

Årsberetning

om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2011/12

Databasen Børns Sundhed



Databasen Børns Sundhed 2013

Et tværkommunalt samarbejde med Region Hovedstaden og
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Forfattere: Sanne Ellegaard Jørgensen, Maria Svendsen og Bjørn E. Holstein

Årsberetning Databasen Børns Sundhed - om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2011/12

© 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, Maria Svendsen 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

Inga Jacobsen, sundhedsplejerske, Gentofte Kommune

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

Lene Møller, leder af sundhedsplejen, Rødovre Kommune

Lone Dahlstrøm, leder af sundhedsplejen, Høje-Taastrup Kommune

Pia Rønneknamp, ledende sundhedsplejerske, Brøndby Kommune

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

Tove Kepp, praktiserende læge, Rødovre Kommune

Publikationen citeres således:

Jørgensen SE, Svendsen M, Holstein BE. Årsberetning - om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2011/12, 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: 978-87-7899-237-6

Forord

Denne årsberetning fra Databasen Børns Sundhed er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 5.506 børn, der har gennemgået indskolingsundersøgelsen i skoleåret 2011/12. Børnene er fordelt på elleve kommuner: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Køge, Rødovre og Tårnby. Årsberetningen rapporterer resultater for den samlede population og for hver enkelt kommune.

Databasen Børns Sundhed beskriver børns sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskernes virksomhed. Databasen Børns Sundhed indeholder data om nul til etårige børn fra 2002 og frem, og fra 2007 er databasen suppleret med data fra sundhedsplejerskernes undersøgelser af indskolingsbørn. Målet med databasen er 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra Den Kommunale Sundheds-tjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af sundhedsplejens ydelser og 4) at skabe basis for udviklingsarbejde og videnskabelige projekter. Data kan endvidere anvendes som grundlag for sundhedsprofiler om børns sundhed.

Data er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale. Dette betyder ensartet praksis samt en systematisk og sammenlignelig dokumentation af sundhedsplejerskernes ydelser. Alle kommuner, der anvender elektroniske journaler, der er godkendt til at levere data til Børns Sundhed, kan tilslutte sig databasen og indgå i samarbejdet.

Databasen ledes af en tværfaglig og tværsektorielt sammensat styregruppe, der har ansvar for, at formålet for databasen udmøntes. Databasen er beliggende på Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet. SIF er ansvarlig for den daglige drift af databasen. Årligt foretages udtræk af data om spædbørn og et tilsvarende udtræk af børn, der er indskolet det pågældende skoleår. På baggrund af disse udtræk udarbejdes en årsberetning med basisinformationer om henholdsvis spædbørn og indskolingsbørn samt en temarapport om et udvalgt emne. Data kan anvendes til at orientere kommunens politiske og administrative ledelse, planlægge og drøfte nye initiativer eller ændringer af den daglige praksis samt følge børns sundhed lokalt. Resultaterne fra Databasen Børns Sundhed har blandt andet bevirket, at flere af kommunerne har indført barselsbesøg, screening for efterfødselsreaktioner samt styrket indsats til for tidligt fødte børn og systematiske besøg i småbørnsalderen.

Årsberetningen er udarbejdet af videnskabelig assistent Sanne Ellegaard Jørgensen, videnskabelig assistent Maria Svendsen samt professor Bjørn E. Holstein. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen og videnskabelig assistent Maria Svendsen, alle fra SIF.

En særlig stor tak til alle sundhedsplejerskerne og de ledende sundhedsplejersker i de deltagende kommuner for det positive og engagerede samarbejde – det er helt afgørende for den fortsatte udvikling af databasen.

Lone Dahlstrøm, Formand for Styregruppen

Resumé

Denne årsberetning er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om børn i Databasen Børns Sundhed. I årsberetning rapporteres om 5.506 børn, indskolingsundersøgt i skoleåret 2011/12. Årsberetningen beskriver en række baggrundsvARIABLE, herunder faktorer relateret til hjemmet og familien, forekomsten af sygdomme og medicinforbrug, samt barnets forhold til jævnaldrende.

- Størstedelen (79,5 %) af børnene bor samme med begge forældre, mens 10,0 % bor hos mor og far på skift og 10,5 % bor hos den ene forælder.
- 23,8 % af børnene bor samme med personer, der ryger.
- For 6,7 % af børnene, har sundhedsplejersken registreret et regelmæssigt medicinforbrug.
- Hos 11,1 % af børnene er der registreret allergi og hos 13,7 % eksem.
- 8,6 % af børnene er registreret med en sygdom eller et handicap.
- 4,2 % af børnene har tegn på problemer i forholdet til jævnaldrende, og en tilsvarende andel ligger i grænseområdet for problemer i forholdet til jævnaldrende.

Årsberetningen beskriver desuden en række indikatorer for barnets sundhed og udvikling, med henblik på at kunne måle kvaliteten af ydelser, indsatser og resultater inden for sundhedsplejen. Indikatorerne omfatter blandt andet vægt og højde samt barnet selvvaluerede trivsel. Derudover omfatter indikatorerne en række forhold, hvor sundhedsplejersken registrerer om barnet opfylder den forventelige udvikling i forhold til alderstrinnet. Såfremt dette ikke er tilfældet, eller der er forhold som kræver yderligere observation eller handling, anføres en bemærkning herom i journalen. Ved indskolingsundersøgelsen ses blandt andet, at:

- 6,8 % er undervægtige, 12,9 % er overvægtige og 2,5 % er svært overvægtige.
- 5,3 % bevæger sig mindre end en time dagligt.
- 31,5 % har mindst én bemærkning til deres motoriske udvikling.
- 10,7 % har bemærkninger om syn.
- 22,6 % har bemærkninger om hørelse.
- 19,7 % har bemærkninger til mad og måltidsvaner.
- 5,3 % har dårlig selvvalueret generel trivsel, mens 10,4 % har dårlig selvvalueret skoletrivsel.
- 7,2 % har bemærkninger til forældre-barn relationen.
- 15,1 % af børnene har øvrige bemærkninger til udvikling og trivsel.

Der er sket et markant fald i andelen af manglende oplysninger i forhold til tidligere år. Dette øger kvaliteten af databasen. Der er fortsat høj forekomst af manglende oplysninger for mange variable, og arbejdet med at kvalitetsforbedre databasen på dette område fortsætter.

1	Introduktion.....	5
1.1	Formål og datagrundlag	5
1.2	Sundhedspleje i skolealderen.....	6
1.3	Indskolingsundersøgelsen	6
2	Baggrundsfaktorer	7
2.1	Faktorer i hjemmet og familien	7
2.2	Sygdomme og medicinforbrug	10
2.3	Barnets forhold til jævnaldrende	14
3	Indikatorer	16
4	Manglende oplysninger	27
5	Hvad kan man bruge årsberetningen til?	29
6	Referencer	30
	Bilag A	31

1 Introduktion

1.1 Formål og datagrundlag

Formålet med denne årsberetning er at give et statusbillede af de børn, der blev indskolingsundersøgt i skoleåret 2011/12 i en af de elleve kommuner, der aktuelt indgår i Databasen Børns Sundhed. Alle elleve kommuner har indsendt data via udtræk fra elektroniske sundhedsplejerskejournaler. Sundhedsplejerskerne i de kommuner, der deltager i samarbejdet om Databasen Børns Sundhed, gennemfører en undersøgelse af de børn, der indskoles i kommunen. Det er forskelligt fra kommune til kommune om undersøgelsen sker i 0. eller i 1. klasse.

Det samlede antal børn i rapport er 5.506. Børn med ugyldigt cpr-nummer (n=7), børn uden information i de indsendte journaler (n=293) og børn indskolingsundersøgt før eller efter skoleåret 2011/12 (n=217) indgår ikke i rapporten.

Gennemsnitsalderen ved indskolingsundersøgelsen for de børn, der indgår i rapporten, er 6,6 år (alderen varierer mellem 5,3 og 8,9 år). For børn, der boede i en af databasekommunerne i deres første leveår, indgår også data fra spædbørnsbesøgene, hvor det er relevant. Desuden har Køge kommune indsendt spædbarnsjournaler om børn fra kommunen, der er indskolingsundersøgt i 2011/12. I tabellen nedenfor ses antallet af børn, der indgår i denne årsberetning. Tabellen viser også antal børn, hvor der findes data fra barnets første leveår.

Tabel 1.a Antal børn i årsberetningen og andelen heraf med oplysninger fra det første leveår.

	Børn der indgår i årsberetningen	Antal børn i årsberetningen med oplysninger fra det første leveår
Albertslund	339	253
Ballerup	588	404
Brøndby	298	221
Dragør	164	107
Gentofte	982	529
Glostrup	192	141
Herlev	247	201
Høje-Taastrup	1.133	853
Køge	715	701
Rødovre	378	272
Tårnby	470	323
Hele populationen	5.506	4.005

I Høje-Taastrup kommune indgår et større antal børn end i de tidligere årsberetninger, idet både elever i 0. og 1. klasse blev indskolingsundersøgt i 2011/12. Fremover vil alle børn i kommunen blive indskolingsundersøgt i 0. klasse.

I årsberetningen beskrives en række baggrundsvariable og udvalgte indikatorer for børnenes sundhed og udvikling. Fordelinger og forekomster rapporteres for børn med informationer om de enkelte baggrundsvariable og indikatorer, mens børn uden data holdes uden for præsentationen. Andelen af børn uden data oplyses for hver baggrundsvariabel og indikator undervejs, og problematikken vedrørende manglende data omtales samlet sidst i årsberetningen (afsnit 4). Omfanget af manglende data for hver enkelt kommune er beskrevet i bilag A.

1.2 Sundhedspleje i skolealderen

Den kommunale sundhedspleje varetager sundhedspleje, funktionsundersøgelser af barnet samt vejledning til familien i barnets første leveår. Desuden er der, inden barnet starter i skole, tilbud om syv børneundersøgelser i almen praksis (Sundhedsstyrelsen, 2011), og de fleste børn deltager i flere af disse børneundersøgelser. I tillæg til lægeundersøgelser i almen praksis er sundhedsplejens ydelser i skolealderen et vigtigt sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende tilbud. Sundhedsplejerskerne fører tilsyn og monitorerer barnets fysiske og psykiske helbredstilstand samt tilbyder oplysning og vejledning til børn og forældre med henblik på at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed og trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Ifølge Sundhedsstyrelsen er sundhedsplejerskens opgaver bl.a. ”funktionsundersøgelser og regelmæssig kontakt med børn og unge i den undervisningspligtige alder samt deres forældre, herunder gennemførelse af de lovpligtige ind- og udskolingsundersøgelser – efter kommunalbestyrelsens beslutning” (Sundhedsstyrelsen, 2011).

1.3 Indskolingsundersøgelsen

Tidligere var det i mange kommuner kommunallægen, der gennemførte ind- og udskolingsundersøgelser, men siden 2008 er det blevet muligt for kommunalbestyrelsen at beslutte, at sundhedsplejersker varetager denne opgave. I de kommuner, der indgår i Databasen Børns Sundhed, er det sundhedsplejerskerne, der varetager ind- og udskolingsundersøgelserne. I Ballerup kommune er også kommunallægen involveret i undersøgelserne. Indskolingsundersøgelsen har til formål at vurdere barnets helbred, trivsel og sundhedsmæssige skoleparathed, samt at vejlede om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart. Ved undersøgelsen skal blandt andet undersøgelse af syn, hørelse, vægt, højde, motorik, sprog, søvn og sociale relationer indgå.

Der er undervisningspligt i Danmark, og langt de fleste børn går i skole. Næsten alle børn i den skolepligtige alder deltager derfor i de undersøgelser, der finder sted i skoleregion. Dette betyder, at data fra sundhedsplejerskerne kan give et billede af sundheden, som er dækkende for børnene i de deltagende kommuner.

2 Baggrundsfaktorer

I de følgende afsnit gennemgås en række faktorer relateret til hjemmet og familien, forekomsten af sygdomme og medicinforbrug, samt barnets forhold til jævnaldrende. Resultaterne sammenlignes med resultater fra årsberetningen om børn indskolingsundersøgt i 2009/10 og 2010/11, hvor samme tema har været belyst (Brixval, 2011).

2.1 Faktorer i hjemmet og familien

Forældres erhvervsstatus

Oplysninger om henholdsvis mors og fars erhvervsstatus ved indskolingsundersøgelsen udfyldes kun, hvis der er ændringer i forhold til spædbarnsjournalen. Derfor er der dannet en variabel, der rummer data fra spædbarnsjournalen, hvis data ikke findes i indskolingsjournalen. Når disse kombinerede oplysninger anvendes, er 18,1 % af mødrene uden aktuel erhvervstilknytning, mens det samme gælder for 7,1 % af fædrene. Erhvervsstatus er ikke registreret for 37,8 % af mødrene og for 41,0 % af fædrene. Blandt børn indskolet i skoleårene 2009/10 og 2010/11, var en tilsvarende andel af forældrene uden arbejde og andelen af manglende oplysninger om forældrenes erhvervsstatus er ligeledes uændret.

Tabel 2.a Forekomst af forældre uden aktuel erhvervstilknytning

	Mor		Far	
	n	%	n	%
Albertslund	62	23,5	27	10,3
Ballerup	64	16,8	34	9,1
Brøndby	73	34,8	17	8,9
Dragør	11	17,5	3	5,4
Gentofte	55	8,5	12	1,9
Glostrup	25	20,0	12	10,6
Herlev	25	13,6	10	5,8
Høje-Taastrup	185	23,5	72	10,3
Køge	43	15,1	17	6,8
Rødovre	35	14,9	15	6,4
Tårnby	40	13,7	13	4,8
Hele populationen	618	18,1	232	7,1

Etnisk baggrund

Tabel 2.b viser forældrenes etniske baggrund for de børn, hvor vi har information om det første leveår. I den samlede population har 88,8 % af børnene en mor med dansk baggrund og 89,9 % en far med dansk baggrund. Ifølge spædbarnsjournalerne er 8,7 % af mødrene førstegenerationsindvandrere og 2,5 % er anden- eller tredjegenerationsindvandrere. Blandt fædrene er 8,0 % førstegenerationsindvandrere og 2,1 % anden- eller tredjegenerationsindvandrere. Der mangler oplysninger om forældrenes etniske baggrund for 27,3 % af børnene, hvilket skyldes, at der ikke er information om barnet første leveår for disse børn.

Tabel 2.b Fordelingen af børn efter forældrenes etniske baggrund (kun børn med information fra det første leveår)

	Mor			Far		
	Dansk baggrund (%)	Første-generationsindvandrere (%)	Anden/tredje generationsindvandrere (%)	Dansk baggrund (%)	Første-generationsindvandrere (%)	Anden/tredje generationsindvandrere (%)
Albertslund	76,8	15,6	7,6	78,2	15,9	5,9
Ballerup	87,1	10,6	2,2	88,1	9,4	2,5
Brøndby	73,8	22,6	3,6	75,6	19,0	5,4
Dragør	97,2	1,9	0,9	97,2	1,9	0,9
Gentofte	94,3	4,7	1,0	95,7	3,6	0,8
Glostrup	89,3	5,0	5,7	91,5	5,7	2,8
Herlev	97,0	3,0	0,0	97,0	2,5	0,5
Høje-Taastrup	83,7	12,4	3,9	84,6	12,8	2,6
Køge	95,6	3,3	1,1	97,4	2,3	0,3
Rødovre	87,5	10,7	1,8	87,5	10,3	2,2
Tårnby	93,2	5,6	1,2	94,1	4,0	1,9
Hele populationen	88,8	8,7	2,5	89,9	8,0	2,1

Familietype

Tabel 2.c viser fordelingen af børn efter familietype, defineret ved, hvem barnet bor hos. Størstedelen (79,5 %) af de indskolede børn bor samme med begge forældre, mens 10,0 % bor på skift hos mor og far. Andelen af børn, der udelukkende bor med deres mor eller far, udgør 10,5 %, hvoraf størstedelen (9,3 %) bor hos deres mor. Fordelingen af børn efter familietype er i overensstemmelse med børn indskolet i skoleårene 2009/10 og 2010/11. Andelen af børn uden information om familietype er faldet fra 16,5 %, blandt børn indskolingsundersøgt i 2009/10 og 2010/11, til 5,0 % i denne årsberetning.

Tabel 2.c Familietype defineret ved, hvem barnet bor hos

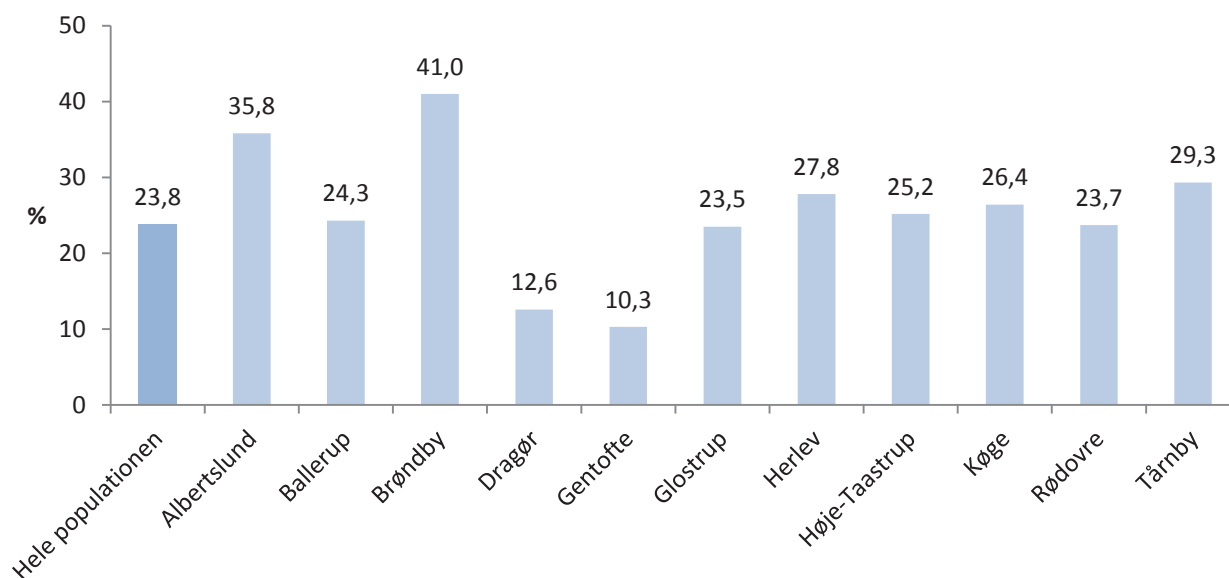
	Bor med både mor og far		Bor hos mor og far på skift		Bor med den ene forælder	
	n	%	n	%	n	%
Albertslund	256	77,8	45	13,7	28	8,5
Ballerup	434	76,8	49	8,7	82	14,5
Brøndby	193	72,3	47	17,6	27	10,1
Dragør	145	89,5	8	4,9	9	5,6
Gentofte	789	83,5	60	6,4	96	10,2
Glostrup	143	75,7	22	11,6	24	12,7
Herlev	190	82,6	13	5,7	27	11,7
Høje-Taastrup	860	80,2	129	12,0	83	7,7
Køge	512	76,9	80	12,0	74	11,1
Rødovre	282	77,5	32	8,8	50	13,7
Tårnby	355	80,3	38	8,6	49	11,1
Hele populationen	4.159	79,5	523	10,0	549	10,5

Ryging i hjemmet

Ved indskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet bor sammen med personer, der ryger. Der er 23,8 % af børnene, der bor sammen med personer, der ryger (figur 2.a). Denne forekomst svarer til den rapporterede forekomst i årsberetningen fra skoleårene 2009/10 og 2010/11. I 5,7 % af journalerne er der ikke information om hvorvidt børnene bor sammen med personer der ryger. Dette gjaldt

17,6 % af børnene i årsberetningen om børn indskolet i 2009/10 og 2010/11. Der er altså sket et betydeligt fremskridt med hensyn til, at få komplette data om dette emne. Den store andel manglende oplysninger om rygning i hjemmet i 2009/10 og 2010/11 gør sammenligningen usikker.

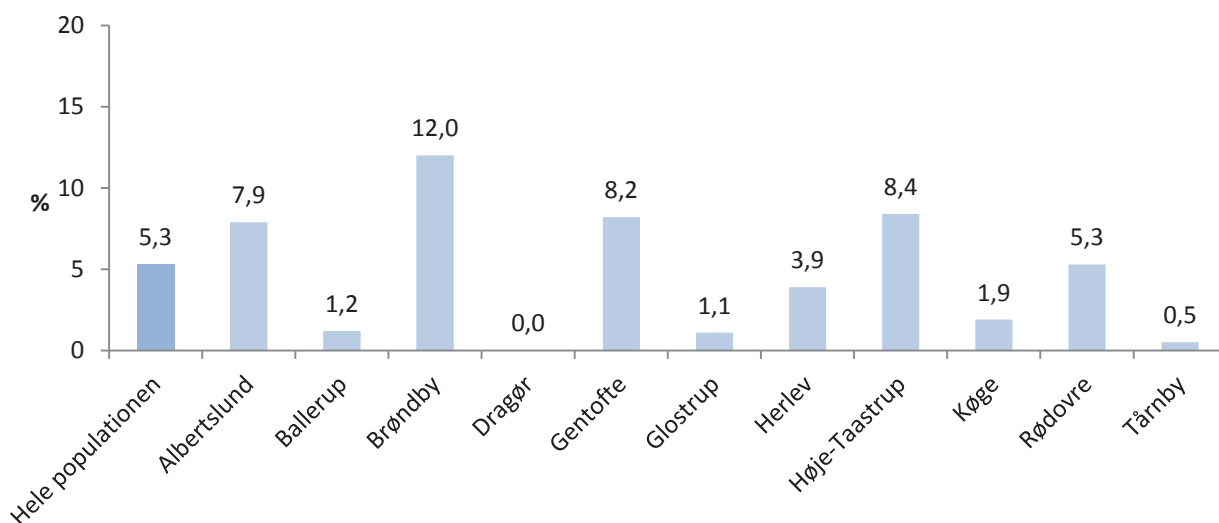
Figur 2.a Forekomst af børn, der er udsat for passiv rygning, i hjemmet



Fritidsordning

Sundhedsplejersken registrerer i journalen, hvorvidt barnet går i fritidsordning. Af figur 2.b ses, at 5,3 % af børnene ikke går i fritidsordning. Andelen af børn, der ikke går i fritidsordning, varierer mellem kommunerne fra 0,0 % i Dragør kommune til 12,0 % i Brøndby kommune. I årsberetningen om børn indskolet i 2009/10 og 2010/11, gik 4,0 % af børnene ikke i fritidsordning, og der er således ikke sket nævneværdige ændringer. For 4,3 % af børnene er det ikke registreret i journalen, om barnet går i fritidsordning. I årsberetningen om børn indskolingsundersøgt i 2009/10 og 2010/11 manglede der informationer herom for 19,4 % af børnene. Der er således sket et bemærkelsesværdigt fald i andelen af manglende informationer vedrørende brug af fritidsordning.

Figur 2.b Andelen af børn, der ikke går i fritidsordning

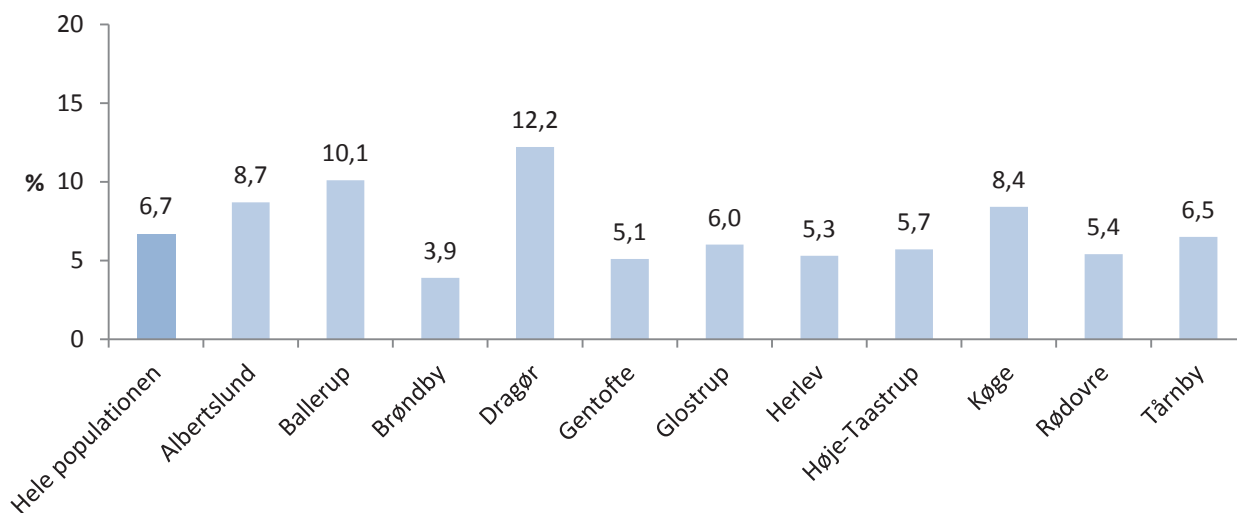


2.2 Sygdomme og medicinforbrug

Regelmæssigt medicinforbrug

I journalen registrerer sundhedsplejersken, om barnet regelmæssigt får medicin. Dette er tilfældet for 6,7 % af børnene (figur 2.c). I 11,6 % af journalerne er der ikke oplysninger om medicinforbrug. I årsberetningen om børn indskolingsundersøgt i skoleårene 2009/10 og 2010/11 var forekomsten af regelmæssigt medicinforbrug 5,4 %, mens der manglede oplysninger herom i 23,9 % af journalerne.

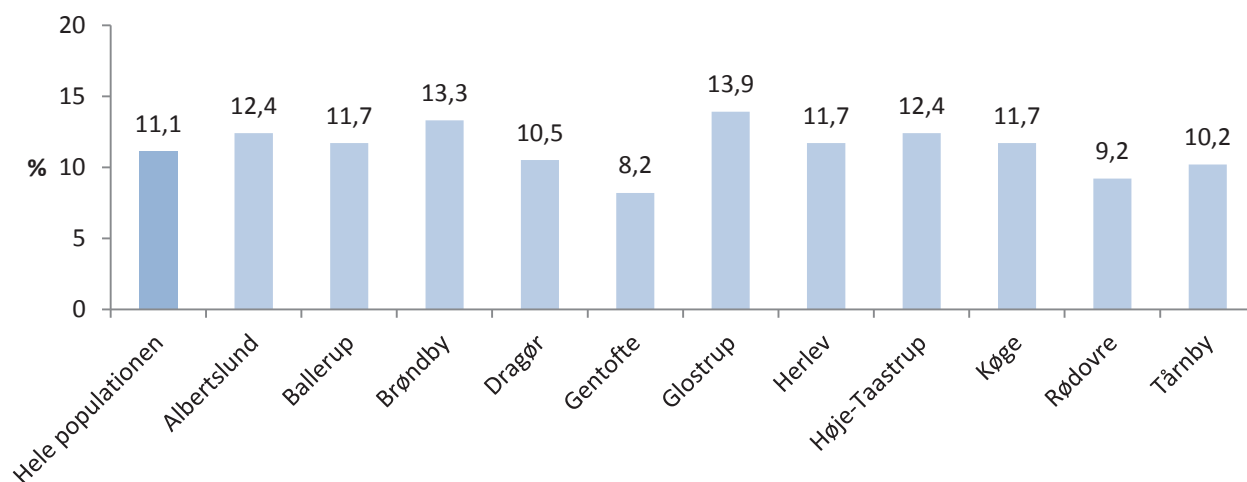
Figur 2.c Forekomst af regelmæssigt medicinforbrug



Allergi og eksem hos barnet

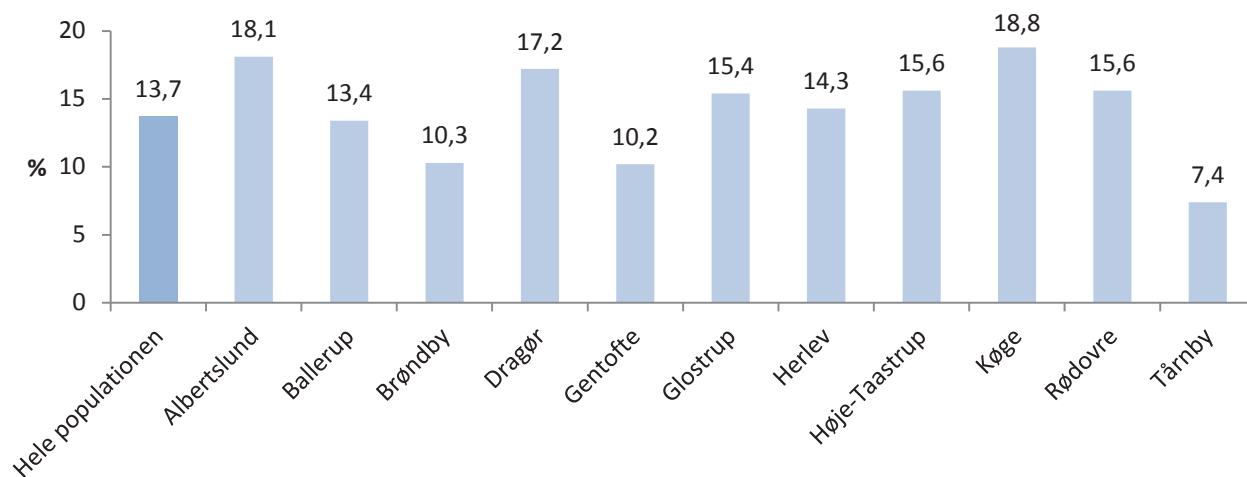
Figur 2.d viser, at 11,1 % af børnene i hele populationen har registreret allergi. Forekomsten af allergi var i 2009/10 og 2010/11 9,6 %. Der er sket et betydeligt fald i andelen af børn uden information om allergi (fra 21,5 % til 6,2 %), samt et beskedent fald i andelen af børn, hvor sundhedsplejersken har registreret allergistatus som ukendt (fra 4,5 % til 3,4 %).

Figur 2.d Forekomst af registreret allergi



Forekomsten af eksem blandt børn indskolingsundersøgt i 2011/12 er 13,7 %. Af figur 2.e ses, at forekomsten varierer fra 7,4 % til 18,8 % på tværs af kommunerne. I 2009/10 og 2010/11 var en tilsvarende andel af børnene registreret med eksem. For 22,5 % af børnene indskolingsundersøgt i 2011/12 mangler der oplysninger om forekomsten af eksem, mens det tilsvarende tal var 32,6 % i 2009/10 og 2010/11. Sammenligningen mellem indskolingsårangange er derfor usikker.

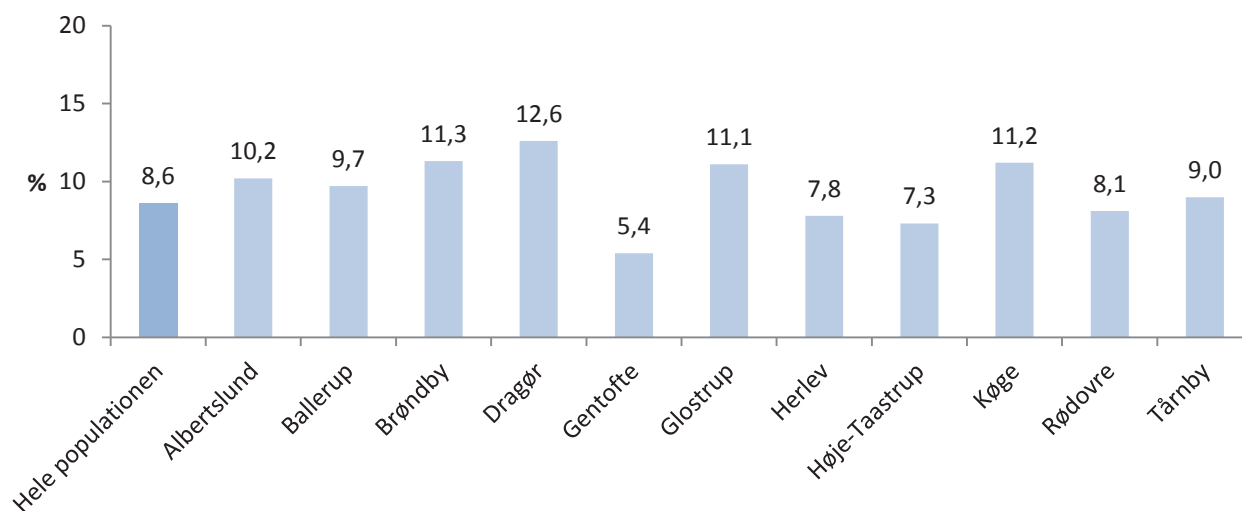
Figur 2.e Forekomst af registreret eksem



Sygdom og handicap hos barnet

I journalen registreres, om barnet har handicap eller sygdomme, men det registreres ikke, hvilke sygdomme eller handicap, der er tale om. Feltet skal kun udfyldes, hvis der er ændringer i forhold til registreringer i spædbarnsjournalen. Der er derfor dannet en kombinationsvariabel, der rummer data fra spædbarnsjournalen, hvis data ikke findes i indskolingsjournalen. I figur 2.f ses forekomsten af registrerede sygdomme og handicap, der i den samlede population er 8,6 %. I årsberetningen om børn indskolet i 2009/10 og 2010/11 var der registreret sygdom eller handicap hos 7,1 % af børnene. Andelen af journaler uden oplysninger om sygdom og handicap hos barnet er faldet markant fra 15,7 % blandt børn indskolet i 2009/10 og 2010/11, til 4,4 % af børnene indskolingsundersøgt i 2011/12.

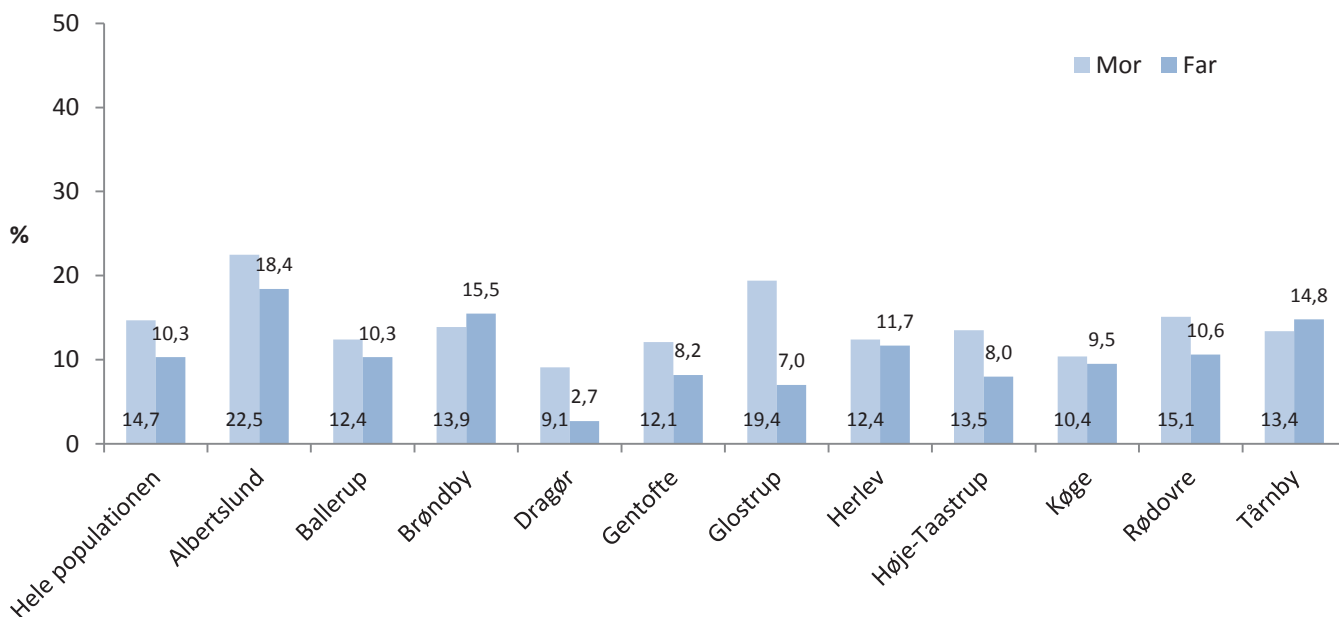
Figur 2.f Forekomst af sygdom/handicap hos barnet



Sygdom og handicap i familien

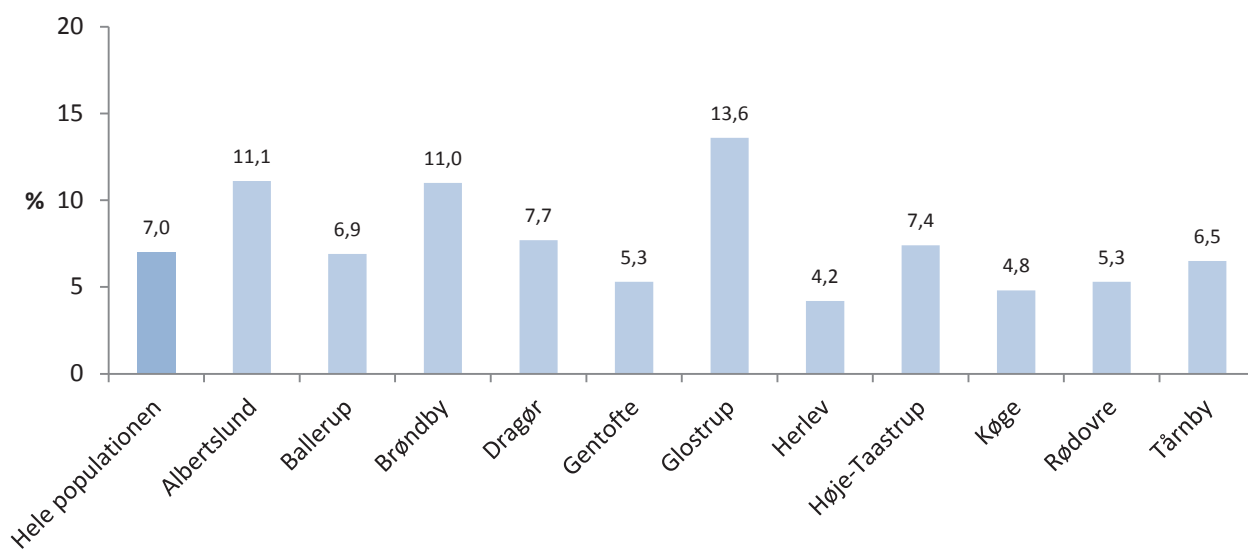
Sundhedsplejersken registrerer i journalen, om der er fysiske eller psykiske sygdomme eller handicap i familien. Oplysningerne udfyldes kun, hvis der er ændringer i forhold til oplysningerne i stamdata fra spædbarnsjournalen. Der er derfor, ligesom for sygdomme og handicap hos barnet, dannet en variabel, der rummer data fra spædbarnsjournalen, hvis data ikke findes i indskolingsjournalen. Af figur 2.g ses, at 14,7 % af mødre og 10,3 % af fædre til børn indskolet i 2011/12 lider af sygdom eller handicap. Forekomsten af sygdom og handicap varierer fra 2,7 % til 22,5 % på tværs af kommunerne. Der mangler oplysninger om sygdom og handicap for 41,6 % af mødre og 38,3 % af fædre, hvilket ligeledes var tilfældet i årsberetningen om børn indskolet i 2009/10 og 2010/11. På grund af de mange journaler uden oplysninger, vil sammenligninger med tal fra tidligere årsberetninger være meget usikre.

Figur 2.g Forekomst af sygdom/handikap hos forældrene



Forekomsten af sygdom og handicap hos søskende bygger ligeledes på en kombinationsvariabel af oplysninger fra spædbarns- og indskolingsjournalen. Figur 2.h viser, at for 7,0 % af børnene er der registreret sygdom eller handicap hos søskende. For 57,7 % af børnene, findes der ikke information i journalen om sygdom og handicap hos søskende. En tilsvarende andel af de børn der blev indskolingsundersøgt i skoleårene 2009/10 og 2010/11 havde søskende med sygdom eller handicap, og andelen uden information herom er ligeledes uændret. Sammenligning mellem indskolingsårene er grundet det store antal missing usikre. Manglende oplysninger om sygdom og handicap hos søskende kan dække over, at barnet ikke har nogen søskende.

Figur 2.h Forekomst af sygdom/handikap hos søskende



2.3 Barnets forhold til jævnaldrende

I forbindelse med indskolingsundersøgelsen bliver forældrene bedt om at vurdere følgende udsagn om barnets forhold til jævnaldrende i de seneste seks måneder:

- *Er lidt af en enspænder.*
- *Har mindst én god ven.*
- *Er generelt vellidt af andre børn.*
- *Bliver mobbet eller drillet af andre børn.*
- *Kommer bedre ud af det med voksne end andre børn.*

Forældrene kan besvare udsagnene med *passer ikke*, *passer delvist* eller *passer godt*. Udsagnene stammer fra det internationalt anvendte spørgeskema *The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*, som er udviklet i England og oversat til dansk (Obel et al, 2003). De fem udsagn udgør underskalaen *Problemer i forholdet til jævnaldrende* (Peer Problems Scale).

Størstedelen af forældrene (86,1 %) har svaret *passer ikke* til, at deres barn er en enspænder. For 92,1 % af børnene har forældrene svaret, at det *passer godt*, at barnet har mindst én god ven og en tilsvarende andel har svaret, at det *passer godt*, at deres barn generelt er vellidt af andre børn. For henholdsvis 84,8 % og 87,4 % af børnene har forældrene svaret *passer ikke* til, at barnet bliver mobbet, og at barnet kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn. I årsberetningen om børn indskolet i 2009/10 og 2010/11 var det 90,3 % af forældrene, som svarede *passer ikke* til udsagnet om, at barnet bliver mobbet, 90,3 %.

På baggrund af de fem udsagn beregnes en samlet score, der danner grundlag for kategoriseringen: *Ingen problemer i forholdet til jævnaldrende*, *i grænseområdet for problemer i forholdet til jævnaldrende* og *tegn på problemer i forholdet til jævnaldrende*.

Figur 2.i Problemer i forholdet til jævnaldrende

	Ingen tegn på problemer		Grænseområde		Tegn på problemer	
	n	%	n	%	n	%
Albertslund	267	86,1	16	5,2	27	8,7
Ballerup	531	94,3	12	2,1	20	3,6
Brøndby	227	89,0	9	3,5	19	7,5
Dragør	159	98,8	1	0,6	1	0,6
Gentofte	904	95,2	27	2,8	19	2,0
Glostrup	171	91,4	9	4,8	7	3,8
Herlev	214	94,3	9	4,0	4	1,7
Høje-Taastrup	924	85,9	80	7,4	72	6,7
Køge	601	91,9	28	4,3	25	3,8
Rødovre	318	93,3	13	3,8	10	2,9
Tårnby	419	93,7	15	3,4	13	4,3
Hele populationen	4.735	91,6	219	4,2	217	4,2

Overordnet ses af tabel 2.i, at de fleste børn har et godt samspil med deres omgivelser. I den samlede population er 4,2 % af børnene i *grænseområdet*, mens en tilsvarende andel af børnene har *tegn på problemer i forholdet til jævnaldrende*. Det er ikke muligt at foretage en sammenligning med tidligere

årsberetninger, da den samlede score for de fem udsagn ikke tidligere er anvendt i årsberetningerne for Databasen Børns Sundhed. For 6,1 % af børnene har forældrene ikke besvaret de fem udsagn. I årsberetningen om børn indskolet i 2009/10 og 2010/11 lå andelen af manglede besvarelser for de fem udsagn mellem 18,5 % og 19,6 %.

3 Indikatorer

Databasen Børns Sundhed har udvalgt en række indikatorer til måling af kvaliteten af ydelser, indsatser og resultater inden for sundhedsplejen. Disse kvalitetsindikatorer anvendes i årsberetningen til at beskrive udvalgte områder af børnenes sundhed og udvikling. Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med indskolingsundersøgelsen, hvorvidt der er bemærkninger til en indikator (f.eks. barnets syn eller hørelse). Bemærkninger dækker over, at barnet ikke opfylder den forventelige udvikling i forhold til alderstrinnet. For hver indikator registrerer sundhedsplejerskerne desuden, hvilke bemærkninger, der er tale om. I det følgende rapporteres andelen af børn med bemærkninger i hele populationen og i de enkelte kommuner. Desuden angives andelen af henviste børn i den samlede population. Sundhedsplejersken henviser barnet til et relevant kommunalt tilbud eller til yderligere udredning i almen praksis, såfremt der er forhold, der kræver yderligere observation eller handling (Sundhedsstyrelsen, 2011). Resultaterne sammenlignes med resultater fra årsberetningen om børn indskolingsundersøgt i 2009/10 og 2010/11 (Brixval, 2011).

Undervægt, overvægt og svær overvægt

Ifølge WHO er overvægt og svær overvægt defineret som unormal eller overdreven fedtophobning, der kan skade helbredet (WHO, 2012). Denne definition er svær at håndtere i praksis. Hos voksne er det almindeligt internationalt at anvende BMI (body mass index; vægt (kg)/højde² (m)) til at klassificere undervægt, normalvægt og overvægt. Blandt børn og unge anvendes BMI ikke direkte, når man definerer undervægt, overvægt og fedme, idet BMI varierer stærkt med køn og alder. Det er derfor vanskeligt at måle under- og overvægt hos børn, og der er ikke samme internationale enighed om klassifikationen, som der er for voksne. Der findes forskellige højde/vægt-kurver og forskellige køns- og aldersrelaterede BMI-kurver. Ydermere varierer det, ved hvilke percentiler på vækstkurverne, man sætter grænserne for undervægt, overvægt og svær overvægt. Her præsenteres to indikatorer for under- og overvægt hos børn, henholdsvis anvendelse af percentiler i forhold til danske højde/vægt-kurver og en internationalt anvendt metode til vurdering af BMI hos børn. Definitionen af overvægt blandt børn diskuteres yderligere i temarapporten *Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen* fra Databasen Børns Sundhed (Svendsen, 2013).

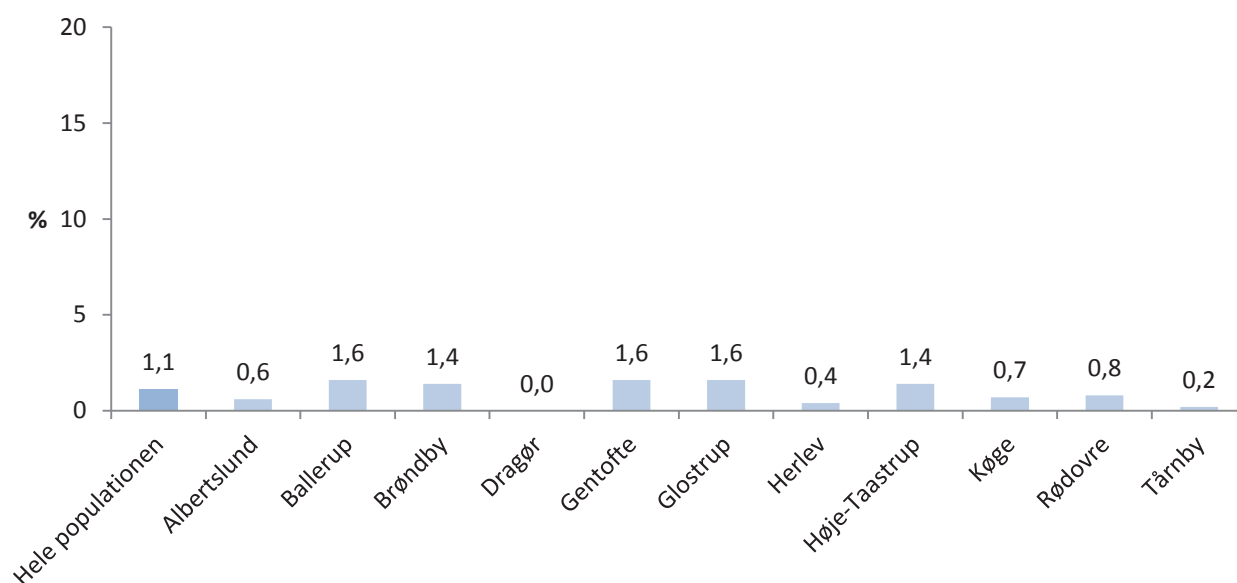
For 3,3 % af børnene er der ikke oplysning om vægt og/eller højde. En tilsvarende andel manglede oplysninger om vægt og/eller højde i årsberetningen om børn indskolingsundersøgt i 2009/10 og 2010/11.

Danske højde/vægt-kurver

Som en indikator for under- og overvægt blandt børn har man i Danmark ofte anvendt højde/vægt-kurver udviklet i 1982 af Else Andersen på baggrund af en dansk referencepopulation (Andersen et al, 1982). Nedenfor præsenteres andelen af børn, der ligger under 3 % percentilen og henholdsvis over 90 % og 97 % percentilen i forhold til disse højde/vægt-kurver.

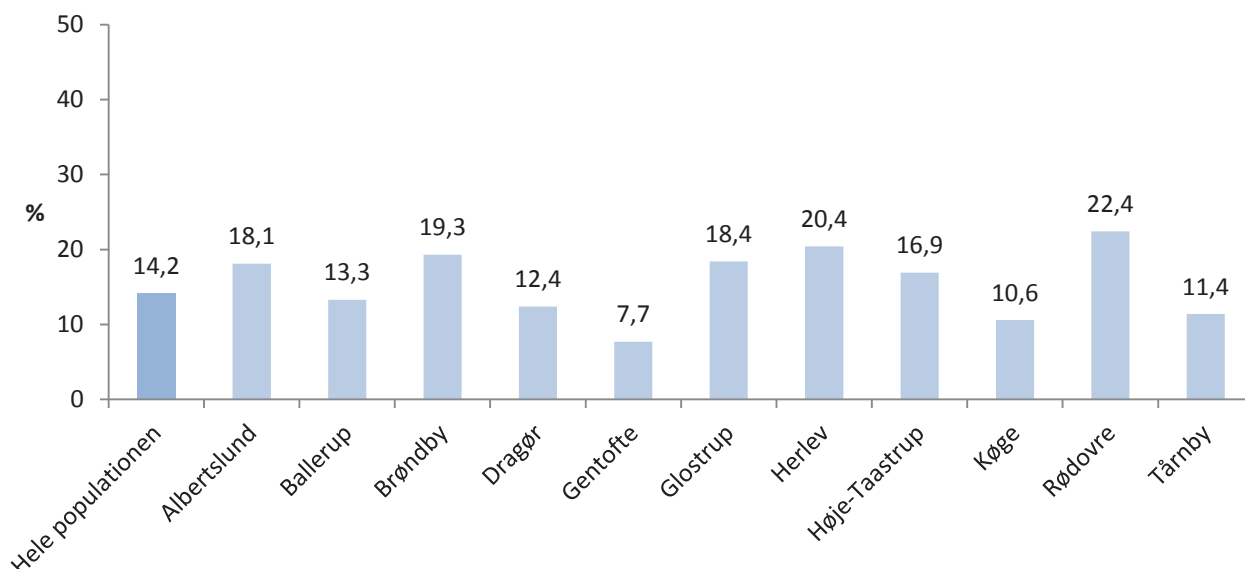
Af figur 3.a ses, at 1,1 % af børnene, har en vægt i forhold til højde der ligger under 3 % percentilen for referencepopulationen ved indskolingsundersøgelsen, det vil sige, at børnene har en meget lav vægt i forhold til deres højde.

Figur 3.a Forekomst af børn med vægt i forhold til højde under 3 % percentilen



Andelen af børn over 90 % percentilen er medtaget som indikator i rapporten, da det i et forebyggelsesperspektiv er vigtigt, at der sættes ind overfor børn der er i risiko for overvægt. I den samlede population ligger 14,2 % af børnene over 90 % percentilen for vægt i forhold til højde (figur 3.b). Andelen, der ligger over 90 % percentilen, varierer mellem 7,7 og 22,4 % på tværs af de deltagende kommuner. I årsberetningen for indskolingsårene 2009/10 og 2010/11, var den tilsvarende andel 12,8 %

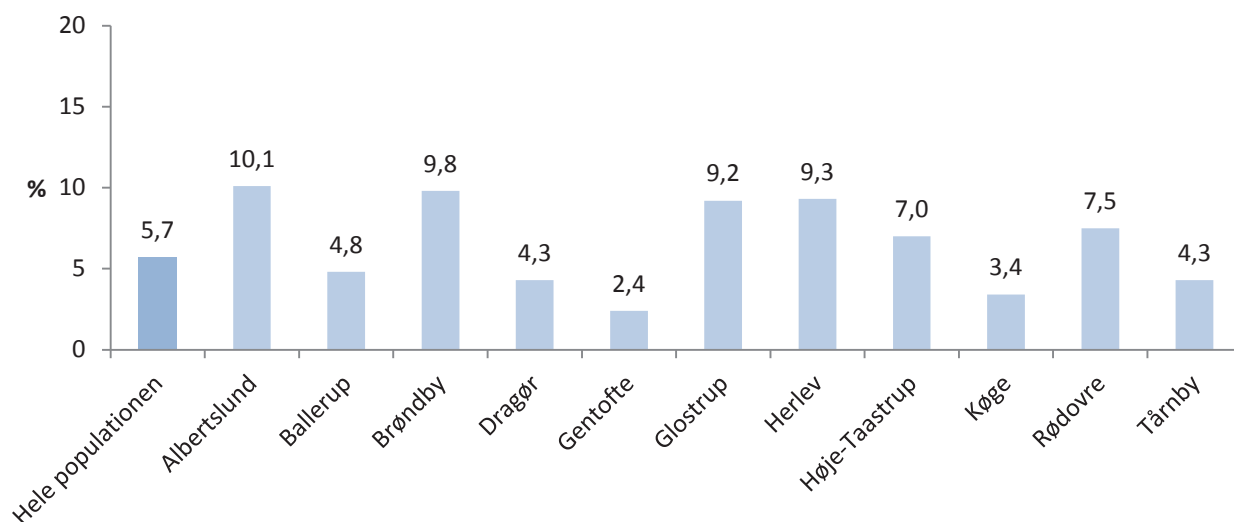
Figur 3.b Forekomst af børn med vægt i forhold til højde over 90 % percentilen



Figur 3.c viser andelen af børn med en vægt i forhold til højde over 97 % percentilen, det vil sige at børnene har en høj vægt i forhold til deres højde. Her er der ligeledes store forskelle på tværs af kommunerne, idet

forekomsten varierer mellem 2,4 og 10,1 %. I den samlede population har 5,7 % af børnene en vægt i forhold til højde over 97 % percentilen. En tilsvarende andel af børnene lå over 97 % percentilen i indskolingsårene 2009/10 og 2010/11.

Figur 3.c Forekomst af børn med vægt i forhold til højde over 97 % percentilen

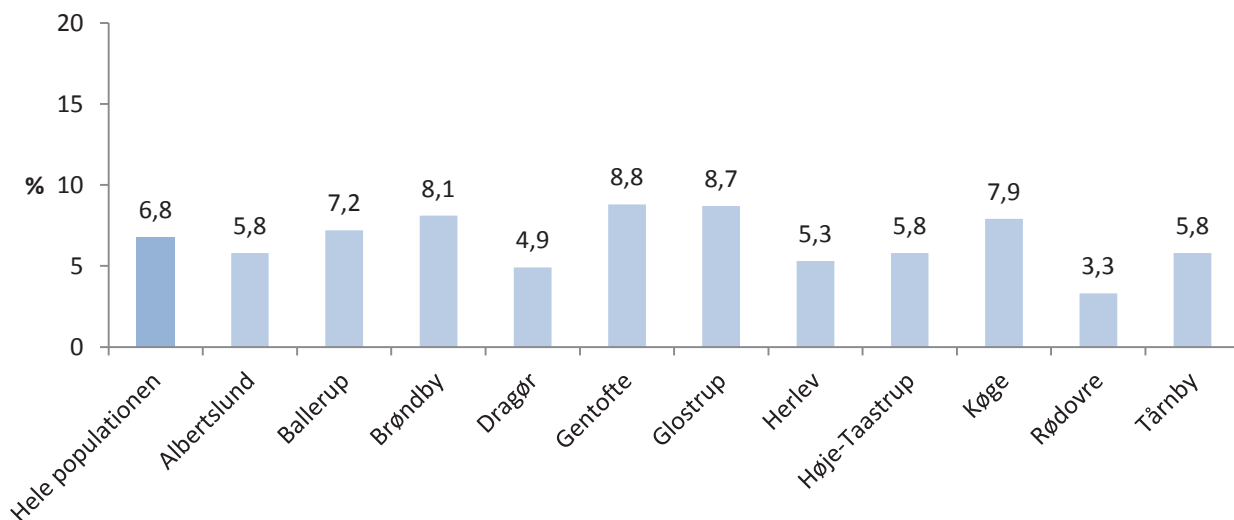


Børne-BMI-kurver

Tallene ovenfor er udtryk for én måde at vurdere overvægt og undervægt på, en metode der har været anvendt i Danmark i mange år. Nedenfor præsenteres forekomsten af undervægt, overvægt og svær overvægt blandt børn defineret ud fra en nyere international metode. Hos voksne defineres undervægt som BMI under 18,5 kg/m², overvægt som BMI mellem 25 og 29,9 kg/m² og svær overvægt som BMI over 30 kg/m². Blandt børn og unge anvendes BMI som nævnt ikke direkte, når man definerer undervægt, overvægt og svær overvægt, idet BMI varierer stærkt med køn og alder. I denne årsberetningen anvendes internationalt brugte grænser for undervægt, overvægt og svær overvægt blandt børn, der tager højde for barnets alder og køn (Cole et al, 2000; Cole et al 2007; Cole et al 2011). Disse grænser blev i 2011 redefineret, hvilket har medført mindre ændringer i forekomsten af undervægt, overvægt og svær overvægt (Cole et al 2011). For at kunne sammenligne med årsberetningen om børn indskolet i 2009/10 og 2010/11, er forekomsten af undervægt, overvægt og svær overvægt ligeledes beregnet med de nye BMI grænser, for denne population.

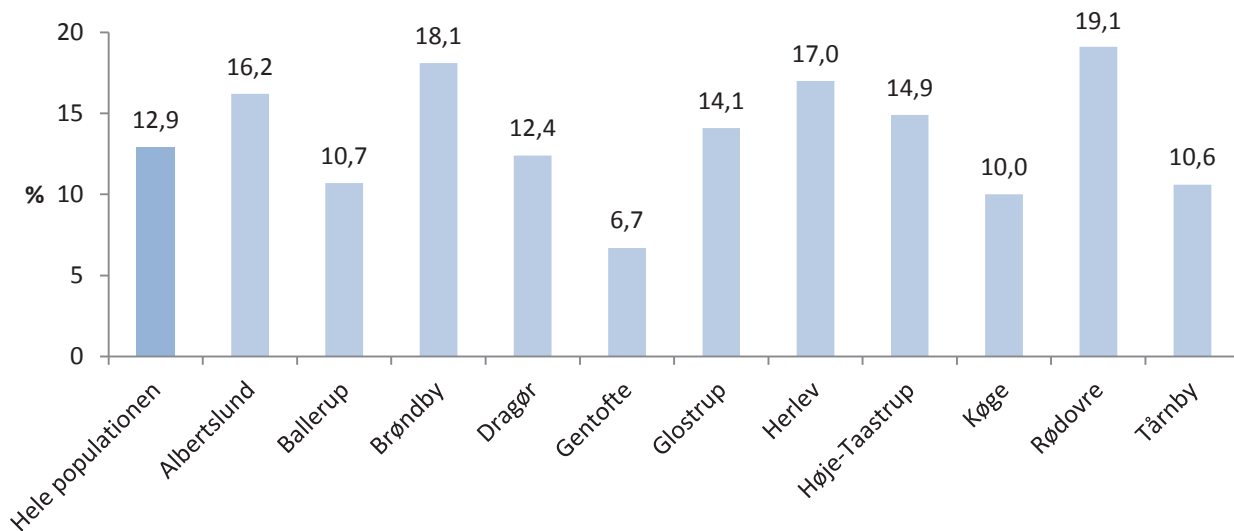
Af figur 3.d ses, at 6,8 % af børnene, indskolingsundersøgt i 2011/12, er undervægtige. Blandt børn indskolingsundersøgt i 2009/10 og 2010/11 var 7,7 % undervægtige.

Figur 3.d Forekomst af undervægt på baggrund af BMI



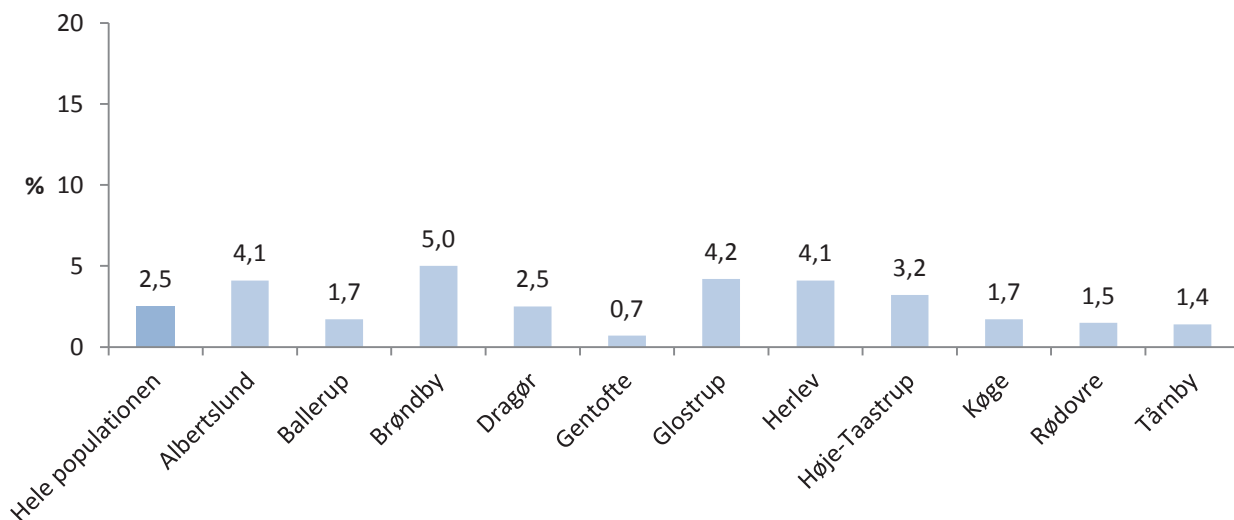
Ved indskolingsundersøgelsen i 2011/12 er 12,9 % af børnene overvægtige, og forekomsten varierer fra 6,7 til 19,1 % på tværs af kommunerne (figur 3.e). Af de børn, der blev indskolingsundersøgt i 2009/10 og 2010/11, var 11,7 % overvægtige.

Figur 3.e Forekomst af overvægt på baggrund af BMI



Figur 3.f viser, at 2,5 % af børnene, indskolingsundersøgt i 2011/2012, er svært overvægtige. En tilsvarende andel af børnene indskolet i 2009/2010 og 2010/11 var svært overvægtige.

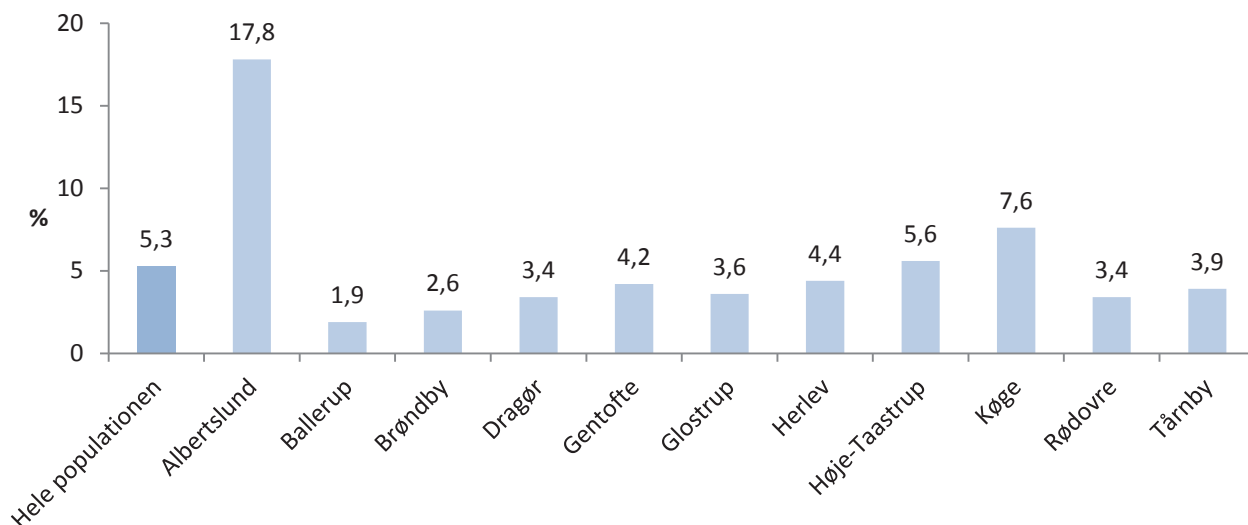
Figur 3.f Forekomst af svær overvægt på baggrund af BMI



Fysisk aktivitet

Af indskolingsjournalerne fremgår det, at 5,3 % af børnene i den samlede population har bemærkninger til fysisk aktivitet (figur 3.g), hvilket omfatter, at barnet bevæger sig mindre end en time dagligt. Blandt børn, der har bemærkninger til deres fysiske aktivitet, er 11 (4,2 % af børn med bemærkninger) henvist af sundhedsplejersken. I indskolingsårene 2009/10 og 2010/11 var 4,3 % af børnene fysisk aktive mindre end en time dagligt. Der mangler journaldata om fysisk aktivitetsniveau for 11,5 % af børnene indskolet i 2011/12, mens dette var tilfældet for 19,5 % af børnene indskolingsundersøgt i 2009/10 og 2010/11.

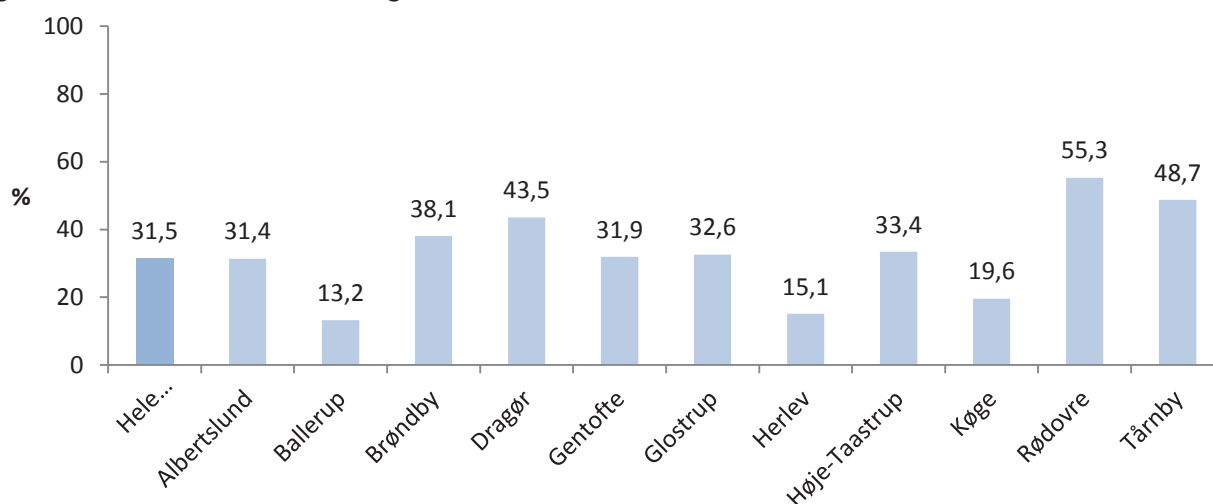
Figur 3.g Forekomst af bemærkninger til fysisk aktivitet



Motorik

Der er information om den motoriske undersøgelse for 93,6 % børn indskolet i 2011/12 i de elleve deltagende kommuner. For 45 børn er den motoriske undersøgelse ikke udført, mens der mangler oplysninger fra 305 børn, svarende til 5,5 % af de 5.506 indskolede børn i 2011/12. I indskolingsårene 2009/10 og 2010/11 manglede der oplysninger om motorik for 24,8 % af børnene i temarapporten omhandlernde motorisk udvikling (Brixval, 2011). I den motoriske test vurderer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet har en aldersvarende udvikling i forhold til følgende motoriske funktioner: gang, hoppe, balance, gadedrengeløb, stå på højre hhv. venstre ben, kaste bold med højre og venstre hånd, gribe bold, valgt hånd og håndgreb. Af figur 3.h ses, at 31,5 % af børnene har bemærkninger til deres motoriske udvikling. Blandt de børn, hvor sundhedsplejersken har bemærkninger til den motoriske udvikling, er 162 (9,9 %) henvist. I temarapporten om børn indskolet i 2009/10 og 2010/11 havde 30,2 % af børnene bemærkninger til mindst én motorisk funktion, hvoraf 10,7 % blev henvist.

Figur 3.h Forekomst af bemærkninger til motorik

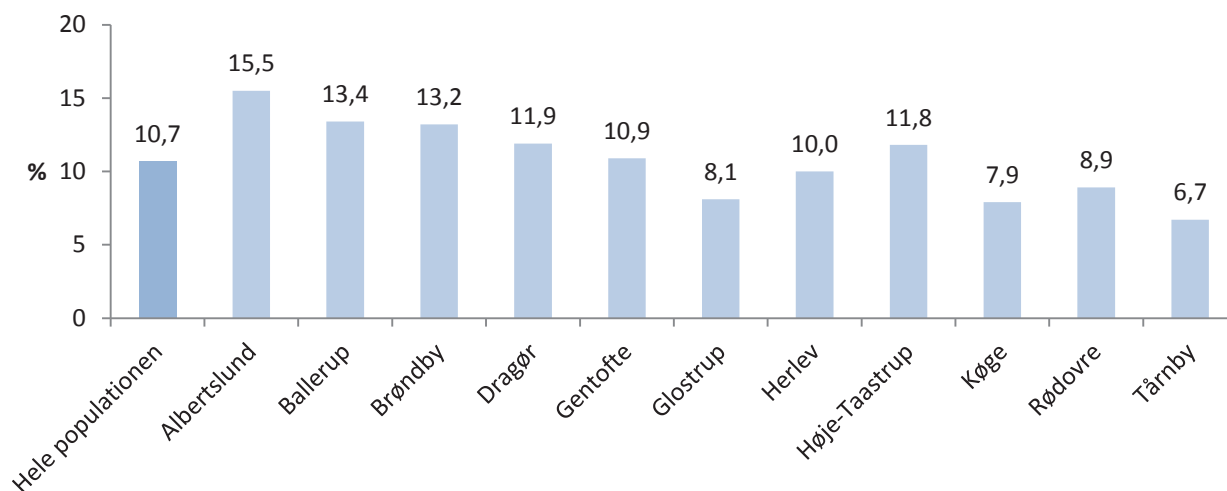


Syn

Sundhedsplejersken udfører ved indskoling en undersøgelse af barnets syn for at opspore nedsat syn. Undersøgelsen foretages ved hjælp af en synstavle, som barnet skal læse/tolke på seks meters afstand. Synstesten angives som en brøk med afstanden til tavlen i tælleren og nummeret på den læste linje i nævneren. Normal synsstyrke er 6/6 (Sundhedsstyrelsen, 2011). Bemærkninger til synsundersøgelsen dækker over, at barnet ser svarende til 6/12 eller derover og/eller har en forskel på synsstyrken svarende til to eller flere linjers forskel på sine øjne.

Blandt børn med information fra synsundersøgelsen har 10,7 % bemærkninger. Heraf er 266 (59,1 % af dem med bemærkninger) henvist af sundhedsplejersken. For 23,6 % af børnene mangler oplysninger om resultatet af synsundersøgelsen. I årsberetningen om børn indskolet i 2009/10 og 2010/11 havde 11,9 % bemærkninger til deres syn, 57,2 % blev henvist og 22,2 % havde ikke oplysninger om resultatet af synsundersøgelsen.

Figur 3. i Forekomst af bemærkninger til syn

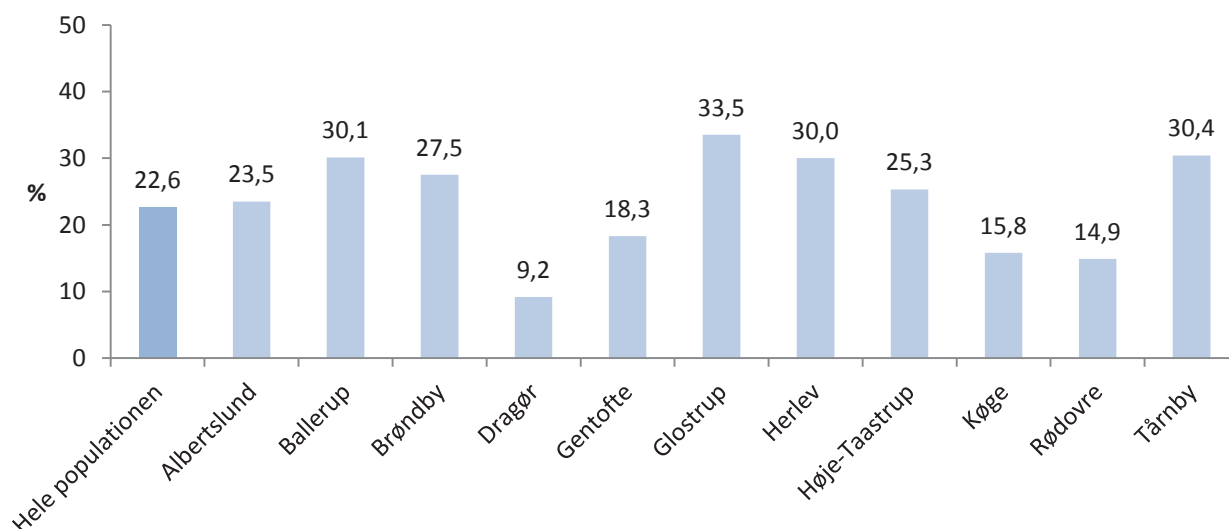


Hørelse

Sundhedsplejersken gennemfører ved indskoling en høreundersøgelse, hvor barnets høretærskel for enkelte toner bestemmes med et audiometer. Høretærsklen er den svageste lyd, barnet lige netop kan opfatte. Hvis barnet kan høre alle frekvenser på 20 dB, eller blot har spredte dyk til 30 dB i det lavere frekvensområde (250+500hz), har barnet en normal hørelse og dermed ingen bemærkninger. Børn, der ikke hører samtlige toner på 20 dB, eller som har mere end spredte dyk til 30 dB i det lavere frekvensområde eller dyk i det lysere frekvensområde, har derimod bemærkninger til deres hørelse (Sundhedsstyrelsen, 2011).

For 27,3 % af børnene indskolingsundersøgt i 2011/12 er der ikke oplysninger om høreundersøgelsen. Blandt børn med oplysninger om høreundersøgelsen, har 22,6 % (904 børn) bemærkninger (figur 3.j), hvoraf 50,8 % er henvist. Forekomsten af bemærkninger til hørelse var i indskolingsårene 2009/10 og 2010/11 20,9 %. For 25,2 % af børnene indskolingsundersøgt i 2009/10 og 2010/11 var der ikke oplysninger om resultatet af deres høreundersøgelse.

Figur 3.j Forekomst af bemærkninger til hørrelse

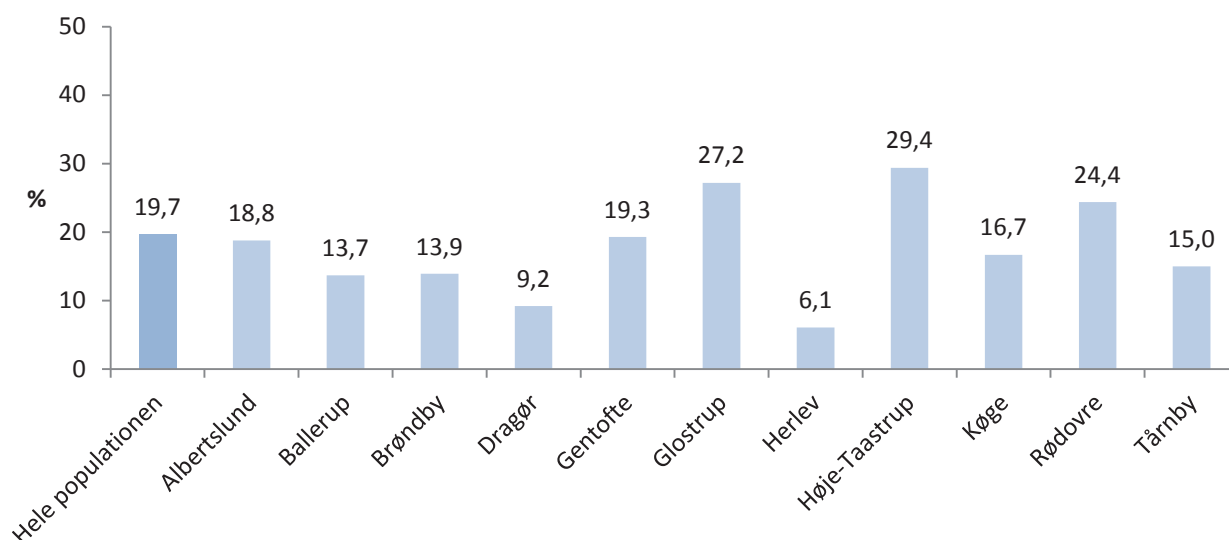


Mad og måltidsvaner

I journalen registrerer sundhedsplejersken, om der er bemærkninger til én eller flere af følgende kategorier: morgenmad, frokost, mellemmåltider, sukker/slik, søde drikke, frugt/grønt, mælk, tid til at spise på skolen samt andet. En bemærkning til mad og måltidsvaner gives eksempelvis, hvis mellemmåltider skønnes at tage appetitten fra de øvrige måltider, eller hvis barnet ikke spiser frugt og grønt svarende til anbefalingerne.

I den samlede population har 19,7 % bemærkninger til mad og måltidsvaner (figur 3.k). Heraf er 2,4 % (23 børn) henvist. For 14,2 % af børnene er der ikke journaldata omhandlende mad og måltidsvaner. I årsberetningen om børn indskolet i 2009/10 og 2010/11 var forekomsten af bemærkninger 18,5 %, hvoraf 1,7 % blev henvist. Der manglede oplysninger for 20,5 % af børnene indskolet i 2009/10 og 2010/11.

Figur 3.k Forekomst af bemærkninger til mad og måltidsvaner



Selvurderet trivsel

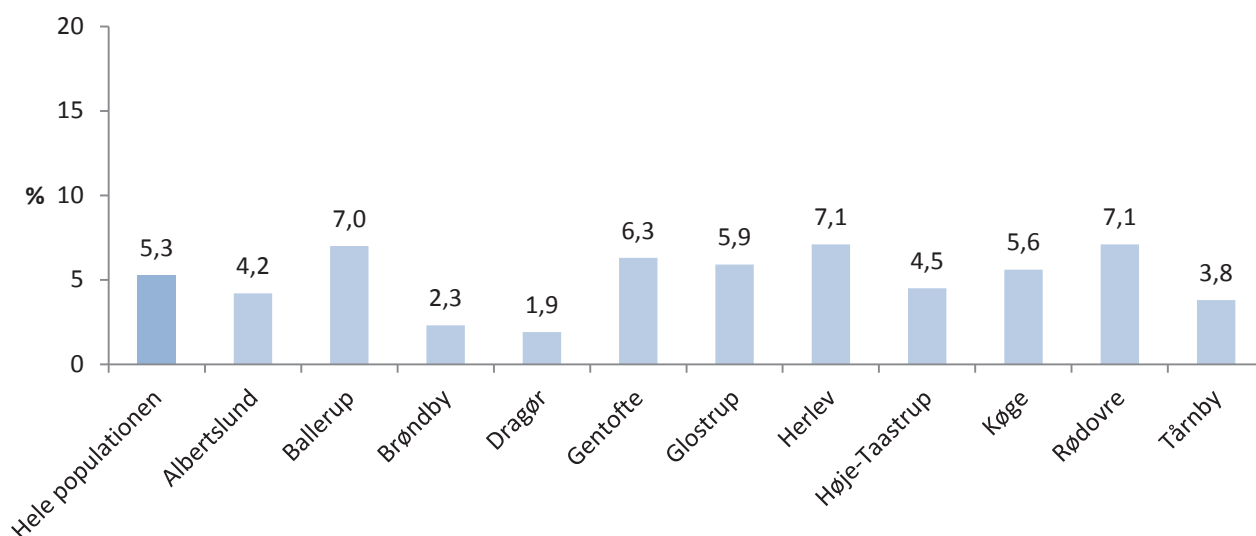
Nedenfor præsenteres to indikatorer, der omhandler selvvurderet trivsel hos barnet henholdsvis generelt og i skolen. Begge indikatorer stammer fra sundhedsplejerskens samtale med barnet, hvor hun beder barnet vurdere sin egen trivsel ved at pege på ansigter med forskellige sindsstemninger (*meget glad, glad, midt imellem* og *ikke glad*). Sundhedsplejersken beder barnet svare på udsagnene '*Sådan har jeg det for det meste*' og '*Sådan har jeg det for det meste i skolen*'. I årsberetningen om børn indskolingsundersøgt i 2009/10 og 2010/11 manglede der oplysninger om selvvurderet generel trivsel for 14,9 %, mens der manglede oplysninger om selvvurderet skoletrivsel i 21,7 % af journalerne. I denne årsberetning manglede der information om selvvurderet generel trivsel og selvvurderet skoletrivsel i 5,3 % af journalerne. Der er således sket et markant fremskridt i forhold til at få komplet information om selvvurderet trivsel.

Selvurderet generel trivsel

Langt de fleste børn har en god selvvurderet generel trivsel, idet 59,9 % af børnene angiver at være *meget glade*, 34,9 % angiver at være *glade*, mens henholdsvis 4,9 % og 0,4 % angiver at være *midt imellem* og *ikke glade*.

I figur 3.l ses andelen af børn, der angiver at de for det meste er *midt i mellem* eller *ikke glad*, her betegnet dårlig generel trivsel. Forekomsten af dårlig generel trivsel i den samlede population er 5,3 %, hvilket er i god overensstemmelse med forekomsten blandt børn indskolet i 2009/10 og 2010/11.

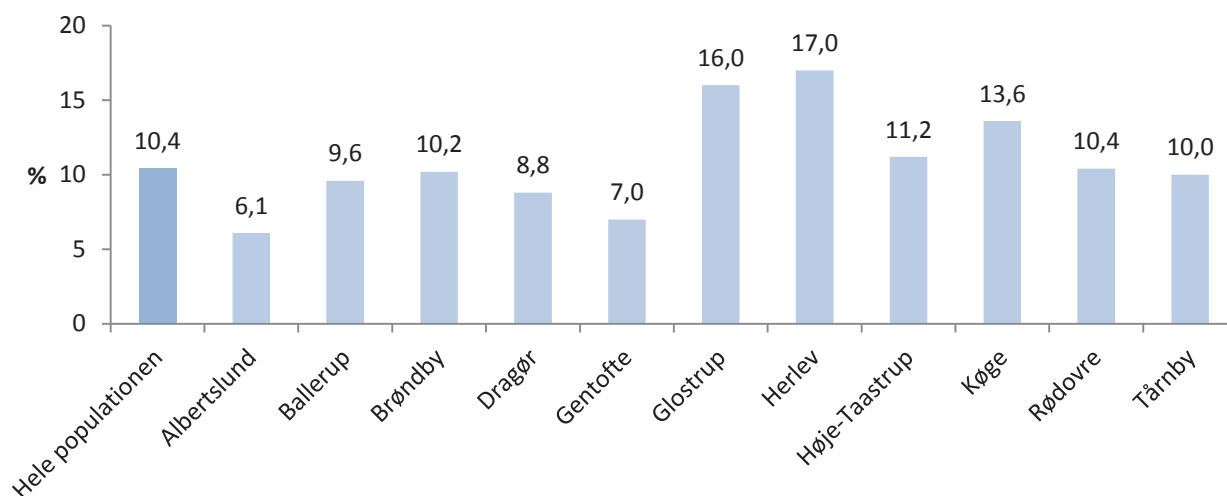
Figur 3.l Forekomst af børn med dårlig selvvurderet generel trivsel



Selvurderet skoletrivsel

Størstedelen af børnene har en god selvvurderet skoletrivsel, idet 52,6 % af børnene angiver at være *meget glade* og 37,0 % *glade*. Dårlig selvvurderet skoletrivsel omfatter i denne rapport børn, der til udsagnet *Sådan har jeg det for det meste i skolen* angiver at være *midt i mellem* (9,0 %) eller *ikke glad* (1,5 %), og vises nedenfor i figur 3.m. Forekomsten af dårlig selvvurderet skoletrivsel i den samlede population er 10,4 % for indskolingsåret 2011/12, hvilket ikke adskiller sig fra skoleårene 2009/10 og 2010/11.

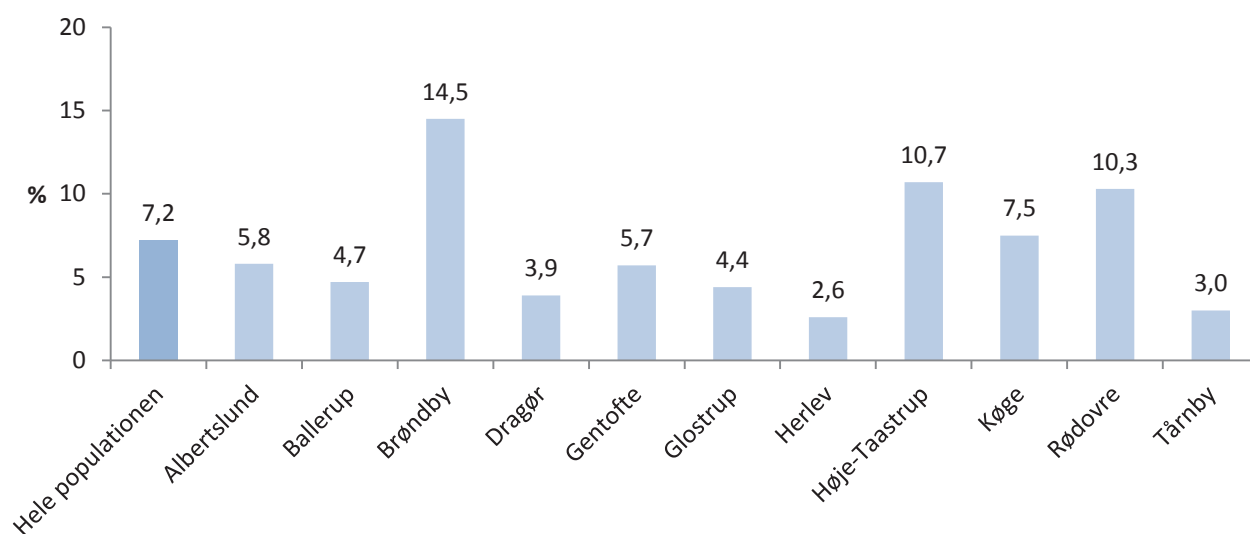
Figur 3.m Forekomst af børn med dårlig selv vurderet skoletrivsel



Forældre-barn relation

Sundhedsplejersken registrerer, om der er bemærkninger til kontakten mellem barn og forældre. Der kan være tale om bemærkninger til én eller flere af følgende faktorer: kontakt/samspil, fysisk omsorg, psykisk omsorg eller andet. En bemærkning gives eksempelvis, hvis barnet er snavset, ikke har tøj på svarende til vejr og årstid, eller hvis forældrene ikke reagerer på barnets signaler. Af figur 3.n ses, at 7,2 % af børnene indskolet i 2011/2012 har bemærkninger til forældre-barn relationen. Af de børn med bemærkninger til forældre-barn relationen er 1,9 % (7 børn) henvist. Forekomsten af bemærkninger har ikke ændret sig væsentligt fra årsberetningen om børn indskolet i 2009/10 og 2010/11. Derimod er andelen af børn uden oplysninger faldet markant, idet der manglede oplysninger om forældre-barn relationen i 26,1 % af journalerne for børn indskolet i 2009/10 og 2010/11, mens dette kun er tilfældet for 7,9 % af børnene indskolingsundersøgt i 2011/12.

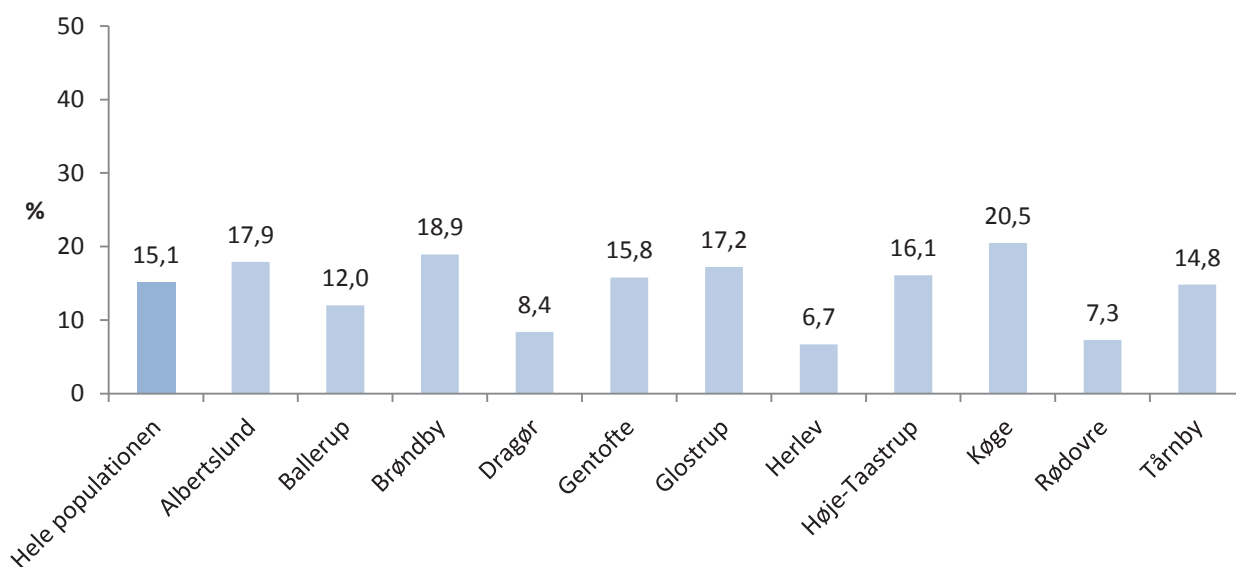
Figur 3.n Forekomst af bemærkninger til forældre-barn relationen



Bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel

Ud over de forhold og indikatorer der tidligere er bekræftet i denne rapport, kan sundhedsplejersken på baggrund af observationer af og kontakt til barnet, registrere bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel i følgende kategorier: trist, urolig/ukoncentreret, manglende øjenkontakt, kontaktsøgende, stille, hygiejne eller andet. En bemærkning gives eksempelvis, hvis barnet er så genert, at det påvirker dets udfoldelsesmuligheder, hvis der ikke er øjenkontakt med barnet eller hvis barnet ikke kan modtage instruktion. Sundhedsplejersken har bemærkninger til en eller flere af de nævnte kategorier hos 15,1 % af børnene indskolingsundersøgt i 2011/12 (figur 3.o). Heraf er 1,6 % (13 børn) henvist. En tilsvarende andel af børnene indskolet i 2009/2010 og 2010/2011 havde bemærkninger til deres øvrige udvikling og trivsel. For 6,9 % af børnene indskolingsundersøgt i 2011/12 mangler der oplysninger om sundhedsplejerskens observation og kontakt med barnet, hvilket gjaldt 18,4 % af børnene indskolingsundersøgt i 2009/10 og 2010/11.

Figur 3.o Forekomst af bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel

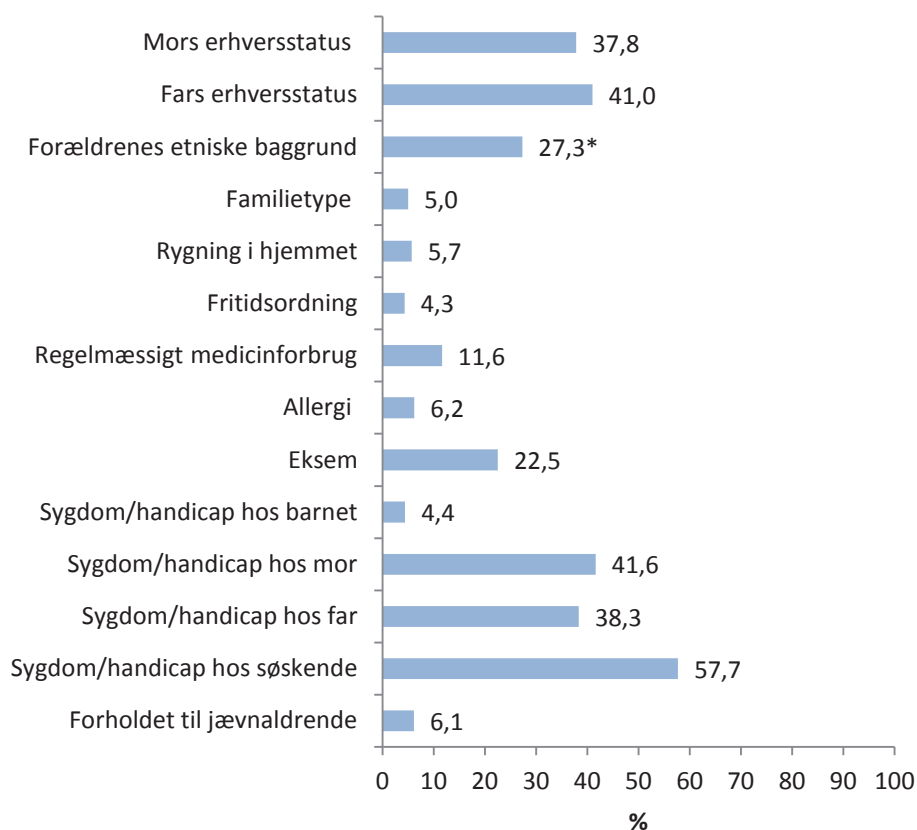


4 Manglende oplysninger

Det er en svaghed ved den ellers værdifulde database Børns Sundhed, at der for nogle variable er en høj forekomst af manglende oplysninger. Men det er værd at bemærke, at der for de fleste af de temaer, vi skriver om i denne årsberetning, er sket en markant reduktion af manglende oplysninger i det seneste år.

Manglende oplysninger 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 der findes oplysninger. I denne rapport rapporteres forekomsten i procent af børn, med oplysninger. Figur 4.a viser andelen af børn med manglende data for de baggrundsvariable, der er benyttet i årsberetningen, og i figur 4.b vises andelen af manglende oplysninger for de valgte indikatorer i den samlede population. Andelen af manglende oplysninger for de enkelte kommuner ses i bilag A.

Figur 4.a Andelen af manglende oplysninger for baggrundsfaktorer

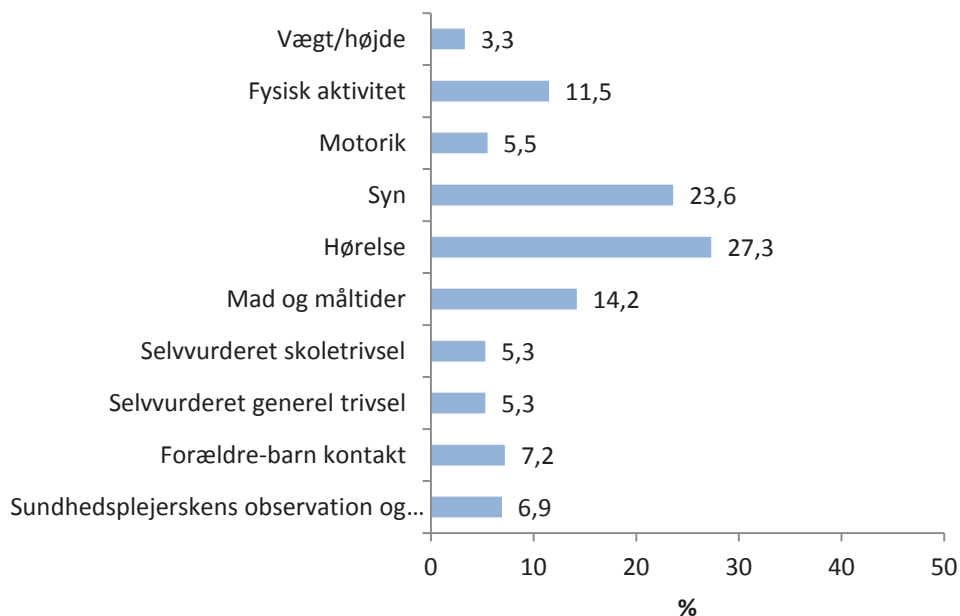


*Skyldes manglende journaldata om barnets første leveår.

Figur 4.a viser, at der er store forskelle i andelen af manglende oplysninger mellem de forskellige variable. I 'fritidsordning' mangler der information om 4,3 %, mens information om forekomsten af sygdom/handicap hos søskende ikke er oplyst for 57,7 % af børnene. Manglende oplysninger om sygdom og handicap hos søskende dækker i de fleste tilfælde over, at barnet ikke har nogen søskende. Sundhedsplejersken kun skal udfylde variablene om mors og fars erhversstatus samt sygdomme og handicap i familien, hvis der er

ændringer i forhold til stamdata indhentet i nul til et års alderen. I disse variable afhænger andelen af missing af hvor mange børn, der er spædbarnsjournaldata om.

Figur 4.b Andelen af manglende oplysninger for indikatorer



Også for indikatorerne er der stor forskel på andelen af manglende oplysninger; fra 5,4 % for selvvurderet trivsel til 27,3 % for bemærkninger til hørelse.

Sammenlignet med årsberetningen omhandlende børn indskolingsundersøgt i 2009/2010 og 2010/11, er der sket et markant fald i forekomsten af manglende oplysninger for de fleste variable. Dette skyldes formentlig det øgede fokus på problematikken i årsrapporten 2007, samt det store arbejde der siden er foregået med at udrede og forbedre indsamlingen af data; blandt andet benytter alle kommuner nu elektroniske journaler. Det har også bidraget til forbedringen, at Køge i år har ydet den ekstraordinære indsats at indberette spædbarnsinformation om de indskolede børn, selvom de ikke indgik i databasen, da børnene var nul til et år. I efteråret 2011 blev der dannet en arbejdsgruppe, der arbejder for en revidering og forenkling af journalen, hvilket yderligere kan bidrage til færre manglende oplysninger.

Forekomsten af manglende oplysninger er stadig relativt høj for flere variable i databasen. Der kan være mange grunde til manglende oplysninger. I de fleste tilfælde dækker dette sandsynligvis over, at der ikke er noget at bemærke - at familie og barn er uproblematisk. Men det kan også dække over, at barnet eller familien har så massive problemer, eller at indskolingsundersøgelsen er så præget af barnets problemer, at sundhedsplejersken ikke når at notere det hele i den travle hverdag. Under alle omstændigheder er den høje forekomst af manglende data et problem, der gør det vanskeligt at give en tilstrækkelig god kvantificering af de vilkår, der har betydning for barnets sundhed og udvikling.

5 Hvad kan man bruge årsberetningen til?

Denne årsberetning viser, at de fleste børn i Databasen Børns Sundhed ved indskolingsundersøgelsen generelt trives godt og har et godt helbred. Der er dog flere områder hvor et ganske stort mindretal af børn har udfordringer, der kan skabe alvorlige problemer i familien eller for barnets udvikling og læring. Det gælder eksempelvis de store mindretal af børn med følgende problemer: cirka 8 % har tegn på eller ligger i grænseområdet for problemet i forholdet til jævnaldrende, 13 % er overvægtige målt efter BMI-metoden (andre metoder giver andre resultater), 32 % har bemærkninger om motorik, 23 % har bemærkninger om hørelse, 20 % har bemærkninger til mad og måltidsvaner, 10 % har dårlig selvvurderet skoletrivsel og 15 % har bemærkninger til øvrig udvikling og trivsel.

Der er således nok at tage fat på for sundhedsplejerskerne, som skal rådgive familierne og henvise de børn, som har alvorlige problemer. Det er håbet, at den løbende publicering af årsberetninger giver sundhedsplejerskerne anledning til at drøfte problemerne, lære af hinandens erfaringer og sammen bidrage til en udvikling af sundhedsplejerskens observationer og metoder. Og det er vores håb, at publicering af årsberetningerne kan inspirere andre faggrupper og beslutningstagere til at bidrage til forebyggelse og sundhedsfremme blandt børn og børnefamilier.

Opgørelsen viser store forskelle fra kommune til kommune, ofte forbløffende store forskelle. Der kan være mange grunde til sådanne forskelle. Noget af forskellene kan sikkert tilskrives, at kommunerne har forskellige andele af resourcesvage familier. Men andet kan skyldes forskelle i sundhedsplejerskernes interesse og arbejdsmetoder. Mange sundhedsplejersker har særlige kundskaber og interesser, som kan medføre, at de er mere tilbøjelige til at registrere problemer, eller at de gennem en særlig indsats har mindsket forekomsten af problemer. Sådanne forskelle giver et betydeligt udviklingspotentiale, fordi sundhedsplejerskerne gennem vidensdeling og i fællesskab kan bidrage til en fortsat udvikling af faget og dets metoder. Det er vores håb, at årsberetningerne kan inspirere til denne fortsatte udviklingsproces.

6 Referencer

Andersen E, Hutchings B, Jansen J, Nyholm M: Højde og vægt hos danske børn. Ugeskrift for Læger, 1982; 144: 1760-65.

Brixval CS, Svendsen, M, Holstein BE. Årsrapport for børn indskolet i skoleårene 2009/10 og 2010/11 fra Databasen Børns Sundhed: Motoriske vanskeligheder. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2011.

Cole T, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH: Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. British Medical Journal, 2000; 320: 1240-1243

Obel C, Dalsgaard S, Stax H-P & Bilenberg N. Spørgeskema om barnets styrker og vanskeligheder (SDQ-Dan). Ugeskrift for Læger 2003; 165; 5: 762-465

Sundhedsstyrelsen: Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen, 2011

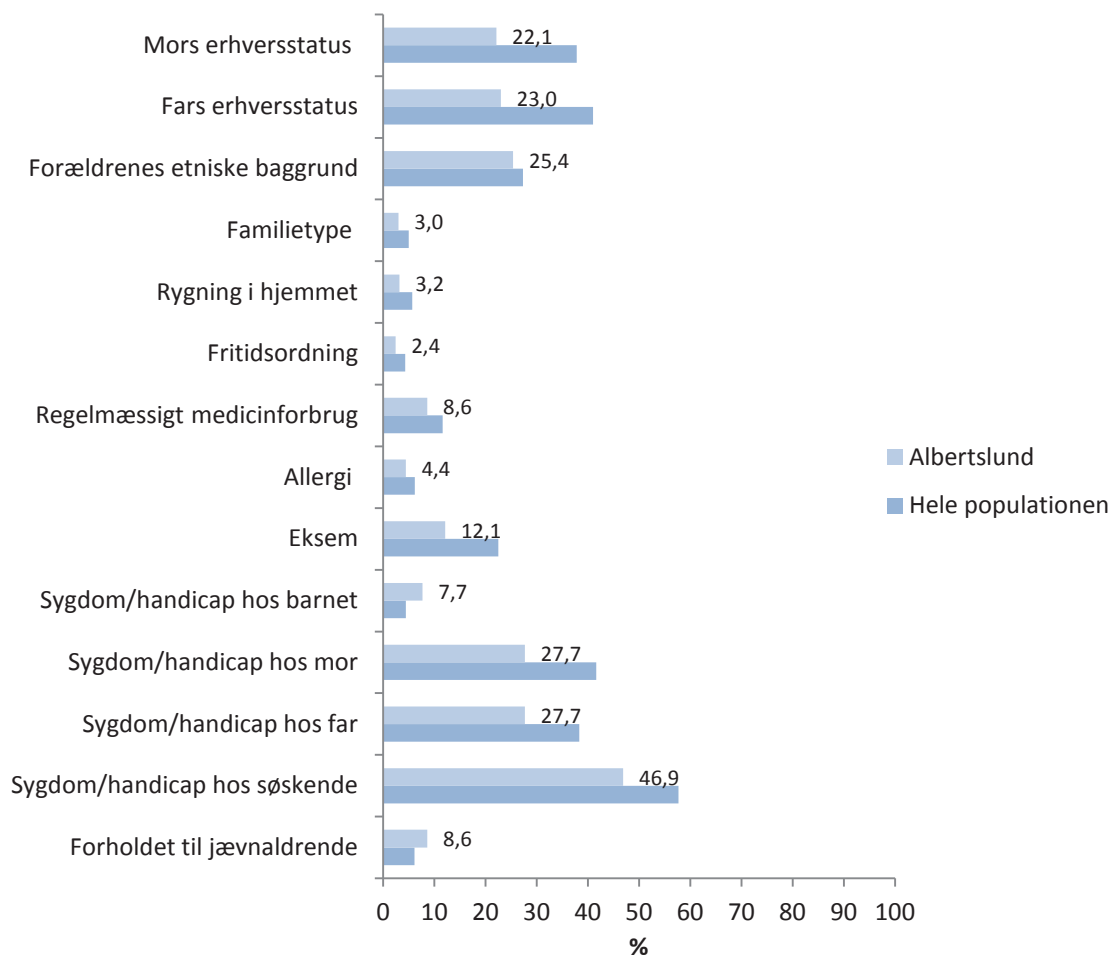
Svendsen M, Brixval CS, Holstein BE. Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen - Temarapport fra Databasen Børns Sundhed om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2011-2012. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2013.

World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet N°311, 2012.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> [On-line].

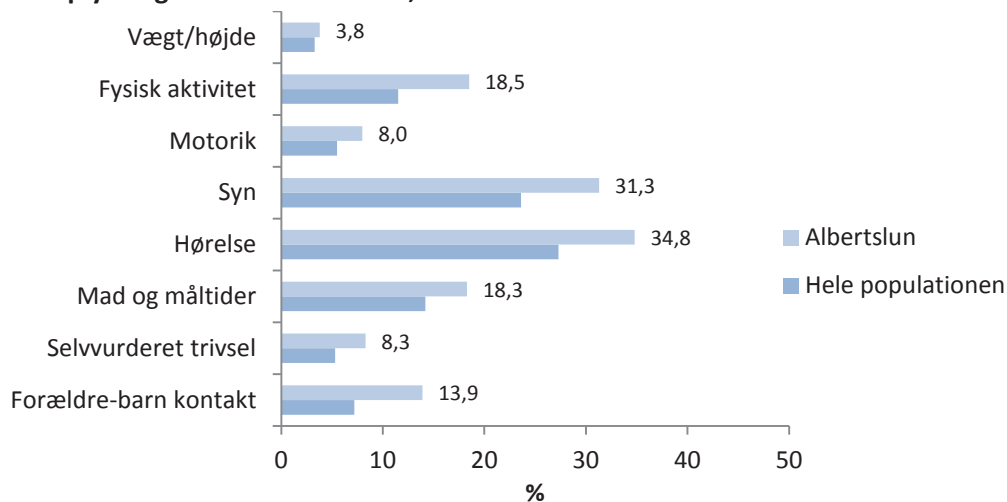
Bilag A. Procentandel manglende oplysninger i databasen

Albertslund kommune

Andelen af manglende oplysninger for baggrundsvARIABLE, Albertslund kommune

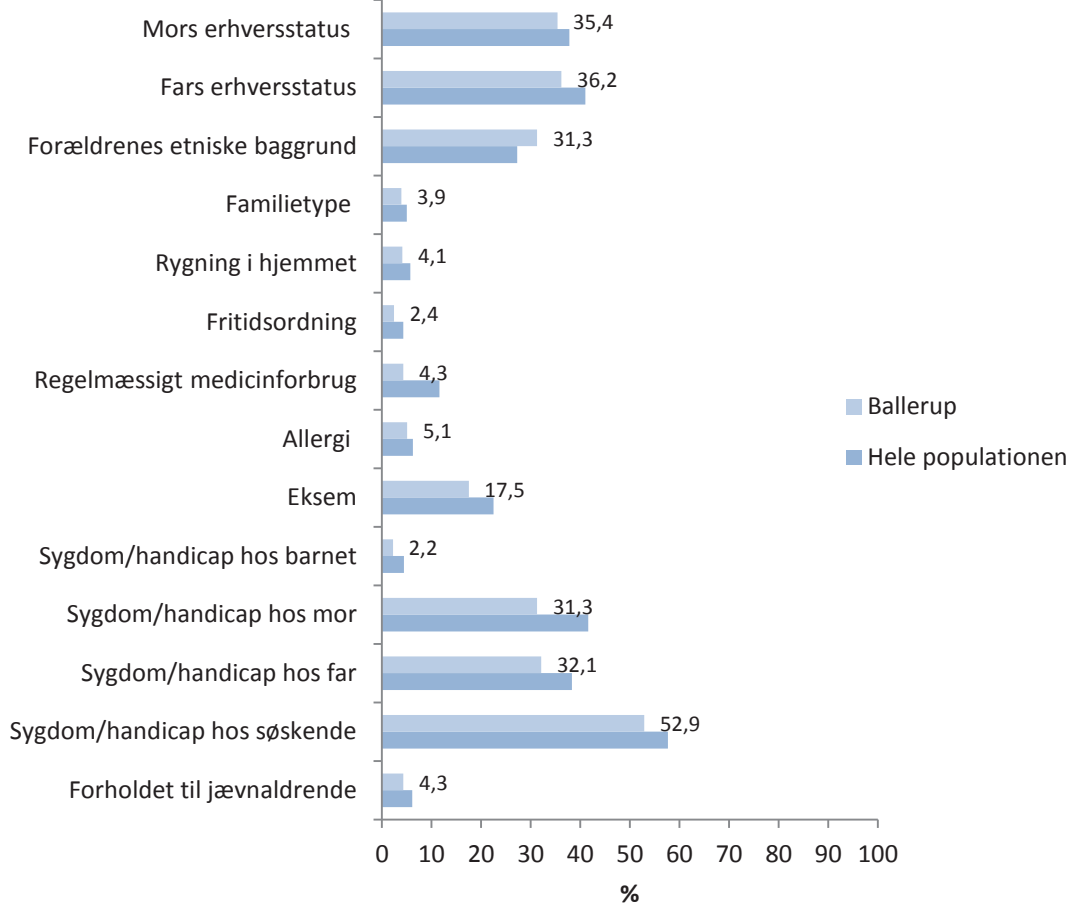


Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne, Albertslund kommune

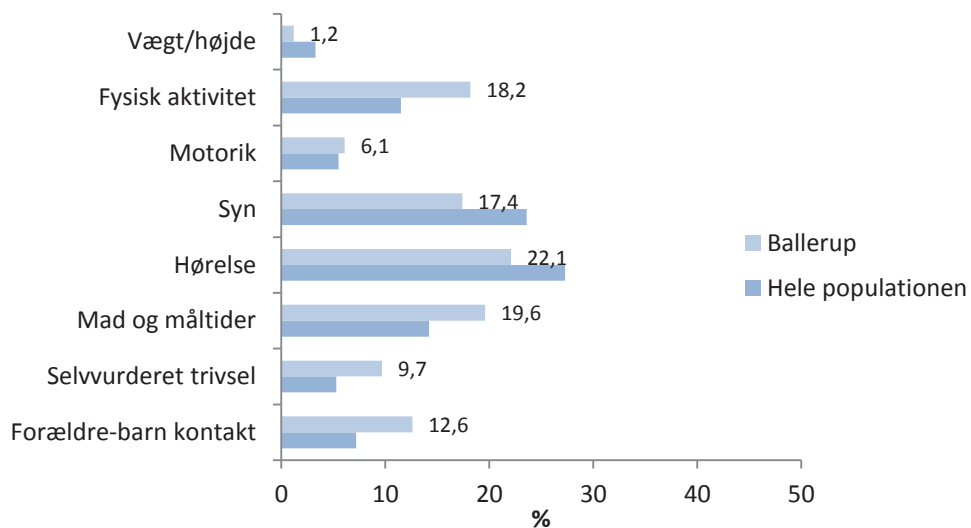


Ballerup kommune

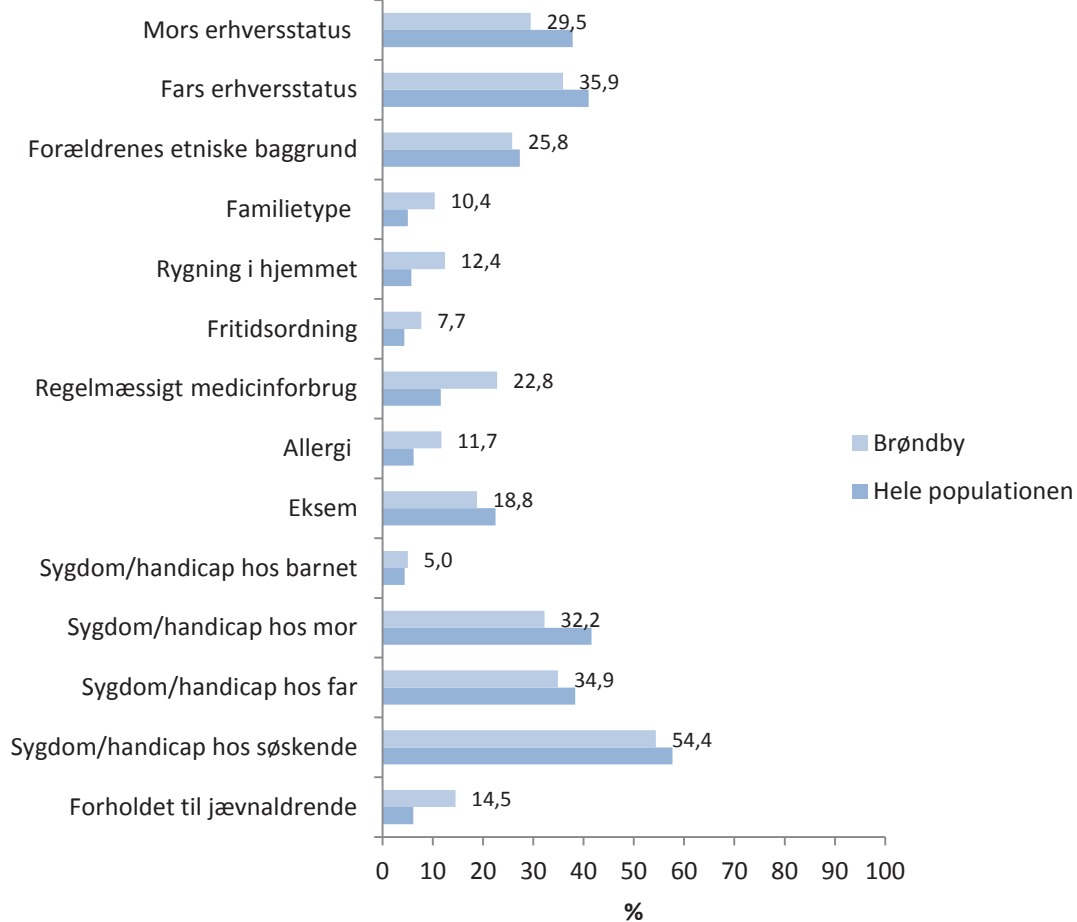
Andelen af manglende oplysninger for baggrundsvariable, Ballerup kommune



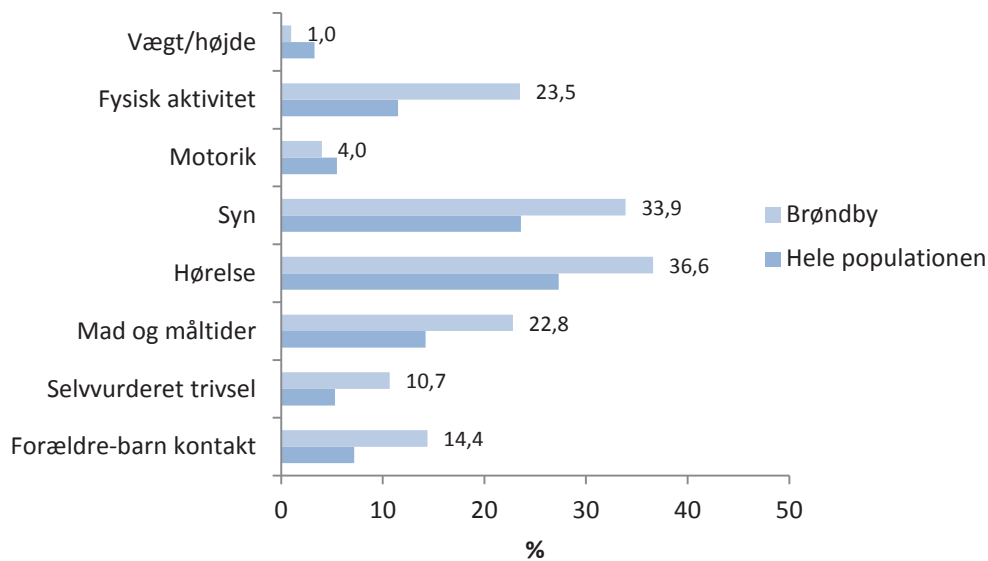
Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne, Ballerup kommune



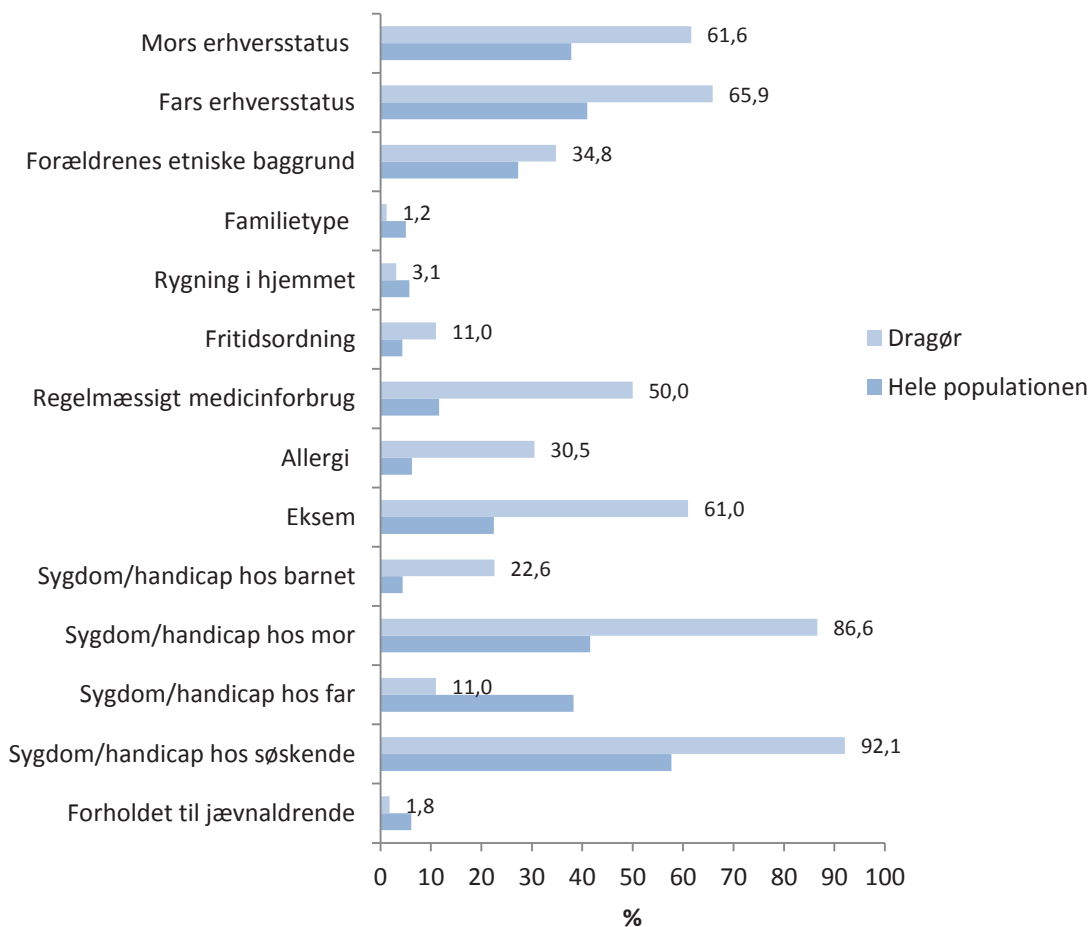
Andelen af manglende oplysninger for baggrundsvariable, Brøndby kommune



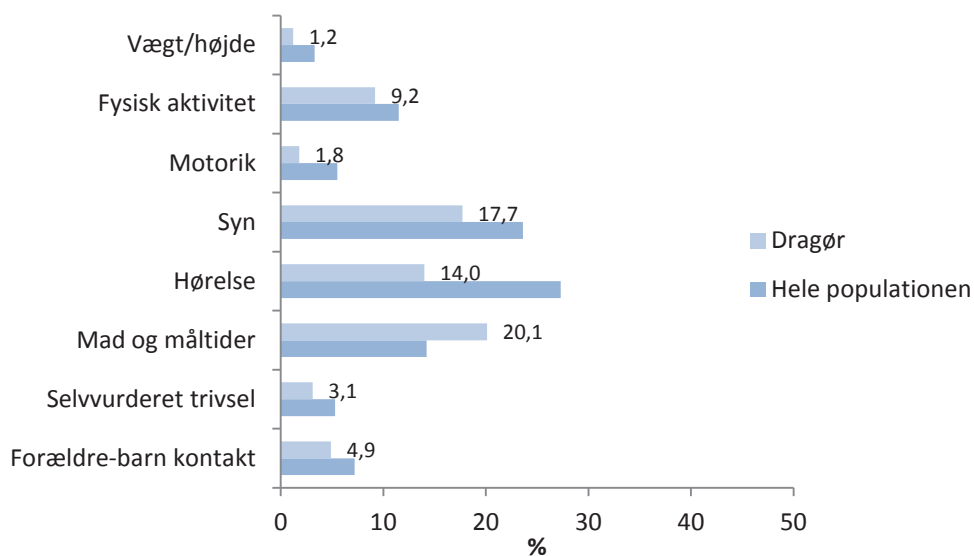
Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne, Brøndby kommune



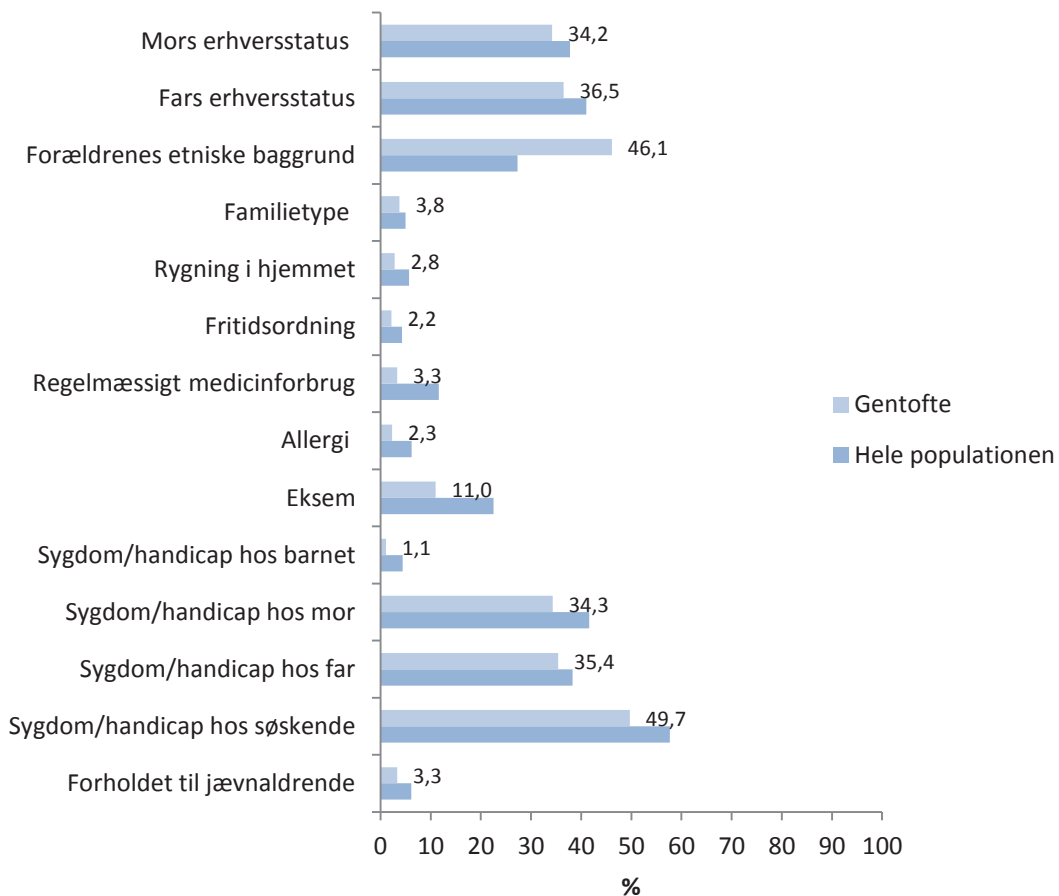
Andelen af manglende oplysninger for baggrundsvariable, Dragør kommune



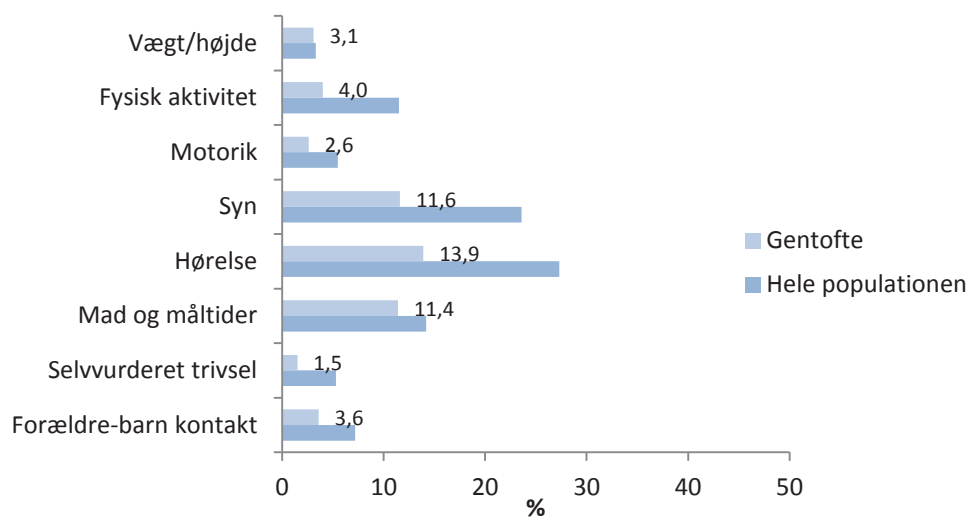
Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne, Dragør kommune



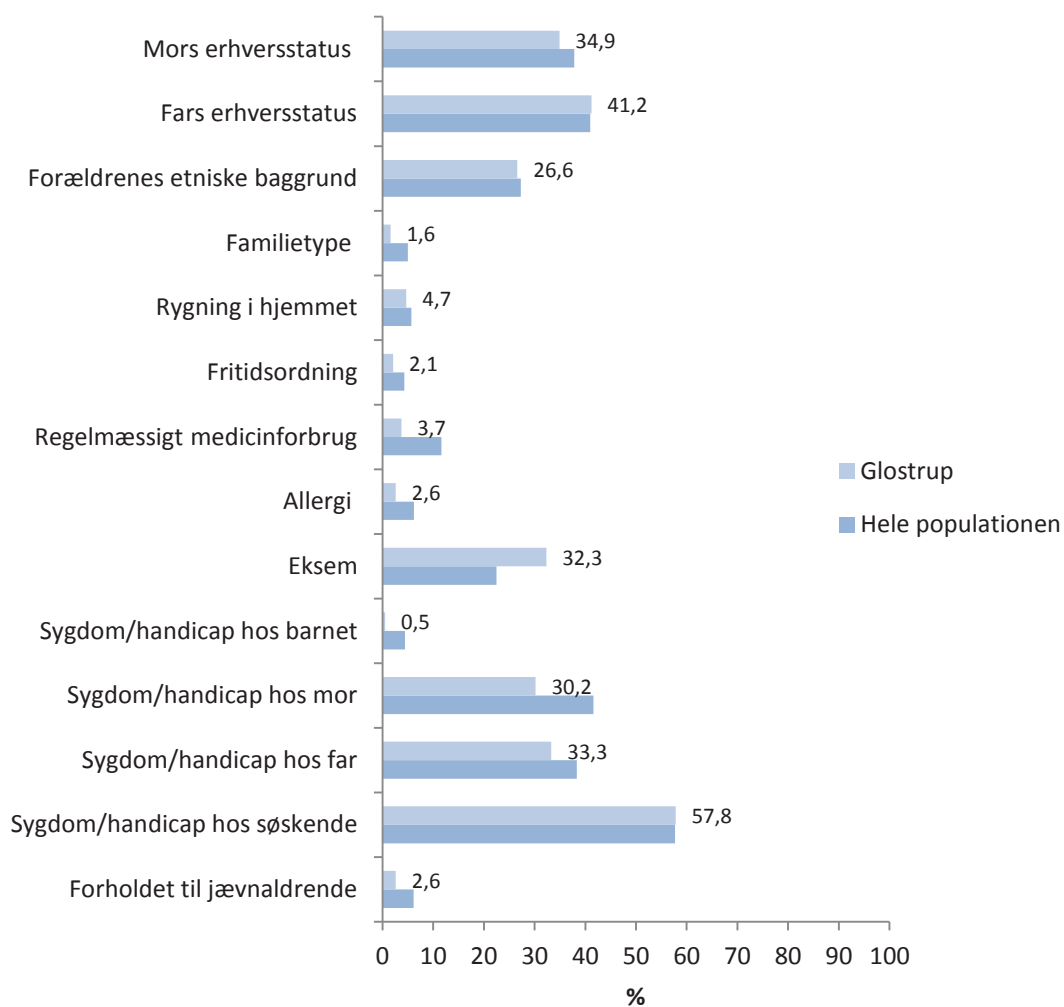
Andelen af manglende oplysninger for baggrundsvariable, Gentofte kommune



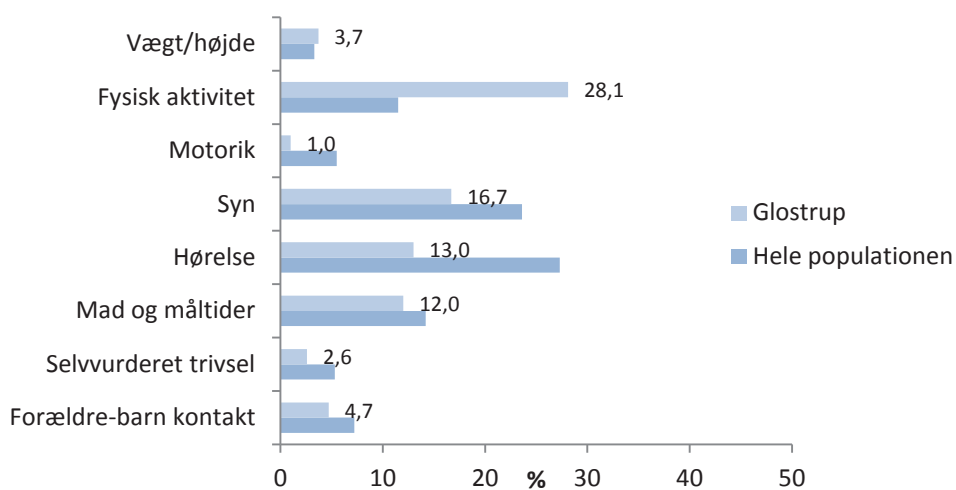
Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne, Gentofte kommune



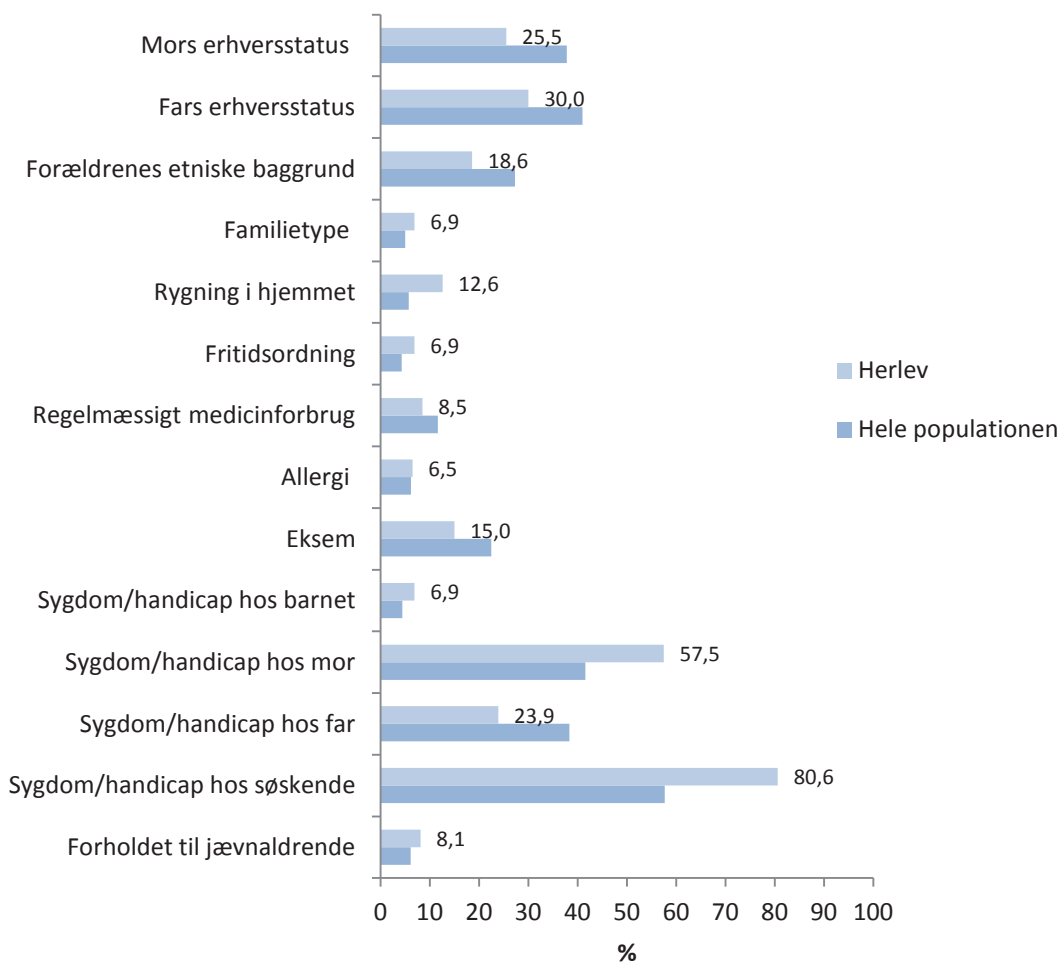
Andelen af manglende oplysninger for baggrundsvariable, Glostrup kommune



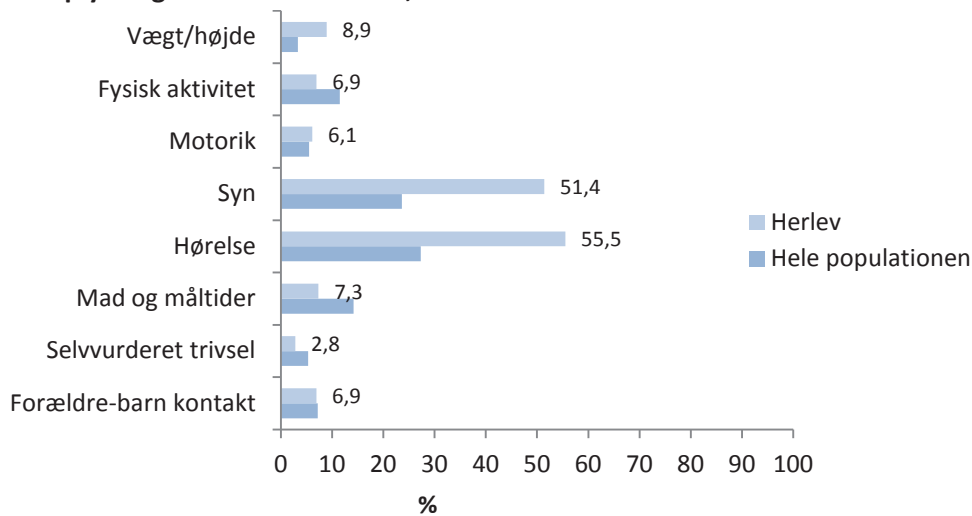
Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne, Glostrup kommune



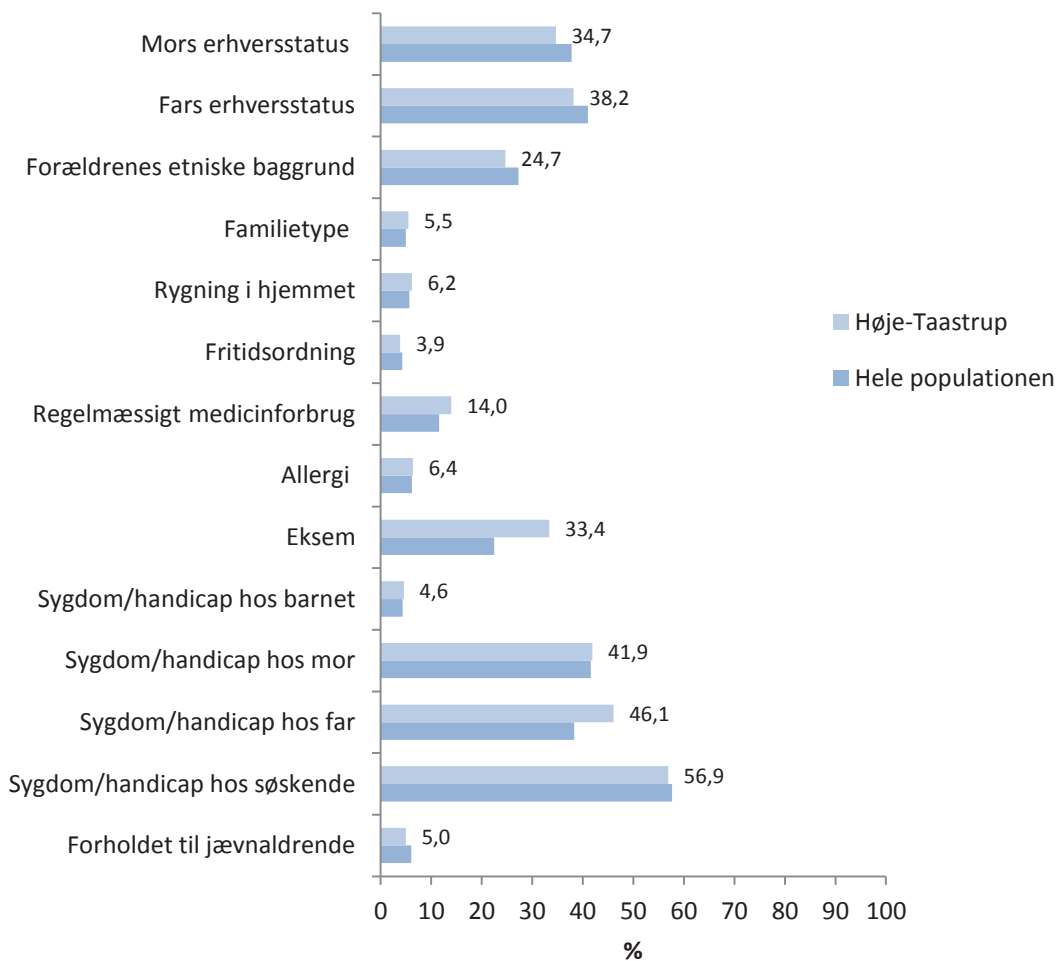
Andelen af manglende oplysninger for baggrundsvariable, Herlev kommune



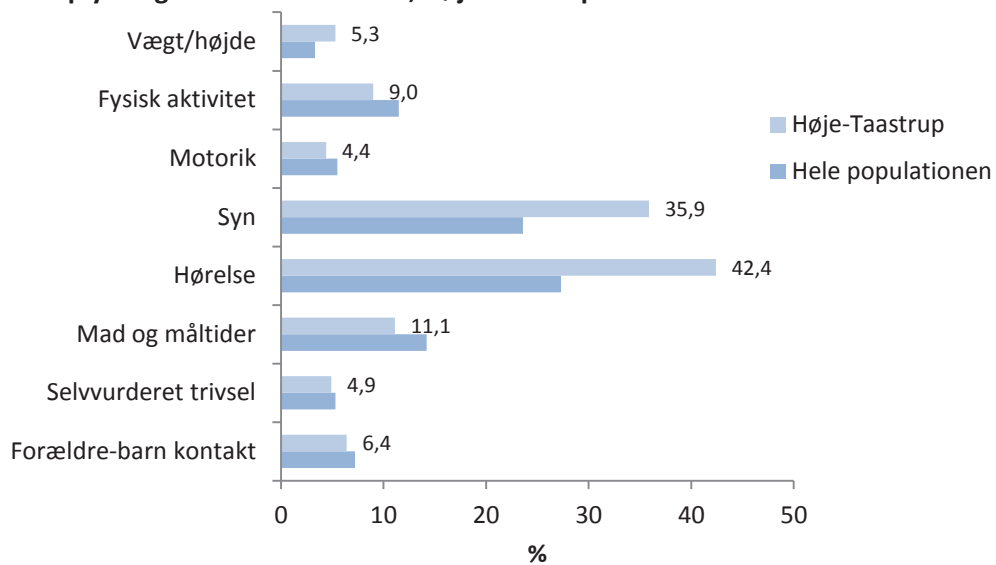
Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne, Herlev kommune



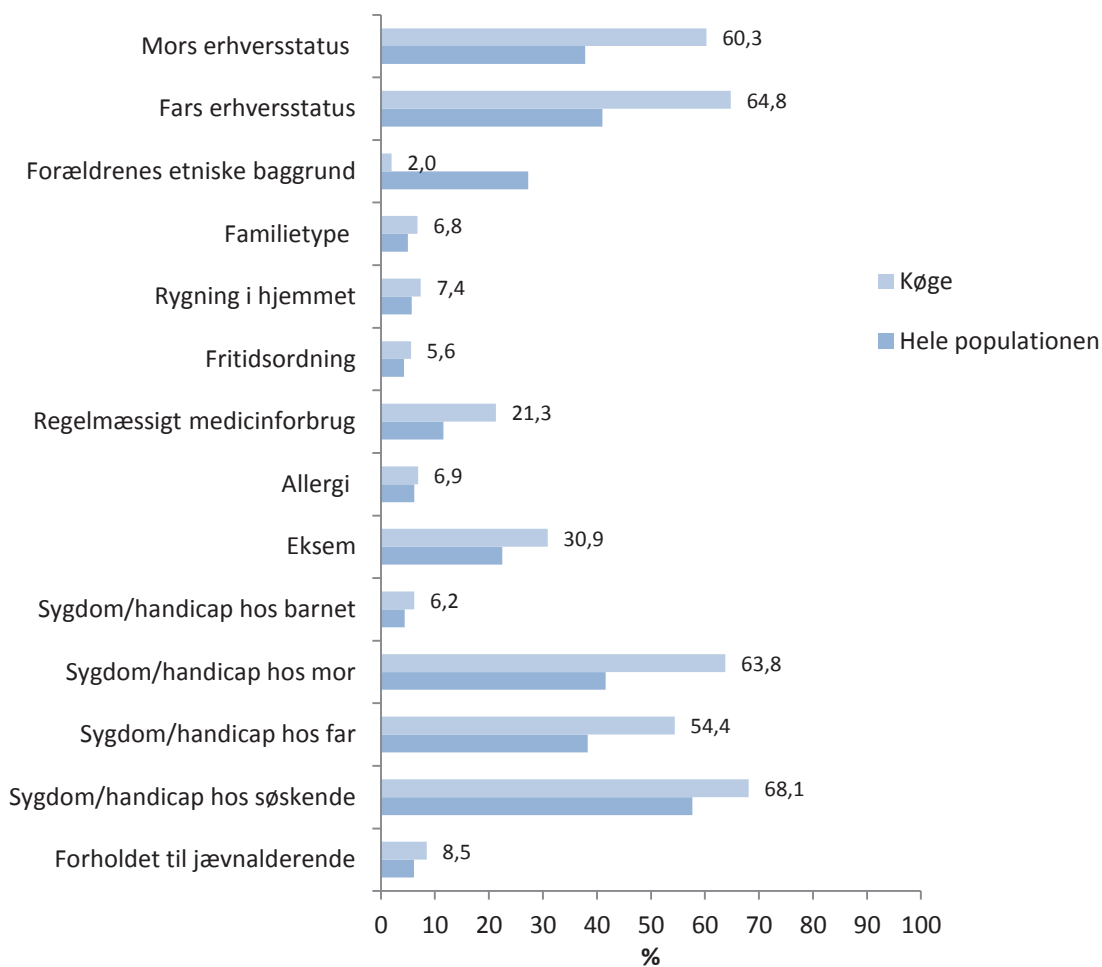
Andelen af manglende oplysninger for baggrundsvariable, Høje-Taastrup kommune



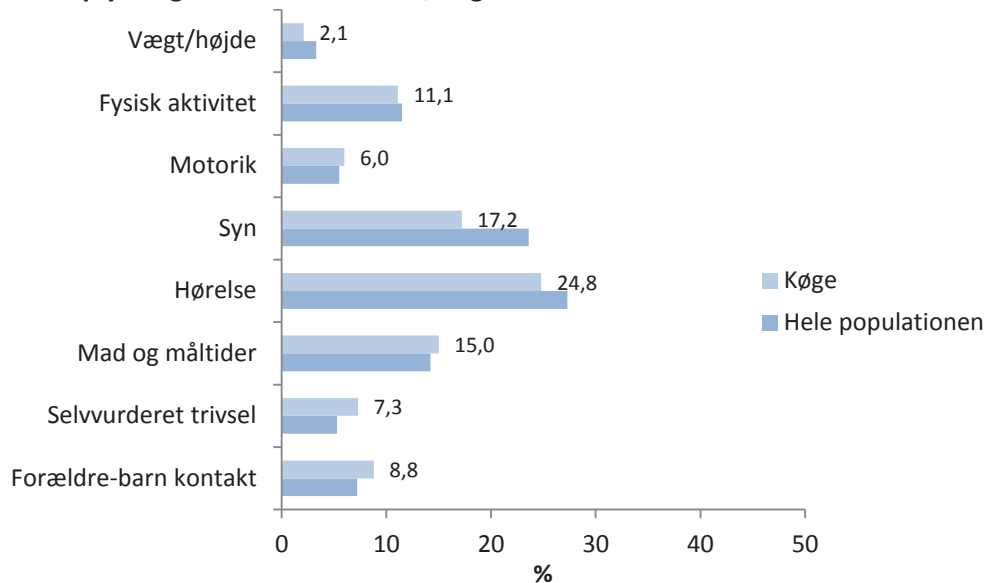
Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne, Høje-Taastrup kommune



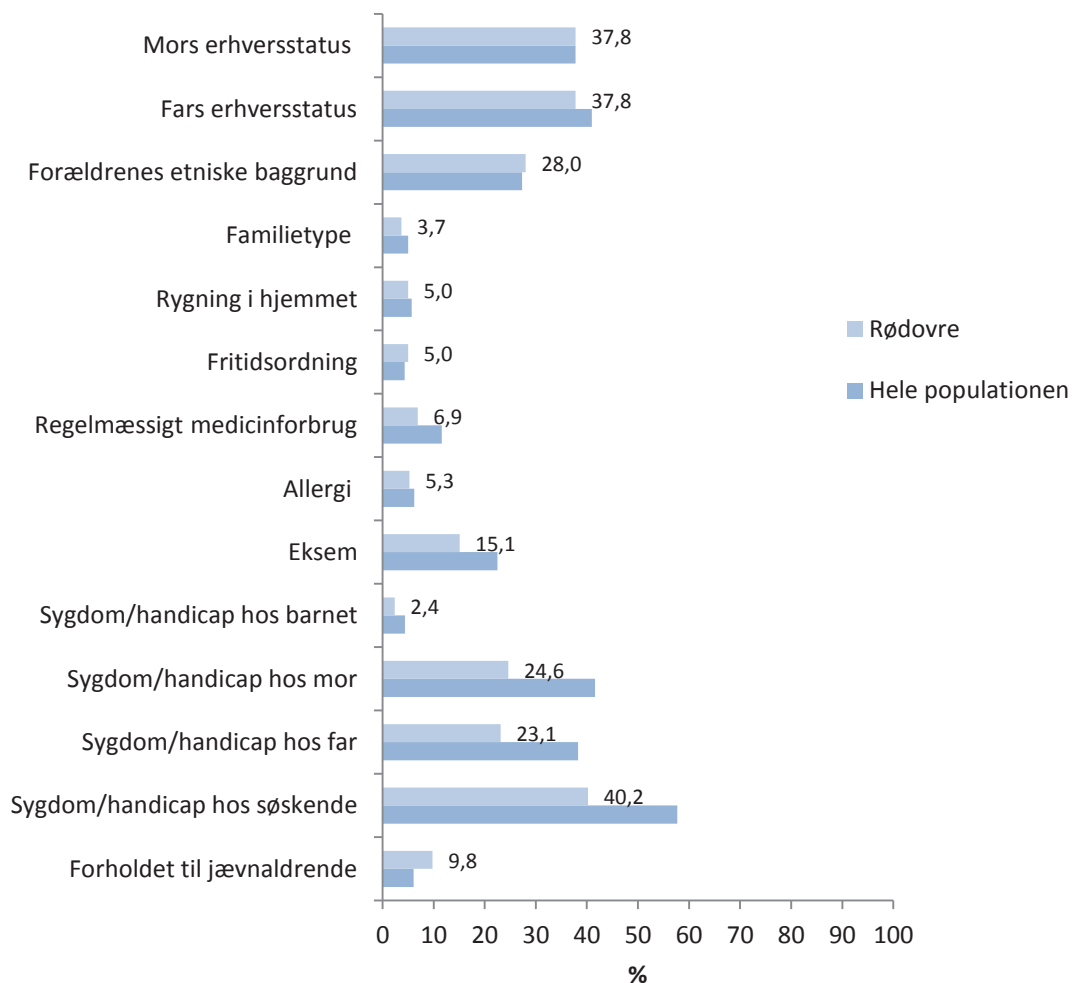
Andelen af manglende oplysninger for baggrundsvariable, Køge kommune



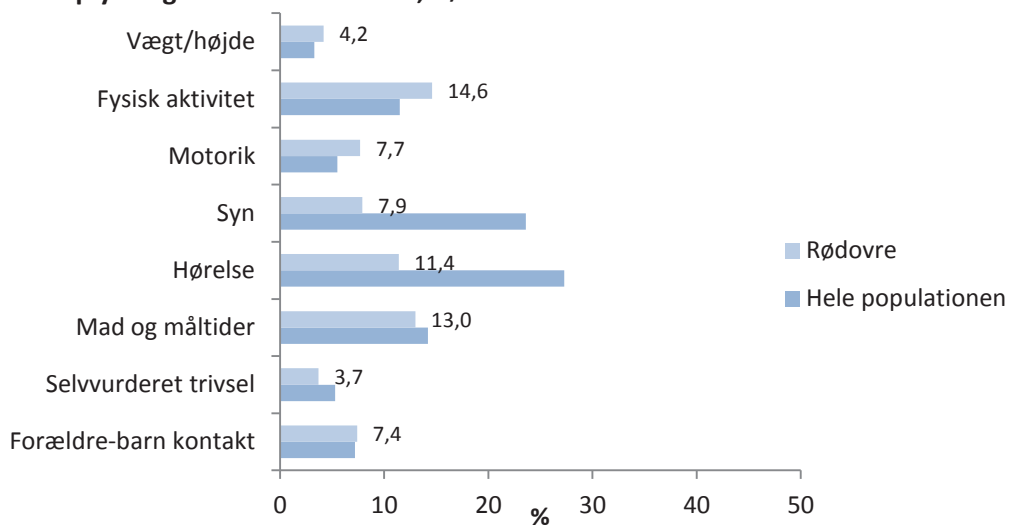
Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne, Køge kommune



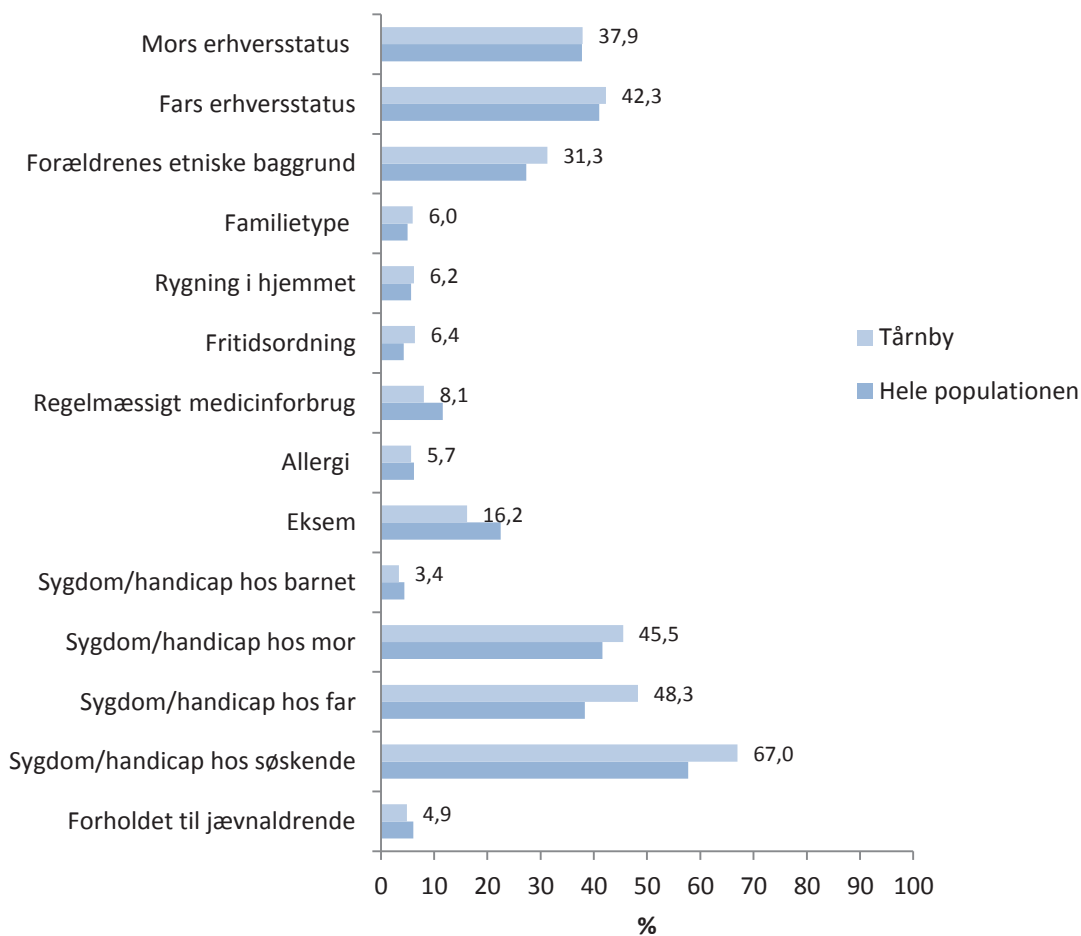
Andelen af manglende oplysninger for baggrundsvariable, Rødovre kommune



Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne, Rødovre kommune



Andelen af manglende oplysninger for baggrundsvariable, Tårnby kommune



Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne, Tårnby kommune

