eller en risikofaktor for senere helbredsproblemer. Der findes forskellige højde/vægt-kurver og forskellige køns- og aldersrelaterede BMI-kurver til vurdering af vægtstatus blandt børn. I denne rapport præsenteres to indikatorer for under- og overvægt hos børn; percentiler i forhold til danske højde/vægt-kurver samt vurdering af barnets vægtstatus ud fra WHO-vækstreferencer for børn i alderen nul til fem år (W.H.O. Multicentre Growth Reference Study Group, 2006). Definitionen af overvægt blandt børn diskuteres yderligere i temarapporten *Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen* fra Databasen Børns Sundhed (Svendson et al., 2013).

Sundhedsplejersken registrerer barnets længde og vægt i journalen ved besøg i løbet af barnets første leveår. Figurer 5.7 og 5.8 viser forekomsten af børn med en vægt henholdsvis under 3 % percentilen og over 97 % percentilen i otte til timånedersalderen (D-besøget) i forhold til danske højde/vægt-kurver. Der mangler oplysninger om vægt ved D-besøget for 31,2 % af børnene.

Figur 5.7. Forekomst af børn med vægt under 3 % percentilen i otte- til timånedersalderen



Figur 5.8. Forekomst af børn med vægt over 97 % percentilen i otte- til timånedersalderen

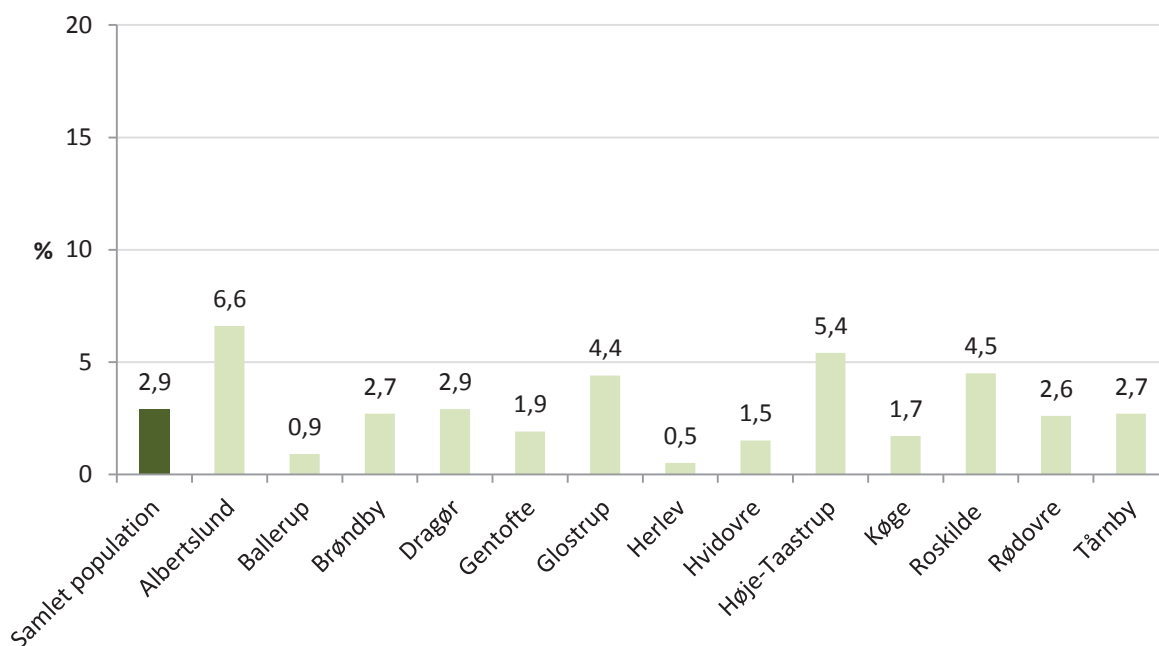


Af figur 5.7 ses det, at 2,2 % af børnene født i 2011 har en vægt under 3 % percentilen, hvilket er lavere end de forventede 3 %. Samtidig ses det af figur 5.8, at 4,2 % af børnene har en vægt over 97 % percentilen, hvilket således er en større andel end forventet ud fra de anvendte vækstkurver. Dette kan skyldes, at de anvendte grænseværdier for vægt stammer fra 1982, og at børn i dag er større, end de var i

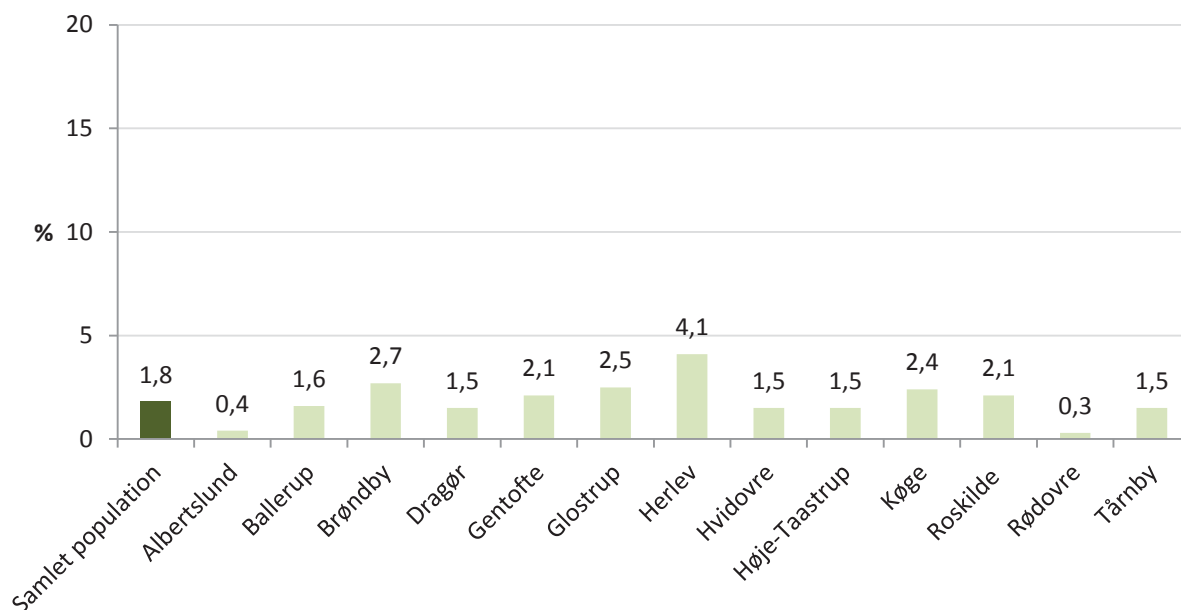
1982. Nye og mere tidssvarende referenceværdier er under udarbejdelse. I årsberetningen om børn født i 2010 havde 1,8 % en vægt ved D-besøget, der var lavere end 3 % percentilen, mens 3,8 % havde en vægt over 97 % percentilen.

I figurerne nedenfor (5.9 og 5.10) ses forekomsten af børn med en længde henholdsvis under 3 % percentilen og over 97 % percentilen ved D-besøget.

Figur 5.9. Forekomst af børn med længde under 3 % percentilen i otte- til timånedersalderen



Figur 5.10. Forekomst af børn med længde over 97 % percentilen i otte- til timånedersalderen



I figur 5.9 ses det, at 2,9 % af børnene født i 2011 har en længde under 3 % percentilen, mens figur 5.10 viser, at 1,8 % har en længde over 97 % percentilen. Andelene af børn med længde henholdsvis under 3 % percentilen og over 97 % percentilen er i god overensstemmelse med årsberetningen om børn født i 2010. Oplysninger om barnet længde ved D-besøget mangler for 31,1 % af børnene.

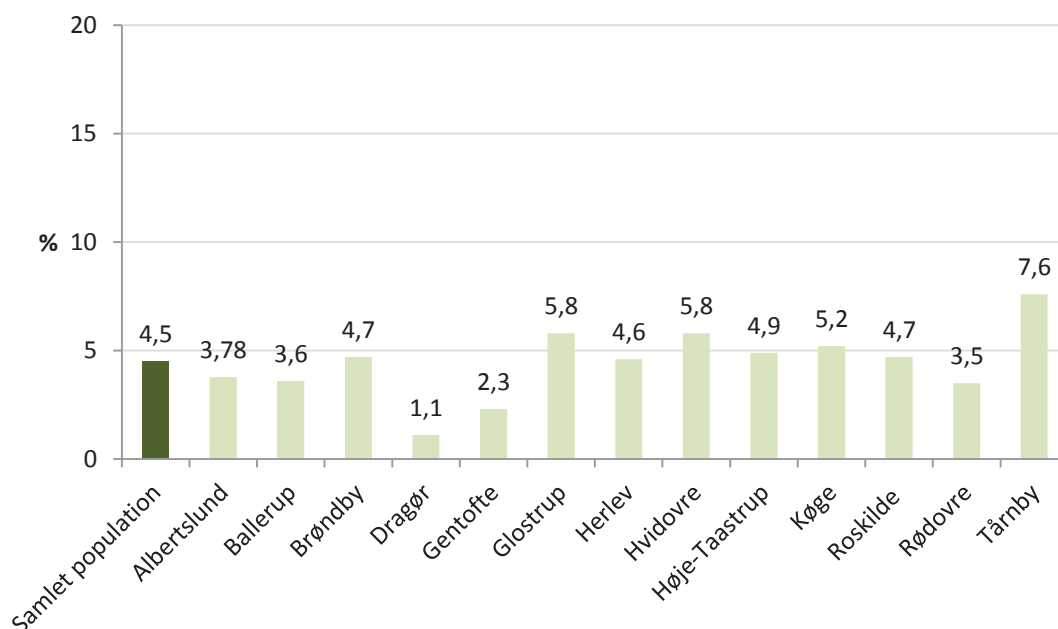
I tabel 5.1 ses fordelingen af børn født i 2011 i forhold til WHO's definitioner af undervægt, normalvægt og overvægt.

Tabel 5.1. Procentfordeling af børn efter WHO's definition af vægtstatus i seks- til timånedersalderen

	Samlet		Dreng		Piger	
	n	%	n	%	n	%
Undervægtig	128	2,6	67	2,7	61	2,5
Normalvægtig	3727	75,9	1829	74,2	1898	77,5
I risiko for overvægt	838	17,1	446	18,1	392	16,0
Overvægtig	188	3,8	104	4,2	84	3,4
Svært overvægtig	31	0,6	18	0,7	13	0,5

Af tabel 5.1 ses, at 2,6 % af børnene i årsberetningen, ud fra WHO's definitioner af vægtstatus, er undervægtige, 75,9 % er normalvægtige, 17,1 % er i risiko for overvægt og 4,4 % er overvægtige eller svært overvægtige. I figur 5.10 ses forekomsten af overvægt/svær overvægt i de enkelte kommuner. Forekomsten varierer fra 1,1 % i Dragør til 7,6 % i Tårnby Kommune.

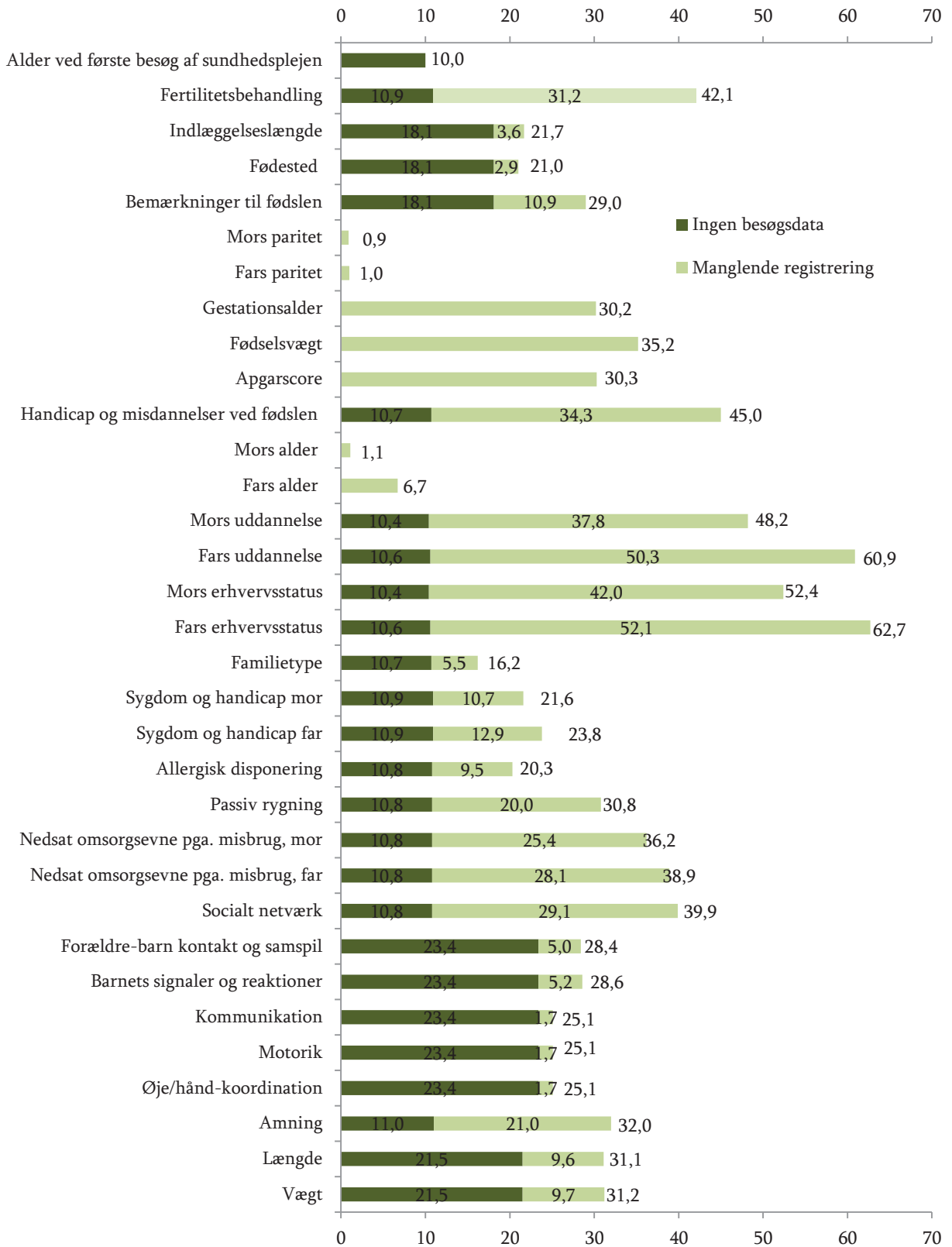
Figur 5.10. Forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks til timånedersalderen efter WHO's definitioner af vægtstatus



6. Manglende oplysninger

Det er en svaghed ved enhver klinisk database, også Databasen Børns Sundhed, at der er en høj forekomst af manglende data. Manglende data medfører eksempelvis problemer, når man skal beregne forekomsten af et fænomen. Man kan beregne forekomsten i procent af alle børn eller i procent af de børn, hvorom man har oplysninger. I denne rapport rapporteres forekomsten i procent af de børn, der er oplysninger om. Figur 6.1 viser andelen af manglende oplysninger i den samlede population, for de variable, der indgår i årsberetningen om børn født i 2011. Der rapporteres to typer manglende oplysninger; 1) Manglende oplysninger, der skyldes, at der ikke er registreret data fra det besøg, hvor informationen om den givne variabel indhentes (den mørke del af bjælken) og 2) manglende oplysninger blandt børn der har besøgsdata, men hvor der mangler registrering om den givne variabel (den lyse del af bjælken). Procenttallet for enden af bjælken viser den samlede andel manglende oplysninger.

Figur 6.1. Andelen af manglende oplysninger for variablene i årsberetningen



Forekomsten af manglende oplysninger er høj for flere af variablene i databasen. Dette er et alvorligt problem, der gør det vanskeligt at give en tilstrækkelig god kvantificering af de vilkår, der har betydning for barnets sundhed og udvikling. I de seneste årsberetninger om databasens børn har der været sat fokus på denne problematik, og der foregår samtidig et stort arbejde med at udrede og forbedre indsamlingen af data. Af figuren ses en særlig høj forekomst af manglende oplysninger for de sociodemografiske variable som forældrenes uddannelse og erhvervsstatus. Desuden ses det, at størstedelen af de manglende oplysninger om indikatorer for barnets trivsel og udvikling (forældre-barn kontakt og samspil, barnets signaler og reaktioner, kommunikation, motorik og øje/hånd koordination) forklares ved, at besøget hvor disse oplysninger indsamles, ikke har fundet sted (D-besøget). Bagerst i rapporten findes et bilag, hvor andelen af manglende oplysninger er opgjort for hver kommune. Der er væsentlige variationer i forekomsten af manglende oplysninger mellem kommunerne. For enhver kommune, som tilslutter sig samarbejdet i Databasen Børns Sundhed, vil der være en tilvænningsperiode som kan medføre et stort antal manglende oplysninger. Det er altså særligt de nye kommuner i Databasen Børns Sundhed, som har høje forekomster af manglende oplysninger. I tabel 6.1 ses udviklingen i manglende oplysninger for udvalgte variable de sidste fire år, blandt de kommuner der har indgået i Databasen Børns Sundhed i hele perioden: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre, Tårnby og Køge. Af tabellen ses, at forekomsten af manglende oplysninger er steget eller forblevet stabil for de fleste variable. Forekomsten er forholdsvis høj for mange af variablene, fx omkring 25 % for emner som motorik, kommunikation og øje/hånd koordination. Analyser for hver enkelt kommune viser, at der er kommuner med meget lavere tal. Det tyder således på, at det er muligt at nedbringe forekomsten. En forstærket dialog og gensidig læring mellem kommunerne kunne være den metode, som skal hjælpe os til at komme længere ned i forekomsten af manglende oplysninger.

Tabel 6.1. Forekomsten af manglende oplysninger i perioden 2008-2011

	2008	2009	2010	2011
Alder ved første besøg af sundhedsplejersken	3,4	7,5	7,8	10,1
Gestationsalder	21,0	22,4	23,4	25,2
Familietype	15,0	16,2	15,1	15,5
Passiv rygning	24,7	23,8	22,4	25,1
Forældre-barn kontakt og samspil	16,8	21,2	27,4	28,4
Barnets signaler og reaktioner	16,6	21,3	27,1	28,6
Kommunikation	19,6	23,2	25,7	25,3
Motorik	18,6	22,5	25,7	25,3
Øje/hånd koordination	19,2	22,7	22,9	25,3
Amning	31,0	36,1	33,4	31,0
Længde	25,8	26,8	29,3	29,9
Vægt	25,4	26,3	28,8	29,9

Hvordan kan man bruge årsberetningen?

Børn og unges sundhed er et prioriteret område i den samlede sundhedspolitik. Der gøres en stor indsats på dette område i kommuner og regioner, og mange faggrupper er involverede. Desværre er der ikke megen offentlig statistik om børns sundhed, og sundhedsplejerskernes journaler er derfor en unik kilde. Denne årsberetning kan bruges til både dokumentation og udviklingsarbejde.

Dokumentation: Databasen Børns Sundhed er et instrument til monitorering af børns sundhed, og den giver mulighed for at sammenligne børns sundhed på tværs af kommuner og følge udviklingen over tid. En sådan monitorering giver mulighed for at udpege temaer, der fortjener prioritering for at nå målet om en høj sundhedstilstand blandt danske børn. Samtidig er det muligt at evaluere, om en særlig indsats eller anden ændring kan spores i udviklingen.

Udviklingsarbejde: Årsberetningen giver også mulighed for, at kommunerne kan vurdere egen indsats og egne prioriteringer: Vil man f.eks. prioritere at give besøg i barnets allerførste levetid og at have mange besøg den første måned, eller vil man hellere bruge ressourcerne på besøg senere i første leveår?

Som i de tidligere årsberetninger springer det i øjnene, at der på mange måder er så betydelige forskelle mellem kommunerne. Denne konstatering rummer i sig selv kimen til faglig udvikling i sundhedsplejen. En del af forskellene kan være reelle og afspejle, at der er store forskelle på befolkningen i de deltagende kommuner. Men forskellene kan også tilskrives forskellige prioriteringer i sundhedsplejen på tværs af kommuner. Eksempelvis kan en kommune og dens sundhedsplejersker have særlige prioriteringer, særlige kompetencer, og temaer, de går ekstra meget op i. Sådanne forskelle kan danne grundlag for faglige drøftelser, prioritering og udviklingsarbejde – både i sundhedsplejen og i det bredere arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen.

Det er derfor Styregruppens håb, at årsberetningen vil bidrage til den fortsatte faglige debat og udvikling i den kommunale sundhedspleje.

7. Referencer

- Basso, O., & Baird, D. D. (2003). Infertility and preterm delivery, birthweight, and caesarean section: a study within the Danish National Birth Cohort. *Hum Reprod*, *18*(11), 2478-2484.
- Bauman, L., Silver, E., & Stein, R. (2006). Cumulative Social Disadvantage and Child Health. *Pediatrics*, *117*(4), 1321-1328.
- Bergh, C., & Wennerholm, U. B. (2012). Obstetric outcome and long-term follow up of children conceived through assisted reproduction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, *26*(6), 841-852.
- Brink, A.-L., & Lawson-Smith, L. (2008). Passiv rygning gør børn syge. København.
- Brixval, C. S., & Koushede, V. (2011). Stor stigning i nyfødte der må have ambulans behandling på sygehuse siden 2008. *Ugens tal for folkesundhed*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
- Brixval, C. S., Svendsen, M., & Holstein, B. E. (2012a). Motoriske vanskeligheder- Sundhedsplejerskernes undersøgelser af motorik ved indskolingen. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed
- Brixval, C. S., Svendsen, M., & Holstein, B. E. (2012b). Årsberetning Databasen Børns Sundhed - børn født i 2010. København Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed
- Burke, H., Leonardi-Bee, J., Hashim, A., Pine-Abata, H., Chen, Y., Cook, D. G., . . . McKeever, T. M. (2012). Prenatal and passive smoke exposure and incidence of asthma and wheeze: systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, *129*(4), 735-744.
- Casey, B. M., McIntire, D. D., & Leveno, K. J. (2001). The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants. *N Engl J Med*, *344*(7), 467-471.
- Christensen, P. (2001). The health-promoting family: a conceptual framework for future research. *Social Science & Medicine*, *59*, 377-387.
- Christoffersen, M. N., Nielsen, A. M., Poulsen, H. D., & Soothill, K. (2004). Langtidseffekter af forældres alkoholmisbrug: et kohortestudie af børn født i Danmark i 1966. *Ugeskr Læger*, *166*(41), 3609-36163.
- Clemmensen, I. H., Bentzen, J., Brink, A. L., Goldstein, H., Juel, K., & Sonne, T. (red.). (2005). Hvidbog om passiv rygning.
- Ehrenstein, V. (2009). Association of Apgar scores with death and neurologic disability. *Clin Epidemiol*, *1*, 45-53.
- Ehrenstein, V., Pedersen, L., Grijsota, M., Nielsen, G. L., Rothman, K. J., & Sorensen, H. T. (2009). Association of Apgar score at five minutes with long-term neurologic disability and cognitive function in a prevalence study of Danish conscripts. *BMC Pregnancy Childbirth*, *9*, 14.
- Elberling, H., Linneberg, A., Olsen, E. M., Goodman, R., & Skovgaard, A. M. (2010). The prevalence of SDQ-measured mental health problems at age 5-7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: the Copenhagen Child Cohort 2000. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, *19*(9), 725-735.
- Ellegaard Jørgensen, S., Rayce, S. B., Brixval, C. S., Denbæk, A. M., Svendsen, M., & Holstein, B. E. (2013). Sundhed blandt børn i Region Hovedstaden, data fra sundhedsplejen om graviditet, spædbørn og indskolingsbørn Hillerød: Region Hovedstaden.
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Villrath, M. E., & Eberhard-Gram, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*, *16*, 1-10.
- Gottvall, K., & Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *109*, 254-260.
- Grane, E., & Grytter, C. (2010). Epidemiologi, morbiditet og mortalitet ved fødsel ved gestationsalder på 24-31 uger. *Ugeskr Læger*, *172*(7), 519-524.
- Gullestrup, L., & Terp, I. (2008). *Fødselsdepression*. København: PsykiatriFondens Forlag.
- Halken, S., & Backer, V. (2005). Allergiprofylakse. *Ugeskr Læger*, *167*(6), 656-660.
- Haywood, K. M. (2001). *Fundamental Concepts: Life span motor development*. Champaign: Human Kinetics.
- Henningesen, A., Loft, A., Malchau, S., & Pinborg, A. (2012). Prognosen for børn født efter assisteret reproduktion. *Ugeskr Læger*, *174*(41), 2462-2466.
- Holle, B. (1996). *Normale og retarderede børns motoriske udvikling - praktisk vejledning med udviklingsskema og øvelseseksempler*. København: Munksgaard.
- Hornnes, P. (2011). Sikkerhed ved ambulans fødsel. *Ugeskr Læger*, *173*(37), 2251.
- Ingerslev, H. J., Humaidan, P., & Andersen, A. N. (2012). Udvikling og udfordringer i fertilitetsbehandlingen i Danmark. *Ugeskr Læger*, *174*(41), 2439-2443.
- Iwayama, M., Kira, R., Kinukawa, N., Sakai, Y., Torisu, H., Sanefuji, M., . . . Hara, T. (2011). Parental age and child growth and development: Child health check-up data. *Pediatrics International*, *53*, 709-714.
- Jiong, C., Na, N., Fang, L., & Shi-zhen, W. (2011). Therapeutic effect of anti-amyloid beta peptide single-chain antibody gene mediated by adeno-associated virus on animal Alzheimer's disease. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao*, *33*(2), 151-155.

- Johansen, A., Holstein, B. E., & Andersen, A.-M. N. (2007). Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Johansen, A., Jespersen, L. N., Davidsen, M., Michelsen, S. I., Morgen, C. S., Helweg-Larsen, K., . . . Due, P. (2009). Danske børns sundhed og sygelighed København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Jones, L. L., Hashim, A., McKeever, T., Cook, D. G., Britton, J., & Leonardi-Bee, J. (2011). Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. *Respir Res*, 12, 5.
- Jones, L. L., Hassanien, A., Cook, D. G., Britton, J., & Leonardi-Bee, J. (2012). Parental smoking and the risk of middle ear disease in children: a systematic review and meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 166(1), 18-27.
- Jørgensen, T., & Andersen, A.-M. N. (2007). Den første del af livet *Social ulighed i sundhed blandt børn og unge* (pp. 45-60). København.
- Kesmodel, U. S. (2012). Individuelle risikofaktorer for nedsat frugtbarhed. In L. Schmidt & A. Pinborg (Eds.), *Fertilitet & Sundhed* (pp. 149-167). København: Munksgaard.
- Lapp, L., Agbokou, C., Peretti, C.-., & Ferreri, F. (2010). Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(3), 113-122.
- Ludwig, A. K., Sutcliffe, A. G., Diedrich, K., & Ludwig, M. (2006). Post-neonatal health and development of children born after assisted reproduction: a systematic review of controlled studies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 127(1), 3-25.
- Michelsen, S. I., Flachs, E. M., P, D., & P, U. (2010). Børn med cerebral parese i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Nielsen, A., Lie, H. R., Keiding, L., & Madsen, M. (1998). Børns sundhed i Danmark. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.
- Nielsen, A., Pedersen, C. R., & Madsen, M. (2001). Børn og børnefamiliers sundhed og velfærd i Danmark - og udviklingen siden 1984. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Nilsson, I., Schack-Nielsen, L., & Jerris, T. V. (2009). Amning: en håndbog for sundhedspersonale. København: Sundhedsstyrelsen.
- Pang, M., Leung, T., Lau, T., & Hang Chung, T. (2008). Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*, 35(2), 121-128.
- Payne, V. G., & Isaacs, L. D. (2011). *Human Motor Development: A Lifespan Approach* (8 ed.). New York, N.Y.: McGraw-Hill.
- Richter, L. (2004). The importance of caregiver-child interaction for the survival and healthy development of young children: A review. Geneva.
- Rowlands, I. J., & Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 138(12), 1471-2393.
- Sandin, S., Hultman, C. M., Kolevzon, A., Gross, R., MacCabe, J. H., & Reichenberg, A. (2012). Advancing Maternal Age Is Associated With Increasing Risk for Autism: A Review and Meta-Analysis. *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 51(5).
- Sigmundsson, H., & Haga, M. (2007). *Udvikling af færdigheder hos børn*. Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Skovgaard, A. M. (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Dan Med Bull*, 57(10), B4193.
- Skovgaard, A. M., Olsen, E. M., Christiansen, E., Houmann, T., Landorph, S. L., Jørgensen, T., & Group, C. C. C. S. (2008). Predictors (0-10 months) of psychopathology at age 11/2 years - a general population study in The Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(5), 553-562.
- Stuart, A., Otterblad Olausson, P., & Kallen, K. (2011). Apgar scores at 5 minutes after birth in relation to school performance at 16 years of age. *Obstet Gynecol*, 118(2 Pt 1), 201-208.
- Sundhedsstyrelsen. (2008). Fødselsregisteret 1. halvår 2008 (foreløbig opgørelse). København.
- Sundhedsstyrelsen. (2009). Når mor og far drikker. Faktablad 3: Børn i familier med alkoholproblemer. Sundhedsstyrelsen http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Alkohol/DR%20kampagne/alkohol_drcamp_fakta_26feb09.ashx
- Sundhedsstyrelsen. (2011). Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2012). Fødselsstatistik 2011. København: Sundhedsstyrelsen.
- Svensen, M., Brixval, C. S., & Holstein, B. E. (2013). Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen. . København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed
- Søndergaard, G., Biering-Sørensen, S., Michelsen, S. I., Schnor, O., & Andersen, A. M. (2008). Non-participation in preventive child health examinations at the general practitioner in Denmark: a register-based study. *Scand J Prim Health Care*, 26(1), 5-11.
- Thorngren-Jerneck, K., & Herbst, A. (2001). Low 5-minute Apgar score: a population-based register study of 1 million term births. *Obstet Gynecol*, 98(1), 65-70.

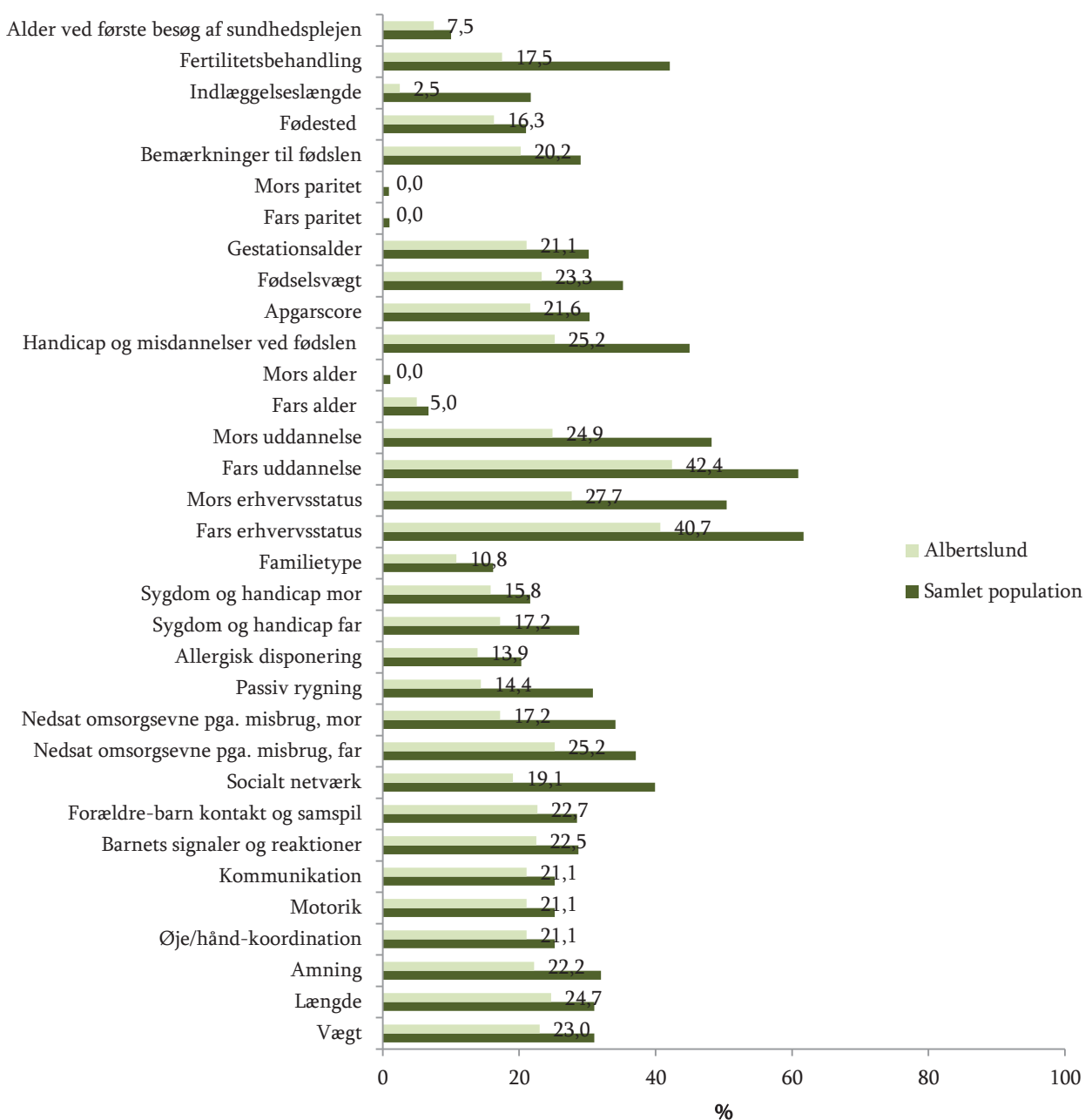
- Thøstesen, L. M., & Fenger-Grøn, J. (2011). Svær dehydrering hos nyfødt efter ambulant fødsel. *Ugeskr Læger*, 173(37), 2253-2254.
- Treyster, Z., & Gitterman, B. (2011). Second hand smoke exposure in children: environmental factors, physiological effects, and interventions within pediatrics. *Rev Environ Health*, 26(3), 187-195.
- W.H.O. (Producer). (2013, July 2013). Fact sheet N° 311 Obesity and overweight Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- W.H.O. Multicentre Growth Reference Study Group. (2006). WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr Suppl*, 450, 76-85.
- Wadsworth, M., & Butterworth, S. (2006). Early life. In M. Marmot & R. G. Wilkinson (Eds.), *Social Determinants of Health* (2 ed., pp. 31-53). New York: Oxford University Press. (Reprinted from: Not in File).
- Wilcox, A. J. (2010a). Birth Weight and Fetal Growth *Fertility and Pregnancy: An Epidemiologic Perspective* (pp. 211-229). New York: Oxford University Press. (Reprinted from: Not in File).
- Wilcox, A. J. (2010b). *Fertility and Pregnancy: An Epidemiologic Perspective*. New York: Oxford University Press.

8. Bilag

Albertslund

Nedenstående figur viser andelen af børn, der mangler oplysninger om de variable der indgår i årsberetningen. For hver variabel vises to vandrette bjælker. Den øverste lyse bjælke viser, hvor stor en del af børnene i Albertslund Kommune, der mangler oplysninger om den givne variabel. Den nederste mørke bjælke viser andelen af *alle* børn i årsberetningen, der mangler oplysninger om den givne variabel. For overskuelighedens skyld, er der kun angivet procenttal for Albertslund Kommune.

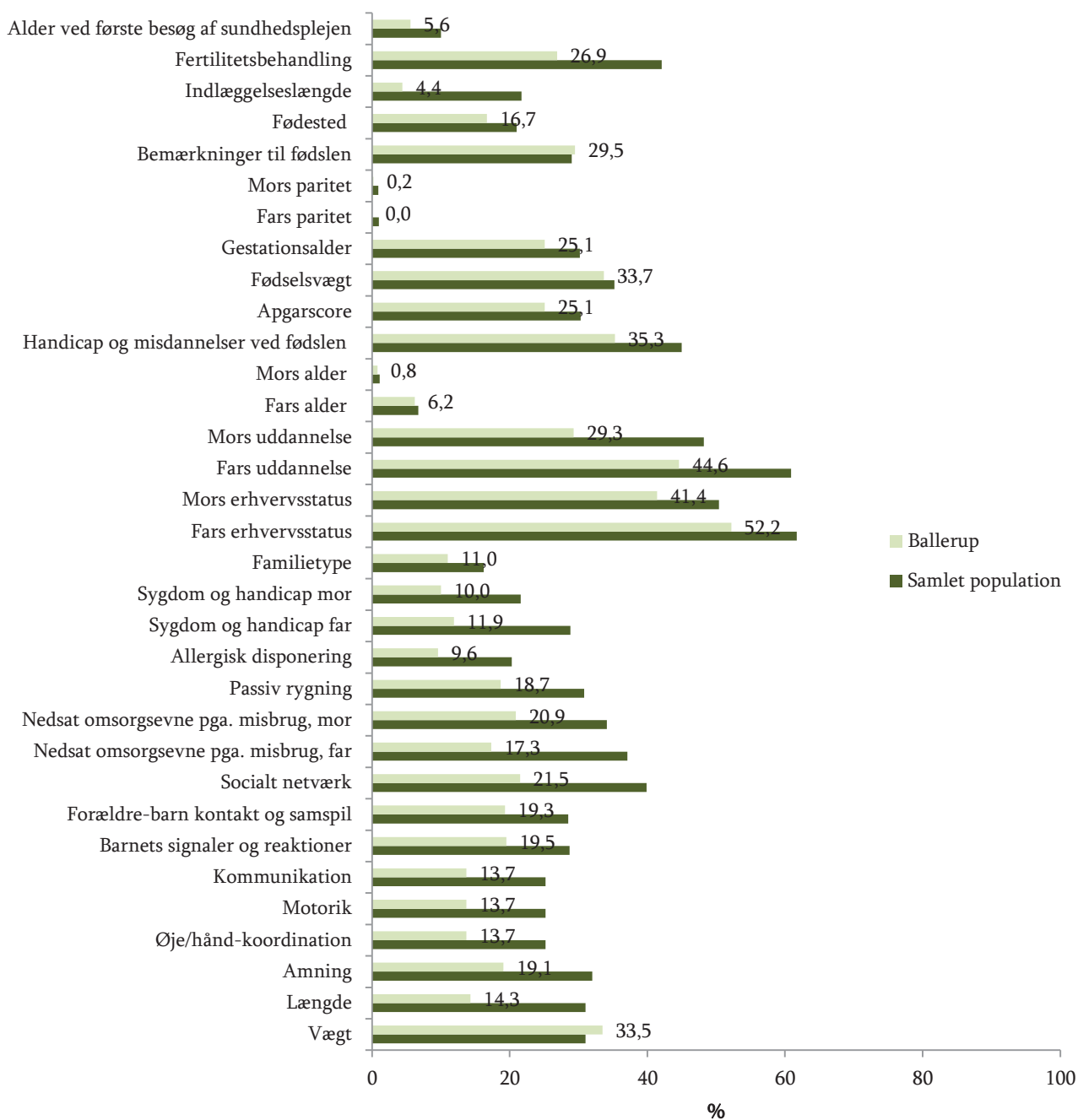
Figur 8.1 Andelen af manglende oplysninger for Alberslund Kommune og den samlede population



Ballerup

Nedenstående figur viser andelen af børn, der mangler oplysninger om de variable der indgår i årsberetningen. For hver variabel vises to vandrette bjælker. Den øverste lyse bjælke viser, hvor stor en del af børnene i Ballerup Kommune, der mangler oplysninger om den givne variabel. Den nederste mørke bjælke viser andelen af alle børn i årsberetningen, der mangler oplysninger om den givne variabel. For overskuelighedens skyld, er der kun angivet procenttal for Ballerup Kommune.

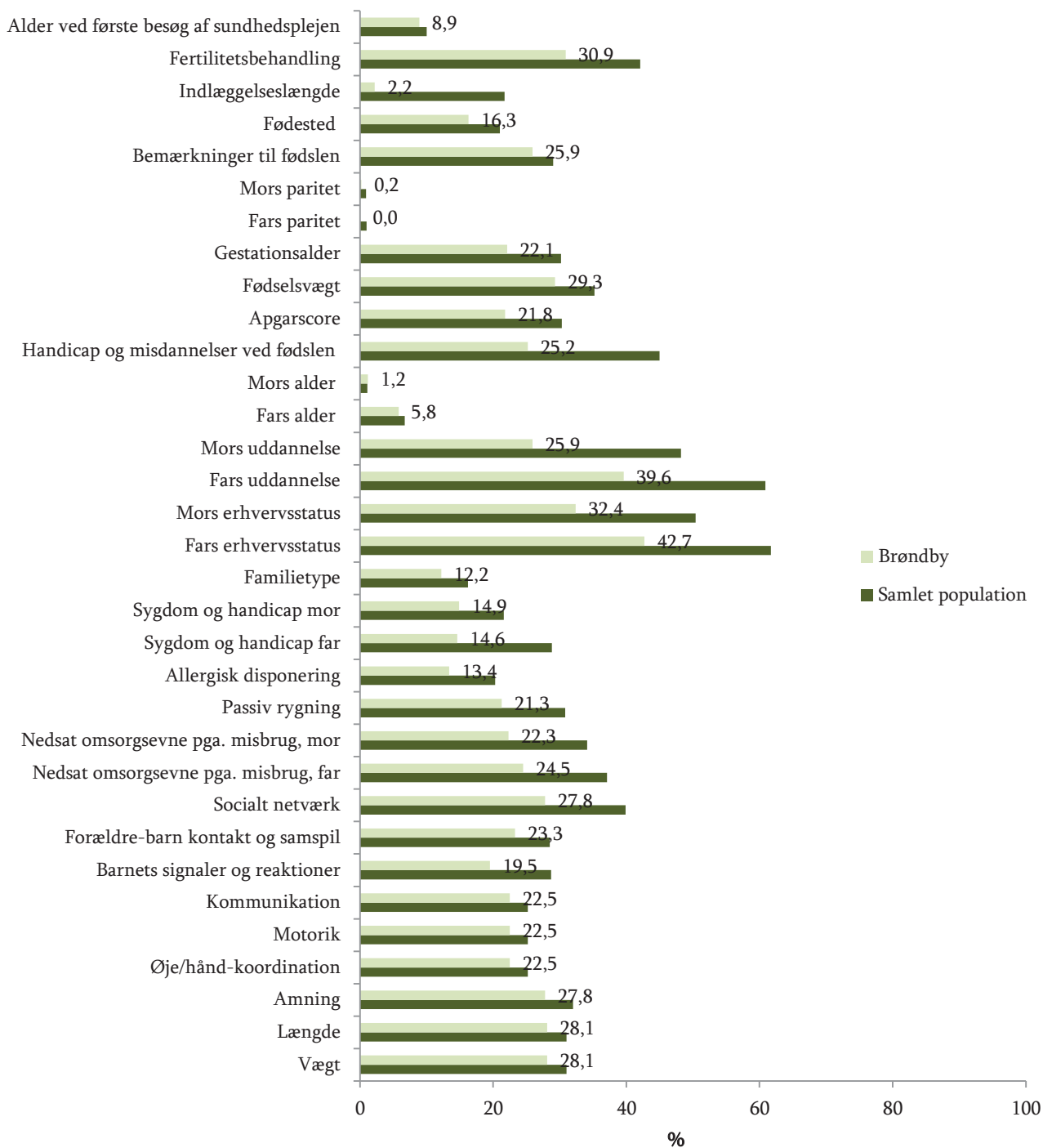
Figur 8.2 Andelen af manglende oplysninger for Ballerup Kommune og den samlede population



Brøndby

Nedenstående figur viser andelen af børn, der mangler oplysninger om de variable der indgår i årsberetningen. For hver variabel vises to vandrette bjælker. Den øverste lyse bjælke viser, hvor stor en del af børnene i Brøndby Kommune, der mangler oplysninger om den givne variabel. Den nederste mørke bjælke viser andelen af alle børn i årsberetningen, der mangler oplysninger om den givne variabel. For overskuelighedens skyld, er der kun angivet procenttal for Brøndby Kommune.

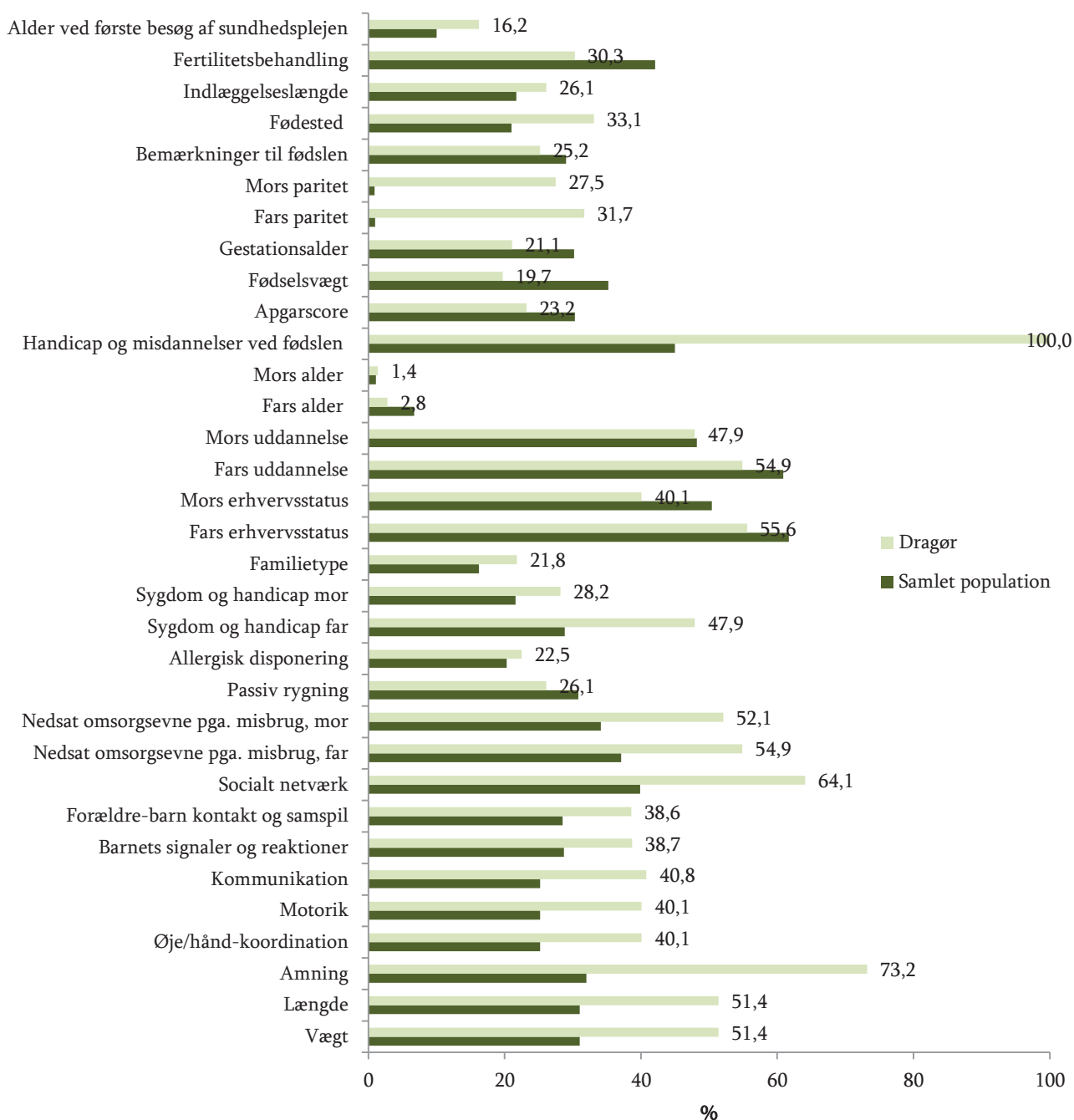
Figur 8.3 Andelen af manglende oplysninger for Brøndby Kommune og den samlede population



Dragør

Nedenstående figur viser andelen af børn, der mangler oplysninger om de variable der indgår i årsberetningen. For hver variabel vises to vandrette bjælker. Den øverste lyse bjælke viser, hvor stor en del af børnene i Dragør Kommune, der mangler oplysninger om den givne variabel. Den nederste mørke bjælke viser andelen af alle børn i årsberetningen, der mangler oplysninger om den givne variabel. For overskuelighedens skyld, er der kun angivet procenttal for Dragør Kommune.

Figur 8.4 Andelen af manglende oplysninger for Dragør Kommune og den samlede population



Gentofte

Nedenstående figur viser andelen af børn, der mangler oplysninger om de variable der indgår i årsberetningen. For hver variabel vises to vandrette bjælker. Den øverste lyse bjælke viser, hvor stor en del af børnene i Gentofte Kommune, der mangler oplysninger om den givne variabel. Den nederste mørke bjælke viser andelen af alle børn i årsberetningen, der mangler oplysninger om den givne variabel. For overskuelighedens skyld, er der kun angivet procenttal for Gentofte Kommune.

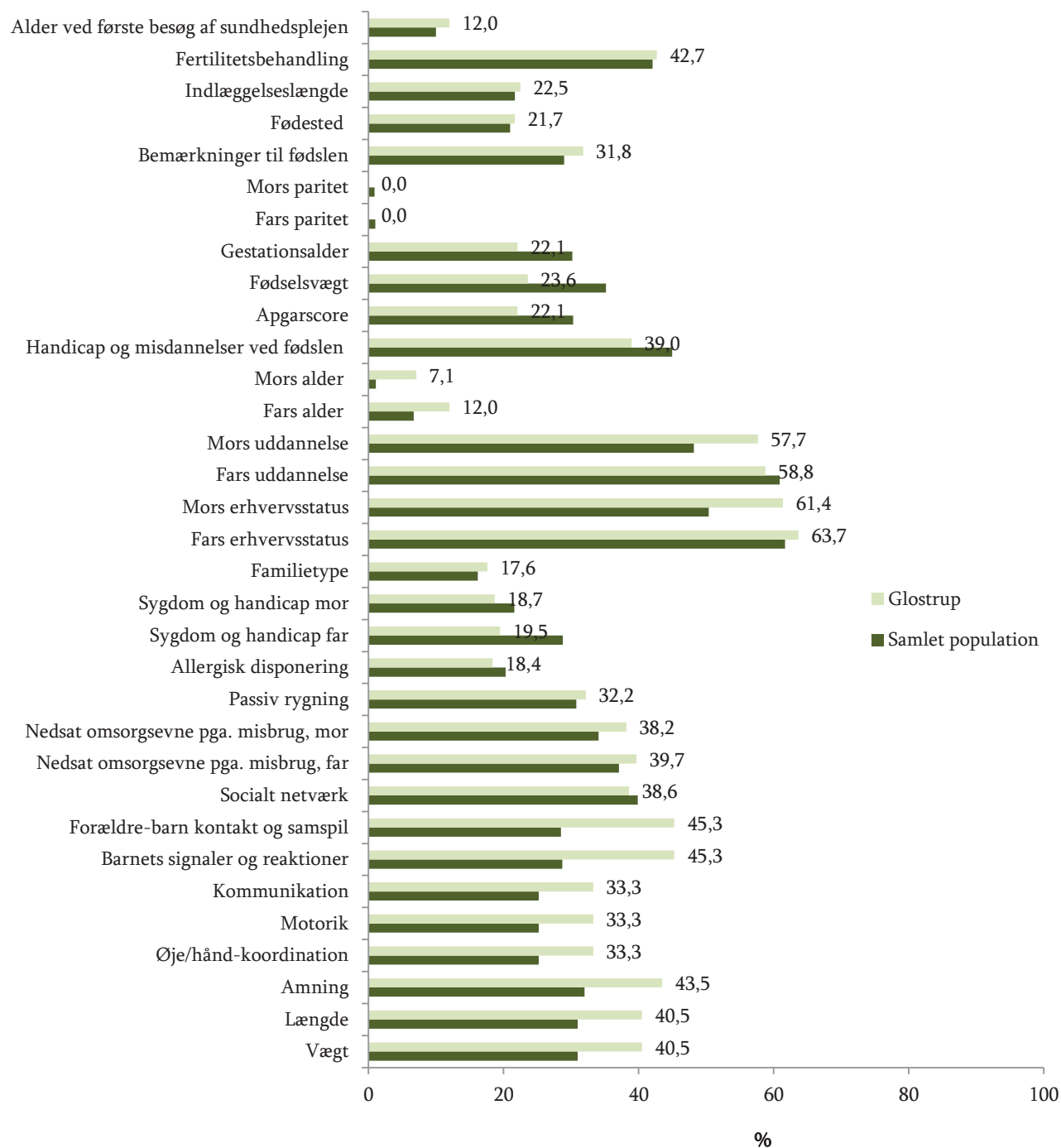
Figur 8.5 Andelen af manglende oplysninger for Gentofte Kommune og den samlede population



Glostrup

Nedenstående figur viser andelen af børn, der mangler oplysninger om de variable der indgår i årsberetningen. For hver variabel vises to vandrette bjælker. Den øverste lyse bjælke viser, hvor stor en del af børnene i Glostrup Kommune, der mangler oplysninger om den givne variabel. Den nederste mørke bjælke viser andelen af alle børn i årsberetningen, der mangler oplysninger om den givne variabel. For overskuelighedens skyld, er der kun angivet procenttal for Glostrup Kommune.

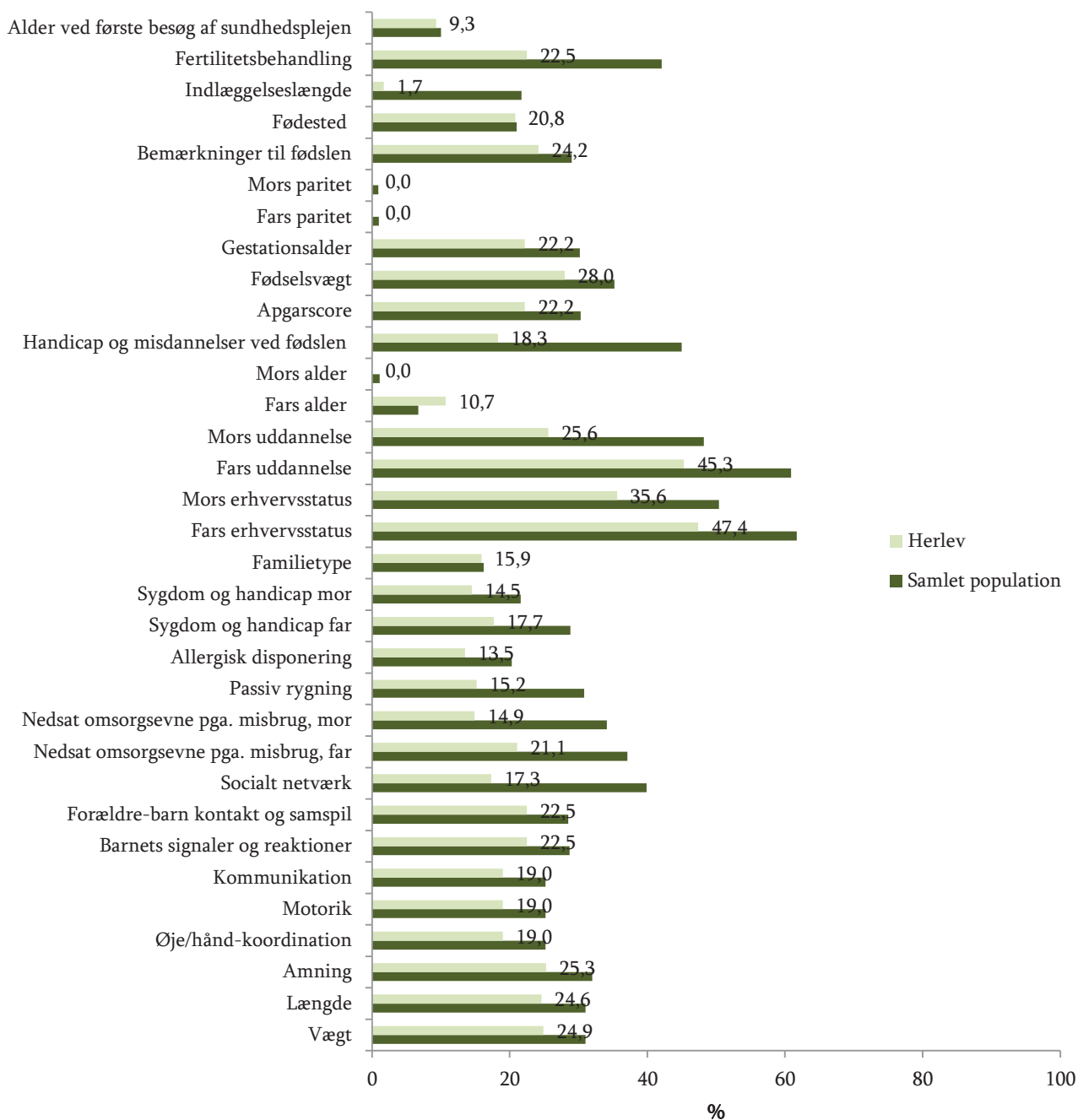
Figur 8.6 Andelen af manglende oplysninger for Glostrup Kommune og den samlede population



Herlev

Nedenstående figur viser andelen af børn, der mangler oplysninger om de variable der indgår i årsberetningen. For hver variabel vises to vandrette bjælker. Den øverste lyse bjælke viser, hvor stor en del af børnene i Herlev Kommune, der mangler oplysninger om den givne variabel. Den nederste mørke bjælke viser andelen af alle børn i årsberetningen, der mangler oplysninger om den givne variabel. For overskuelighedens skyld, er der kun angivet procenttal for Herlev Kommune.

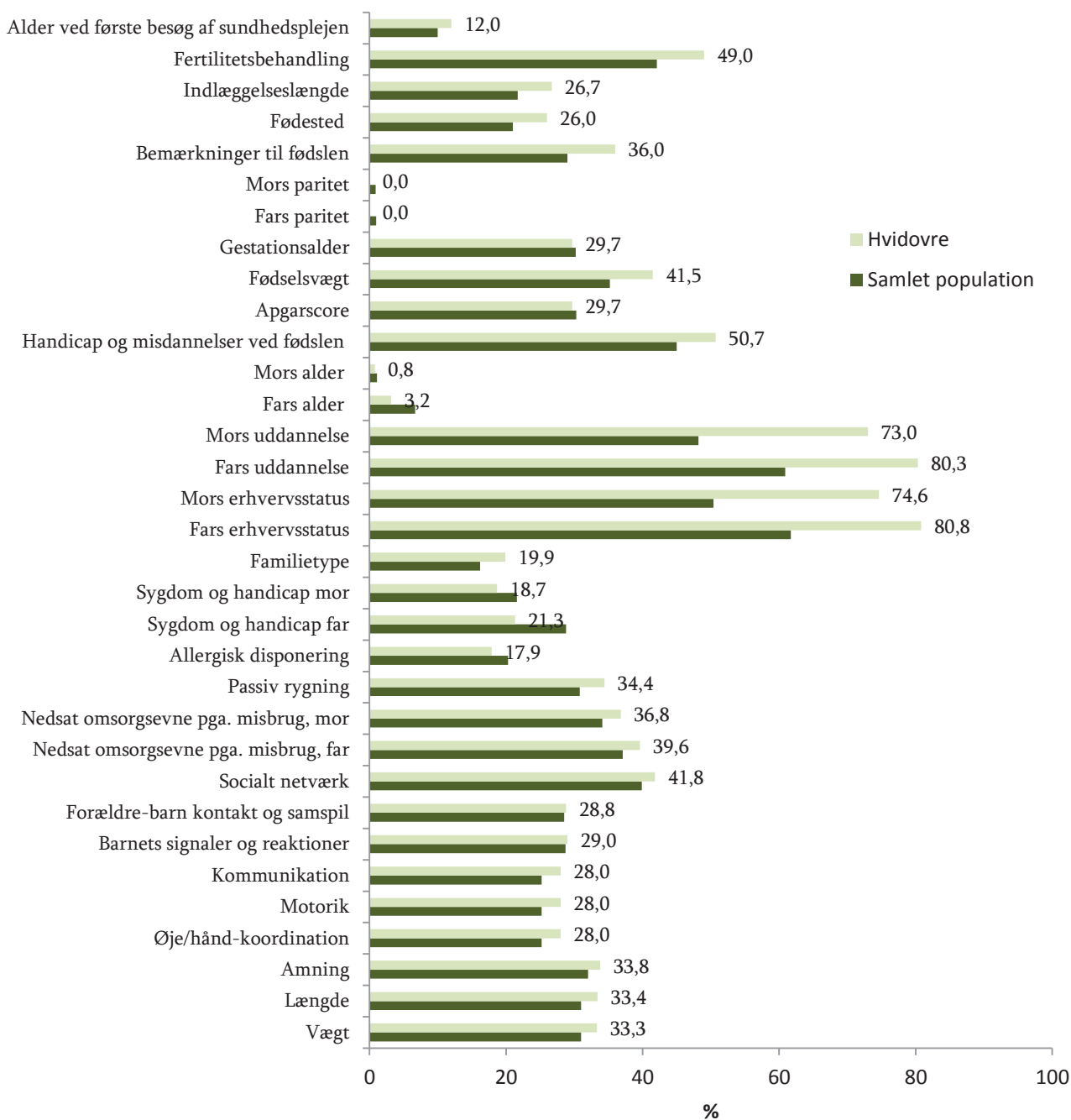
Figur 8.7 Andelen af manglende oplysninger for Herlev Kommune og den samlede population



Hvidovre

Nedenstående figur viser andelen af børn, der mangler oplysninger om de variable der indgår i årsberetningen. For hver variabel vises to vandrette bjælker. Den øverste lyse bjælke viser, hvor stor en del af børnene i Hvidovre Kommune, der mangler oplysninger om den givne variabel. Den nederste mørke bjælke viser andelen af alle børn i årsberetningen, der mangler oplysninger om den givne variabel. For overskuelighedens skyld, er der kun angivet procenttal for Hvidovre Kommune.

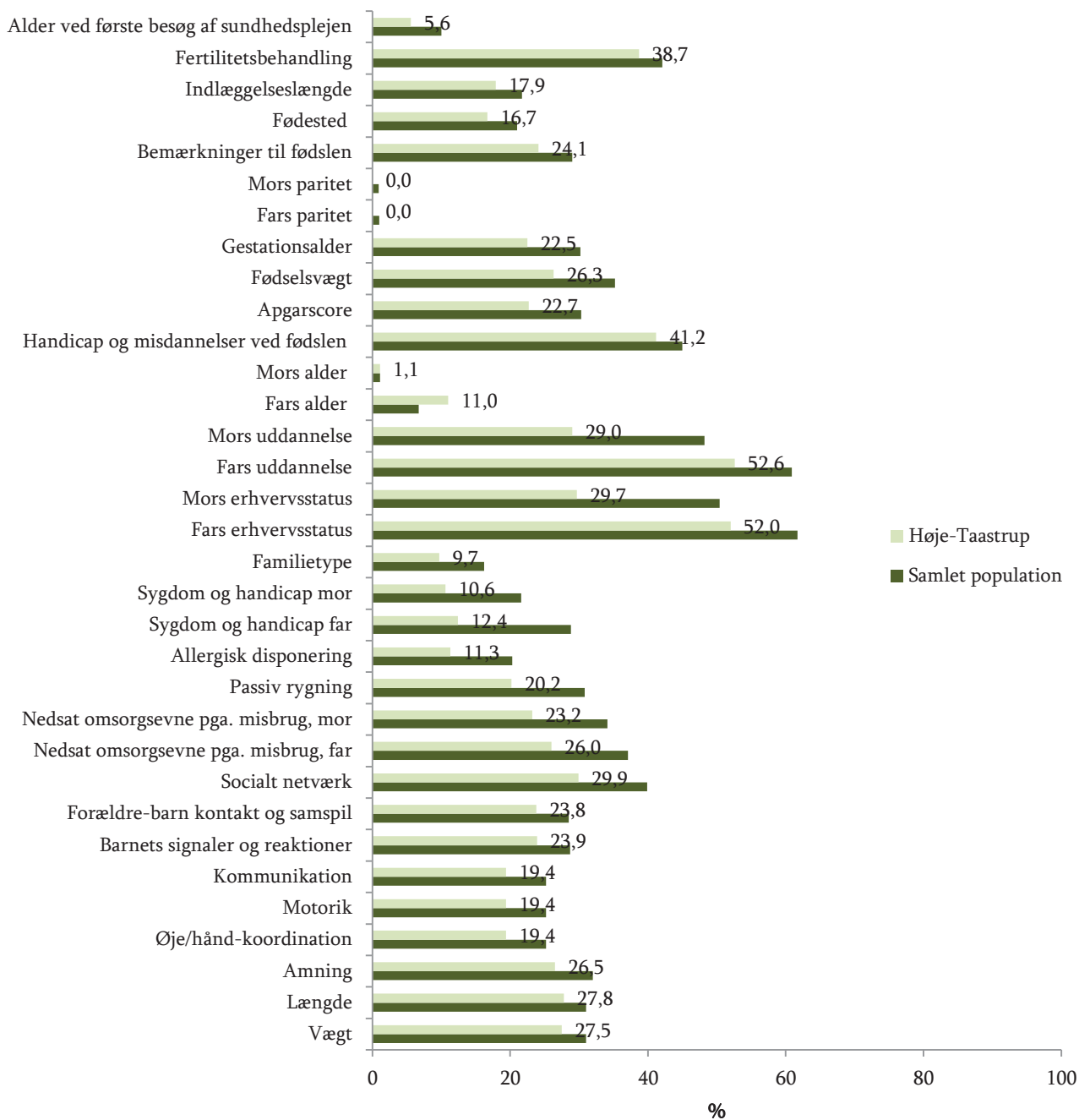
Figur 8.8 Andelen af manglende oplysninger for Hvidovre Kommune og den samlede population



Høje-Taastrup

Nedenstående figur viser andelen af børn, der mangler oplysninger om de variable der indgår i årsberetningen. For hver variabel vises to vandrette bjælker. Den øverste lyse bjælke viser, hvor stor en del af børnene i Høje-Taastrup Kommune, der mangler oplysninger om den givne variabel. Den nederste mørke bjælke viser andelen af alle børn i årsberetningen, der mangler oplysninger om den givne variabel. For overskuelighedens skyld, er der kun angivet procenttal for Høje-Taastrup Kommune.

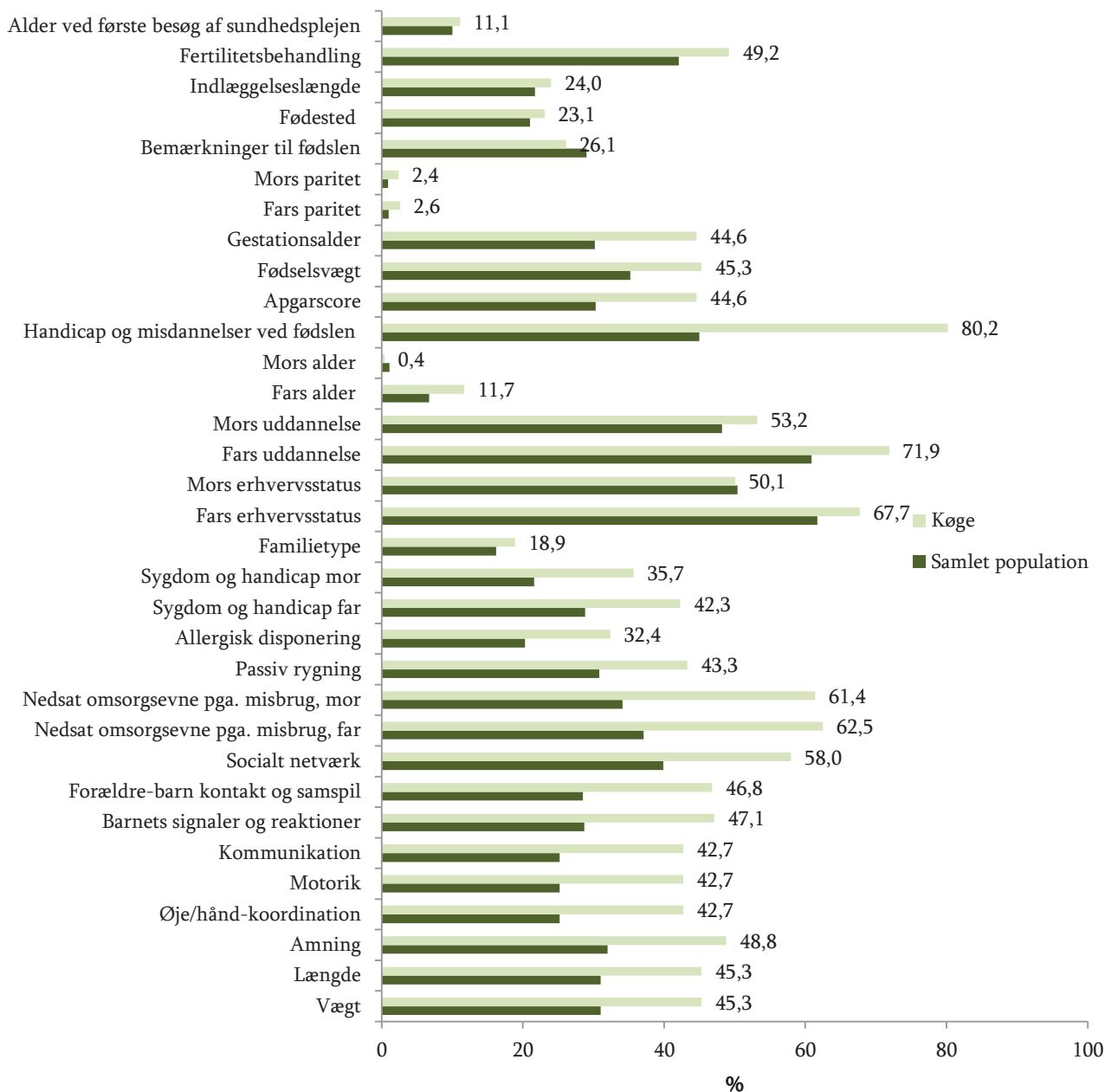
Figur 8.9 Andelen af manglende oplysninger for Høje-Taastrup Kommune og den samlede population



Køge

Nedenstående figur viser andelen af børn, der mangler oplysninger om de variable der indgår i årsberetningen. For hver variabel vises to vandrette bjælker. Den øverste lyse bjælke viser, hvor stor en del af børnene i Køge Kommune, der mangler oplysninger om den givne variabel. Den nederste mørke bjælke viser andelen af alle børn i årsberetningen, der mangler oplysninger om den givne variabel. For overskuelighedens skyld, er der kun angivet procenttal for Køge Kommune.

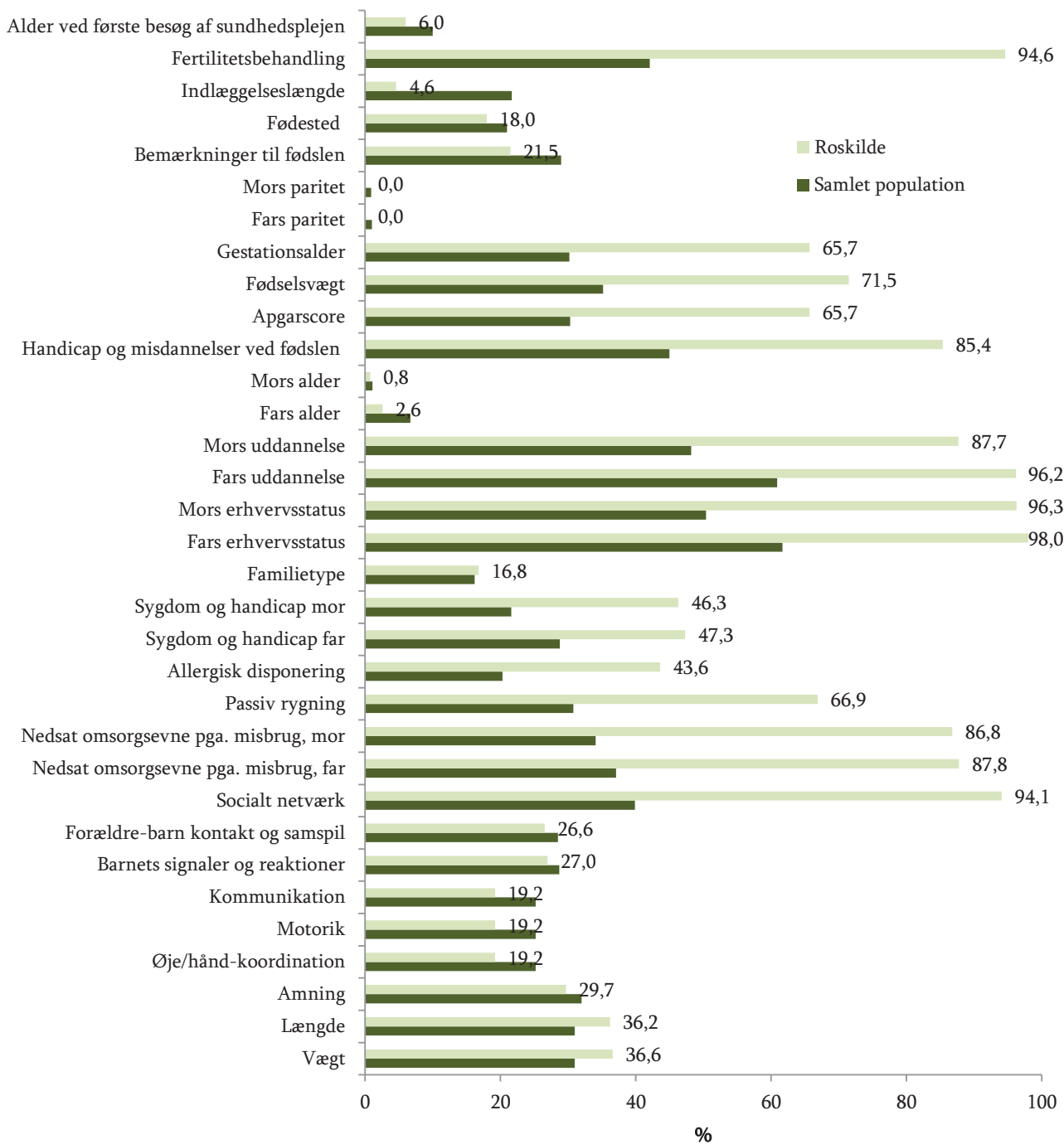
Figur 8.10 Andelen af manglende oplysninger for Køge Kommune og den samlede population



Roskilde

Nedenstående figur viser andelen af børn, der mangler oplysninger om de variable der indgår i årsberetningen. For hver variabel vises to vandrette bjælker. Den øverste lyse bjælke viser, hvor stor en del af børnene i Roskilde Kommune, der mangler oplysninger om den givne variabel. Den nederste mørke bjælke viser andelen af alle børn i årsberetningen, der mangler oplysninger om den givne variabel. For overskuelighedens skyld, er der kun angivet procenttal for Roskilde Kommune.

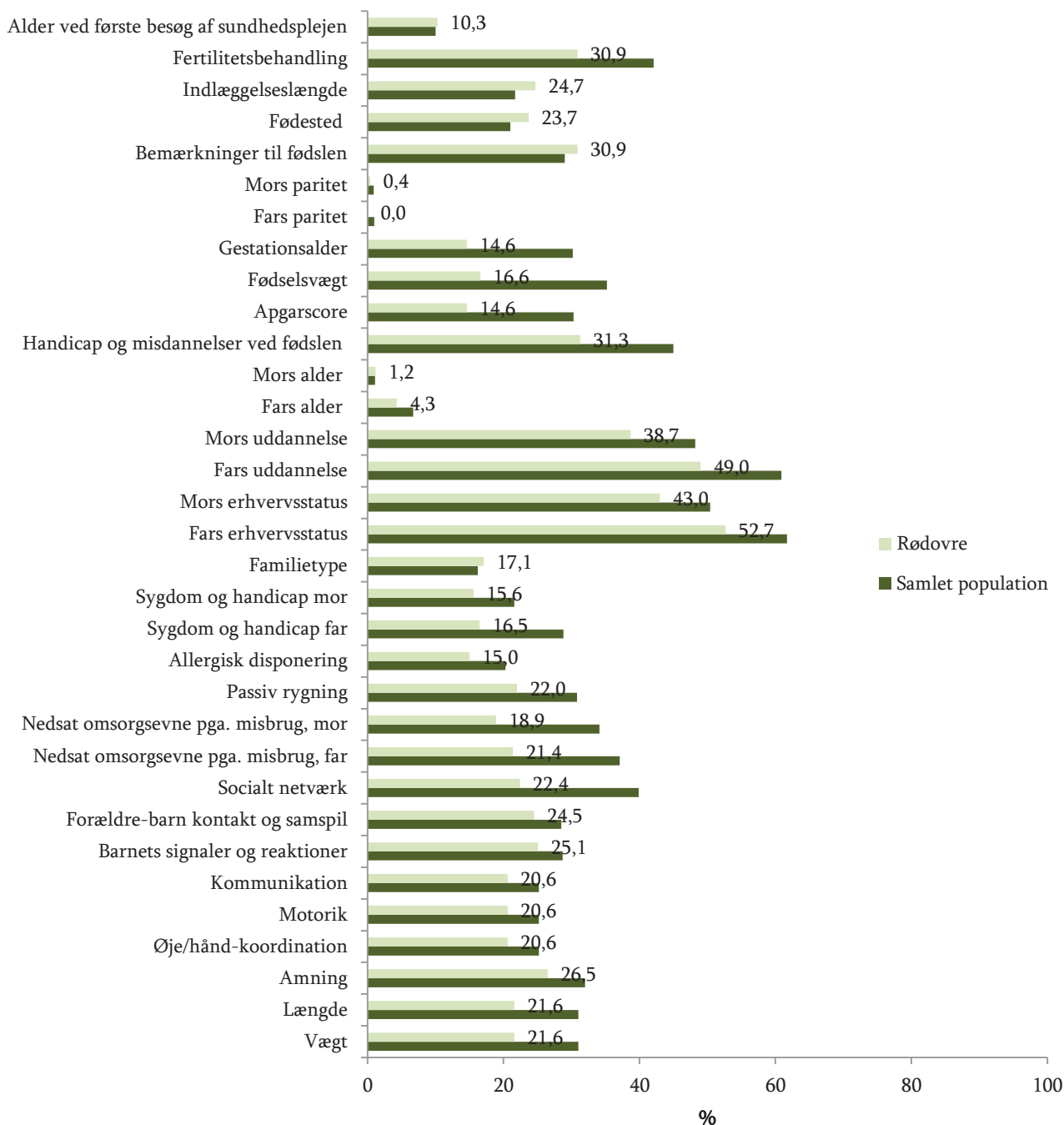
Figur 8.11 Andelen af manglende oplysninger for Roskilde Kommune og den samlede population



Rødovre

Nedenstående figur viser andelen af børn, der mangler oplysninger om de variable der indgår i årsberetningen. For hver variabel vises to vandrette bjælker. Den øverste lyse bjælke viser, hvor stor en del af børnene i Rødovre Kommune, der mangler oplysninger om den givne variabel. Den nederste mørke bjælke viser andelen af alle børn i årsberetningen, der mangler oplysninger om den givne variabel. For overskuelighedens skyld, er der kun angivet procenttal for Rødovre Kommune.

Figur 8.12 Andelen af manglende oplysninger for Rødovre Kommune og den samlede population



Tårnby

Nedenstående figur viser andelen af børn, der mangler oplysninger om de variable der indgår i årsberetningen. For hver variabel vises to vandrette bjælker. Den øverste lyse bjælke viser, hvor stor en del af børnene i Tårnby Kommune, der mangler oplysninger om den givne variabel. Den nederste mørke bjælke viser andelen af alle børn i årsberetningen, der mangler oplysninger om den givne variabel. For overskuelighedens skyld, er der kun angivet procenttal for Tårnby Kommune.

Figur 8.13 Andelen af manglende oplysninger for Tårnby Kommune og den samlede population

