

Årsberetning

om børn født i 2012 og børn
indskolingsundersøgt i skoleåret 2013/2014



Forfattere: Anette Johansen & Stine Glenstrup Lauemøller

Årsberetning - om børn født i 2012 og børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2013/2014

© Statens Institut for Folkesundhed 2014.

Statens Institut for Folkesundhed

Øster Farimagsgade 5A

1353 København K

www.si-folkesundhed.dk

Udarbejdet for Bestyrelsen for Databasen Børns Sundhed af:

Anette Johansen og Stine Glenstrup Lauemøller, begge fra Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed og Trivsel, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Bestyrelsen:

Anne Lichtenberg, sundhedsfaglig specialkonsulent, 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

Hannah Glismann, ledende sundhedsplejerske, Albertslund Kommune

Helle Rasmussen, ledende sundhedsplejerske, Køge Kommune

Inga Jacobsen, sundhedsplejerske, Gentofte Kommune

Inge Kristensen, centerchef for Social og Sundhed, Ballerup Kommune

Lene Møller, ledende sundhedsplejerske, MSP, Rødovre Kommune

Pia Rønnenkamp, fagchef Sundhedsplejen, Brøndby Kommune

Pia Blinkenberg, faglig koordinator - Sundhedsplejerske og MVO, Roskilde Kommune

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

Tove Kepp, praktiserende læge, Rødovre Kommune

Fotoleverandør: Modelbilleder fra Colourbox

Publikationen refereres således:

Johansen A & Glenstrup Lauemøller S. Årsberetning - om børn født i 2012 og børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2013/2014. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2014.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

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

Elektronisk ISBN : 978-87-7899-290-1

Forord

Denne årsberetning fra Databasen Børns Sundhed er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 5.773 børn født i 2012 og 6.536 børn, som har gennemgået indskolingsundersøgelsen i skoleåret 2013/14. Børnene stammer fra tretten kommuner: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Roskilde, Rødovre og Tårnby. Årsberetningen rapporterer resultater for den samlede population og for hver enkelt kommune. Vi har tidligere udarbejdet separate årsberetninger for 0-1-årige og indskolingsbørn, men denne gang har vi valgt at samle data om begge aldersgrupper, således at kommunerne får en mere komplet sundhedsprofil for deres børn.

Databasen Børns Sundhed beskriver børns sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskernes virksomhed. Målet 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 udviklingsarbejde og videnskabelige projekter.

Data er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale, og databasen giver en systematisk og sammenlignelig dokumentation af børns sundhed og sundhedsplejerskernes ydelser. Alle kommuner, der anvender elektroniske journaler, som er godkendt til at levere data til Databasen 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, blandt andet for udarbejdelse af årlige årsberetninger med grundlæggende oplysninger om børns sundhed og sundhedsplejerskernes ydelser. Årsberetningerne giver kommunens politiske og administrative ledelse et godt grundlag for at prioritere, planlægge og drøfte nye initiativer eller ændringer af den daglige praksis. Årsberetningerne kan også benyttes til at følge udviklingen i børns sundhed lokalt.

Årsberetningen er udarbejdet af projektleder Anette Johansen og student Stine Glenstrup Lauemøller med assistance af seniorforsker Bjarne Laursen og Bjørn Holstein alle fra Statens Institut for Folkesundhed. Afsnittet ”hvad kan man bruge årsberetningen til?” er skrevet af konsulent og sundhedsplejerske Lisbeth Wilms.

Vi ønsker at rette en varm 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.

Lene Møller

Morten Grønbæk

Ledende sundhedsplejerske, MSP

Professor, dr.med.

Formand for Databasen Børns Sundhed

Direktør, Statens Institut for Folkesundhed

Resumé

Formålet med denne årsberetning er at tegne en sundhedsprofil af 5.773 børn, der er født i 2012 samt af 6.536 børn, der er blevet indskolingsundersøgt i skoleåret 2013/14. Børnene bor alle i en af 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. Årsberetningen er baseret på sundhedsplejerskers journaldata. I journalen 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 en givet indikator.

Kommunevariationer: For næsten alle de registrerede oplysninger er der forskelle mellem kommunerne, og disse forskelle kan være meget betydelige.

Børn født i 2012

Besøg i første leveår:

- De fleste børn i Databasen Børns Sundhed får besøg ved de fire standardbesøg i barnets første leveår: for 92,0 % af børnene i populationen er A-besøget registeret (første besøg efter fødslen), for 86,0 % er B-besøget registeret (2 til 3 mdr.), for 84,2 % er C-besøget (4 til 6 mdr.) og for 88,7 % er D-besøget (8 til 10 mdr.).
- 42,8 % af de nyfødte er blevet tilset af sundhedsplejersken, inden de var en uge gammel. Hvilket er betydeligt flere end i 2009 hvor 26,0 % havde haft besøg, inden de var en uge gamle.

Graviditet og fødsel:

- 8,2 % af børnene er undfanget efter fertilitetsbehandling.
- For 6,9 % af børnene er der registeret graviditetsbesøg.
- I 36,8 % af journalerne er der noteret bemærkninger til fødslen.
- 5,7 % af børnene er født for tidligt, defineret som før uge 37.
- 4,4 % af børnene er født med lav fødselsvægt, defineret som mindre end 2500 gram.
- 6,0 % af børnene er født med en apgarscore på mindre end 10 målt fem minutter efter fødslen.
- For 3,7 % af børnene er der registeret ét eller flere medfødte handicap eller misdannelser.

Forhold i familien og hjemmet:

- Mødrenes gennemsnitsalder ved fødslen er 31,3 år, fædrenes gennemsnitsalder ved fødslen er 34 år.
- 94,9 % af spædbørnene bor sammen med både deres mor og far.
- 12,4 % af spædbørnene har en mor, der er første-, anden eller tredjegerationsindvandrer.
- 12,9 % af spædbørnene bor sammen med mindst én ryger. I 2011 boede 15,3 % sammen med en mindst en ryger.

Trivsel og udvikling i første leveår:

- For 11,6 % af spædbørnene er der noteret bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg i første leveår.
- For 21,8 % af spædbørnene er der noteret bemærkning til barnets signaler og reaktioner ved mindst ét besøg i første leveår.

- Overvægt eller risiko for overvægt ses hos 4,9 % af børnene i seks- til ti-måneders alderen.
- For 5,4 % af spædbørnene er der noteret bemærkning til barnets kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår.
- For 26,6 % af spædbørnene er der noteret bemærkning til motorik ved D-besøget
- For 8,5 % af spædbørnene er der noteret bemærkninger til øje-hånd-koordination.
- 37,3 % af spædbørnene er ikke ammet fuldt i mindst fire måneder.

Børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2013/2014

Forhold i familien og hjemmet:

- 80,7 % af indskolingsbørnene bor samme med begge forældre, mens 8,5 % bor hos mor og far på skift og 10,8 % bor hos den ene forælder.
- 11 % af indskolingsbørnene har en mor der er første-, anden eller tredjegerationsindvandrer.
- 19,4 % af indskolingsbørnene bor samme med mindst én personer, der ryger. Der er sket et fald i andelen af indskolingsbørn, der bor sammen med en ryger de seneste fire år.

Helbred, sygdom og medicinforbrug:

- For 5,4 % af indskolingsbørnene har sundhedsplejersken registreret et regelmæssigt medicinforbrug.
- For 9,2 % af indskolingsbørnene er der registreret allergi og hos 12,2 % eksem.
- 7,4 % af børnene er registreret med mindst en sygdom eller et handicap.
- I 11,8 % af journalerne er der noteret bemærkninger til barnets syn og i 19,5 % til barnets hørelse.
- 8,1 % af indskolingsbørnene er undervægtige, 11,8 % er overvægtige og 2,3 % er svært overvægtige.

Udvikling, trivsel og sociale relationer

- I 3,6 % af journalerne er der noteret bemærkning til barnets fysiske aktivitet
- I 16,1 % af journalerne er der noteret bemærkning til barnets mad- og måltidsvaner.
- I 31,4 % af journalerne er der noteret mindst én bemærkning til barnets motoriske udvikling.
- 3,0 % af børnene har ifølge deres forældre tegn på problemer i forholdet til jævnaldrende og 3,8 % ligger i grænseområdet for problemer i forholdet til jævnaldrende.
- 5,4 % af børnene har dårlig selv vurderet generel trivsel, mens 12,3 % har dårlig selv vurderet skoletrivsel.
- I 6,8 % af journalerne er der noteret bemærkning til forældre-barn relationen ved indskolingsundersøgelsen.
- 15,4 % af journalerne er der noteret bemærkning til indskolingsbarnets øvrige udvikling og trivsel.

Hvad kan man bruge årsberetningen til?

Monitorering: Der findes ikke megen offentlig statistik om spæd- og indskolingsbørns sundhed og trivsel. Sundhedsplejerskernes journaler er derfor en vigtig kilde til monitorering af børns sundhed. Publicering af årsrapporter fra Databasen Børns Sundhed giver mulighed for at følge udviklingen i den enkelte kommune og sammenligne børns sundhed på tværs af kommunerne. En sådan monitorering giver mulighed for at udpege temaer, der fortjener prioritering på landsplan, i den enkelte region og kommune.

Udviklingsarbejde: Årsberetningen giver mulighed for, at sundhedsplejen kan vurdere og prioritere egne indsatser. Beretningerne kan desuden bruges, når de kommunale sundheds- og børnepolitikker skal revideres, når der skal sættes nye mål, og når der skal følges op på indsatser.

Sundhedsplejerskerne, i de kommuner der deltager i Databasen Børns Sundhed, inviteres hvert år til en konference, hvor resultaterne fra databasen præsenteres. Konferencen giver sundhedsplejerskerne anledning til at drøfte udviklingspotentialer på tværs af kommunerne, lære af hinandens erfaringer og sammen bidrage til faglige løft og udvikling af sundhedsplejerskens observationer og metoder.

Kommuneforskelle: Både for spæd- og indskolingsbørn ses store forskelle fra kommune til kommune. Nogle af forskellene kan tilskrives befolkningssammensætningerne, mens andre kan skyldes forskellige normeringsforhold, prioriteringer og arbejdsmetoder i sundhedsplejen. Omfanget af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde samt henvisningsmuligheder kan også have betydning.

Det anbefales at sundhedsplejen i de enkelte kommuner:

- Præsenterer udvalgte data fra Årsrapporten for den politiske og administrative ledelse og for relevante samarbejdspartnere.
- Gennemgår og drøfter Årsrapporten på sundhedsplejens fagmøder. Her vil det bl.a. være relevant at drøfte data i forhold til eksisterende indsatser, behov for justeringer, nye prioriteringer og kompetenceudvikling. Endvidere anbefales det at drøfte datakvalitet, hvor er data gode – og hvor skal der arbejdes på at forbedre disse.

Det er vores håb, at Årsberetningen sammen med de øvrige publikationer fra Databasen Børns Sundhed kan inspirere til den fortsatte udvikling af sundhedsplejens fagområde, og at databasen via udviklings- og forskningsprojekter fortsat kan bidrage til at udvikle ny viden om børns sundhed.

Et tværkommunalt og regionalt samarbejde, der omfatter endnu flere kommuner og regioner, vil gøre det muligt at udarbejde nationale profiler på børnesundheden og give værdifuld viden til brug for beslutningstagere og fagfolk. Derfor er det vores håb, at Årsrapporten vil inspirere kommuner, regioner og landspolitikkere til et styrket samarbejde om Databasen Børns Sundhed.

Indholdsfortegnelse

Introduktion	9
1.1 Sundhedsplejerskernes virke	9
1.2 Databasen Børns Sundhed.....	9
1.3 Formål og opbygning af årsberetningen.....	10
2. Børn født i 2012.....	11
2.1 Datagrundlag for børn født i 2012.....	11
3. Besøg det første leveår.....	12
3.1 Graviditetsbesøg	12
3.2 Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen.....	14
3.3 Antal besøg af sundhedsplejersken de første 30 dage.....	15
4 Graviditet og fødsel	16
4.1 Fertilitetsbehandling	16
4.2 Indlæggelseslængde	17
4.3 Fødested	19
4.4 Fødselsforløb.....	19
4.5 Køn, flerfødsel og paritet.....	21
4.6 Gestationsalder	22
4.7 Fødselsvægt.....	23
4.8 Apgarscore	24
4.9 Handicap og misdannelser ved fødslen	24
5 Forhold i familien og hjemmet	25
5.1 Forældrenes alder ved fødslen	25
5.2 Forældres uddannelse og erhvervsstatus.....	27
5.3 Familietype	28
5.4 Forældres indvandrerstatus.....	28
5.5 Sygdom og handicap hos forældrene.....	29
5.6 Allergi i familien.....	30
5.7 Bor sammen med en ryger	31
5.8 Nedsat omsorgsevne på grund af risikobetonet forbrug af alkohol eller andre rusmidler	32
5.9 Socialt netværk	33

6. Indikatorer for trivsel og udvikling i barnets første leveår	34
6.1 Forældre-barn kontakt og samspil.....	34
6.2 Mors psykiske tilstand.....	36
6.3 Barnets signaler, reaktioner og kommunikation	38
6.4 Motorik	40
6.5 Øje/hånd-koordination	43
6.6 Fuld amning ved fire måneder.....	45
6.7 Vægt og længde.....	47
7. Børn indskolingsundersøgt i 2013-2014.....	53
7.1 Indskolingsundersøgelsen	53
7.2 Datagrundlag indskolingsbørn.....	53
7.3 Faktorer i hjemmet og familien	54
7.3.1 Forældres erhvervsstatus.....	54
7.3.2 Etnisk baggrund.....	55
7.3.3 Familietype	56
7.3.4 Rygning i hjemmet.....	56
7.3.5 Fritidsordning.....	58
7.4 Sygdomme og medicinforbrug.....	58
7.4.1 Regelmæssigt medicinforbrug.....	58
7.4.2 Allergi og eksem hos barnet.....	60
7.4.3 Sygdom og handicap hos barnet	62
7.4.4 Sygdom og handicap i familien	63
7.5 Barnets forhold til jævnaldrende	64
8. Indikatorer	66
8.1 Undervægt, overvægt og svær overvægt	66
8.1.1 Danske højde/vægt-kurver.....	66
8.1.2 Børne-BMI-kurver	71
8.2 Motorik og fysisk aktivitet	77
8.2.1 Motorik	77
8.2.2 Fysisk aktivitet.....	79
8.2.3 Mad og måltidsvaner	81

8.3	Syn og hørelse.....	83
8.3.1	Syn.....	83
8.3.2	Hørelse	83
8.4	Selv vurderet trivsel	84
8.4.1	Selv vurderet generel trivsel	84
8.4.2	Selv vurderet skoletrivsel.....	87
8.4.3	Forældre-barn relation	88
8.4.4	Bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel.....	90
9	Referencer.....	93
10.	Publikationer fra Databasen Børns Sundhed siden 2011.....	96

Introduktion

1.1 Sundhedsplejerskernes virke

Det er sundhedsplejerskernes opgave at føre 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). Sundhedsplejens ydelser er derfor sammen med børneundersøgelserne i almen praksis et vigtigt sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende tilbud.

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. Ved ambulante fødsler og hjemmefødsler anbefales to besøg i den første uge efter fødslen. Det anbefales ydermere, at familier med særlige behov tilbydes ekstra ydelser (Sundhedsstyrelsen, 2011). Det er kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune, der fastsætter sundhedsplejens servicetilbud, derfor kan antallet af sundhedsplejerskebesøg 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 en årligt årsberetninger med basisinformationer om spædbørn og indskolingsbørn. Desuden udarbejdes der en temarapport om et udvalgt emne for spædbørn og en for indskolingsbørn.

Aktuelt indgår følgende 13 kommuner i databasesamarbejdet: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Roskilde, Rødovre og Tårnby. 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 indskolingsundersøgen samt fire sundhedsplejerskebesøg som er 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 opbygning af årsberetningen

Formålet med denne årsberetning er at tegne en sundprofil for børn født i 2012 samt børn, der er indskolingsundersøgt i skoleåret 2013/2014 i de nuværende tretten kommuner, der indgår i Databasen Børns Sundhed.

Databasen Børns Sundhed har udvalgt en række indikatorer til måling af kvaliteten af ydelser, indsats 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 undersøgelserne, hvorvidt der er bemærkninger til en indikator (f.eks. barnets syn eller motorik). 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. Såfremt der er forhold, der kræver yderligere observation eller handling henviser sundhedsplejersken herefter barnet til et relevant kommunalt tilbud eller til yderligere udredning i almen praksis (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Resultaterne angives i tabeller og diagrammer, som både indeholder resultat for det samlede antal spædbørn eller indskolingsbørn i rapporten (samlet population) og for de enkelte kommuner. For en række hovedvariable vises desuden udviklingen over de seneste fire år både for den samlede population og for de enkelte kommuner. Disse tal kan variere en smule i forhold til tallene i de tidligere årsrapporter, blandt andet fordi vi i rapporten her har valgt at inddrage børn fra de nye databasekommuner (Køge og Roskilde) i analyserne.

I årsberetningen rapporteres forekomster blandt de børn, der er registreret oplysninger om for den enkelte variabel. For nogle variable er der høj forekomst af manglende registreringer, hvilket kan medføre usikkerhed i resultaterne. Forekomsten af manglende registreringer i den samlede population og for den enkelte kommune foreligger i bilaget til beretningen. I de fleste tilfælde dækker manglede registreringer 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 undersøgelsen er så præget af barnets problemer, at sundhedsplejersken ikke når at notere det hele i den travle hverdag.

2. Børn født i 2012

2.1 Datagrundlag for børn født i 2012

Formålet med denne del af årsberetningen er at give et statusbillede af de børn, der er født i 2012 i de tretten kommuner, der indgår i Databasen Børns Sundhed. Det samlede antal registrerede journaler for nyfødte i de tretten kommuner er 5.773. Dette svarer til 103,2 % af det samlede antal nyfødte børn i de deltagende kommuner ifølge udtræk fra Danmarks Statistik. Denne afvigelse kan blandt andet skyldes flytning til og fra kommunerne, da en kommune vil kunne have data om både tilflyttede og fraflyttede børn. Data er ordnet således, at hvert barn kun indgår i databasen én gang. I tabellen nedenfor ses antallet af børn, der indgår i årsberetningen fra de tretten kommuner.

Tablet 2.a. Antal nyfødte børn, der indgår i årsberetningen

Kommune	Antal børn i årsberetningen
Albertslund	295
Ballerup	474
Brøndby	338
Dragør	124
Gentofte	734
Glostrup	242
Herlev	296
Hvidovre	593
Høje-Taastrup	600
Køge	502
Roskilde	737
Rødovre	400
Tårnby	438
Samlet population	5.773

I de følgende afsnit gennemgås en række variable fra sundhedsplejerskens besøg i det første leveår omhandlende 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). 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).

3. Besøg det første leveår

I tabellen 3.a nedenfor ses forekomsten af registrerede A-, B-, C- og D-besøg for de enkelte kommuner og den samlede population. Af tabellen fremgår det, at for 92,0 % af børnene i populationen, er der registreret et A-besøg, for 86,0 % et B-besøg, for 84,2 % et C-besøg og for 88,7 % et D-besøg. Samme forekomst sås i 2011. Grunden til, at alle besøg ikke er registreret for alle børn skyldes blandt andet tilflytning af nye børn til kommunerne.

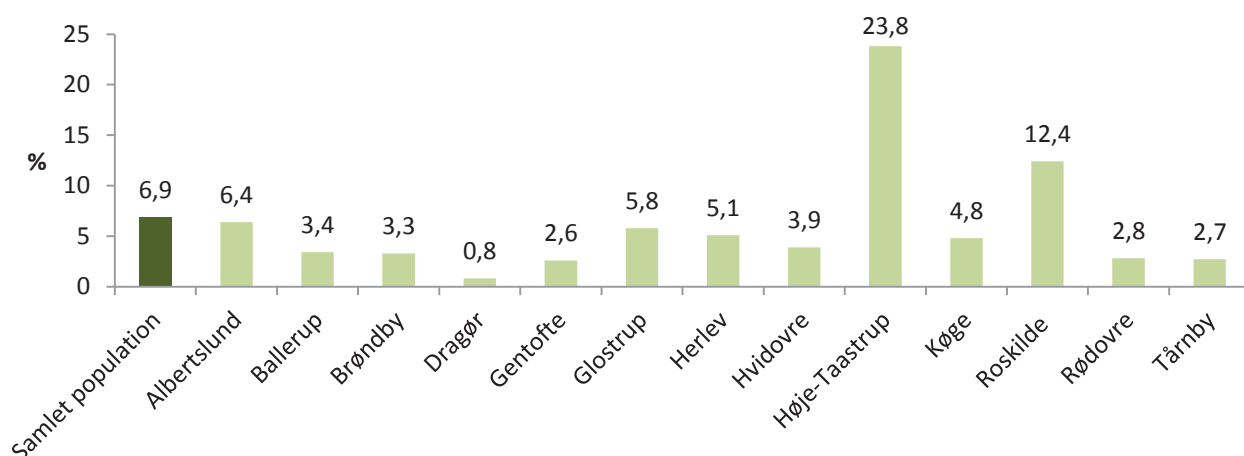
Tablet 3.a. Procent af børnene, hvor besøg A-D er registreret

	Procent af børnene, hvor der er registreret det respektive besøg			
	A-besøg (0-2 mdr.)	B-besøg (2-3 mdr.)	C-besøg (4-6 mdr.)	D-besøg (8-10 mdr.)
Albertslund	91,5	87,5	87,5	87,5
Ballerup	93,3	90,5	90,5	88,6
Brøndby	94,7	90,8	92,6	94,1
Dragør	92,7	95,2	96,0	94,4
Gentofte	89,5	86,1	87,7	85,0
Glostrup	93,8	92,6	93,4	92,2
Herlev	89,2	87,5	85,5	92,6
Hvidovre	93,9	87,5	88,2	86,0
Høje-Taastrup	94,8	91,5	91,2	88,8
Køge	88,5	83,5	75,9	83,7
Roskilde	91,6	67,4	53,5	87,8
Rødovre	91,3	91,3	94,3	96,5
Tårnby	92,9	88,1	90,2	88,6
Samlet population 2012	92,0	86,0	84,2	88,7

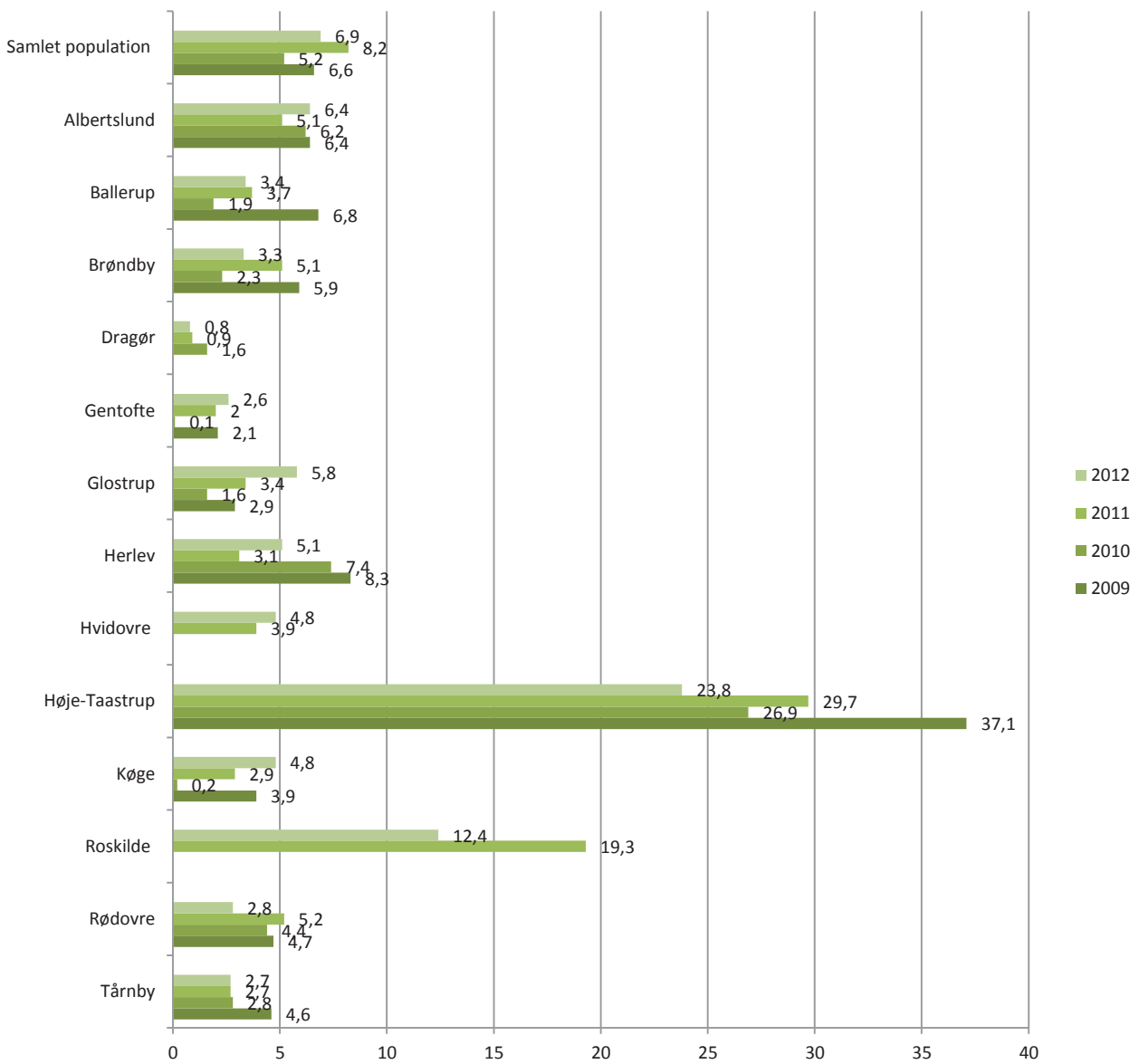
3.1 Graviditetsbesøg

Nogle kommuner tilbyder besøg af sundhedsplejersken under graviditeten som en del af det kommunale servicetilbud. I forbindelse med besøget udfylder sundhedsplejersken et besøgsark. Der er udfyldt et ark om graviditetsbesøget for 6,9 % af børnene født i 2012. Blandt børn født i 2011 havde 8,2 % et udfyldt ark fra graviditetsbesøget. Af figur 3.a. fremgår det, at det især er Høje-Taastrup Kommune og Roskilde Kommune, der gennemfører graviditetsbesøg.

Figur 3.a. Forekomst af journaler med udfyldt ark fra graviditetsbesøg



Figur 3.b. Udviklingen i forekomsten af udfyldte graviditetsjournaler for hele populationen og for de enkelte kommuner.



3.2 Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen

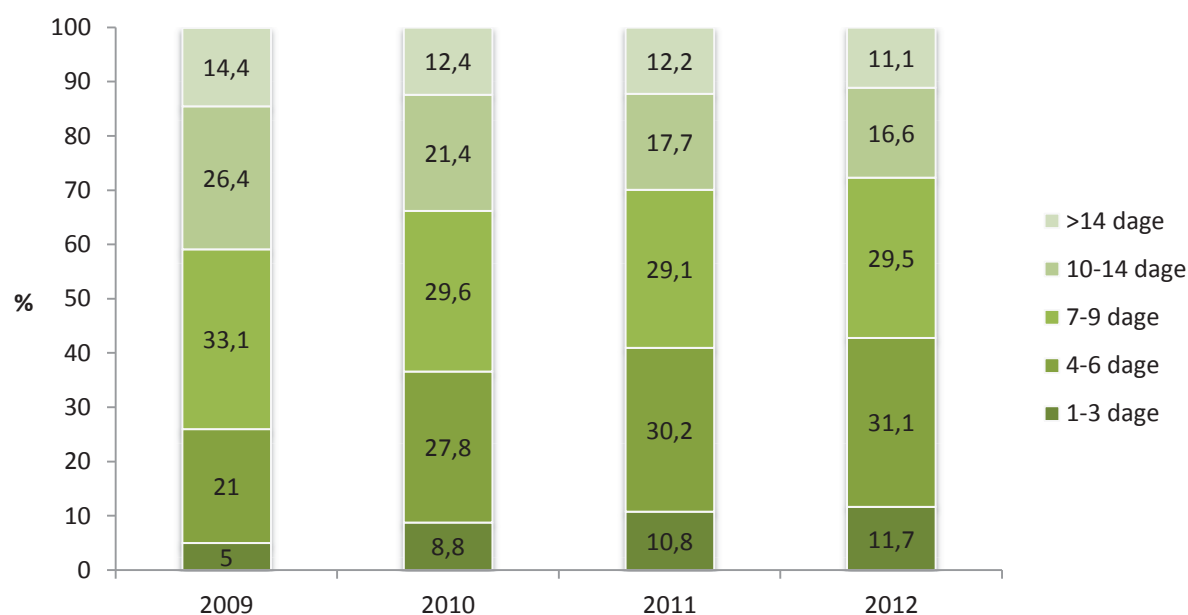
Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen er defineret som alder ved første registrerede besøg i journalen. I tabel 3.c. ses, at de fleste af børnene født i 2012 havde det første besøg af sundhedsplejen, da de var mellem fire og seks dage gamle (31,1 %). Samlet set fik 42,8 % af de nyfødte deres 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 62,3 % 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 (11,1 %). Denne gruppe indeholder fortrinsvis børn, der har været indlagt længe efter fødslen, eksempelvis for tidligt fødte.

Tabel 3.c. 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	20,7	22,0	25,1	19,3	12,9
Ballerup	8,0	23,2	30,8	27,6	10,3
Brøndby	4,4	26,9	32,3	25,7	10,7
Dragør	7,3	47,6	26,6	8,1	10,5
Gentofte	23,3	29,4	20,8	13,9	12,5
Glostrup	12,0	37,2	26,9	15,7	8,3
Herlev	16,9	42,9	19,3	9,8	11,2
Hvidovre	10,0	41,2	23,4	15,4	10,1
Høje-Taastrup	16,5	34,7	25,5	15,7	7,7
Køge	1,8	12,4	37,7	28,9	19,3
Roskilde	4,0	29,9	40,3	14,7	11,2
Rødovre	21,0	41,3	28,3	3,8	5,8
Tårnby	5,0	31,3	40,6	11,2	11,9
Samlet population	11,7	31,1	29,5	16,6	11,1

Figur 3.d. viser udviklingen i barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen i perioden 2009 til 2012. Fra 2009 til 2012 er andelen, der har fået besøg inden for de første tre dage, blevet fordoblet - fra 5,0 % i 2009 til 11,7 % i 2012. Der ses ligeledes fra 2009 til 2012 en kraftig stigning i andelen af børn, der får deres første besøg, når de er fire til seks dage gamle - fra 21 % til 31,1 %. Samtidig ses et fald i andelen af børn, der har deres første besøg, når de er syv til ni dage og 10 til 14 dage gamle. Overordnet får børnene således besøg af sundhedsplejersken tidligere i 2012 end i 2009.

Figur 3.d. Procentvis fordeling af børn efter alder ved første besøg af sundhedsplejen fra 2009 til 2012



3.3 Antal besøg af sundhedsplejersken de første 30 dage

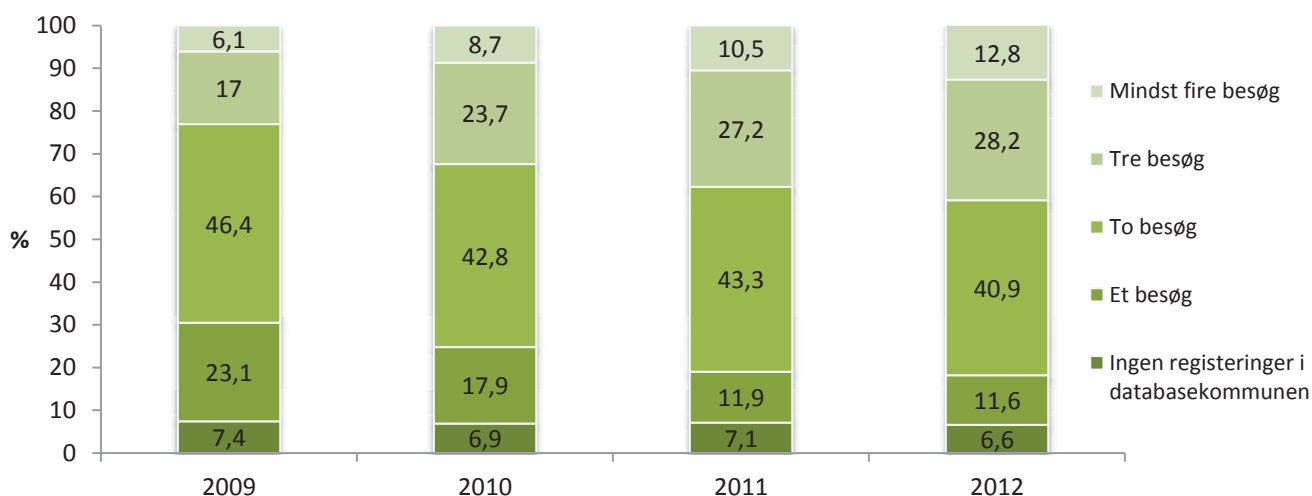
Antallet af besøg af sundhedsplejersken i de første 30 dage er defineret ud fra antallet af registreringer i journalen på forskellige datoer. I tabel 3.e ses fordelingen af børn efter antal besøg de første 30 dage af barnets liv. Af tabellen ses, at størstedelen af børnene (81,9 %) har fået to eller flere besøg af sundhedsplejersken i de første 30 levedage.

Tabel 3.e. Procentvis fordeling af børn efter antal besøg af sundhedsplejersken de første 30 dage.

	Et besøg	To besøg	Tre besøg	Mindst fire besøg
Albertslund	12,2	38,6	28,1	12,9
Ballerup	5,5	43,0	29,5	15,8
Brøndby	12,1	46,5	27,8	8,0
Dragør	7,3	43,6	32,3	8,9
Gentofte	7,0	33,8	33,1	16,8
Glostrup	5,0	49,6	29,8	10,3
Herlev	5,7	33,1	33,8	19,3
Hvidovre	13,0	39,3	33,2	8,6
Høje-Taastrup	9,3	34,5	35,0	17,7
Køge	38,5	38,1	10,4	4,2
Roskilde	10,7	47,8	22,3	12,8
Rødovre	6,3	38,0	33,5	19,5
Tårnby	11,4	52,3	21,9	7,1
Samlet population	11,6	40,9	28,2	12,8

Figur 3.f viser udviklingen i antal besøg de første 30 dage de seneste fire år. Af figuren ses at andelen af børn med mindst fire besøg registeret er fordoblet i perioden, fra 6,1 % for børn født i 2009 til 12,8 % for børn født i 2012. Det ses også, at der for 6,6 % i 2012 ikke er registeret 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, vægtudvikling eller børn, hvor der er alvorlige sociale problemer i hjemmet.

Figur 3.f. Procentvis fordeling af børn efter antal besøg af sundhedsplejersken de første 30 dage i perioden 2009-2012



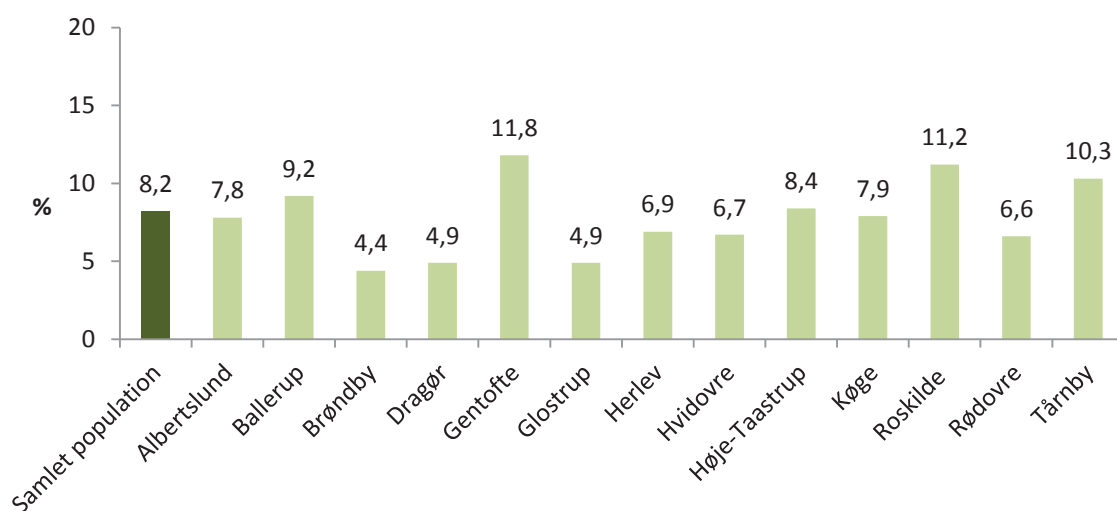
4 Graviditet og fødsel

4.1 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 9 % 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 4.a. ses forekomsten af børn født efter fertilitetsbehandling i 2012 i de tretten kommuner, der indgår i årsberetningen. I den samlede population blev 8,2 % af børnene født efter fertilitetsbehandling. I årsberetningen om børn født i 2011 var 9,3 % af børnene født efter fertilitetsbehandling.

Figur 4.a. Forekomst af børn født efter fertilitetsbehandling



4.2 Indlæggelseslængde

Tabel 4.a viser den procentvis fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødsel. At tabellen ses, at en fjerdedel af børnene blev udskrevet inden for seks timer efter fødslen. Størstedelen (41,5 %) af børnene født i 2012 blev udskrevet to til tre dage efter fødslen.

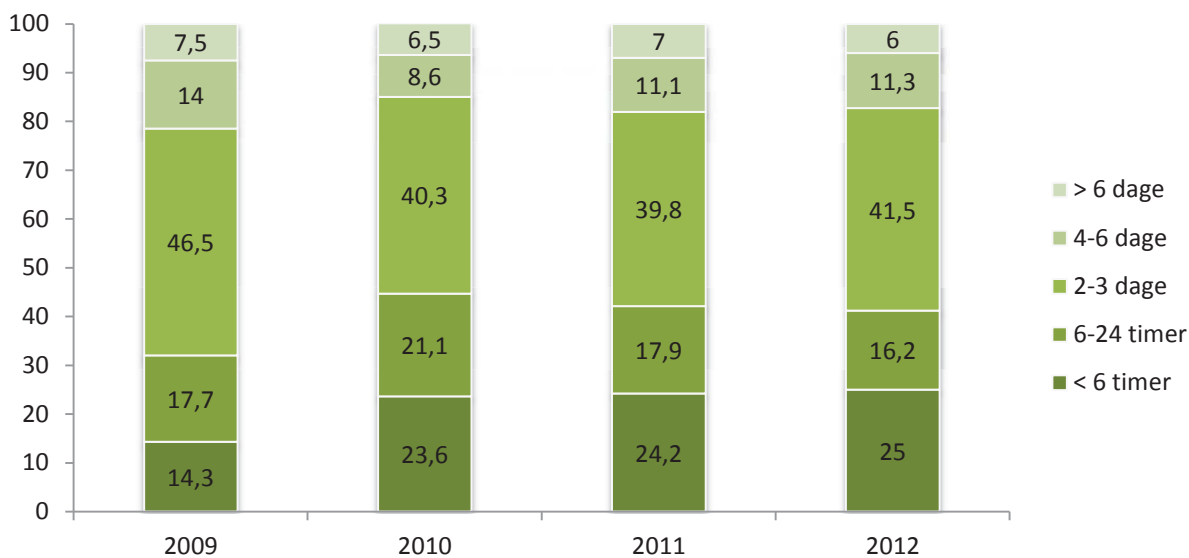
Tabel 4.a. Procentvis fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødsel

	< 6 timer	6-24 timer	2-3 dage	4-6 dage	> 6 dage
Albertslund	29,1	18,8	35,3	11,9	5,0
Ballerup	27,3	15,3	39,4	12,9	5,1
Brøndby	27,2	14,1	44,7	6,1	8,0
Dragør	43,0	10,5	37,7	4,4	4,4
Gentofte	30,8	13,9	41,6	9,2	4,5
Glostrup	23,0	14,4	46,9	9,0	6,8
Herlev	28,3	14,0	38,0	11,2	8,5
Hvidovre	26,2	13,7	45,0	10,3	4,8
Høje-Taastrup	23,5	17,3	41,4	11,7	6,2
Køge	16,3	18,4	38,0	17,9	9,4
Roskilde	14,1	21,7	42,7	14,5	7,0
Rødovre	27,7	14,8	42,7	11,5	3,4
Tårnby	28,0	16,3	42,0	8,3	5,4
Samlet population	25,0	16,2	41,5	11,3	6,0

Figur 4.b. viser indlæggelseslængden i forbindelse med fødslen for børn født i 2009-2012. Overordnet er der i løbet af perioden fra 2009 til 2012 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 2012, fra 14,3 % i 2009 til 25,0 % i 2012, mens andelen af børn, der er udskrevet senere end 24 timer efter fødslen er faldet. Andelen, der er indlagt seks dage eller mere er stort set

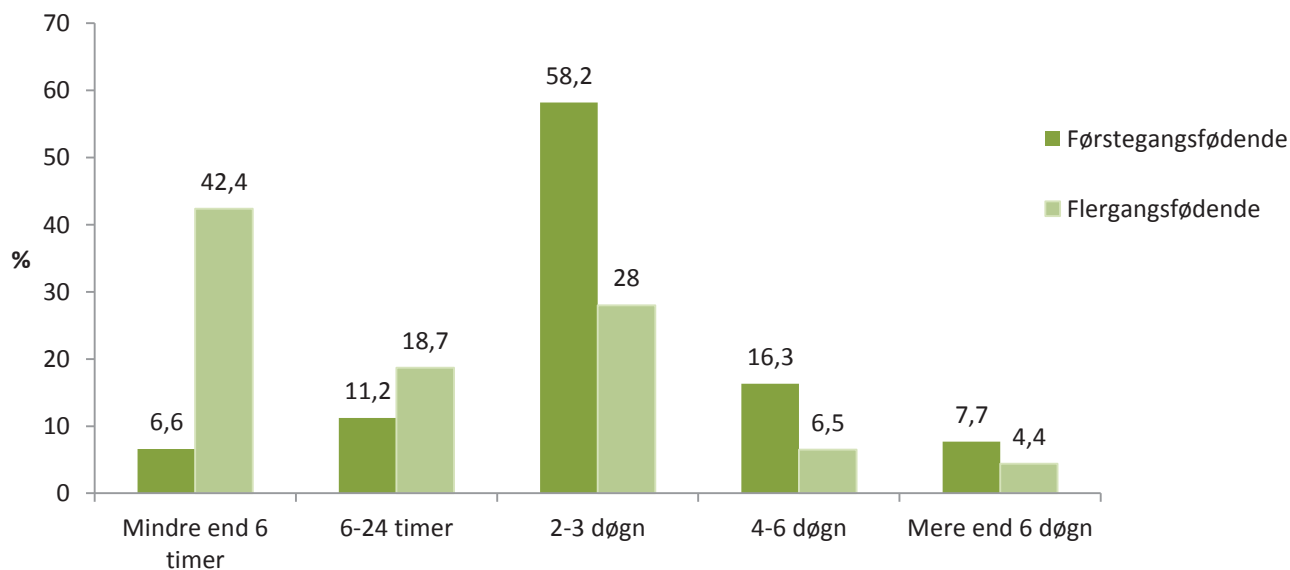
konstant i perioden 2009-2012. Denne gruppe indeholder sandsynligvis en del for tidligt fødte børn og børn, hvor der har været svære komplikationer i forbindelse med fødslen.

Figur 4.b Procentvis fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødsel i perioden 2009-2012



I figur 4.c ses indlæggelseslængden i forhold til, om mor er første- eller flergangsfødende. Af de førstegangsfødende var 58,2 % indlagt to til tre døgn efter fødslen, mens dette kun gjaldt 28 % af de flergangsfødende. Af de flergangsfødende blev 42,4 % udskrevet mindre end seks timer efter fødslen, det tilsvarende tal for førstegangsfødende var 6,6 %.

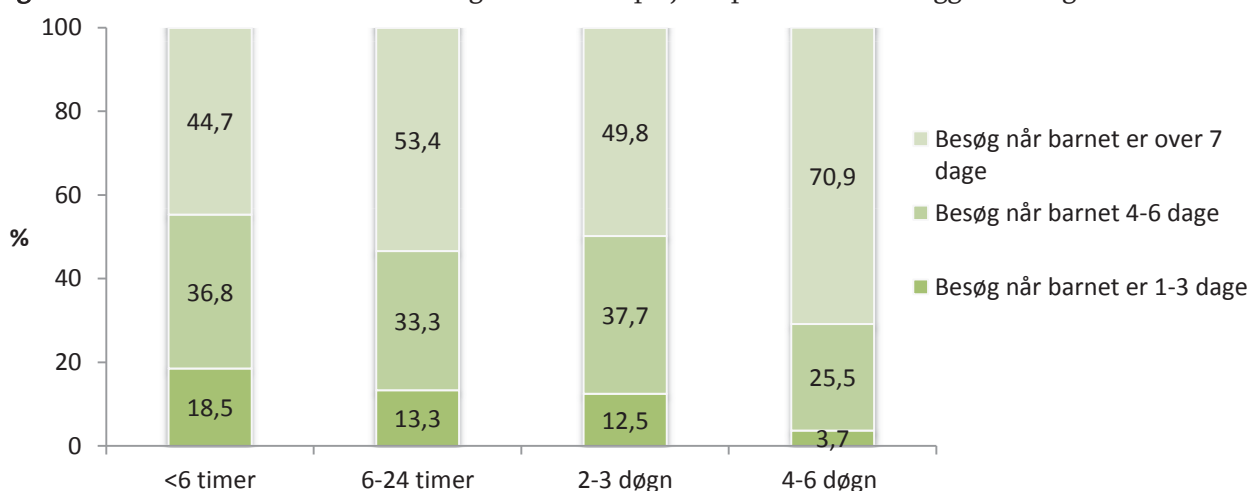
Figur 4.c. Fordeling af indlæggelseslængde efter mors paritet



Sundhedsstyrelsen anbefaler et tidligt hjemmebesøg hos de kvinder, der er udskrevet tidligt fra fødestedet – særligt hvis der er tale om en ambulansfødsel (Sundhedsstyrelsen, 2011). Ud fra denne anbefaling må man forvente flere tidlige besøg hos de tidligt udskrevne.

Figur 4.d viser barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen i forhold til indlæggelseslængde blandt børn født i 2012. Af figuren fremgår det, at af de børn der blev udskrevet inden for seks timer efter fødslen, fik 18,5 % besøg af sundhedsplejen inden barnet var tre dage gammelt, 36,8 % fik besøg, da barnet var fire til seks dage gammelt og 44,4 % fik første besøg, da barnet var mere end syv dage. Figuren viser ligeledes, at af de børn der var indlagt mellem fire og seks dage, fik 70,9 % besøg, da barnet var mere end syv dage. Samlet set er der som forventet en tendens til, at de familier der udskrives inden for 24 timer i højere grad får tidligt besøg af sundhedsplejen.

Figur 4.d. Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen opdelt efter indlæggelseslængde



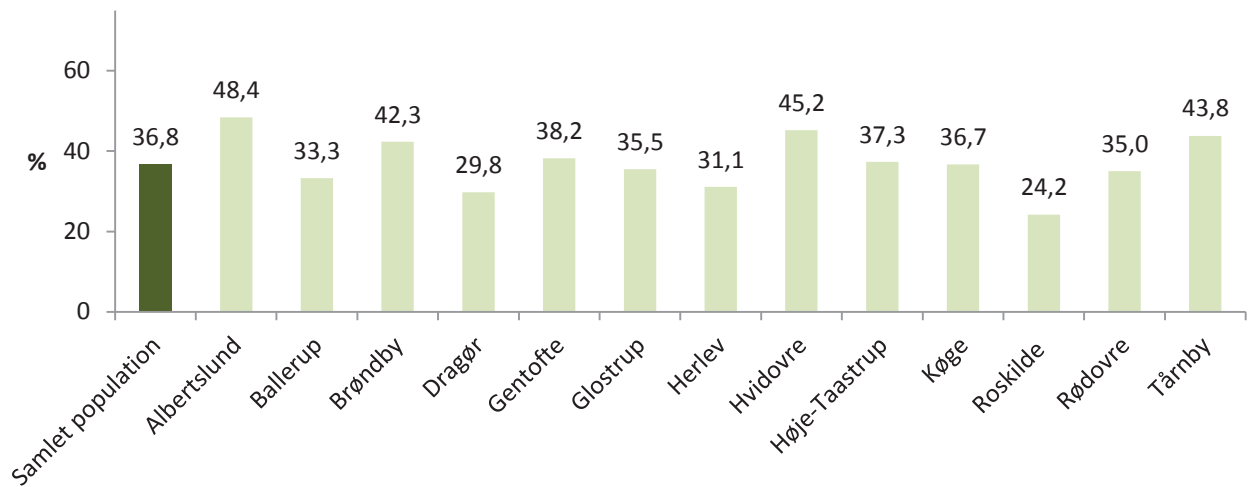
4.3 Fødested

De fleste danske kvinder føder på hospital. Størstedelen af børnene i årsberetningen er født på hospitalerne i Herlev (33,4 %) og Hvidovre (28,0 %). I 10,6 % af journalerne er der ikke oplysninger om, hvilket hospital børnene er født på.

4.4 Fødselsforløb

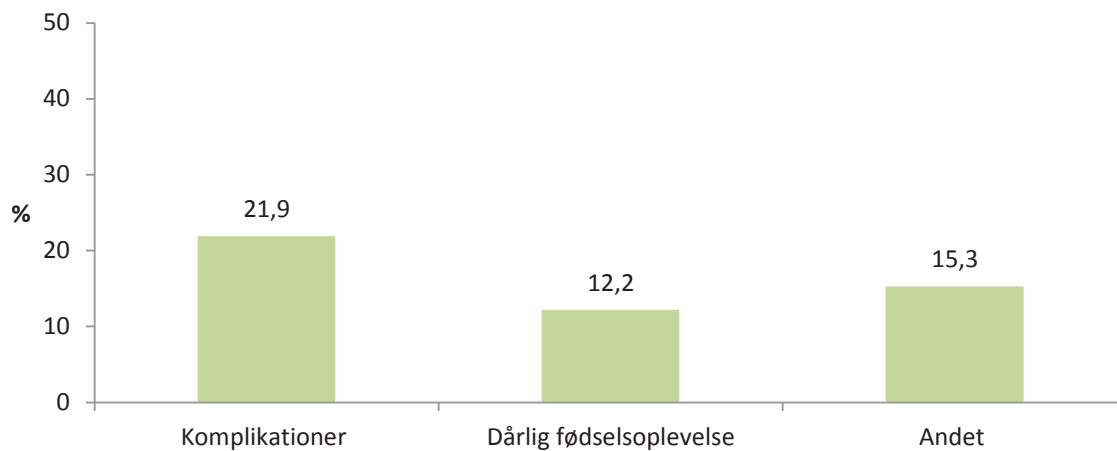
Ved etableringsbesøget (A-besøget) registrerer sundhedsplejerskerne, om der er bemærkninger i forbindelse med fødslen. Bemærkninger til fødslen dækker over komplikationer, dårlig fødselsoplevelse eller andet. I figur 4.e ses forekomsten af bemærkninger til fødslen. I den samlede population havde 36,8 % af børnene bemærkninger til fødslen. Forekomsten er højest i Albertslund (48,4 %) og lavest i Roskilde (24,2 %).

Figur 4.e. Forekomst af bemærkninger i forbindelse med fødslen



Figur 4.f. viser, hvad disse bemærkninger til fødslen dækker over. Af figuren ses, at der blandt 21,9 % af børnene er registreret komplikationer i forbindelse med fødslen, 12,2 % har bemærkninger til fødselsoplevelsen og yderligere 15,3 % har bemærkninger til andet i forbindelse med fødslen.

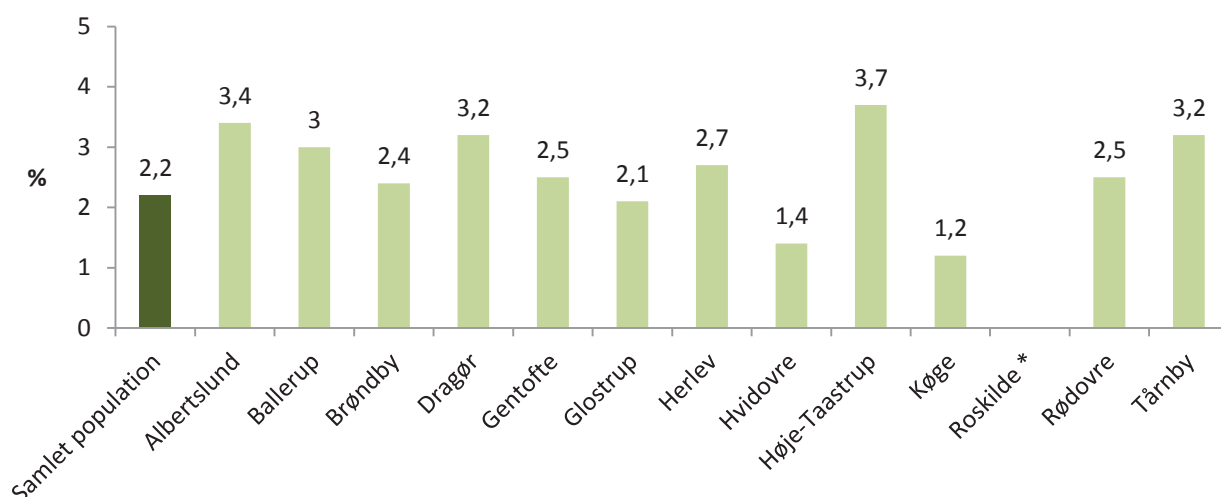
Figur 4.f. Forekomst af bemærkninger i forbindelse med fødslen: komplikationer, dårlig fødselsoplevelse og andre problemer



4.5 Køn, flerfødsel og paritet

Af de børn, der indgår i denne årsberetning, er 48,2 % piger og 51,8 % drenge. I figuren nedenfor ses andelen af børn, der er flerfødt, det vil sige tvillinger eller trillinger. For den samlede population født i 2012 er 2,2 % flerfødt, hvilket er i god overensstemmelse med andelen i årsberetningen om børn født i 2011. I Roskilde er der ingen flerfødsler registreret.

Figur 4.g. Forekomst af flerfødsler

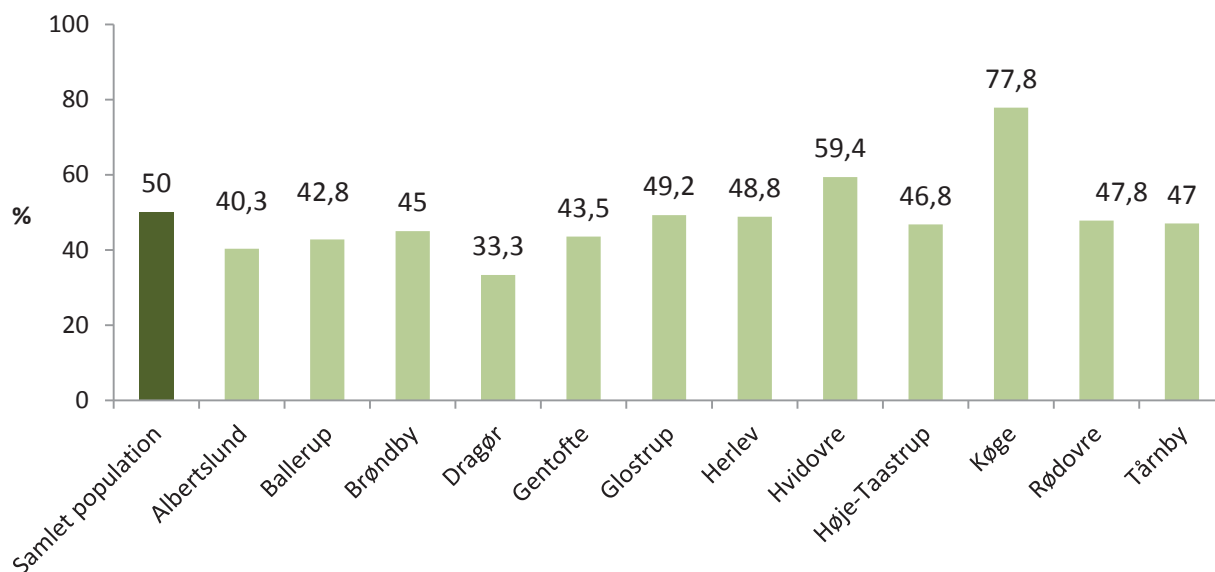


Nedenstående figur viser andelen af børn af førstegangsmødre og førstegangsfædre. For den samlede population af børn født i 2012 er 46,4 % af mødrene førstegangsfødende, mens det for 50 % af fædrene er deres første barn (figur 4.h. og 4.i.). Roskilde Kommune er taget ud af figurerne pga. registreringsfejl.

Figur 4.h. Forekomst af førstegangsmødre



Figur 4.i. Forekomst af førstegangsfædre



4.6 Gestationsalder

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). Information om gestationsalder indhentes fra fødselsanmeldelsen, og tabellen nedenfor viser fordelingen af børnene i Databasen Børns Sundhed efter gestationsalder ved fødslen. Det ses af tabel 4.b., at langt hovedparten af børnene (94,3 %) er født inden for normalområdet (37-44 uger). Gestationsalderen for de resterende børn fordeler sig således, at 0,3 % er født i uge 20-28 (ekstremt tidligt født), 0,5 % er født i uge 29-33 (meget tidligt født), mens 4,9 % er født i uge 33-36 (tidligt født). Denne fordeling adskiller sig ikke væsentligt fra årsberetningen om børn født 2011.

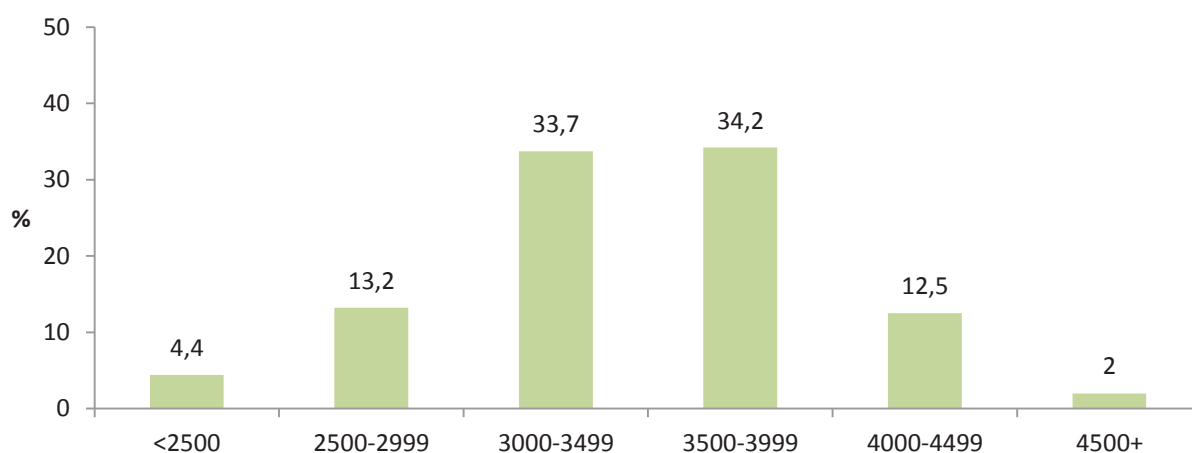
Tabel 4.b. procentvis fordeling af børn efter gestationsalder ved fødslen.

	Uge 20-28	Uge 29-32	Uge 33-36	Uge 37-44
Albertslund	0,4	0,8	4,9	93,9
Ballerup	0,2	0,5	5,2	94,1
Brøndby	0,3	0,7	6,8	92,2
Dragør	0	1,2	7,2	91,6
Gentofte	0,5	0,6	3,1	95,9
Glostrup	0	0,5	4,7	94,9
Herlev	0	0	6,5	93,5
Hvidovre	0,2	0,4	3,1	96,3
Høje-Taastrup	0,2	0,2	7,3	92,3
Køge	0,5	1,1	5,1	93,2
Roskilde	0,4	0	6,7	93,0
Rødovre	0,3	0,8	3,1	95,9
Tårnby	0,3	0,8	4,9	94,1
Samlet population	0,3	0,5	4,9	94,3

4.7 Fødselsvægt

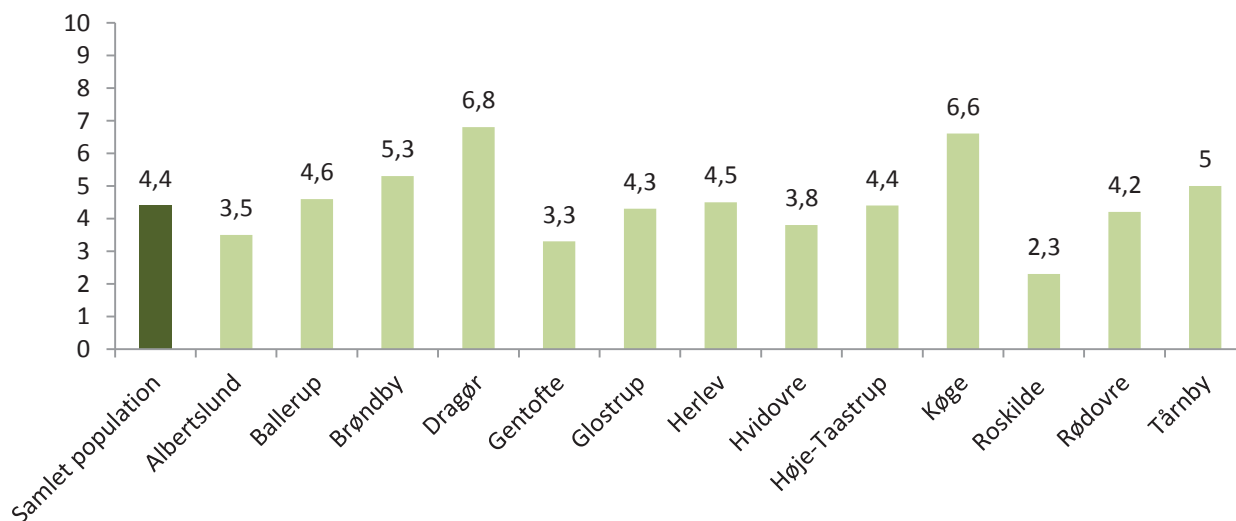
Lav fødselsvægt er, ligesom for tidlig fødsel, forbundet med øget risiko for død i neonatalperioden og anses som en vigtig prädiktor for barnets sundhed og udvikling på længere sigt (Wilcox, 2010a). Lav fødselsvægt defineres ved fødselsvægt under 2500 gram. Oplysninger om fødselsvægt i årsberetningen stammer fra fødselsanmeldelsen. I 3.9 figur ses fordelingen af børnene i årsberetningen efter fødselsvægt. I figuren 4.j. ses, at 4,4 % af børnene, er født med en vægt under 2500 gram. 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 2011. Den gennemsnitlige fødselsvægt i 2012 populationen er 3455 gram (variation 905 gram -5506 gram).

Figur 4.j. Procentvis fordeling af børn efter fødselsvægt



Figur 4.k. viser forekomsten af børn med en fødselsvægt under 2500 gram opdelt på kommune. Af figuren ses at forekomsten af børn, der er født med en vægt under 2500 gram varierer kommunerne i mellem, højest forekomst ses i Dragør (6,8 %) og lavest i Roskilde (2,3 %).

Figur 4.k. Forekomst af børn med en fødselsvægt under 2500 gram



4.8 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 vanskeligheder 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 4.c ses fordelingen af børn født i 2012 efter apgarscore fem minutter efter fødslen. I den samlede population af børn født i 2012 har 0,4 % scoret 1-4 point, 0,5 % har scoret 5-6 point, 5,2 % har scoret 7-9 point, mens 94,0 % 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 2011.

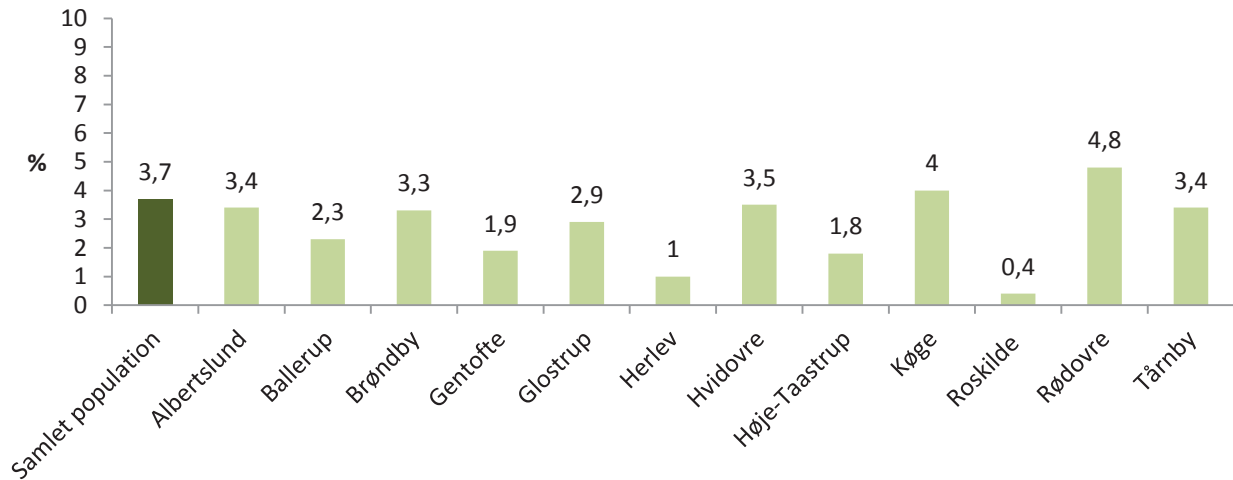
Tabel 4.c. Procentvis fordeling af børn efter apgarscore fem minutter efter fødslen

	1-4 point	5-6 point	7-9 point	10 point
Albertslund	0,4	0,8	2,4	96,3
Ballerup	0,7	0,7	3,4	95,2
Brøndby	0,7	0	4,2	95,2
Dragør	0	1,2	4,8	94,0
Gentofte	0,5	0,5	3,7	95,4
Glostrup	0	0,5	7,9	91,6
Herlev	0,4	0,4	4,2	95,1
Hvidovre	0,6	0,2	3,9	95,3
Høje-Taastrup	0,2	0,2	4,6	95,0
Køge	0,3	0,8	8,9	90,0
Roskilde	0,4	1,4	13,7	84,6
Rødovre	0,3	0,3	4,6	94,9
Tårnby	0	0,5	4,1	95,4
Samlet population	0,4	0,5	5,1	94,0

4.9 Handicap og misdannelser ved fødslen

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. I figuren nedenfor ses forekomsten af handicap og misdannelser ved fødslen, andelen af børn med handicap og misdannelser er 3,7 %. Denne andel er stort set identisk med tidligere årsrapporter. Dragør er ikke med i figuren pga. meget høj andel af missing.

Figur 4.1. Forekomst af handicap og misdannelser ved fødslen



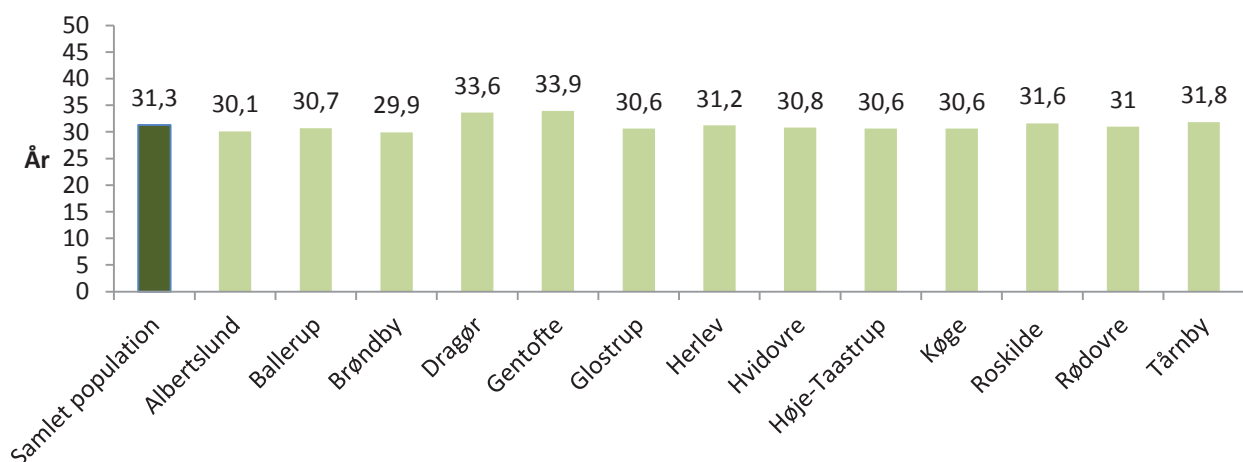
5 Forhold i familien og hjemmet

5.1 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). 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. Gennemsnitsalderen for førstegangsfødende i populationen her er 29,8 år (Variation: 15,5-48,8 år).

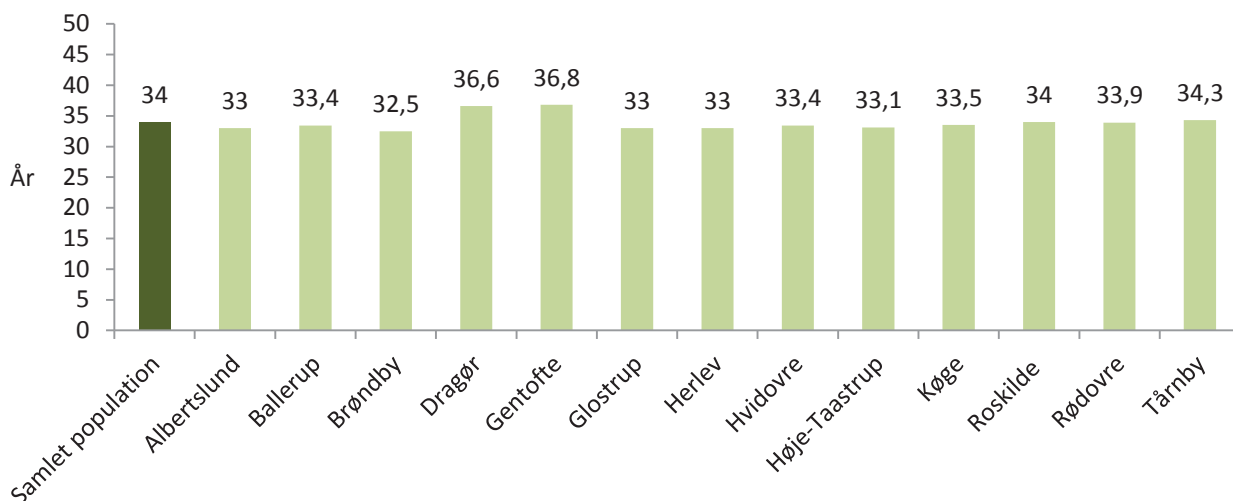
Figur 5.a viser gennemsnitsalderen ved barnets fødsel for alle mødre i årsberetningen. Mødrenes gennemsnitsalder ved barnets fødsel er 31,3 år (variation: 15,5 – 51,2 år). I årsrapporten omhandlende børn født i 2011 var gennemsnitsalderen 31,2 år.

Figur 5.a. Mødrenes gennemsnitsalder ved fødslen



Figur 5.b viser gennemsnitsalderen ved barnets fødsel for alle fædre i årsberetningen. Fædrenes gennemsnitsalder ved barnets fødsel er 34,0 år (variation: 17,6 – 68,4 år). I årsrapporten omhandlede børn født i 2011 var gennemsnitsalderen også 34 år.

Figur 5.b. Fædrenes gennemsnitsalder ved fødslen



Tabel 5.a viser fordelingen af børn grupperet efter mors og fars alder. Af tabellen ses, at 12,1 % af mødre og 5,2 % af fædre i den samlede population er under 25 år ved fødslen. Der er stor variation kommunerne i mellem. I Gentofte er blot 3,8 % af mødre under 25 år, og i Brøndby er andelen 16,4 %. Af tabellen fremgår det også, at en fjerdel af mødre i den samlede population er 35 år eller derover, ved barnets fødsel. Her ses ligeledes en stor variation kommunerne imellem. Andelen af mødre over 35 år er 41,2 % i Gentofte og 16 % i Albertslund. Andelen af fædre under 25 år ved barnets fødsel er 5,2 % i den samlede population. Andelen af fædre, der er 35 år eller derover ved barnets fødsel, er 40,3 %.

Tabel 5.a. 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	14,3	34,7	35,0	16,0	6,7	27,9	30,0	35,3
Ballerup	14,5	30,3	34,5	20,7	7,4	23,8	31,7	37,1
Brøndby	16,4	36,0	29,5	18,2	8,8	25,2	38,2	27,8
Dragør	4,8	14,5	43,6	37,1	2,5	8,3	28,1	61,2
Gentofte	3,8	15,5	39,5	41,2	1,3	8,6	31,6	58,5
Glostrup	11,7	34,6	35,4	18,3	5,3	23,8	37,4	33,5
Herlev	11,3	30,8	34,3	23,6	6,6	23,4	37,0	33,0
Hvidovre	14,4	30,7	33,4	21,5	7,3	24,3	29,2	39,2
Høje-Taastrup	15,7	31,4	33,1	19,9	6,2	26,0	33,8	34,0
Køge	15,9	30,5	30,5	23,1	5,0	22,2	35,8	37,1
Roskilde	12,2	27,5	34,1	26,2	4,7	24,2	30,0	41,0
Rødovre	12,5	28,5	37,3	21,8	5,2	21,5	33,7	39,6
Tårnby	9,0	28,0	36,5	26,6	4,4	18,4	35,4	41,8
Samlet population	12,1	28,3	34,8	24,8	5,4	21,4	32,9	40,3

5.2 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 5.c. Procentvis fordeling af børn efter forældrenes uddannelse og erhvervsstatus

	Uddannelse, max 10. klasse		Uden aktuel erhvervstilknytning	
	Mor	Far	Mor	Far
Albertslund	20,5	17,7	28,9	7,4
Ballerup	18,4	17,5	22,1	6,1
Brøndby	18,6	19,9	34,9	12,6
Dragør	3,4	5,6	14,3	7,3
Gentofte	2,6	2,5	12,0	1,9
Glostrup	14,2	11,9	19,3	8,1
Herlev	12,0	9,1	24,7	10,8
Hvidovre	19,6	16,4	20,4	5,8
Høje-Taastrup	19,2	15,1	33,9	8,2
Køge	16,6	13,4	25,1	7,2
Roskilde	3,6	5,4	20,0	9,8
Rødovre	19,1	14,1	24,2	8,8
Tårnby	8,4	6,9	15,8	3,4
Samlet population	14,2	12,3	23,6	7,0

Blandt børn med oplysninger om forældrenes uddannelse, har 14,2 % af mødre og 12,3 % af fædre maksimalt 10. klasse. Der er stor variation mellem kommunerne. Forekomsten er højest i Albertslund, hvor hvert femte barn fødes af en mor med maksimalt 10. klasse. I Gentofte er det tilsvarende tal 2,6 %. Der mangler registrering af uddannelsesniveau for 42,6 % af mødre og 59,6 % af fædre. Således er der væsentlige usikkerheder forbundet med rapporteringen af uddannelsesniveau.

I forhold til forældrenes erhvervsstatus ved fødslen er 23,6 % af mødre og 7,0 % af fædre registreret uden aktuel erhvervstilknytning. Der mangler oplysninger om erhvervsstatus for 47,5 % af mødre og 58,9 % af fædre.

5.3 Familietype

Familien spiller en afgørende rolle for børns sundhed og sygelighed (Christensen, 2001; Nielsen et al., 2001). 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).

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 (94,9 %), 4,2 % boede med den ene forælder og lidt under 1 % boede i en sammenbragt familie. Fordelingen af børn efter familietype er i god overensstemmelse med årsberetningen om børn født i 2011.

Table 5.d. Procentvis fordeling af børn efter familietype

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

5.4 Forældres indvandrerstatus

I tabel 5.e ses fordelingen af børn efter forældrenes indvandrerstatus. Af tabellen ses, at 12,5 % af børnene i den samlede population har en mor, der er første-, anden- eller tredjegerationsindvandrer. Heraf er 3,7 % anden- eller tredjegerationsindvandrere. Ligeledes har 8,4 % af børnene en far, der er første-, anden- eller tredjegerationsindvandrer. Forekomsten af indvandrere er betydeligt højere i Albertslund, Brøndby og Høje-Taastrup end i de øvrige kommuner. Fordelingen af børn efter forældrenes indvandrerstatus er i god overensstemmelse med fordelingen i årsberetningen om børn født i 2011.

Table 5.e. Procentvis fordeling af børn efter forældres indvandrerstatus.

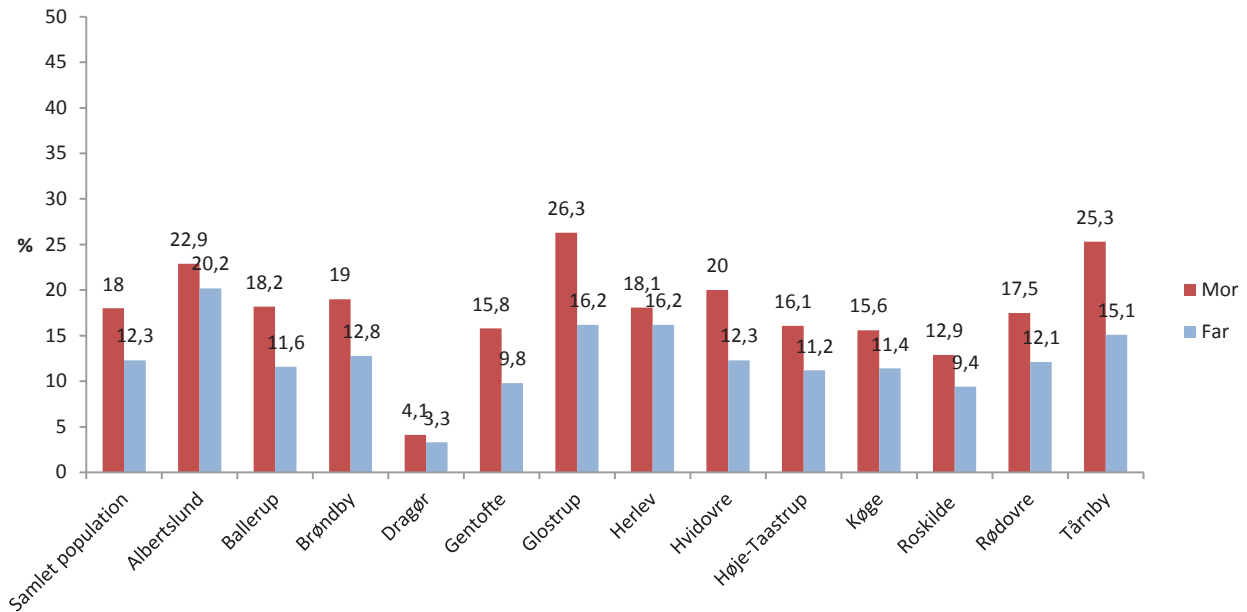
	Mor			Far		
	Dansk baggrund	Første-generations-indvandrere	Anden-/tredjegenerations-indvandrere	Dansk baggrund	Første-generations-indvandrere	Anden-/tredjegenerations-indvandrere
Albertslund	73,1	17,6	9,3	74,4	18,8	6,8
Ballerup	87,3	8,5	4,2	91,5	5,5	3,0
Brøndby	73,0	19,3	7,7	78,4	14,8	6,8
Dragør	94,4	4,0	1,6	96,8	3,2	0
Gentofte	93,3	6,3	0,4	96,1	3,8	0,1
Glostrup	88,4	8,7	2,9	90,5	6,6	2,9
Herlev	84,5	12,2	3,4	92,6	6,1	1,4
Hvidovre	93,1	4,9	2,0	94,8	3,9	1,4
Høje-Taastrup	68,7	20,6	10,7	82,5	9,4	8,2
Køge	91,8	5,0	3,2	95,0	3,8	1,2
Roskilde	97,2	1,6	1,2	98,8	1,1	0,1
Rødovre	87,2	10,3	2,5	90,3	7,3	2,5
Tårnby	96,8	2,3	0,9	98,0	1,6	0,5
Samlet population	87,6	8,8	3,7	91,6	5,9	2,5

5.5 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 18,0 % registreret med sygdomme/handicap, mens dette er tilfældet for 12,3 % af fædre (figur 5.c). Der er stor variation kommunerne i mellem.

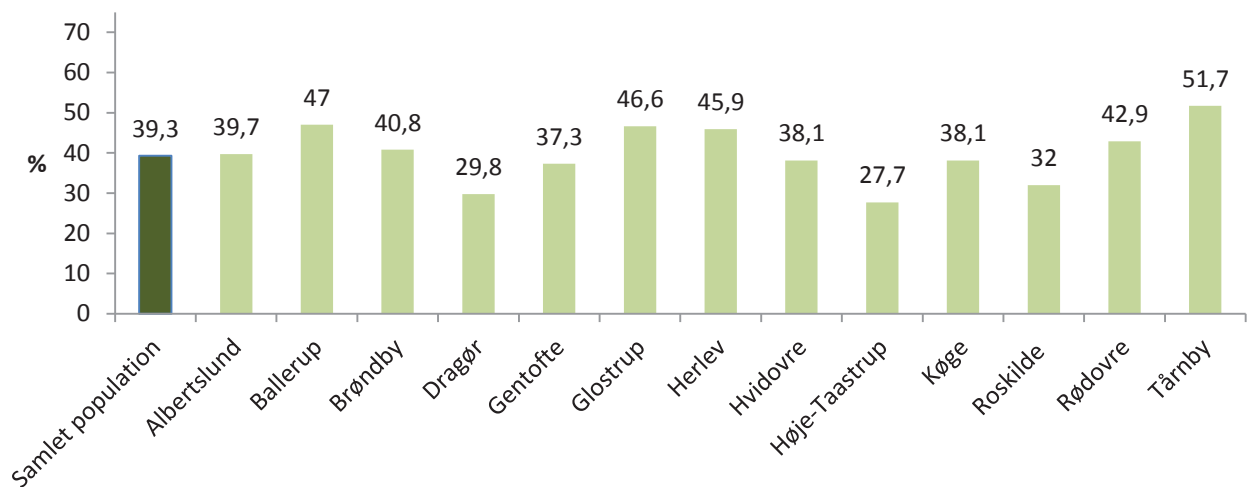
Figur 5.c. Forekomst af sygdomme og handicap hos mor of far



5.6 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 (Halken & Backer, 2005). I journalerne er det oplyst, at der er lægediagnosticeret allergi hos mor, far og/eller søskende for 39,7 % af børnene født i 2012 sammenlignet med 40,7 % af børnene født i 2011. I figuren nedenfor vises forekomsten af familiær disposition for allergi blandt børn født i 2012. Der er stor variation mellem kommunerne. Forekomsten er højest i Tårnby 51,7 % og lavest i Høje-Taastrup 27,7.

Figur 5.e. Forekomst af familiær allergisk disposition



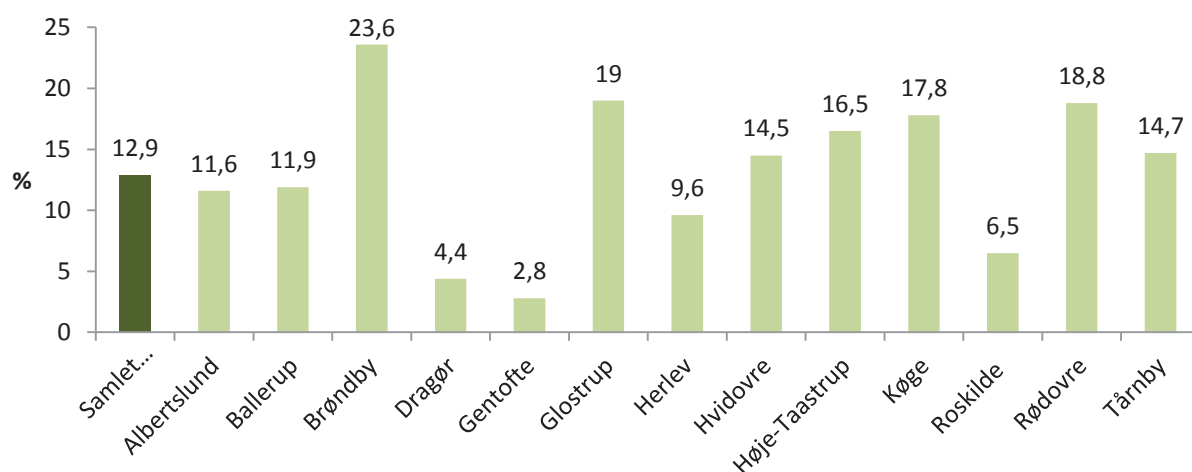
5.7 Bor sammen med en ryger

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., 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, bronkitis (Jones et al., 2011) og mellemørebetændelse (Jones et al., 2012).

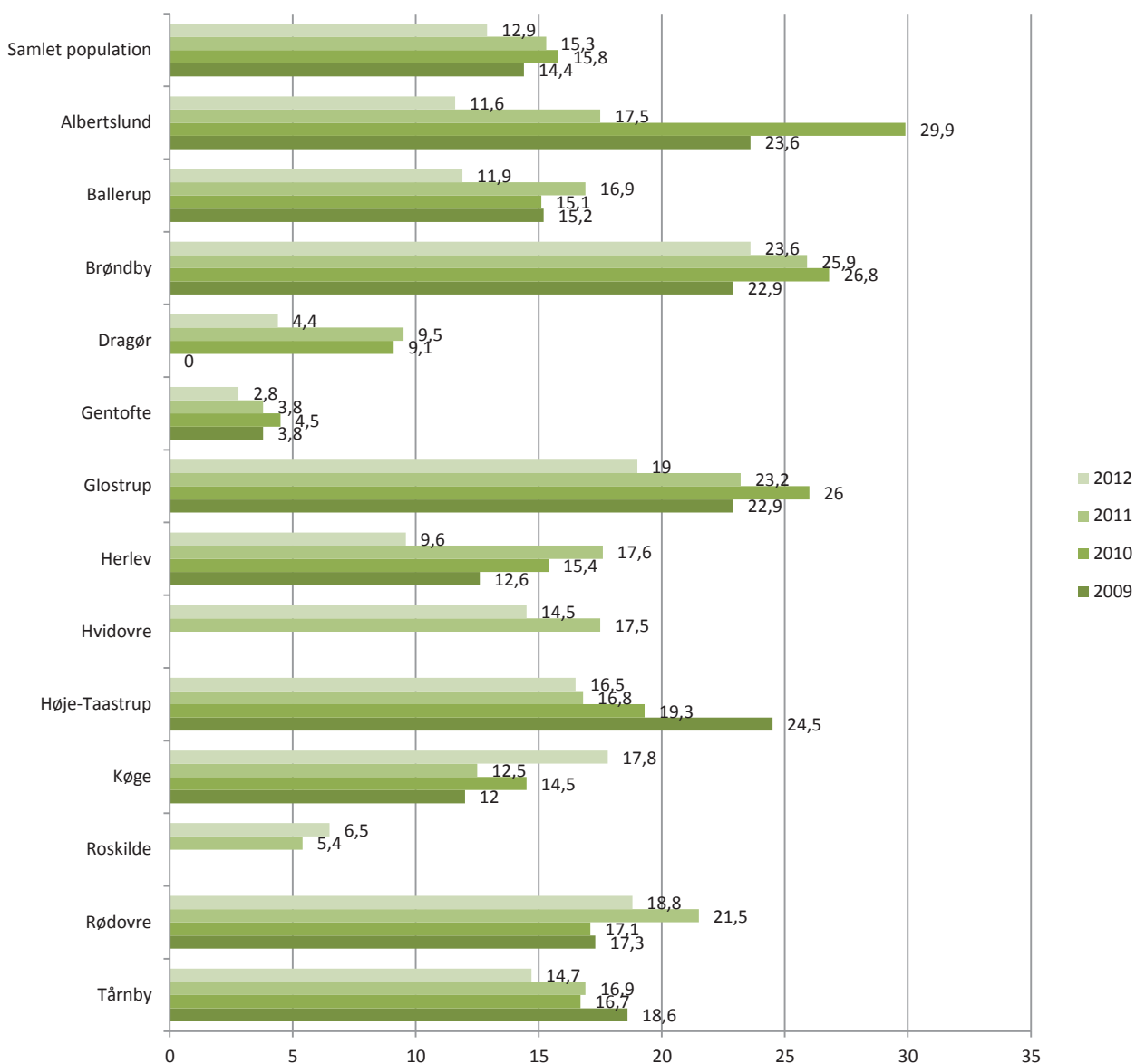
Figur 5.f viser andelen af børnene i årsberetningen, der bor sammen med en eller flere rygere.

Der er 12,9 % af børnene født i 2012, der ifølge journalen bor sammen med en ryger, hvilket er lidt lavere end forekomsten i årsberetningen om børn født i 2011, hvor 15,3 % boede sammen med en ryger. Der er stor variation kommunerne i mellem. I Brøndby er der 23 % af børnene, der bor sammen med en ryger i Dragør og Gentofte under 5 %.

Figur 5.f. Forekomst af børn der bor sammen med mindst en ryger



Figur 5.f. Udvikling i forekomst af børn der bor sammen med mindst en ryger



5.8 Nedsat omsorgsevne på grund af risikobetonet forbrug af alkohol eller andre rusmidler

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 6 børn (0,1 %), hvor moderens omsorgsevne er nedsat på grund af alkohol og/eller andet misbrug, og 20 børn (0,5 %) hvor faderens omsorgsevne er nedsat på grund af alkohol og/eller andet misbrug. Fem børn har både en mor og en far med nedsat omsorgsevne. Disse tal er stort set identiske med tallene fra 2011. På grund af den lave forekomst af registreringer er forekomsten ikke opgjort på kommune.

5.9 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. I tabel 5.f ses forekomsten af støtte i forhold til barnet fra det sociale netværk. Ifølge registreringerne i journalen, har 89,9 % af familierne støtte fra bedsteforældre, 74,5 % har støtte fra anden familie, 69,2 % har støtte fra venner og 6,9 % har støtte fra andre. Et mindretal af familierne har ikke støtte i forhold til barnet fra deres sociale netværk (1 %). Forekomsten af støtte fra forskellige dele af det sociale netværk er i god overensstemmelse med resultaterne i årsberetningen om børn født i 2011.

Tabel 5.f. Forekomst af støtte fra familiens sociale netværk

	Bedsteforældre	Anden familie	Venner	Andre	Ingen
Albertslund	88,2	72,6	55,5	4,6	1,5
Ballerup	96,8	91,0	84,9	8,5	0,2
Brøndby	89,0	83,6	73,3	4,3	0,7
Dragør	89,7	65,0	79,4	17,5	0,0
Gentofte	86,1	67,0	66,8	8,8	2,3
Glostrup	91,7	69,4	67,9	4,2	1,0
Herlev	87,1	68,4	66,9	13,3	1,1
Hvidovre	91,4	71,8	63,5	5,8	1,5
Høje-Taastrup	86,3	68,8	68,8	3,2	0,6
Køge	91,9	64,7	58,1	16,2	0,4
Roskilde	92,2	64,9	63,6	7,8	2,6
Rødovre	89,3	82,8	72,1	2,7	0,3
Tårnby	93,2	86,5	76,4	1,4	0,0
Samlet population	89,9	74,5	69,2	6,9	1,0

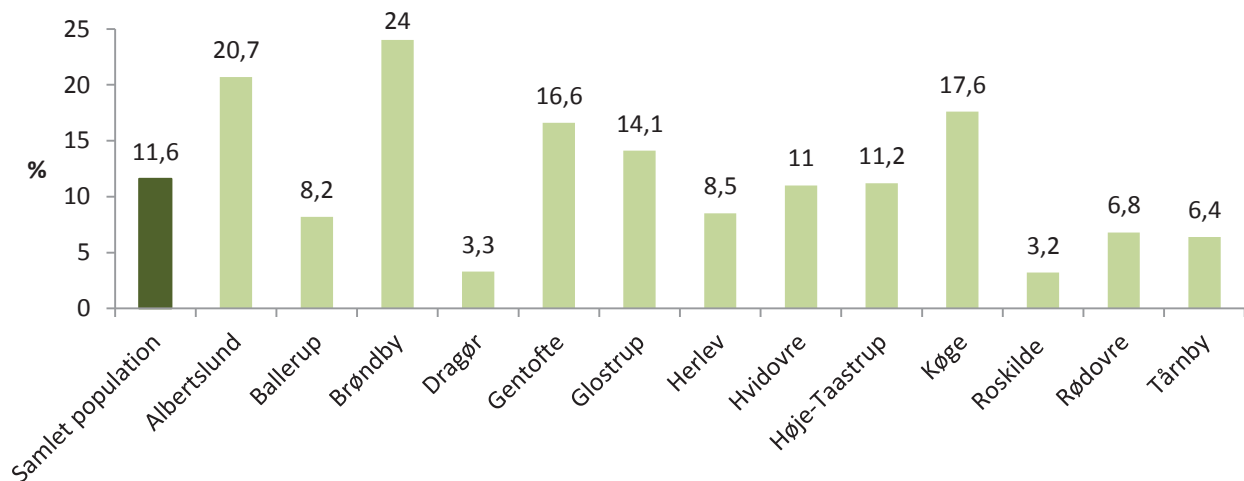
6. Indikatorer for trivsel og udvikling i barnets første leveår

6.1 Forældre-barn kontakt og samspil

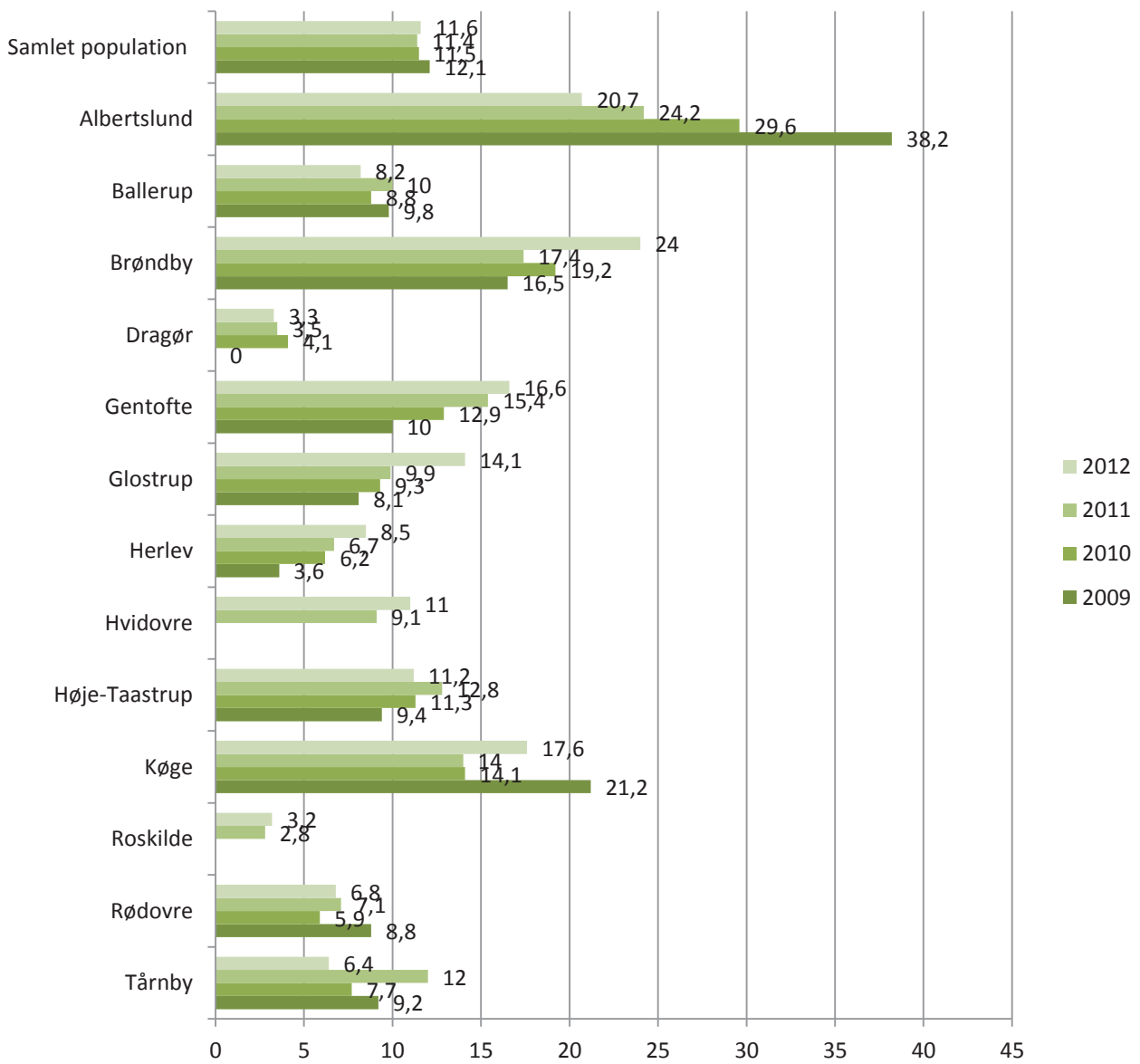
Sundhedsplejerskens bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil dækker blandt andet over bemærkninger til barnets pasning og pleje, tilpasning af aktiviteter efter barnets behov, forståelse og handling på henholdsvis barnets og søskendes signaler og følelsesmæssige behov. Nedenstående figur (6.a) viser forekomsten af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår for hele populationen og opdelt på kommune.

For den samlede population er forekomsten af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil 11,6 %, hvilket svarer til årsberetningen om børn født i 2011, 2010 og 2009 (se figur 6.b på næste side). Der er store forskelle kommunerne i mellem. Forekomsten er højest i Brøndby (24,0 %) og Albertslund (20,7), lavest i Roskilde (3,2 %) og Dragør (3,3 %).

Figur 6.a. Forekomst af mindst en bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår



Figur 6.b. Udvikling i forekomst af mindst en bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil i barnets første leveår.



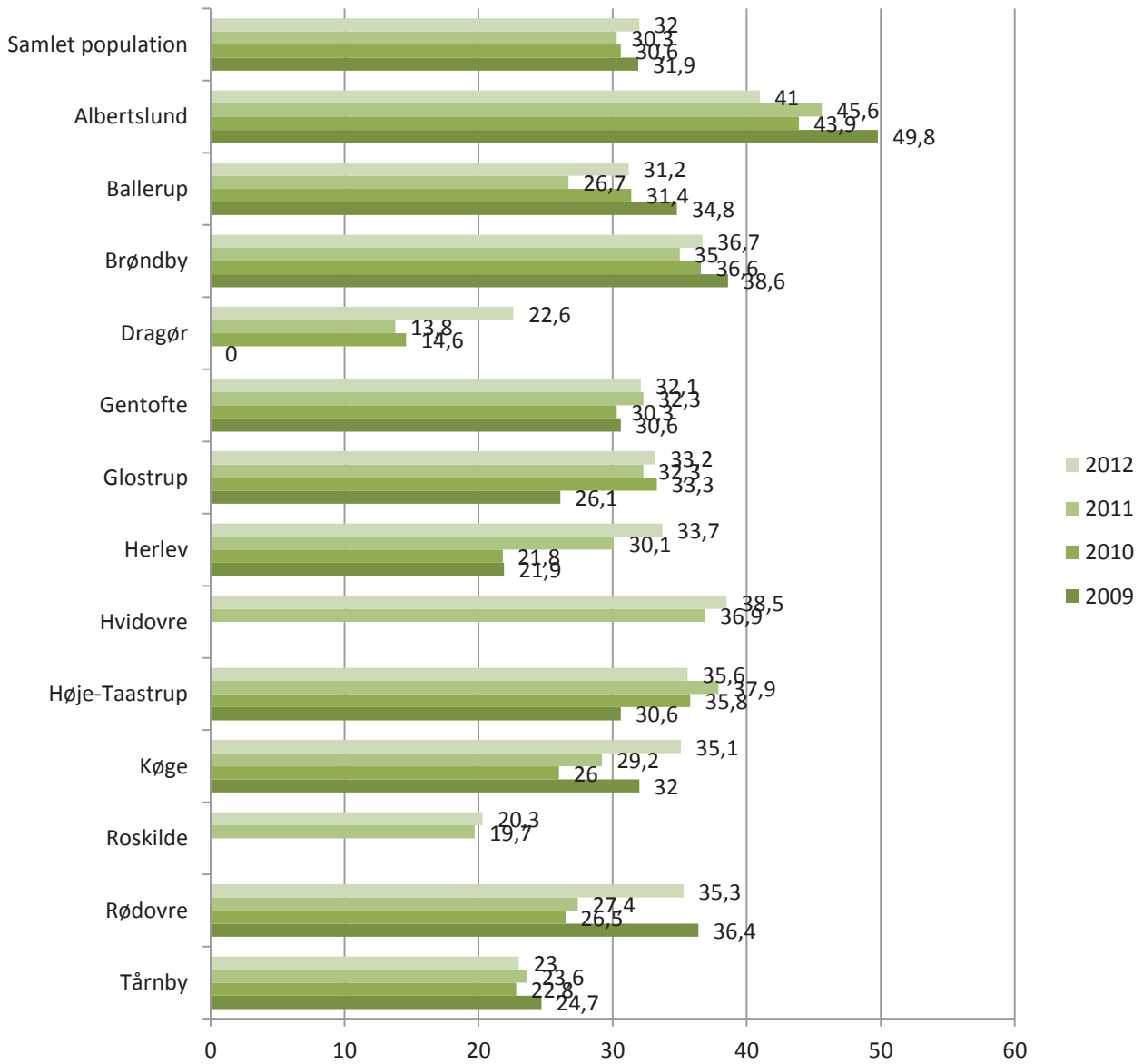
6.2 Mors psykiske tilstand

Sundhedsplejersken vurderer mors psykiske tilstand ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Det registreres i journalen, om moren er ked af det/trist, angst, søvnproblemer, 'problemløs', hvilket vil sige, at moren negligerer åbenlyse problemer eller andet. Figur 6. c viser forekomsten af bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindste et besøg i barnets første leveår. Af figuren ses, at der i en tredjedel af journalerne er rapporteret bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst et besøg. Forekomsten varierer mellem 20,3 % og 41,0 % kommunerne imellem. Figur 6.d på næste side viser at forekomsten i den samlede population har svinget mellem 30,3 % og 32,0 % de seneste fire år.

Figur 6.c. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand ved mindst et besøg i første leveår



Figur 6.d. Udviklingen i forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand ved mindst et besøg i første leveår

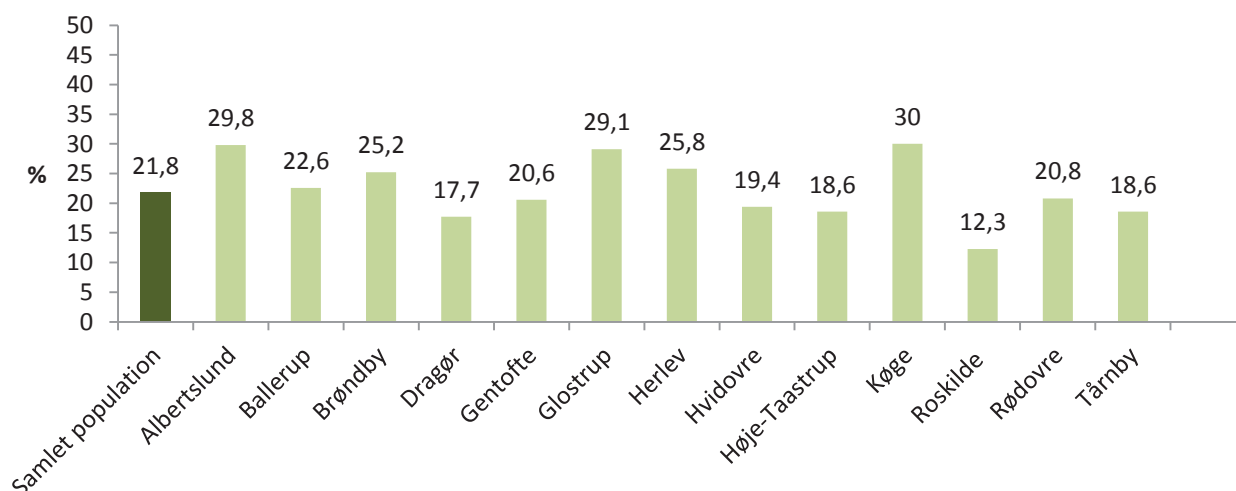


6.3 Barnets signaler, reaktioner og kommunikation

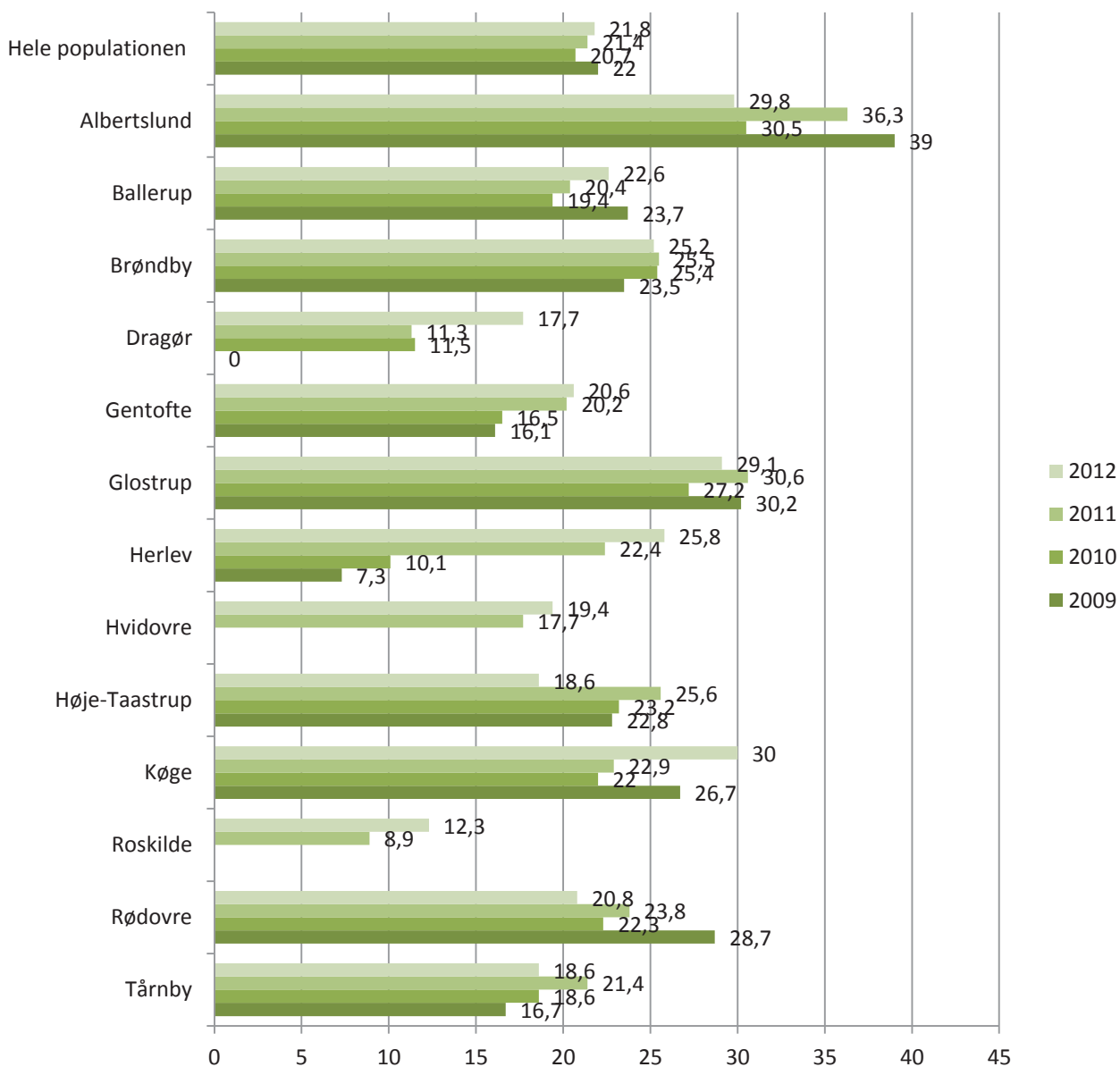
Barnets signaler, reaktioner og kommunikation kan give en indikation af, om barnet trives og udvikler sig som forventet (Skovgaard, 2010). Afvigende signaler og reaktioner kan indikere, at barnet mistrives (Gullestrup & Terp, 2008) eller det kan være tegn på, at barnet lider af en udviklingsforstyrrelse (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 6.e og 6.f viser forekomsten af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved mindst et besøg i barnets første leveår opdelt på kommune og de seneste fire år. I en femtedel af journalerne er der rapporteret bemærkning til barnets signaler og reaktioner ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår. Dette svarer til forekomsten for børn født i 2011, 2010 og 2009. Igen er der meget store forskelle kommunerne i mellem. Forekomsten er højest i Køge (30,0 %) Albertslund (29,8 %) og Glostrup (29,1 %). Den laveste forekomst ses i Roskilde hvor 12,3 % havde bemærkninger.

Figur 6.e. Forekomst af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved mindst et besøg i barnets første leveår.

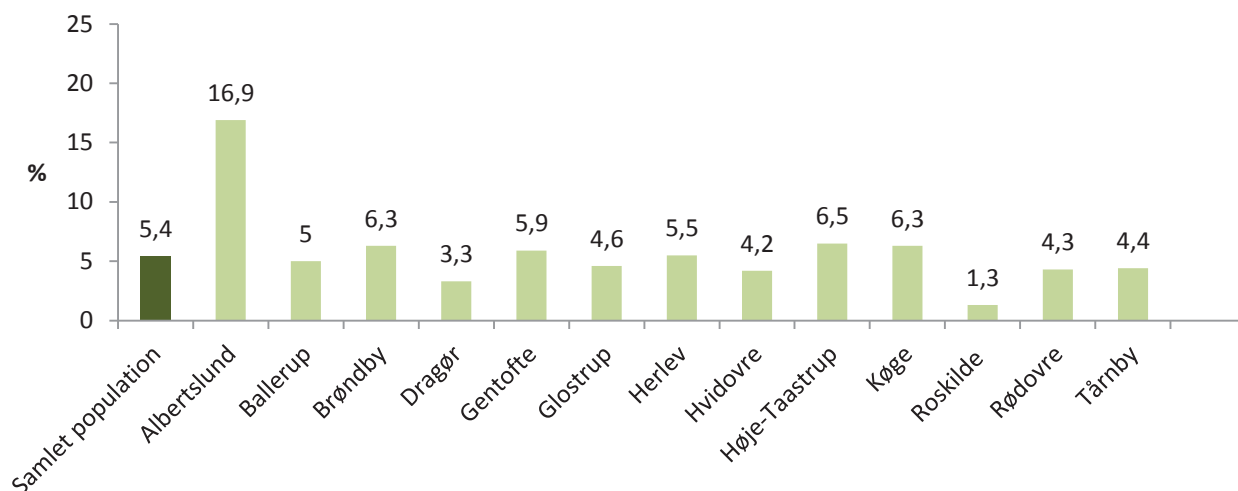


Figur 6.f. Udvikling i forekomst af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved mindst et besøg i barnets førte leveår.



Figur 6.g viser forekomsten af børn med mindst en bemærkning til barnets kommunikation ved B-, C- eller D-besøget, af figuren ses at 5,4 % af børnene født i 2012 har bemærkninger til deres kommunikation. Højest andel ses i Albertslund hvor 16,9 % af børnene har mindst en bemærkning.

Figur 6.g. Forekomst af mindst en bemærkning til barnets kommunikation ved B-, C- eller D-besøget

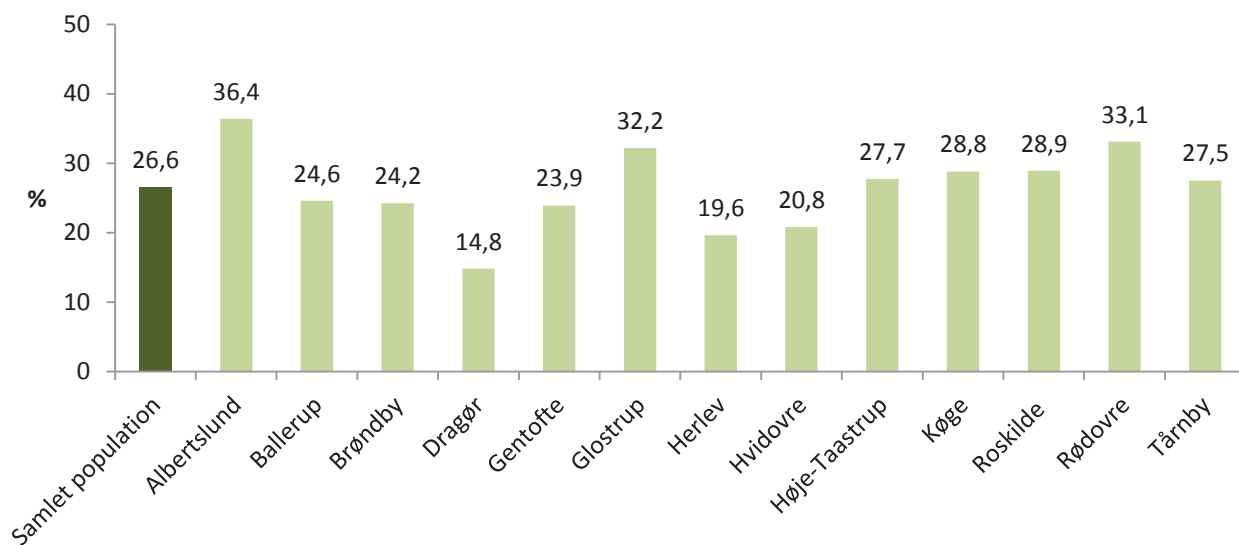


6.4 Motorik

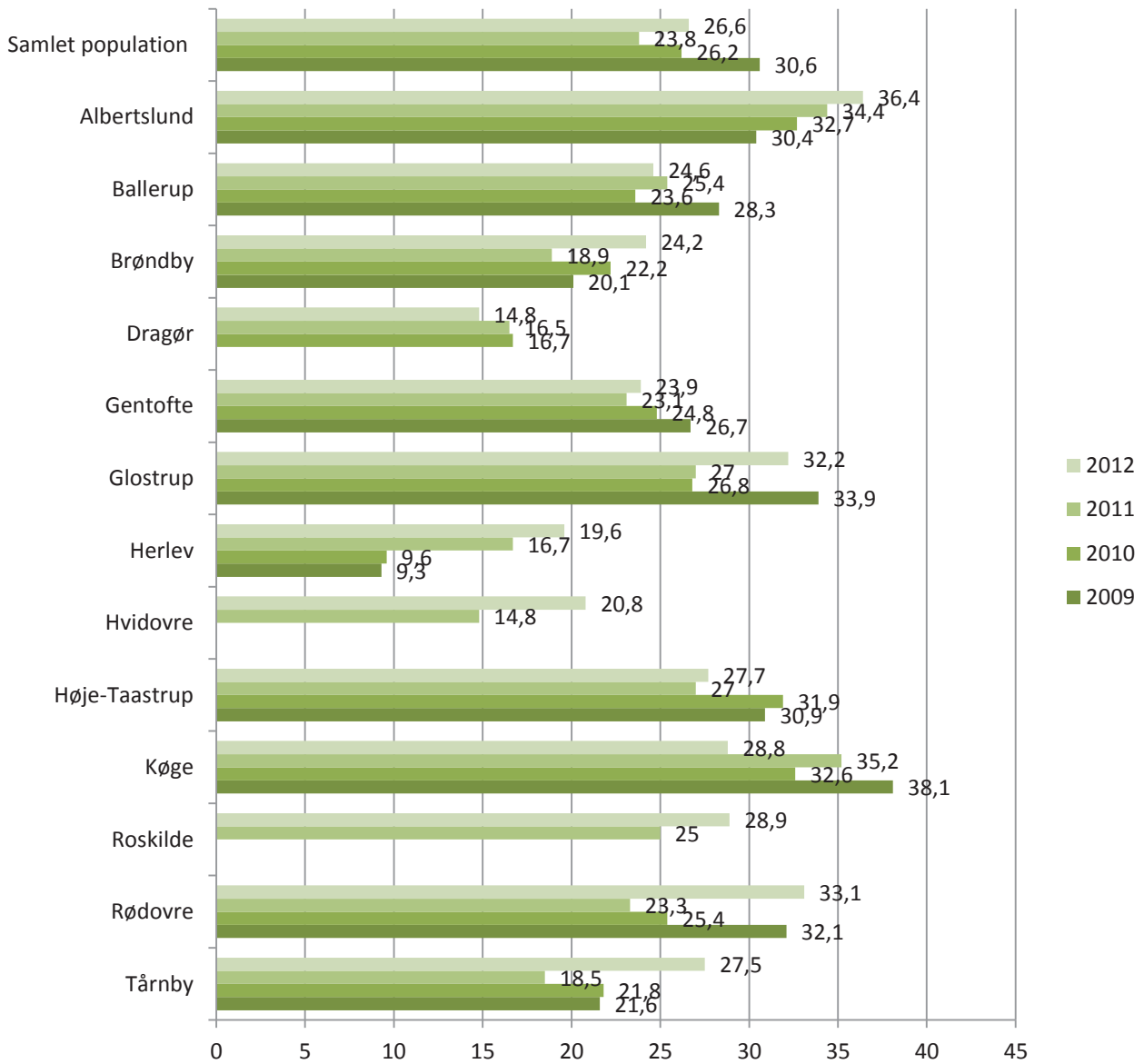
Barnets motoriske færdigheder danner grundlag for dets bevægelsesmuligheder og er derfor afgørende for barnets interaktion med omverdenen. Evnen til at bevæge sig påvirker udviklingen af andre egenskaber, herunder kognitive, følelsesmæssige og sociale færdigheder (Haywood, 2001; Payne & Isaacs, 2011; Sigmundsson & Haga, 2007). Desuden ses en øget risiko for motoriske vanskeligheder ved skolestart blandt de børn, der havde bemærkninger til motorik i otte- til 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).

Figur (6.h) viser forekomsten af bemærkninger til barnets motorik ved D-besøget. Blandt 26,6 % af børnene født i 2012 er der bemærkninger til motorik i otte- til timånedersalderen. Forekomsten er højest i Albertslund (36,4 %) og lavest i Dragør (14,8 %). En lidt lavere andel af børnene født i 2011 havde bemærkninger til motorik ved D-besøget (se figur 6.i)

Figur 6.h. Forekomst af bemærkninger til barnets motorik i otte- til timånedersalderen



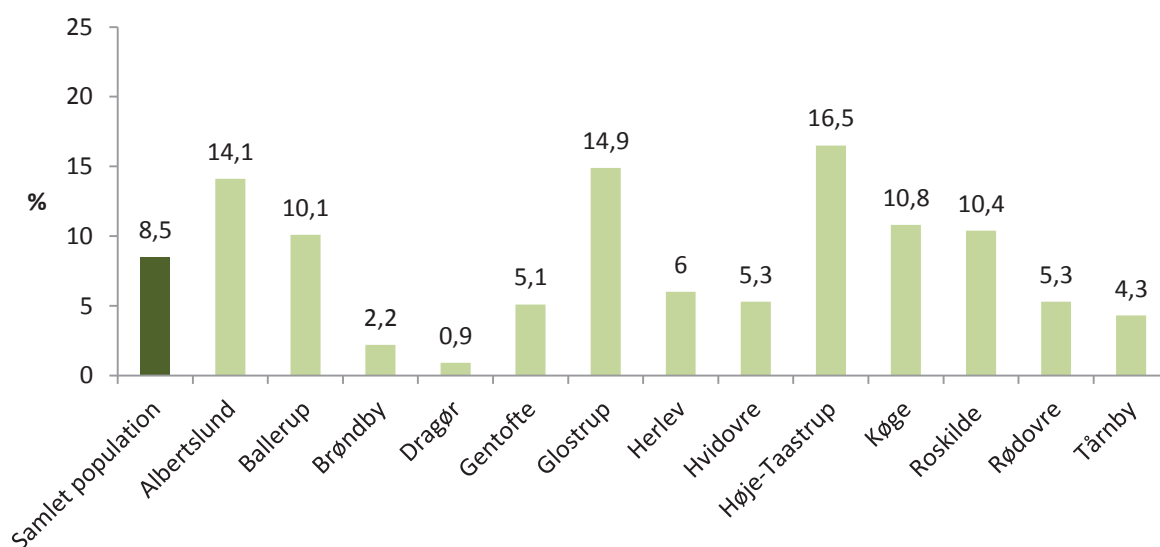
Figur 6.i. Udviklingen i forekomst af bemærkninger til barnets motorik i otte- til timånedersalderen



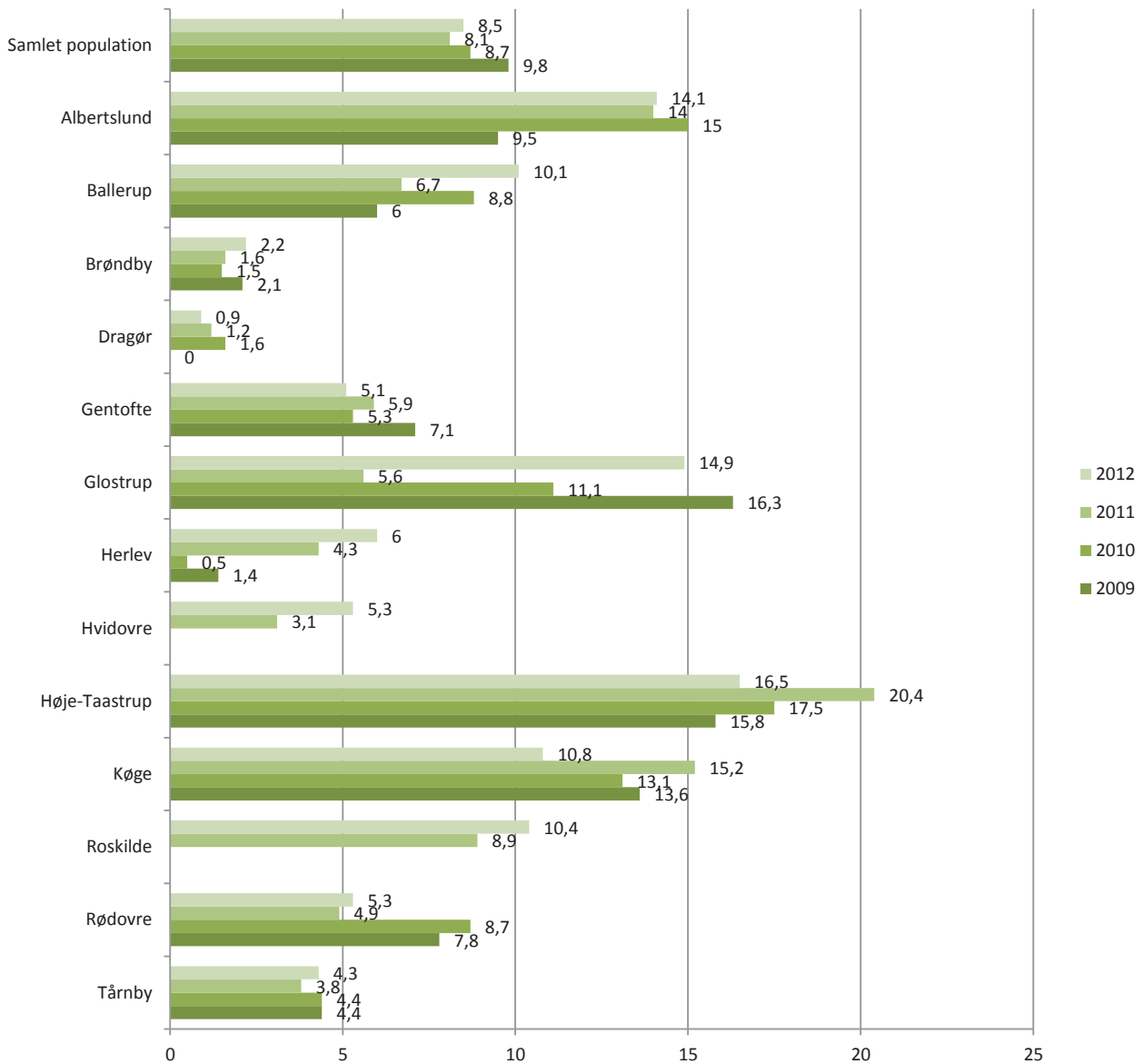
6.5 Øje/hånd-koordination

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 6.i viser forekomsten af bemærkninger til øje/hånd-koordination ved D-besøget. Andelen af børn med bemærkninger til øje-hånd-koordination udgør i denne årsberetning 8,5 %, hvoraf forekomsten er højest i Høje-Taastrup (16,5 %) og lavest i Dragør (0,9 %). Forekomsten i den samlede population svarer til forekomsten i årsberetningen om børn født i 2011 og 2010.

Figur 6.i. Forekomst af bemærkninger til barnets øje/hånd-koordination i otte- til timånedersalderen



Figur 6.k. Udviklingen i forekomst af bemærkninger til barnets øje/hånd-koordination i otte- til timånedersalderen



6.6 Fuld amning ved fire måneder

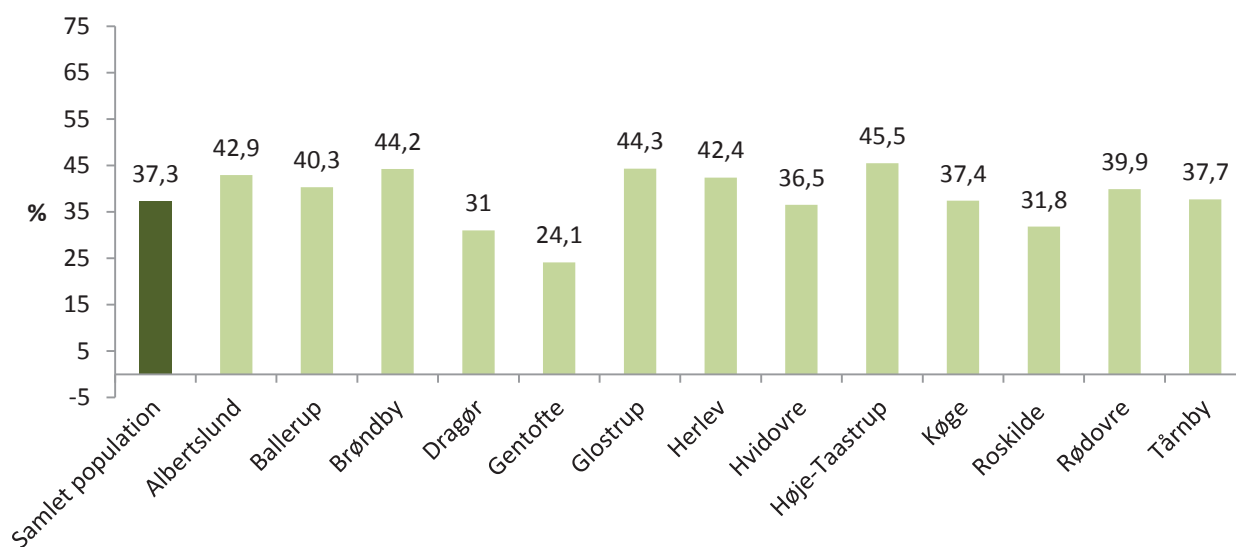
Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn ammes fuldt de første seks måneder af deres liv (Nilsson et al., 2009). Sundhedsstyrelsens definerer fuld amning som, at barnet ernæres udelukkende af modermælk efter udskrivelsen fra hospitalet og til barnet er 4 måneder. Dette kan suppleres med vand eller lignende 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).

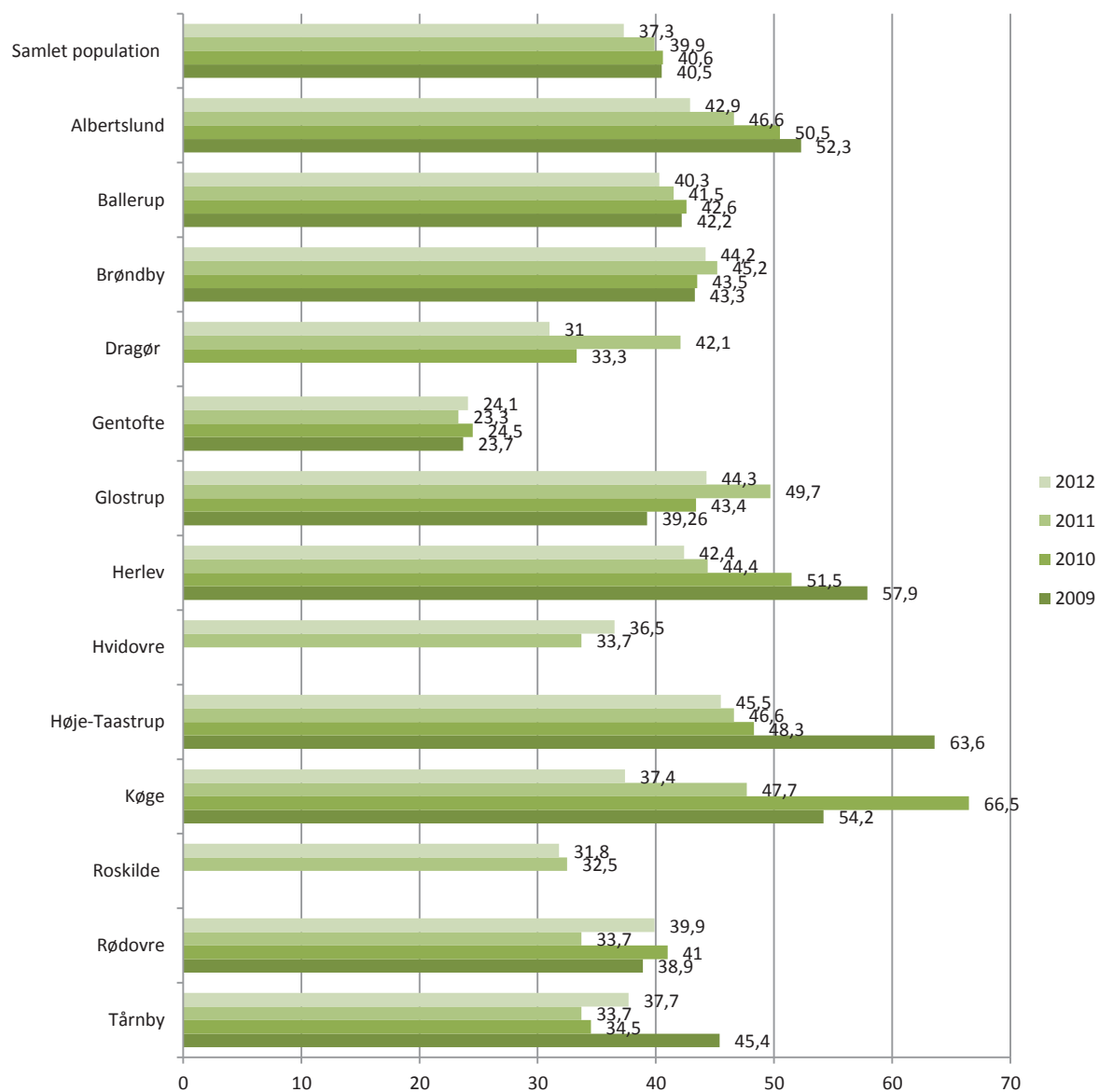
Blandt børnene i årsberetningen, blev 37,3 % ikke ammet fuldt i mindst fire måneder, hvilket vil sige, at 62,7 % af børnene *blev* ammet fuldt i fire måneder. Den største andel af børn der ikke er ammet fuldt ses i Høje-Taastrup, hvor 45,5 % ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder. I den modsatte ende afviger Gentofte, betydeligt fra gennemsnittet, idet kun 24,1 % ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder.

For den samlede population har andelen af børn, der ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder ligget forholdsvis stabil de seneste fire år på ca. 40 % (se figur 6.m).

Figur 6.1. Forekomst af børn, der *ikke* er ammet fuldt i mindst fire måneder



Figur 6.m. Udvikling i forekomsten af børn, der *ikke* er ammet fuldt i mindst fire måneder



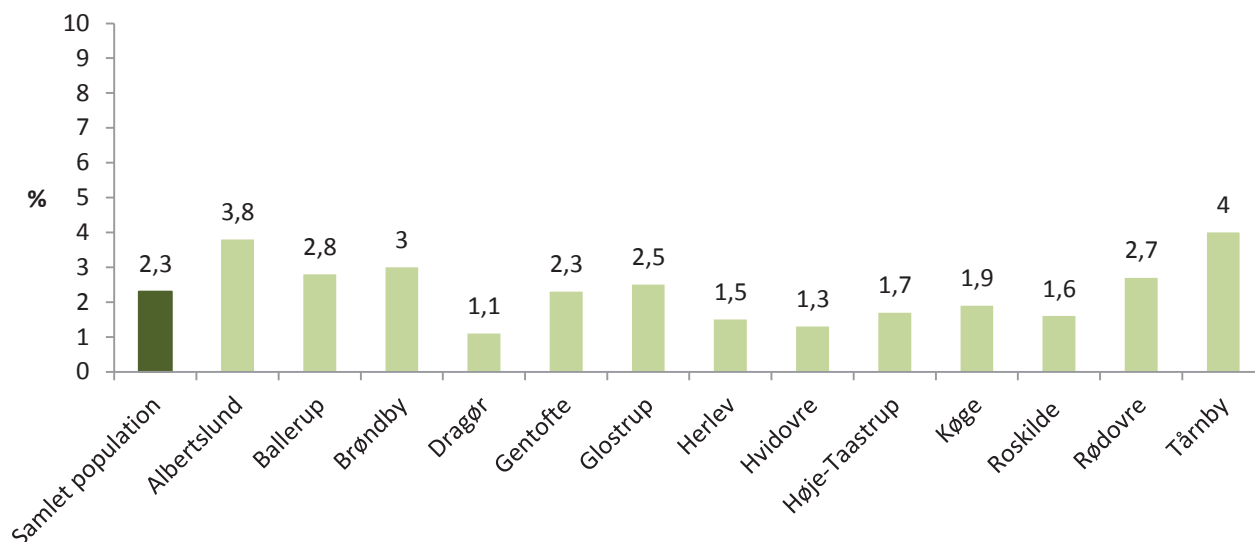
6.7 Vægt og længde

Ifølge WHO er overvægt og svær overvægt defineret som unormal eller overdreven fedtophobning, 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 (Svendsen et al., 2013).

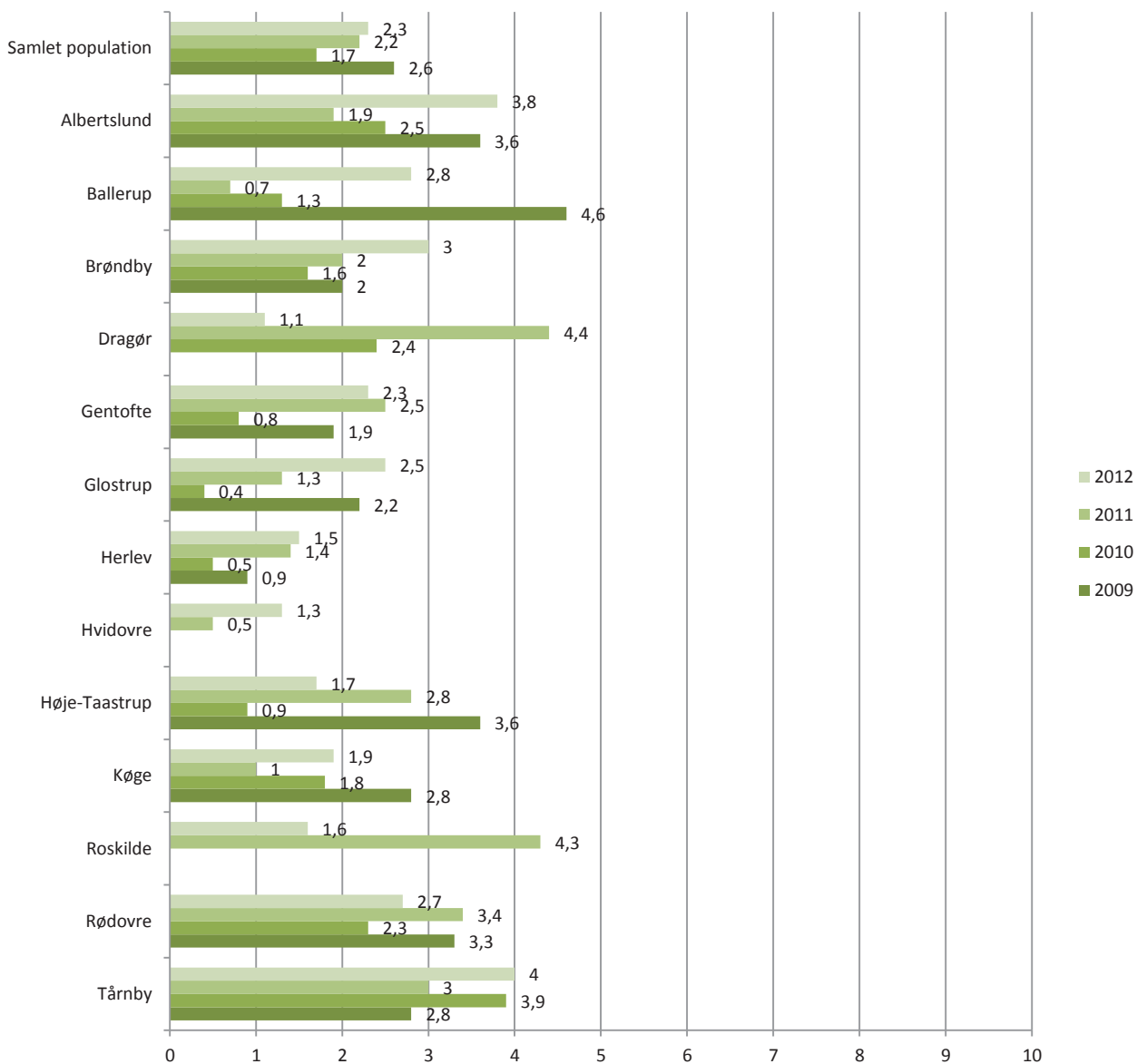
Sundhedsplejersken registrerer barnets længde og vægt i journalen ved besøg i løbet af barnets første leveår. Figurerne 6.n og 6.o viser forekomsten af børn med en vægt henholdsvis under 3 % percentilen og over 97 % percentilen i otte til timånedersalderen (D-besøget) i forhold til danske højde/vægt-kurver.

Af figur 5.7 ses det, at 2,3 % af børnene født i 2012 har en vægt under 3 % percentilen, hvilket er lavere end de forventede 3 %. Der ses en lille variation kommunerne i mellem. I Tårnby har 4 % af børnene en vægt på under 3 % percentilen, i Dragør har 1,1 % en vægt under 3 % percentilen.

Figur 6.n. Forekomst af børn med vægt under 3 % percentilen i otte- til timånedersalderen

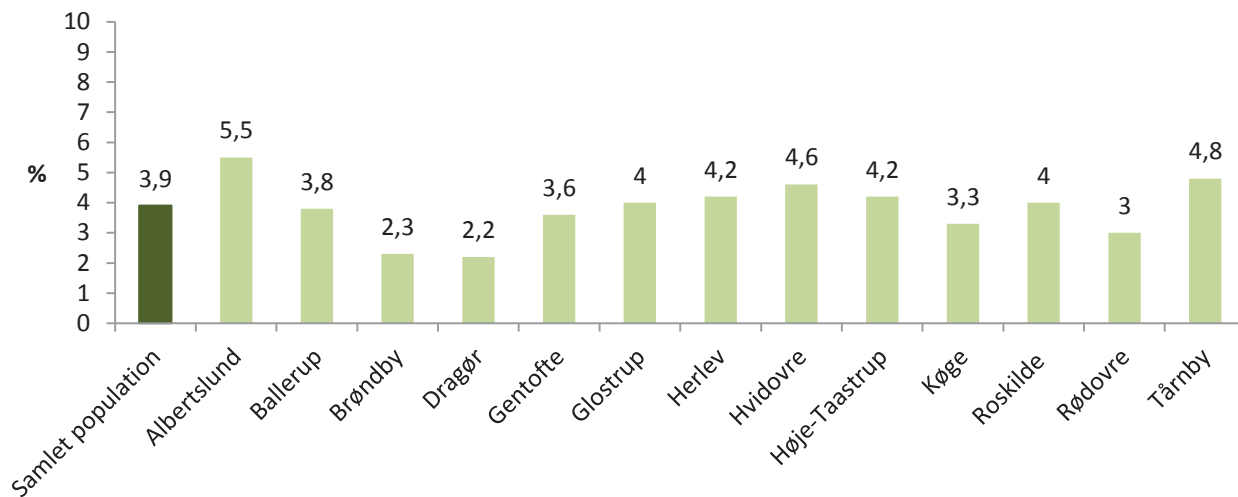


Figur 6.o. Udviklingen i forekomst af børn med vægt under 3 % percentilen i otte- til timånedersalderen



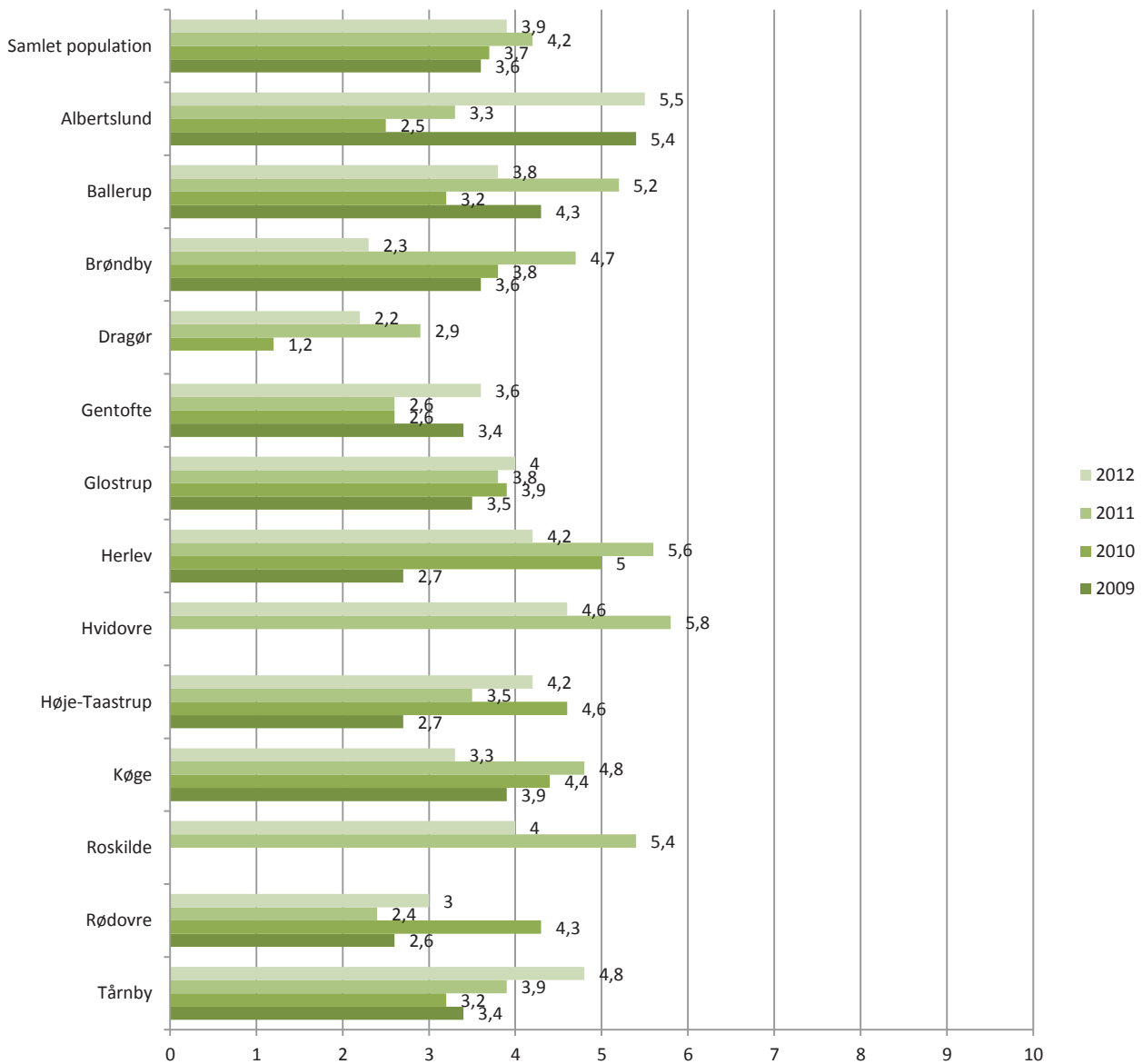
Figur 6.p viser forekomsten af børn i 8-10 måneders alderen med en vægt over 97 % percentilen født i 2012. I den samlede population har 3,9 % en vægt over 97 % percentilen. Forekomsten varierer fra 5,5 % i Albertslund til 2,2 % i Dragør.

Figur 6.p. Forekomst af børn med vægt over 97 % percentilen i otte- til timånedersalderen



Figur 6.q viser forekomsten af børn med en vægt over 97 % percentilen for børn født i perioden 2009-2012 for den samlede populationen og de enkelte kommuner. Af figuren ses at forekomsten for børn født i 2012 svarer til forekomsten i seneste år.

Figur 6.o. Udviklingen i forekomst af børn med vægt over 97 % percentilen i otte- til timånedersalderen

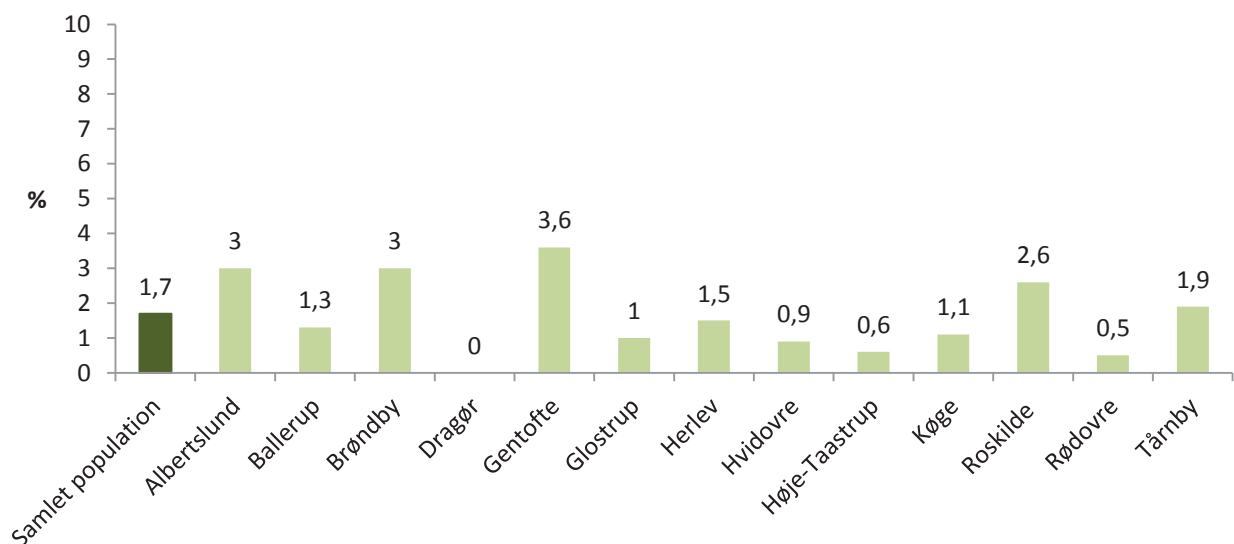


I figurerne nedenfor (6.r og 6.s) ses forekomsten af børn med en længde henholdsvis under 3 % percentilen og over 97 % percentilen ved D-besøget. I figur 6.r ses det, at 3 % af børnene i den samlede population har en længde under 3 % percentilen. Af figur 6.s ses, at 1,7 % i den samlede population har en længde over 97 % percentilen.

Figur 6.r. Forekomst af børn med længde under 3 % percentilen i otte- til timånedersalderen



Figur 6.s. Forekomst af børn med længde over 97 % percentilen i otte- til timånedersalderen



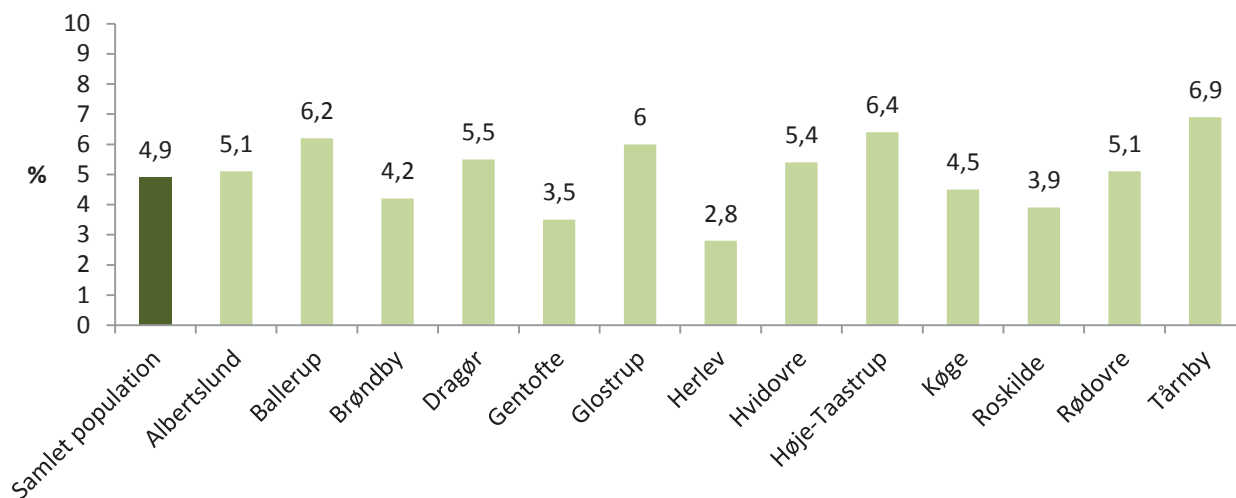
I tabel 6.a ses fordelingen af børn født i 2012 i forhold til WHO's definitioner af undervægt, normalvægt og overvægt. Af tabel 6.a ses, at 2,4 % af børnene i årsberetningen, ud fra WHO's definitioner af vægtstatus, er undervægtige, 74,8 % er normalvægtige, 17,9 % er i risiko for overvægt, 4,2 % er overvægtige og 0,7 % er svært overvægtige.

Tabel 6.a. Procentfordeling af børn efter WHO's definition af vægtstatus i seks- til timånedersalderen

	Samlet		Dreng		Piger	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Undervægtig	120	2,4	81	3,1	39	1,6
Normalvægtig	3.805	74,8	1915	73,1	1890	76,6
I risiko for overvægt	909	17,9	484	18,5	425	17,2
Overvægtig	215	4,2	119	4,5	96	3,9
Svært overvægtig	36	0,7	20	0,8	16	0,7

I figur 6.t ses forekomsten af overvægt/svær overvægt i de enkelte kommuner. Forekomsten varierer fra 2,8 % i Herlev til 6,9 % i Tårnby Kommune.

Figur 6.t. Forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks til timånedersalderen efter WHO's definitioner af vægtstatus



7. Børn indskolingsundersøgt i 2013-2014

7.1 Indskolingsundersøgelsen

Formålet med denne del af årsberetningen er, at give et statusbillede af de børn, der blev indskolingsundersøgt i skoleåret 2013/14 i en af de tretten kommuner, der aktuelt indgår i Databasen Børns Sundhed.

Indskolingsundersøgelsen har til formål at vurdere barnets helbred, trivsel og sundhedsmæssige skoleparathed, samt at vejlede om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart. Ved indskolingsundersøgelsen skal blandt andet undersøgelse af syn, hørelse, vægt, højde, motorik, sprog, søvn og sociale relationer indgå. Der skal endvidere spørges ind til barnets generelle udvikling, vaccinationsstatus samt eventuelle kroniske sygdomme hos barnet eller i den nærmeste familie (Sundhedsstyrelsen, 2011).

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 skoleregi. Dette betyder, at data fra indskolingsundersøgelserne kan give et billede af sundheden, som er dækkende for børnene i de deltagende kommuner.

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 indskolingsundersøgelserne, dog med undtagelse af Herlev Kommune, hvor kommunallægen er involveret i undersøgelserne.

7.2 Datagrundlag indskolingsbørn

Alle tretten kommuner har indsendt data via udtræk fra elektroniske sundhedsplejerskejournaler. Det samlede antal indskolingsbørn i rapporten er 6.536. Børn med ugyldigt cpr-nummer, børn uden information i de indsendte journaler og børn indskolingsundersøgt før eller efter skoleåret 2013/14 indgår ikke i rapporten. Gennemsnitsalderen ved indskolingsundersøgelsen for de børn, der indgår i rapporten, er 6,6 år (alderen varierer mellem 4,6 og 9,0 år). For børn, der boede i en af databasekommunerne i deres første leveår, indgår også stamdata fra spædbørnsbesøgene, hvor det er relevant. 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.

For nogle af kommunerne er der oplysninger for størstedelen af børnene fra barnets første leveår. Det gælder fx Brøndby med 315 børn i første kolonne og 252 børn i anden kolonne. Det viser, at de fleste indskolingsbørn i Brøndby Kommune har boet i kommunen siden deres første leveår. I andre kommuner er der stor forskel på antal børn i første og anden kolonne. Det gælder fx Gentofte med 1.066 børn i første kolonne og 582 børn i anden kolonne. Forskellen mellem de to tal kan blandt andet forklares ved,

at Gentofte har mange privatskoler hvor eleverne er bosat i anden kommune. Der er også stor forskel mellem første og anden kolonne i Roskilde. Årsagen til denne store forskel er imidlertid, at Roskilde først har tilmeldt sig Databasen Børns Sundhed i 2011. Der findes altså ikke data om disse børn fra første leveår undtagen for 47 børn, som må have boet i en af de andre databasekommuner i deres første leveår.

Tabel 7.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	309	230
Ballerup	533	364
Brøndby	315	254
Dragør	185	122
Gentofte	1.066	582
Glostrup	210	148
Herlev	253	172
Hvidovre	571	337
Høje-Taastrup	531	416
Køge	676	528
Roskilde	988	47
Rødovre	360	249
Tårnby	539	388
Hele populationen	6.536	3.837

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.

7.3 Faktorer i hjemmet og familien

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 årsberetningerne om børn indskolingsundersøgt i, 2010/11, 2011/12 og 2012/2013.

7.3.1 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 16,1 % af mødrene uden aktuel erhvervstilknytning, mens det samme gælder for 5,4 % af fædrene. Blandt børn indskolet i skoleårene 2012/13, var en tilsvarende andel af forældrene uden arbejde. For 68,0 % mødrene og 53,6 % af fædrene er erhvervstilknytning registreret i barnets journal.

Tabel 7.b Forekomst af forældre uden actual erhvervstilknytning

	Mor		Far	
	Antal	%	Antal	%
Albertslund	54	20,7	15	6,2
Ballerup	68	18,7	19	5,5
Brøndby	64	29,4	21	11,2
Dragør	12	7,4	3	1,9
Gentofte	54	9,8	10	1,9
Glostrup	20	15,5	7	5,6
Herlev	38	21,8	12	7,6
Hvidovre	53	17,6	23	8
Høje-Taastrup	101	24,8	35	9,5
Køge	47	12,9	11	5,0
Roskilde	19	6,4	9	3,0
Rødovre	42	17,8	16	5,0
Tårnby	39	12,1	8	3,0
Hele populationen	611	16,1	189	5,4

7.3.2 Etnisk baggrund

Tabel 7.c viser forældrenes etniske baggrund for de børn, hvor vi har information om det første leveår. I den samlede population har 89,0 % af børnene en mor med dansk baggrund, og 90,8 % en far med dansk baggrund. Ifølge spædbarnsjournalerne er 8,2 % af mødrene førstegenerationsindvandrere og 2,9 % er anden- eller tredjegenerationsindvandrere. Blandt fædrene er 6,9 % førstegenerationsindvandrere og 2,3 % anden- eller tredjegenerationsindvandrere. For 58,7 % af forældrene er deres etniske baggrund registeret i journalen.

Tabel 7.c Fordelingen af børn efter forældrenes etniske baggrund

	Mor			Far		
	Dansk baggrund	Første-generations-indvandrer	Anden/tredje generations-indvandrer	Dansk baggrund	Første-generations-indvandrer	Anden/tredje generations-indvandrer
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Albertslund	78,7	15,2	6,1	82,8	11	6,1
Ballerup	89,3	7,4	3,3	91,2	5,8	3,0
Brøndby	74,7	18,2	7,1	79,5	15,4	5,1
Dragør	98,4	1,6	0,0	100	0,0	0
Gentofte	94,7	5	0,3	96,2	3,6	0,2
Glostrup	92,6	7,4	0,0	96	3,4	0,7
Herlev	83,1	12,2	4,7	85,5	9,9	4,7
Hvidovre	88,1	7,4	4,5	88,1	10,1	1,8
Høje-Taastrup	81,0	11,8	7,2	82,7	12,3	5,1
Køge	95,8	3,4	0,8	97	2,1	1,0
Roskilde	93,6	6,4	0,0	91,5	4,3	4,3
Rødovre	88,4	9,6	2,0	88,8	9,6	1,6
Tårnby	93,3	5,9	0,8	95,6	3,6	0,8
Hele populationen	89	8,2	2,9	90,8	6,9	2,3

7.3.3 Familietype

Tabel 2.d viser fordelingen af børn efter familietype, defineret ved, hvem barnet bor hos. Størstedelen (80,7 %) af de indskolede børn bor samme med begge forældre, mens 8,5 % bor på skift hos mor og far. Andelen af børn, der udelukkende bor med deres mor eller far, udgør 10,8 %, hvoraf størstedelen bor hos deres mor. Fordelingen af børn efter familietype er i overensstemmelse med børn indskolet de seneste tre år. For 92,2 % af børnene er familietype registreret i journalen.

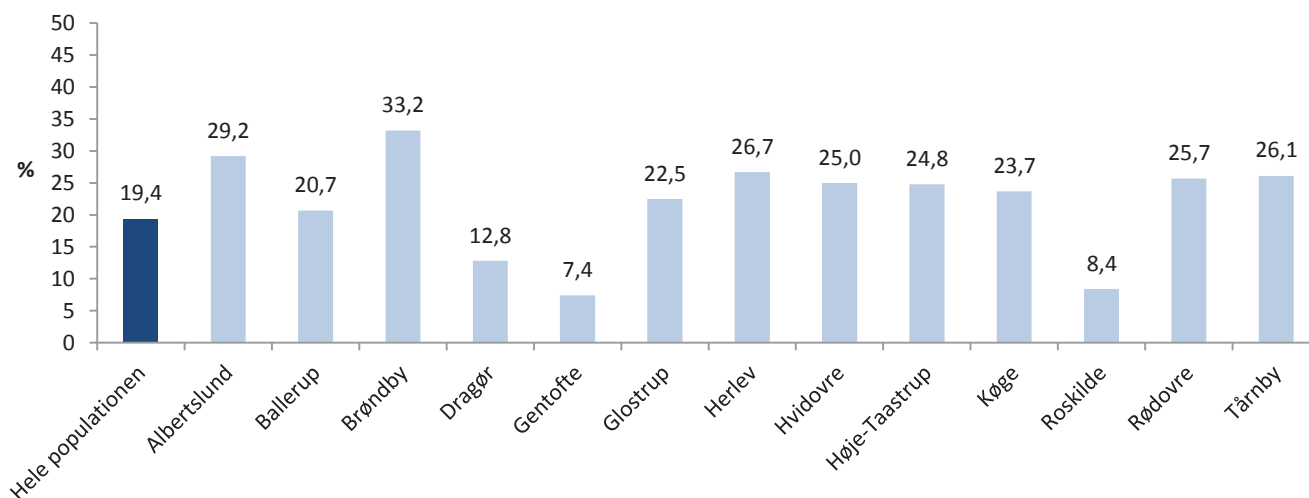
Tabel 7.d Familietype defineret ved, hvem barnet bor hos

	Bor med både mor og far		Bor hos mor og far på skift		Bor med den ene forælder	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Albertslund	239	81,6	23	7,9	31	10,6
Ballerup	397	77,8	42	8,2	71	13,9
Brøndby	218	75,7	35	12,2	35	12,2
Dragør	152	84,9	12	6,7	15	8,4
Gentofte	876	85,6	37	3,6	111	10,8
Glostrup	151	75,5	25	12,5	24	12,0
Herlev	166	76,9	23	10,7	27	12,5
Hvidovre	427	78,9	51	9,4	63	11,7
Høje-Taastrup	347	80,1	55	12,7	31	7,2
Køge	495	78,8	65	10,4	68	10,8
Roskilde	723	82,0	70	7,9	89	10,1
Rødovre	268	80,0	29	8,7	38	11,3
Tårnby	402	80,7	48	9,6	48	9,6
Hele populationen	4.861	80,7	515	8,5	651	10,8

7.3.4 Rygning i hjemmet

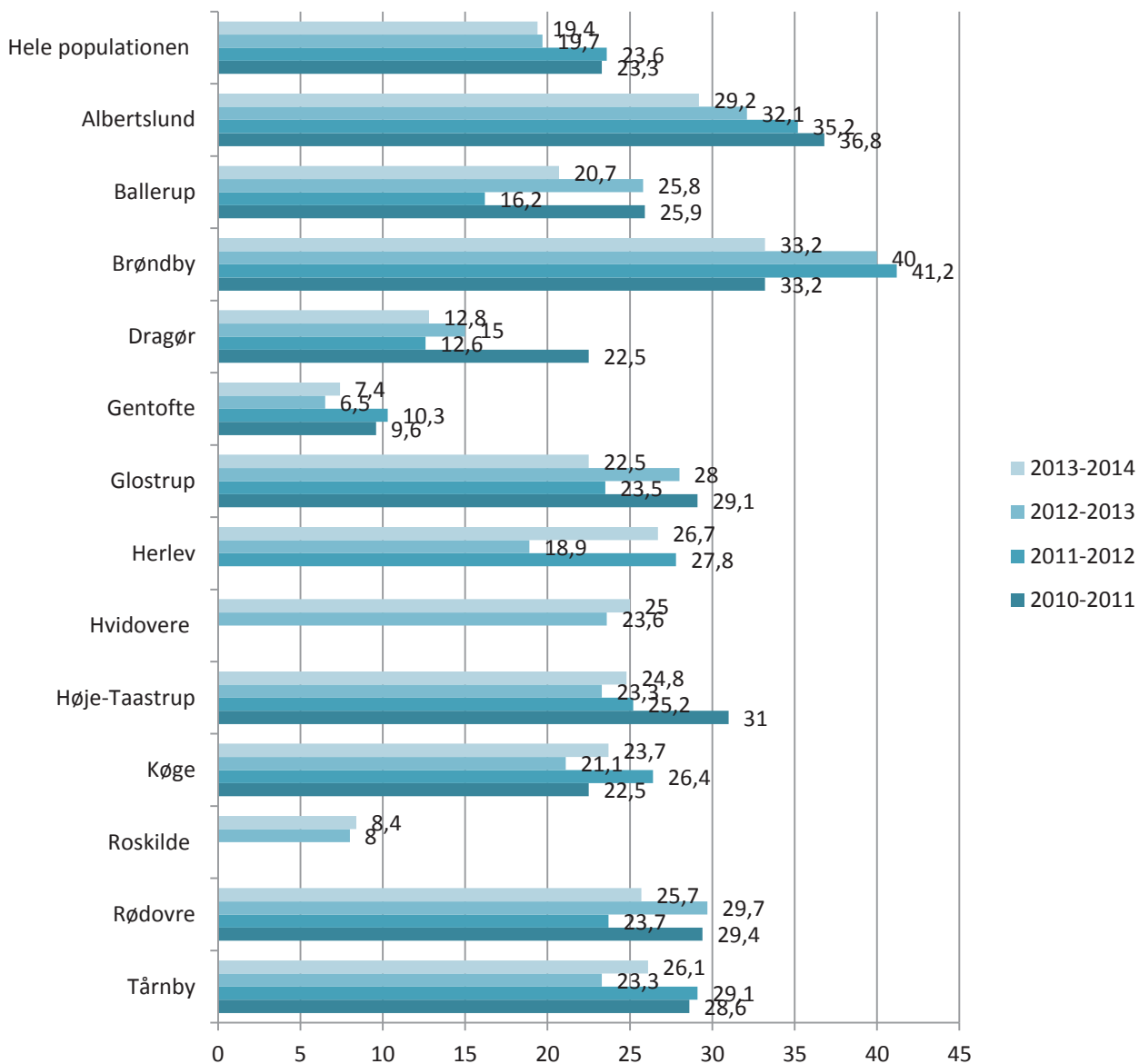
Ved indskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet bor sammen med personer, der ryger. Der er 19,4 % af børnene, der bor sammen med mindst én ryger (figur 7.a). I 91,6 % af journalerne er der information om, hvorvidt børnene bor sammen med personer, der ryger.

Figur 7.a Forekomst af børn, der bor sammen med personer, der ryger



Der er sket et fald i andelen af indskolingsbørn, der bor sammen med mindst én ryger siden 2010/2011, hvor andelen var 23,3 %.

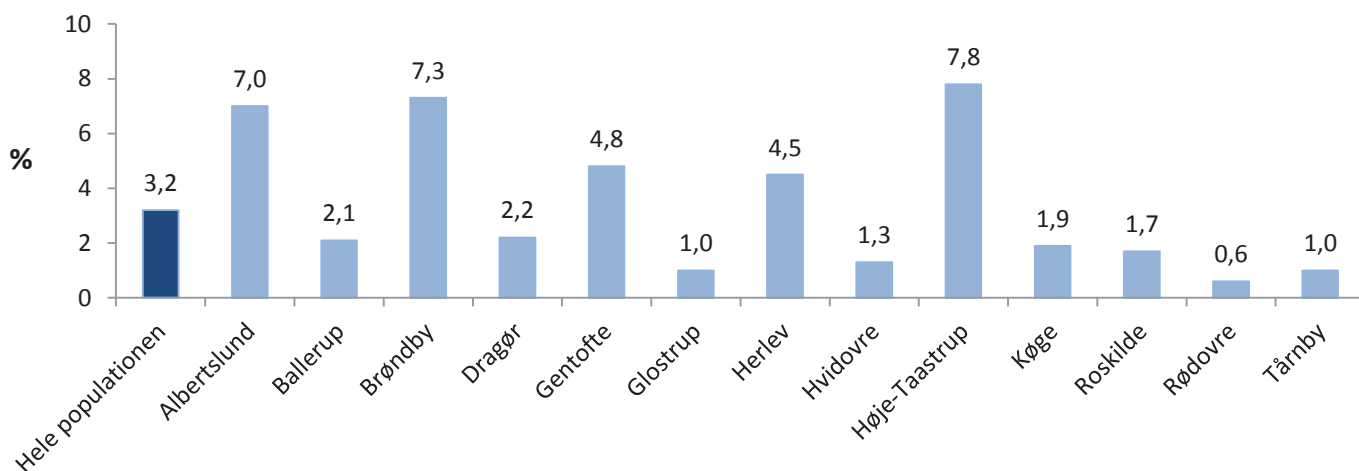
Figur 7.b Udviklingen i forekomst af børn, der bor sammen med mindst én ryger opgjort på kommune og år.



7.3.5 Fritidsordning

Sundhedsplejersken registrerer i journalen, hvorvidt barnet går i fritidsordning. Af figur 7.c ses, at 3,2 % af børnene ikke går i fritidsordning. Andelen af børn, der ikke går i fritidsordning, varierer mellem kommunerne fra 0,6 % i Rødovre Kommune til 7,8 % i Høje-Taastrup Kommune. I årsberetningen om børn indskolet i 2012/13, gik 3,7 % af børnene ikke i fritidsordning. For 93,2 % af børnene er der registreret i journalen, om barnet går i fritidsordning.

Figur 7.c Forekomsten af børn, der ikke går i fritidsordning

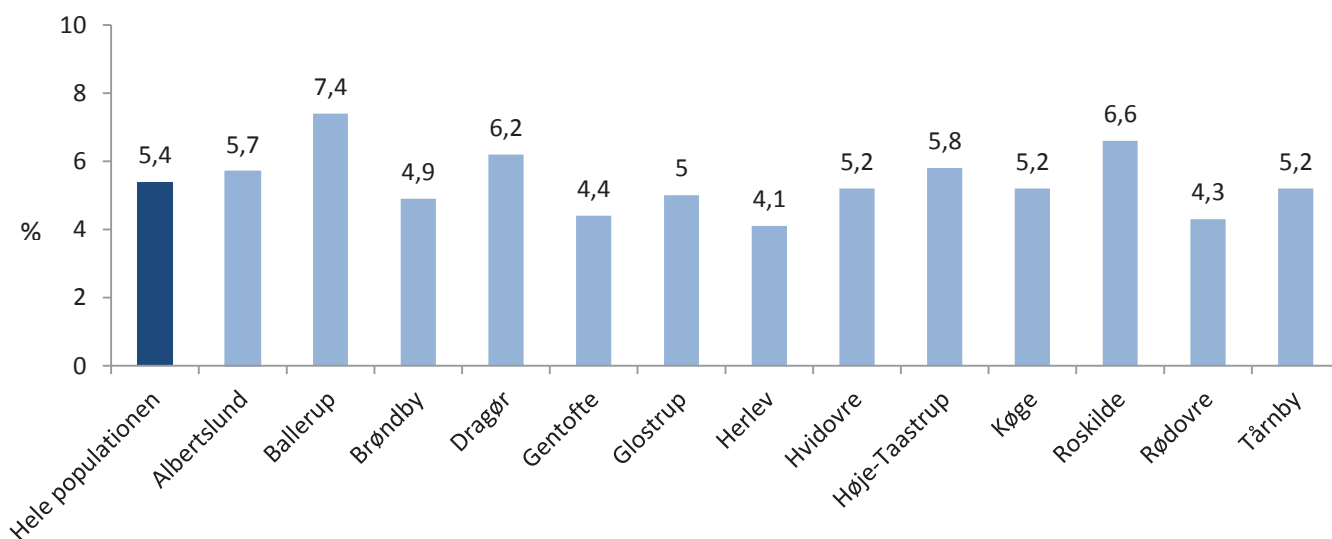


7.4 Sygdomme og medicinforbrug

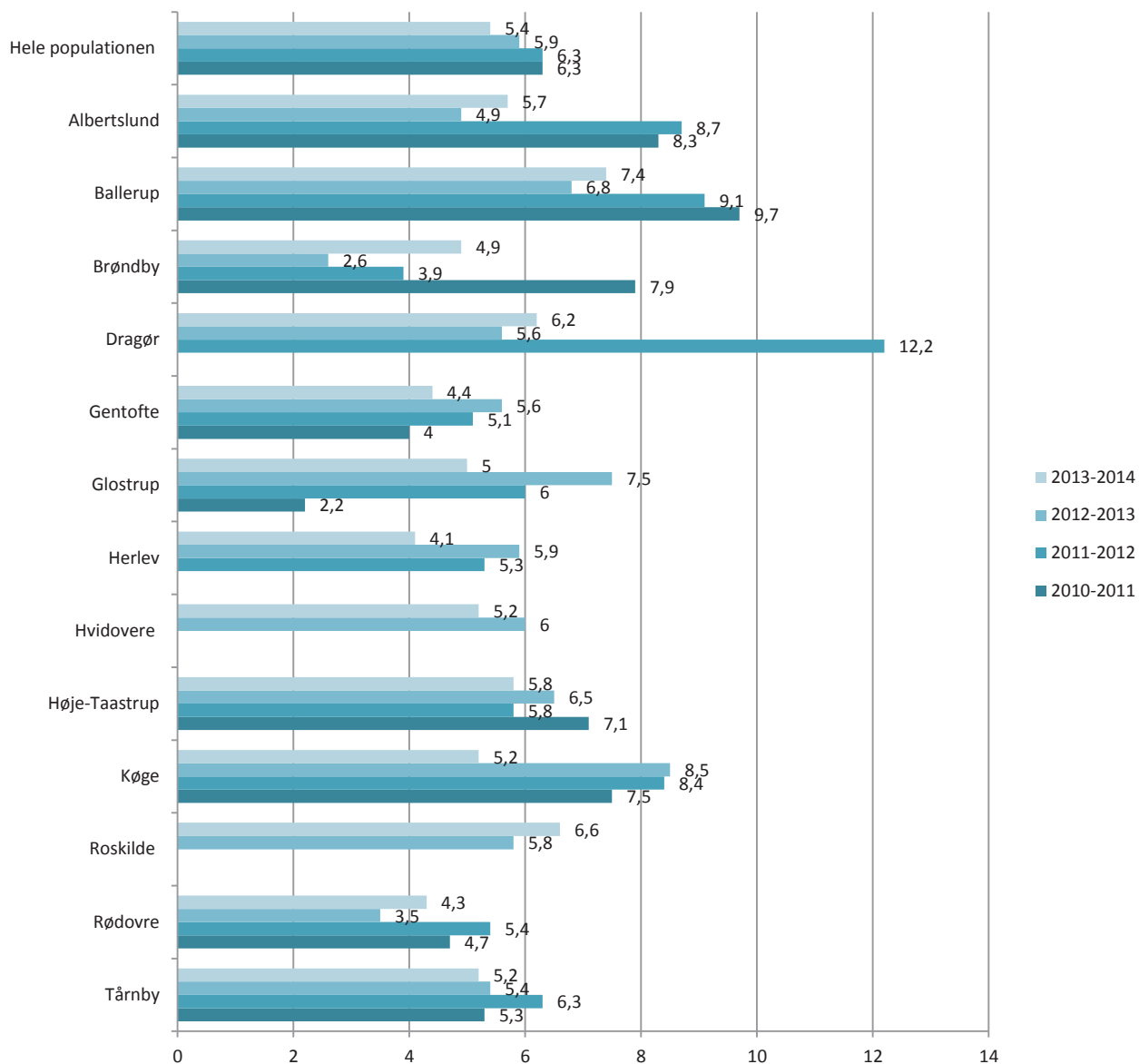
7.4.1 Regelmæssigt medicinforbrug

I journalen registrerer sundhedsplejersken, om barnet regelmæssigt får medicin. Dette er tilfældet for 5,4 % af børnene (figur 7.d). I 88,1 % af journalerne er medicinforbruget oplyst. I årsberetningen om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2012/13 var forekomsten af regelmæssigt medicinforbrug 5,9 %.

Figur 7.d Forekomst af regelmæssigt medicinforbrug



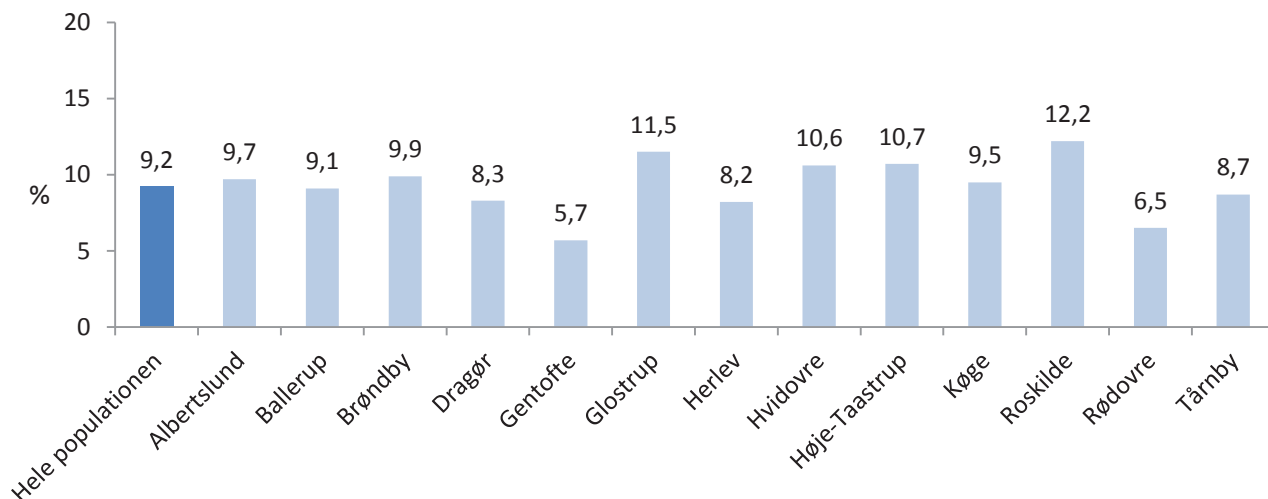
Figur 7.e Udviklingen i forekomst af regelmæssigt medicinforbrug



7.4.2 Allergi og eksem hos barnet

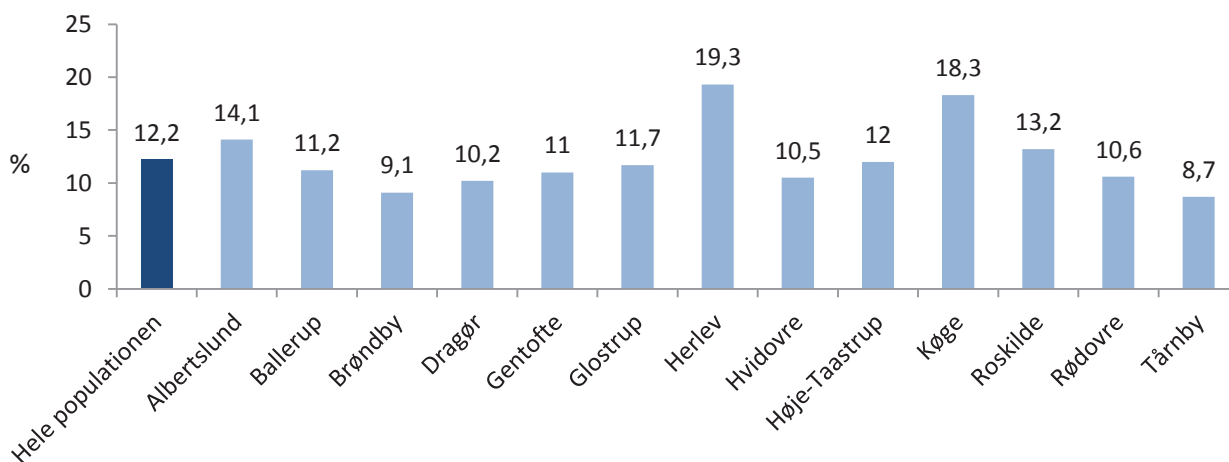
Figur 7.f viser, at 9,2 % af børnene i hele populationen har registreret allergi. Forekomsten af allergi var 8,2 % for børn indskolingsundersøgt i 2012/13 og 11 % for børn indskolet i 2011/12 (figur 7.h på næste side). Oplysninger om allergi er registreret for 91,2 % af børnene.

Figur 7.f Forekomst af registreret allergi

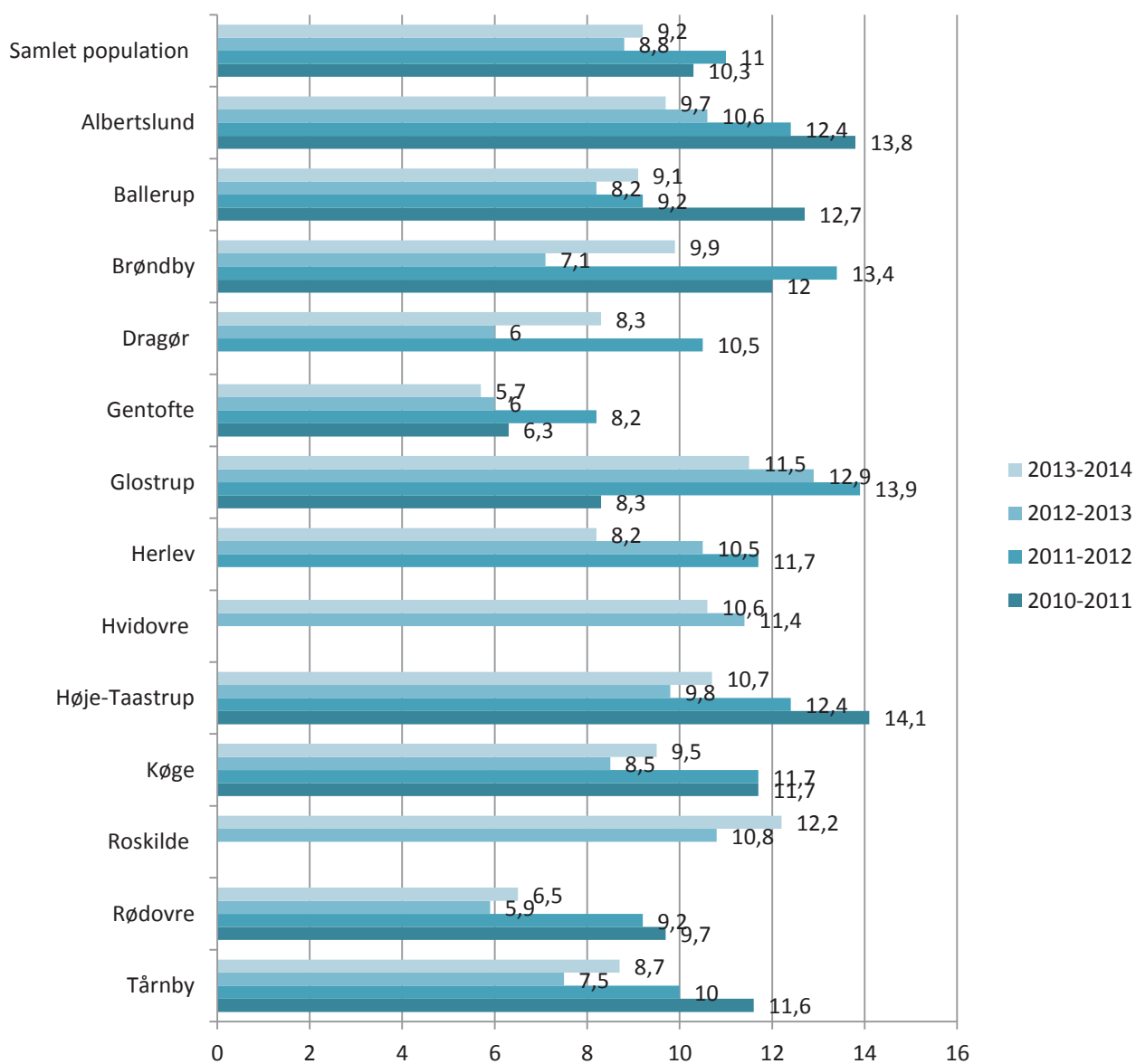


Forekomsten af eksem blandt børn indskolingsundersøgt i 2013/14 er 12,8 %. I de tidligere år har en tilsvarende andel af børnene været registreret med eksem. Af figur 7.i ses, at forekomsten af eksem varierer fra 8,7 % til 19,3 % på tværs af kommunerne. For 79,5 % af børnene indskolingsundersøgt i 2013/14 er der oplysninger om forekomsten af eksem.

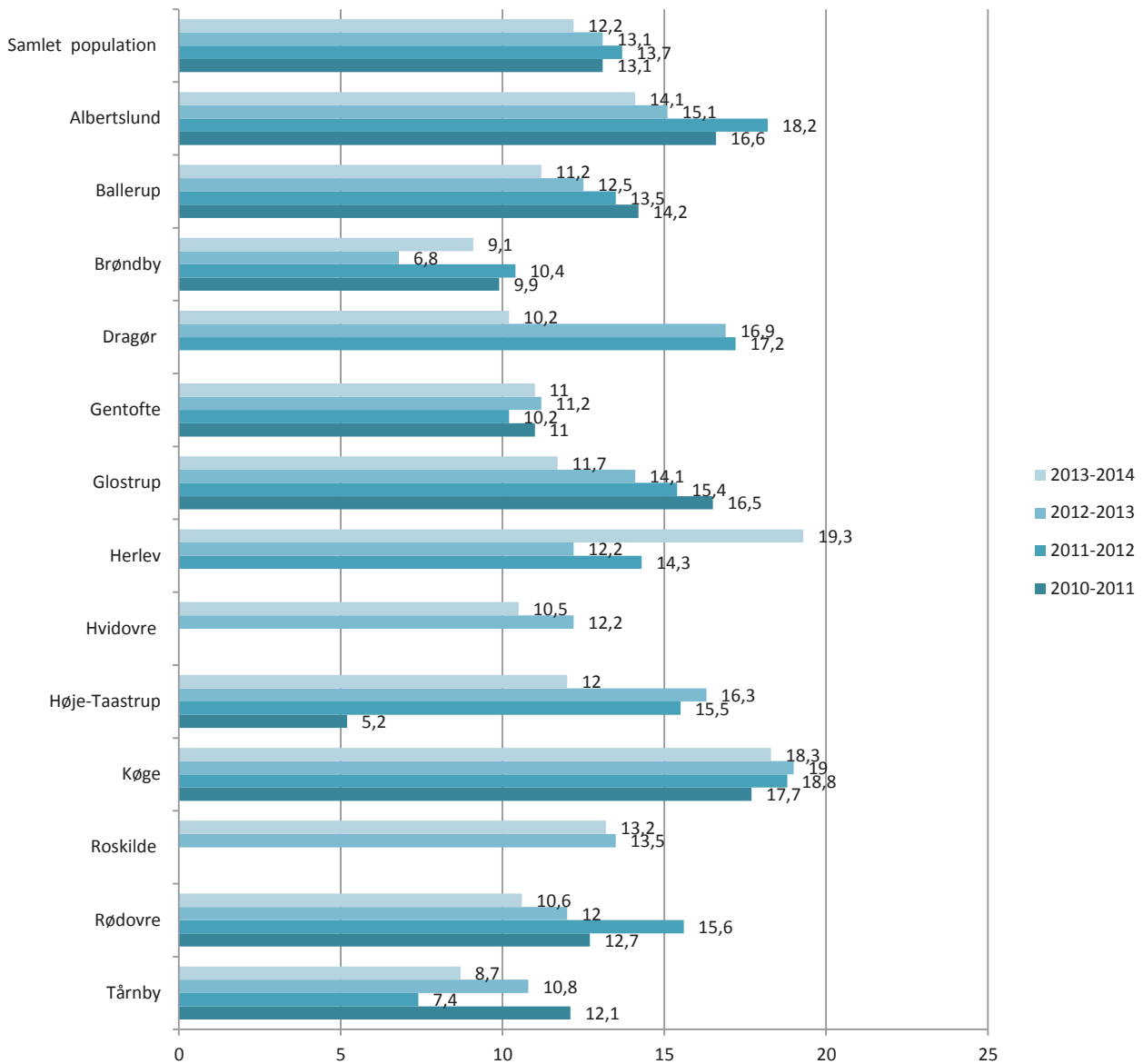
Figur 7.g. Forekomst af registreret eksem



Figur 7.h Udviklingen i forekomst af registreret allergi



Figur 7.i. Udviklingen i forekomst af registreret eksem

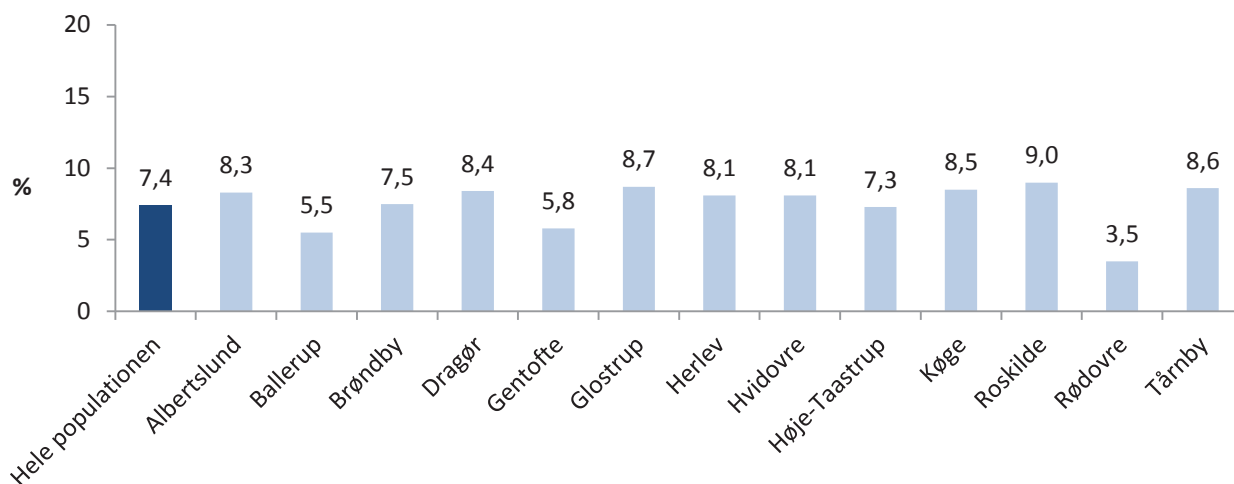


7.4.3 Sygdom og handicap hos barnet

I journalen registreres, om barnet har handicap eller sygdomme. 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.

Af figur 7.j fremgår det, at forekomsten af registrerede sygdomme og handicap i den samlede population er 7,4 %. Hos en tilsvarende andel børn var der registreret sygdom eller handicap i 2012/2013. Oplysninger om sygdom og handicap hos barnet er registeret i 93,6 % af indskolingsjournalerne fra 2012/13.

Figur 7.j Forekomst af sygdom/handikap hos barnet

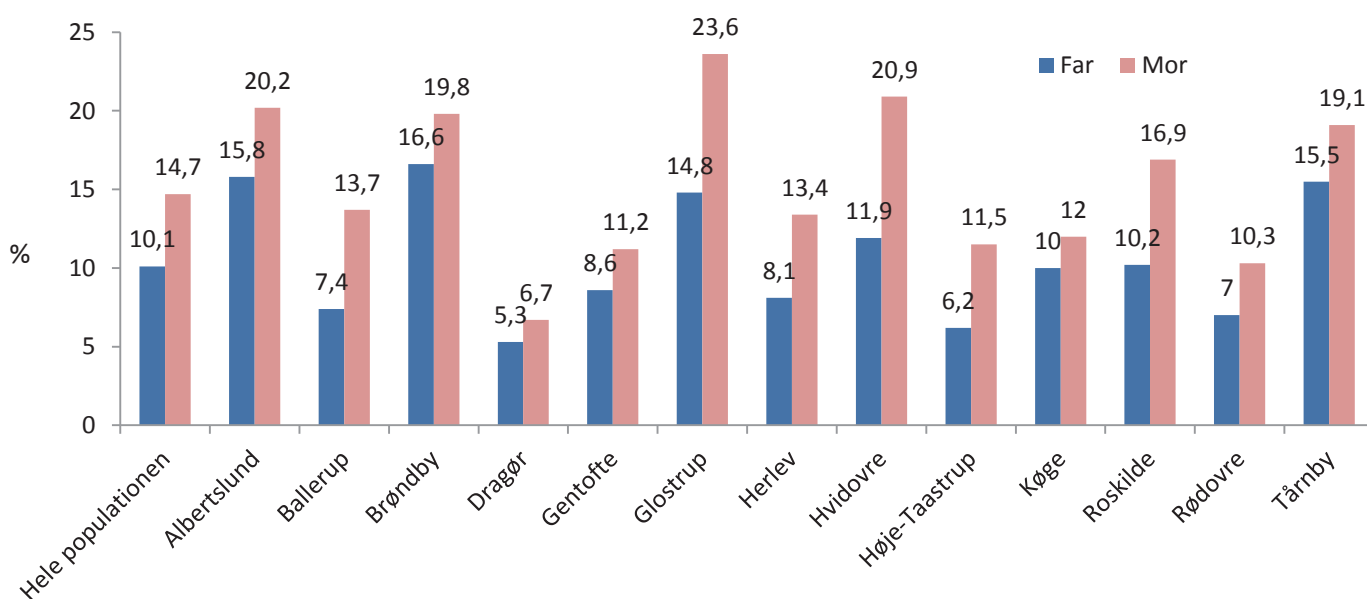


7.4.4 Sygdom og handikap i familien

Sundhedsplejersken registrerer i journalen, om der er fysiske eller psykiske sygdomme eller handikap i familien. Oplysningerne udfyldes kun, hvis der er ændringer i forhold til oplysningerne i stamdata fra spædbarnsjournalen. Der er derfor, ligesom for sygdomme og handikap hos barnet, dannet en variabel, der rummer data fra spædbarnsjournalen, hvis data ikke findes i indskolingsjournalen.

Af figur 7.k ses, at 14,7 % af mødrene og 10,1 % af fædrene til børn indskolingsundersøgt i 2013/14 har en sygdom eller et handikap. Forekomsten af sygdom og handikap hos mor varierer fra 6,7 % til 23,6 % på tværs af kommunerne. Der er oplysninger om sygdom og handikap for 61,7 % af mødrene og 58,6 % af fædrene.

Figur 7.k Forekomst af sygdom/handikap hos forældrene



7.5 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 skal vurderer hvert enkelt udsagn ud fra svarmulighederne: passer ikke, passer delvist og passer godt.

Udsagnene stammer fra det internationalt anvendte spørgeskema "The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)" og udgør tilsammen underskalaen "Problemer i forholdet til jævnaldrende" (Peer Problems Scale) (Obel mfl., 2003). Når den samlede scorer udregnes, summeres forældrenes svar til en samlet score, hvor hvert af forældrenes svar giver mellem nul og to point, hvor nul point betyder ingen problemer. En samlet score på 0-2 points defineres som "inden for normalområdet", en score på 3 points som "grænseområdet", og en score på 4-10 points "uden for normalområdet". Børn, der scorer uden for normalområdet, betegnes i rapporten her som havende vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende. På <http://www.sdqinfo.com> findes en oversigt over scoring og pointtildeling for hele SDQ-skemaet.

Der indgår oplysninger om barnets forhold til jævnaldrende i 80 % af journalerne. Størstedelen af forældrene (87,4 %) har svaret *passer ikke* til, at deres barn er en enspænder. For 91,5 % af børnene har forældrene svaret, at det *passer godt*, at barnet har mindst én god ven. 92,3 % har svaret, at det *passer godt*, at deres barn generelt er vellidt af andre børn. For henholdsvis 87,4 % og 88,3 % 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.

Af tabel 2.d ses at de fleste børn har et godt samspil med deres omgivelser. I den samlede population er 3,8 % af børnene i *grænseområdet*, mens 3,0 % af børnene har *tegn på problemer i forholdet til jævnaldrende*. I årsrapporten fra 2012/2013 lå 3,7 % i grænseområdet og 4,3 % havde tegn på problemer.

Tabel 7.e Problemer i forholdet til jævnaldrende

	Ingen tegn på problemer		Grænseområde		Tegn på problemer	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Albertslund	262	93,9	6	2,2	11	3,9
Ballerup	439	91,1	23	4,8	20	4,2
Brøndby	235	88,4	18	6,8	13	4,9
Dragør	164	94,3	4	2,3	6	3,5
Gentofte	953	96,8	19	1,9	13	1,3
Glostrup	186	94,4	6	3,1	5	2,5
Herlev	185	93,4	6	3,0	7	3,5
Hvidovre	473	91,8	24	4,7	18	3,9
Høje-Taastrup	418	86,0	42	8,6	26	5,4
Køge	563	93,5	21	3,5	18	3,0
Roskilde	230	95,8	5	2,1	5	2,1
Rødovre	288	95,4	7	2,3	7	2,3
Tårnby	477	95,0	16	3,2	9	1,8
Hele populationen	4.873	93,2	197	3,8	158	3,0

8. Indikatorer

8.1 Undervægt, overvægt og svær overvægt

Ifølge WHO er overvægt og svær overvægt defineret som unormal eller overdreven fedt ophobning, der kan skade helbredet (WHO, 2012). Hos voksne er det almindeligt internationalt at anvende BMI (body mass index; vægt (kg)/højde² (m)) til at klassificere undervægt, normalvægt og overvægt. For børn er der ikke samme internationale enighed om klassifikationen af undervægt, overvægt og fedme. Der findes både forskellige højde/vægt-kurver og forskellige køns- og aldersrelaterede BMI-kurver for børn. Desuden varierer det, ved hvilke percentiler på vækstkurverne, man sætter grænserne for undervægt, overvægt og svær overvægt.

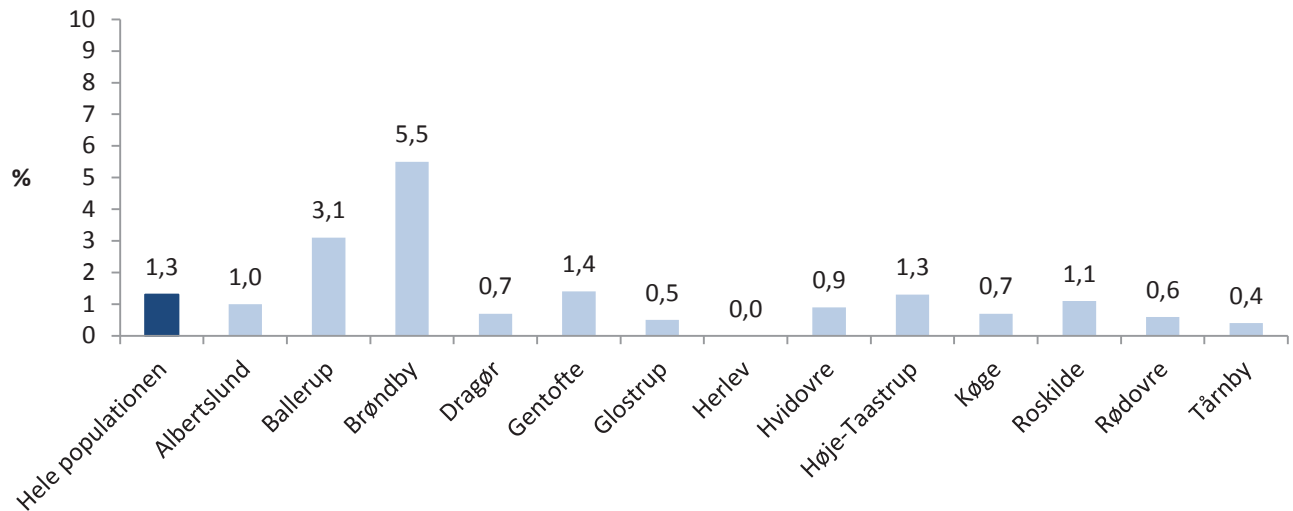
I årsrapporten her præsenteres to indikatorer for under- og overvægt hos børn, henholdsvis anvendelse af percentiler i forhold til danske højde/vægt-kurver og en internationalt anvendt metode til vurdering af BMI hos børn, hvor der tages højde for såvel barnets køn som alder. Definitionen af overvægt blandt børn er diskuteret yderligere i temarapporten *Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen* fra Databasen Børns Sundhed (Svendson, 2013).

8.1.1 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 mfl., 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.

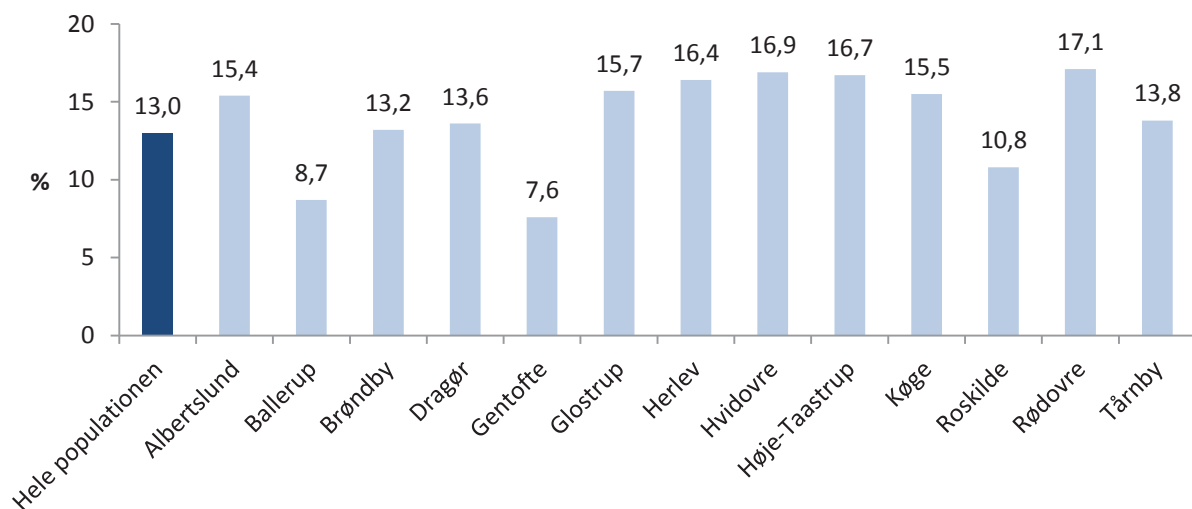
Af figur 8.a ses, at 1,3 % af børnene, har en vægt i forhold til højde der ligger under 3 % percentilen for referencepopulationen ved indskolingsundersøgelsen, det vil sige, at børnene har en meget lav vægt i forhold til deres højde. Forekomsten af børn der er under 3 % percentilen for referencepopulationen ved indskolingsundersøgelsen varierer fra 0,0 % til 5,5 % på tværs af kommunerne. Forekomsten har de seneste fire år svinget mellem 1,1 og 1,6 % (figur ikke vist). For 93 % af børnene indskolet i 2013/2014 er der oplysning om vægt og højde.

Figur 8.a Forekomst af børn med vægt i forhold til højde under 3 % percentilen

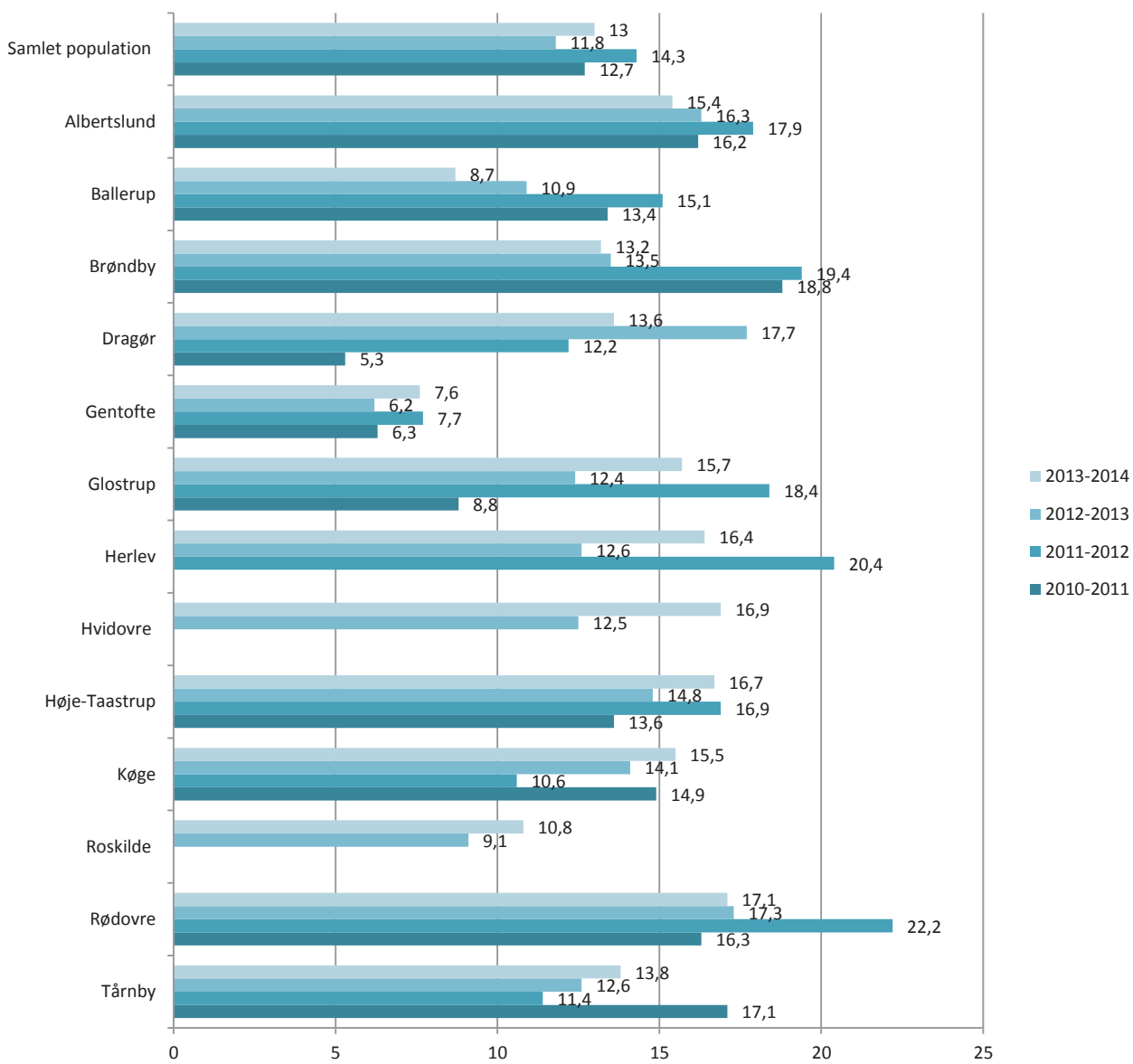


Andelen af børn over 90 % percentilen er medtaget som indikator i rapporten, da det i et forebyggelsesperspektiv er vigtigt, at der sættes ind overfor børn, der er i risiko for overvægt. I den samlede population ligger 13,0 % af børnene over 90 % percentilen for vægt i forhold til højde ved undersøgelserne gennemført i 2013/14 (figur 8.b). Andelen, der ligger over 90 % percentilen, varierer mellem 8,7 og 17,6 % på tværs af de deltagende kommuner. Af figur 8.c fremgår det, at andelen af børn over 90 % percentilen i den samlede population har svinget mellem 11,8 % og 14,3 % de seneste fire år.

Figur 8.b Forekomst af børn med vægt i forhold til højde over 90 % percentilen

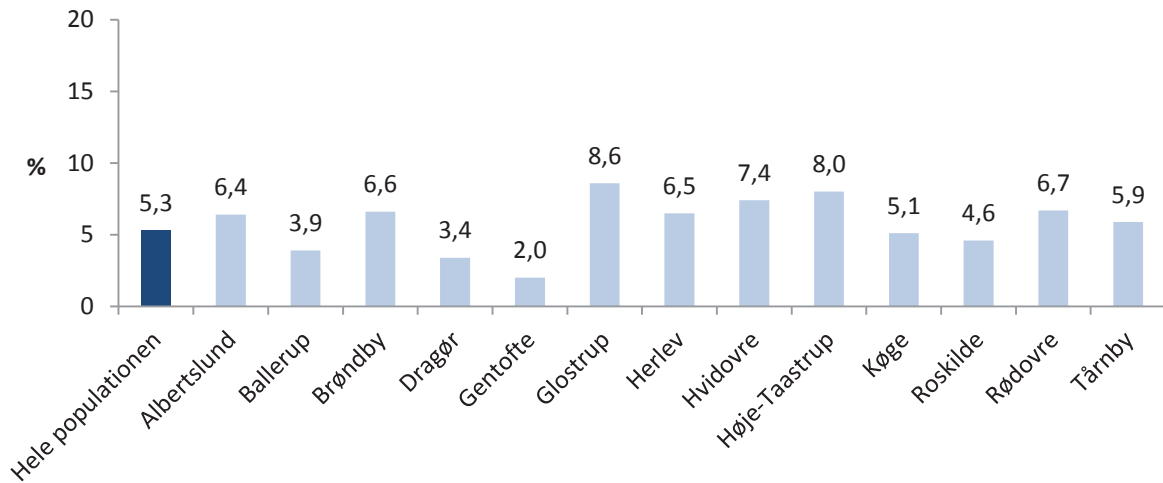


Figur 8.c Udviklingen i forekomst af børn med vægt i forhold til højde over 90 % percentilen opdelt på Kommune og år

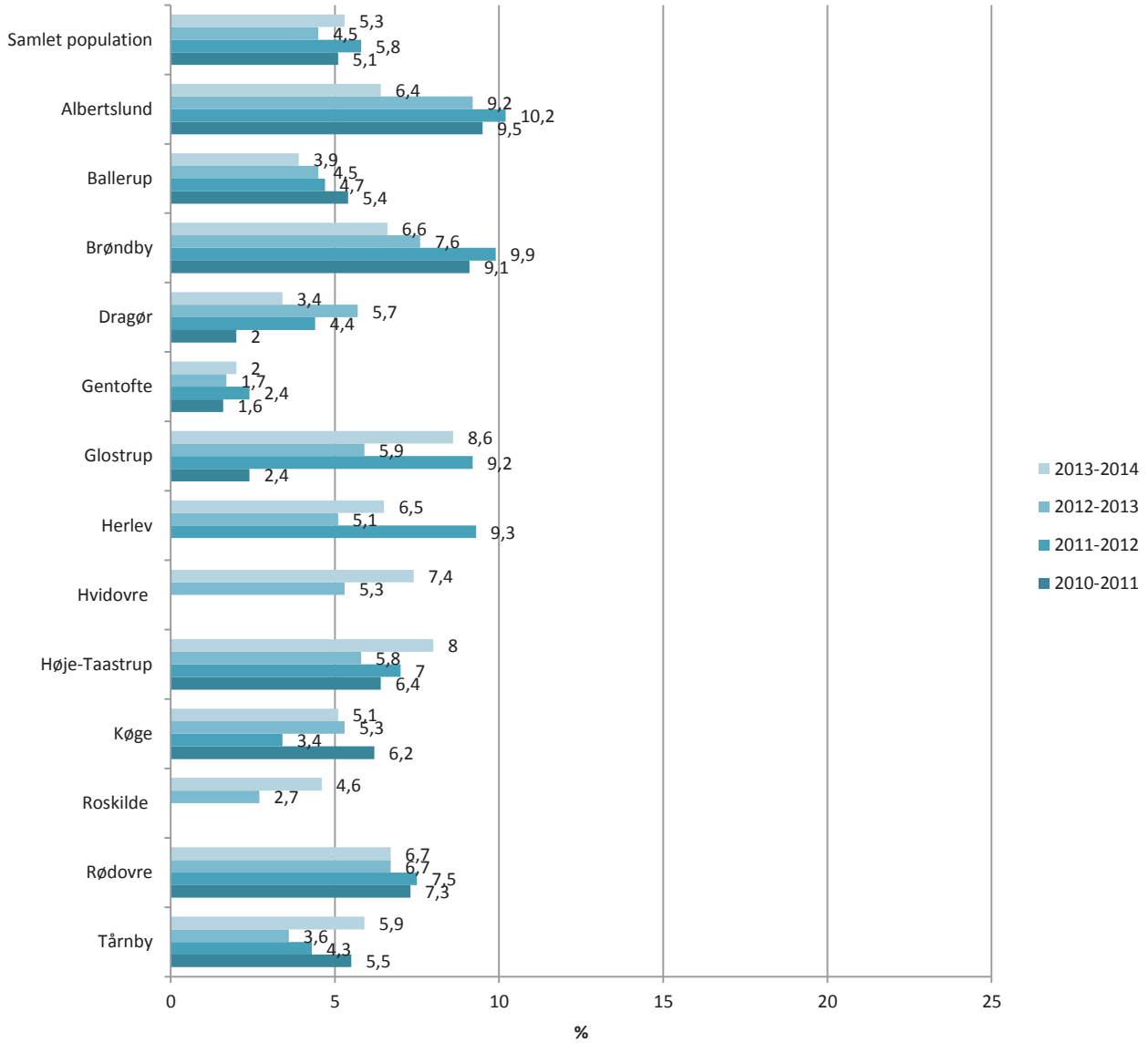


Figur 8.d viser andelen af børn med en vægt i forhold til højde over 97 % percentilen, det vil sige at børnene har en høj vægt i forhold til deres højde. Her er der ligeledes store forskelle på tværs af kommunerne, idet forekomsten varierer mellem 2,0 og 8,5 %. I den samlede population har 5,3 % af børnene en vægt i forhold til højde over 97 % percentilen. Som det fremgår af figur 8.e har denne andel i den samlede population varieret mellem 4,5 % og 5,8 % de seneste fire år.

Figur 8.d Forekomst af børn med vægt i forhold til højde over 97 % percentilen



Figur 8.e Udviklingen i forekomst af børn med vægt i forhold til højde over 97 % percentilen opdelt på år og kommune

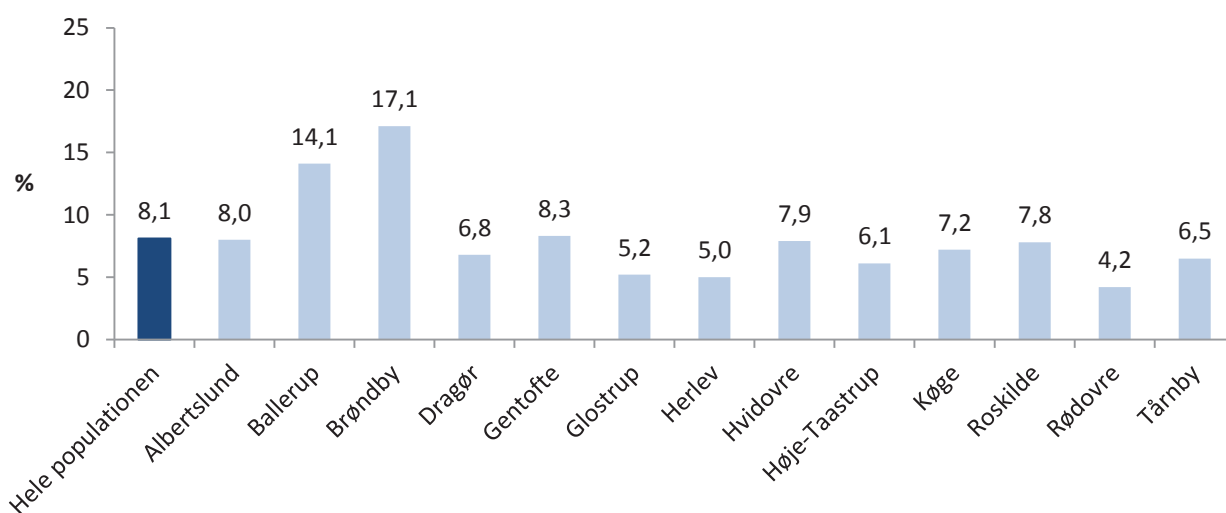


8.1.2 Børne-BMI-kurver

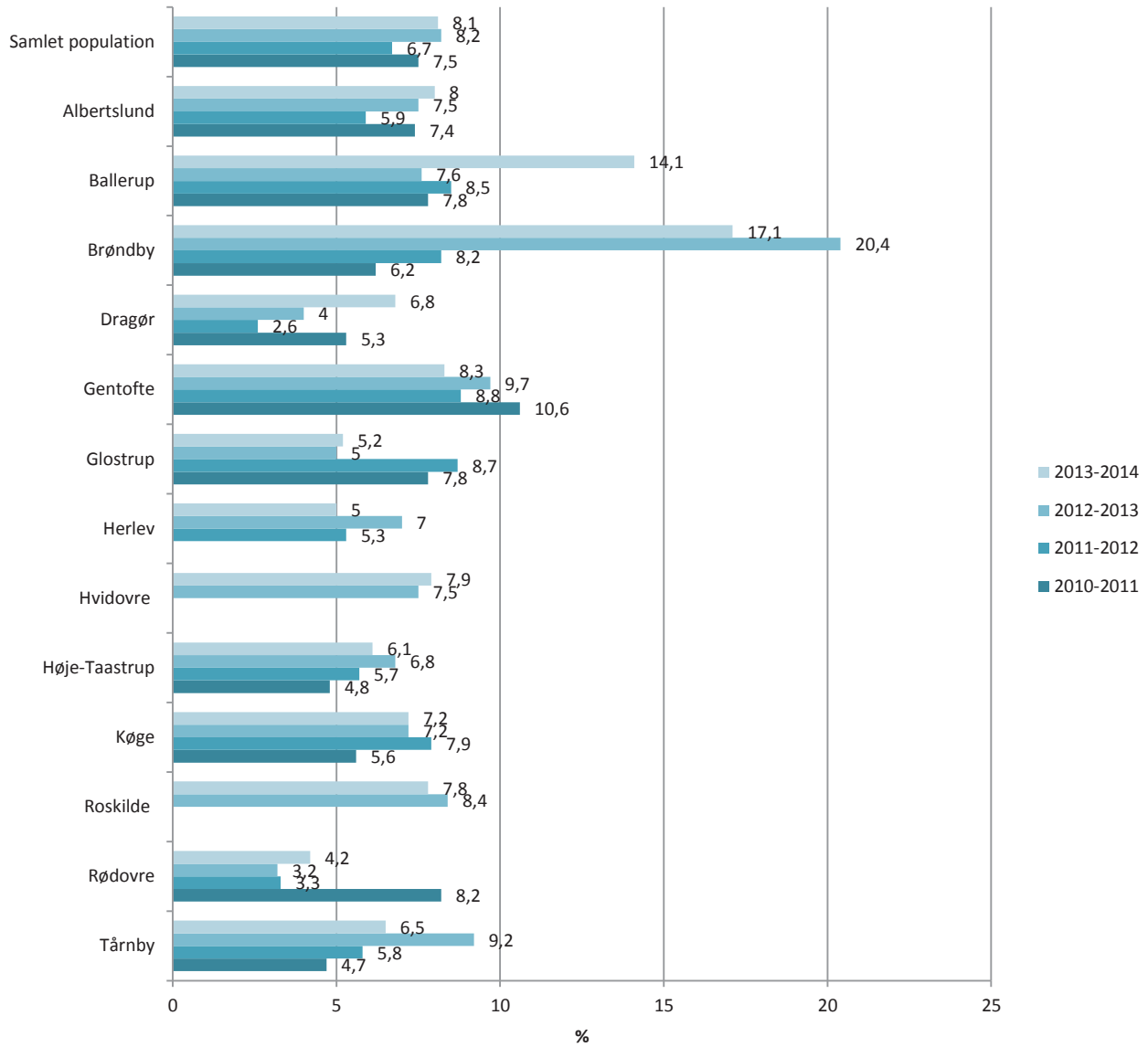
Tallene ovenfor er udtryk for én måde at vurdere overvægt og undervægt på, en metode der har været anvendt i Danmark i mange år. Nedenfor præsenteres forekomsten af undervægt, overvægt og svær overvægt blandt børn defineret ud fra en nyere international metode. Hos voksne defineres undervægt som BMI 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. Forekomsten af undervægt, overvægt og svær overvægt er beregnet ud fra Coles redefinerede BMI grænse fra 2012 (Cole mfl., 2000; Cole mfl., 2007; Cole mfl. 2012).

Af figur 8.f ses, at 8,1 % af børnene, der er indskolingsundersøgt i 2013/14, er undervægtige. Variationen mellem kommuner er stor fra 17,1 % til 4,2 %. Af figur 8.g ses at andelen er svinget mellem 8,2 % og 6,7 % de seneste fire år.

Figur 8.f Forekomst af undervægt på baggrund af BMI

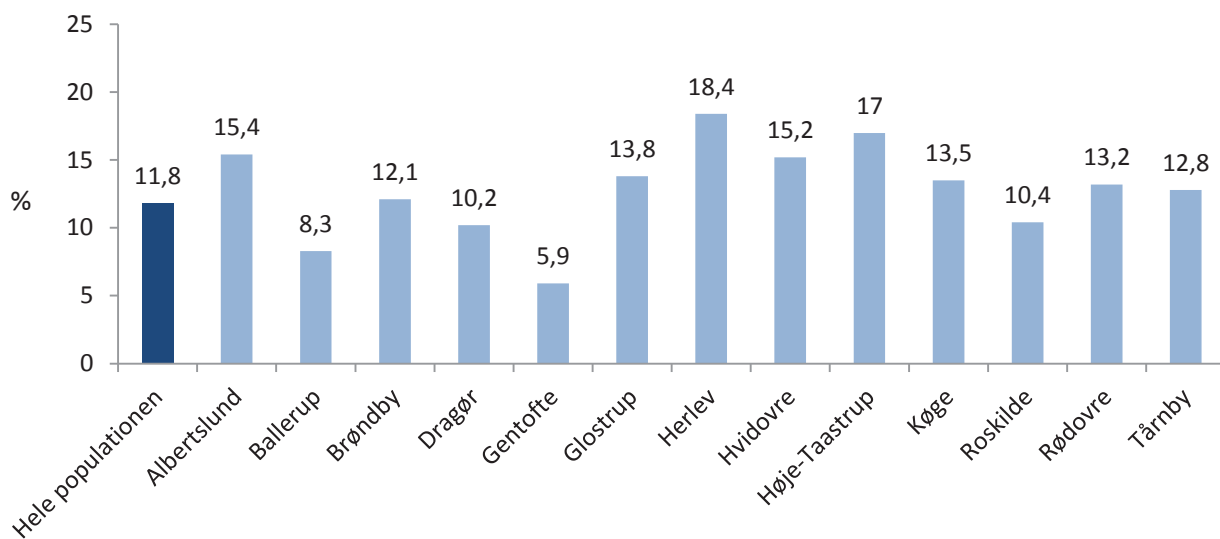


Figur 8.g Udvikling i forekomst af undervægt på baggrund af BMI

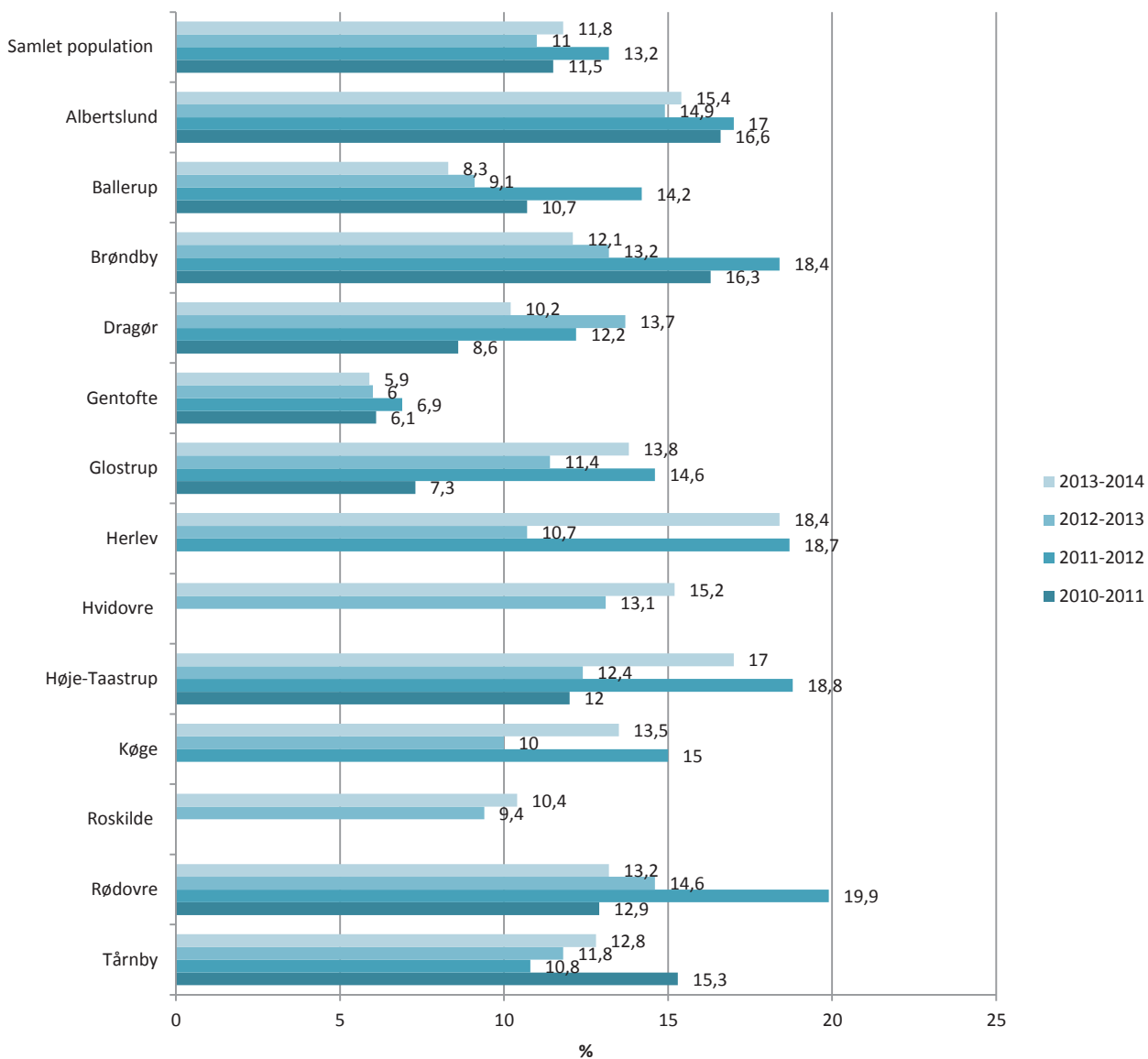


Af figur 8.h fremgår det, at 11,8 % af børnene er overvægtige ved indskolingsundersøgelsen i 2013/14. Forekomsten af overvægt varierer fra 5,9 % til 18,4 % på tværs af kommunerne. Forekomsten har svinget mellem 11,0 % og 13,2 % de seneste fire år (se figur 8.i).

Figur 8.h Forekomst af overvægt på baggrund af BMI

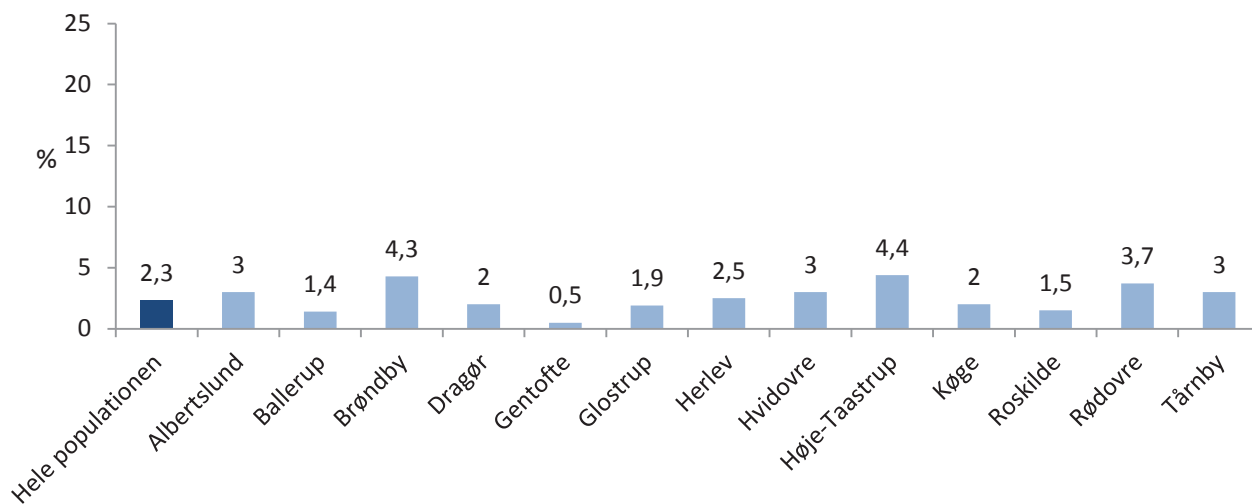


Figur 8.i Udvikling i forekomst af overvægt på baggrund af BMI opdelt på kommune og år

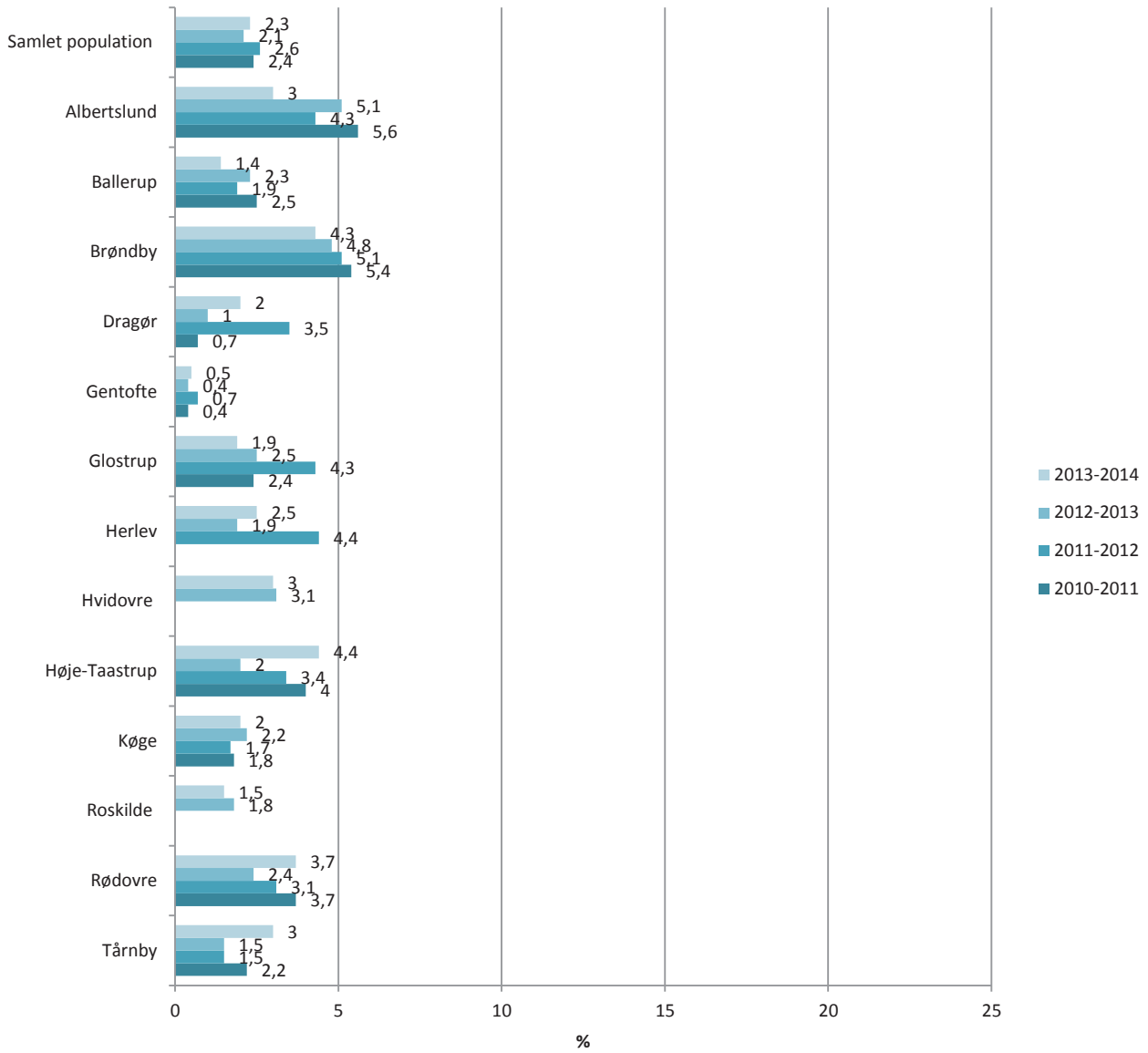


Figur 8.j viser, at 2,3 % af børnene, indskolingsundersøgt i 2013/14 er svært overvægtige. Andelen varierer fra 0,5 % til 4,3 %. En tilsvarende andel af børn i den samlede population har været svært overvægtig ved indskolingsundersøgelserne de seneste fire år (se figur 8.k).

Figur 8.j Forekomst af svær overvægt på baggrund af BMI



Figur 8.k Udvikling i forekomst af svær overvægt på baggrund af BMI



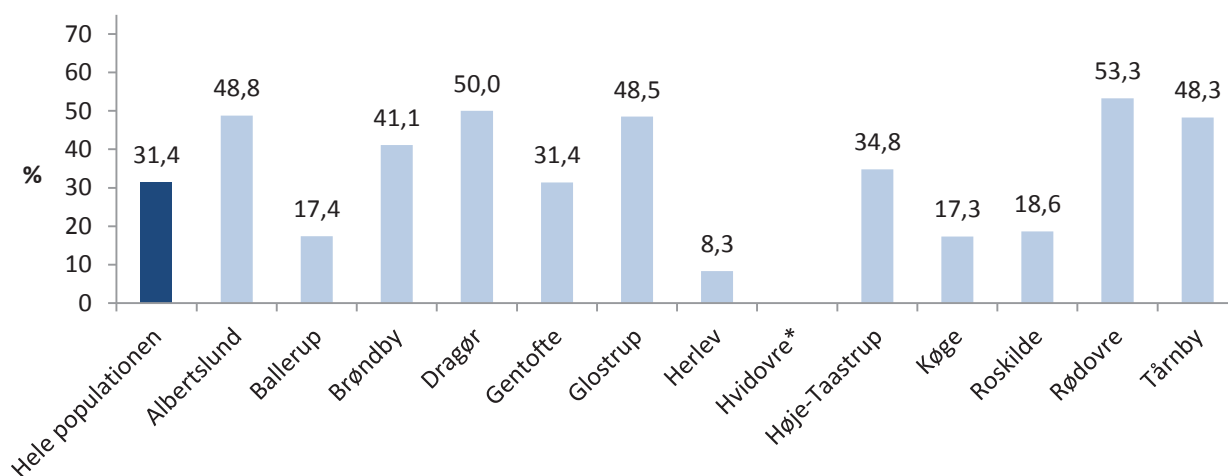
8.2 Motorik og fysisk aktivitet

8.2.1 Motorik

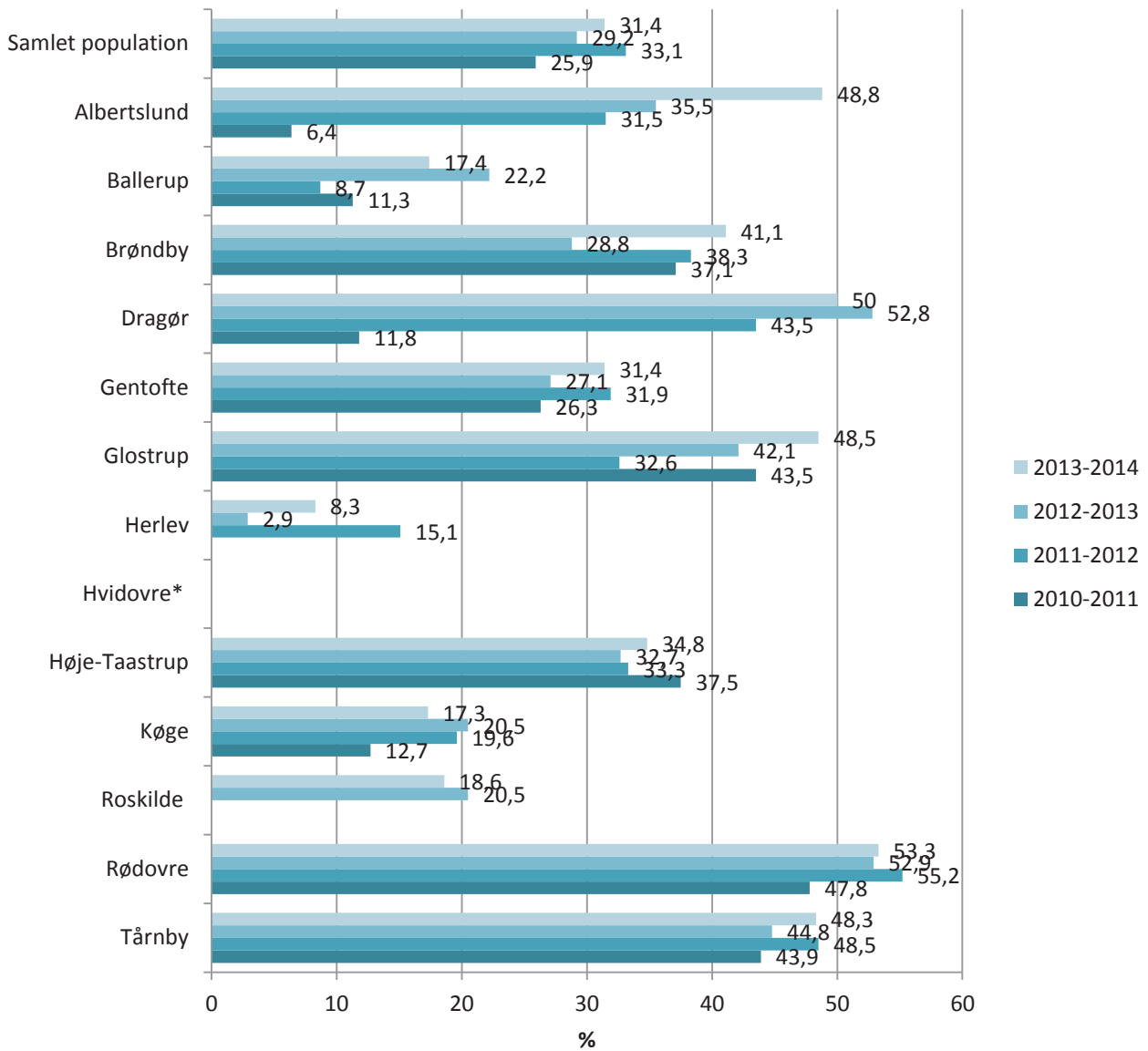
I den motoriske test vurderer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet har en aldersvarende udvikling i forhold til følgende motoriske funktioner: gang, hoppe, balance, gadedrengeløb, stå på højre hhv. venstre ben, kaste bold med højre og venstre hånd, gribe bold, valgt hånd og håndgreb. Af figur 8.1 ses, at 31,4 % af børnene i den samlede population har bemærkninger til deres motoriske udvikling. Variationen i andelen af børn med bemærkninger til motorik er stor kommunerne imellem. I Herlev er der noteret bemærkninger i 8,3 % af journalerne i Rødovre i 53,3 %. Data fra Hvidovre er ikke medtaget for 2013/2014, da der kun er indrapporteret motorikdata om ganske få børn.

Figur 8.m på næste side viser udviklingen i forekomsten af bemærkninger til motorik i de seneste fire år. Af figuren ses, at forekomsten af bemærkninger til motorik i den samlede population har varieret mellem 25,9 % og 33,1 % de seneste fire år.

Figur 8.1 Forekomst af bemærkninger til motorik



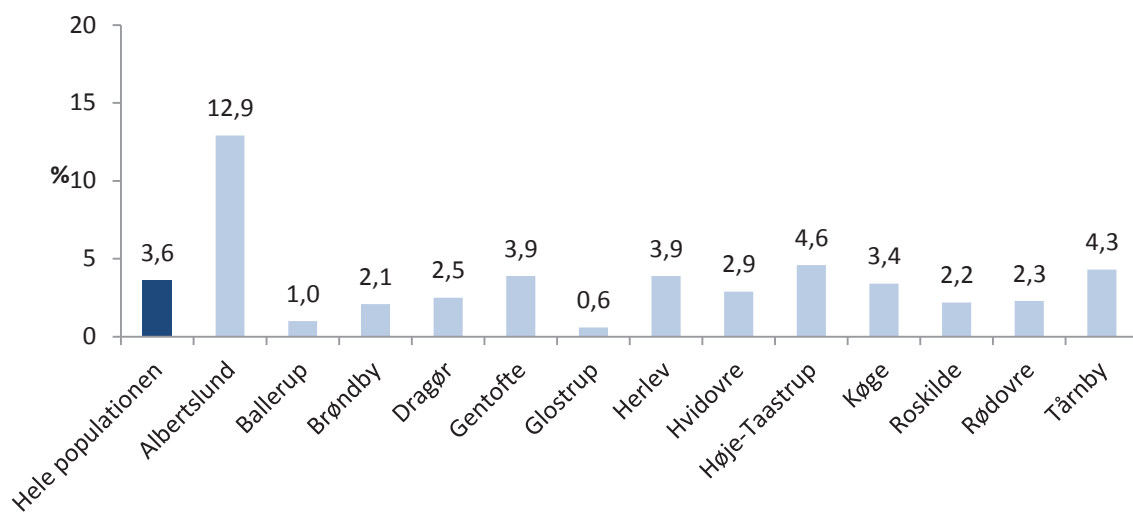
Figur 8.m Udvikling i forekomst af bemærkninger til motorik



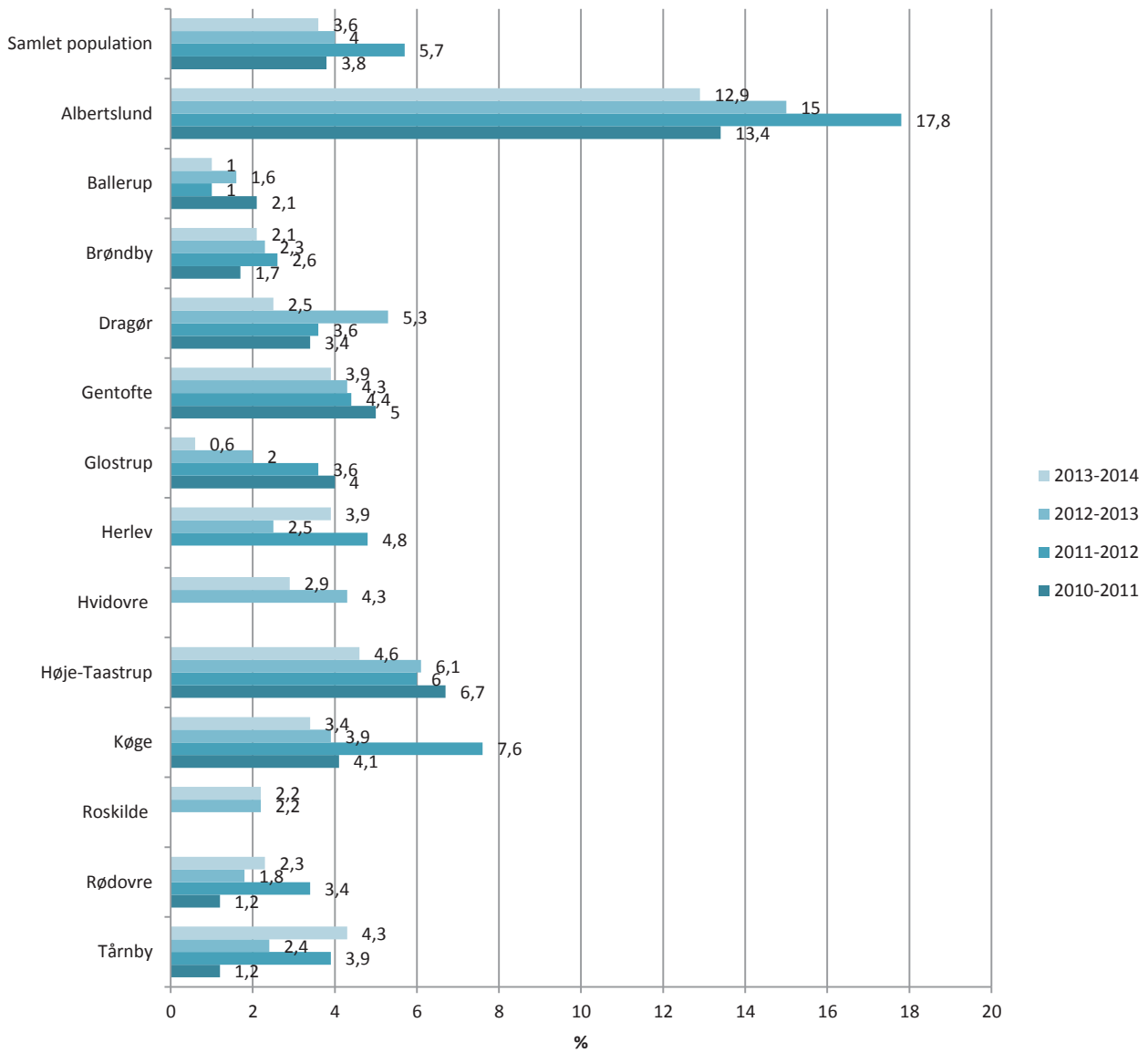
8.2.2 Fysisk aktivitet

Af indskolingsjournalerne fremgår det, at 3,6 % af børnene i den samlede population har bemærkninger til fysisk aktivitet (figur 8.n), hvilket omfatter, at barnet bevæger sig mindre end en time dagligt. Variation kommunerne i mellem er stor. I Glostrup var der bemærkninger til fysisk aktivitet hos 0,6 % af børnene, i Albertslund til 12,9 %. Af figur 8.o fremgår det, at andelen af børn med bemærkninger til fysisk aktivitet har svinget mellem 3,6 % og 5,7 % de seneste fire år. Der er journaldata om fysisk aktivitetsniveau for 80,3 % af børnene indskolet i 2012/13.

Figur 8.n Forekomst af bemærkninger til fysisk aktivitet



Figur 8.o Udvikling i forekomst af bemærkninger til fysisk aktivitet

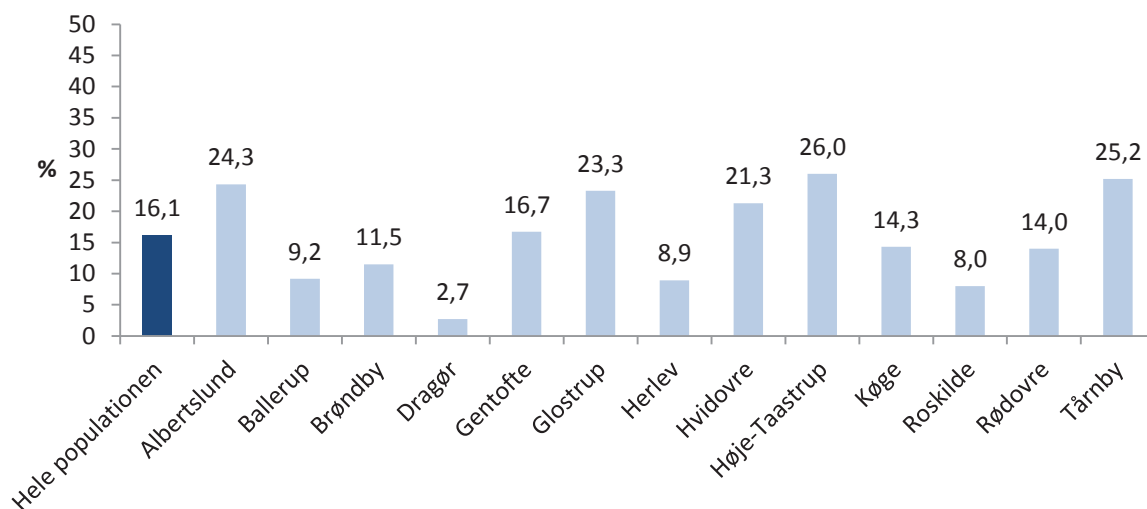


8.2.3 Mad og måltidsvaner

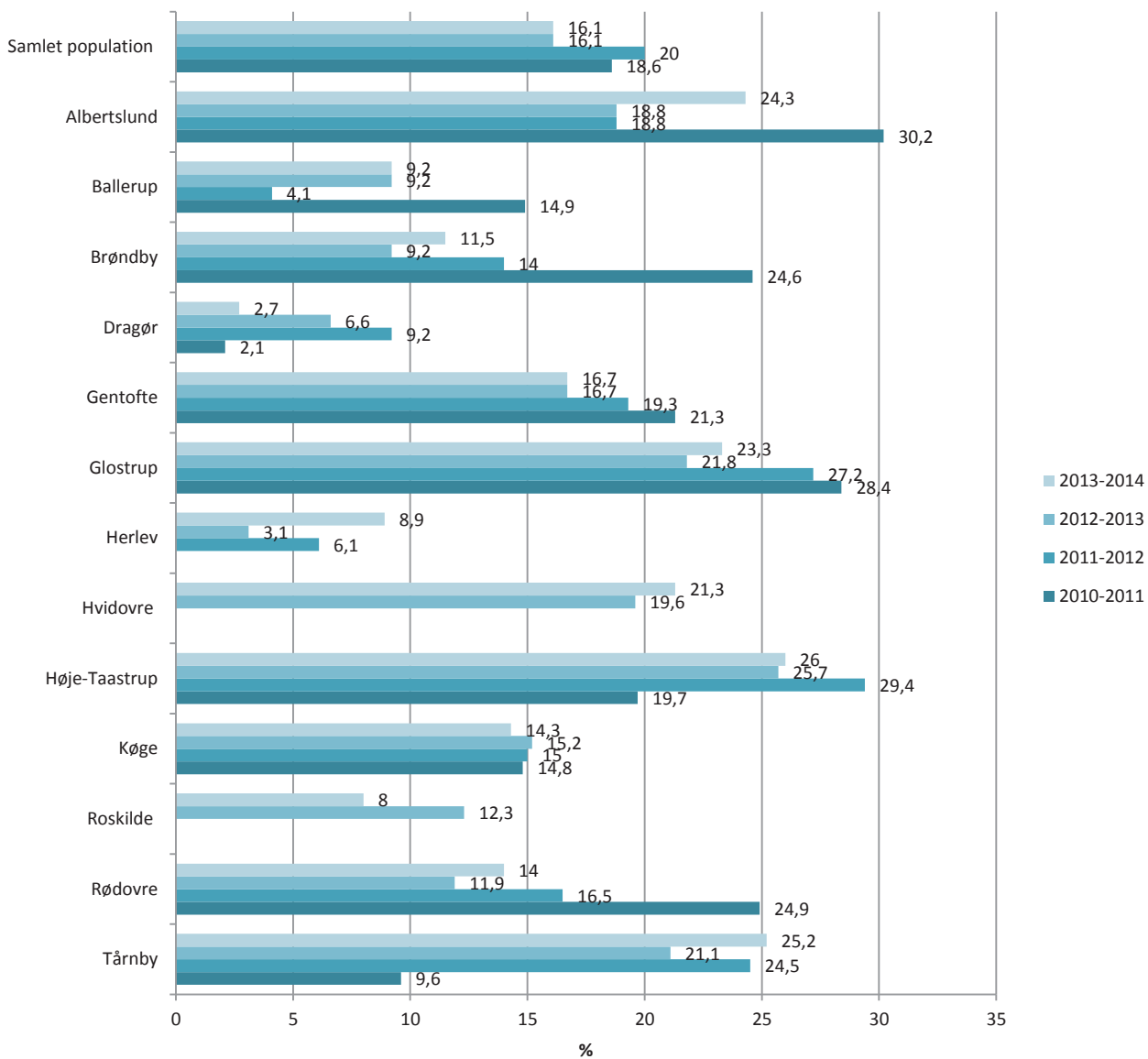
I journalen registrerer sundhedsplejersken, om der er bemærkninger til én eller flere af følgende kategorier: morgenmad, frokost, mellemmåltider, sukker/slik, søde drikke, frugt/grønt, mælk, tid til at spise på skolen samt andet. En bemærkning til mad og måltidsvaner gives eksempelvis, hvis mellemmåltider skønnes at tage appetitten fra de øvrige måltider, eller hvis barnet ikke spiser frugt og grønt svarende til anbefalingerne. Der er journaldata omhandlende mad og måltidsvaner for 62,6 % af børnene indskolet i 2013/14.

Figur 8.p viser forekomst af bemærkninger til mad og måltidsvaner. I den samlede population har sundhedsplejersken i 16,1 % af journalerne noteret bemærkninger til mad og måltidsvaner. For den samme andel børn var der noteret bemærkning mad og måltidsvaner ved indskolingsundersøgelserne i 2012/2013.

Figur 8.p Forekomst af bemærkninger til mad og måltidsvaner



Figur 8.q Udvikling i forekomst af bemærkninger til mad og måltidsvaner



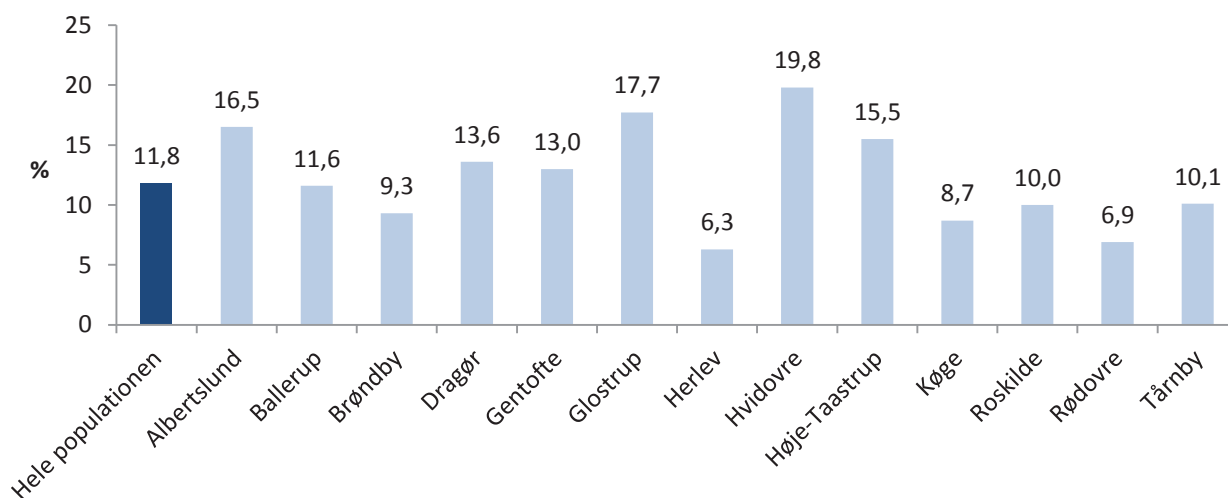
8.3 Syn og hørelse

8.3.1 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. For 72,7 % af børnene er der registeret oplysninger om resultatet af synsundersøgelsen.

Figur 8.r viser forekomsten af bemærkninger til syn. Det ses, at blandt børn med information fra synsundersøgelsen har sundhedsplejersken i 11,8 % af journalerne noteret bemærkninger til barnets syn. Hvilket er en lidt større andel end for børn indskolet i 2012/2013, hvor der var noteret bemærkning for 10,2 % af børnene.

Figur 8.r Forekomst af bemærkninger til syn

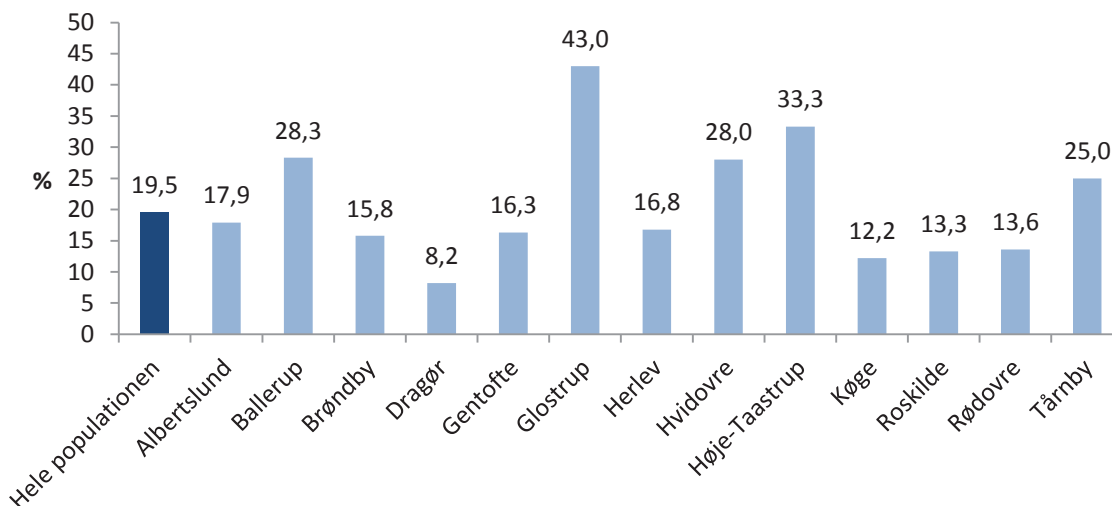


8.3.2 Hørelse

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+500 Hz), 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 71,1 % af børnene indskolingsundersøgt i 2013/14 er der oplysninger om høreundersøgelsen. Blandt børn med oplysninger om høreundersøgelsen, er der i 19,5 % af journalerne noteret bemærkninger til hørelsen (figur 8.s). En tilsvarende andel børn havde bemærkninger til hørelsen i den seneste årsrapport.

Figur 8.s Forekomst af bemærkninger til hørelse



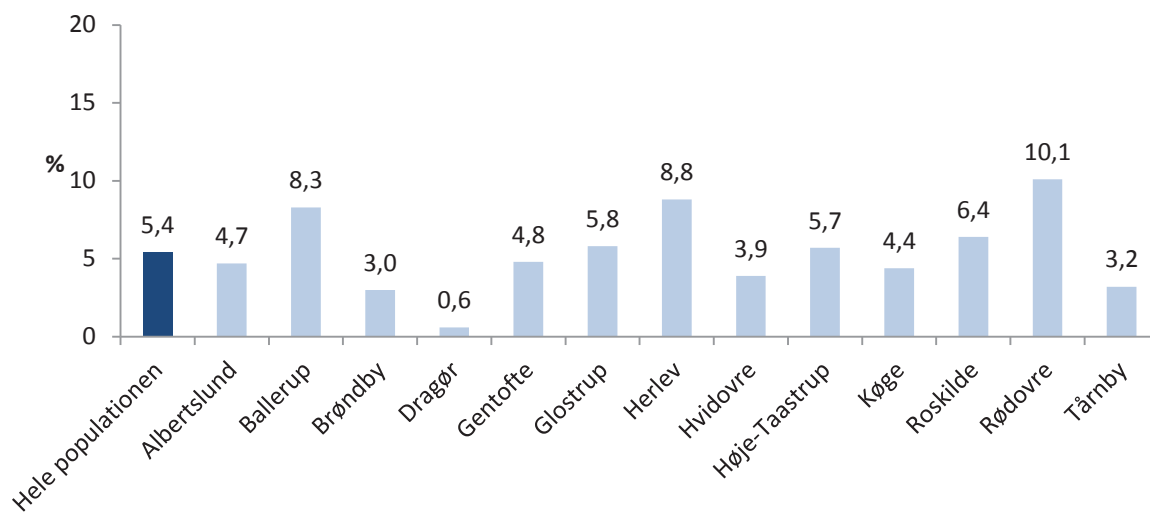
8.4 Selvvurderet trivsel

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*'. For børn indskolingsundersøgt i 2013/14 er der oplysninger om selvvurderet generel trivsel og skole trivsel for 90,9 %, af børnene.

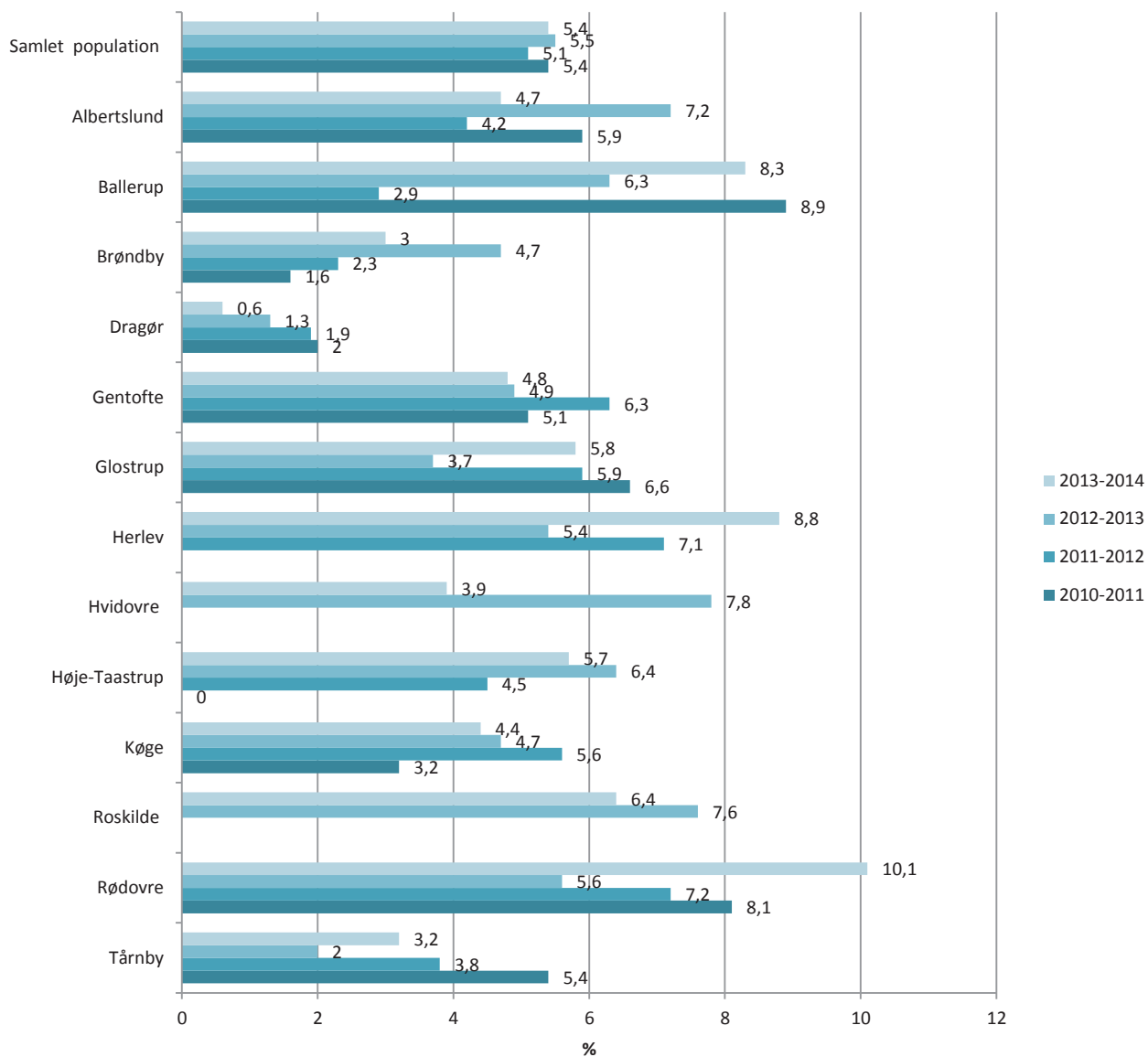
8.4.1 Selvvurderet generel trivsel

Langt de fleste børn har en god selvvurderet generel trivsel, idet 63,1 % af børnene angiver at være 'meget glade', 31,6 % angiver at være 'glade', mens 4,8 % angiver at være 'midt imellem' og 0,6 % 'ikke glade'. I figur 8.t ses andelen af børn, der angiver at de for det meste er '*midt i mellem*' eller '*ikke glad*', her betegnet som dårlig generel trivsel. Forekomsten af dårlig generel trivsel i den samlede population er 5,4 %, hvilket er i god overensstemmelse med forekomsten blandt børn indskolet de tidligere år. Forekomsten varierer en del kommunerne i mellem. I Rødovre Kommune oplyser 10,1 % af børnene at de har en dårlig generel trivsel. Mens samme tal for Dragør er 0,6 %. Forekomsten af børn der selvvurderer deres generelle trivsel som dårlig i den samlede population har ligget stabilt på mellem 5,1 og 5,5 % de seneste fire år (figur 8.u).

Figur 8.t Forekomst af børn med dårlig selv vurderet generel trivsel



Figur 8.u Udvikling i forekomst af børn med dårlig selv vurderet generel trivsel

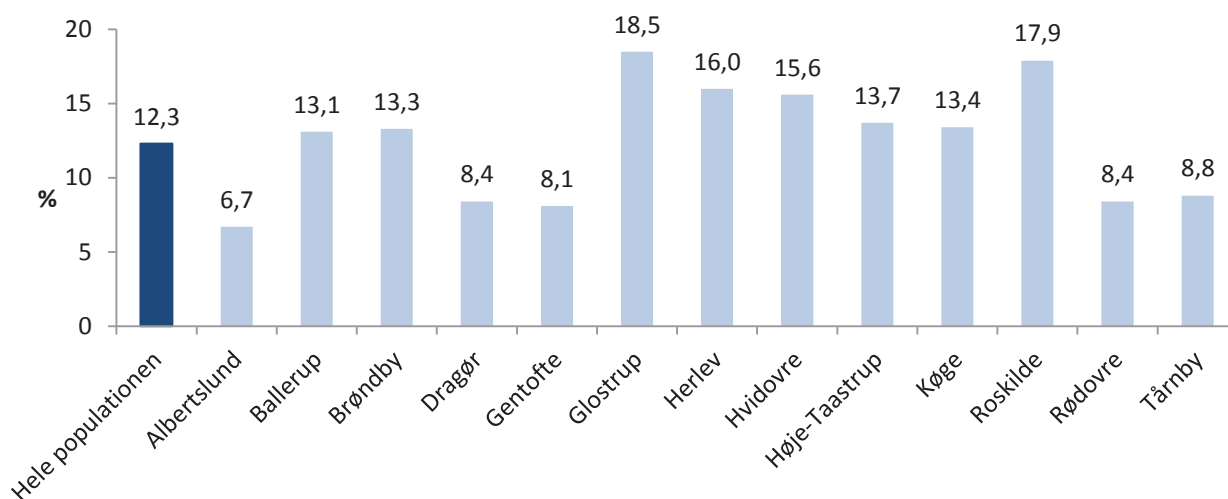


8.4.2 Selvvurderet skoletrivsel

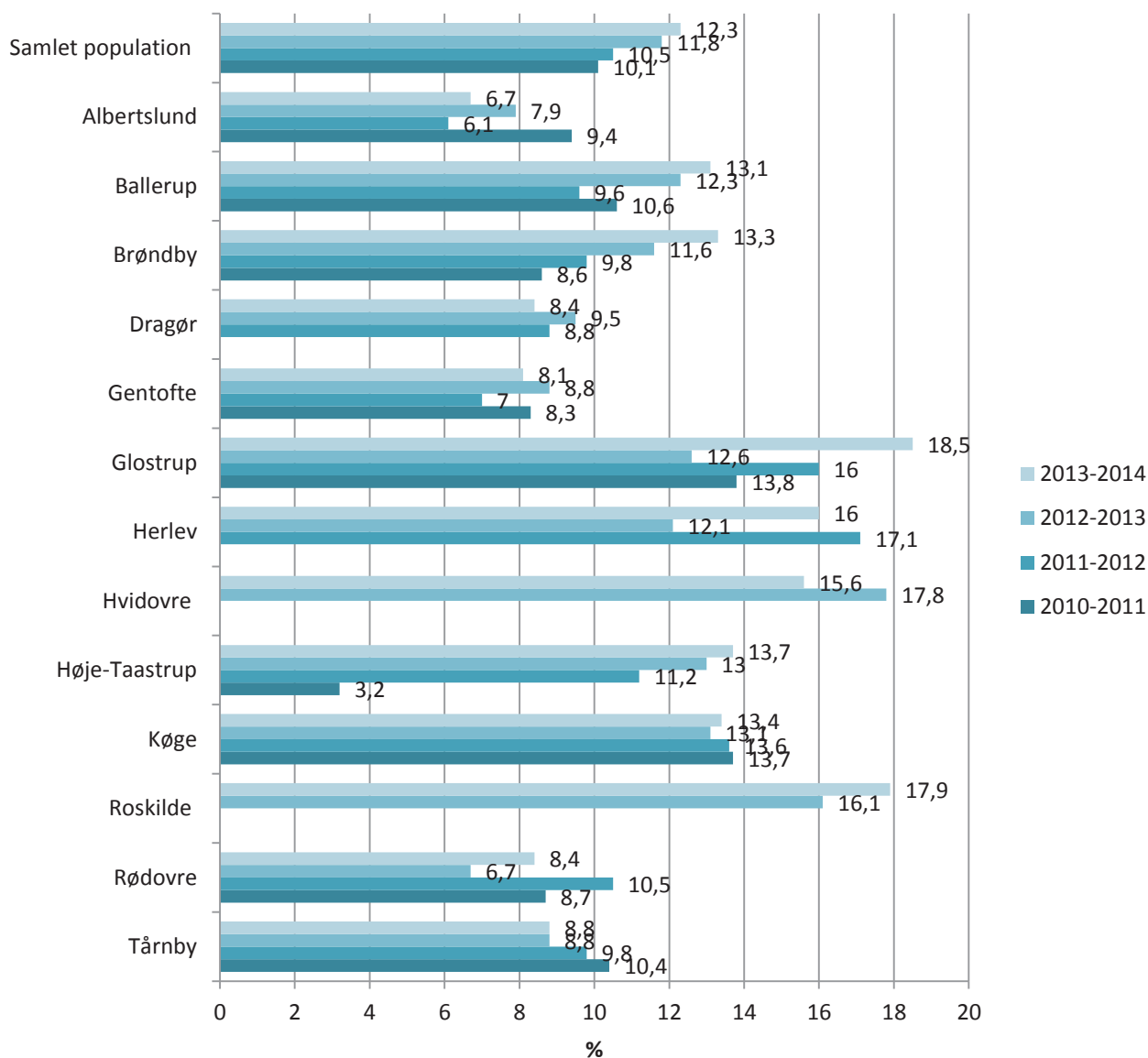
Størstedelen af børnene har en god selvvurderet skoletrivsel, idet 52,3 % af børnene angiver at være *meget glade* og 35,4 % *glade*. Dårlig selvvurderet skoletrivsel omfatter i denne rapport børn, der til udsagnet *Sådan har jeg det for det meste i skolen* angiver at være *midt i mellem* (10,8 %) eller *ikke glad* (1,5 %), og vises nedenfor i figur 8.v. Forekomsten af dårlig selvvurderet skoletrivsel i den samlede population er 12,3 % for indskolingsåret 2013/14. Variationen mellem kommunerne er stor 6,7 % af børnene i Albertslund vurderer deres skoletrivsel som dårlig, i Glostrup er det tilsvarende tal 18,5 %.

Af figur 8.v på næste side ses af forekomsten af børn med dårlig selvvurderet skoletrivsel i den samlede population er steget de seneste fire år fra 10,1 % i 2010/2011 til 12,3 i 2013/2014.

Figur 8.v Forekomst af børn med dårlig selvvurderet skoletrivsel



Figur 8.v Udvikling i forekomst af børn med dårlig selv vurderet skoletrivsel

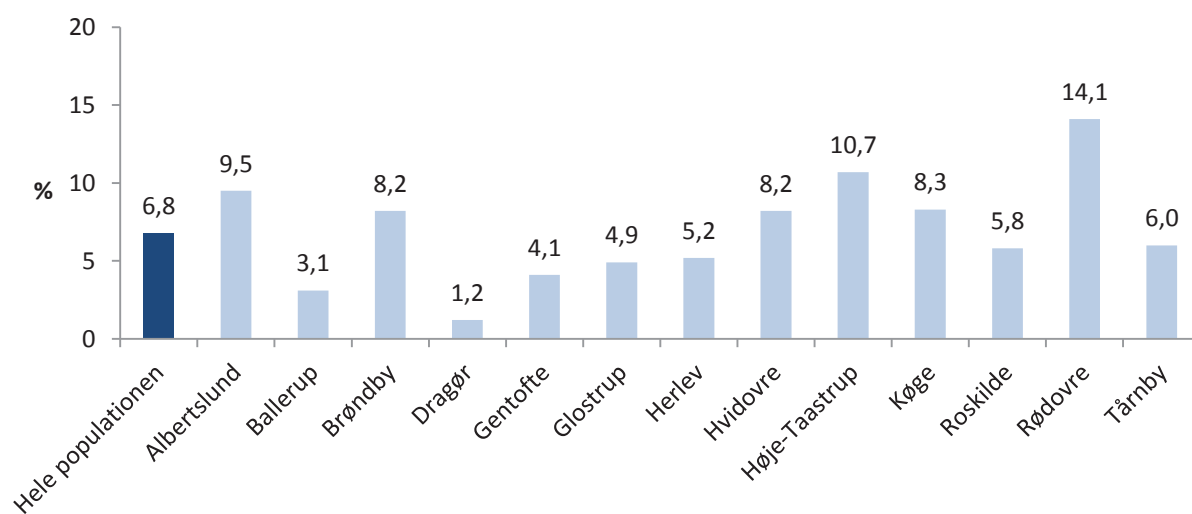


8.4.3 Forældre-barn relation

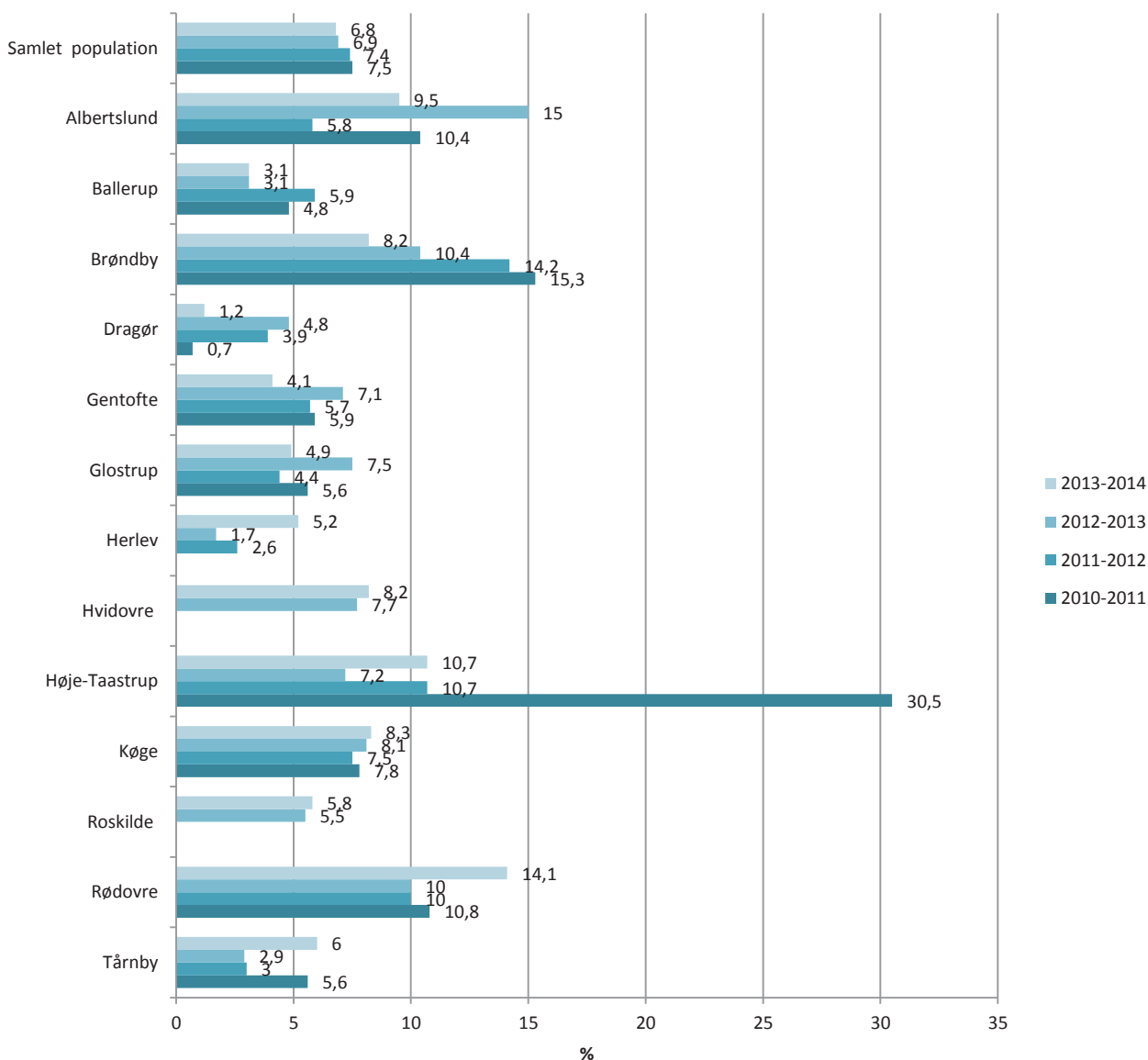
Sundhedsplejersken registrerer, om der er bemærkninger til kontakten mellem barn og forældre. Der kan være tale om bemærkninger til én eller flere af følgende faktorer: kontakt/samspil, fysisk omsorg, psykisk omsorg eller andet. En bemærkning gives eksempelvis, hvis barnet er snavset, ikke har tøj på svarende til vejr og årstid, eller hvis forældrene ikke reagerer på barnets signaler. Andelen af børn med oplysninger om forældre-barn relation er 85,0 %.

Af figur 8.X ses, at 6,8 % af børnene indskolet i 2013/2014 har bemærkninger til forældre-barn relationen. Forekomsten af bemærkninger har ikke ændret sig væsentligt fra de tidligere tre årsberetninger (figur 8.y).

Figur 8.x Forekomst af bemærkninger til forældre-barn relationen



Figur 8.y Udvikling i forekomst af bemærkninger til forældre-barn relationen

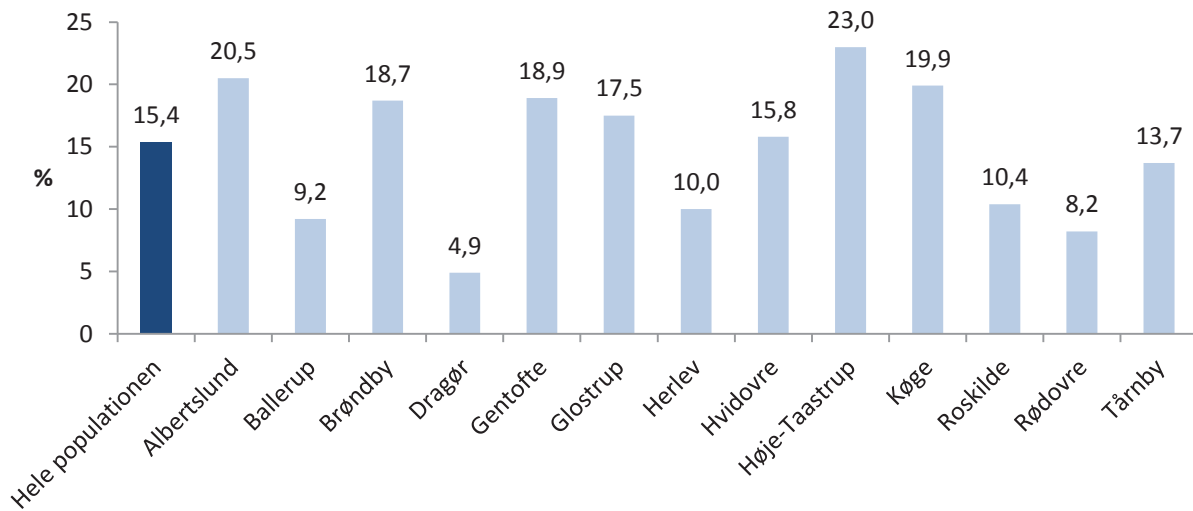


8.4.4 Bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel

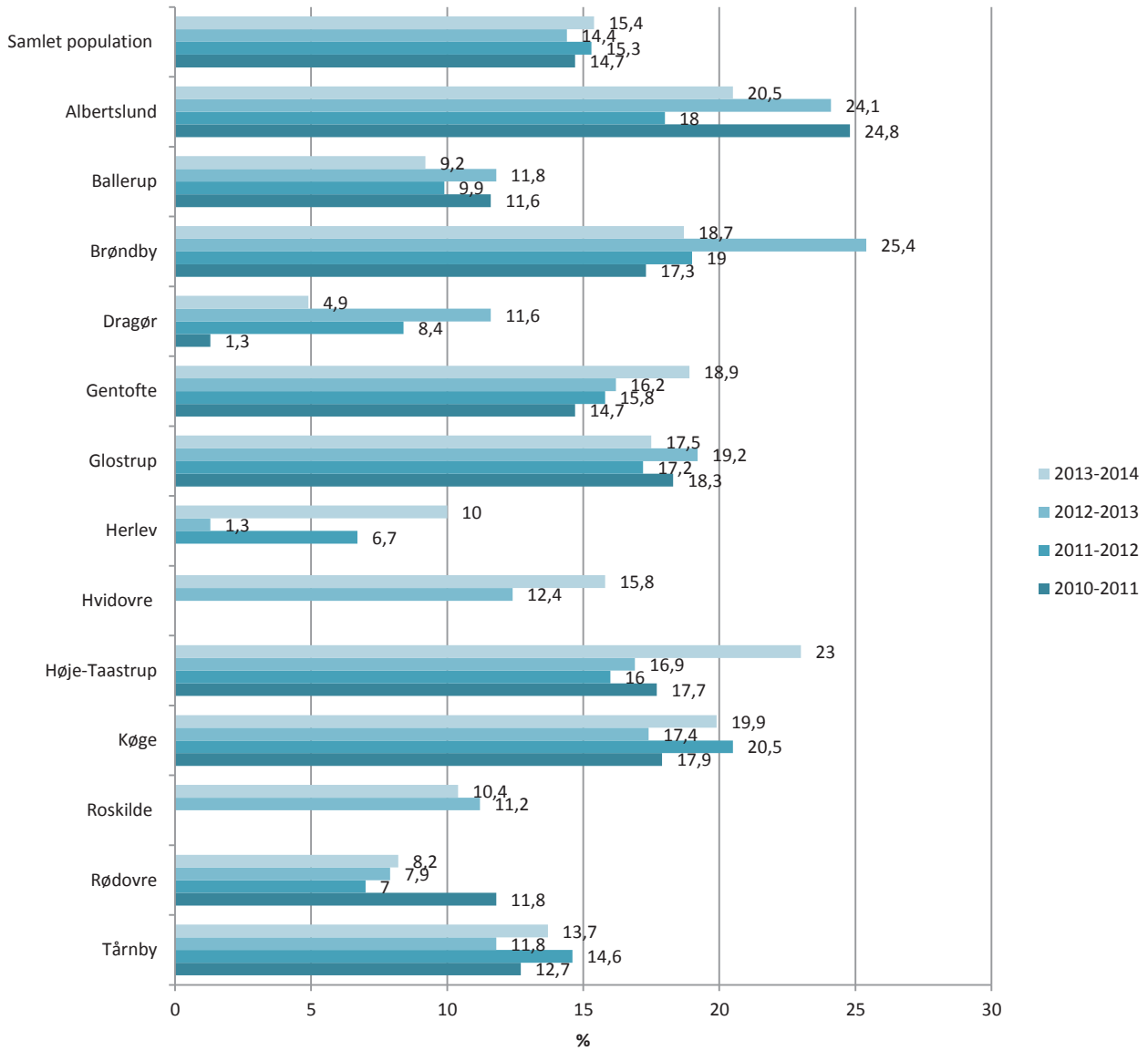
Ud over de forhold og indikatorer der tidligere er bekræftet i denne rapport, kan sundhedsplejersken på baggrund af observationer af og kontakt til barnet, registrere bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel i følgende kategorier: trist, urolig/ukoncentreret, manglende øjenkontakt, kontaktsøgende, 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. For 85,8 % af børnene indskolingsundersøgt i 2013/14 er der oplysninger om sundhedsplejerskens observation af barnets øvrige udvikling og trivsel.

Sundhedsplejersken har bemærkninger til én eller flere af de nævnte kategorier hos 15,4 % af børnene indskolingsundersøgt i 2013/14 (figur 8.z). Forekomsten af bemærkninger har ligget forholdsvis stabilt de seneste fire år (figur 8.æ)

Figur 8.z Forekomst af bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel



Figur 8.æ Udvikling i forekomst af bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel



)

9 Referencer

- Andersen E, Hutchings B, Jansen J, Nyholm M: Højde og vægt hos danske børn. *Ugeskrift for Læger*, 1982; 144: 1760-65.
- 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
- Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA: Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, 2007 335: 194.
- Cole, T.J., Lobstein, T.: Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012; 7 (4), 284-294.
- 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.
- 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., & Sothill, 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. (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., Grijota, 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.
- 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.
- 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.
- Henningsen, 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.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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
- Payne, V. G., & Isaacs, L. D. (2011). *Human Motor Development: A Lifespan Approach* (8 ed.). New York, N.Y.: McGraw-Hill.
- 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.
- 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. (2009). Når mor og far drikker. Faktablade 3: Børn i familier med alkoholproblemer. Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen. (2011). Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2012). Fødselsstatistik 2011. København: Sundhedsstyrelsen.

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

10. Publikationer fra Databasen Børns Sundhed siden 2011

Link til publikationer foreligger på hjemmesiden si-folkesundhed.dk/Links/Databasen

Årsberetninger

2014

Årsberetning om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2012/13

Johansen A, Holstein BE. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

2013

Årsberetning om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2011/12

Jørgensen SE, Svendsen M, Holstein BE. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Årsberetning om børn født i 2011

Jørgensen SE, Rayce SB, Holstein BE. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

2012

Årsberetning om børn født i 2010 -databasen børns sundhed

Brixval CS, Svendsen M, Holstein BE., Styregruppen for Databasen Børns Sundhed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Temarapporter

2014

Børns trivsel ved indskoling. Temarapport om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2012-2013.

Ellegaard Jørgensen S, Svendsen M, Holstein BE. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Gråd, uro og spiseproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker.

Anette Johansen og Bjørn E. Holstein

2013

Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen. Svendsen M, Brixval CS, Holstein BE.

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Søvnproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker. Rayce SB, Ellegaard Jørgensen S, Holstein BE. Styregruppen for Databasen Børns Sundhed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

2012

Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand. Svendsen M, Brixval CS, Holstein BE, Styregruppen for Databasen Børns Sundhed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Motoriske vanskeligheder -Sundhedsplejerskernes undersøgelser af motorik ved indskolingen. Brixval CS, Svendsen M, Holstein BE., Styregruppen for Databasen Børns Sundhed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

2011

Årsrapport for børn født i 2008 og 2009 fra Databasen Børns Sundhed: Amning i 14 kommuner. Christensen AM, Brixval CS, Svendsen M, Laursen B og Holstein BE, Styregruppen for Databasen Børns Sundhed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Rapporter om Region Hovedstaden

2013

Sundhed blandt børn i Region Hovedstaden. Jørgensen SE, Rayce SB, Brixval CS, Denbæk AM, Svendsen M, Holstein BE. Region Hovedstaden København

Artikler

2014

Breastfeeding Practices in Relation to Country of Origin Among Women Living in Denmark: A Population-Based Study

Busck-Rasmussen M, Fredsted Villadsen S, Nyboe Norsker F, Mortensen L, Nybo Andersen AM
Anne-Marie Nybo Andersen
Matern Child Health J DOI 10.1007/s10995-014-1486-z

2013

Trends in prevalence of overweight and obesity in Danish infants, children and adolescents – are we still on a plateau?

Schmidt Morgen C, Rokholm B, Sjöberg Brixval C, Schou Andersen C, Geisler Andersen L, Rasmussen M, Nybo Andersen AM, Due P, Sørensen TI
PLoS ONE 2013; 8: e69860

2011

Opdag psykiske problemer i barnets første leveår

Ammitzbøll J.
Sygeplejersken 2011; 14: 58-59

Sundhedsplejerskeordninger deltager i udvikling af en screening for psykiske helbredsproblemer i 9-10 måneders alderen

Ammitzbøll J
Sundhedsplejersken 2011; 5: 38-39.

Afhandlinger og specialer

2013

Behovssundhedspleje: Epidemiologisk studie af forekomst og prædiktorer blandt 15.418 spædbørnsfamilier

Karen Lassen Mylin
Kandidatspeciale ved den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet

Link til publikationer på hjemmesiden www.si-folkesundhed.dk/Links/Databasen