



# BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem  
sundhedsplejersker og  
Statens Institut for  
Folkesundhed

## Bemærkninger til mad og måltider

Temarapport og årsrapport  
Børn indskolingsundersøgt  
i skoleåret 2015-2016



*Anette Johansen og Bjørn E. Holstein*

Indskoling  
skoleåret  
2015-2016



# Bemærkninger til mad og måltider

Temarapport og årsrapport

Børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2015-2016

© Statens Institut for Folkesundhed 2017.

Statens Institut for Folkesundhed

Øster Farimagsgade 5A

1353 København K

[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

Udarbejdet for Bestyrelsen for Databasen

Børns Sundhed af:

Anette Johansen og Bjørn E. Holstein

Bestyrelsen:

Caspersen Lene, sundhedsplejerske,

Høje Taastrup Kommune

Due Pernille, forskningsleder, professor, dr. med.,

Statens Institut for Folkesundhed

Glismann Hannah, ledende sundhedsplejerske,

MSP, Albertslund Kommune

Holstein Bjørn, professor emeritus,

Statens Institut for Folkesundhed

Juhl Tine, centerchef for Center for Familie og

Forebyggelse, Glostrup Kommune

Kepp Tove, praktiserende læge,

Mølholm Hansen Bo, overlæge,

Region Hovedstaden

Møller Lene, ledende sundhedsplejerske, MSP,

Rødovre Kommune

Olesen Karen Marie, systemansvarlig og sund-

hedsplejerske, MPH, Aarhus Kommune

Poulsen Annette, sundhedsplejerske, MSP,

IBCLC, Sundhedsstyrelsen

Rasmussen Helle, ledende sundhedsplejerske,

MSP, Roskilde Kommune

Rønnekamp Pia, fagchef Sundhedsplejen,

MPG, Brøndby Kommune

Schack-Nielsen Lene, specialkonsulent,

Region Hovedstaden

Skovgaard Anne Mette, forskningsleder,

adjungeret professor, overlæge, dr. med.,

Københavns Universitet og Syddansk Universitet

Fotoleverandør: Modelbilleder fra Colourbox

Publikationen refereres således:

Databasen Børns Sundhed, Johansen A, &

Holstein B.E. Bemærkninger til mad og måltider.

Temarapport og årsrapport. Børn indskolings-

undersøgt i skoleåret 2015-2016.

København: Databasen Børns Sundhed og

Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2017.

Publikationen kan frit refereres med tydelig

kildeangivelse.

Publikationen kan downloades fra internet-

adressen [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

Elektronisk ISBN : 978-87-7899-355-7

# Forord

Børns ernæring, mad- og måltidsvaner er et centralt tema i sundhedsplejerskernes arbejde og deres rådgivning af forældre og børn. Ernæring, mad- og måltidsvaner er vigtigt for barnets sunde udvikling, og det er et område, som optager børnefamilier. Denne temarapport fra Databasen Børns Sundhed handler om mad og måltider hos indskolingsbørn belyst ved hjælp af sundhedsplejerskers journaler.

Rapporten er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 6.290 børn, der er indskolingsundersøgt i skoleåret 2015-2016. Børnene stammer fra tretten kommuner: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Roskilde, Rødovre og Tårnby. Data er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale, og databasen giver en systematisk og sammenlignelig dokumentation af børns sundhed og sundhedsplejerskernes ydelser.

Databasen ledes af en tværfaglig og tværsektorielt sammensat bestyrelse og et forretningsudvalg, 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 drift og data, mens kommunerne er ansvarlige for indsamlingen af data. Det er de ledende sundhedsplejersker, der bestemmer temaerne for de årlige rapporter.

Temarapporten er udarbejdet af projektleder Anette Johansen samt konsulent og sundhedsplejerske Lisbeth Wilms og professor Bjørn E. Holstein. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen.

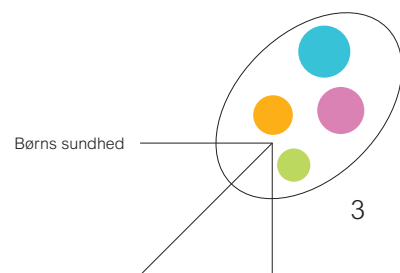
Vi ønsker at rette en varm tak til alle sundhedsplejerskerne og de ledende sundhedsplejersker i de deltagende kommuner for det positive og engagerede samarbejde – det er helt afgørende for kvaliteten og den fortsatte udvikling af databasen. En særlig tak til sundhedsplejerskerne Dorthe Jordal, Mia Borgstrøm, Gitte Bødker Thomsen og Maria Rasmussen for deres hjælp til at forstå, hvad der ligger til grund for en bemærkning om mad og måltider i journalen.

Det glæder os meget, at 19 nye kommuner har tilmeldt sig Databasen Børns Sundhed fra 2017. Det er vores håb, at endnu flere kommuner vil tilslutte sig databasen og derved bidrage til at skabe mere viden om børns sundhed og dokumentation om sundhedspleje som fagområde. Vi glæder os ligeledes over, at vi fra skoleåret 2016-2017 kan følge børnene helt, til de går ud af 9. klasse.

Vi håber, at rapporten og databasens udvidelse vil inspirere forskere til at anvende data fra Databasen Børns Sundhed, således at den forskningsbaserede viden om sundhedspleje og børns sundhed vil blive øget.

Lene Møller  
Ledende sundhedsplejerske, MSP  
Formand for Databasen Børns Sundhed

Morten Grønbæk  
Professor, dr.med.  
Direktør, Statens Institut for Folkesundhed

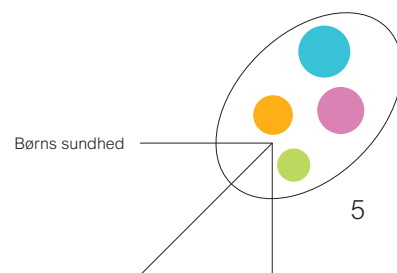




# Indholdsfortegnelse



<b>Forord</b>	side 3	<b>4. Diskussion</b>	52
<b>Resume</b>	6	<b>5. Årstal for børn indskolingsundersøgt i 2015-2016</b>	57
<b>1. Introduktion</b>	8	<b>6. Referencer</b>	81
1.1 Formål	13	<b>7. Oversigt over anvendte variable</b>	86
<b>2. Data og metode</b>	14	<b>8. Logistiske regressionsanalyser</b>	88
2.1 Indskolingsundersøgelsen	14	<b>9. Oversigt over rapporter fra Databasen Børns Sundhed</b>	91
2.2 Datagrundlag	14		
2.3 Variabelbeskrivelse	16		
<b>3. Resultater</b>	17		
3.1 Forekomst, udvikling og kommunevariationer	17		
3.2 Sociodemografiske faktorer	29		
3.3 Bemærkninger til mad og måltider i relation til trivsel og udvikling ved skolestart	34		
3.4 Forhold i første leveår	44		



# Resumé

Børns ernæring, mad- og måltidsvaner er et centralt tema i sundhedsplejerskernes arbejde og deres rådgivning af forældre og børn. Ernæring, mad- og måltidsvaner er vigtigt for barnets sunde udvikling, og det er et område, som optager børnefamilier. Denne temarapport fra Databasen Børns Sundhed handler om mad og måltider hos indskolingsbørn belyst ved hjælp af sundhedsplejerskers journaler.

**Formålet** med rapporten er; 1) at beskrive forekomsten af bemærkninger til mad og måltider, herunder udviklingen siden 2007 samt forekomsten i de deltagende kommuner, 2) at undersøge hvorvidt bemærkninger til mad og måltider ved indskoling er relateret til socioøkonomiske og familiemæssige forhold, barnets trivsel og sundhed ved indskoling, barnets vægtstatus ved indskoling samt barnets trivsel i første leveår.

**Data:** Rapporten er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 6.290 børn, der er indskolingsundersøgt i skoleåret 2015-16. Børnene stammer fra tretten kommuner: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Roskilde, Rødovre og Tårnby. Data er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale, og databasen giver en systematisk og sammenlignelig dokumentation af børns sundhed og sundhedsplejerskernes ydelser.

**Resultaterne** kan samles i fem hovedfund. Det *første* er, at omkring en femtedel af alle indskolingsbørn har mindst én bemærkning til mad og måltider ved indskoling. Der er ganske store forskelle kommunerne imellem i andelen af børn med bemærkninger til mad og måltider

(fra 8,6 % til 30,3 %). Når man ser udviklingen over en ni-årig periode, kan man se svingninger i forekomsten fra år til år uden nogen klar opadgående eller nedadgående tendens.

Det *andet* hovedfund er, at der er nogle grupper af befolkningen, som har lidt højere forekomst af bemærkninger til mad og måltider: Det drejer sig om børn, som er lidt ældre ved skolestart, børn af efterkommere og indvandrere, og børn hvis forældre har kort uddannelse.

Det *tredje* hovedfund er, at der er særligt mange overvægtige og undervægtige børn, som har bemærkninger til mad og måltider: Det er mest udtalt for overvægtige børn, hvor der er bemærkninger til mad og måltider for ikke mindre end 60 % af børnene.

Det *fjerde* hovedfund er, at bemærkninger til mad og måltider ofte findes hos de børn, som har tegn på manglende trivsel: Børn som bliver mobbet, børn, som ikke selv synes, at de trives godt, børn som ikke trives så godt i skolen, børn hvor sundhedsplejersken har skrevet bemærkninger til forældre-barn relationen, til barnets øvrige udvikling og trivsel, til motoriske vanskeligheder eller til fysisk aktivitet.

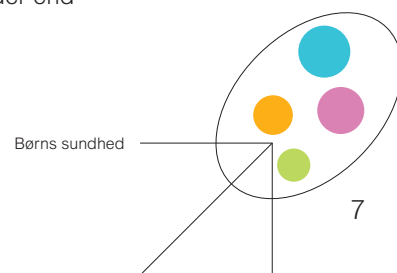
Det *femte* hovedfund er, at der er svage men signifikante sammenhænge mellem barnets trivsel i første leveår og bemærkninger til mad og måltider ved indskoling: Der er fx signifikant flere bemærkninger til mad og måltider blandt de børn, som ikke blev ammet i første leveår, og børn hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til mors psykiske tilstand i første leveår. Der er ligeledes lidt flere bemærkninger til mad og måltider ved indskoling blandt de børn,



hvor sundhedsplejersken i første leveår havde noteret bemærkninger til spising. Denne sammenhæng fandtes kun blandt normalvægtige, ikke blandt overvægtige.

**Konklusion:** En femtedel af alle indskolingsbørn har mindst én bemærkning til mad og måltider ved indskolingen. Forekomsten er forhøjet blandt

børn med følgende kendetegn: De er lidt ældre ved skolestart, de er børn af efterkommere og indvandrere og børn af lavt uddannede forældre. Børn, der har tegn på manglede trivsel, har oftere bemærkninger til mad og måltider. Børn, der er overvægtige eller undervægtige, har også oftere bemærkninger til mad og måltider end børn, der er normalvægtige.



# 1. Introduktion

## Rapportens perspektiv

Børns ernæring, mad- og måltidsvaner er et centralt tema i sundhedsplejerskernes arbejde og deres rådgivning af forældre og børn. Ernæring, mad- og måltidsvaner er vigtigt for barnets sunde udvikling, og det er et tema, som skaber megen bekymring i børnefamilier.

Denne rapport handler om sundhedsplejerskernes bemærkninger ved indskolingsundersøgelsen om barnets mad og måltider. En bemærkning kan være udtryk for en bekymring eller noget, sundhedsplejersken har drøftet med forældrene eller ønsker at følge op på. Rapporten handler *ikke* om det, som i den lægevidenskabelige litteratur benævnes *spiseforstyrrelser* (engelsk: eating disorders, feeding and eating disorders) (Hudson & Court 2012, Rome 2012, Mairs & Nicholls 2016). Sådanne forstyrrelser er sjældne; for eksempel optræder nervøs spisevægring hos højst 1 % af alle børn i denne alder, og nervøs overspisning hos 1-3 % (Campbell & Peebles 2014, Rome 2012). Rapportens emne har berøring med det, som i den videnskabelige litteratur benævnes spiseproblemer (engelsk: eating problems), som er et meget bredere fænomen og forholdsvis almindeligt blandt indskolingsbørn. Man regner med, at mellem en tredjedel og halvdelen af indskolingsbørn efter forældrenes opfattelse har spiseproblemer af typen kræsenhed, ønsker ikke at smage på nye madvarer og spiser for lidt (Equit et al. 2013, Benjasuwantep et al. 2013, Micali et al. 2011). Sådanne problemer kan skabe megen bekymring blandt forældre. Sundhedsplejerskernes bemærkninger til mad og måltider rummer også dette brede fænomen "spiseproblemer".

Kost og måltider studeres af mange forskellige fagdiscipliner: Ernæringsforskere undersøger kostens sammensætning, indhold af næringsstoffer og næringsstofferne betydning for sundheden. Kostforskere undersøger befolkningens indtag af forskellige fødeemner, og hvad det betyder for sundheden. På baggrund af ernærings- og kostforskning har man med baggrund i de nordiske næringsstofanbefalinger formuleret en række officielle kostråd (Tetens et al. 2013). De nyeste kostråd fra 2013, der også gælder børn, lyder således: Spis varieret, ikke for meget og vær fysisk aktiv, spis frugt og mange grøntsager, spis mere fisk, vælg fuldkorn, vælg magert kød og kødpålæg, spis mindre mættet fedt, spis mad med mindre salt, spis mindre sukker og drik vand (Fødevarestyrelsen 2015). Der er særlige anbefalinger for spæd- og småbørn (Sundhedsstyrelsen 2015), som vi ikke kommer ind på her.

Derudover er der en særlig måltidsforskning, som undersøger hyppigheden af måltider og betydningen heraf for børn og voksnes sundhed, familieliv og dagligdag. Denne vil blive beskrevet nærmere nedenfor.

I denne rapport retter vi opmærksomheden mod sundhedsplejerskernes bemærkninger om børnenes spisevaner, herunder kost (som mange kalder mad) og måltider, men rapporten handler *ikke* om næringsstoffer og *ikke* om spiseforstyrrelser.

## Spiseproblemer ved indskolingsalderen

Spiseproblemer er hyppigere forekommende blandt børn, der er beskrevet som mindre omgængelige, vanskelige eller krævende. Haycraft et al. (2011) finder, at en høj forekomst af negative følelser hos 3-4 årige piger var forbundet





med spiseproblemer som unge. Desuden er vanskeligt spædbarnstemperament associeret med negativ måltidsadfærd og madvægring hos småbørn (Haycraft et al. 2011). Børn, der ifølge forældrene er generte og følsomme, har også oftere manglende vilje til at prøve nye fødevarer (Haycraft et al. 2011, Pliner et al. 1997).

Kun få studier har undersøgt betydningen af spiseadfærd hos yngre børn (under 10 år) for spiseproblemer i ungdomsårene. Nogle studier finder en vedvarende sammenhæng mellem kræsenhed og spiseproblemer i teenagealderen, mens andre ikke gør (Hafstad et al. 2013). Kotler et al. 2001 finder, at problematiske måltider, kampe med mad og spisekonflikter i den tidlige barndom er prædiktive for spiseproblemer i ungdomsårene, mens kræsenhed ikke var prædiktiv for spiseproblemer i ungdomsårene.

### **Spiseproblemer hos danske indskolingsbørn**

Der er kun få videnskabelige undersøgelser af danske små- og skolebørns spiseproblemer. Et dansk studie af Micali et al. (2011), der anvender data fra CCC2000, undersøger spisning i 5-7-årsalderen og finder, at mere end halvdelen af forældrene er bekymret for deres barns spisning, fx overspisning, kræsenhed og usunde spisevaner. Børn, som spiser for lidt, har forhøjet risiko for at udvikle psykiske problemer senere i barndommen. På baggrund af samme undersøgelse finder Munkholm et al. ingen sammenhæng mellem spiseproblemer i 5-7-årsalderen og spiseadfærdsproblemer som præteenagere (Munkholm et al. 2016).

### **Kostvaner og sundhed**

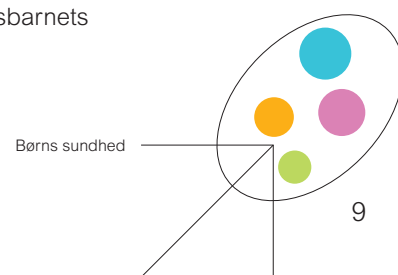
Kostvaner i barndommen føres ofte videre i voksenlivet. Det er derfor vigtigt for børnenes

sundhed og trivsel at støtte dem i at udvikle sunde mad- og måltidsvaner (Rasmussen et al. 2015, Sundhedsstyrelsen 2013, Pedersen et al. 2013). Sunde madvaner i barndommen bidrager til at forebygge helbredsproblemer og alvorlig sygdom tidligt og senere i livet. De kortsigtede konsekvenser af en forkert sammensat kost kan være caries, fedme, træthed og manglende indsats i skolen. De langsigtede konsekvenser kan være kostrelaterede sygdomme, fx flere former for kræft, hjertekarsygdom og sukkersyge (Rasmussen et al. 2015, Willett et al. 2013).

Den internationale litteratur finder, at børn af lavindkomstfamilier gennemsnitligt har mindre sunde kostvaner end børn fra højindkomstfamilier, de spiser fx mindre frugt og grøntsager, mere sukker og fedt, drikker mere sodavand og indtager flere saltholdige snacks (Petrauskiene et al. 2015).

### **Danske skolebørns kostvaner**

Der findes enkelte danske undersøgelser, som har haft fokus på mindre skolebørns kostvaner. En rapport fra Fødevarainstitutet (Pedersen et al. 2015) præsenterer detaljerede informationer om kostindtag blandt et repræsentativt udsnit af 4-14-årige, herunder også ændringer i kostindtag fra perioden 2003-2008 til 2011-2013. Der har i den periode været et skift i indtaget af mælk og surmælksprodukter i retning af de mere fedtbegrænsede varianter. Der er sket et lille fald i indtaget af rugbrød og et tilsvarende stigning i indtaget af groft hvedebrød. Der er sket en stigning i indtaget af grøntsager men et fald i indtaget af frugt og juice. Indtaget af fisk er steget, forbruget af sukker og slik er faldet, og Pedersen et al. (2015) konkluderer, at der overordnet set er sket en positiv udvikling i gennemsnitsbarnets





kost, men at der fortsat er plads til forbedringer, især øget indtag af rugbrød, frugt og fiberholdige grøntsager.

Rasmussen et al. (2015) benytter data fra Skolebørnsundersøgelsen 2014 om 11-åriges kostvaner. Omkring 65 % af de 11-årige spiser frugt hver dag og omkring 70 % grøntsager hver dag. Fødevarestyrelsen anbefaler, at børn mellem fire og ti år spiser 300-500 gram frugt og grønt om dagen afhængig af alderen (Den Nationale Kosthåndbog 2016). Børn bør spise både frugt og grøntsager hver dag. Selv om indtaget af grøntsager er steget blandt børn, så er det langt fra alle børn, der indtager den anbefalede mængde af frugt og grøntsager (Rasmussen et al. 2015, Andersen et al. 2015). Andersen et al. (2015) finder for eksempel, at 35 % af børn i alderen 8-10 år spiser mindre end 300 gram frugt og grønt om dagen (Andersen et al. 2015) og Ottosen et al. (2010) finder, at 14 % af de 7-årige ikke spiser frugt dagligt (Ottosen et al. 2010). De fleste danske undersøgelser finder, at andelen, der spiser frugt og grønt dagligt, er højere blandt piger end blandt drenge. I den seneste Skolebørnsundersøgelse fra 2014 spiste 83 % af de 11-årige piger og 77 % af drengene frugt og grønt dagligt (Rasmusen et al. 2015). Andersen et al. finder dog ingen kønsforskel i indtagelse af frugt og grønt blandt de 8-10-årige (Andersen et al. 2015).

Fødevarestyrelsen anbefaler, at en sund kost højst bør indeholde tilsat sukker svarende til 10 % af kostens energiindhold. Denne mængde svarer til maksimalt 45-55 gram for et skolebarn

(Fødevarestyrelsen 2008). Børn bør maksimalt drikke ½ liter sodavand eller saft om ugen. Indtaget af andre tomme kalorier såsom slik, kiks, chokolade, popkorn m.m. bør begrænses til maksimalt 200 g/uge for 7-10-årige (Sundhedsstyrelsen 2013). Over halvdelen af danske børn spiser og drikker for meget sukker, og ikke mindst hos de større børn og blandt drenge er indtaget højt (Andersen et al. 2015, Sundhedsstyrelsen 2013). En undersøgelse fra det Nationale Center for Velfærd finder, at 19 % af de 7-årige overskrider de anbefalede grænser for indtag af sodavand (Ottosen et al. 2010).

Mælk og mælkeprodukter er en vigtig kilde til calcium og indeholder vigtige vitaminer og mineraler. Et moderat indtag i størrelsesordenen ¼-½ liter mælkeprodukt er optimalt i forhold til at forebygge sygdomme (Beck et al. 2010). Efter 2-årsalderen anbefales det, at barnet drikker skummet-, mini- eller kærnemælk. Andersen et al. (2015) finder, at det gennemsnitlige indtag af mælk blandt danske børn er 340 ml., og at 16 % af de 8-10-årige drikker mindre mælk end anbefalet (<250 ml/dag) (Andersen et al. 2015).

En rapport fra Fødevarainstituttet (Groth et al. 2013) præsenterer analyser af sociale forskelle i mindre børns kostvaner. Ligesom Skolebørnsundersøgelsen 2014 (Rasmussen et al. 2015) finder også Groth et al. (2013), at kostvanerne som hovedregel er mindst sunde blandt børn af forældre med kort uddannelse, en tendens som er mest udtalt blandt drenge. De konkluderer, at disse forskelle må antages at have sundhedsmæssig betydning og bidrage til sociale forskelle i overvægt blandt drenge. De konkluderer også, at næsten alle grupper befinder sig et stykke fra anbefalingerne for en sund kost.



## Måltidsvaner og sundhed

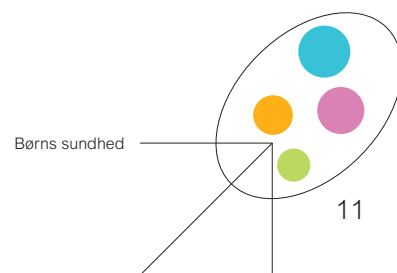
**Et vanskeligt begreb:** Måltidsvaner er et udfordrende begreb, fordi det er svært at definere et måltid, og fordi forskellige familier har vidt forskellig opfattelse af begrebet. Nogle børn har daglige måltider med deres familier, mens andre børn springer måltiderne over og erstatter dem måske med småspisen fra køleskabet eller spisning i sofaen foran fjernsynet.

**Regelmæssighed er vigtig:** Ud fra en ernæringsmæssig vinkel er der ingen klare retningslinjer for hvornår og hvor ofte, måltider skal indtages (Rasmussen et al. 2015). Men det meste forskning om måltidsvaner fremhæver, at regelmæssige måltidsvaner er vigtige for børn: Den videnskabelige litteratur om børns måltidsvaner er beskedent, men den viser, at regelmæssige måltider har en positiv effekt på børns madvaner (Nicklas et al. 2001, Rampersaud et al. 2005, Pedersen et al. 2012), vægtudvikling (Rampersaud et al. 2005, Fabritius & Rasmussen 2008, Szajewska & Rusczyński 2010), spiseproblemer og generelle sundhedsvaner (Rasmussen et al. 2015). Flere studier finder, at børn fra ressourcerstærke familier har mere regelmæssige måltidsvaner end børn fra ressourcetsvage familier (Höglund et al. 1998, Johansen et al. 2006). Et uregelmæssigt måltidsmønster øger risikoen for, at der spises usund mad mellem måltiderne. Når måltider undlades, kan det derfor let komme til at betyde, at den samlede kost indeholder for meget sukker og fedt (Fabritius & Rasmussen 2007).

**Gode effekter af regelmæssige måltider med familien:** Megen af den eksisterende viden om børn og måltider stammer fra en forskergruppe i Minnesota, USA, som har studeret måltidsvaner

blandt over 4.000 børn og siden fulgt disse børn i mere end 25 år. Denne forskergruppe har dokumenteret mange positive effekter på børns sundhed og udvikling af at have regelmæssige måltider sammen med voksne. De fælles måltider styrker familierelationerne (Fulkerson et al. 2010, Berge et al. 2013), bidrager til at udvikle sundere spisevaner (Larson et al. 2013, Woodruff & Hanning 2008, Pedersen et al. 2012), har en vis beskyttende virkning mod overvægt (Larson et al. 2013, Valdés et al. 2013, Berge et al. 2014), giver bedre mental sundhed (Franko et al. 2008, Eisenberg et al. 2004, Elgar et al. 2013, Skeer et al. 2013, Utter et al. 2013), giver en vis beskyttelse mod rygning og alkoholindtag i de unge år (Goldfarb et al. 2014), modvirker spiseproblemer i de unge år (Neumark-Sztainer et al. 2008), styrker familiens funktion (Franko et al. 2008, Fulkerson et al. 2008), hvortil kommer, at disse børn også klarer sig bedre i skolen (Hoyland et al. 2009). Årsagerne bag disse sammenhænge er ukendte, men alt tyder på, at effekten ikke blot kan tilskrives de gode madvaner, men at selve måltidet også bidrager til sundhed, trivsel og god funktion (Neumark-Sztainer et al. 2010). Forskningen viser ligeledes, at måltidsvaner etableret i ungdommen følger barnet ind i voksenlivet (Pedersen et al. 2013).

**Særligt om morgenmad:** Det meste forskning om børns måltidsvaner handler om morgenmad. Regelmæssige morgenmadsvaner er associeret med sundere spisemønstre, der lever op til de anbefalede næringsniveauer samt bedre læring og præstationer i skolen (Jørgensen et al. 2011). Uregelmæssige måltidsvaner er tilsvarende associeret med overvægt (Manios et al. 2015) og problemer med at koncentrere sig i skolen





(Jørgensen et al. 2011) (Pedersen et al. 2015). Jo ældre børnene bliver, desto større risiko er der for, at de springer morgenmaden over. Andre risikofaktorer for at springe morgenmaden er, at man er dreng, fra lavere socialgrupper, indvandrere eller boende i en eneforsørger- eller rekonstrueret familie (Pedersen et al. 2015, Jørgensen et al. 2011).

Der er store internationale variationer i skolebørns morgenmadsvaner. I USA er vanerne nærmest gået i opløsning, og kun omkring 40 % af børnene spiser morgenmad hver dag. Det tilsvarende tal i Danmark og flere andre europæiske lande er omkring 80 % (Currie et al. 2012).



**Særligt om frokost:** Der er kun få studier af børns frokostvaner, og resultaterne af disse studier er ofte modstridende. Skolebørnsundersøgelserne finder, at 14 % af de 11-årige drenge og 8 % af 11-årige piger springer frokosten over mindst tre hverdage om ugen (Rasmussen et al. 2015). Danske indskolingsbørn indtager deres frokost på skolen, hvorfor det er vigtigt at have betydningen af skolernes strukturelle rammer for øje.

**Særligt om aftensmad:** Der er kun få studier af børns aftensmadvaner. I mange lande i Europa og Nordamerika er disse vaner under afvikling, idet de færreste børn spiser et aftensmåltid med deres familie de fleste dage. I Danmark er tallet langt højere, se nedenfor.

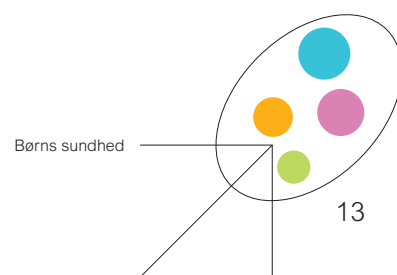
### Danske skolebørns måltidsvaner

Undersøgelserne fra Statens Institut for Folkesundhed præsenterer nogle grove indikatorer for børns måltidsvaner. Eksempelvis rapporterer Johansen et al. (2009), at over 90 % af de 6-8-årige spiser morgenmad alle ugens hverdage, og at kun 4-7 % af de 7-årige normalt ikke spiser morgenmad. Næsten alle spiser aftensmad sammen med familien mindst fem dage om ugen. Skolebørnsundersøgelsen 2014 finder, at ca. hver tiende 11-årige springer morgenmad over mindst tre hverdage om ugen (12 % af pigerne og 11 % af drengene) (Rasmussen et al. 2015).

## 1.1 Formål

Gennemgangen ovenfor viser, at der er en del studier af kostvaner og måltidsvaner blandt mindre skolebørn, og der er især en del internationale studier, som fremhæver, at måltidsvanerne er vigtigere for barnets sunde udvikling end hidtil erkendt. Men den eksisterende forskning har kun i ringe grad inddraget sundhedsplejerskernes perspektiv og deres observationer af eventuelle spiseproblemer og problemer med mad og måltider ved indskoling. Sundhedsplejersker ser (næsten) alle børn ved indskoling og har ofte en ganske grundig samtale med barn og forældre om kost og måltidsvaner. Derfor kan en systematisk opgørelse af sundhedsplejerskernes bemærkninger om mad og måltider bidrage med ny viden om forekomsten af problemer og om hvorledes bemærkninger til mad og måltider hænger sammen med barnets og familiens sociale og demografiske baggrund, og med barnets trivsel og sundhed i det hele taget. Derfor er formålet med denne rapport

- 1) at beskrive forekomsten af bemærkninger til mad og måltider, herunder udviklingen siden 2007, samt forekomsten i de deltagende kommuner
- 2) at undersøge, hvorvidt bemærkninger til mad og måltider ved indskoling er relateret til:
  - socioøkonomiske og familiemæssige forhold
  - barnets trivsel og sundhed ved indskoling
  - barnets vægtstatus ved indskoling
  - barnets trivsel i første leveår



## 2. Dato og metode

### 2.1 Indskolingsundersøgelsen

Det er sundhedsplejens opgave at føre tilsyn og monitorere børns fysiske og psykiske sundhed samt tilbyde oplysning og vejledning til børn og forældre med henblik på at fremme børnenes sundhed, udvikling og trivsel.

På skoleområdet stilles krav om undersøgelse ved ind- og udskoling samt regelmæssige undersøgelser og samtaler gennem skoleforløbet (Sundhedsstyrelsen 2011).

Formålet med indskolingsundersøgelsen, er at vurdere barnets udvikling, helbred, trivsel og sundhedsmæssige skoleparathed samt at vejlede om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart. Ifølge vejledningen er det obligatorisk at undersøge syn, hørelse, vægt, højde, sprog, søvnvaner, spisevaner, motorik og sociale relationer. Ved symptomer på sygdom eller mistanke om sygdom henvises barnet til udredning hos praktiserende læge (Sundhedsstyrelsen 2011). Barnets spisevaner hører således til de obligatoriske emner. Næsten alle børn i den skolepligtige alder deltager i de undersøgelser, der findes i skoleregion. Det betyder, at data fra sundhedsplejerskerne giver et billede af sundheden, som er dækkende for indskolingsbørnene i de deltagende kommuner.

Det er frivilligt, om familier ønsker at benytte sig af sundhedsplejetilbud. Hvis familierne anvender tilbuddene er det til gengæld lovbestemt, at sundhedsplejersken skal føre journal. Det medfører, at familier i databasekommunerne automatisk indgår i Databasen Børns Sundhed. Databasen Børns Sundhed er godkendt af Datatilsynet. Når forskere benytter data til analyser af børns sundhed og trivsel, herunder denne rapport, er disse data dog anonymiseret. Det

anvendte datasæt indeholder ingen oplysninger om navne eller CPR-numre, hverken på børnene, forældrene eller sundhedsplejerskerne.

### 2.2 Datagrundlag

Rapporten bygger på data fra sundhedsplejerskejournaler fra indskolingsundersøgelser, der er gennemført i skoleåret 2015-2016. Tretten kommuner; Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Rødovre, Roskilde og Tårnby, har indsendt data via udtræk fra elektroniske sundhedsplejerskejournaler. For børn, der boede i én af de tretten databasekommuner i deres første leveår, indgår der desuden data fra spædbørnsbesøgene.

Der indgår i alt data om 6.290 børn, som er indskolingsundersøgt i skoleåret 2015-2016. Tabel 1 viser, hvor mange børn fra hver kommune, der indgår i årsrapporten, når børn med ugyldigt CPR-nummer og børn uden information i de indsendte journaler er rensset fra. Tabel 1 viser endvidere, hvor stor en andel børnene i de enkelte kommuner udgør af den samlede population.

Børn, for hvem der ikke er noteret oplysninger om mad og måltider ved indskolingen, indgår ikke i temarapporten, men i årsrapporten.

Tabel 2 viser antal og andel børn med oplysninger om mad og måltider ved indskolingen for hver kommune. For 5.630 børn er der oplysninger om mad og måltider ved indskoling, svarende til 89,5 % af de indskolingsundersøgte børn.

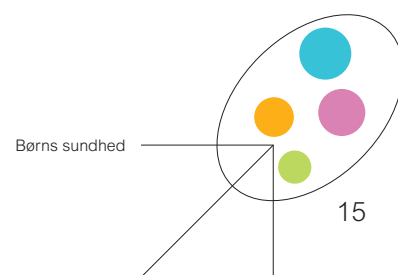


**Tabel 1. Antal børn der indgår i årsrapporten**

Kommune	Antal børn, der indgår i årsrapporten	Andel børn af hele populationen (%)
Albertslund	312	5,0
Ballerup	519	8,3
Brøndby	282	4,5
Dragør	225	3,6
Gentofte	1010	16,1
Glostrup	240	3,8
Herlev	264	4,2
Hvidovre	552	8,8
Høje-Taastrup	524	8,3
Køge	577	9,2
Roskilde	908	14,4
Rødovre	398	6,3
Tårnby	479	7,6
Hele populationen	6.290	100,0

**Tabel 2. Antal og andel børn, der har oplysninger om mad og måltider ved indskolingen**

Kommune	Antal børn med oplysninger om mad og måltider ved indskoling	Andel børn med oplysninger om mad og måltider (%)
Albertslund	297	95,2
Ballerup	409	78,8
Brøndby	238	84,4
Dragør	198	88,0
Gentofte	950	94,1
Glostrup	226	94,2
Herlev	242	91,7
Hvidovre	495	89,7
Høje-Taastrup	492	93,9
Køge	513	88,9
Roskilde	763	84,0
Rødovre	374	94,0
Tårnby	433	93,0
Hele populationen	5.630	89,5





### 2.3 Variabelbeskrivelse

Afsnittet her beskriver temarapportens hovedvariabel, som er bemærkninger til mad og måltider. De resterende variable, der indgår i rapporten, er beskrevet i tabel 7 (kap. 7). Bemærkninger til mad og måltider ved indskoling er baseret på sundhedsplejerskernes registrering af bemærkninger til mad og måltider. Ifølge vejledningen skal der sættes kryds i "ingen bemærkninger til mad og måltider" hvis:

- Barnet spiser morgenmad og frokost.
- Mellemmåltiderne ikke skønnes at tage appetitten fra de øvrige måltider.
- Barnets indtag af sukker/slik og sukkerholdige væsker ikke skønnes overdrevent.
- Barnet spiser frugt/grønt svarende til anbefalingerne.
- Barnet indtager ½ liter fedtfattige mælkeprodukter dagligt.
- Barnet ikke er kræsente.
- Der ikke er andre bemærkninger.

Vi har fået hjælp fra fire sundhedsplejersker til at forstå, hvad der ligger bag en sådan bemærkning. De fortæller, at det er et tema, som sundhedsplejerskerne kommer igennem for alle børn, ikke blot et mindretal af børn såsom overvægtige eller børn fra ressourcetsvage hjem.

Det er et tema, som har høj prioritet i indskolingsundersøgelsen, fordi det er vigtigt, og fordi det kan være en indgang til en samtale om mange andre facetter af barnets sundhed. I samtalen med forældrene og barnet får sundhedsplejersken oplysninger om måltidsvaner og madvaner, herunder indtag af mælk, slik, frugt og grønt. Hun får også afdækket eventuelle bekymringer fra forældre, fx om barnet er småtspisende eller kræsente. Mange af de temaer, der tales om, passer ikke med journalens afkrydsningsfelter, og de ender derfor i feltet "andet".

På grundlag af samtalen med forældre og barn foretager sundhedsplejersken en samlet vurdering af, om der er grund til bekymring og opfølgning. Sundhedsplejersken skriver ikke nødvendigvis en bemærkning, blot fordi forældrene er bekymrede, og hun skriver en bemærkning, hvis hun har faglig grund til det, uanset om forældrene siger, at der ikke er problemer. På dette grundlag opfatter vi en bemærkning til mad og måltider som udtryk for sundhedsplejerskens samlede faglige vurdering.

Hvis barnet er blevet henvist som følge af en bemærkning til mad og måltider, skal sundhedsplejersken også afkrydse dette.



# 3. Resultater



I dette afsnit præsenteres først forekomsten og udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til mad og måltider i den samlede population og i de deltagende kommuner. Herefter præsenteres andelen af børn med bemærkninger til mad og måltider opdelt på socioøkonomiske faktorer, trivsels- og sundhedsindikatorer samt vægtstatus ved indskolingen.

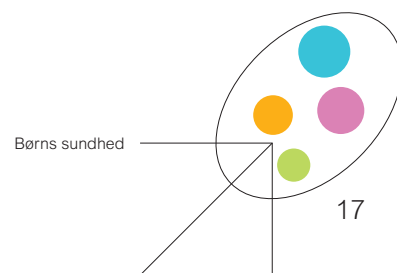
## 3.1 Forekomst, udvikling og kommunevariationer

For hvert femte barn har sundhedsplejersken noteret mindst én bemærkning til mad eller måltider. Af tabel 3 fremgår det, at 15,9 % af børnene har én bemærkning, 3,1 % har to bemærkninger, 0,8 % har tre bemærkninger, og 0,3 % har fire eller flere bemærkninger til mad og måltider. Der er således 4,2 % af børnene, der har mere end én bemærkning til mad og måltider. Kun 15 børn, svarende til 0,3 %, har sundhedsplejersken henvist videre som følge af en bemærkning til barnets mad og måltider.



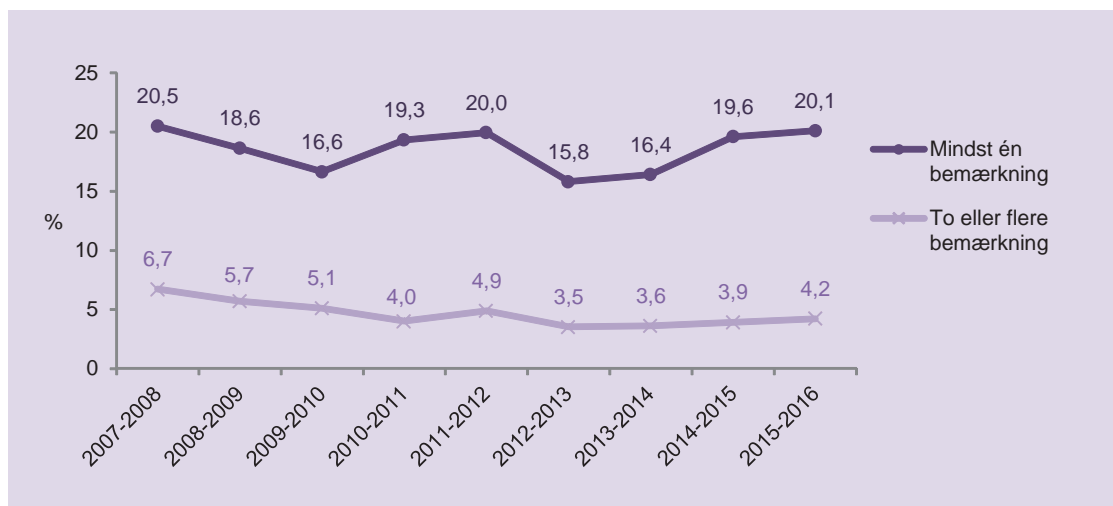
**Tabel 3. Antal og andel af børn, med bemærkning om mad og måltider ved indskolingen**

	Antal børn	Procent af hele populationen
Ingen bemærkning	4500	79,9
En bemærkning	894	15,9
To bemærkninger	174	3,1
Tre bemærkninger	45	0,8
Fire eller flere bemærkninger	17	0,3





Figur 1. Andelen af børn med bemærkning til mad og måltider opdelt på skoleår



Figur 1 viser udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til mad og måltider opdelt på skoleår siden 2007. Andelen af børn med mindst én bemærkning har ligget mellem 15,8 % og 20,5 %. Lavest rapporteret forekomst af mindst én bemærkning til mad og måltider ses i skoleåret 2012-2013. Højest forekomst ses for børn indskolingsundersøgt i skoleåret i 2007-2008. Siden skoleåret 2012-2013 har der været en opadgående trend. Figuren viser også, at andelen af børn med to eller flere bemærkninger til mad og måltider har ligget mellem 3,5 % og 6,7 %.

Figur 2 viser andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider opdelt på kommune for skoleåret 2015-2016. Af figuren ses, at andelen svinger mellem 8,6 % og 30,3 %.

Figur 3 viser andelen af børn med to eller flere bemærkninger til mad og måltider. Her ses det, at variationen mellem kommunerne er stor, andelen af børn med to eller flere bemærkninger svinger mellem 0,8 % og 9,1 %. Udviklingen i andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider i de enkelte kommuner fremgår af figur 4.



Figur 2. Andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider opdelt på kommune for skoleåret 2015-2016

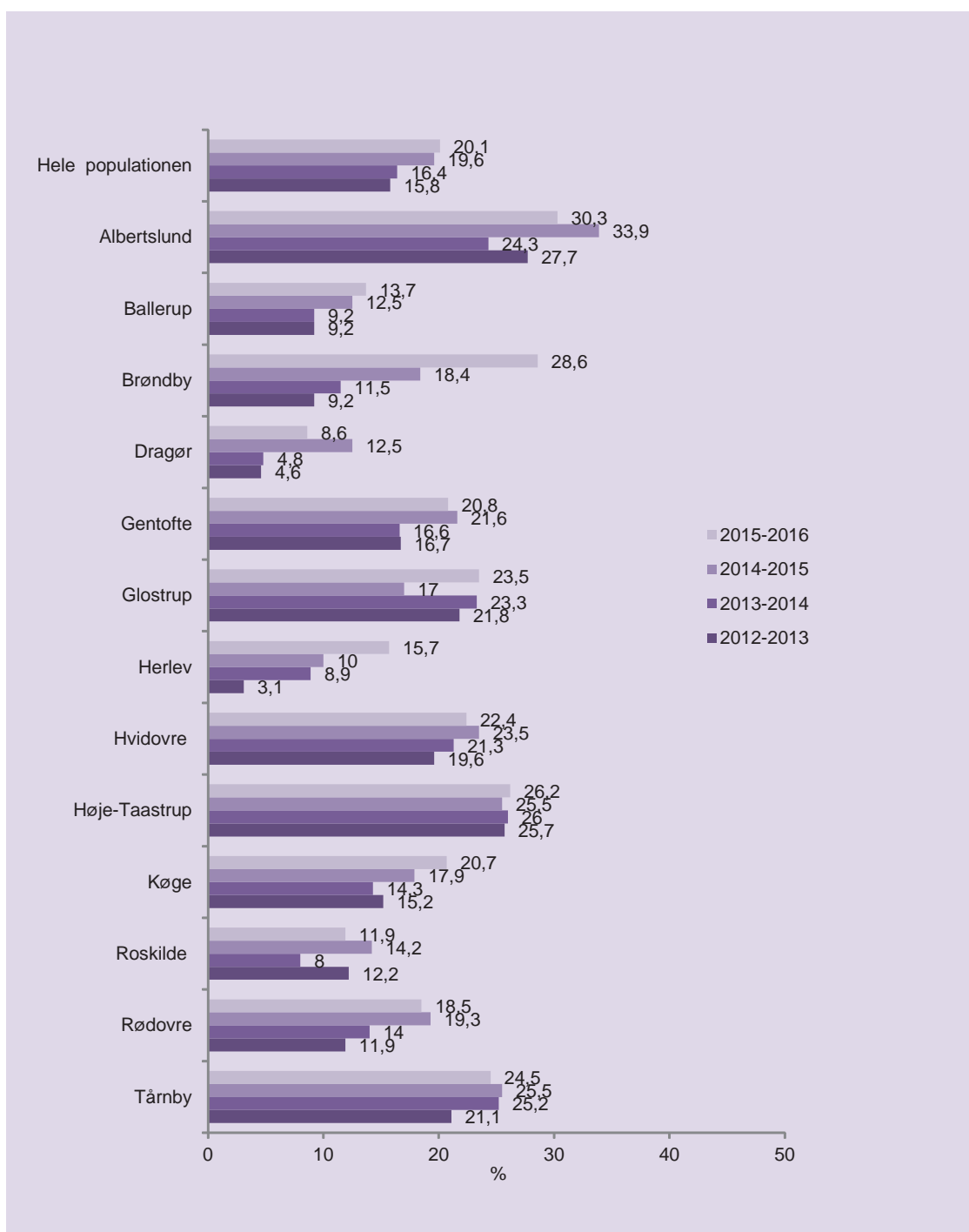


Figur 3. Andelen af børn med to eller flere bemærkninger til mad og måltider opdelt på kommune for skoleåret 2015-2016



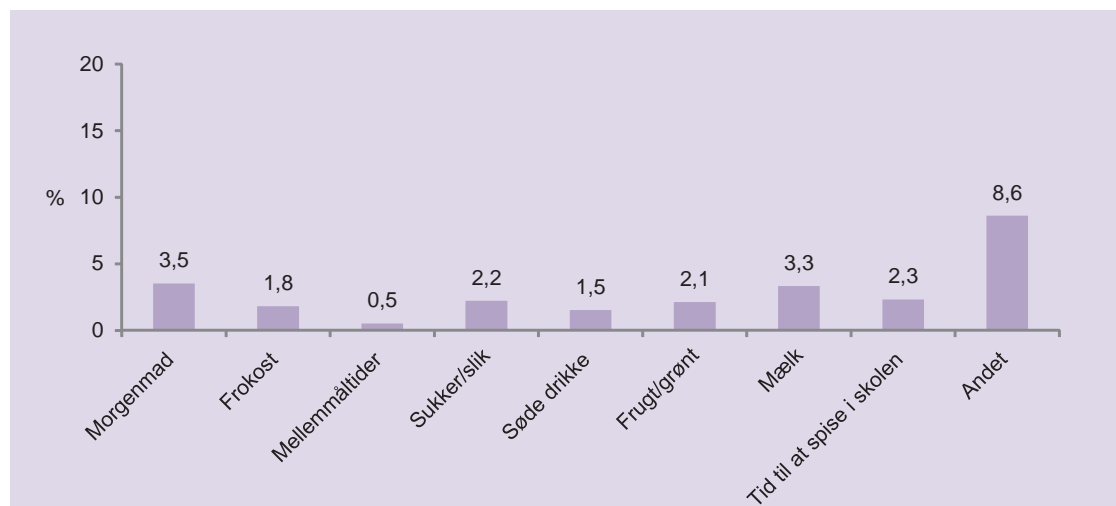


Figur 4. Udviklingen i andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider opdelt på kommune for skoleåret 2012-2013 til 2015-2016





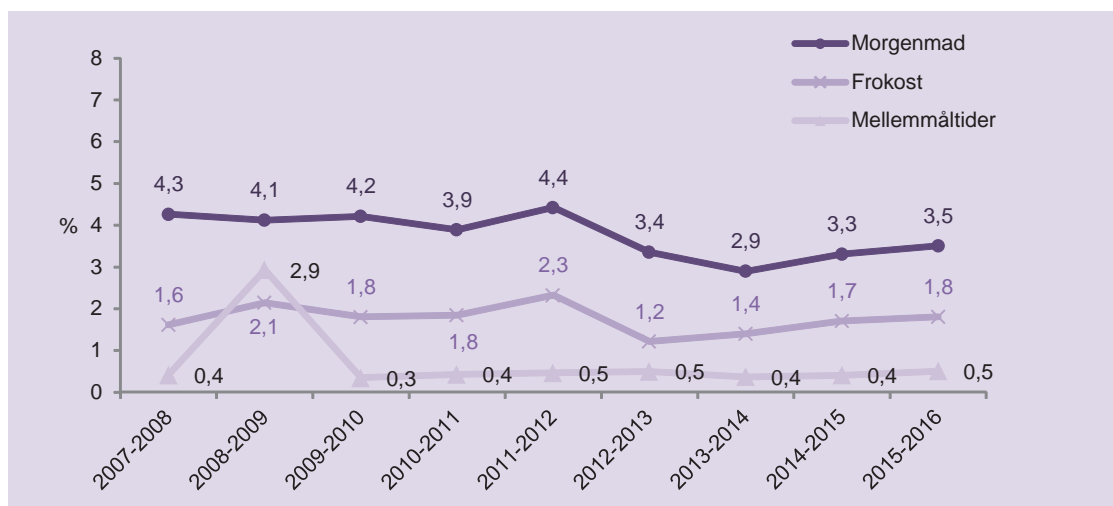
Figur 5. Andelen af børn med de enkelte typer af mad- og måltidsbemærkninger



Figur 5 viser, hvad det er, sundhedsplejersken har noteret bemærkninger til. For 3,5 % af børnene omhandler bemærkningen morgenmad, for 3,3 % omhandler bemærkningen barnets indtag af mælk, for 2,3 % omhandler bemærkningen, at barnet ikke har tid nok til at spise i skolen, for 2,2 % omhandler bemærkningen barnets indtag af sukker og/eller slik, for 2,1 % af børnene omhandler bemærkningen, at barnet ikke lever op til anbefalingerne om frugt og grønt, for 1,8 % omhandler bemærkningen frokost, for 1,5 % omhandler bemærkningen, barnets indtag af søde drikke, og for 0,5 % omhandler bemærkningen mellemmåltider. For 8,6 % af børnene har sundhedsplejersken noteret en bemærkning, fordi hun er bekymret for noget andet omkring barnets mad og måltider end de på forhånd standardiserede kategorier. Summen af søjlerne giver mere end 20,1 %, da det er muligt at skrive bemærkninger til mere end ét emne pr. barn.



Figur 6. Andelen af børn med bemærkninger til måltider opdelt på skoleår



Figur 6 viser udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til måltider opdelt på skoleår siden 2007-2008. Af figuren ses, at andelen af børn med bemærkninger til morgenmad har svinget mellem 2,9 % og 4,4 %, andelen med bemærkninger til frokost har svinget mellem 1,2 % og 2,3 %, og andelen af børn med bemærkninger til mellemmåltider har (med undtagelse af skoleåret 2008-2009) ligget på under 0,5 %. Hvad der ligger til grund for den højere andel af børn med bemærkninger til mellemmåltider i 2008-2009, har vi ikke nogen forklaring på.

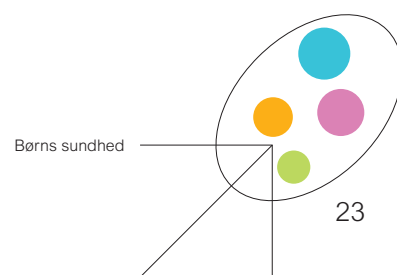
Figur 7 og 8 viser andelen af børn med bemærkninger til henholdsvis morgenmad og frokost opdelt på kommune. Andelen med bemærkninger til morgenmad svinger mellem 0,0 % og 8,4 % i kommunerne (figur 7), og andelen af børn med bemærkninger til frokost svinger mellem 0,0 % og 3,4 (figur 8). Bemærkninger til mellemmåltider ligger i alle kommuner på under 1,5 % (ikke vist).



Figur 7. Andelen af børn med bemærkninger til morgenmad opdelt på kommune

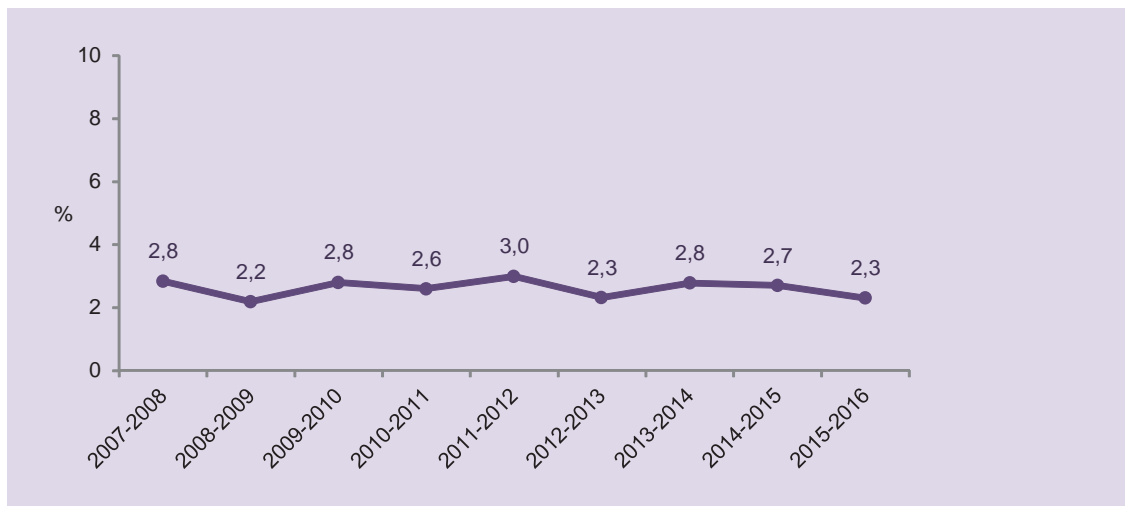


Figur 8. Andelen af børn med bemærkninger til frokost opdelt på kommune





Figur 9. Andelen af børn med bemærkninger til tid afsat til spising i skolen opdelt på skoleår



Figur 10. Andelen af børn med bemærkninger til tid afsat til spising i skolen opdelt på kommune



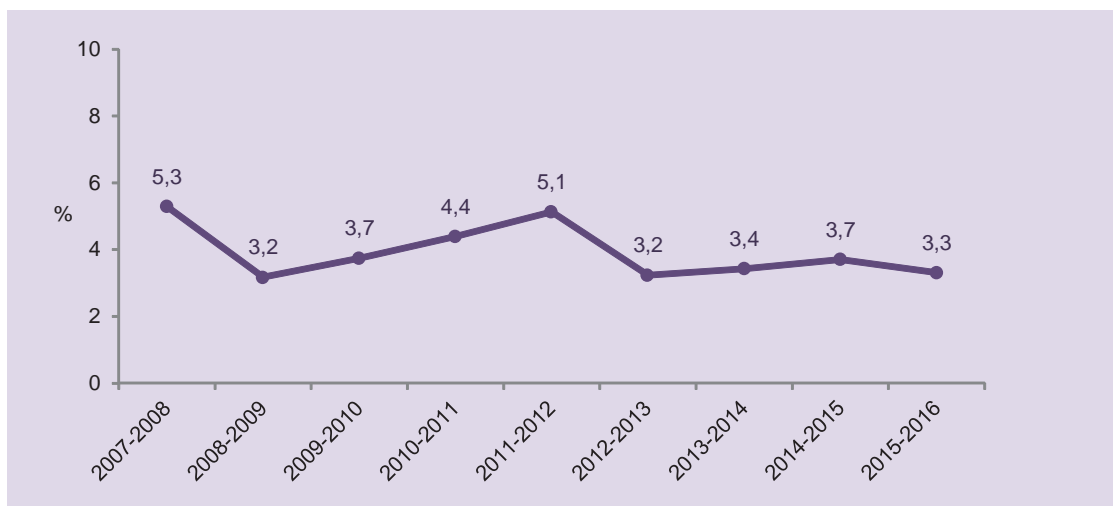
Figur 9 viser udviklingen i andelen af børn med bemærkning til, at der ikke er tid nok til at spise på skolen, opdelt på skoleår siden 2007-2008. Af figuren ses, at andelen af børn med bemærkninger til tid afsat til spising på skolen har svinget mellem 2,2 % og 3,0 % i perioden.

Af figur 10 fremgår det, at der er variation i andelen af børn med bemærkninger til tiden til at spise på skolen kommunerne imellem. I to kommuner er der ikke noteret bemærkninger til dette for nogen børn, og i en kommune er der noteret bemærkning om dette for 6,0 % af børnene.





Figur 11. Andelen af børn med bemærkninger til mælk opdelt på skoleår

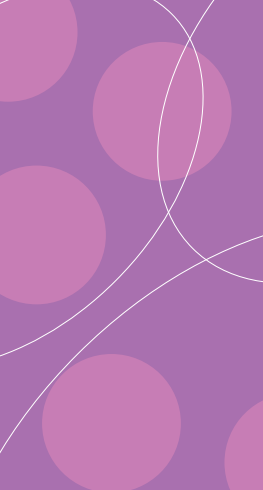


Figur 12. Andelen af børn med bemærkninger til mælk opdelt på kommune

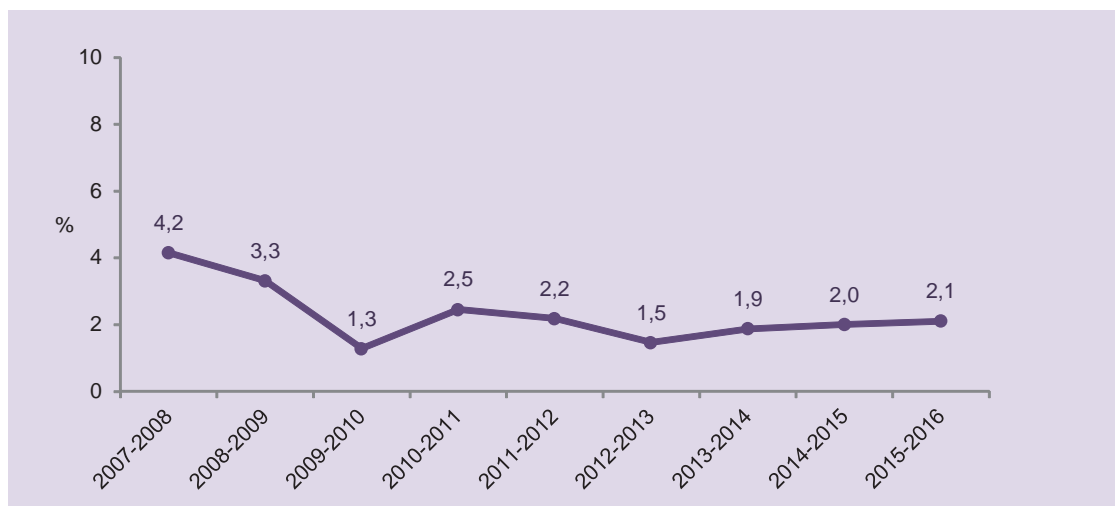


I hele populationen har sundhedsplejersken noteret bemærkninger til 3,3 % af børnenes mælkeindtag i skoleåret 2015-2016. Af figur 11 ses, at andelen børn med bemærkninger til deres mælkeindtag har svinget mellem 3,2 % og 5,3 %.

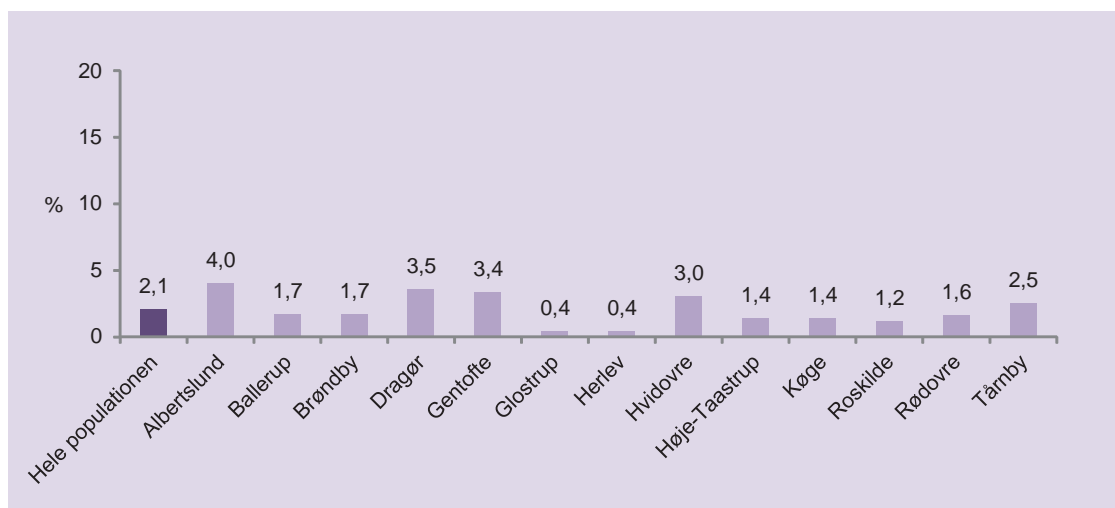
Andelen af børn med bemærkninger til mælkeindtag i de enkelte kommuner er illustreret i figur 12. Andelen af børn med bemærkninger til mælkeindtag svinger fra 0,8 % til 6,6 % kommunerne imellem.



Figur 13. Andelen af børn med bemærkninger til frugt/grønt opdelt på skoleår



Figur 14. Andelen af børn med bemærkninger til frugt/grønt opdelt på kommune

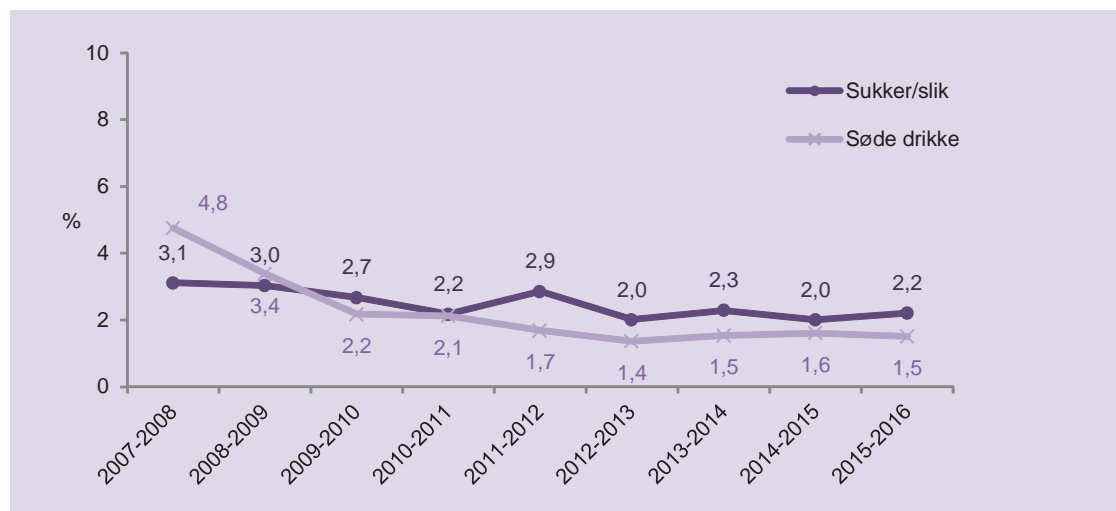


Figur 13 viser udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til deres frugt-/grøntindtag opdelt på skoleår siden 2007. Af figuren ses, at andelen af børn med bemærkninger til frugt- og grøntindtag har svinget mellem 1,3 % og 4,2 % i perioden.

Figur 14 viser andelen af børn med bemærkninger til deres frugt- og grøntindtag opdelt på kommune. Andelen med bemærkninger til frugt og grønt svinger mellem 0,4 % og 4,0 %.



Figur 15. Andelen af børn med bemærkninger til sukker/slik og søde drikke opdelt på skoleår



Figur 16. Andelen af børn med bemærkninger til sukker/slik opdelt på kommune



Figur 15 viser udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til sukker/slik og søde drikke opdelt på skoleår siden 2007-2008. Figuren viser, at andelen af børn med bemærkninger til sukker/slik har svinget mellem 2,0 % og 3,1 %, og andelen med bemærkninger til søde drikke har svinget mellem 1,4 % og 4,8 %,

Figur 16 og 17 viser andelen af børn med bemærkninger til henholdsvis sukker/slik og søde drikke opdelt på kommune. Andelen med bemærkninger til sukker og slik svinger mellem 0,0 % og 4,7 % i kommunerne, og andelen af børn med bemærkninger til søde drikke svinger mellem 0,0 % og 5,4 %.

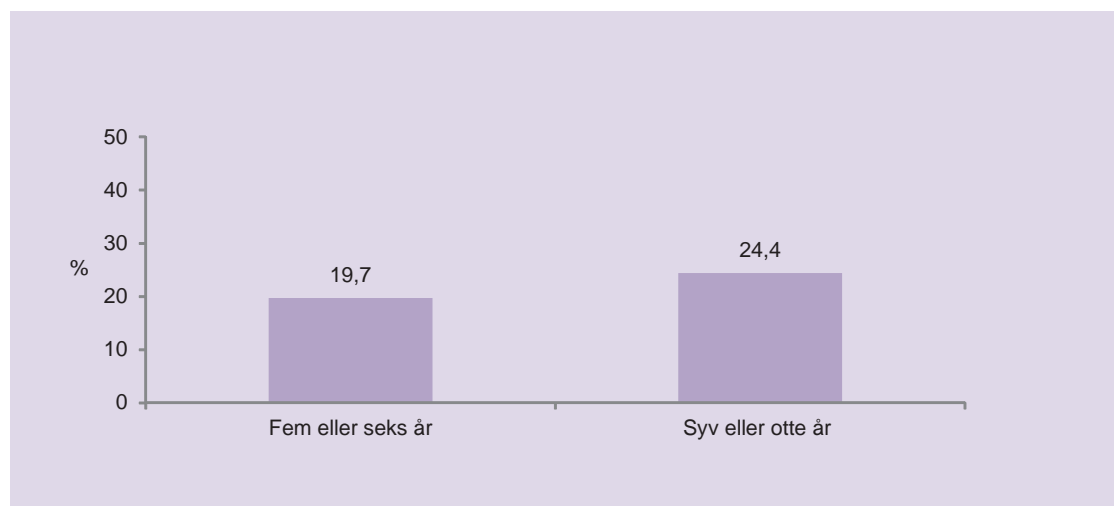


Figur 17. Andelen af børn med bemærkninger til søde drikke opdelt på kommune





Figur 18. Andelen af børn med bemærkninger til mad og måltider efter barnets alder



### 3.2 Sociodemografiske faktorer

Dette afsnit præsenterer søjlediagrammer, som viser andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider for forskellige subgrupper af børn. Der vises kun figurer, hvor der er statistisk sikker forskel mellem subgrupperne af børn. Vi har valgt den traditionelle 5 % signifikansgrænse.

#### Barnets køn

I populationen er 50,7 % drenge og 49,3 % piger. Der ses ingen kønsforskel i andelen af børn, der har bemærkning til mad og måltider. Ej heller for de enkelte underpunkter ses der statistisk sikre kønsforskelle.

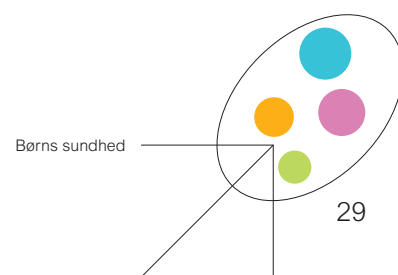
#### Barnets alder ved indskolingsundersøgelsen

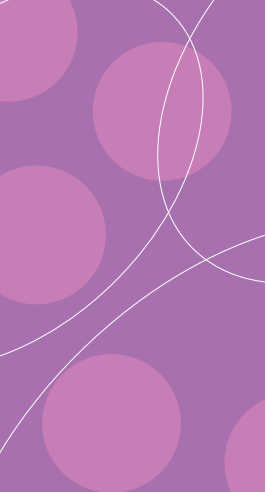
Barnets alder ved indskolingsundersøgelsen er beregnet på baggrund af barnets fødselsdato og dato for gennemførelse af indskolingsundersøgelsen. Gennemsnitsalderen i populationen er 6,5 år. Gennemsnitsalderen for de enkelte kommuner fremgår af tabel 5 i årstalsdelen. Langt hovedparten af børnene var seks år, da

de blev indskolingsundersøgt (80,5 %), 11,7 % af børnene var fem år, 7,6 % var syv år, og 0,1 % var otte år, da de blev indskolingsundersøgt.

Børn, der er yngre end seks år, har stort set den samme andel af bemærkninger til mad og måltider, som børn, der er seks år, derfor er disse to aldersgrupper slået sammen i figur 18. Figuren viser, at andelen af børn med bemærkninger til mad og måltider er 19,7 % for børn, der var seks år eller yngre ved indskolingsundersøgelsen og 24,4 % for børn, der var syv år eller ældre ved indskolingsundersøgelsen. Denne sammenhæng ses både for de normalvægtige og overvægtige børn, sidstnævnte gruppe er dog ikke statistisk signifikant, formodentligt fordi gruppen af overvægtige syvårige er forholdsvis lille.

De 7-8-årige børns øgede risiko for at have en bemærkning til mad og måltider ses også, når der tages højde for familietype, forældrenes etniske herkomst, uddannelse og erhvervstilknytning (tabel 8).





### **Herkomst**

Forældre med dansk herkomst er i denne rapport defineret som personer, hvor mindst én af forældrene er dansk statsborger eller født i Danmark. Indvandrere er født i udlandet af forældre, der hverken er danske statsborgere eller er født i Danmark. Efterkommere er personer, der er født i Danmark af forældre, der hverken er danske statsborgere eller født i Danmark. Vi har udarbejdet en samlet variabel for begge forældres etniske herkomst. Oplysninger om etnisk herkomst er hentet via registre. I population har 75,8 % af børnene to forældre, der er af dansk herkomst, 10,2 % har en forælder, der er af dansk herkomst, og en forælder, der er indvandrer eller efterkommer, og 14,0 % af børnene har to forældre, der er indvandrere eller efterkommere.

Figur 19 viser andelen af børn med bemærkning til mad og måltider efter forældrenes etniske herkomst. Af figuren ses det, at børn af to forældre, der er af etnisk dansk herkomst, har den laveste forekomst af bemærkninger til mad og måltider (17,3 %) sammenlignet med børn med én eller to forældre, der er indvandrere og/eller efterkommere. Blandt børn af to forældre, der er efterkommere eller indvandrere, har 32,2 % mindst én bemærkning til mad og måltider. Tilsvarende tal for børn med en forælder, der er af dansk herkomst, og en forælder, der er indvandrer eller efterkommer, er 21,0 %. Sammenhængen mellem bemærkninger til mad og måltider og etnicitet findes både blandt normalvægtige og overvægtige.

Børn, hvor begge forældre er indvandrere og/eller efterkommere, har også en øget risiko for at have bemærkning til mad og måltider, når der tages højde for barnets alder, familietype,

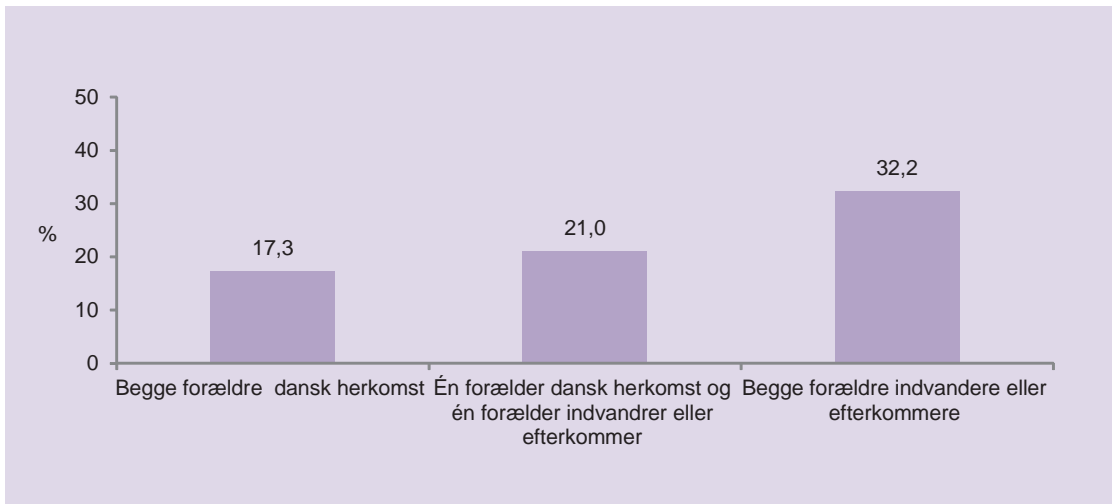
forældrenes uddannelse og erhvervstilknytning. For børn, hvis ene forælder er af dansk herkomst, og den anden er efterkommer eller indvandrer, forsvinder den forøgede risiko for at have en bemærkning til mad og måltider, når der tages højde for barnets alder, familietype, forældrenes uddannelse og erhvervstilknytning (tabel 8).

### **Familietype**

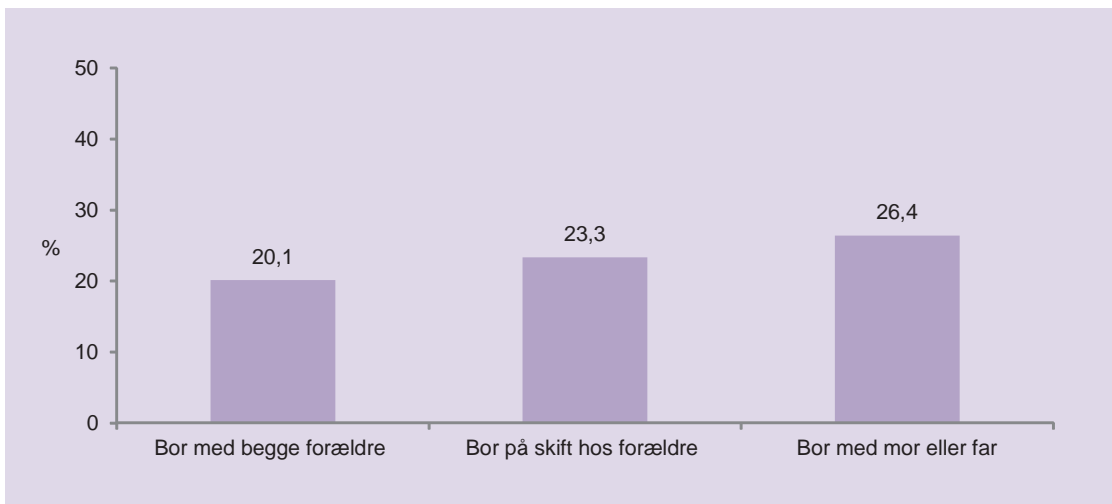
Figur 20 viser andelen af børn med bemærkning til mad og måltider for de enkelte familietyper. At figuren fremgår det, at 20,1 % af børnene, der bor sammen med begge deres forældre, har mindst én bemærkning. 23,3 % af børnene, der bor hos forældrene på skift, har mindst én bemærkning til mad og måltider, og 26,4 % af børnene, der bor hos den ene forælder. Denne sammenhæng ses både blandt normalvægtige og overvægtige, men er ikke statistisk signifikant. Den lidt højere risiko for at have en bemærkning til mad og måltider for børn, der bor hos deres forældre på skift, og børn der bor hos den ene forælder, forsvinder, når der tages højde for barnets alder, forældrenes etniske herkomst, uddannelse og erhvervstilknytning (tabel 8).

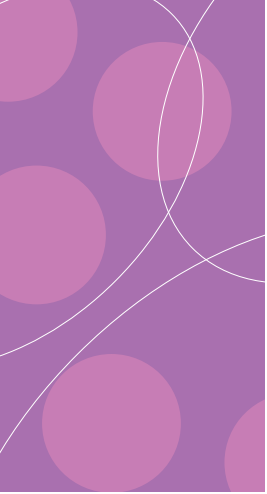


Figur 19. Andelen af børn med bemærkninger til mad og måltider efter forældrenes herkomst

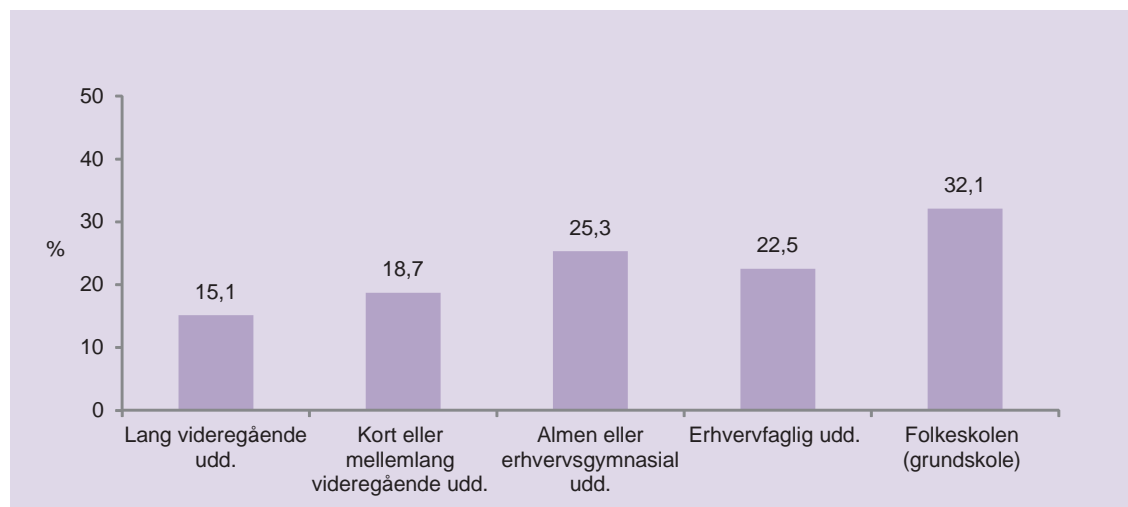


Figur 20. Andelen af børn med bemærkning til mad og måltider opdelt på familietype





Figur 21. Andelen af børn med bemærkning til mad og måltider opdelt på forældrenes højest gennemførte uddannelse



#### Forældrenes højest gennemførte uddannelse

Oplysninger om forældrenes højest gennemførte uddannelse er indhentet via Danmarks Statistik. Vi har lavet en fælles variabel for den højest gennemførte uddannelse for både barnets mor og far. I populationen er der 33,7 % af børnene, der har enten én eller to forældre, der har en lang videregående uddannelse, 29,2 % af børnene har mindst én forælder, der har gennemført en kort eller mellemlang uddannelse, 7,5 % af børnene har forældre, hvis højest gennemførte uddannelse er en almen eller erhvervs gymnasialuddannelse, 22,4 % af børnene har forældre, hvis højest gennemførte uddannelse er en erhvervsfaglig uddannelse, og 7,2 % børnene har forældre, hvor ingen af dem har gennemført en uddannelse ud over folkeskolen.

Figur 21 viser andelen af børn med bemærkning til mad og måltider efter forældrenes højest gennemførte uddannelse. Det ses, at 15,1 % af børnene, hvis mor og/eller far har en langvideregående uddannelse, har mindst én bemærkning

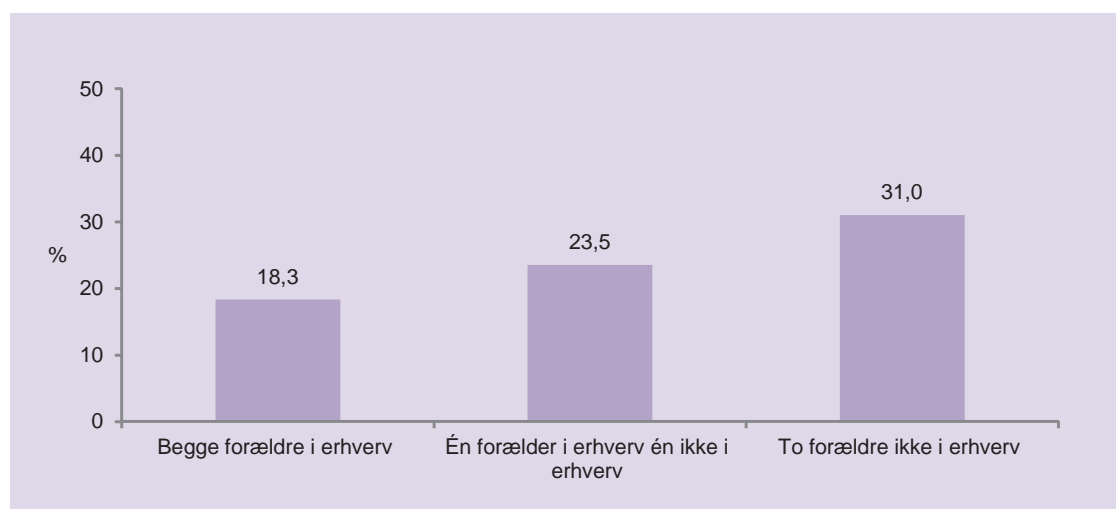
til mad og måltider. Blandt børn af forældre, der begge højest har gennemført grundskolen, er andelen 32,1 %. Sammenhængen ses både for normalvægtige og overvægtige børn.

Den forøgede risiko for at have bemærkning til mad og måltider sammenlignet med børn, hvis ene eller begge forældre har en lang videregående uddannelse forbliver statistisk signifikant for alle andre uddannelsesgrupper, når der tages højde for barnets alder, familietype, forældrenes etniske herkomst og erhvervstilknytning (tabel 8).





Figur 22. Andelen af børn med bemærkning til mad og måltider opdelt på forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet



### Forældrenes erhvervstilknytning

I populationen har 78,2 % af børnene to forældre, der er i erhverv, 18,0 % har én forælder, der er i erhverv, og én der ikke er i erhverv, og 3,9 % af børnene har to forældre, der ikke er i erhverv. Figur 22 viser andelen af børn, der har mindst én bemærkning til mad og måltider efter forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet. Figuren viser, at 18,3 % af børnene, der har to forældre med tilknytning til arbejdsmarkedet, har mindst én bemærkning til mad og måltider. Den tilsvarende andel for børn med kun én forælder med tilknytning til arbejdsmarkedet er 23,5 %, og 31,1 % for børn der har to forældre uden erhvervstilknytning. Sammenhængen findes både blandt normalvægtige og overvægtige, sidstnævnte er dog ikke signifikant.

Den forøgede risiko for at have en bemærkning til mad og måltider for børn, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv, forsvinder, når der tages højde for barnets alder, familietype, forældrenes etniske herkomst og uddannelse (tabel 8).



### 3.3 Bemærkninger til mad og måltider i relation til trivsel og udvikling ved skolestart

Dette afsnit præsenterer, hvorledes bemærkninger til mad og måltider hænger sammen med en række indikatorer på barnets trivsel og udvikling ved skolestart.

#### 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 med andre børn

Forældrene skal vurdere 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" (Obel et al. 2003). Når den samlede score 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 er "uden for normalområdet". Børn, der scorer uden for normalområdet, betegnes i rapporten her som havende problemer i forholdet til jævnaldrende.

Størstedelen af forældrene (87,8 %) har svaret "passer ikke" til, at deres barn er en enspænder. 92,9 % har svaret, at det "passer godt", at barnet har mindst én god ven. 93,3 % har svaret, at det "passer godt", at deres barn generelt er vellidt af andre børn. Henholdsvis 88,6 % og 88,2 % af forældrene har svaret "passer ikke" til, at barnet bliver mobbet, og at barnet kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn.

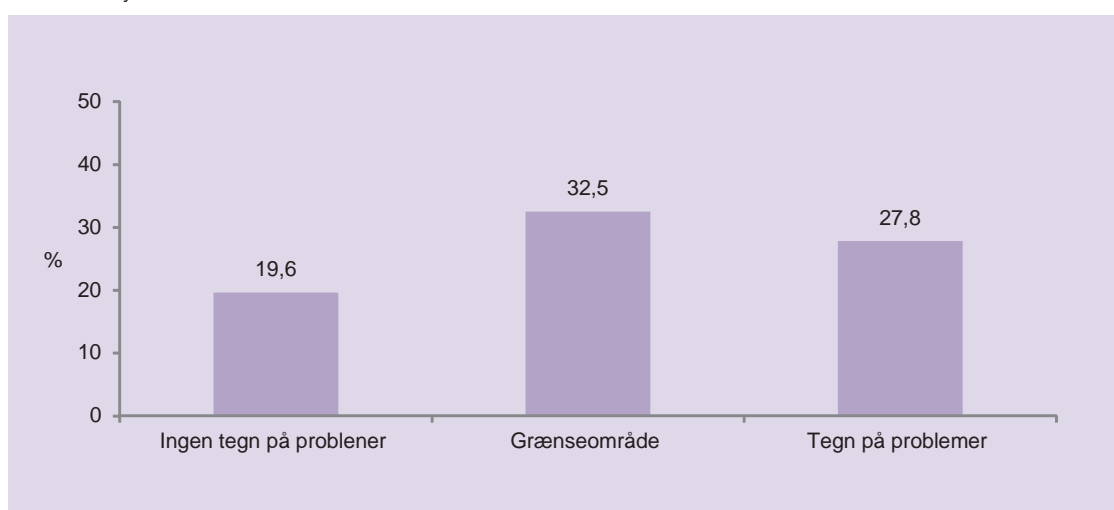
Vores analyser viser, at børn med bemærkninger til mad og måltider gennemsnitligt oftere har problemer med jævnaldrende end børn, der ikke har nogen bemærkninger til mad og måltider.

Figur 23 viser andelen af børn med bemærkning til mad og måltider opdelt på problemer i forhold til jævnaldrende. Af figuren ses, at 32,5 % af de børn, der ligger i grænseområdet, har mindst én bemærkning til mad og måltider, mens det kun er tilfældet for 19,6 % af de børn, der ingen tegn har på problemer i forhold til deres jævnaldrende. Sammenhængen ses både for normalvægtige og overvægtige børn, sidstnævnte er dog ikke statistisk signifikant.

Den øgede risiko for at have bemærkning til mad og måltider for børn, der ligger i grænseområdet med hensyn til at har tegn på problemer i forhold til jævnaldrende, forbliver statistisk sikker, når der kontrolleres for barnets alder, forældrenes etniske herkomst og uddannelse. Men når der kontrolleres for barnets alder, forældrenes etniske herkomst og uddannelse, er der ikke længere øget risiko for børn, der har tegn på problemer i forhold til jævnaldrende (tabel 9). Det betyder, at den sammenhæng, man ser i figur 23, næppe er reel, men kan tilskrives, at børn med problemer i forhold til jævnaldrende fortrinsvis kommer fra ikke-danske familier og familier, hvor forældrene er kortuddannede.

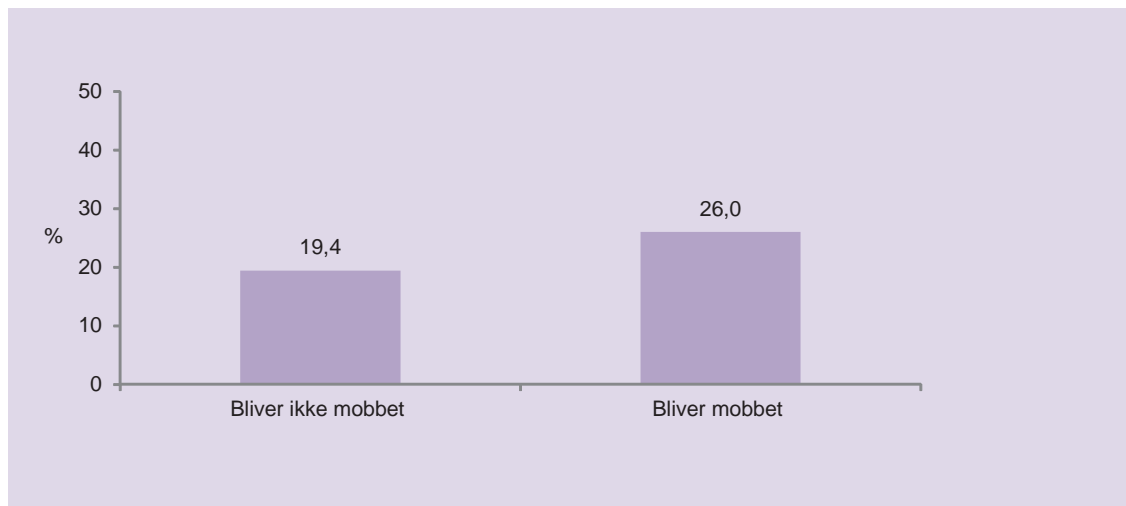


Figur 23. Andelen af børn med bemærkning til mad og måltider opdelt på problemer i forhold til jævnaldrende





Figur 24. Andelen af børn med bemærkninger til mad og måltider opdelt efter mobning



### Mobning og drilleri

I den samlede population har 11,5 % af forældrene svaret, at deres barn bliver mobbet, her defineret som at forældrene har svaret, at det passer delvist eller godt, at deres barn bliver mobbet eller drillet af andre børn. Figur 24 viser andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider, efter om barnet bliver mobbet eller ej. Af figuren ses, at 26,0 % af de børn, der bliver mobbet, har mindst én bemærkning til mad og spising. Den tilsvarende andel for børn, der ikke bliver mobbet, er 19,4 %. Denne association mellem mobning og bemærkning til mad og måltider ses både for normalvægtige og overvægtige børn, sidstnævnte er dog ikke statistisk signifikant.

Børn, der bliver mobbet, har stadig forøget risiko for at have en bemærkning til mad eller måltider, når der tages højde for barnets alder, forældrenes etniske herkomst og uddannelse (tabel 9).

### Trivsel

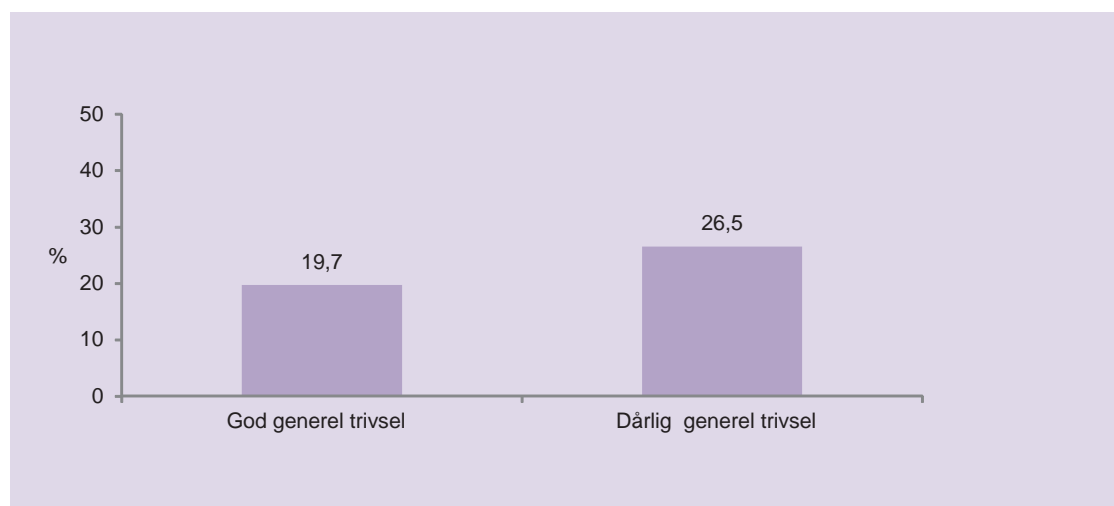
Nedenfor præsenteres to indikatorer, der omhandler selvvurderet trivsel hos barnet

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". Langt de fleste børn har en god selvvurderet generel trivsel, idet 65,6 % af børnene angiver at være "meget glade", 29,1 % angiver at være "glade", mens 4,8 % angiver at være "midt imellem", og 0,5 % angiver at være "ikke glade". Dårlig selvvurderet trivsel er i denne rapport defineret som børn, der angiver, at de for det meste er "midt imellem" eller "ikke glad".

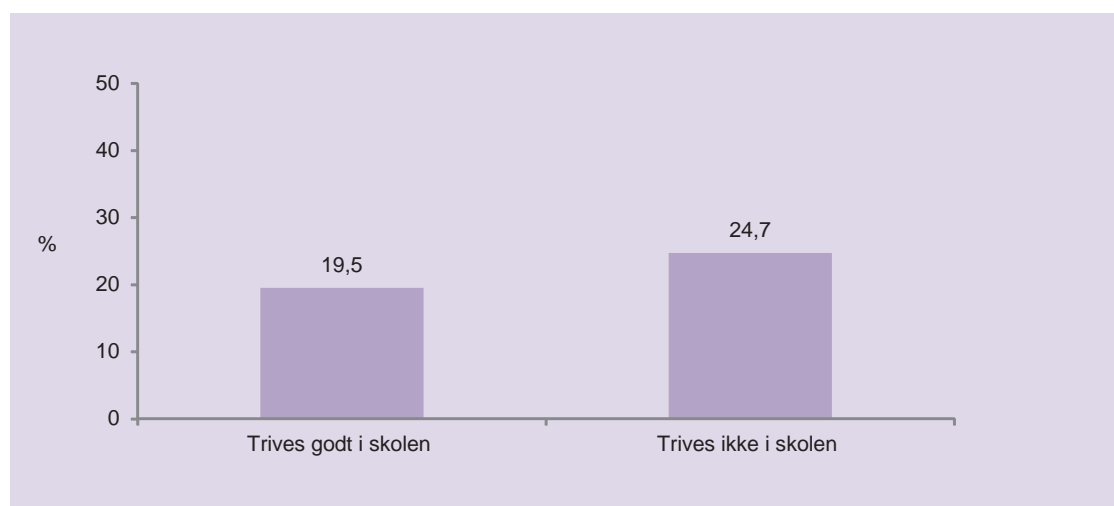
Figur 25 viser andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider efter generel trivsel. Andelen af børn, der har mindst én bemærkning til mad og måltider, er 19,7 % blandt børn, der generelt trives godt, og 26,5 % blandt børn, der generelt trives dårligt. Denne øgede risiko for børn, der generelt trives dårligt,



Figur 25. Andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider efter generel trivsel



Figur 26. Andelen af børn, med mindst én bemærkning til mad og måltider efter skoletrivsel



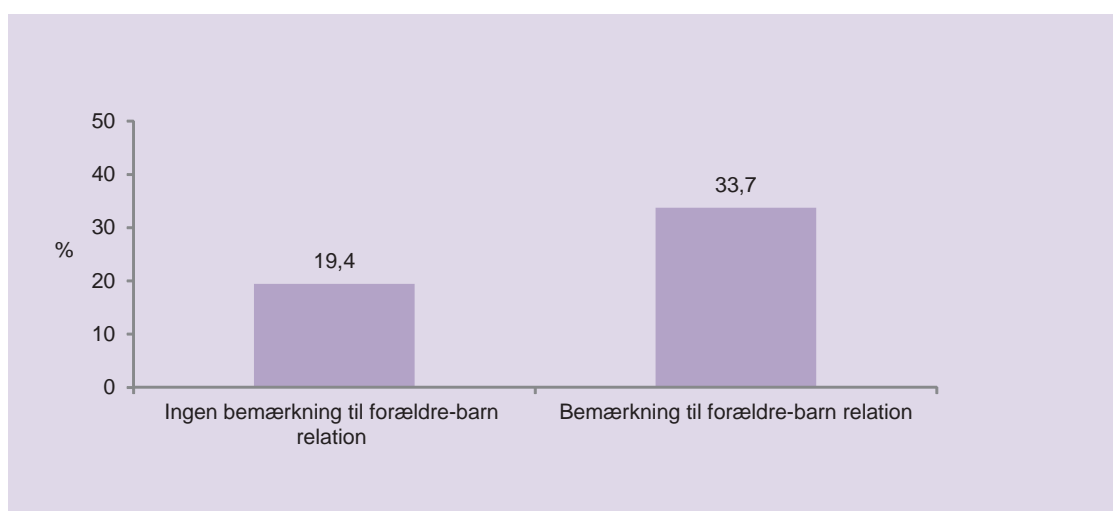
ses også, når der tages højde for barnets alder, forældrenes etnicitet og uddannelse.

Figur 26 viser andelen af børn med dårlig selv-vurderet skoletrivsel efter antallet af bemærkninger til mad og måltider. Andelen af børn, der har mindst én bemærkning til mad og måltider, er 24,7 % blandt børn, der trives dårligt i skolen,

og 19,5 % blandt børn, der trives i skolen. Denne øgede risiko for børn, der trives dårligt i skolen, ses også, når der tages højde for barnets alder, forældrenes etnicitet og uddannelse (tabel 9). Sammenhængen mellem dårlig trivsel og risikoen for at have bemærkninger til mad og måltider ses både for normalvægtige og overvægtige børn, sidstnævnte er dog ikke statistisk signifikant.



Figur 27. Andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider efter bemærkning til forældre-barn relationen



### Forældre-barn relation

Sundhedsplejersken registrerer, om der er bemærkninger til relationen 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.

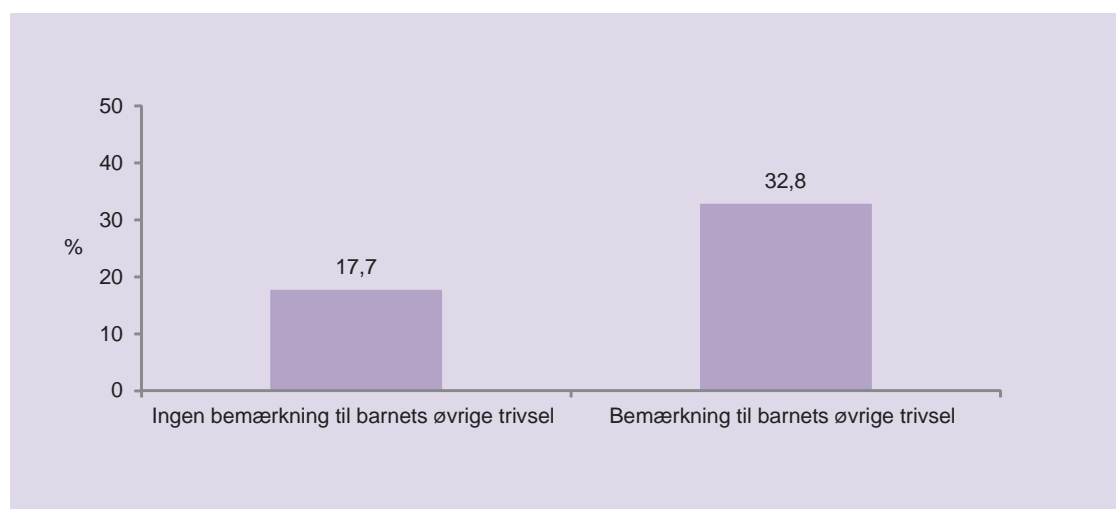
En bemærkning gives eksempelvis, hvis forældrene ikke reagerer på barnets signaler. Blandt de indskolingsundersøgte børn har sundhedsplejersken hos 5,2 % af børnene noteret mindst én bemærkning til forældre-barn relationen.

Figur 27 viser, at for 33,7 % af de børn, hvor sundhedsplejersken har noteret en bemærkning til forældre-barn relationen, har hun også noteret én eller flere bemærkninger til barnets mad og måltider. Samme andel for børn uden bemærkning til forældre-barn relation er 19,4 %. Denne sammenhæng ses både blandt normalvægtige og overvægtige børn. Den forøgede risiko for bemærkning til mad og måltider for børn med bemærkning til forældre-barn relationen forbliver statistisk signifikant, når der tages højde for barnets alder, forældrenes etnicitet og uddannelse (tabel 9).





Figur 28. Andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider efter bemærkning til barnets øvrige udvikling og trivsel

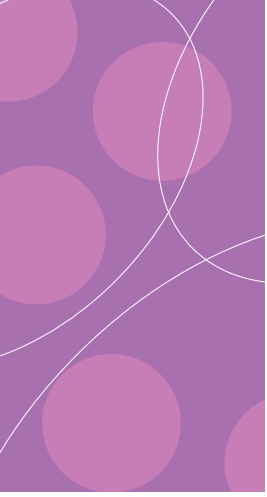


### Barnets øvrige udvikling og trivsel

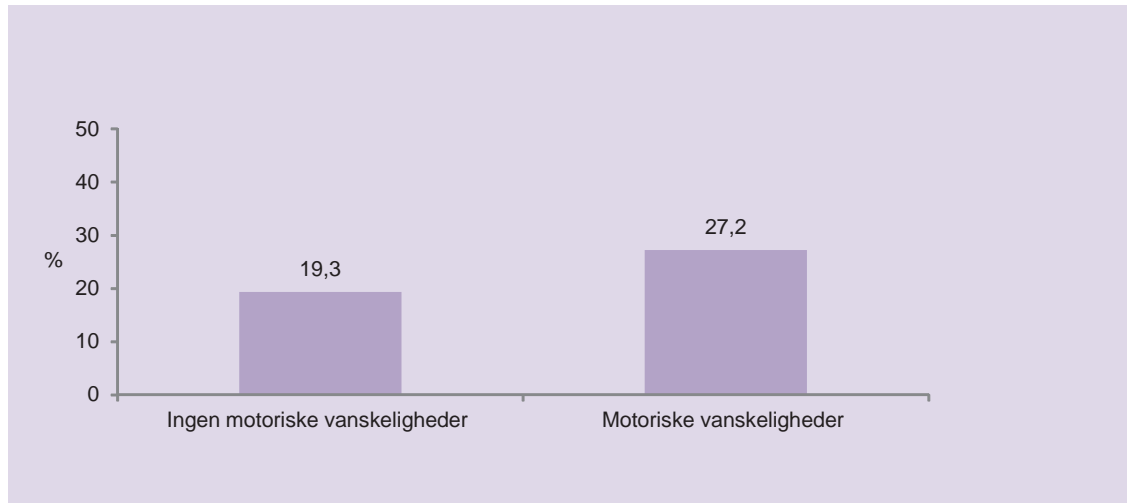
Ved indskolingsundersøgelsen kan sundhedsplejersken på baggrund af observationer af og kontakt til barnet registrere bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel i følgende kategorier: trist, urolig/ukoncentreret, manglende øjenkontakt, kontaktsøgende, stille, hygiejne eller andet. En bemærkning 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. Der er 15,7 % af børnene, der har mindst én bemærkning til øvrig udvikling og trivsel.

Vores analyser viser, at sundhedsplejersken oftere også har bemærkninger til barnets mad og måltider, når hun har noteret én eller flere bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel. Af figur 28 ses det, at forekomsten af bemærkninger til barnets mad og måltider er 32,8 % blandt børn, der har én eller flere bemærkninger til deres øvrige udvikling og trivsel, og 17,7 % blandt børn uden bemærkning. Denne association ses både blandt normalvægtige og overvægtige børn.

Børn, for hvem sundhedsplejersken har noteret bemærkning til dets øvrige udvikling og trivsel, har stadig dobbelt så stor risiko for at have en bemærkning til mad og måltider, når der tages højde for barnets alder, forældrenes etniske herkomst og uddannelse (tabel 9).



Figur 29. Andel af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider efter motoriske vanskeligheder



### Motoriske vanskeligheder

Ved indskolingsundersøgelsen vurderer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet har en aldersvarende udvikling i forhold til en række motoriske funktioner: gang, hoppe, balance, gadedrenge-løb, stå på højre henholdsvis venstre ben, kaste bold med højre og venstre hånd, gribe bold, valgt hånd og håndgreb. Som i tidligere rapporter baseret på Databasen Børns Sundhed defineres motoriske vanskeligheder som tre eller flere bemærkninger til barnets motoriske test (Brixval et al. 2011). Blandt børnene i denne rapport har cirka hvert tiende barn motoriske vanskeligheder vurderet ud fra denne kategorisering.

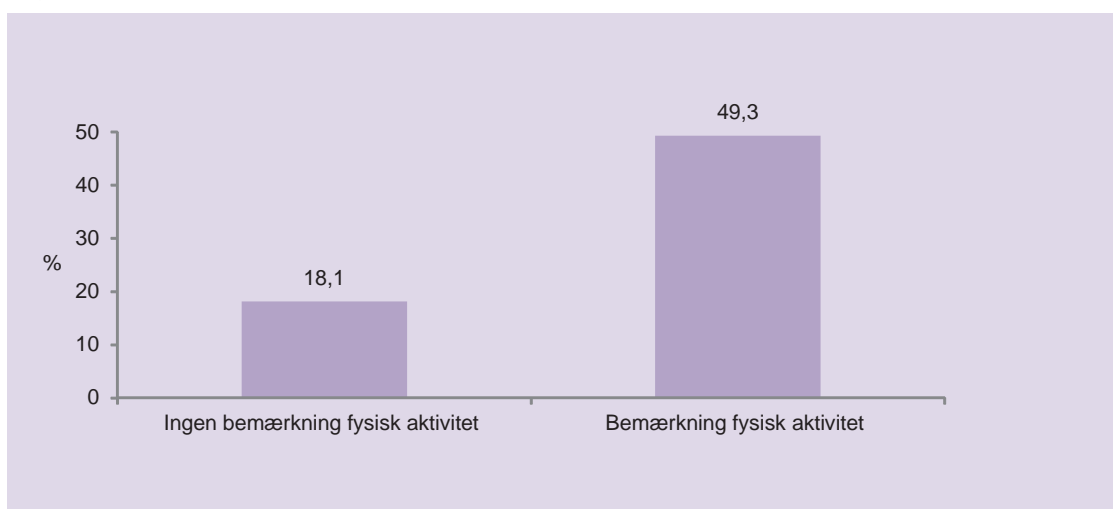
Figur 29 viser andelen af børn med bemærkninger til mad og måltider efter motoriske vanskeligheder. Af figuren ses, at en større andel af børn, der har motoriske vanskeligheder, har mindst én bemærkning til mad og måltider (27,2 %) sammenlignet med børn, der ikke har motoriske vanskeligheder (19,3 %). Denne forhøjede risiko for børn med motoriske problemer ses også, når der tages højde for barnets alder, forældrenes etniske herkomst og uddannelse (tabel 9).

Sammenhæng mellem motoriske vanskeligheder og bemærkninger til mad og måltider er kun statistisk signifikant for børn, der er overvægtige, og ikke for børn, der er normalvægtige.





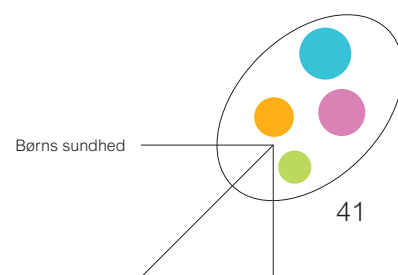
Figur 30. Andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider efter bemærkning til fysisk aktivitet



### Fysisk aktivitet

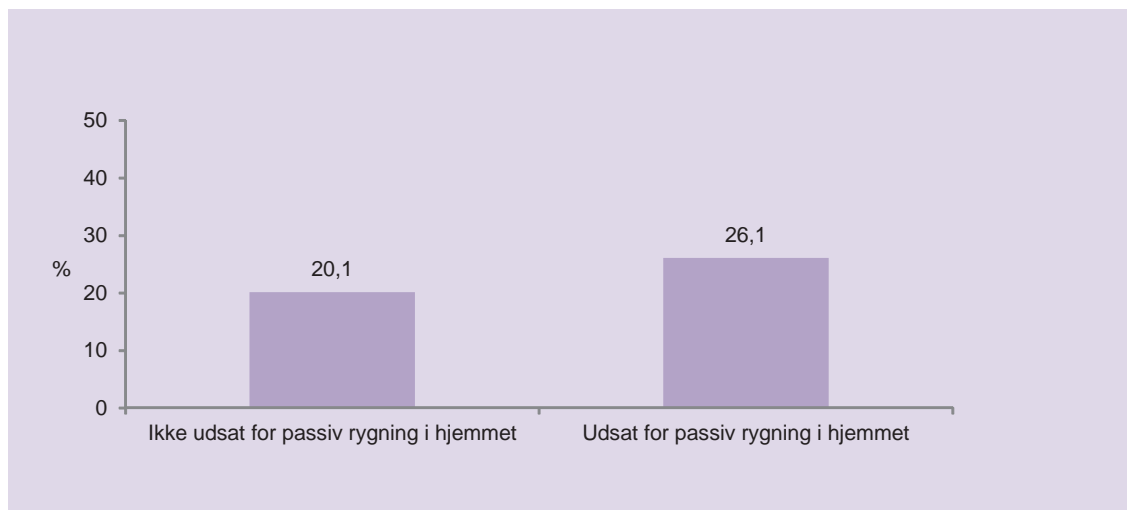
Ved indskolingsundersøgelsen har sundhedsplejersken noteret bemærkninger til fysisk aktivitet, defineret som at barnet bevæger sig mindre end en time dagligt. I den samlede population er der noteret bemærkning hos 3,9 % af børnene. Af figur 30, der viser andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider efter bemærkning til fysisk aktivitet, ses det, at andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider er 49,3 % blandt børn, der har én bemærkning til fysisk aktivitet, og 18,1 % blandt børn, der ikke har bemærkning til deres fysiske aktivitet. Sammenhængen findes både blandt normalvægtige og overvægtige børn.

Børn, hvor sundhedsplejersken har noteret bemærkning til barnets fysiske aktivitet, har også en markant forøget risiko for at have bemærkning til mad og måltider, når der er tages højde for barnets alder, forældrenes etniske herkomst og uddannelse (tabel 9).





Figur 31. Andelen af børn, der er udsat for passiv rygning i hjemmet, opdelt efter bemærkninger til mad og måltider



#### Passiv rygning i hjemmet ved indskoling

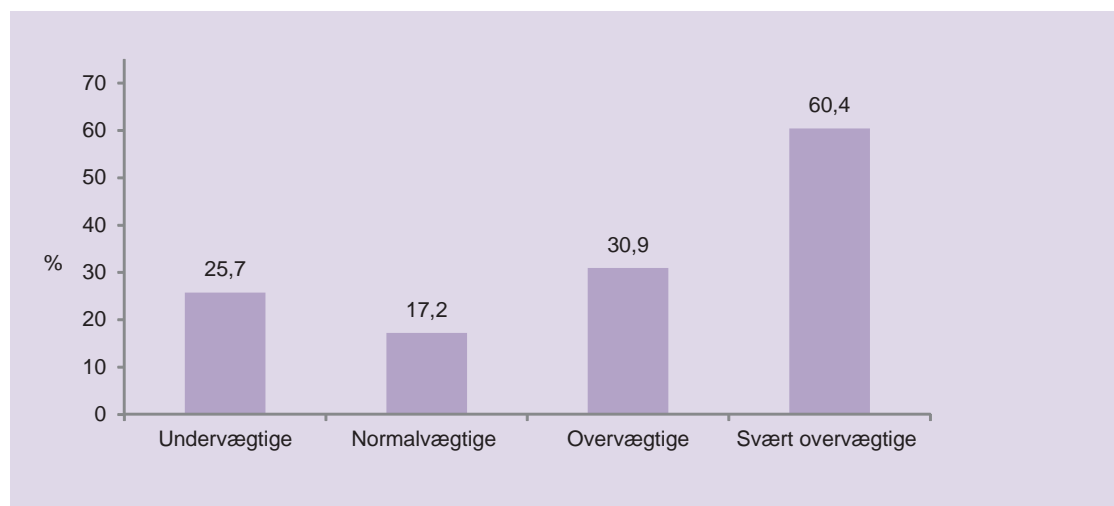
Ved indskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet er udsat for passiv rygning i hjemmet jf.

Sundhedsstyrelsens definition af passiv rygning. Der er 12,1 % af børnene, der er udsat for passiv rygning i hjemmet, i hele populationen. Figur 31 viser andelen af børn med bemærkninger til mad og måltider efter passiv rygning i hjemmet. Figuren viser, at hvert fjerde barn, der udsættes for passiv rygning i hjemme, har mindst én bemærkning til mad og måltider. For børn, der ikke udsættes for passiv rygning i hjemmet, er det hvert femte barn, der har mindst én mærkning til mad og måltider. Sammenhængen ses både for normalvægtige og overvægtige, sidstnævnte er dog ikke signifikant.

Den forøgede risiko for at have en bemærkning til mad og måltider for børn, der udsættes for passiv rygning, forsvinder, når der tages højde for barnets alder, forældrenes etniske herkomst og uddannelse (tabel 9).



Figur 32. Andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider efter vægtstatus



### Vægtstatus

Information om vægt og højde i indskolingsalderen stammer fra sundhedsplejerskernes registreringer fra vækstmålinger på børnene i forbindelse med indskolingsundersøgelsen. Sundhedsplejersken vejer og måler børnene uden sko og overtøj. Højde og vægt er anvendt sammen med barnets køn og præcise alder for målingerne til at definere vægtstatus ved indskolingen. Vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen er kategoriseret i henhold til grænseværdierne udarbejdet af International Obesity Task Force. Børnene er inddelt i kategorierne "undervægtig", "normalvægtig", "overvægtig" og "svært overvægtig" i henhold til de samme BMI-grænser, der benyttes for voksne, men korrigeret for barnets alder og køn. I den samlede population er 8,6 % af børnene undervægtige, 80,0 % er normalvægtige, 8,9 % er overvægtige, og 2,5 % er svært overvægtige.

Figur 32 viser andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider efter vægtstatus. Af figuren ses det, at for 60,4 % af de børn, der er svært overvægtige, har sundhedsplejersken noteret mindst én bemærkning om mad og måltider. For børn, der er overvægtige, er det tilsvarende tal 30,9 %. Figuren viser også, at sundhedsplejersken oftere for børn, der er undervægtige, noterer en bemærkning til mad og måltider end for normalvægtige. 25,7 % af de undervægtige har bemærkning til mad og måltider og 17,2 % af de normalvægtige.

Den forøgede risiko for at have bemærkning til mad og måltider sammenlignet med børn, der er normalvægtige, forbliver statistisk signifikant for såvel undervægtige, overvægtige og svært overvægtige børn, når der tages højde for barnets alder, forældrenes etniske herkomst og uddannelse (tabel 9).

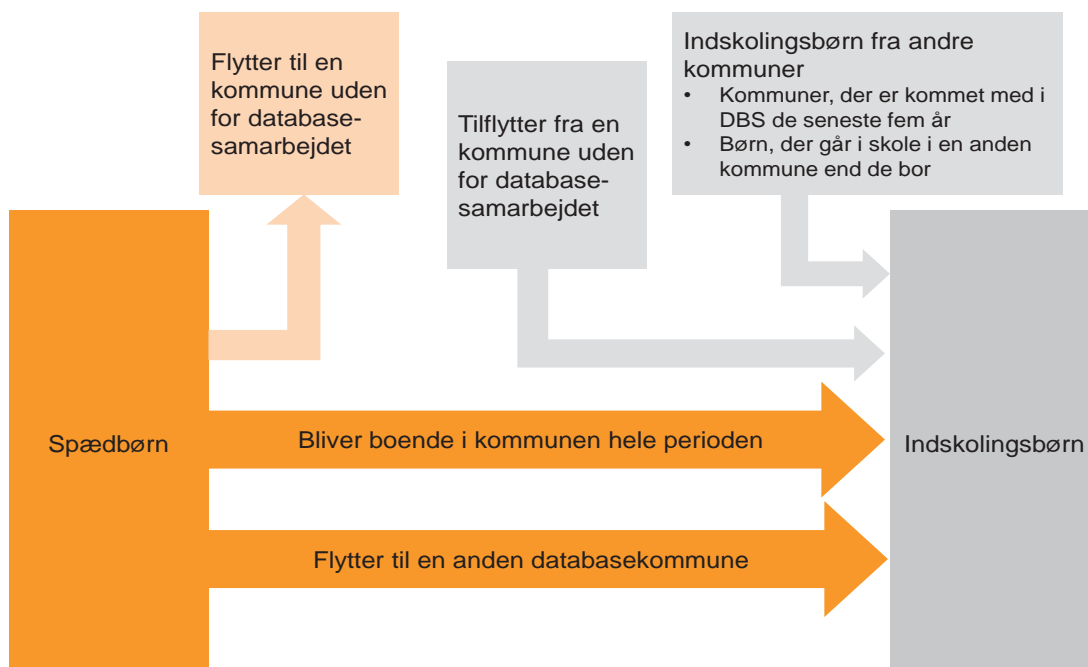


### 3.4 Forhold i første leveår

En af styrkerne ved Databasen Børns Sundhed er, at det er muligt at følge børnene over tid og således analysere, om forhold i barnets første leveår viser sammenhæng med barnets trivsel og sundhed ved indskoling. For at afdække, om der er en sammenhæng mellem udvalgte forhold i barnets første leveår og barnets risiko for at have bemærkninger til mad og måltider ved indskoling, bliver der i dette afsnit inddraget oplysninger fra barnets første leveår for de børn, hvor det er muligt. Forekomsten af mindst én bemærkning til mad og måltider ved indskoling er 22,4 % i denne subpopulation.

Som tidligere nævnt er der i denne rapport oplysninger om mad og måltider for 5.630 børn ved indskoling. Men ikke alle disse børn indgår med journaloplysninger fra første leveår, som man kan se af figur 33.

Årsagen hertil er, at nogle indskolingsbørn er tilflyttere fra kommuner uden for databasesamarbejdet, nogle børn er kommet til, fordi kommunen for nyligt har tilmeldt sig databasesamarbejdet, og mange spædbørn fra kommuner i databasesamarbejdet er flyttet til andre kommuner inden indskoling.



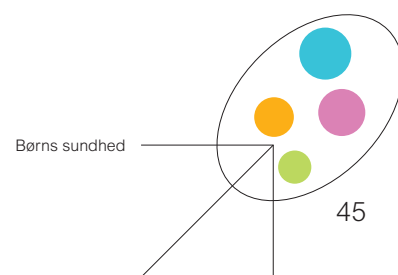


**Tabel 4. Antal børn med oplysninger om mad og måltider både fra første leveår og ved indskoling**

Kommune	
Albertslund	220
Ballerup	217
Brøndby	200
Dragør	27
Gentofte	512
Glostrup	198
Herlev	177
Hvidovre	52
Høje-Taastrup	365
Køge	430
Roskilde	51
Rødovre	287
Tårnby	295
Hele populationen	3.031

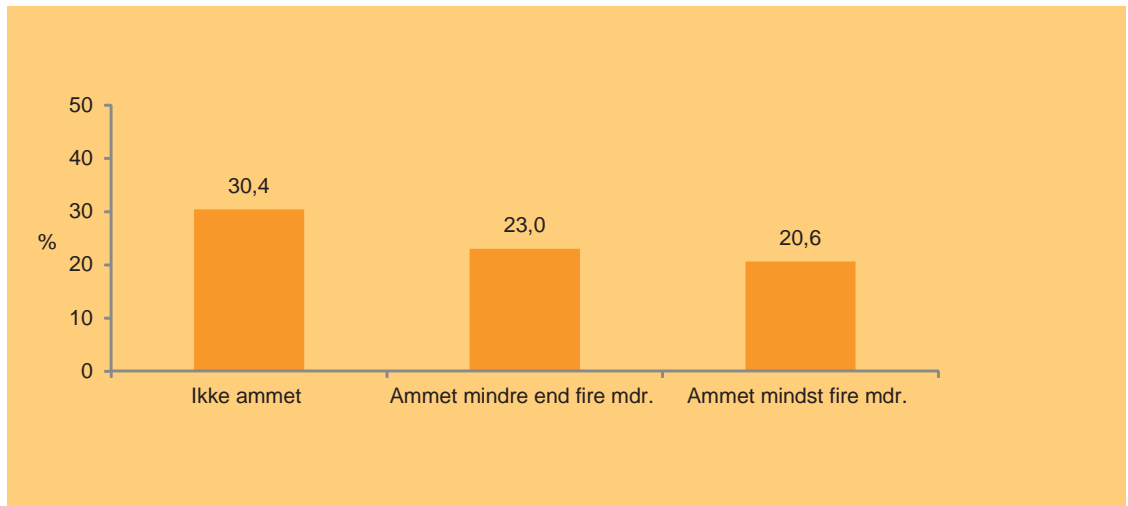


Tabel 4 viser antal af børn, der både har oplysninger fra første leveår og fra indskolingsundersøgelsen i de enkelte kommuner og i subpopulationen. Samlet indgår der 3.031 børn med data fra første leveår i analyserne. Dragør, Hvidovre og Roskilde indgår kun med meget få børn, fordi kommunerne ikke har været en del af databasesamarbejdet, i det år børnene blev født. De enkelte børn, der indgår fra disse kommuner, har boet i en af de andre databasekommuner, i deres første leveår. Den forholdsvis lave andel af børn med oplysninger fra første leveår i Gentofte skyldes for det første, at kommunen har en stor tilflytning af børn, efter barnet er fyldt et år, for det andet, at kommune har mange privatskoler, hvor en del af børnene bor i andre kommuner.





Figur 34. Andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider efter ammelængde



#### Amning

Figur 34 viser andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider ved indskolingen efter ammelængde. Figuren viser, at andelen af børn med bemærkninger til mad og måltider falder med øget ammelængde. Således har 30,4 % af børnene, der ikke er blevet ammet, mindst én bemærkning til mad og måltider, 23,0 % af dem, der højst er blevet ammet tre måneder, og 20,6 % af de børn, der er blevet ammet fire måneder eller mere. Denne sammenhæng ses både for børn, der er normalvægtige og overvægtige ved indskolingen, for sidstnævnte er sammenhængen dog ikke signifikant.

Risiko for at have en bemærkning til mad og måltider ved indskolingen er stadig statistisk signifikant, når vi tager højde for barnets alder, forældrenes etniske herkomst og uddannelse ved indskoling (tabel 10).

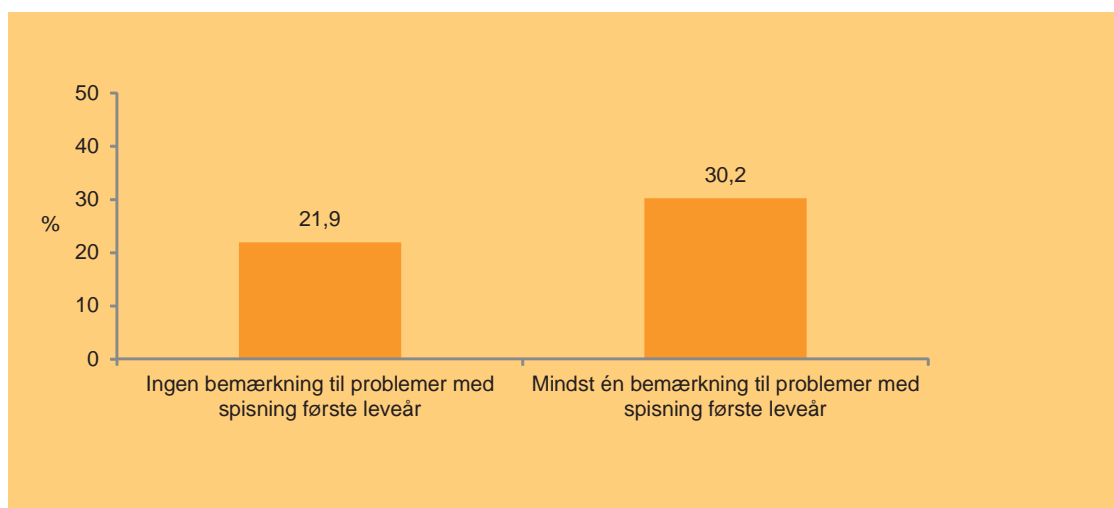
#### Bemærkning til problemer med spisning i første leveår

Figur 35 viser andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider efter mindst én bemærkning til problemer med spisning i barnets første leveår. Af figuren ses det, at sundhedsplejersken oftere har noteret en bemærkning til mad og måltider ved indskolingen hos de børn, hvor hun har noteret problemer med spisning ved mindst ét besøg i første leveår. Denne øgede risiko for at have en bemærkning til mad og måltider ved indskolingen er stadig statistisk signifikant, når vi tager højde for barnets alder, forældrenes etniske herkomst og uddannelse ved indskolingen (tabel 10).

Denne sammenhæng ses kun for børn, der er normalvægtige ved indskolingen. For børn, der er overvægtige, er andelen med bemærkninger til mad og måltider den samme, uanset om der er eller ikke er noteret en bemærkning til problemer med spisning i første leveår.

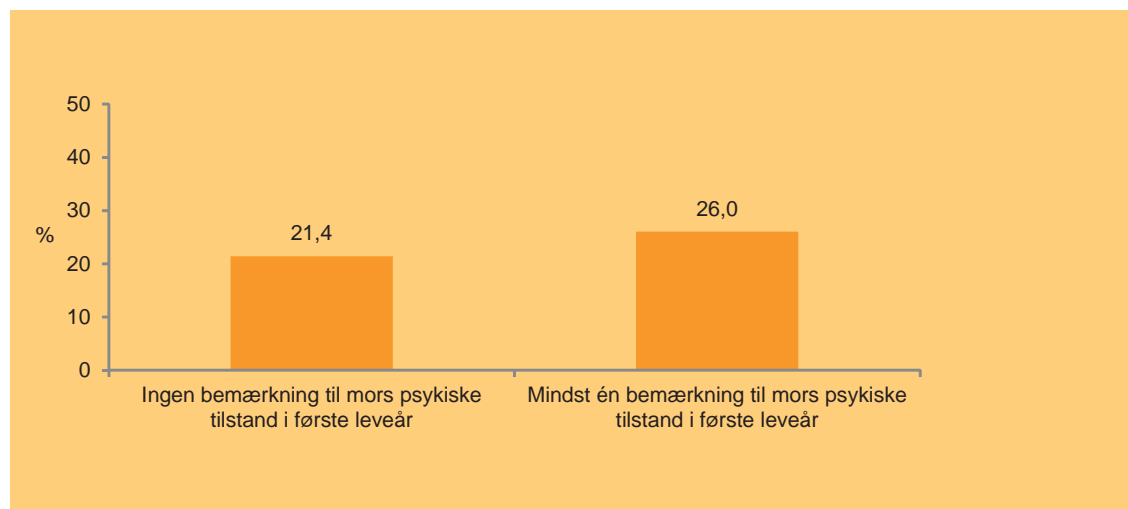


Figur 35. Andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider efter mindst én bemærkning til problemer med spising i barnets i første leveår





Figur 36. Andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider efter mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand i første leveår



#### Mors psykiske tilstand i første leveår

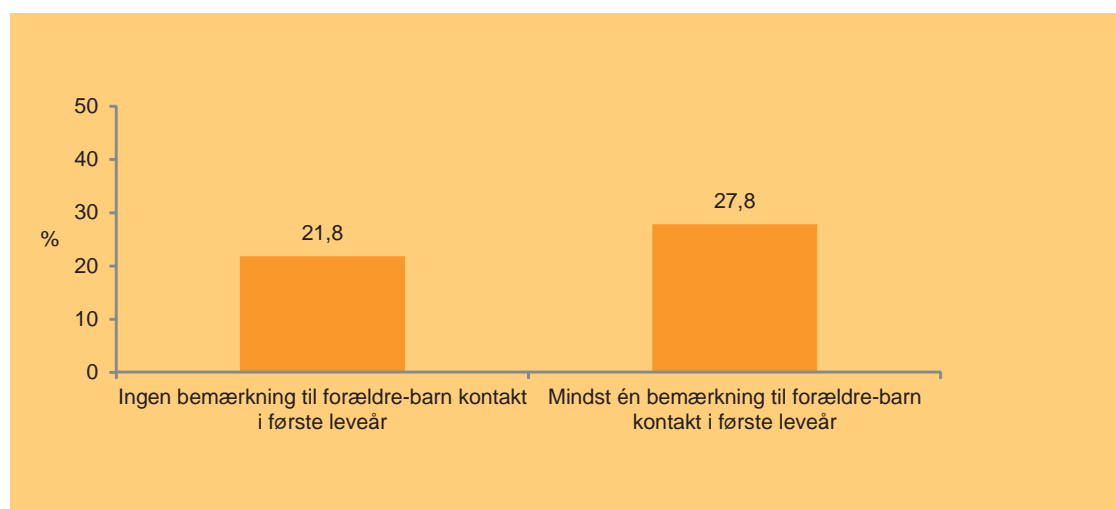
For hvert fjerde barn har sundhedsplejersken noteret bemærkning til moderens psykiske tilstand ved mindst ét af de fire besøg i første leveår. Figur 36 viser andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider ved indskolingen efter mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand i første leveår. Af figuren ses, at andelen med bemærkninger til mad og måltider er højest blandt børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i første leveår. Denne øgede risiko for at have en bemærkning til mad og måltider ved indskolingen er stadig statistisk signifikant, når vi tager højde for barnets alder, forældrenes etniske herkomst og uddannelse ved indskolingen (tabel 10).

Denne sammenhæng ses kun for børn, der er normalvægtige ved indskolingen. For børn, der er overvægtige, er andelen med bemærkninger til mad og måltider den samme, uanset om der er eller ikke er noteret en bemærkning til mors psykiske tilstand i første leveår.





Figur 37. Andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider efter mindst én bemærkning til forældre-barn kontakt i første leveår



### Bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår

Figur 37 viser andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider efter bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét af de fire besøg i barnets første leveår. 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. Af figuren ses, at en større andel af børn, for hvem sundhedsplejersken har noteret en bemærkning til forældre-barn kontakt i første leveår, også har bemærkning til mad og måltider ved indskolingen. Denne sammenhæng ses både for børn, der er normalvægtige og overvægtige ved indskolingen, for sidstnævnte er sammenhængen dog ikke signifikant.

Når der tages højde for barnets alder, forældrenes etniske herkomst og uddannelse ved indskolingen, har børn med bemærkning til forældre-barn kontakt i første leveår dog ikke længere øget risiko for at have bemærkning til mad og måltider ved indskolingen (tabel 10).



### **Vækststatus i spædbarnsalderen**

Vi har ligeledes undersøgt forholdet mellem barnets vægtstatus i seks- til timånedersalderen (BMI z-scores) og forekomsten af bemærkninger til mad og måltider ved indskoling. Disse analyser viser ingen sammenhæng mellem barnets vækststatus og bemærkninger til mad og måltider ved indskoling. Børn, der var overvægtige i spædbarnsalderen eller i risiko for overvægt i spædbarnsalderen, har lige så ofte bemærkninger til mad og måltider ved indskoling som børn, der var normalvægtige i spædbarnsalderen. Gruppen af børn, der var undervægtige som spædbørn, adskiller sig heller ikke fra børn, der var normalvægtige som spædbørn, hvad angår bemærkninger til mad og måltider ved indskoling.

### **Ingen sammenhæng**

Der er ingen sammenhæng mellem bemærkninger til barnets signaler og reaktioner i første leveår og bemærkninger til mad og måltider ved indskoling. Ej heller er der sammenhæng mellem sundhedsplejerskens kontakt med barnet i første leveår og bemærkninger til mad og måltider ved indskoling.

### **Betydningen af problemer med spisning i første leveår for barnets senere vækst, udvikling og trivsel**

I rapporten "Gråd, uro og spiseproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker", som Databasen Børns Sundhed udgav i 2014, beskrev vi, at forskningen om følgerne af spiseforstyrrelser i spædbarnsalderen var begrænset og ofte byggede på små kliniske studiepopulationer, som ikke gav megen indsigt i de processer, der udvikler sig i de efterfølgende år. Der tegnede sig dog et forholdsvist tydeligt

billede af en række alvorlige, mulige følgerne af spiseforstyrrelser i første leveår: forsinket vækst og vægtudvikling, forsinket motorisk udvikling, forsinket sproglig udvikling og forsinket kognitiv udvikling. Den videnskabelige litteratur viste endvidere en øget risiko for nedsat autonomi hos barnet, risiko for belastet mor-barn kontakt, øget risiko for omsorgssvigt og rusketure, øget risiko for psykiske vanskeligheder og adfærdsvanskeligheder senere i barndommen samt øget risiko for, at barnet udviklede lav social kompetence (Databasen Børns Sundhed et al. 2014).

I dette afsnit vil vi undersøge, om Databasen Børns Sundhed kan skabe øget indsigt i sammenhængen mellem spiseproblemer i første leveår og børns sundhed ved skolestart. Andelen af børn, for hvem sundhedsplejersken har noteret bemærkning til problemer med spisning ved mindst ét besøg i første leveår, er 8,8 % blandt de 3.031 børn med data fra første leveår.

**Forsinket vækst og vægtudvikling.** Vores analyser bekræfter ikke, at børn, der har haft problemer med spisning ved mindst ét besøg i første leveår, har større risiko for at have en højde, der ligger under 3 % percentilen, være undervægtig, overvægtig eller svært overvægtig ved indskoling.

**Forsinket motorisk og sproglig udvikling.** I denne undersøgelse har børn, der har haft problemer med spisning ved mindst ét besøg i første leveår, ikke større risiko for at have motoriske eller sproglige problemer ved indskoling.

**Belastet mor-barn kontakt.** Vi finder ej heller en øget risiko for at have bemærkning til forældre-barn kontakt ved indskolingsundersøgelsen



for børn, hvor sundhedsplejersken har noteret problemer med spisning ved mindst ét besøg i første leveår.

**Psykiske vanskeligheder, adfærdsvanskeligheder og lav social kompetence.** Vi har ligeledes undersøgt om børn, hvor sundhedsplejersken har noteret bemærkning til spisning ved mindst ét besøg i første leveår, har større risiko for at have problemer med jævnaldrende og blive mobbet. Heller ikke her fandt vi en øget risiko for børn med bemærkninger til spiseproblemer i første leveår.

Samlet set kan analyserne i Databasen Børns Sundhed altså ikke bekræfte en række fund fra den videnskabelige litteratur. Der kan være mange grunde til dette, fx forskelle i studiepopulationer og data, men også at det meste af den videnskabelige litteratur stammer fra lande, hvor man ikke har spædbørnssundhedspleje til at hjælpe familierne igennem spiseproblemer i første leveår.



## 4. Diskussion

De vigtigste fund: Denne rapport har fem hovedfund. Det første er, at omkring en femtedel af alle indskolingsbørn har mindst én bemærkning til mad og måltider ved indskoling. Der er ganske store forskelle mellem kommunerne – mellem 8,6 % og 30,3 %. Når man ser udviklingen over en ni-årig periode, kan man se svingninger i forekomsten fra år til år uden nogen klar opadgående eller nedadgående tendens.

Det andet hovedfund er, at der er nogle grupper af befolkningen, som har lidt højere forekomst af bemærkninger til mad og måltider: Det drejer sig om børn, som er lidt ældre ved skolestart, børn af efterkommere eller indvandrere, og børn hvis forældre har kort uddannelse.

Det tredje hovedfund er, at der er særligt mange overvægtige og undervægtige børn, som har bemærkninger til mad og måltider. Det er mest udtalt for overvægtige børn, hvor der er bemærkninger for ikke mindre end 60 % af børnene.

Det fjerde hovedfund er, at bemærkninger til mad og måltider ofte findes hos de børn, som har tegn på manglende trivsel: Børn, som har problemer i forhold til jævnaldrende, børn, som bliver mobbet, børn, som ikke selv synes, de trives godt, børn, som ikke trives så godt i skolen, børn, hvor sundhedsplejersken har skrevet bemærkninger til forældre-barn relationen, til barnets øvrige udvikling og trivsel, til motoriske vanskeligheder eller til fysisk aktivitet.

Det femte hovedfund er, at der er svage men signifikante sammenhænge mellem barnets trivsel i første leveår og bemærkninger til mad og måltider ved indskoling. Der er fx signifikant flere bemærkninger til mad og måltider blandt

de børn, som ikke blev ammet i første leveår, og børn, hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til mors psykiske tilstand i første leveår. Der var ligeledes lidt flere bemærkninger til mad og måltider ved indskoling blandt de børn, hvor sundhedsplejersken i første leveår havde noteret bemærkninger til spisning. Denne sammenhæng fandtes kun blandt normalvægtige, ikke blandt overvægtige.

Vi havde ventet, at der var flere bemærkninger til mad og måltider ved indskoling blandt de børn, som var overvægtige i første leveår, men det viste sig ikke at være tilfældet. Vi havde også forventet at finde flere bemærkninger til mad og måltider blandt de børn, som havde spiseproblemer i første leveår, men heller ikke dette viste sig at være tilfældet.

**Fortolkning af disse fund:** Det er vanskeligt at sammenligne rapportens fund med dansk og udenlandsk videnskabelig litteratur, fordi dette efter vores bedste vurdering er den første rapport, som retter spotlyset mod sundhedsplejerskens bemærkninger til mad og måltider i en normalpopulation af børn. En bemærkning er udtryk for en bekymring eller noget, sundhedsplejersken har drøftet med forældrene eller ønsker at følge op. Rapporten handler altså ikke om det, som i den lægevidenskabelige litteratur benævnes spiseforstyrrelser (eating disorders, feeding and eating disorders) (Hudson & Court 2012, Rome 2012, Mairs & Nicholls 2016). Sådanne spiseforstyrrelser er sjældne. For eksempel optræder nervøs spisevægring hos højst 1 % af alle børn i denne alder, og nervøs overspisning hos 1-3 % (Campbell & Peebles 2014, Rome 2012). Det er ikke sundhedsplejerskernes opgave at diagnosticere, og denne rapport handler ikke om sådanne



spiseforstyrrelser. Kun 15 af de indskolingsundersøgte børn (0,3 %) har sundhedsplejersken henvist videre som følge af en bemærkning til barnets mad og måltider.

Hvor den videnskabelige litteratur om spiseproblemer ofte har opmærksomheden rettet mod truende eller sygelige tilstande, så har denne rapport et helt andet perspektiv, nemlig forekomsten af mere dagligdags mad- og måltidsproblemer i en helt almindelig normalpopulation af indskolingsbørn.

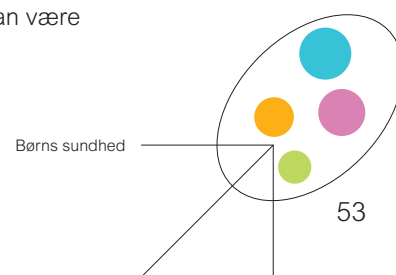
Rapportens emne har en vis berøring med det, som i den videnskabelige litteratur benævnes spiseproblemer (eating problems), som er meget almindeligt blandt indskolingsbørn. Man regner med, at mellem en tredjedel og halvdelen af børn i denne aldersgruppe har spiseproblemer af typen kræsenhed, begrænset appetit, ønsker ikke at smage på nye madvarer eller spiser for lidt efter forældrenes opfattelse (Equit et al. 2013, Benjasuwantep et al. 2013). Denne type problemer kan forårsage stor bekymring blandt forældre, og det er en af sundhedsplejerskernes opgaver at drøfte sådanne problemer med forældrene, dels for at lette unødige bekymringer og dels for at vejlede forældrene om barnets kost og måltider. Ofte vil en forholdsvis enkel sundheds-pædagogisk indsats fra sundhedsplejerskerne være et væsentligt bidrag til at undgå unødige bekymringer hos forældrene og give forældrene de fornødne redskaber til at søge løsninger, hvor det er nødvendigt.

**Hvad er spiseproblemer?** Rapporten giver anledning til yderligere overvejelser over, hvad fænomenerne ”spiseproblemer” og ”problemer med mad og måltider” dækker over. I rapporten

”Gråd, uro og spiseproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker”, som Databasen Børns Sundhed udgav i 2014, beskrev vi forskningen om følgevirkninger af spiseproblemer i spædbarnsalderen. Denne forskning tegner et forholdsvis tydeligt billede af en række alvorlige, mulige følgevirkninger af spiseproblemer og spiseforstyrrelser i første leveår: forsinket vækst og vægtudvikling, forsinket motorisk udvikling, forsinket sproglig udvikling og forsinket kognitiv udvikling, nedsat autonomi hos barnet, belastet mor-barn kontakt, omsorgssvigt og rusketure, psykiske vanskeligheder og adfærdsvanskeligheder senere i barndommen samt øget risiko for, at barnet udviklede lav social kompetence (Databasen Børns Sundhed et al. 2014).

#### **Hvor alvorlige er spiseproblemer i første**

**leveår?** Vi har undersøgt, om problemer med spisning i første leveår er prædiktivt for de ovennævnte problemer. Vores analyser kan *ikke* bekræfte, at børn, der har bemærkninger til spisning ved mindst ét besøg i første leveår, har forhøjet risiko for vækstreduktion, undervægt, overvægt eller svær overvægt ved indskolingen. Vores analyser kan *heller ikke* bekræfte, at disse børn har flere motoriske eller sproglige problemer ved skolestart, heller ikke en øget forekomst af bemærkninger til forældre-barn kontakt, og heller ikke en øget forekomst af problemer med jævnaldrende eller mobning. Samlet set kan analyserne i Databasen Børns Sundhed altså *ikke* bekræfte en række af de fund om risici ved spiseproblemer i første leveår, som man ser i den videnskabelige litteratur. Måske er de problemer, som sundhedsplejerskerne hæfter sig ved, ikke de samme som dem, der er analyseret i den lægevidenskabelige litteratur. Måske er de negative fund et udtryk for, at sundhedspleje kan være





med til at reducere de omtalte følgevirkninger af spiseproblemer i første leveår. Sundhedsplejersken har flere muligheder for at igangsætte en sundhedspædagogisk indsats i disse familier, ikke blot ved de standardiserede hjemmebesøg, men også ved de mange behovsbesøg, som sådanne familier får.

**De enkelte spise- og måltidsmål:** Vi finder, at for 3,5 % af børnene har sundhedsplejersken noteret en bemærkning til morgenmad, for 3,3 % af børnene til deres indtag af mælk, for 2,3 % af børnene til, at de ikke har tid nok til at spise i skolen, for 2,2 % af børnene til deres indtag af sukker og/eller slik, for 2,1 % af børnene til deres frugt- og grøntvaner, for 1,8 % af børnene til deres frokost, for 1,5 % af børnene til deres indtag af søde drikke og for 0,5 % af børnene til deres mellemmåltider. For 8,6 % af børnene har sundhedsplejersken noteret en bemærkning, fordi hun er bekymret for noget andet omkring barnets mad og måltider end de på forhold standardiserede kategorier. At sundhedsplejerskerne kun har noteret bemærkning til frugt og grønt for 2,1 % af børnene, er en overraskende lav andel. Til sammenligning finder Ottosen et al.(2010), at 14 % af de 7-årige ikke spiser frugt dagligt, og Andersen et al.(2015) finder, at 35 % af de 8-10-årige spiser mindre end 300 gram frugt og grønt om dagen. Andelen af børn med bemærkninger til morgenmad svarer stort set til de 4 % 7-årige, som Ottosen et al. finder ikke spiser morgenmad hver dag.

**Kvaliteten af data:** Data findes i den kvalitetssikrede kliniske database "Databasen Børns Sundhed". Det giver helt andre data end de i vor tid så udbredte spørgeskemabaserede sundheds- og sygelighedsundersøgelser. De klassiske

spørgeskemabaserede befolkningsundersøgelser giver udtryk for befolkningens perspektiv, fx oplevelse af symptomer, adfærd og forbrug af ydelser fra sundhedsvæsenet.

Databasen Børns Sundhed bygger på sundhedsplejerskernes observationer og vurderinger, kombineret med oplysninger fra forældre. En bemærkning i journalen kan afspejle en bekymring hos forældrene, men er første og fremmest et udtryk for sundhedsplejerskens professionelle og erfaringsbaserede viden. Denne viden er måske et eksempel på det, man kalder tavs viden, det vil sige viden, som ikke er så let at overføre til andre, ikke er så let at nedskrive (Polanyi 2012), men med meget stor betydning for sundhedsplejerskernes professionelle virke. Pedersen (1998) benytter udtrykket "kunsten i sundhedsplejen" som udtryk for den viden, der udspringer af en praksis, som forudsætter sundhedsplejerskens lydhørhed, bevidsthed og refleksion. Vi, der har arbejdet med disse data, opfatter det som en styrke at få adgang til denne viden, mens andre med et eksakt naturvidenskabeligt videnssyn måske ville sige, at data er svage, fordi de kan dække over så meget forskelligt.



Enhver klinisk database rummer en risiko for, at sundhedspersonerne registrerer så forskelligt, at data bliver usammenlignelige. Denne risiko findes også for data i denne rapport, men sundhedsplejerskerne udfylder journalen med støtte fra en manual med ret præcise angivelser af, hvornår man skal skrive en bemærkning. Ifølge vejledningen skal der sættes kryds i "ingen bemærkninger" til mad og måltider hvis:

- Barnet spiser morgenmad og frokost.
- Mellemmåltiderne ikke skønnes at tage appetitten fra de øvrige måltider.
- Barnets indtag af sukker/slik og sukkerholdige væsker ikke skønnes overdrevent.
- Barnet spiser frugt/grønt svarende til anbefalingerne.
- Barnet indtager ½ liter fedtfattige mælkeprodukter dagligt.
- Barnet ikke er kræscent.
- Der ikke er andre bemærkninger.

Hvis barnet er blevet henvist som følge af en bemærkning til mad og måltider, skal sundhedsplejersken også afkrydse dette.

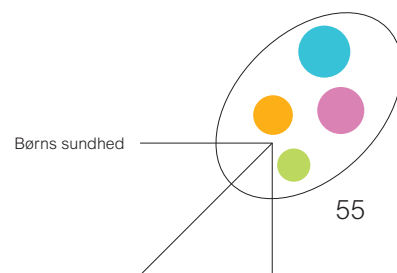
Mad og måltider hører til et af de obligatoriske emner ved indskolingsundersøgelsen (Sundhedsstyrelsen 2011). Der findes afkrydsning om mad og måltider i 89,5 % af journalerne, og da sundhedsplejersker ser næsten alle børn ved indskoling, så må rapportens resultater gælde for næsten alle børn i de deltagende kommuner.

Tidligere har den forholdsvis høje andel af missing for nogle af de sociodemografiske faktorer være et kritikpunkt. I de seneste rapporter har vi indhentet oplysninger om forældrenes etnicitet, uddannelsesniveau og erhvervstilknøytning ved hjælp af Danmark Statistiks registrere, hvilket har

medført, at andelen af missing på disse variable er reduceret til et minimum.

**Inspiration til ny forskning:** Vi har set, at brugen af sundhedsplejerskernes journaler giver helt nye typer af indsigt i mad og måltider ved indskoling. Det ville være af stor interesse at afklare, hvor mange af bemærkningerne som dækker over egentlige diagnosticerbare spiseforstyrrelser, og i det hele taget af afklare alvoren af de problemer, som sundhedsplejerskerne registrerer. Hvis man supplerer med kvalitative studier af de familier, hvor sundhedsplejersken har skrevet bemærkninger, har man mulighed for at udvikle helt ny viden om den rolle, mad og måltider spiller i moderne børnefamilier, og hvad der indgår i fænomenet "spiseproblemer og problemer med mad og måltider". En sådan viden kunne styrke sundhedsplejerskernes rådgivning af børn og forældre.

Problemer med mad og måltider kan udspille sig i familien og i skolen. Det ville være en enkel opgave at undersøge, om der er store skolevariationer i sådanne bemærkninger. Hvis der er særligt mange bemærkninger til mad og måltider på visse skoler, så kan en sådan viden benyttes som grundlag for, at sundhedsplejersken indgår i en sundhedsfremmende dialog med skolen om elevernes mad og måltider.





**Inspiration for praksis:** Undersøgelsen kan på mange måder give inspiration til sundhedsplejerskernes praksis. Én vej frem er i hver kommune at drøfte egen praksis med hensyn til at skrive bemærkninger. En sådan drøftelse kan sikre, at hver eneste sundhedsplejerskes viden og erfaringer med emnet kommer alle de andre til gode, at uklarheder afdækkes, og fremadrettede indsatser drøftes.

En anden vej frem er at studere indholdet i bemærkningerne. Vi har set i denne rapport, at der er forholdsvis få bemærkninger til morgenmad, frokost, mellemmåltider, indtag af sukker og slik, indtag af mælkeprodukter, indtag af frugt og grønt, samt kræsenhed. Faktisk omhandler de fleste bemærkninger emnet "andet", og det kunne være en drøftelse værd, hvad der ligger i dette.

Indskolingsjournalen med tilhørende vejledning blev taget i brug i skoleåret 2009-2010. En tredje vej kan være, at de enkelte kommuner og efterfølgende de ledende sundhedsplejersker drøfter behov for justering af journalen og præcisering af vejledningen.

En fjerde vej frem er en udvikling af sundhedsfremmende praksis: Måske skal man invitere til øget samarbejde med skolerne om deres mad- og måltidspolitikker, om spisepauser, spisemiljø, vareudbuddet i skolebuden. Måske skal man udvikle nye former for drøftelser med forældre om spisning, mad og måltider. Behovet varierer formentlig fra skole til skole og fra kommune til kommune.

**Konklusion:** En femtedel af alle indskolingsbørn har mindst én bemærkning til mad og måltider ved indskolingen. Forekomsten er forhøjet blandt børn med følgende kendetegn: De er lidt ældre ved skolestart, de er børn af efterkommere eller indvandrere, og børn af lavt uddannede forældre. Børn, der har tegn på manglede trivsel, har oftere bemærkninger til mad og måltider. Børn, der er overvægtige eller undervægtige, har også oftere bemærkninger til mad og måltider end børn, der er normalvægtige.





# 5. Årstal for børn indskolingsundersøgt i 2015-2016

## Formål og læsevejledning

Denne del af rapporten præsenterer udvalgte årstal for de børn, der blev indskolingsundersøgt i skoleåret 2015-2016 i en af de tretten kommuner, der indgår i Databasen Børns Sundhed. Resultaterne angives som diagrammer, der både indeholder resultater for det samlede antal indskolingsbørn i rapporten 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.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at procenterne i årstalsfigurerne er beregnet for alle børn, der er blevet indskolingsundersøgt i skoleåret 2015-2016. Procenterne kan derfor afvige fra procenterne i andre afsnit af rapporten, hvor færre børn indgår. Der indgår færre børn i temadelen af rapporten, fordi børn, hvor der ikke er registreret oplysninger om mad og måltider ved indskolingsundersøgelsen, ikke indgår i temarapporten.

## Revideret journal

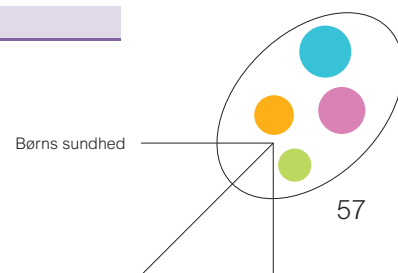
I løbet af skoleåret 2014-2015 fik de deltagende kommuner opdateret deres journalsystem, og reviderede udgaver af indskolingsjournalen og stamdata blev indlagt. For årstallene betyder det, at enkelte variable har ændret ordlyd, og at nogle variable har fået flere eller færre svarkategorier. Det kan i nogle tilfælde derfor være problematisk at sammenligne direkte med årene før 2014-2015. Hvor dette tænkes at være tilfældet, vil det blive beskrevet i teksten, der knytter sig til den enkelte figur.

## Alder og kønsfordeling

Gennemsnitsalderen ved indskolingsundersøgelsen er 6,5 år i hele populationen. Det yngste barn var 5,2 år, da det blev indskolingsundersøgt, og det ældste barn var 8,7 år. Gennemsnitsalderen i kommunerne er næsten ens og svinger kun mellem 6,3 år og 6,7 år. I hele populationen er 50,7 % af børnene drenge og 49,3 % piger. Kun i tre kommuner er der blevet indskolingsundersøgt flere piger end drenge.

**Tabel 5. gennemsnitsalder ved indskolingsundersøgelsen og kønsfordeling opdelt på kommune**

Kommune	Gennemsnitsalder (år)	Andel drenge (%)
Albertslund	6,4	52,9
Ballerup	6,4	49,5
Brøndby	6,3	50,4
Dragør	6,5	51,1
Gentofte	6,4	51,9
Glostrup	6,4	52,5
Herlev	6,7	50,4
Hvidovre	6,4	46,7
Høje-Taastrup	6,6	51,9
Køge	6,5	50,4
Roskilde	6,4	50,9
Rødovre	6,5	53,3
Tårnby	6,3	48,0
Hele populationen	6,5	50,7





Figur 38. Forekomst af sygdom/handicap hos barnet



### Sygdom og handicap hos barnet

I journalen registreres det, 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 inddrager data om sygdom/handicap i 0-1 årsalderen og/eller 1-5 årsalderen, hvis data ikke findes i indskolingsjournalen.

Af figur 38 fremgår det, at forekomsten af registrerede sygdomme og handicap i den samlede population er 7,1 %, hvilket svarer til den registrerede andel børn med sygdom eller handicap i 2014-2015, hvor andelen var 7,2 %. Figuren viser store variationer mellem kommunerne. Denne variation – og de tilsvarende kommunale forskelle i mange af de efterfølgende figurer – kan være udtryk for reelle forskelle mellem kommunerne med hensyn til barnets trivsel og udvikling. Men nogle af forskellene kan også være udtryk for, at sundhedsplejerskerne har forskellig praksis mht. hvad de registrerer.





Figur 39. Forekomst af børn med dårlig selv vurderet generel trivsel



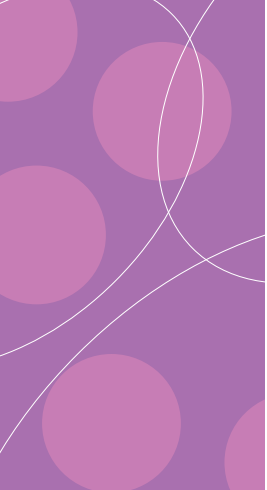
### Trivsel

Nedenfor præsenteres to indikatorer, der omhandler selv vurderet 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".

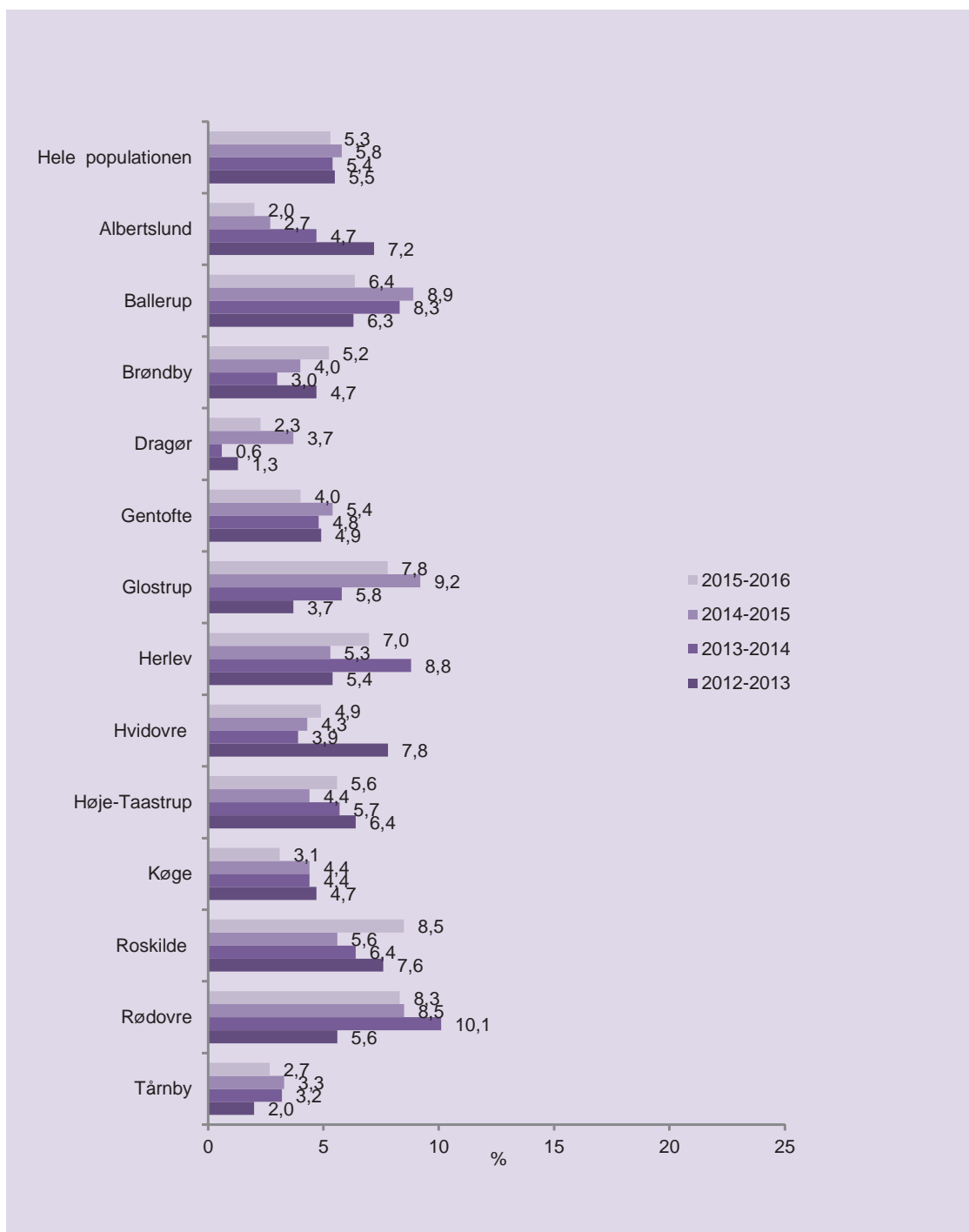
### Selv vurderet generel trivsel

Langt de fleste børn har en god selv vurderet generel trivsel, idet 65,6 % af børnene angiver at være "meget glade", 29,1 % angiver at være "glade", mens 4,8 % angiver at være "midt imellem", og 0,5 % angiver at være "ikke glade".

Figur 39 viser forekomsten af børn med dårlig selv vurderet generel trivsel defineret som børn, der angiver, at de for det meste er "midt imellem" eller "ikke glad". Forekomsten af dårlig generel trivsel i den samlede population er 5,3 %. Det er i god overensstemmelse med forekomsten blandt børn, der er indskolet de seneste år, hvor forekomsten er svinget mellem 5,3 og 5,8 %. Forekomsten af børn med dårlig generel trivsel svinger meget kommunerne imellem fra 2,0 % til 8,5 %.



Figur 40. Udvikling i forekomst af børn med dårlig selv vurderet generel trivsel opdelt på kommune og år





Figur 41. Forekomst af børn med dårlig selv vurderet skoletrivsel

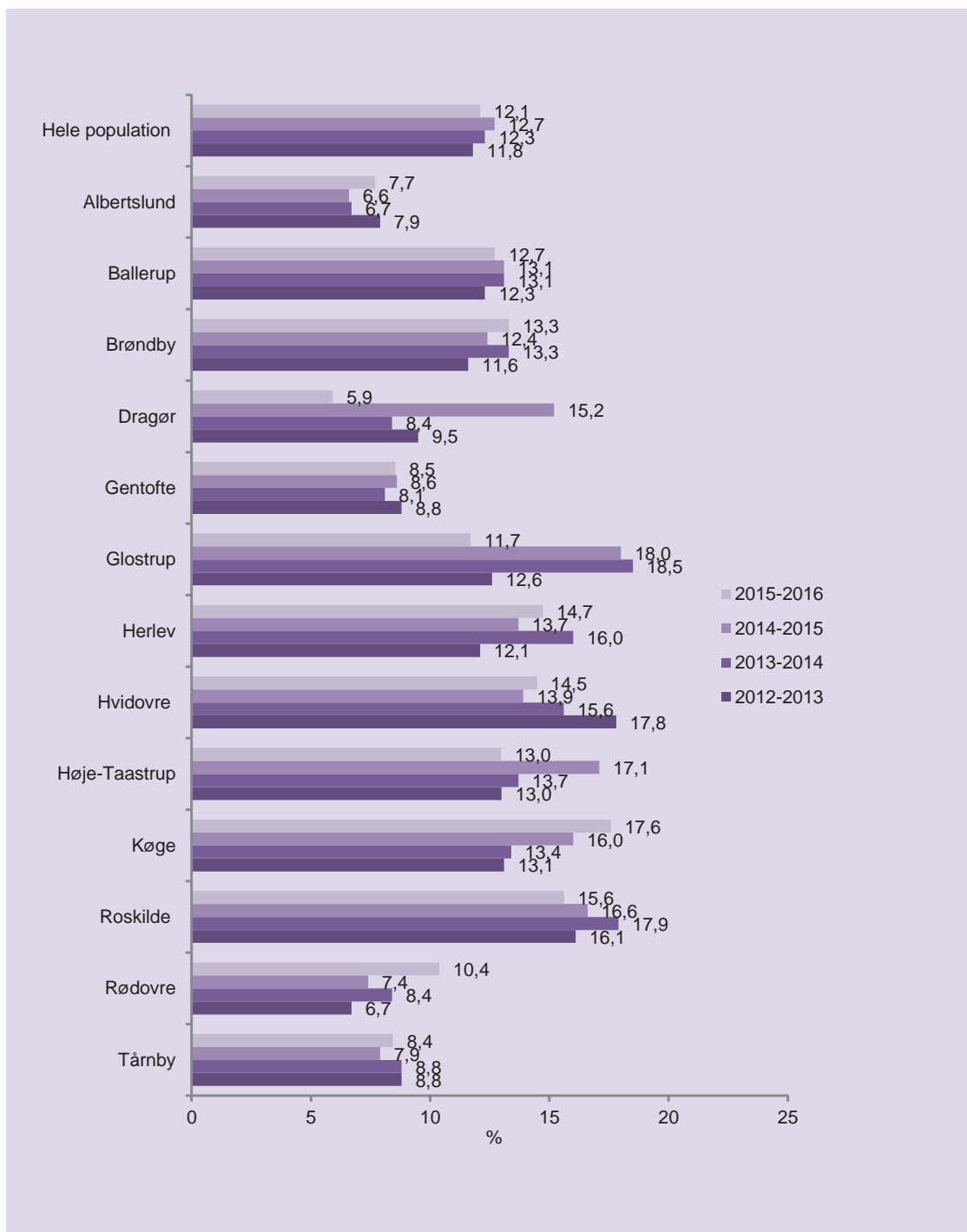


### Selv vurderet skoletrivsel

Størstedelen af børnene har en god selv vurderet skoletrivsel, idet 55,3 % af børnene angiver at være "meget glade" og 32,6 % "glade". I figur 41 vises andelen af børn med dårlig selv vurderet skoletrivsel, der i denne rapport omfatter børn, der har svaret "midt imellem" (10,3 %) eller "ikke glad" (1,9 %) til udsagnet "Sådan har jeg det for det meste i skolen". Forekomsten af dårlig selv vurderet skoletrivsel i den samlede population er 12,1 % for indskolingsåret 2015-2016, hvilket er på niveau med de tidligere år. Variationen mellem kommunerne er stor.



Figur 42. Udvikling i forekomst af børn med dårlig selvvalueret skoletrivsel opdelt på kommune og år





Tabel 6. Problemer i forholdet til jævnaldrende

	Ingen tegn på problemer		Grænseområde		Tegn på problemer	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>Albertslund</b>	270	94,7	7	2,5	8	2,8
<b>Ballerup</b>	419	94,6	11	2,5	13	2,9
<b>Brøndby</b>	204	88,7	10	4,4	16	7,0
<b>Dragør</b>	193	95,1	5	2,5	5	2,5
<b>Gentofte</b>	887	96,9	17	1,9	11	1,2
<b>Glostrup</b>	221	95,7	7	3,0	3	1,3
<b>Herlev</b>	209	94,6	6	2,7	6	2,7
<b>Hvidovre</b>	477	94,6	8	1,6	19	3,8
<b>Høje-Taastrup</b>	425	88,5	30	6,3	25	5,2
<b>Køge</b>	482	93,4	21	4,1	13	2,5
<b>Roskilde</b>	697	93,7	21	2,8	26	3,5
<b>Rødovre</b>	297	90,3	17	5,2	15	4,6
<b>Tårnby</b>	413	93,2	16	3,6	14	3,2
<b>Hele populationen</b>	<b>5.194</b>	<b>93,7</b>	<b>176</b>	<b>3,2</b>	<b>174</b>	<b>3,1</b>

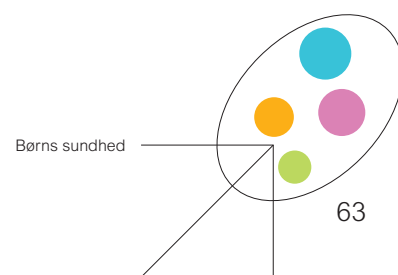
### Barnets forhold til jævnaldrende

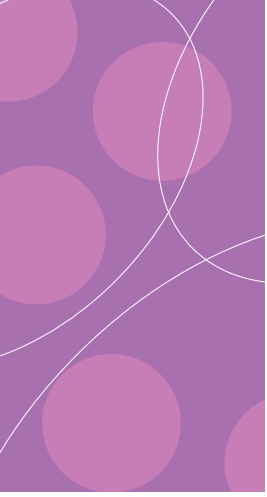
I spørgeskemaet forud for undersøgelsen besvarer forældrene fem spørgsmål vedrørende barnets forhold til jævnaldrende. Spørgsmålene stammer fra den danske version af det validerede og internationalt anvendte spørgeskema The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

Størstedelen af forældrene (87,8 %) har svaret "passer ikke" til, at deres barn er enenspænder, 92,9 % har svaret, at det "passer godt", at barnet har mindst én god ven, og 93,3 % har svaret, at det "passer godt", at deres barn generelt er vellidt af andre børn. Henholdsvis 88,6 % og 88,2 % af forældrene har svaret "passer ikke" til, at barnet bliver mobbet, og at barnet kommer bedre ud af det med voksne end med andre

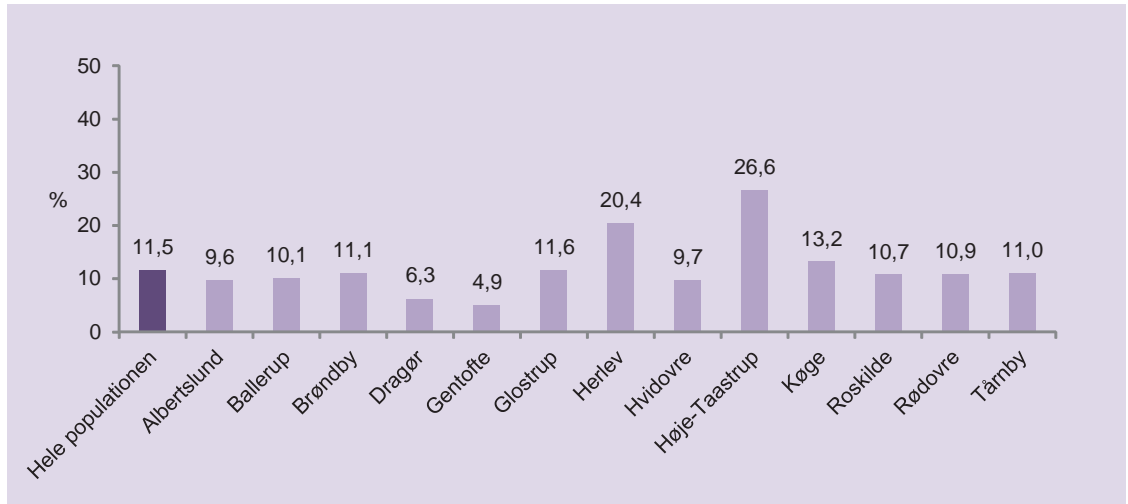
børn. Man opgør svarene på følgende måde: Hvert svar giver mellem nul og to point, hvor nul point betyder ingen problemer. Svarene summeres til en samlet score fra nul til ti. En score på 0-2 points defineres som "ingen tegn på problemer", en score på 3 points som "grænseområdet", og en score på 4-10 points som "tegn på problemer".

Af tabel 6 ses, at de fleste børn har et godt samspil med deres omgivelser. I den samlede population er 3,2 % af børnene i grænseområdet, mens 3,1 % af børnene har tegn på problemer i forholdet til jævnaldrende.





Figur 43. Forekomst af børn der bliver mobbet eller drillet



### Mobning og drilleri

Figur 43 viser andelen af børn, hvor forældrene har svaret, at barnet bliver mobbet, her defineret som at forældrene har svaret, at det passer delvist eller godt, at barnet bliver mobbet eller drillet af andre børn. Af figuren ses, at 11,5 % af forældrene har svaret, at det passer delvis eller godt, at deres barn bliver mobbet eller drillet. Af figuren ses også, at der er store forskelle kommunerne imellem.





Figur 44. Forekomst af motoriske vanskeligheder (mindst tre bemærkninger til motorik)



### Motoriske vanskeligheder

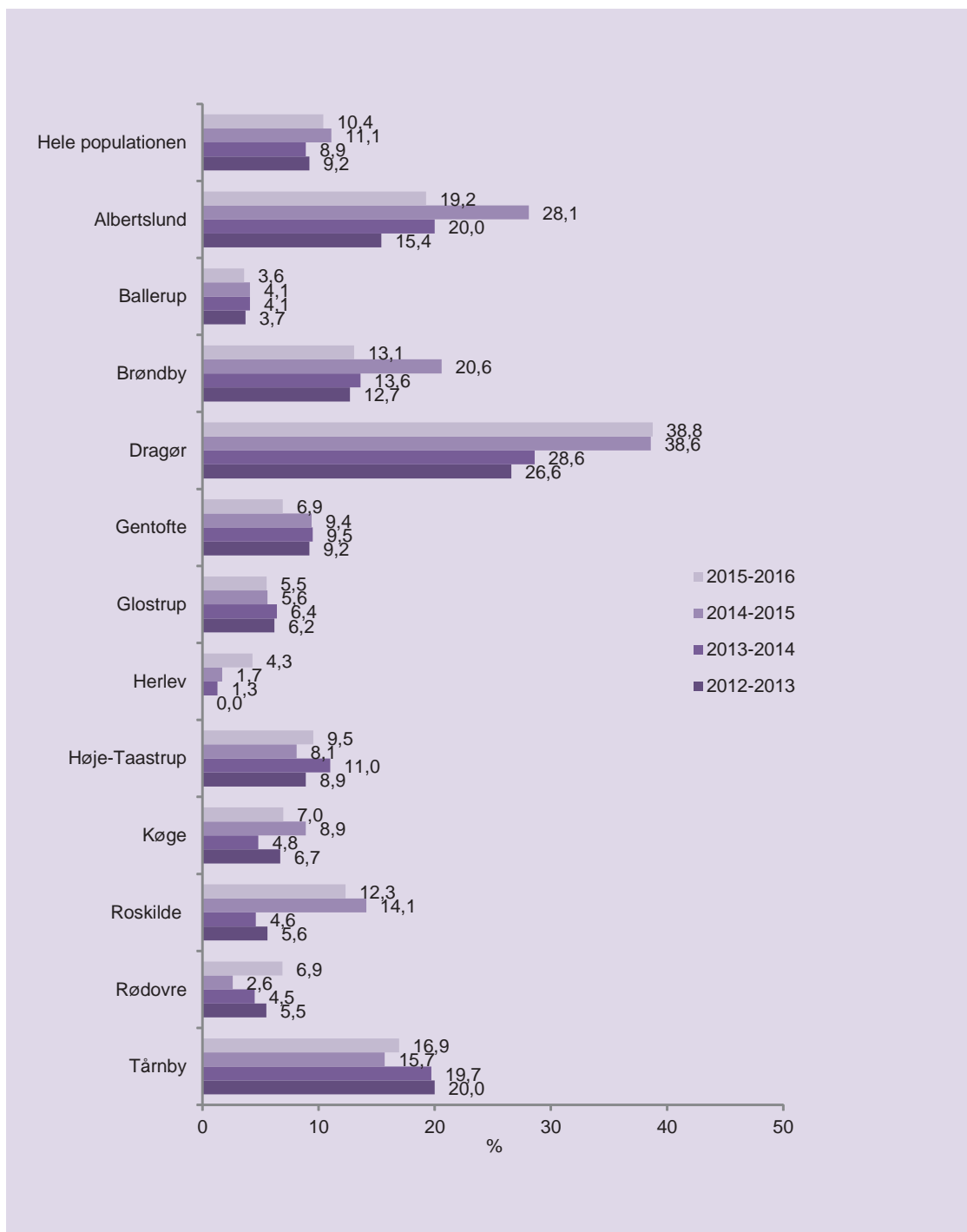
I den motoriske test vurderer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet har en aldersvarende udvikling i forhold til følgende motoriske funktioner: gang, hoppe, balance, gadedrengeløb, stå på højre eller venstre ben, kaste bold med højre og venstre hånd, gribe bold, valgt hånd og håndgreb. For cirka hvert tredje barn (32,1 %) har sundhedsplejersken noteret bemærkning til mindst én af disse motoriske funktioner.

Af figur 44 ses, at 10,4 % af børnene i den samlede population har "motoriske vanskeligheder" defineret som mindst tre bemærkninger til deres motoriske udvikling. Variationen i andelen af børn med "motoriske vanskeligheder" er stor kommunerne imellem. I Ballerup er det 3,8 % af børnene, der har mindst tre bemærkninger til deres motoriske udvikling, i Dragør er det 38,8 %. Data fra Hvidovre er ikke medtaget, da der kun er indrapporteret motorikdata om ganske få børn.

Figur 45 viser udvikling i forekomst af motoriske vanskeligheder de seneste fire år. Af figuren ses, at andelen af børn med motoriske vanskeligheder i den samlede population har ligget mellem 8,9 % og 11,1 %.



Figur 45. Udvikling i forekomst af motoriske vanskeligheder opdelt på kommune og år





Figur 46. Forekomst af børn med bemærkning til forældre-barn relation



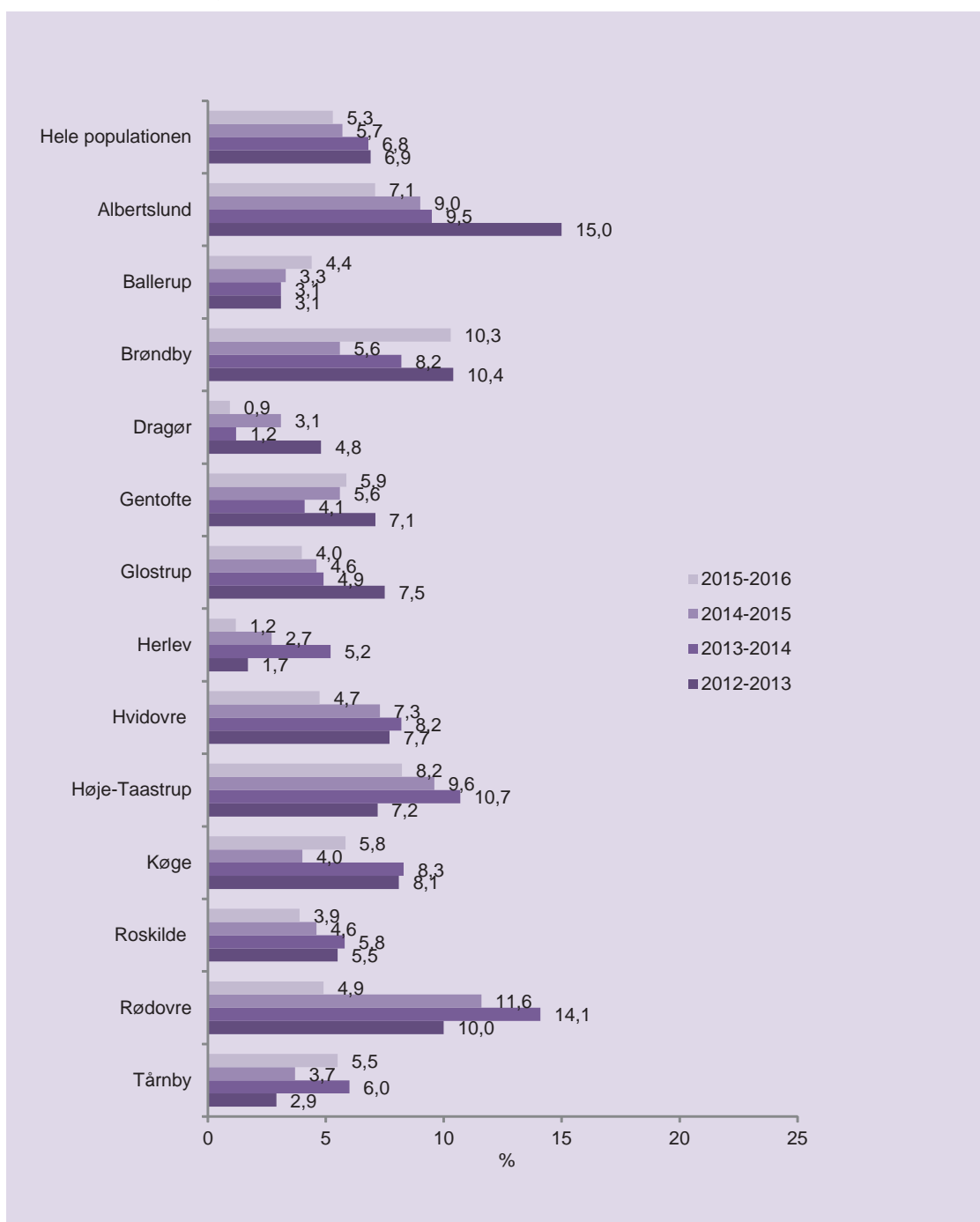
### Forældre-barn relation

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 forældrene ikke reagerer på barnets signaler.

Af figur 46 ses, at 5,3 % af børnene, der er indskolingsundersøgt i 2015-2016, har bemærkninger til forældre-barn relationen. Forekomsten svinger fra 0,9 % til 10,3 %. Forekomsten af bemærkninger er faldet en anelse de seneste fire år, fra 6,9 % i skoleåret 2012-2013 til 5,3 % i skoleåret 2015-2016 (figur 47).



Figur 47. Udvikling i forekomst af børn med bemærkning til forældre/barn relation opdelt på kommune og år



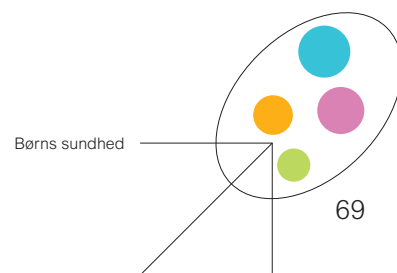


### Højde/vægt-kurver

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

Af figur 48 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 2,7 % på tværs af kommunerne. Forekomsten har de seneste fire år svinget mellem 1,1 og 1,6 % (figur ikke vist).

Andelen af børn over 90 % højde/vægt-percentilen er medtaget som indikator i rapporten, da det i et forebyggelsesperspektiv er vigtigt, at der sættes ind over for børn, der er i risiko for overvægt. I den samlede population ligger 12,8 % af børnene over 90 % percentilen for vægt i forhold til højde ved undersøgelserne gennemført i 2015-2016 (figur 49). Andelen, der ligger over 90 % percentilen, varierer mellem 7,0 % og 20,1 % på tværs af de deltagende kommuner. Af figur 50 fremgår det, at andelen af børn over 90 % percentilen i den samlede population har svinget mellem 11,8 % og 13,0 % de seneste fire år.





Figur 48. Forekomst af børn med vægt i forhold til højde under 3 % percentilen

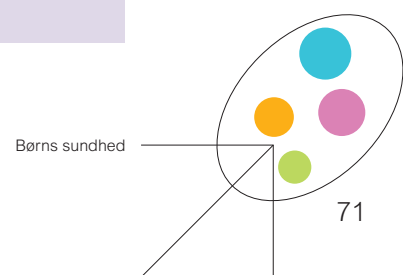
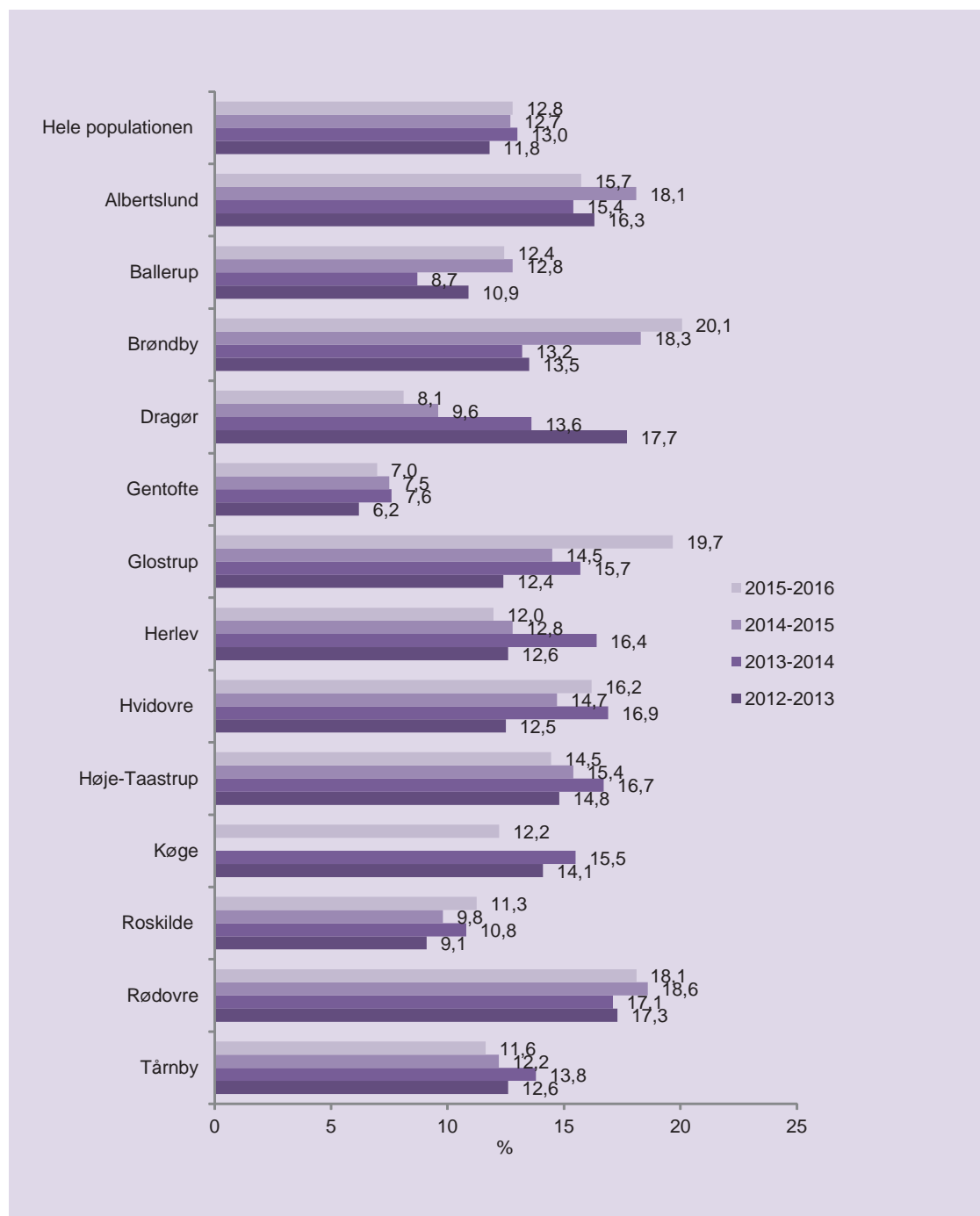


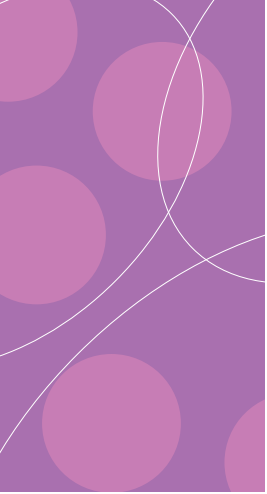
Figur 49. Forekomst af børn med vægt i forhold til højde over 90 % percentilen





Figur 50. Udviklingen i forekomst af børn med vægt i forhold til højde over 90 % percentilen opdelt på kommune og år





Figur 51. Forekomst af børn med vægt i forhold til højde over 97 % percentilen



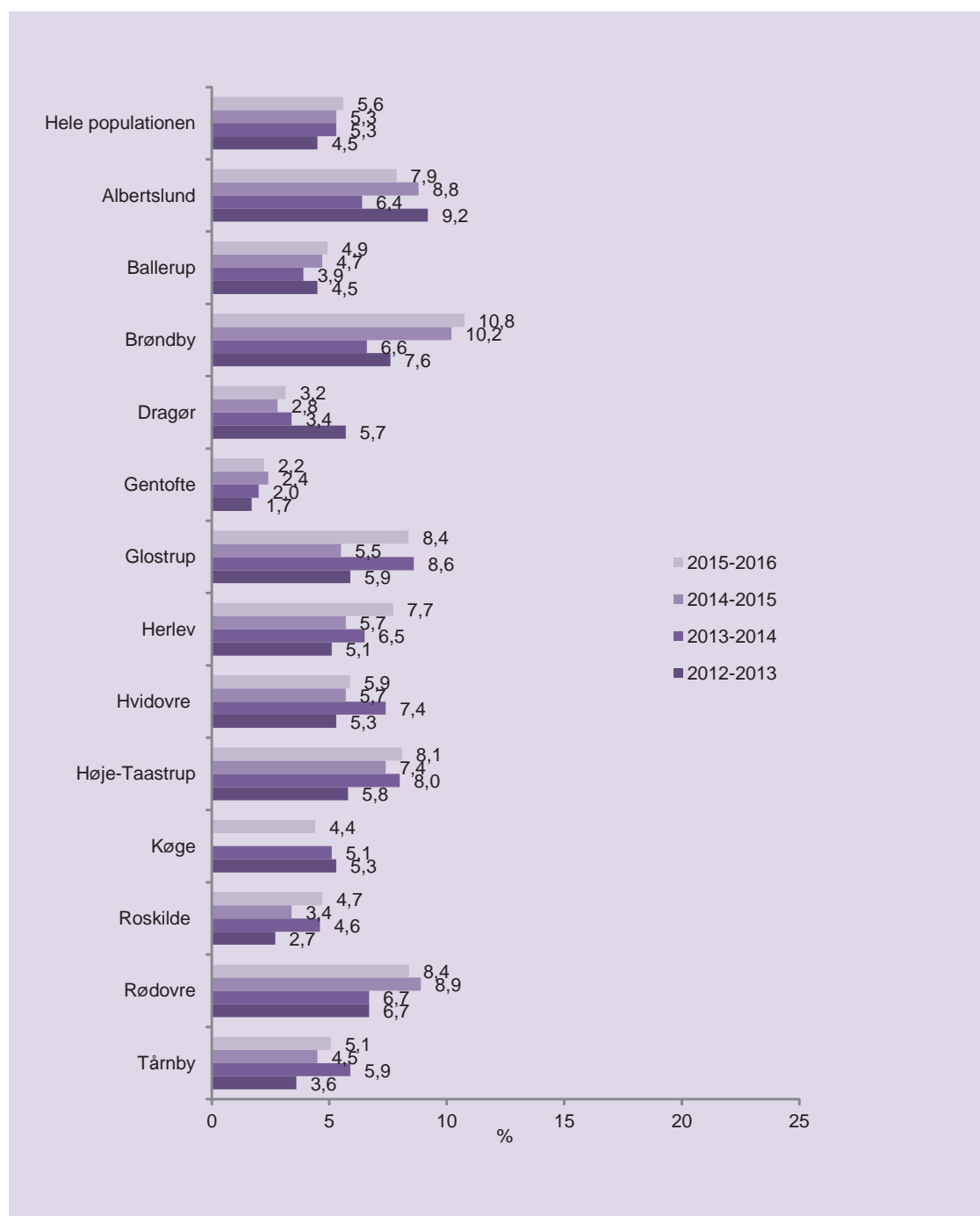
Figur 51 viser andelen af børn med en vægt i forhold til højde over 97 % percentilen. Det vil sige, at børnene har en høj vægt i forhold til deres højde. Her er der ligeledes store forskelle på tværs af kommunerne, idet forekomsten varierer mellem 2,2 % og 10,8 %. I den samlede population har 5,6 % af børnene en vægt i forhold til højde over 97 % percentilen.

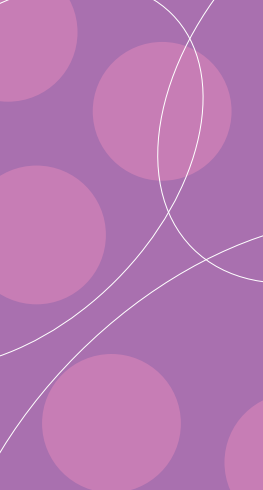
Som det fremgår af figur 52, har denne andel i den samlede population varieret mellem 4,5 % og 5,6 % de seneste fire år. En højde/vægt, der ligger over 97 % percentilen, indgår også i andelen af børn med en højde/vægt over 90 % percentilen. Tallene bør derfor ikke lægges sammen.





Figur 52. Udviklingen i forekomst af børn med vægt i forhold til højde over 97 % percentilen, opdelt på år og kommune





Figur 53. Forekomst af undervægt på baggrund af BMI



### Børne-BMI-kurver

De forgående tabeller er udtryk for én måde at vurdere overvægt og undervægt på. Det er en metode, der har været anvendt i Danmark i mange år. Siden 2014 har Sundhedsstyrelsen anbefalet, at der i stedet anvendes kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver. Nedenstående figurer er baseret på Coles redefinerede BMI-grænser fra 2012 (Cole et al. 2000, Cole et al. 2007, Cole et al. 2012).

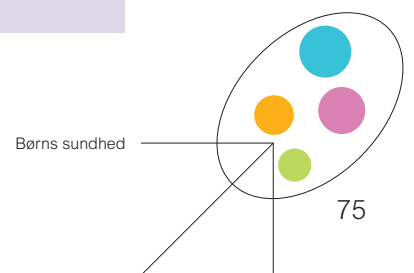
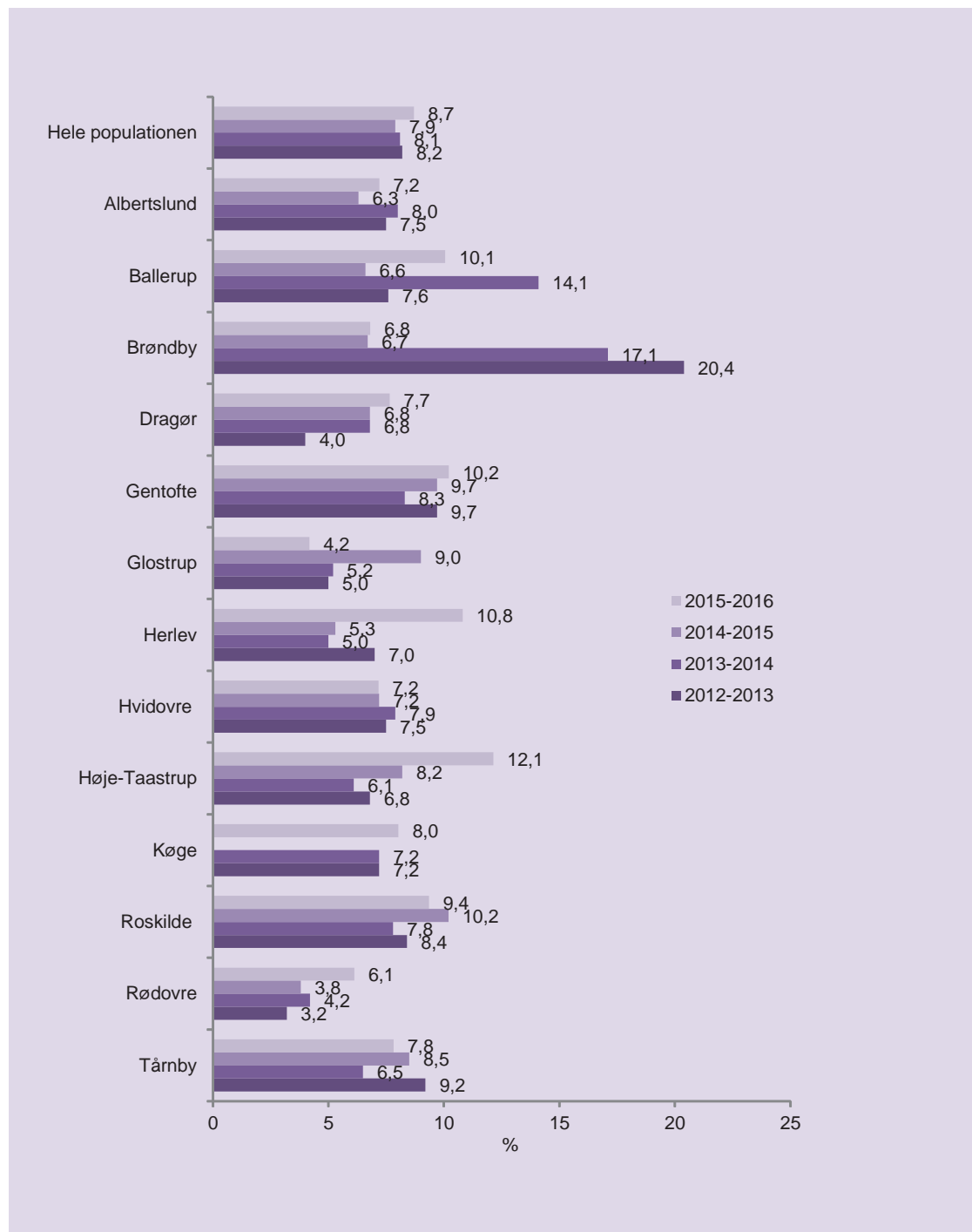
Af figur 53 ses, at 8,7 % af de børn, der er indskolingsundersøgt i 2015-2016, er undervægtige. Variationen mellem kommuner er stor fra 4,2 % til 12,1 %.

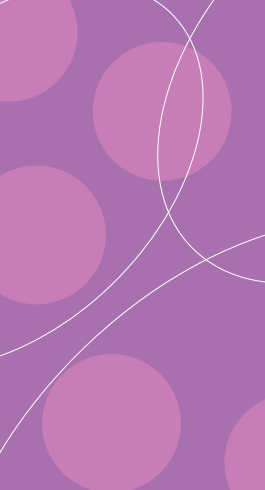
Af figur 54 ses, at andelen har svinget mellem 7,9 % og 8,7 % de seneste fire år.





Figur 54. Udvikling i forekomst af undervægt på baggrund af BMI opdelt på kommune og år





Figur 55. Forekomst af overvægt (inklusive svær overvægt) på baggrund af BMI



Figur 57. Forekomst af svær overvægt på baggrund af BMI

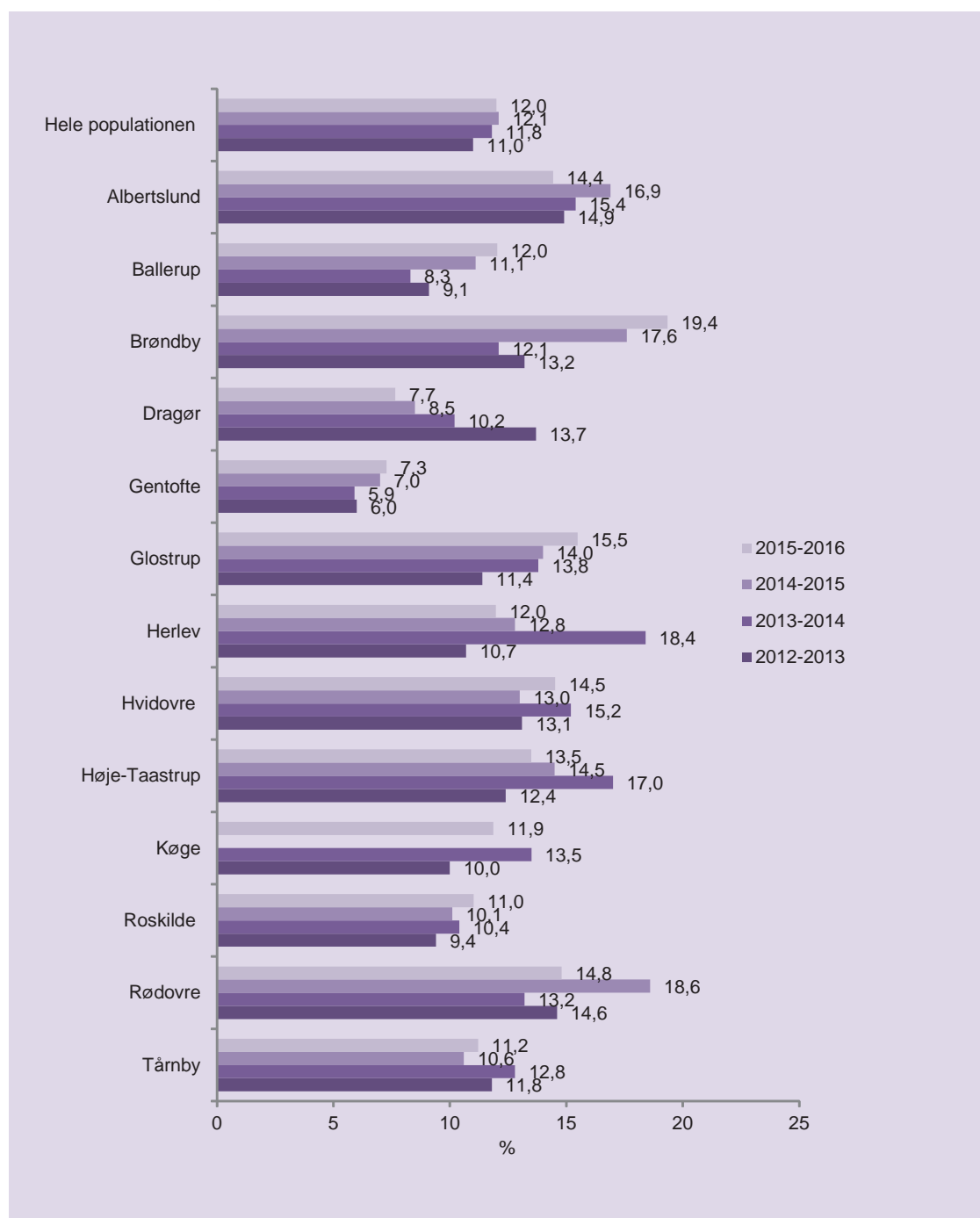


Af figur 55 fremgår det, at 12,0 % af børnene er overvægtige ved indskolingsundersøgelsen i 2015-2016. I denne andel er forekomsten af svært overvægtige børn indberegnet. Forekomsten af overvægt varierer fra 7,3 % til 19,4 % på tværs af kommunerne. Forekomsten har svinget mellem 11,0 % og 12,1 % de seneste fire år (se figur 56).

Figur 57 viser, at 2,8 % af børnene er svært overvægtige. Andelen varierer fra 1,1 % til 6,1 %. En tilsvarende andel af børn i den samlede population har været svært overvægtige ved indskolingsundersøgelserne de seneste fire år (se figur 58).

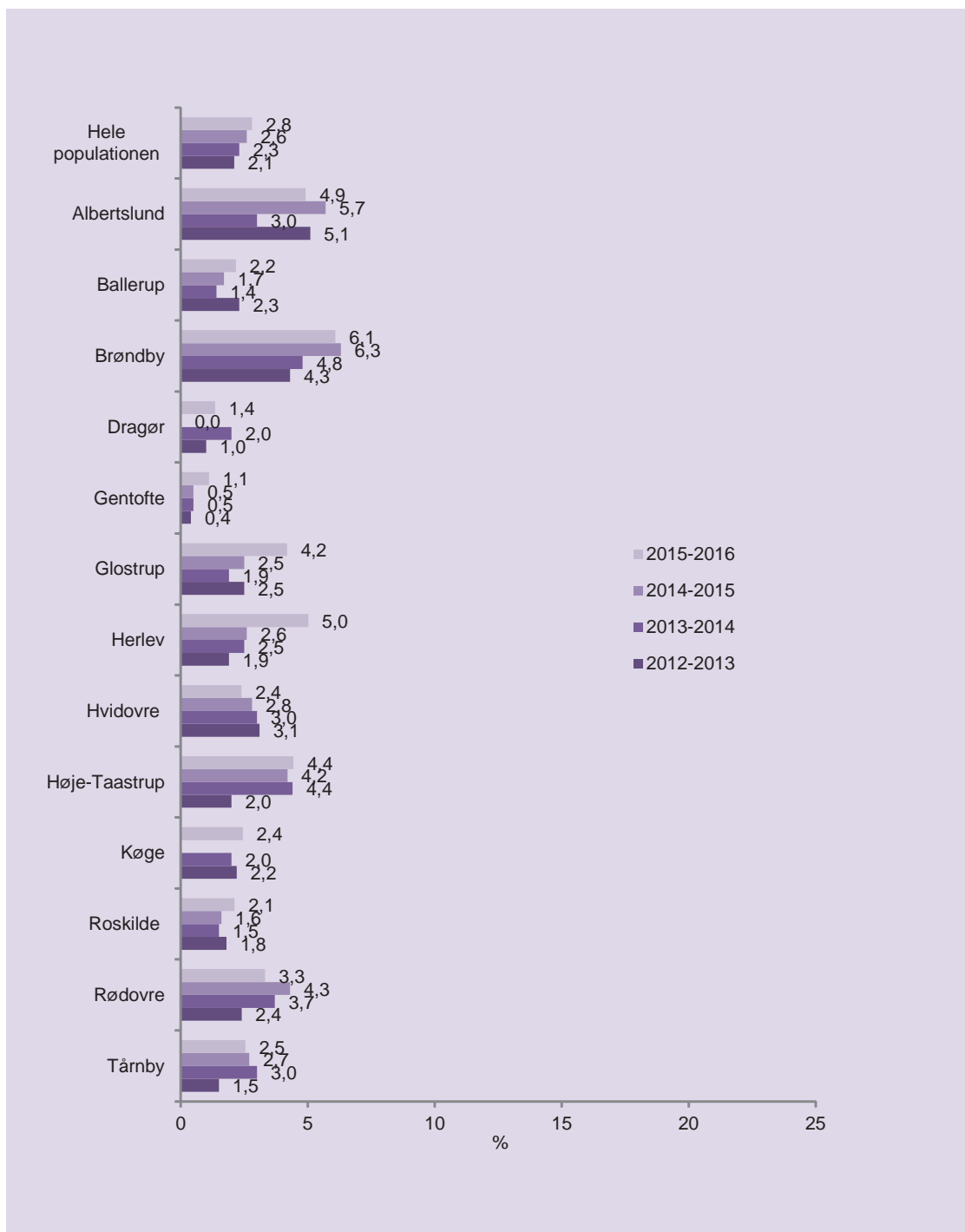


Figur 56. Udvikling i forekomst af overvægt (inklusive svær overvægt) på baggrund af BMI opdelt på kommune og år





Figur 58. Udvikling i forekomst af svær overvægt på baggrund af BMI opdelt på kommune og år





Figur 59. Forekomst af børn, der udsættes for passiv rygning i hjemmet



### Ryging i hjemmet

Ved indskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet er udsat for passiv rygning i hjemmet jf.

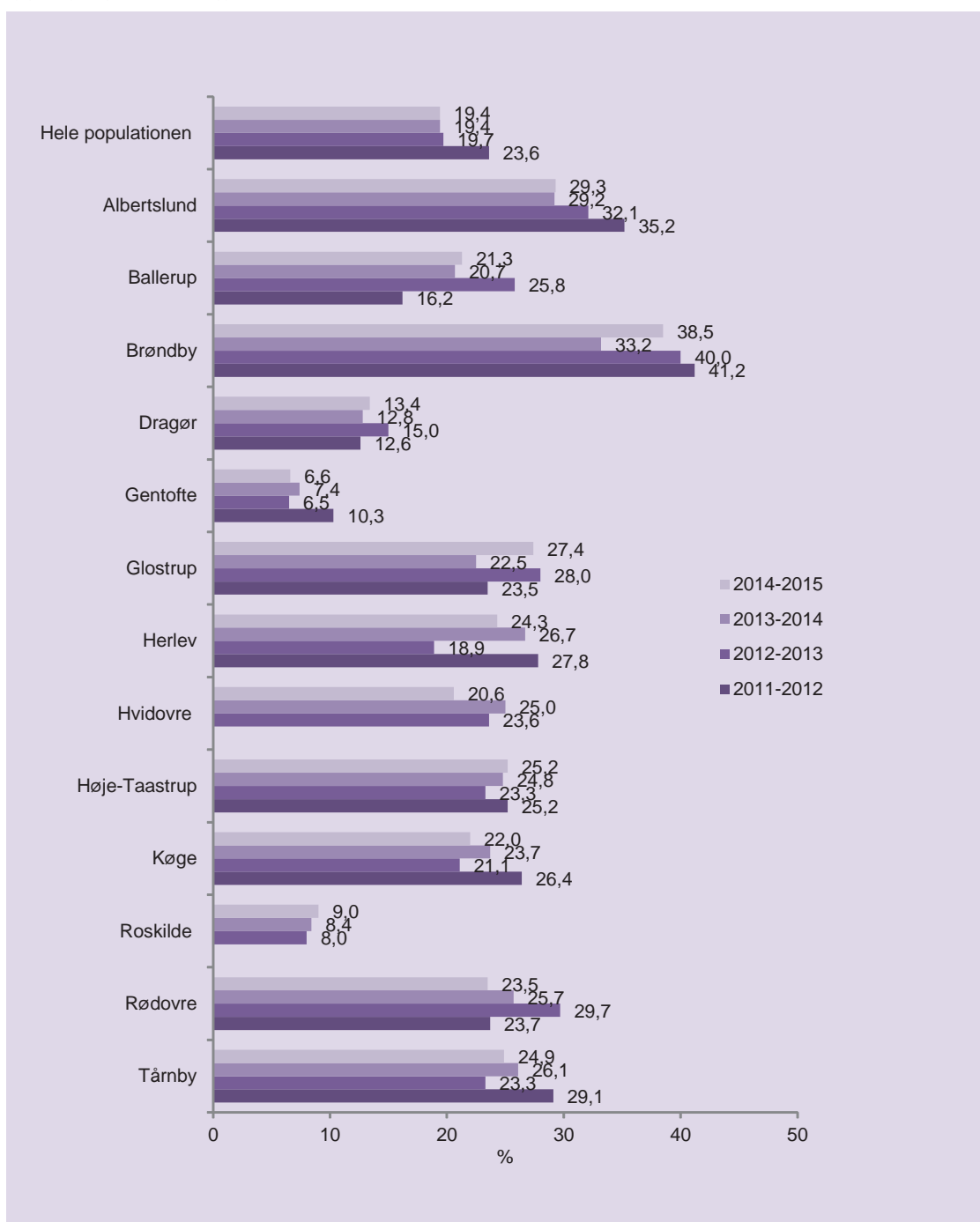
Sundhedsstyrelsen definition af passiv rygning.

Tidligere skulle sundhedsplejersken ikke notere passiv rygning i hjemmet, men hvorvidt barnet boede sammen med mindst én ryger. Denne omformulering af vejledningen ser ud til at have slået igennem i de fleste kommuner, men ikke i alle. Vi har valgt ikke at inddrage tallene for 2015-2016 i figur 60, da vi mener, det kan være problematisk at sammenligne tallene fra i år med tidligere år.

Med forbehold for ovenstående viser figur 59 forekomsten af børn, der er udsat for passiv rygning i hjemmet, opdelt på kommune. I den samlede population er der 12,1 % af børnene, som er udsat for passiv rygning i hjemmet.



Figur 60. Udviklingen i forekomst af børn, der bor sammen med mindst én ryger/udsat for passiv rygning i hjemmet, opgjort på kommune fra 2012-2015





## 6. Referencer

Andersen E, Hutchings B, Jansen J, Nyholm M. Højde og vægt hos danske børn. *Ugeskr Læger* 1982; 144(24):1760-1765.

Andersen R, Biloft-Jensen A, Christensen T, Andersen EW, Ege M, Thorsen AV, Knudsen VK, Damsgaard CT, Sørensen LB, Petersen RA, Michaelsen KF, Tetens I. What do Danish children eat, and does the diet meet the recommendations? Baseline data from the OPUS School. Meal Study. *J Nutr Sci.* 2015;4:26;4:e29.

Beck AM, Hoppe C, Andersen NL. Vidensgrundlag for rådgivning om indtag af mælk, mælkeprodukter og ost i Danmark. Søborg: DTU, Fødevareinstituttet, 2010.

Benjasuwantep B, Chaithirayanon S, Elamudomkan M. Feeding problems in health young children: prevalence, related factors and feeding practices. *Pediatr rep* 2013; 5: e10.

Brixval CS, Svendsen M, Holstein BE. Motoriske vanskeligheder - Sundhedsplejerskernes undersøgelser af motorik ved indskolingen. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012.

Berge JM, Wall M, Larson N, Loth KA, Neumark-Sztainer D. Family functioning: associations with weight status, eating behaviors, and physical activity in adolescents. *J Adolesc Health* 2013;52:351-357.

Berge JM, Wall M, Hsueh TF, Fulkerson JA, Larson N, Neumark-Sztainer D. The Protective Role of Family Meals for Youth Obesity: 10-Year Longitudinal Associations. *J Pediatr* 2014;134:5:923-932

Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatr* 2014;134:582-92.

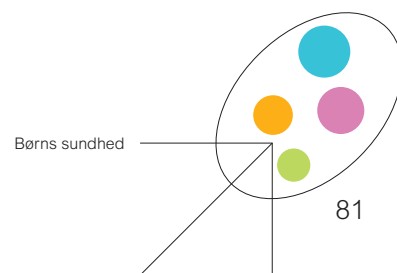
Currie C et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

Cole T, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 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. *BMJ* 2007;335:194.

Cole, TJ, Lobstein, T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012;7(4):284-294.

Databasen Børns Sundhed, Johansen A. Holstein BE. Gråd, uro og spiseproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejerser. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2014.





Den Nationale Kosthåndbog (2016)  
www.kosthåndbogen.dk

Elgar FJ, Craig W, Trites SJ. Family dinners, communication, and mental health in Canadian adolescents. *J Adolesc Health* 2013;52:433-38.

Eisenberg ME, Olson RE, Neumark-Sztainer D, Story M, Bearinger LH. Correlations between family meals and psychosocial well-being among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:792-96.

Equit M, Pålme M, Becker N, Moritz A-M, Becker S, von Gontard A. Eating problems in young children – a population-based study. *Acta Paediatr* 2013;102:149-55.

Fabritius K, Rasmussen M. Breakfast habits and overweight in Danish schoolchildren. The role of socioeconomic position *Ugeskr Læger* 2008;170:2559-2563.

Fulkerson JA, Pasch KE, Stigler MH, Farbaksh K, Perry CL, Komro KA. Longitudinal associations between family dinner and adolescent perceptions of parent-child communication among racially diverse urban youth. *J Fam Psychol* 2010;24:261-270.

Franko DL, Thompson D, Affenito SG, Barton BA, Striegel-Moore RH. What mediates the relationship between family meals and adolescent health issues. *Health Psychol* 2008;27:S109-117.

Fulkerson JA, Story M, Neumark-Sztainer D, Rydell S. Family meals: perceptions of benefits and challenges among parents of 8- to 10-year-old children. *J Am Diet Assoc* 2008;108:706-709.

Fulkerson JA, Story M, Mellin A, Leffert N, Neumark-Sztainer D, French SA. Family dinner meal frequency and adolescent development: relationships with developmental assets and high-risk behaviors. *J Adolesc Health* 2006;39:337-345.

Fødevarestyrelsen. Du er måske for sød. Glostrup: Ministeret for fødevarer, Landbrug og Fiskeri, Fødevarestyrelsen, 2015.

Fødevarestyrelsen. De officielle Kostråd. Glostrup: Miljø- og Fødevareministeriet, Fødevarestyrelsen, 2015.

Goldfarb SW, Tarver L, Sen B. Family structure and risk behaviors: the role of the family meal in assessing likelihood of adolescent risk behaviors. *Psychol Res Behav Manag* 2014;7:53-66.

Groth MV, Cristensen LM, Knudsen VK, Sørensen MR, Fagt S, Ege M, Matthiessen J. Sociale forskelle: Børns kostvaner, fysiske aktivitet og overvægt & voksnes kostvaner. København: DTU Fødevareinstituttet, 2013.

Hafstad, G.S., von Soest, T. and Torgersen, L. Early Childhood Precursors for Eating Problems in Adolescence: A 15-Year Longitudinal Community Study. *J Eat Disord* 2013;1- 35.

Haycraft E, Farrow C, Meyer C, Powell F, Blissett J. Relationships between temperament and eating behaviors in young children. *Appetite* 2011;56:689-692.

Hoyland A, Dye L, Lawton CL. A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutr Res Rev* 2009;22:220-243.



Höglund D, Samuelson G, Mark A. Food habits in Swedish adolescents in relation to socioeconomic conditions. *Eur J Clin Nutr* 1998;52(11):784-9.

Hudson LD, Court AJ. What paediatricians should know about eating disorders in children and young people. *J Paediatr Child Health* 2012;48:860-75.

Johansen A, Rasmussen S, Madsen M. Health behaviour among adolescents in Denmark: influence of school class and individual risk factors. *Scand J Public Health* 2006;34:32-40.

Jørgensen A, Pedersen TP, Meilstrup CR, Rasmussen M. The influence of family structure on breakfast habits among adolescents. *Dan Med Bul* 2011;58:4262.

Kotler L, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh BT, Davis M. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adol Psych* 2001;40(12):1434-1440.

Larson N, MacLehose R, Fulkerson JA, Berge JM, Story M, Neumark-Sztainer D. Eating breakfast and dinner together as a family: associations with sociodemographic characteristics and implications for diet quality and weight status. *J Acad Nutr Diet* 2013;113:1601-1609.

Manios Y, Moschonis G, Androutsos O, Filippou C, Van Lippevelde W, Vik F N, te Velde S J, Jan N, Dössegger A, Bere E, Molnar D, Moreno LA, Chinapaw M J, De Bourdeaudhuij I, Brug J. Family sociodemographic characteristics as correlates of children's breakfast habits and weight status in eight European countries. The ENERGY (European Energy balance Research to prevent excessive weight Gain among Youth) project. *Public Health Nutr* 2015;18(5):774-783.

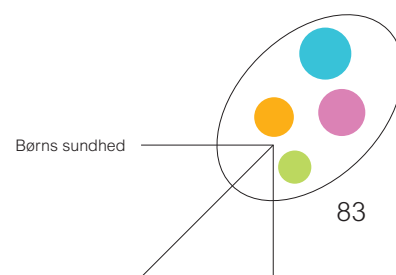
Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child* 2016 (e-pub ahead of time).

Martin GC, Wertheim EH, Prior M, Smart D, Sanson A, Oberklaid F. A longitudinal study of the role of childhood temperament in the later development of eating concerns. *Int J Eat Dis* 2000;27:150-62.

Micali N, Simonoff E, Elberling H, Rask CU, Olsen EM, Skovgaard AM. Eating patterns in a population-based sample of children aged 5 to 7 years: association with psychopathology and parentally perceived impairment. *J Dev Behav Pediatr*. 2011; 32: 572-80.

Munkholm A, Olsen EM, Rask CU, Clemmensen L, Rimvall MK, Jeppesen P, Micali N, Skovgaard AM. Early predictors of eating problems in pre-adolescence - a prospective birth cohort study. *J Adolesc Health* 2016;58:533-42.

Neumark-Sztainer DN, Larson NI, Fulkerson JA, Eisenberg ME, Story M. Family meals and adolescents: what have we learned from Project EAT (Eating Among Teens)? *Public Health Nutr* 2010;13:1113-1121.





Neumark-Sztainer D, Eisenberg ME, Fulkerson JA, et al. Family meals and disordered eating in adolescents: longitudinal findings from project EAT. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:17-22.

Nicklas TA, Baranowski T, Cullen KW, Berenson G. Eating patterns, dietary quality and obesity. *J Am Coll Nutr* 2001;20: 599-608.

Obel C, Dalsgaard S, Stax HP, Bilenberg N. Spørgeskema om barnets styrker og vanskeligheder (SDQ-Dan). Et nyt instrument til screening for psykopatologi i alderen 4-16 år. *Ugeskr Læger* 2003;165:462-5.

Ottosen MH, Andersen D, Nielsen LP, Lausten M, Stage S. Børn og unge i Danmark: velfærd og trivsel 2010. København: Socialforskningsinstituttet 2010.

Pedersen A, Christensen T, Matthiessen J, Knudsen VK, Rosenlund-Sørensen M, Biloft-Jensen A, Hinsch H-J, Ygli KH, Kørup K, Saxholt E, Trolle E, Søndergaard AB, Fagt S. Danskernes kostvaner 2011-2013. København: DTU Fødevareinstituttet, 2015.

Pedersen J. Kunsten i sundhedsplejen. *Sygeplejersken* 1998;3:36-40.

Pedersen TP, Holstein BE, Flachs EM, Rasmussen M. Meal frequencies in early adolescence predict meal frequencies in late adolescence and early adulthood. *BMC Public Health* 2013; 13: 445.

Pedersen TP, Meilstrup V, Holstein BE, Rasmussen M. Fruit and vegetable intake is associated with frequency of breakfast, lunch and evening meal: cross-sectional study of 11-, 13-, and 15-year-olds. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012; 9:9.

Petrauskiene A, Zaltauske V, Albaviciute E. Family socioeconomic status and nutrition habits of 7-8 year old children: cross-sectional Lithuanian COSI study. *Ital J Pediatr* 2015;41:34.

Pliner P, Loewen ER. Temperament and food neophobia in children and their mothers. *Appetite* 1997;28:239-54.

Polanyi M. Den tavse dimension. København: Forlaget Mindspace, 2012.

Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, Adams J, Metz J. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J Am Diet Assoc*. 2005;105:743-760.

Rasmussen M, Krølner R, Klepp KI, Lytle L, Brug J, Bere E, Due P. Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: Quantitative studies. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2006; 11;3:22.

Rasmussen M, Pedersen TP, Due P, red. Skolebørnsundersøgelsen 2014. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2015.

Rome E. Eating disorders in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2012;42:28-44.



Skeer MR, Ballard EL. Are family meals as good for youth as we think they are? A review of the literature on family meals as they pertain to adolescent risk prevention. *J Youth Adolesc* 2013;42:943-963.

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

Sundhedsstyrelsen. Skolesundhedsarbejde – håndbog til skolesundhedstjenesten. København: Sundhedsstyrelsen, 2013.

Sundhedsstyrelsen. Ernæring til spædbørn og småbørn – en håndbog for sundhedspersonale. København: Sundhedsstyrelsen, 2015.

Szajewska H, Rusczyński M. Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2010;50:113-119.

Tetens I, Andersen LB, Astrup A, Gondolf UH, Hermansen K, Jakobsen MU et al. Evidensgrundlaget for Danske Råd om Kost og Fysisk Aktivitet. Søborg: DTU Fødevarerinstitutionen, 2013.

Trolle E, Gondolf UH, Ege M, Krørup K, Ygill KH, Christensen T. Danskernes kostvaner. Spæd- og småbørn 2006-2007. København: DTU Fødevarerinstitutionen, 2013.

Utter J, Denny S, Robinson E, Fleming T, Ameratunga S, Grant S. Family meals and the well-being of adolescents. *J Paediatr Child Health* 2013;49:906-911.

Valdés J, Rodríguez-Artalejo F, Agullar L, et al. Frequency of family meals and childhood overweight: a systematic review. *Pediatr Obes* 2013;8:e1-e13.

Wertheim EH, Martin G, Prior M, Sanson A, Smart D. Parent influences in the transmission of eating and weight related values and behaviors. *Int J Eat Dis* 2002;10:321-34.

Willett WC, Stampfer MJ. Current evidence on healthy eating. *Annu Rev Public Health* 2013;34:77-95.

Woodruff SJ, Hanning RM. A review of family meal influence on adolescents' dietary intake. *Can J Diet Pract Res* 2008;69:14-22.

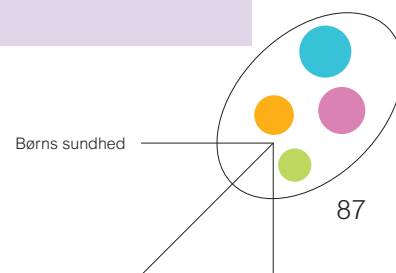
# 7. Oversigt over anvendte variable

**Tablet 7.1 Oversigt over anvendte variable**

Variable	Oplysninger stammer fra	Kategorier, der anvendes i temarapporten
Kommune	Oplysning om, hvilken kommune barnet er fra, baseres på hvilken kommune, der har sendt journaldata om barnet ved indskolingen.	1) Albertslund 2) Ballerup 3) Brøndby, 4) Dragør 5) Gentofte 6) Glostrup 7) Herlev 8) Hvidovre 9) Høje-Taastrup 10) Køge 11) Roskilde 12) Rødovre 13) Tårnby.
Barnets køn	Barnets køn udledes fra barnets CPR-nummer.	1) pige 2) dreng.
Barnets alder ved indskolingsundersøgelsen	Barnets alder ved indskolingsundersøgelsen udregnes via barnets fødselsdato og dato for undersøgelsen.	1) fem eller seks år 2) syv eller otte år.
Forældrenes herkomst	Forældrenes etniske herkomst er indhentet via registre. Forældre med dansk herkomst er i denne rapport defineret som personer, hvor mindst én af forældrene er dansk statsborger eller født i Danmark. Indvandrere er født i udlandet af forældre, der hverken er danske statsborgere eller er født i Danmark. Efterkommere er personer, der er født i Danmark af forældre, der hverken er danske statsborgere eller født i Danmark.  Vi har udarbejdet en samlet variabel for begge forældres etniske herkomst.	1) to forældre, der er af dansk herkomst 2) én forælder, der er af dansk herkomst, og én forælder der er indvandrer eller efterkommer 3) to forældre, der er indvandrere eller efterkommere.
Familietype	Familietype er baseret på oplysninger fra registre om, hvem barnet bor med ved indskoling.	1) bor med begge forældre 2) bor på skift 3) bor hos far eller mor.
Forældrenes højst gennemførte uddannelse	Oplysninger om forældrenes højst gennemførte uddannelse er indhentet via Danmarks Statistik. Vi har lavet en fælles variabel for den højst gennemførte uddannelse for både barnets mor og far.	1) én eller begge forældre har gennemført en lang videregående uddannelse 2) én eller begge forældre har gennemført en mellemlang eller kort videregående uddannelse 3) én eller begge forældre har højst gennemført en almen eller erhvervsfaglig uddannelse 4) én eller begge forældre har højeste gennemført en erhvervsfaglig uddannelse 5) én eller begge forældre har højst gennemført folkeskolen (grundskolen).
Mor og fars alder ved fødslen	Forældrenes alder ved fødslen er defineret ud fra barnets og den pågældende forældres CPR-nummer.	1) 25 år eller under 2) 26 år eller ældre.
Forældrenes erhvervsstilknytning	Mor og fars erhverv er baseret på registeroplysninger om, hvorvidt henholdsvis mor og far er i arbejde eller ej. Vi har lavet en samlet variabel for begge forældre.	1) to forældre, der er i erhverv i 2) en forælder, der er i erhverv, og en der ikke er i erhverv 3) to forældre, der ikke er i erhverv.
Forhold til jævnaldrende	Ved indskolingsundersøgelsen bliver forældrene bedt om at vurdere følgende udsagn om barnets forhold til jævnaldrende i de seneste seks måneder: 1) er lidt af en enspænder 2) har mindst én god ven 3) er generelt vellidt af andre børn 4) bliver mobbet eller drillet af andre børn 5) kommer bedre ud af det med voksne end andre børn. Forældrene bliver bedt om at vurdere hvert enkelt udsagn ud fra svarmulighederne: "passer ikke", "passer delvist" og "passer godt". Herefter 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 "ingen vanskeligheder", en score på 3 points som "grænseområdet", og en score på 4-10 points er "vanskeligheder i forhold til jævnaldrende".	1) ingen vanskeligheder i forhold til jævnaldrende 2) i grænseområdet 3) vanskeligheder i forhold til jævnaldrende.
Mobning	Forældrene vurderer, om det passer "godt", "delvist" eller "ikke", at deres barn bliver mobbet eller drillet. Svarene "godt" eller "delvist" kategoriseres som, at barnet ifølge forældrene bliver mobbet eller drillet.	1) bliver mobbet eller drillet 2) bliver ikke mobbet eller drillet.
Generel trivsel	Ved samtalen med barnet beder sundhedsplejersken barnet vurdere sin egen almene trivsel ved at pege på ansigter med forskellige sindsstemninger (meget glad, glad, midt imellem og ikke glad). Sundhedsplejersken beder barnet svare på udsagnet "Sådan har jeg det for det meste".	1) meget glad/glad 2) midt imellem/ikke glad.
Skoletrivsel	Ved samtalen med barnet beder sundhedsplejersken barnet vurdere sin egen skoletrivsel ved at pege på ansigter med forskellige sindsstemninger (meget glad, glad, midt imellem og ikke glad). Sundhedsplejersken beder barnet svare på udsagnet "Sådan har jeg det for det meste i skolen".	1) meget glad/ glad 2) midt imellem/ikke glad.
Forældre-barn relation	Sundhedsplejersken registrerer, om der er bemærkninger til kontakten mellem barn og forældre. Der kan være tale om bemærkninger til følgende faktorer: kontakt/samspil, fysisk omsorg, psykisk omsorg eller andet.	1) bemærkning 2) ingen bemærkning.

**Tabel 7.2 Oversigt over anvendte variable**

Variable	Oplysninger stammer fra	Kategorier, der anvendes i temarapporten
Barnets øvrige udvikling og trivsel	Sundhedsplejersken registrerer på baggrund af observationer af og kontakt til barnet, om der er bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel. Der kan notere bemærkning til følgende kategorier: trist, urolig/ukoncentreret, manglende øjenkontakt, kontaktsøgende, stille, hygejne eller andet.	1) bemærkning 2) ingen bemærkning.
Sygdom og handicap hos barnet	I journalen kan sundhedsplejersken registrere, om barnet har handicap eller sygdom. Feltet skal kun udfyldes i indskolingsjournalen, 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.	1) ingen sygdom/handicap hos barnet 2) sygdom/handicap hos barnet.
Motoriske vanskeligheder	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 og venstre ben, kaste bold med højre og venstre hånd, gribe bold, valgt hånd og håndgreb. Motoriske vanskeligheder er defineret som mindst tre bemærkninger til barnets motoriske udvikling.	1) motoriske vanskeligheder 2) ikke motoriske vanskeligheder.
Bemærkning til fysisk aktivitet	Sundhedsplejersken vurderer i samarbejde med forældrene barnets gennemsnitlige aktivitetsniveau og registrerer en bemærkning, hvis barnet er fysisk aktiv i mindre end en time om dagen.	1) bemærkning 2) ingen bemærkning.
Passiv rygning i hjemmet	Oplysninger om passiv rygning stammer fra stamdata ved indskoling, hvor sundhedsplejersken noterer, om barnet udsættes for passiv rygning i hjemmet eller ej.	1) udsættes for passiv rygning i hjemmet 2) udsættes ikke for passiv rygning i hjemmet.
BMI /vægtstatus	Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med indskolingsundersøgelsen barnets højde og vægt. Sundhedsplejersken vejer og måler børnene uden sko og overtøj. Højde og vægt er anvendt sammen med barnets køn og præcise alder for målingerne til at definere vægtstatus ved indskolingen. Vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen er kategoriseret i henhold til grænseværdierne udarbejdet af International Obesity Task Force i henhold til de samme BMI-grænser, der benyttes for voksne, men korrigeret for barnets alder og køn.	Vægtstatus: 1) undervægtig 2) normalvægtig 3) overvægtig 4) svært overvægtig. Overvægt: 1) Ikke overvægtig 2) overvægtig (inklusive svært overvægtig).
Højde/vægt kurver	Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med indskolingsundersøgelsen barnets højde og vægt. Disse kodes på baggrund af højde/ vægt kurver udviklet af Else Andersen.	1) under 3 % percentilen 2) normalvægtig 3) over 90 % og 4) over 97 % percentilen.
Amning	I journalen registreres fuld amning efter Sundhedsstyrelsen anbefalinger i måneder og uger.	1) ikke ammet fuldt 2) ammet fuldt mindre end fire måneder 3) ammet fuldt mindst fire måneder.
Mors psykiske tilstand i første leveår	I journalen registrerer sundhedsplejersken ved A-, B-, C- og D-besøget, om der er bemærkning til mors psykiske tilstand. Det vurderes, om mor er ked af det/trist, angst, har søvnproblemer, er "problemløs", eller andet.	1) ingen bemærkning i første leveår 2) mindst én bemærkning i første leveår.
Bemærkning til spisning i første leveår	I journalen registrerer sundhedsplejersken ved A-, B-, C- og D-besøget, om der er bemærkning til barnets spisning.	1) ingen bemærkning i første leveår 2) mindst én bemærkning i første leveår.
Forældre-barn kontakt i første leveår	I journalen registrerer sundhedsplejersken ved A-, B-, C- og D-besøget, om der er bemærkning til forældre-barn kontakt. Bemærkningen kan handle om barnets pasning og pleje, afpasning af aktiviteter efter behov, forståelse og handling på barnets signaler og følelsesmæssige behov, forståelse og handling på søskendes reaktioner eller andet.	1) ingen bemærkning i første leveår 2) mindst én bemærkning i første leveår.
Vægtstatus som spædbarn	Med brug af WHO-vækstreferencer er der udregnet standardafvigelsesscores (z-scores). Denne kan benyttes til at beskrive, hvor meget et barns vækst afviger fra gennemsnittet. Har barnet har en z-score der er mindre end -2, defineres det i rapporten som undervægtigt, har barnet en Z-score på mellem -2 og +2 som normalvægtigt og på over +2 som overvægtigt.	1) undervægtig 2) normalvægtig 3) overvægtig.



## 8. Logistiske regressionsanalyser

**Table 8. OR (95 % CI) for bemærkning til mad og måltider for sociodemografiske faktorer ved indskoling**

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret <sup>a</sup> OR (95 % CI)
<b>Alder</b>		
Fem eller seks år	1 (reference)	1 (reference)
Syv eller otte år	1,32 (1,04-1,66)	1,40 (1,06-1,95)
<b>Forældres etniske herkomst</b>		
Begge dansk	1 (reference)	1 (reference)
En dansk og en efterkommer eller indvender	1,27 (1,01-1,59)	1,28 (0,98-1,66)
Begge efterkommer eller indvender	2,27 (1,90-2,72)	1,97 (1,56-2,79)
<b>Familietype</b>		
Bor med begge	1 (reference)	1 (reference)
Bor med mor eller far	1,43 (1,12-1,83)	1,30 (0,95-1,77)
Bor på skift	1,21 (0,93-1,56)	1,24 (0,94-1,63)
<b>Højeste gennemførte uddannelse mor og far</b>		
Lang videregående uddannelse	1 (reference)	1 (reference)
Kort eller mellemlang videregående uddannelse	1,30 (1,08-1,56)	1,30 (1,01-1,60)
Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse	1,90(1,46-2,47)	1,68 (1,00-1,91)
Erhvervsfaglig uddannelse	1,64 (1,34-1,98)	1,44 (1,48-1,81)
Max tiende klasse (grundskole)	2,66 (2,07-3,42)	1,92 (1,34-2,74)
<b>Forældres erhvervsstatus</b>		
Begge forældre i erhverv	1 (reference)	1 (reference)
En forælder i erhverv en udenfor erhverv	1,36 (1,15-1,62)	1,07 (0,86-1,33)
To forældre uden for erhverv	2,00 (1,46-2,73)	0,93 (0,60-1,43)

<sup>a</sup> Indbyrdes justerende

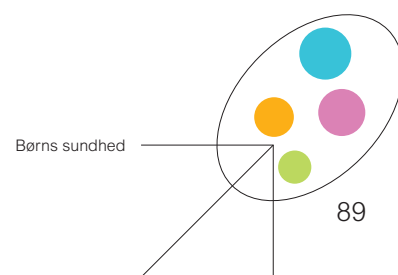




**Tabel 9. OR (95 % CI) for bemærkning til mad og måltider**

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret <sup>b</sup> OR (95 % CI)
<b>Forhold til jævnaldrende</b>		
Ingen problemer	1 (reference)	1 (reference)
Grænseområdet	1,9 (1,41-2,79)	1,64 (1,12-2,40)
Tegn på problemer	1,59 (1,10-2,28)	1,08 (0,71-1,63)
<b>Mobning</b>		
Bliver ikke mobbet	1 (reference)	1 (reference)
Bliver mobbet	1,46 (1,19-1,77)	1,38 (1,11-1,71)
<b>Generel trivsel</b>		
God generel trivsel	1 (reference)	1 (reference)
Dårlig generel trivsel	1,47 (1,13-1,92)	1,38 (1,03-1,85)
<b>Skoletrivsel</b>		
God skole trivsel	1 (reference)	1 (reference)
Dårlig skole trivsel	1,36 (1,12-1,64)	1,40 (1,14-1,71)
<b>Forældre-barn relation</b>		
Ingen bemærkning	1 (reference)	1 (reference)
Mindst en bemærkning	2,11 (1,64-2,73)	1,76 (1,32-2,35)
<b>Barnets øvrige udvikling og trivsel</b>		
Ingen bemærkning	1 (reference)	1 (reference)
Mindst en bemærkning	2,27 (1,93-2,66)	2,01 (1,69-2,40)
<b>Motoriske vanskeligheder</b>		
Ingen vanskeligheder	1 (reference)	1 (reference)
Vanskeligheder	1,45 (1,15-1,83)	1,34 (1,04-1,73)
<b>Fysisk aktivitet</b>		
Ingen bemærkning	1 (reference)	1 (reference)
Mindst en bemærkning	4,38 (3,30-5,82)	3,68 (2,69-5,05)
<b>Passiv rygning i hjemmet</b>		
Ikke udsat for passiv rygning	1 (reference)	1 (reference)
Udsat for passiv rygning	1,40 (1,13-1,74)	1,02 (0,79-1,30)
<b>Vægtstatus</b>		
Undervægtig	1,68 (1,35-2,09)	1,69 (1,33-2,14)
Normal	1 (reference)	1 (reference)
Overvægtig	2,17 (1,76-2,66)	1,81 (1,44-2,27)
svær overvægt	7,41 (5,23-10,51)	5,99 (4,07-8,80)

<sup>b</sup> justeret for barnets alder, forældres etniske herkomst og uddannelse





**Tabel 10. OR (95 % CI) for bemærkning til mad og måltider**

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret <sup>b</sup> OR (95 % CI)
<b>Amning</b>		
Ikke ammet	1,69 (1,28-2,23)	1,60 (1,19-2,15)
Ammet mindre end 4 mdr.	1,15 (0,90-1,48)	1,01 (0,78-1,31)
Ammet mindst 4 mdr.	1 (reference)	1 (reference)
<b>Bemærkning til spisning i første leveår</b>		
Ingen bemærkning	1 (reference)	1 (reference)
Mindst en bemærkning	1,55 (1,16-2,06)	1,52 (1,13-2,05)
<b>Bemærkning til mors psykiske tilstand i første leveår</b>		
Ingen bemærkning	1 (reference)	1 (reference)
Mindst en bemærkning	1,29 (1,06-1,57)	1,30 (1,06-1,59)
<b>Bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår</b>		
Ingen bemærkning	1 (reference)	1 (reference)
Mindst en bemærkning	1,38 (1,08-1,77)	1,28 (0,99-1,66)

<sup>b</sup> justeret for barnets alder, forældres etniske herkomst og uddannelse



# 9. Oversigt over rapporter fra Databasen Børns Sundhed

## **0-årige børn**

Amning, børn født i 2014

Sundhedsplejerskernes indsats for 0-årige, børn født i 2013

Gråd, uro og spisproblemer, børn født i 2012

Søvnproblemer blandt spædbørn, børn født i 2011

Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand, børn født i 2010

Amning i 14 kommuner, børn født i 2009 og 2008

## **Indskolingsbørn**

Bemærkninger til mad og måltider ved indskoling, skoleåret 2015-2016

Allergi hos indskolingsbørn, skoleåret 2014-2015

Familiens betydning for indskolingsbørns sundhed og trivsel, skoleåret 2013-2014

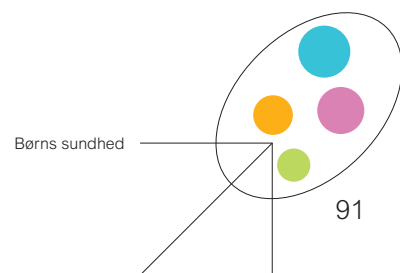
Børns trivsel ved indskoling, skoleåret 2012-2013


Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen, skoleåret 2011-2012

Motoriske vanskeligheder, skoleåret 2009-2010 og 2010-2011

Endvidere er der udarbejdet årsrapporter på børn født fra 2008, børn fra indskoling i skoleåret 2009/2010 samt en rapport for Region Hovedstaden; Sundhed blandt børn i Region Hovedstaden.

Alle rapporter kan hentes på:  
[www.si-folkesundhed.dk / links / Databasen Børns Sundhed](http://www.si-folkesundhed.dk/links/Databasen/Børns_Sundhed)





# BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem  
sundhedsplejersker og  
Statens Institut for  
Folkesundhed



Indskoling  
skoleåret  
2015-2016