

Sundhedsprofil for børn født i 2018 fra Databasen Børns Sundhed

Pommerencke, Lis Marie; Pant, Sofie Weber; Pedersen, Trine Pagh

Publication date:
2020

Document version:
Forlagets udgivne version

Document license:
Ikke-specificeret

Citation for published version (APA):
Pommerencke, L. M., Pant, S. W., & Pedersen, T. P. (2020). *Sundhedsprofil for børn født i 2018 fra Databasen Børns Sundhed*. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2020/sundhedsprofil_spaedboern_2018

Go to publication entry in University of Southern Denmark's Research Portal

Terms of use

This work is brought to you by the University of Southern Denmark.
Unless otherwise specified it has been shared according to the terms for self-archiving.
If no other license is stated, these terms apply:

- You may download this work for personal use only.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying this open access version

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details and we will investigate your claim.
Please direct all enquiries to puresupport@bib.sdu.dk

Sundhedsprofil for børn født i 2018 fra Databasen Børns Sundhed

Udarbejdet af:
Lis Marie Pommerencke
Sofie Weber Pant
Trine Pagh Pedersen

Sundhedsprofil for børn født i 2018 fra Databasen Børns Sundhed

© Statens Institut for Folkesundhed, 2020

Statens Institut for Folkesundhed

Studiestræde 6

1455 København K

www.sdu.dk/sif

Udarbejdet for bestyrelsen for Databasen Børns Sundhed af:

Lis Marie Pommerencke, Sofie Weber Pant & Trine Pagh Pedersen

Bestyrelsen:

Anne Mette Skovgaard, forskningsleder, adjungeret professor, overlæge, dr.med., KU & SDU

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, Sundhedsstyrelsen

Christine Bomholt, praktiserende læge, praksiskonsulent Brøndby Kommune

Helle Erstling Rasmussen, ledende sundhedsplejerske, MPG, Roskilde Kommune

Jonas Wittendorff, centerchef for dagtilbud og Skole, Glostrup Kommune

Liselotte Hastrup, systemansvarlig og sundhedsplejerske, Aarhus Kommune

Lars Bender, overlæge, Aalborg Universitetshospital

Lene Schack-Nielsen, chefkonsulent, Region Hovedstaden

Lotte Finseth, sundhedsplejerske, Gladsaxe Kommune

Pernille Buhelt, ledende sundhedsplejerske, Brønderslev Kommune

Pernille Fabricius, leder af Sundhedstjenesten, Lyngby-Taarbæk Kommune

Pia Rønnenkamp, fagchef i sundhedsplejen, MPG, Brøndby Kommune

Susanne Henriksen, ledende sundhedsplejerske, Aalborg Kommune

Trine Pagh Pedersen, projektleder Databasen Børns Sundhed, Statens Institut for Folkesundhed

Ulla Dupont, ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune

Publikationen refereres således:

Pommerencke LM, Pant SW & Pedersen TP. Sundhedsprofil for børn født i 2018 fra Databasen Børns Sundhed. København. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2020.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Denne rapport fra Databasen Børns Sundhed er en sundhedsprofil for børn født i 2018 i de 33 kommuner, der indgår i Databasen Børns Sundhed. Den samlede sundhedsprofil indeholder data om 22.876 børn født i 2018 i de kommuner, der indgår i databasen.

Formålet med Databasen Børns Sundhed er at få mere viden om børns sundhed og sundhedsplejerskernes arbejde samt at bidrage til det sundhedsfremmende arbejde målrettet børn og unge. Databasen producerer rapporter med grundlæggende informationer om børn og unges sundhed.

Sundhedsprofilen kan anvendes i jeres kommune til at se på forekomsten og udviklingen inden for udvalgte områder vedrørende børnenes sundhed, trivsel og udvikling ved at sammenligne sig med tidligere år, hele populationen og de andre kommuner.

Sundhedsplejersken er en af de første fagpersoner, der møder barnet og dets familie, og sundhedsplejen har derfor en enestående mulighed for at bidrage til en tidlig og forebyggende indsats. Sundhedsplejersken ser tæt mod 100 % af alle nul-årige børn og kan derfor opfange tidlige signaler på en forsinket udvikling samt vejlede nybagte forældre i, hvordan de kan arbejde med barnets udvikling.

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.

Rapporten er udarbejdet af videnskabelig assistent Lis Marie Pommerencke, akademisk medarbejder Sofie Weber Pant og projektleder Trine Pagh Pedersen. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen. Konsulent og sundhedsplejerske med master i sundhedspædagogik Hannah Glismann har bistået med sundhedsfaglig gennemlæsning og rådgivning.

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. Det er en stor glæde, at så mange kommuner nu er tilsluttet Databasen Børns Sundhed, og vi vil gerne invitere endnu flere kommuner til at tilslutte sig databasen.



Pia Rønnenkamp
Fagschef i sundhedsplejen, Master i Public Governance
Formand for Databasen Børns Sundhed



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

Indhold

Sundhedsprofil for børn født i 2018.....	5
1 Introduktion	5
<i>Sundhedsplejerskernes virke.....</i>	5
<i>Databasen Børns Sundhed</i>	5
<i>Datasikkerhed</i>	6
<i>Formål og opbygning af sundhedsprofilen</i>	6
<i>Datagrundlag</i>	6
2 Resultater	8
<i>Graviditetsbesøg.....</i>	8
<i>Indlæggelseslængde</i>	9
<i>Gestationsalder.....</i>	10
<i>Fødselsvægt</i>	10
<i>Medfødte misdannelser</i>	12
<i>Besøg i første leveår.....</i>	13
<i>Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen.....</i>	14
<i>Tobaksrøg i hjemmet</i>	16
<i>Mors psykiske tilstand.....</i>	20
<i>Forældre-barn relationen</i>	23
<i>Amning.....</i>	24
<i>Motorisk udvikling</i>	28
<i>Søvn.....</i>	32
<i>Uro/gråd.....</i>	36
<i>Vægtstatus.....</i>	36
3 Opsamling	40
Referencer	41

Sundhedsprofil for børn født i 2018

1 Introduktion

Sundhedsplejerskernes virke

Det er sundhedsplejens opgave at føre tilsyn og monitorere barnets fysiske og psykiske helbredstilstand samt at tilbyde oplysning og vejledning til børn og forældre med henblik på at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed og trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2011a). Sundhedsloven angiver rammerne for sundhedsarbejdet i de danske kommuner, og der stilles lovgivningsmæssige krav om almen indsats til alle børn og familier, og yderligere indsats til børn og familier med særlige behov. Der er på skoleområdet desuden et krav om forebyggende helbredsundersøgelser ved ind- og udskolingen samt regelmæssige undersøgelser, samtaler og sundhedspædagogiske aktiviteter gennem hele skoleforløbet. Sundhedsplejens indsats kan starte i graviditeten og fortsætter, indtil barnet ikke længere er undervisningspligtigt. Sundhedsstyrelsen udarbejder anbefalinger for den kommunale indsats. Disse anbefalinger omfatter et tidligt besøg, der skal sikre barnets trivsel efter en tidlig udskrivelse fra fødestedet. Herefter anbefales som minimum fem hjemmebesøg i løbet af barnets første leveår til familier med almene behov. Har familien særlige behov, anbefales det, at der tilbydes ekstra ydelser. Den behovsorienterede indsats ydes ofte i samarbejde med andre faggrupper som for eksempel fysioterapeuter, ergoterapeuter, praktiserende læger, kommunale sagsbehandlere, talepædagoger og psykologer (Sundhedsstyrelsen, 2011a). Det er kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune, der fastsætter sundhedsplejens servicetilbud. Således kan antallet af kontakter mellem sundhedsplejersker og børn/familier variere fra kommune til kommune.

Databasen Børns Sundhed

Databasen Børns Sundhed er tilrettelagt således, at den kan beskrive børns sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskens virksomhed. Databasen Børns Sundhed indeholder data om nul- til etårige børn fra 2002 og frem. Fra 2007 er databasen suppleret med data om børn, der er indskolingsundersøgt og fra 2017 med unge, der er udskolingsundersøgt. Formålet med databasen er; 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af den kommunale sundhedsplejes ydelser, og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter.

Data i Databasen Børns Sundhed er indhentet fra to sundhedsplejerskejournalsystemer, én udarbejdet til TM Sund-journalsystemet og én udviklet til NOVAX-journalsystemet. I begge journalsystemer følger sundhedsplejerskerne en vejledning og noterer systematisk data om barnet, familien og sundhedsplejens ydelser. Brugen af journalerne er beskrevet i detaljerede vejledninger, der løbende justeres og opdateres (Databasen Børns Sundhed, 2018, NOVAX, 2017), ligesom der hele tiden arbejdes på at kvalitetssikre journalføringen i de enkelte kommuner og at ensrette de to journalsystemer, så de bliver mere direkte sammenlignelige.

Data indsamles ved fire sundhedsplejerskebesøg, som er placeret på centrale tidspunkter for spædbarnets udvikling og tilknytning: A-besøget (første hjemmebesøg efter barselsbesøget eller første hjemmebesøg efter barnets fødsel), B-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt to måneder, men inden det fylder tre

måneder), C-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt fire måneder, men inden det fylder seks måneder) og D-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt otte måneder, men inden det fylder ti måneder).

Det er frivilligt, om familier ønsker at benytte sig af sundhedsplejetilbud. Hvis familierne anvender tilbuddene, er der lovpligtig journalføring af sundhedsplejerskerne. Det medfører, at familier i databasekommunerne automatisk indgår i Databasen Børns Sundhed.

Datasikkerhed

De indsamlede journaldata indsendes til Statens Institut for Folkesundhed i henhold til databeskyttelseslovens § 10. Opbevaringen af data på Statens Institut for Folkesundhed er anmeldt til Syddansk Universitets fortegnelse. Data behandles fortroligt og anvendes udelukkende til forskning og statistiske formål. Det er således udelukkende udvalgte forskere på Statens Institut for Folkesundhed, som har adgang til data, og formidlingen af resultaterne sker således, at det ikke er muligt at identificere enkeltpersoner. Forskerne har i deres arbejde med data ikke adgang til personidentifikation (CPR-nummer). Dette sikres af en dataadministrator, som er særligt autoriseret til dette. Det datasæt, som benyttes til analyserne, rummer ikke oplysninger om navne eller CPR-numre, hverken om børnene, forældrene eller sundhedsplejerskerne.

Formål og opbygning af sundhedsprofilen

Formålet med sundhedsprofilen for børn født i 2018 er at tegne en profil for de 33 kommuner, der har indsendt data til Databasen Børns Sundhed om børn født dette år. Databasen har udvalgt en række indikatorer til måling af børnenes sundhed og udvikling samt til måling af kvaliteten af ydelser, indsatser og resultater inden for sundhedsplejen. Disse kvalitetsindikatorer anvendes i sundhedsprofilen til at beskrive udvalgte områder af børnenes sundhed og udvikling.

Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med hjemmebesøgene, hvorvidt der er en bemærkning til en indikator (for eksempel søvn). En bemærkning betyder, at sundhedsplejersken ved mindst ét af hjemmebesøgene i barnets første leveår har registreret forhold, som kræver opmærksomhed, opfølgning eller henvisning til et relevant kommunalt tilbud eller til yderligere udredning i almen praksis (Sundhedsstyrelsen, 2011a).

Resultaterne i sundhedsprofilen angives i tabeller og diagrammer, som både indeholder resultater for det samlede antal spædbørn i rapporten og for de enkelte kommuner. For en række hovedvariable er tabellerne opdelt i NOVAX-kommuner og TM Sund-kommuner, da der ses en forskel i datagrundlaget i de to journalsystemer. Derudover vises udviklingen for en række hovedvariable for de kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed i de sidste fire år. For de enkelte kommuner vises udviklingen for de år, kommunen har indsendt data til Databasen Børns Sundhed.

Procenterne i figurerne er beregnet for de spædbørn, hvor data findes, altså med en forudgående frasortering af børn, der ikke har haft kontakt med sundhedsplejen ved A-, B-, C- eller D-besøget i første leveår.

For enkelte variable er der en høj forekomst af manglende registreringer, hvilket kan medføre usikkerhed i resultaterne. I de fleste tilfælde dækker manglende registreringer sandsynligvis over, at der ikke er noget at bemærke at familie og barn trives. I de tilfælde, hvor andelen af manglende registreringer er så høj, at det medfører for stor usikkerhed (over 40 % manglende registreringer), er kommunen taget ud af analyserne og den samlede population, hvilket er markeret med en stjerne (*). Derudover har vi i tilfælde, hvor der er for få observationer/børn (færre end eller lig med fem observationer/børn), valgt ikke at vise andelen, hvilket er markeret med #. Det skyldes, at hvis der er for få tilfælde, bliver analyserne for usikre, og der kan desuden være risiko for at identificere barnet/familierne.

Datagrundlag

Sundhedsprofilen er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 22.876 børn, der er født i 2018, hvilket svarer til 37,2 % af alle levendefødte børn i Danmark i 2018 (Danmarks Statistikbank, 2020). Børnene i

sundhedsprofilen stammer fra følgende kommuner: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Tabel 1a viser antallet af børn, der indgår i sundhedsprofilen fra de enkelte kommuner.

Tabel 1a. Antal børn, der indgår i sundhedsprofilen, opdelt på kommune

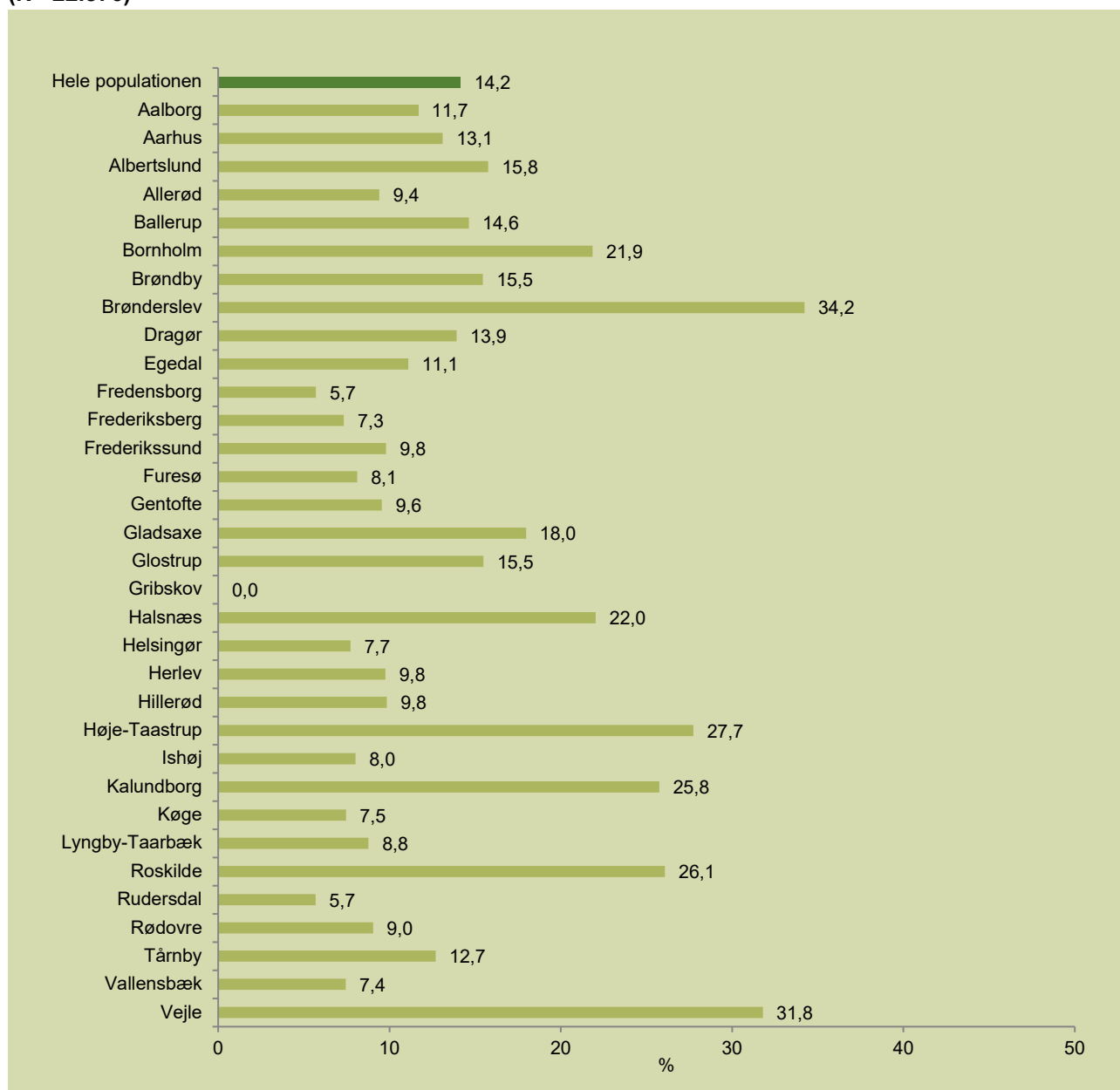
Kommune	Antal børn, der indgår i sundhedsprofilen
Aalborg	2.333
Aarhus	4.903
Albertslund	311
Allerød	255
Ballerup	547
Bornholm	279
Brøndby	453
Brønderslev	412
Dragør	115
Egedal	433
Fredensborg	385
Frederiksberg	1.595
Frederikssund	357
Furesø	419
Gentofte	712
Gladsaxe	868
Glostrup	310
Gribskov	286
Halsnæs	245
Helsingør	492
Herlev	297
Hillerød	498
Høje-Taastrup	548
Ishøj	287
Kalundborg	435
Køge	630
Lyngby-Taarbæk	513
Roskilde	855
Rudersdal	546
Rødovre	542
Tårnby	457
Vallensbæk	215
Vejle	1.343
Hele populationen	22.876

2 Resultater

Graviditetsbesøg

I nogle kommuner tilbydes besøg af sundhedsplejersken under graviditeten til alle som en del af det kommunale servicetilbud, i andre kommuner tilbydes graviditetsbesøg kun til førstegangsfødende eller gravide med særlige behov. Figur 1a viser andelen af børn, for hvem der er registeret graviditetsbesøg i journalen. Blandt børn født i 2018 modtog 14,2 % ét eller flere graviditetsbesøg. Der er stor variation kommunerne imellem. Ud over servicetilbuddet i den enkelte kommune afhænger antallet af graviditetsbesøg også af samarbejdet mellem kommune og fødested (for eksempel om der er jordemoderkonsultation i kommunen).

Figur 1a. Andelen af børn, hvor der er registeret graviditetsbesøg i 2018, opdelt på kommune (N= 22.876)



Indlæggelseslængde

Tabel 2a viser den procentvise fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen. Af tabellen ses, at en fjerdedel af børnene bliver udskrevet inden for 6 timer efter fødslen (26,0 %). Derudover viser figuren, at de fleste børn bliver udskrevet 2 til 3 døgn efter fødslen (42,6 %).

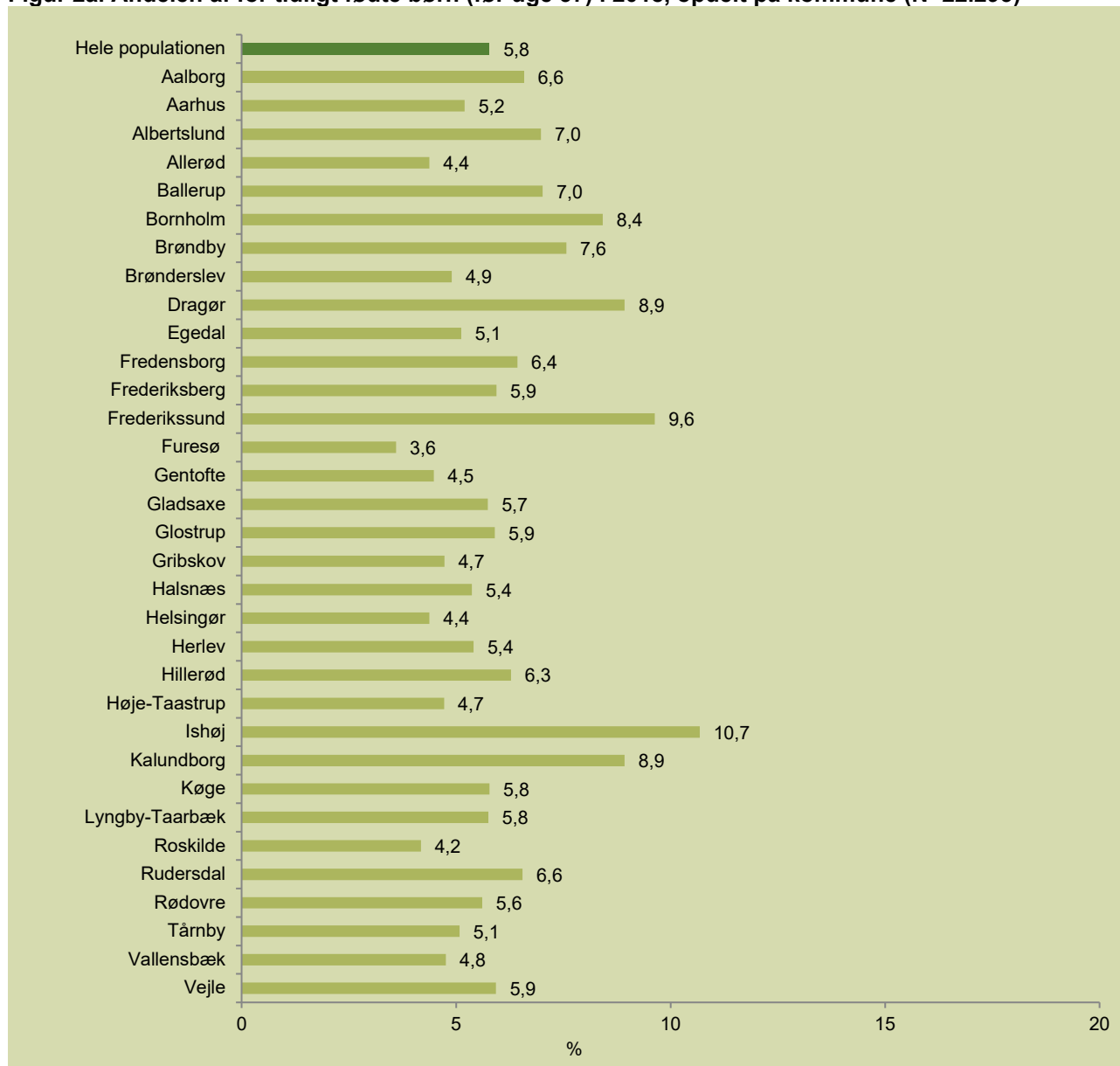
Tabel 2a. Den procentvise fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen i 2018, opdelt på kommune (N=22.358)

Kommune	Højest 6 timer	6-24 timer	2-3 døgn	4-6 døgn	>6 døgn
Aalborg	28,1	5,6	43,2	13,5	9,7
Aarhus	27,4	9,0	46,0	9,9	7,7
Albertslund	18,1	10,4	44,8	16,7	10,0
Allerød	34,3	15,1	35,9	11,2	3,6
Ballerup	23,0	11,3	45,2	11,9	8,7
Bornholm	15,6	19,6	40,0	14,6	10,2
Brøndby	22,8	8,8	48,9	11,5	8,1
Brønderslev	66,3	4,9	16,8	6,7	5,4
Dragør	21,2	11,5	46,0	10,6	10,6
Egedal	30,1	10,3	41,1	12,7	5,9
Fredensborg	28,1	15,6	36,4	11,2	8,8
Frederiksberg	17,3	12,5	49,6	12,8	7,7
Frederikssund	24,2	14,3	42,5	9,7	9,4
Furesø	29,6	12,5	44,8	7,2	5,8
Gentofte	25,5	12,8	40,8	13,6	7,2
Gladsaxe	22,3	11,5	45,3	12,3	8,6
Glostrup	20,8	9,4	49,7	11,7	8,4
Gribskov	27,3	12,7	44,4	9,5	6,2
Halsnæs	22,1	15,4	51,3	7,5	3,8
Helsingør	31,9	16,0	35,8	10,4	5,8
Herlev	24,0	14,2	40,2	14,9	6,8
Hillerød	26,0	14,8	42,1	10,9	6,6
Høje-Taastrup	20,2	13,6	43,7	15,9	6,7
Ishøj	20,2	9,6	41,5	18,1	10,6
Kalundborg	19,9	18,9	39,0	10,7	11,6
Køge	21,1	21,1	39,4	11,7	6,7
Lyngby-Taarbæk	28,9	14,3	38,1	11,0	7,8
Roskilde	26,6	17,7	37,6	13,1	4,9
Rudersdal	29,6	14,2	42,1	8,1	6,0
Rødovre	24,7	9,2	43,5	14,8	7,9
Tårnby	25,8	10,2	47,0	11,0	6,0
Vallensbæk	22,5	12,2	44,1	15,5	5,6
Vejle	25,6	11,0	32,5	20,6	10,3
Hele populationen	26,0	11,5	42,6	12,2	7,8

Gestationsalder

Langt hovedparten af børnene (94,2 %) er født til tiden, her defineret som 37.-44. graviditetsuge. Gestationsalderen for de resterende børn fordeler sig således, at 4,8 % er født i uge 33-36 (for tidligt fødte), mens 1,0 % er født i uge 24-32 (ekstremt for tidligt eller meget for tidligt fødte). Figur 2a viser andelen af tidligt fødte børn (før uge 37) i hele populationen og for den enkelte kommune. I hele populationen er 5,8 % af børnene født før uge 37. Andelen af tidligt fødte børn varierer fra 3,6 % til 10,7 % kommunerne imellem.

Figur 2a. Andelen af for tidligt fødte børn (før uge 37) i 2018, opdelt på kommune (N=22.293)

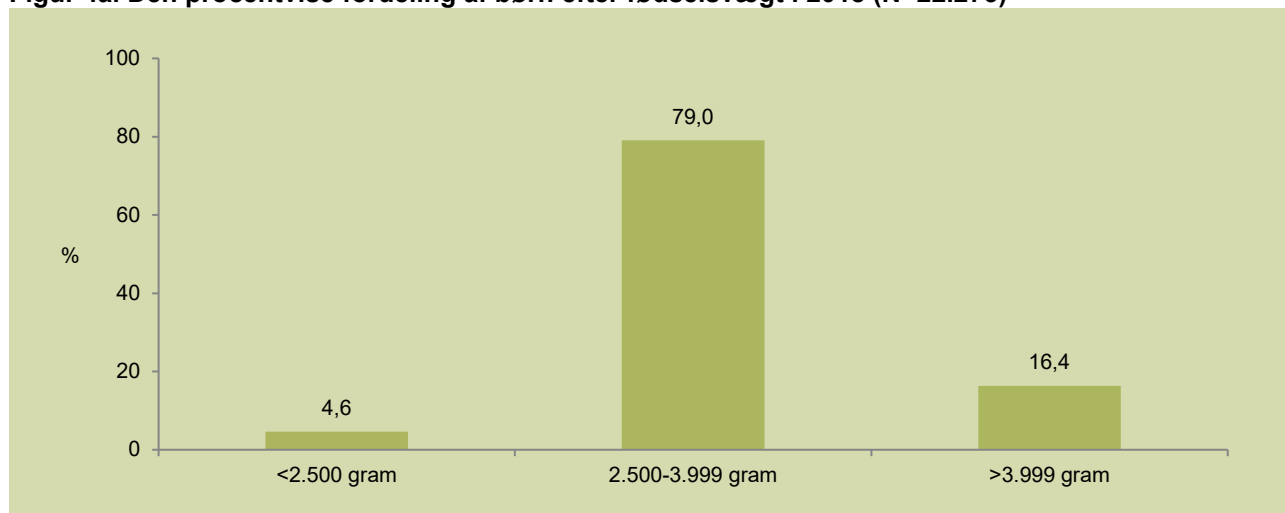


Fødselsvægt

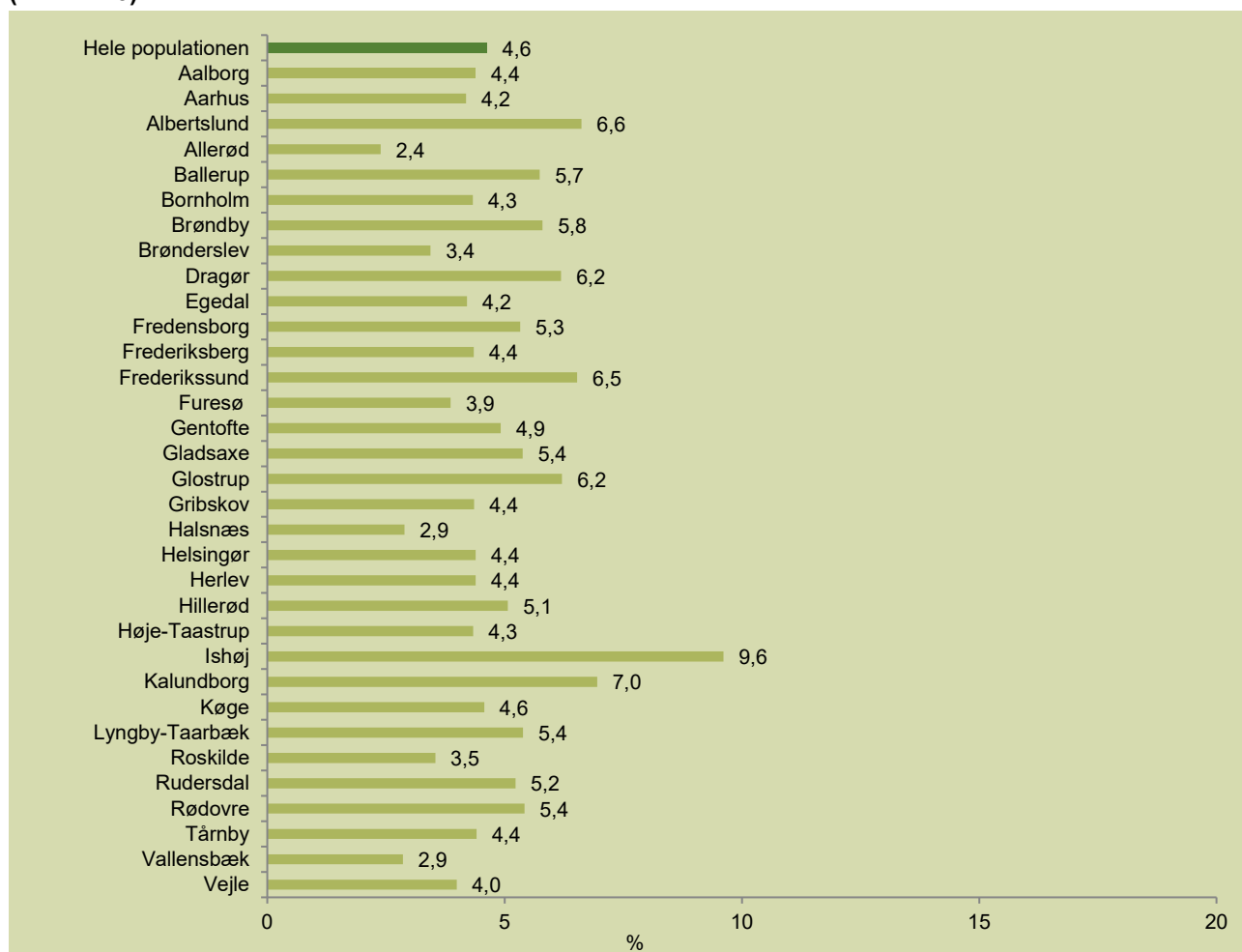
Oplysningerne om fødselsvægt er hentet via Det Medicinske Fødselsregister. Af figur 4a fremgår det, at 4,6 % af børnene i hele populationen er født med en fødselsvægt på mindre end 2.500 gram, at 79,0 % er født med en fødselsvægt på mellem 2.500 gram og 3.999 gram, og at 16,4 % er født med en fødselsvægt på 4.000 gram eller mere. Figur 5a viser andelen af børn med en fødselsvægt på under 2.500 gram opdelt på kommune

og for den samlede population. Af figuren fremgår det, at andelen af børn med en lav fødselsvægt varierer meget kommunerne imellem, fra 2,4 % til 9,6 %.

Figur 4a. Den procentvise fordeling af børn efter fødselsvægt i 2018 (N=22.273)



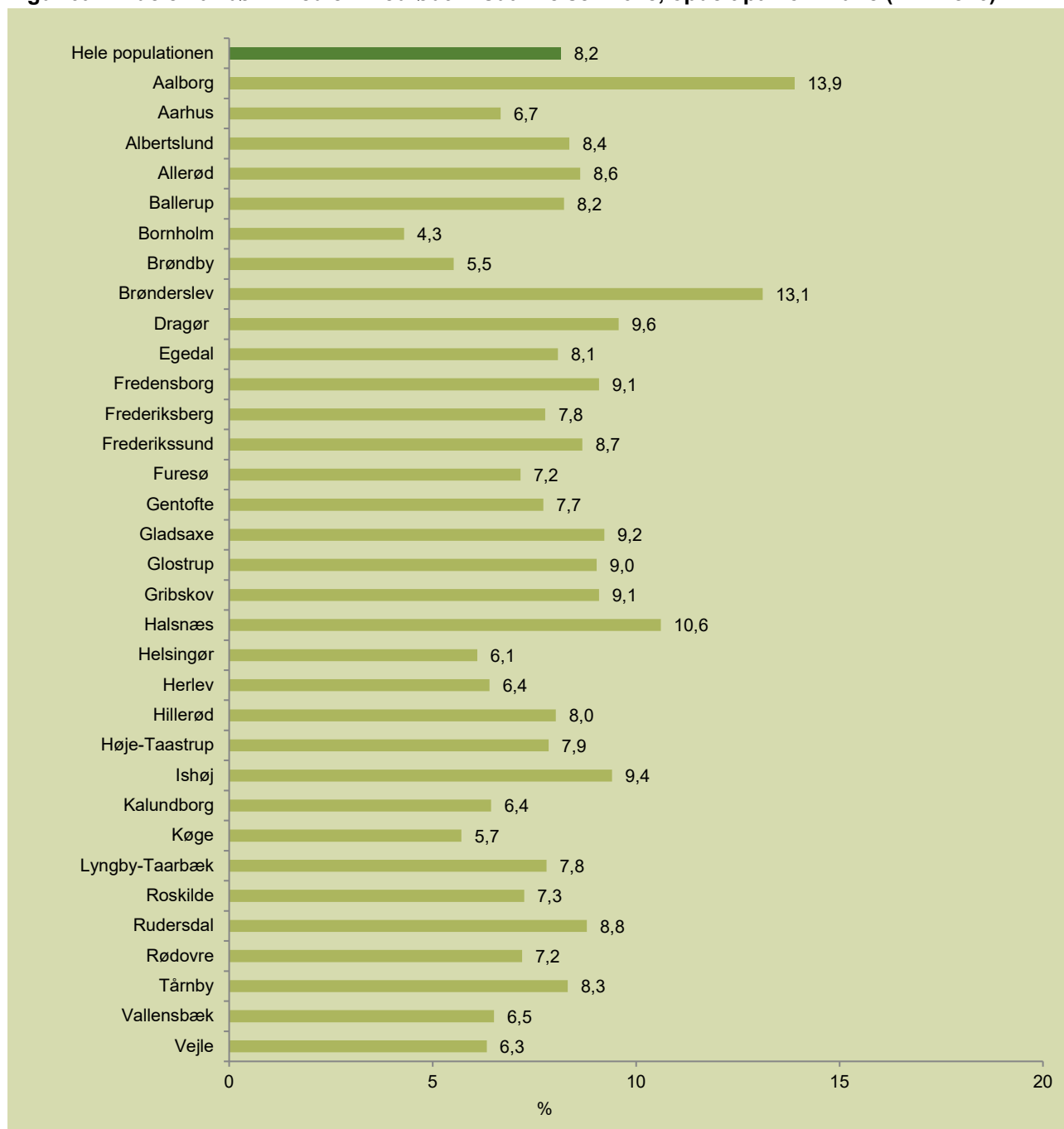
Figur 5a. Andelen af børn med en fødselsvægt på under 2.500 gram i 2018, opdelt på kommune (N=22.273)



Medfødte misdannelser

Misdannelser ved fødslen er indhentet via Det Medicinske Fødselsregister og indbefatter alle Q-diagnoserne fra WHO's sygdomsklassifikation (ICD-10). Ifølge registeret har 8,2 % af børnene i hele populationen én eller flere misdannelser ved fødslen. De tre hyppigste medfødte misdannelser i 2018 er misdannelser af hjerte, læbe-ganespalte og misdannelser af hofte. Figur 6a viser andelen af børn med en medfødt misdannelse opdelt på kommune og for den samlede population. Af figuren fremgår det, at andelen af børn med en medfødt misdannelse varierer kommunerne imellem, fra 4,3 % til 13,9 %.

Figur 6a. Andelen af børn med en medfødt misdannelse i 2018, opdelt på kommune (N=22.876)



Besøg i første leveår

I tabel 3a ses forekomsten af registrerede A-, B-, C- og D-besøg for de enkelte kommuner og for den samlede population. Af tabellen fremgår det, at der for 93,3 % af børnene i populationen er registreret et A-besøg, for 89,9 % et B-besøg, for 80,8 % et C-besøg og for 83,3 % et D-besøg. Grunden til, at alle besøg ikke er registreret for alle børn, skyldes mange forskellige forhold, for eksempel familier, der er flyttet og ikke længere bor i en af databasekommunerne. Derudover tilbydes C-besøget for eksempel kun til førstegangsfødende i Vejle Kommune, mens C-besøget i Aarhus Kommune ikke har været et tilbud til alle børn, men blev fra 2018 som en forsøgsordning et tilbud til førstegangsfødende.

Tabel 3a. Andelen af børn i 2018, hvor A-, B-, C- og D-besøget er registreret, opdelt på kommune (N=22.876)

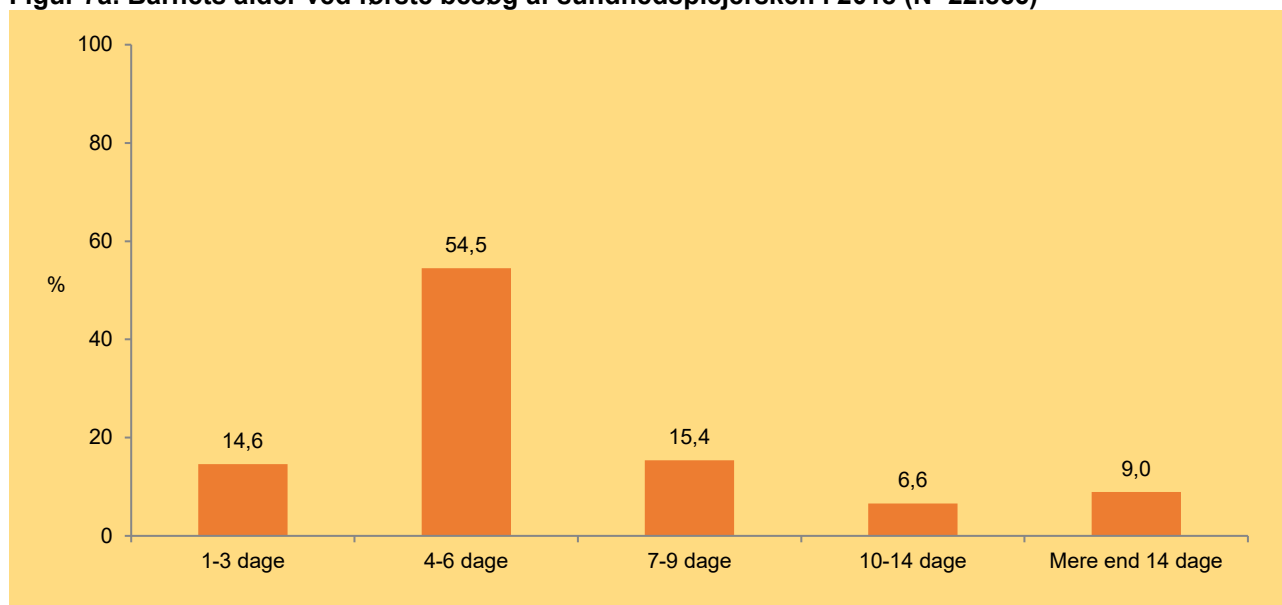
Kommune	Andelen af børn, hvor det respektive besøg er registreret			
	A-besøg (0-2 mdr.)	B-besøg (2-3 mdr.)	C-besøg (4-6 mdr.)	D-besøg (8-10 mdr.)
Aalborg	97,9	95,6	90,8	83,3
Aarhus	93,5	89,7	54,1	74,5
Albertslund	92,6	88,1	77,8	91,6
Allerød	83,9	84,7	92,9	93,3
Ballerup	93,8	88,1	91,0	84,1
Bornholm	95,3	93,6	95,0	94,6
Brøndby	91,8	85,0	87,2	82,1
Brønderslev	96,4	96,6	93,7	90,1
Dragør	94,8	93,9	94,8	94,8
Egedal	94,2	94,2	94,9	94,7
Fredensborg	92,7	92,5	93,3	91,7
Frederiksberg	94,8	90,2	89,4	83,9
Frederikssund	96,4	94,7	96,6	92,2
Furesø	93,3	90,7	92,6	90,9
Gentofte	88,8	83,3	87,2	82,6
Gladsaxe	94,4	91,6	92,9	77,2
Glostrup	95,8	91,0	87,1	84,8
Gribskov	93,0	87,1	94,8	92,0
Halsnæs	96,7	95,5	94,3	90,6
Helsingør	94,9	92,5	95,1	90,5
Herlev	90,2	87,5	88,9	91,3
Hillerød	96,0	94,0	92,8	90,0
Høje-Taastrup	94,2	85,6	88,9	83,9
Ishøj	93,7	92,0	93,4	89,9
Kalundborg	93,6	91,7	93,6	93,1
Køge	95,4	93,8	88,6	89,1
Lyngby-Taarbæk	90,5	88,9	91,8	92,0
Roskilde	84,0	75,7	82,1	70,5
Rudersdal	92,7	89,2	90,7	87,0
Rødovre	90,6	89,5	90,2	88,6
Tårnby	88,0	85,1	88,0	84,5
Vallensbæk	95,4	90,7	96,3	89,8
Vejle	90,2	87,0	56,9	81,1
Hele populationen	93,3	89,9	80,8	83,3

Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen

Hvis familien er udskrevet inden for 72 timer efter fødslen, og efter hjemmefødsler, tilbyder sundhedsplejersken at aflægge et tidligt hjemmebesøg på 4.-5.-dagen efter fødslen. Hvis der derimod er særlige forhold, som kræver kortere observation eller intervention på fødestedet, for eksempel et stort væggtab hos barnet, gulsot, dårlig sutteteknik m.m., kan det tidlige hjemmebesøg erstattes af en konsultation på fødestedet hos en jordemoder eller en sygeplejerske. Hvis der ikke har været et hjemmebesøg af sundhedsplejersken på 4.-5.-dagen, aflægges etableringsbesøget senest syv dage efter udskrivelsen i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning om forebyggende undersøgelser til børn og unge. Hvis familien derimod har fået et hjemmebesøg på 4.-5.-dagen, fastsættes tidspunktet for etableringsbesøget ud fra en faglig vurdering og familiens ønsker og behov, dog senest når barnet er 14 dage gammelt (Sundhedsstyrelsen, 2011b, Sundhedsstyrelsen, 2013).

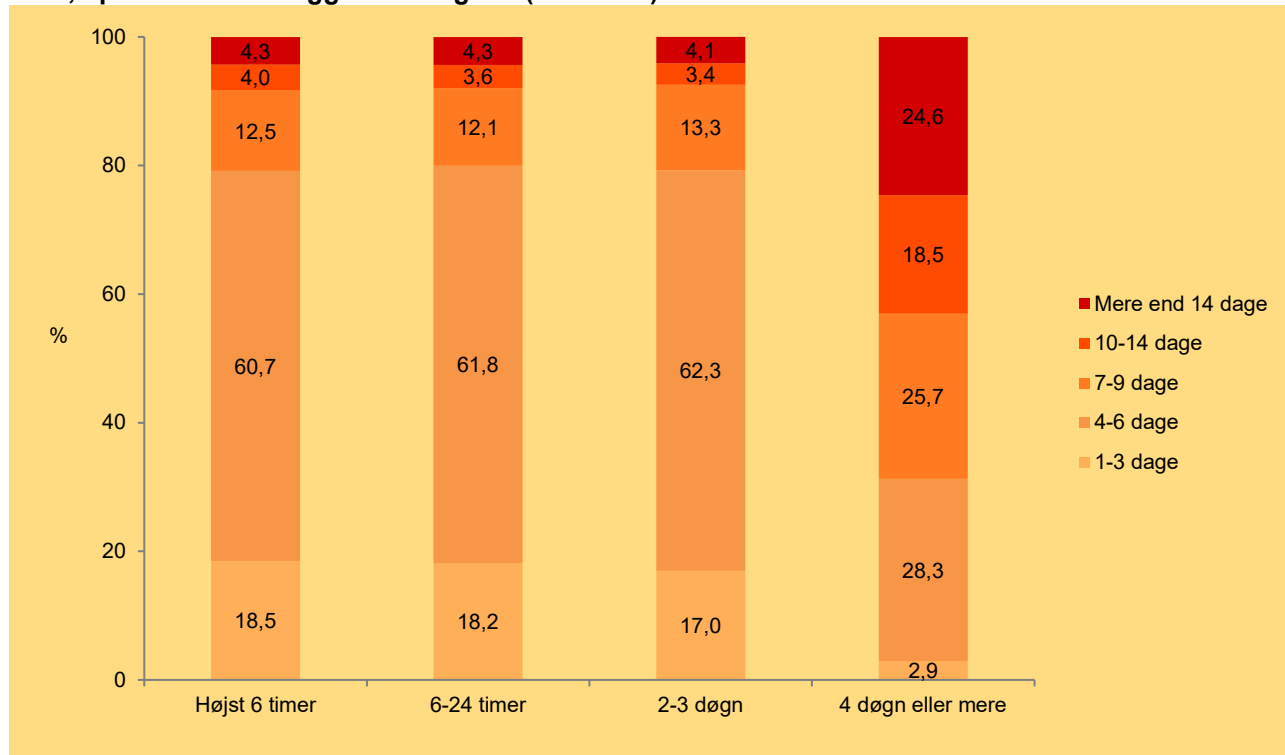
Af figur 7a ses, at 69,1 % af børnene har det første besøg af sundhedsplejersken, inden barnet er en uge gammelt. Derudover viser figuren, at 9,0 % af børnene modtager deres første besøg, når barnet er mere end 14 dage gammelt. Denne gruppe indeholder blandt andet tilflyttere samt børn, der er indlagt længe efter fødslen.

Figur 7a. Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejersken i 2018 (N=22.866)



Figur 8a viser fordelingen af børn efter deres alder ved første besøg af sundhedsplejersken opdelt på indlæggelseslængden. Af figuren ses, at andelen af børn, der får deres første besøg af sundhedsplejersken efter 14 dage, er højest blandt børn, der har været indlagt i 4 døgn eller mere.

Figur 8a. Den procentvise fordeling af børn efter alder ved første besøg af sundhedsplejersken i 2018, opdelt efter indlæggelseslængden (N=22.350)



Tabel 4a viser barnets alder ved første besøg opdelt på kommune. Det fremgår af tabellen, at der er stor variation, i hvornår første besøg ligger, kommunerne imellem. Som vist i figur 3a kan nogle af forskellene skyldes variation i indlæggelseslængden.

Tabel 4a. Den procentvise fordeling af alder ved første besøg af sundhedsplejersken i 2018, opdelt på kommune (N=22.866)

Kommune	1-3 dage	4-6 dage	7-9 dage	10-14 dage	Over 14 dage
Aalborg	3,0	35,2	42,2	11,2	8,4
Aarhus	22,3	59,4	6,6	5,3	6,4
Albertslund	25,1	43,4	13,5	4,8	13,2
Allerød	13,7	65,5	6,3	2,4	12,2
Ballerup	18,1	54,8	9,3	7,7	10,1
Bornholm	15,1	48,8	17,6	7,2	11,5
Brøndby	23,9	49,3	9,5	8,9	8,4
Brønderslev	15,8	61,4	10,2	4,6	8,0
Dragør	13,9	60,0	13,0	7,8	5,2
Egedal	16,4	56,8	15,5	3,5	7,9
Fredensborg	7,5	64,9	11,2	5,5	10,9
Frederiksberg	10,4	58,6	14,6	5,8	10,5
Frederikssund	1,7	65,0	16,5	7,8	9,0
Furesø	13,6	69,5	6,2	1,4	9,3
Gentofte	15,6	55,8	9,7	6,5	12,4
Gladsaxe	15,1	56,7	11,1	6,5	10,7
Glostrup	18,4	53,2	15,2	3,6	9,7
Gribskov	7,7	66,1	14,3	2,5	9,4
Halsnæs	11,0	68,6	11,4	2,9	6,1
Helsingør	8,7	66,9	10,6	4,9	8,9
Herlev	14,5	58,3	13,8	3,7	9,8
Hillerød	12,1	63,3	10,8	5,6	8,2
Høje-Taastrup	25,9	44,3	13,9	7,1	8,8
Ishøj	12,9	50,9	17,4	6,3	12,5
Kalundborg	7,4	54,7	18,4	6,7	12,9
Køge	1,0	22,5	50,0	15,6	11,0
Lyngby-Taarbæk	16,6	52,2	9,9	7,0	14,2
Roskilde	16,5	54,0	15,7	6,6	7,2
Rudersdal	17,0	61,5	7,1	3,7	10,6
Rødovre	24,0	53,5	10,2	5,9	6,5
Tårnby	22,5	51,9	10,5	3,9	11,2
Vallensbæk	18,1	48,8	17,7	7,0	8,4
Vejle	7,8	60,0	15,1	8,6	8,6
Hele populationen	14,6	54,5	15,4	6,6	9,0

Tobaksrøg i hjemmet

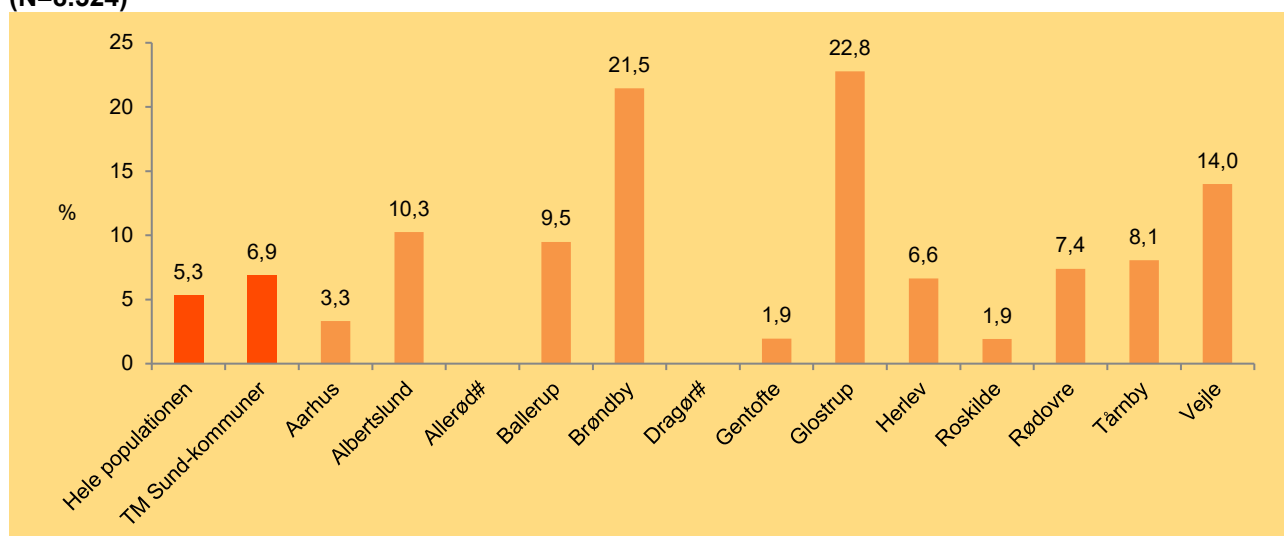
Børn er særligt sårbare over for tobaksrøg, fordi deres lunger ikke er færdigudviklet, og fordi de har en højere respirationsrate. Det betyder, at børn optager flere gange en dosis af røgens stoffer end voksne, der befinder sig i de samme tobaksforurenede omgivelser. Derudover tilbringer børn det meste af deres første leveår indendøre og undersøger ting ved at putte dem i munden. Dermed indånder/indtager de røgens stoffer, der sidder på gulve, møbler og legetøj. Børn er endvidere i tæt fysisk kontakt med voksnes tøj, hår og hænder, der kan indeholde røgens skadelige stoffer. Børn, der er udsat for tobaksrøg, bliver oftere syge og rammes hårdere af en lang række sygdomme end andre børn (Kræftens Bekæmpelse & Sundhedsstyrelsen, 2013).

Sundhedsplejersken registrerer i journalen, hvorvidt barnet er udsat for tobaksrøg i hjemmet. Ved udsættelse for tobaksrøg i hjemmet menes, at mindst én person, som barnet bor sammen med, ryger indenfor i boligen mindst én gang ugentligt, uanset om barnet er til stede i rummet (Sundhedsdatastyrelsen, 2019).

Figur 9a og 10a viser forekomsten af børn, der er udsat for tobaksrøg i hjemmet, i henholdsvis NOVAX- og TM Sund-kommunerne. I hele populationen er 5,3 % af børnene udsat for tobaksrøg i hjemmet. I TM Sund-populationen er det 6,9 %, og i NOVAX-populationen er det 4,0 %.

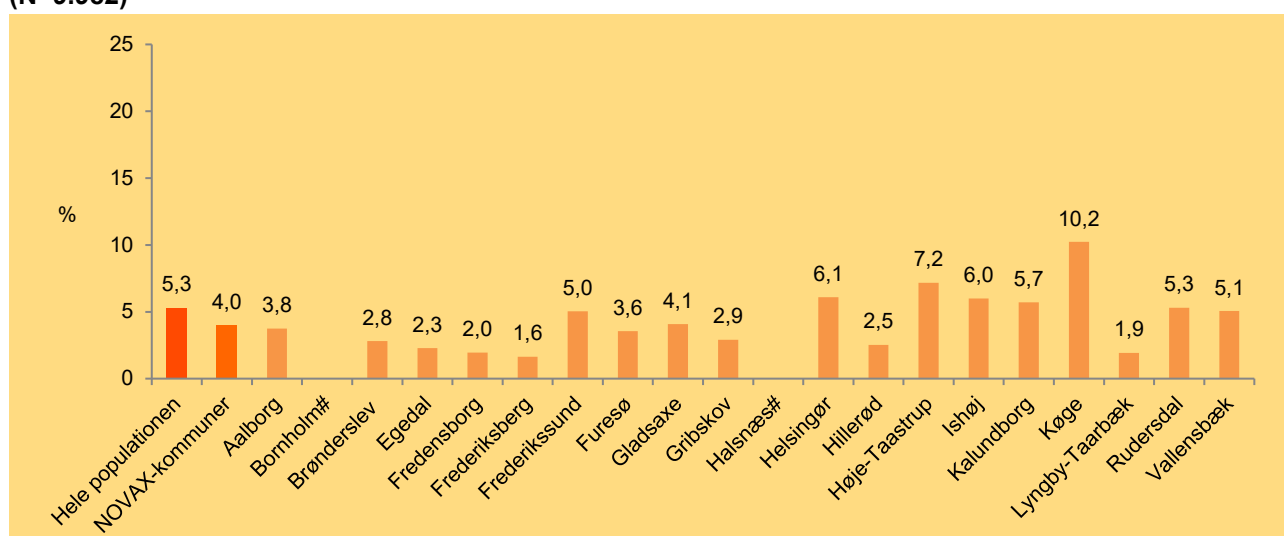
Definitionen af tobaksrøg i hjemmet har varieret gennem tiden, og før 2014 skulle sundhedsplejersken notere, hvorvidt barnet boede sammen med mindst én ryger. De skiftende definitioner kan betyde, at der registreres noget forskelligt i kommunerne på trods af, at vejledningerne til journalerne definerer udsættelsen for tobaksrøg ens. Den store variation kommunerne og journalsystemerne imellem er også set i de tidligere rapporter (figur 11a og 12a).

Figur 9a. Andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet i 2018, i TM Sund-kommuner (N=8.524)



Vises ikke, da antallet af observationer i kommunen er ≤5.

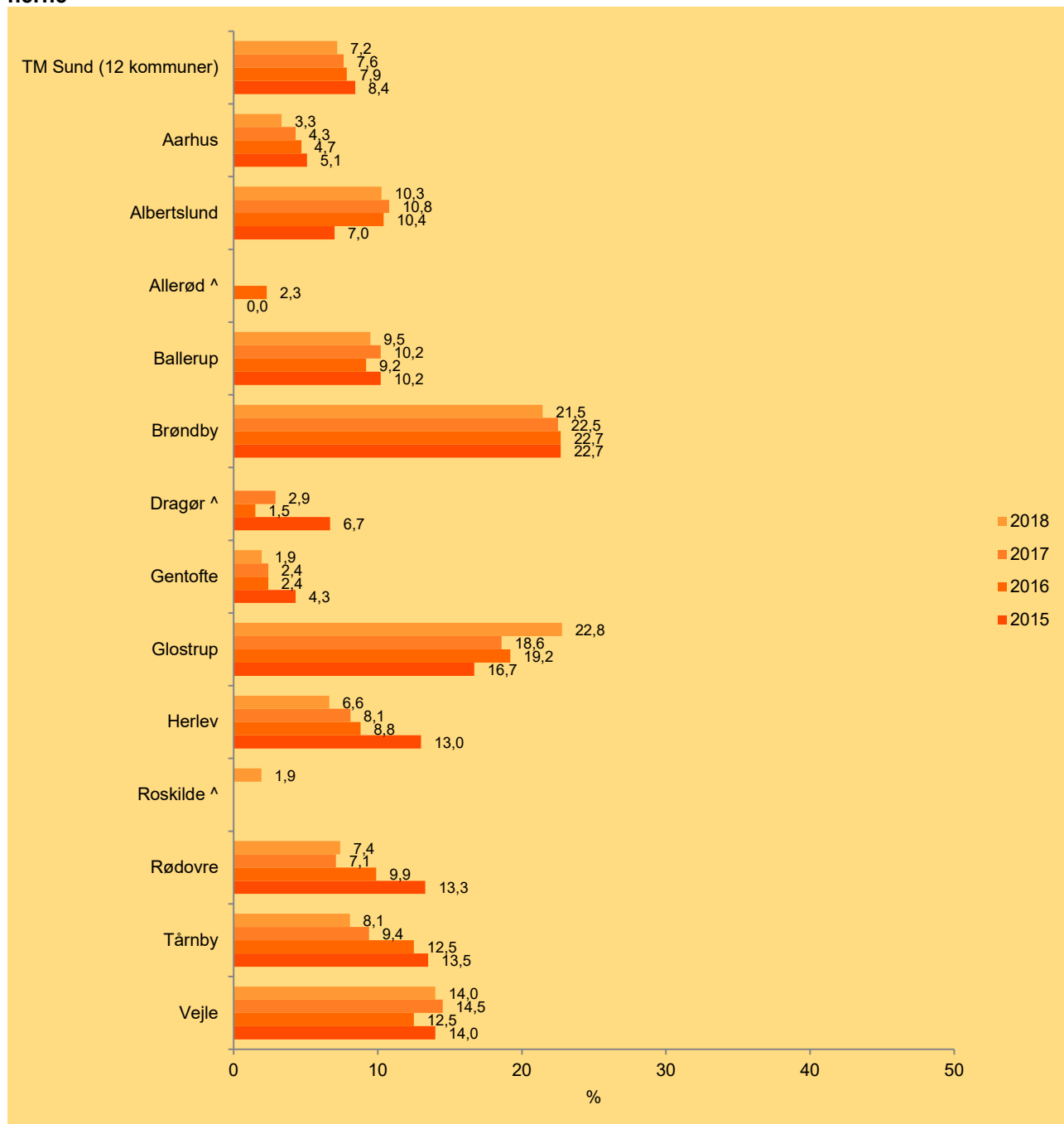
Figur 10a. Andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet i 2018, i NOVAX-kommunerne (N=9.982)



Vises ikke, da antallet af observationer i kommunen er ≤5.

Figur 11a viser udviklingen fra 2015 til 2018 i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i de 12 TM Sund-kommuner, der har oplysninger om tobaksrøg i hjemmet fra de seneste fire år og for hver TM Sund-kommune. Af figuren ses, at andelen af børn, der samlet set udsættes for tobaksrøg i hjemmet, svinger mellem 8,4 % i 2015 til 7,2 % i 2018.

Figur 11a. Udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i TM Sund-kommunerne

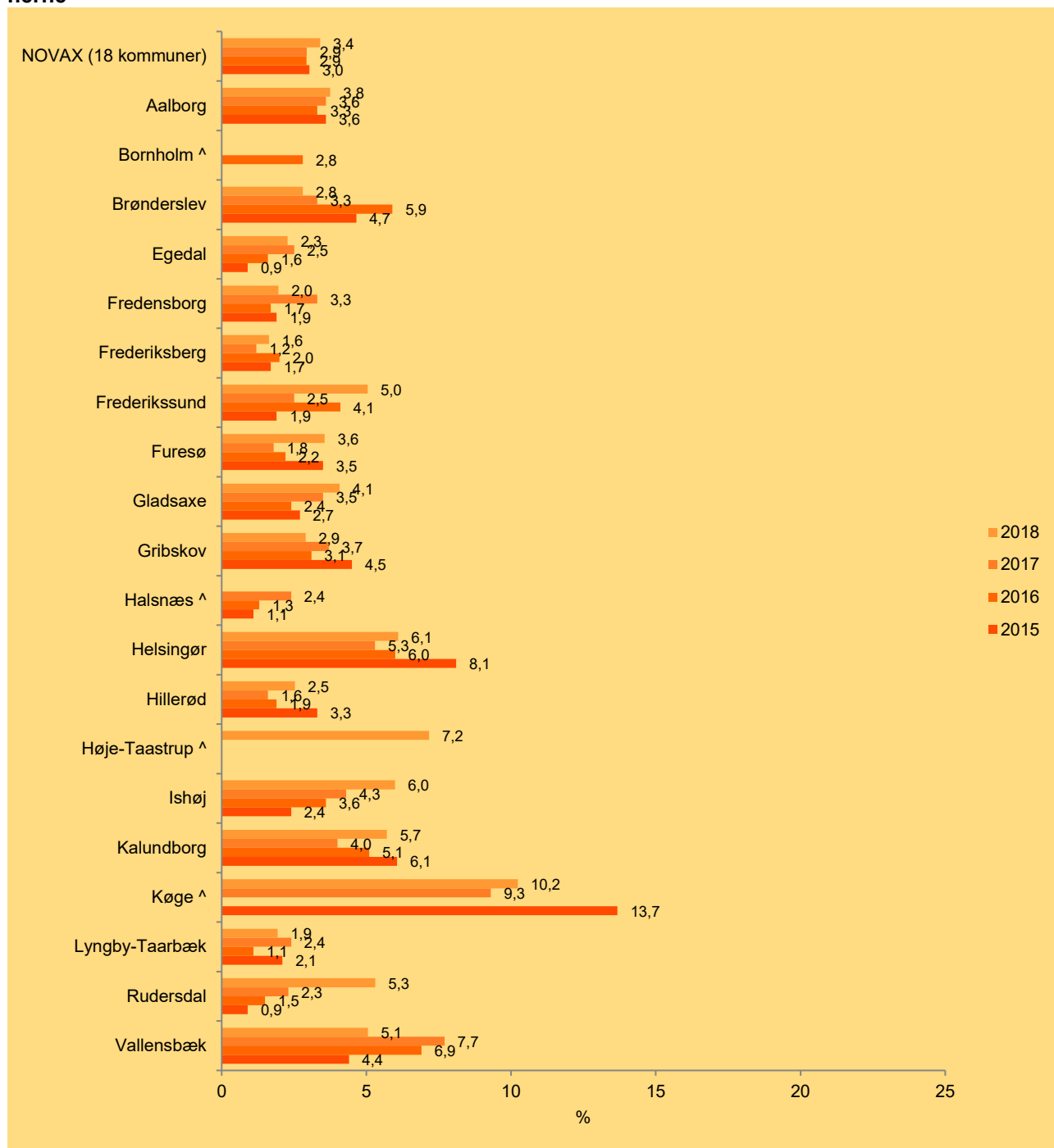


TM Sund (12 kommuner) indbefatter de 12 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Rødovre, Tårnby og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hhv. hele populationen, NOVAX- og TM Sund-kommunerne.

Figur 12a viser udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, samlet i de 18 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år, og for hver NOVAX-kommune. Af figuren ses, at andelen, der samlet set udsættes for tobaksrøg, svinger fra 2,9 % i 2016 til 3,4 % i 2018.

Figur 12a. Udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i NOVAX-kommunerne



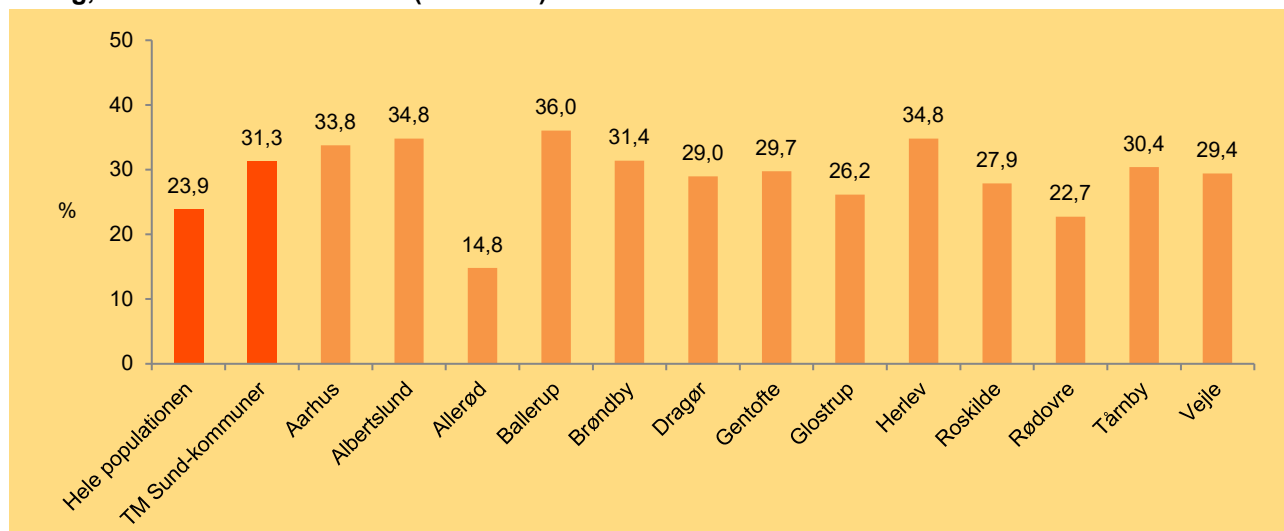
NOVAX (18 kommuner) indbefatter de 18 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aalborg, Bornholm, Brønderslev, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Kalundborg, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hhv. hele populationen, NOVAX- og TM Sund-kommunerne. Oplysninger fra Høje-Taastrup i 2015-2017 fremgår ikke, da kommunen i slutningen af 2017 overgik fra TM Sund til NOVAX.

Mors psykiske tilstand

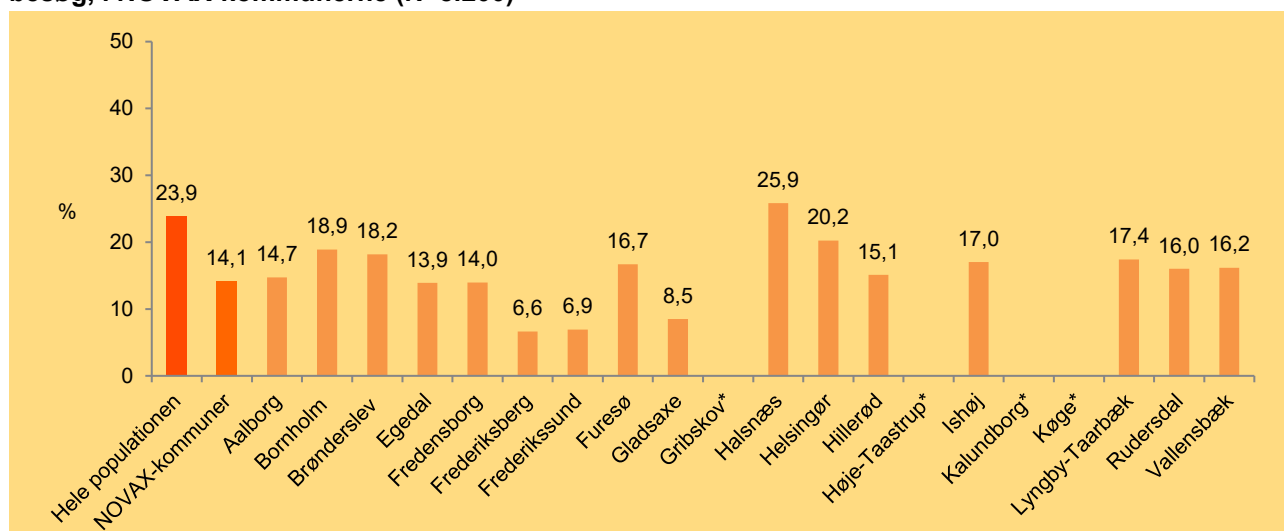
Sundhedsplejersken vurderer mors psykiske tilstand ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Figur 13a viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i TM Sund-kommunerne. Af figuren ses, at der i en tredjedel af TM Sund-journalerne (31,3 %) er rapporteret bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår. Forekomsten varierer mellem 14,8 % og 36,0 % kommunerne imellem. I den samlede population med både TM Sund-kommunerne og NOVAX-kommunerne er andelen 23,9 %.

Figur 13a. Andelen af børn i 2018, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i TM Sund-kommunerne (N=10.899)



Figur 14a viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i NOVAX-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 14,1 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg. Andelen varierer mellem 6,6 % til 25,9 % kommunerne imellem.

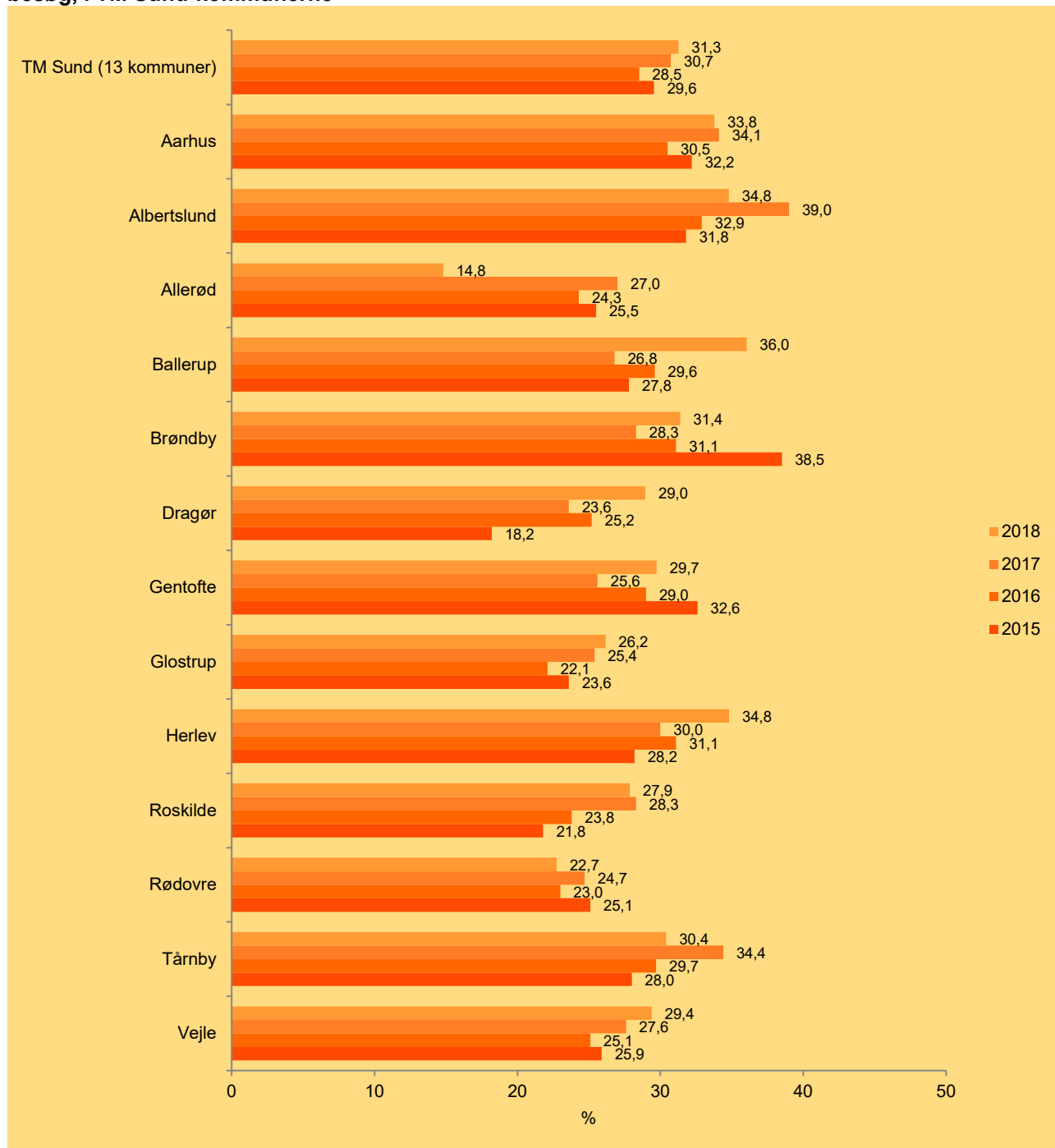
Figur 14a. Andelen af børn i 2018, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i NOVAX-kommunerne (N=8.200)



* Vises ikke, da andelen af missing er >40%.

Figur 15a viser udviklingen fra 2015 til 2018 i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i de 13 TM Sund-kommuner, der har oplysninger om mors psykiske tilstand alle fire år, og for hver TM Sund-kommune. Af figuren ses, at andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand samlet set svinger mellem 28,5 % i 2016 og 31,3 % i 2018.

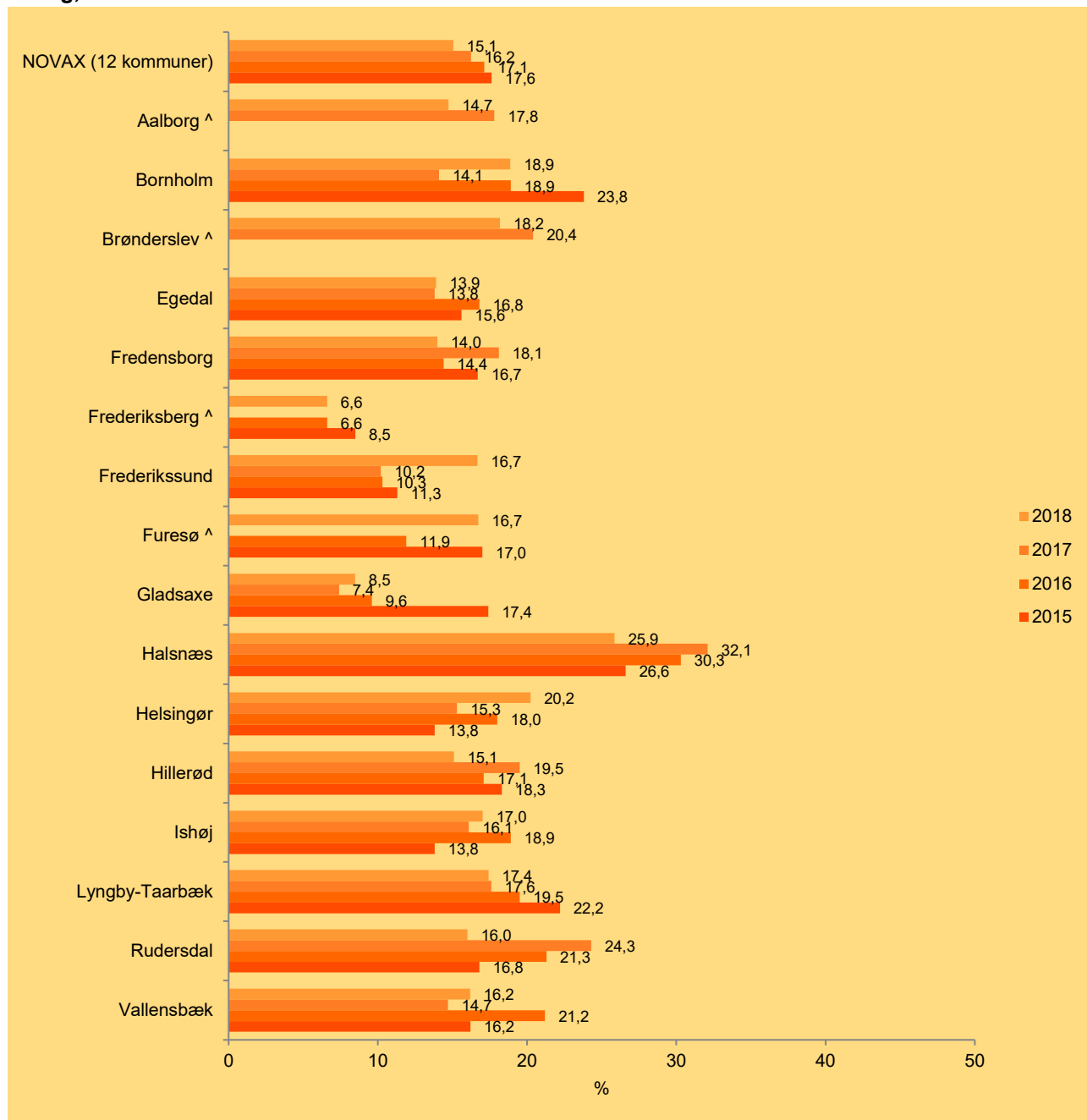
Figur 15a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i TM Sund-kommunerne



TM Sund (13 kommuner) indbefatter de 13 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.

Figur 16a viser udviklingen fra 2015 til 2018 i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i de 12 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra alle fire år. Derudover vises også andelen af børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand for hver kommune. Af figuren ses, at andelen i NOVAX-kommunerne svinger fra 17,6 % i 2015 til 15,1 % i 2018.

Figur 16a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i NOVAX-kommunerne



NOVAX (12 kommuner) indbefatter de 12 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Bornholm, Egedal, Fredensborg, Frederikssund, Gladsaxe, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hhv. hele populationen, NOVAX- og TM Sund-kommunerne. Oplysninger fra Høje-Taastrup i 2015-2017 fremgår ikke, da kommunen i slutningen af 2017 overgik fra TM Sund til NOVAX.

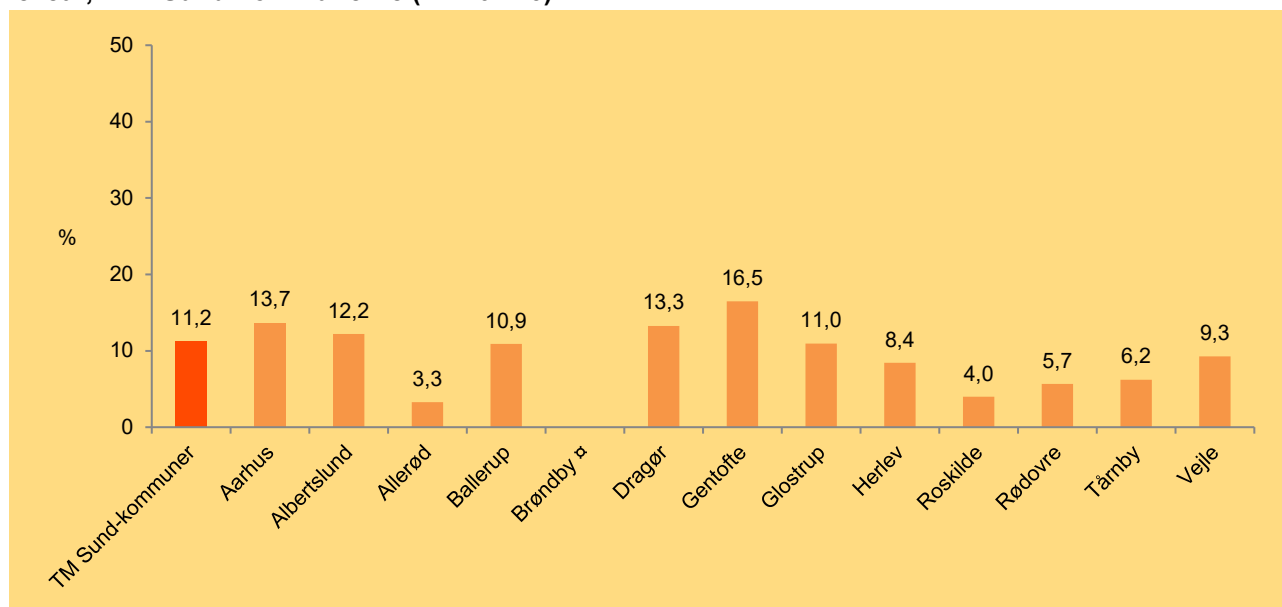
Forældre-barn relationen

Både TM Sund- og NOVAX-journalen fokuserer på kontakten mellem barnet og forældrene. Dog ses der en forskel i, hvad de to journalsystemer lægger vægt på i afrapporteringen (Databasen Børns Sundhed et al., 2018). I NOVAX-journalen benævnes forældre-barn relationen samvær/kontakt/leg og fokuserer på barnets evne til at signalere følelsesmæssige behov samt barnets kontakt og tilknytning til primære omsorgspersoner, såsom forældrene. I TM Sund-journalen benævnes forældre-barn relationen som forældre-barn kontakt og samspil, og fokuserer på forældrenes kontakt og samspil med barnet i forhold til, om de forstår barnets behov.

På baggrund af temarapporten om forældre-barn relationen i det første leveår fra 2018 blev der udarbejdet en fælles journalvejledning til forældre-barn relationen (Databasen Børns Sundhed et al., 2018), og disse ændringer trådte i kraft i dataindsamlingsperioden. Da kommunerne ikke opdaterede ændringerne samtidig, er det kun muligt at anvende data for forældre-barn kontakt og samspil for de kommuner i TM Sund-data, der opdaterede ændringer samtidig.

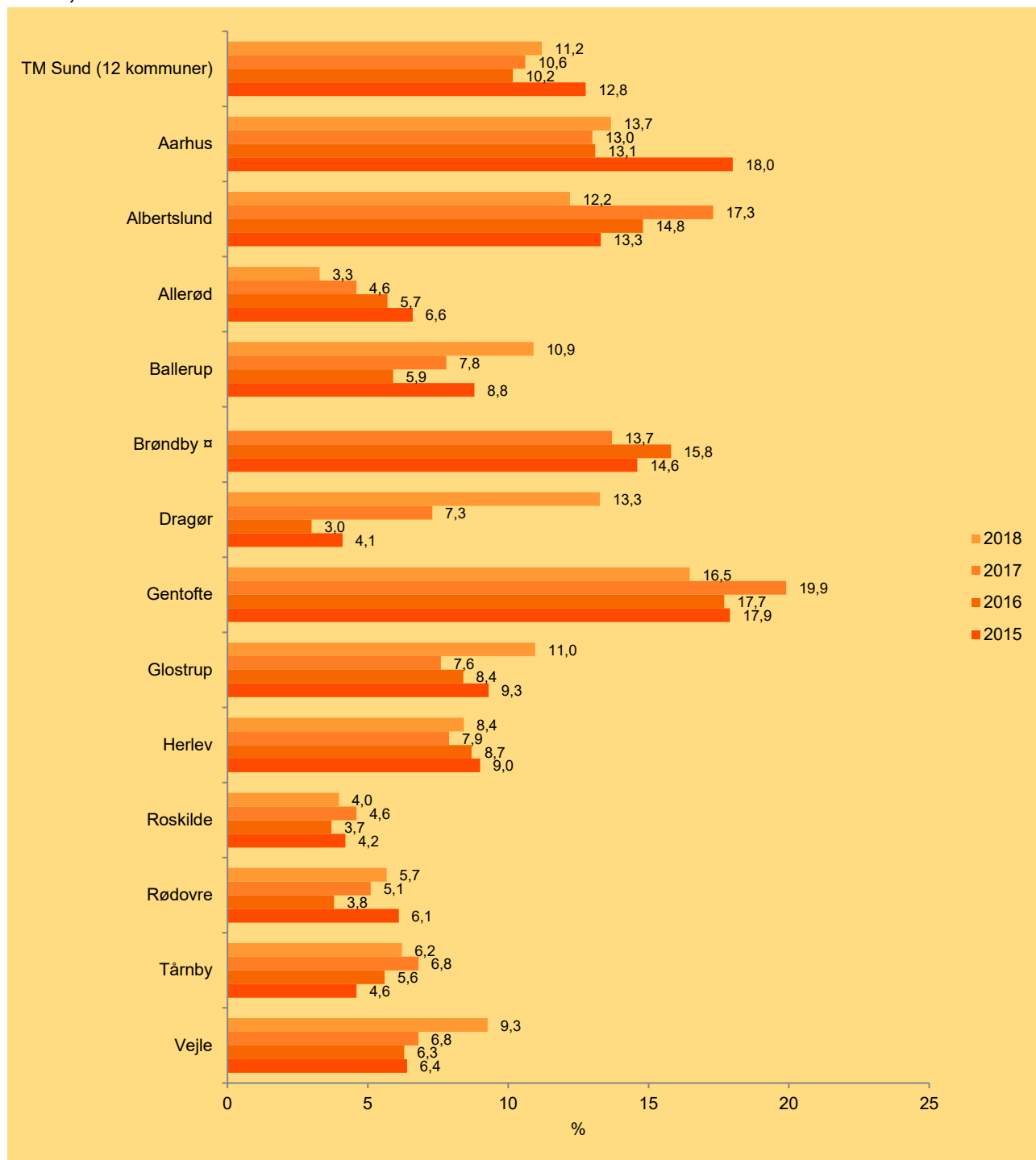
Figur 17a viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i TM Sund-kommunerne. Af figuren ses, at der i 11,2 % af journalerne er rapporteret bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg. Forekomsten varierer mellem 3,3 % og 16,5 % kommunerne imellem. Figur 18a viser udviklingen fra 2015 til 2018 i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i TM Sund-populationen. Figuren viser, at forekomsten i de 12 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra alle fire år, samlet set svinger mellem 12,8 % i 2015 og 10,2 % i 2016 og er 11,2 % i 2018.

Figur 17a. Andelen af børn i 2018 med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår, i TM Sund-kommunerne (N= 10.413)



^a Oplysninger fra Brøndby vises ikke, da kommunen ikke opdaterede ændringer samtidig med de andre kommuner i TM Sund-data.

Figur 18a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår, i TM Sund-kommunerne



TM Sund (12 kommuner) indbefatter de 12 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.

[⊠] Oplysninger fra Brøndby i 2018 vises ikke, da kommunen ikke opdaterede ændringer samtidig med de andre kommuner i TM Sund-data. Brøndby inkluderes ikke i de 12 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år.

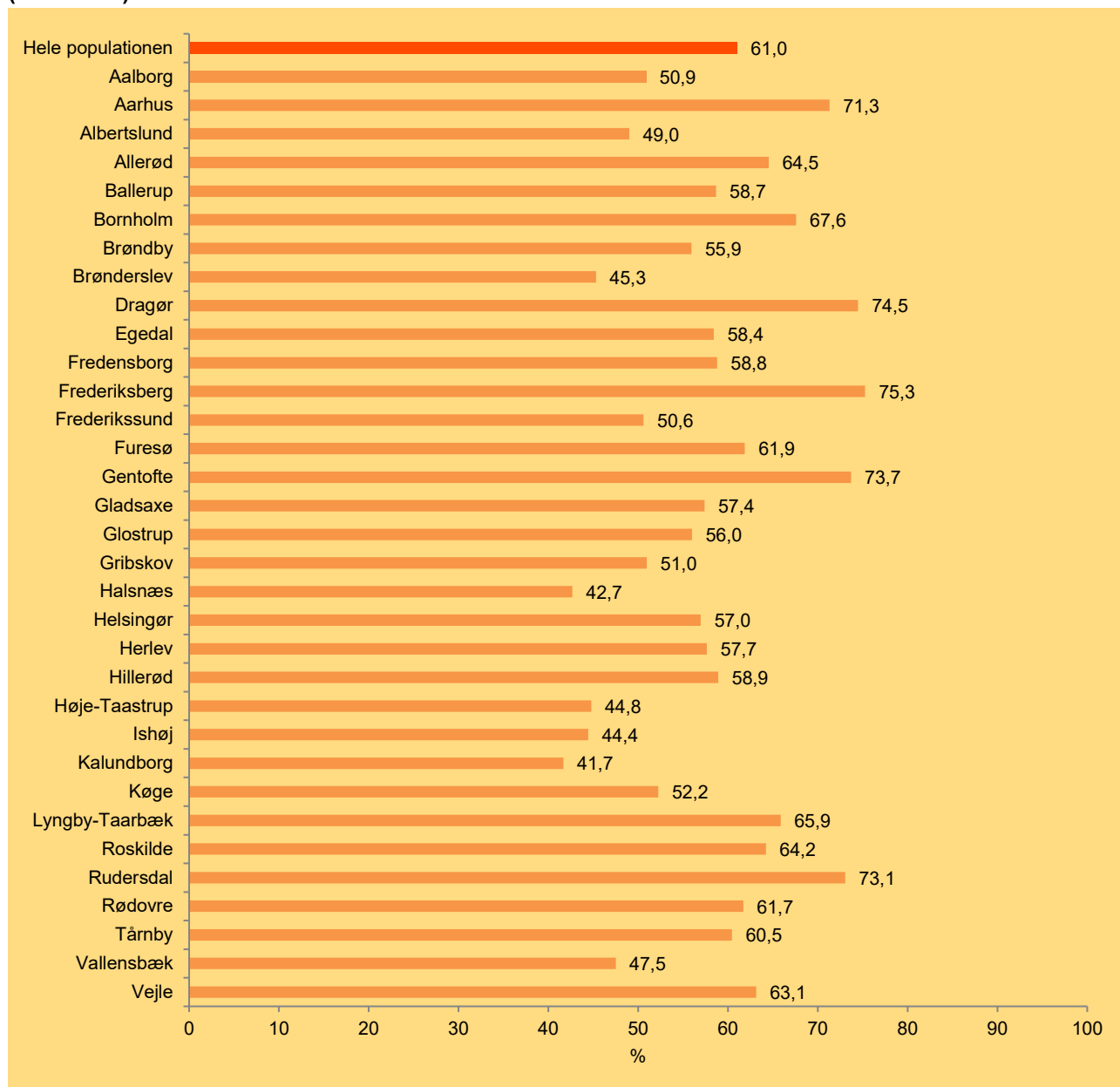
Amning

Fuld amning er i TM Sund-journalen registreret ved, at sundhedsplejersken noterer fuld amning efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger i måneder og uger. I NOVAX-journalen registrerer sundhedsplejersken en start-

og slutdato for fuld amning, og analyserne vedrørende amning inkluderer derfor kun børn, der har en slutdato for fuld amning. Det betyder, at børn, hvor der ikke er noteret en slutdato, eksempelvis fordi de ikke har haft et besøg efter endt amning, ikke inkluderes i analyserne, hvilket kan medføre en undervurdering i andelen af børn, der ammes fuldt i mindst fire måneder.

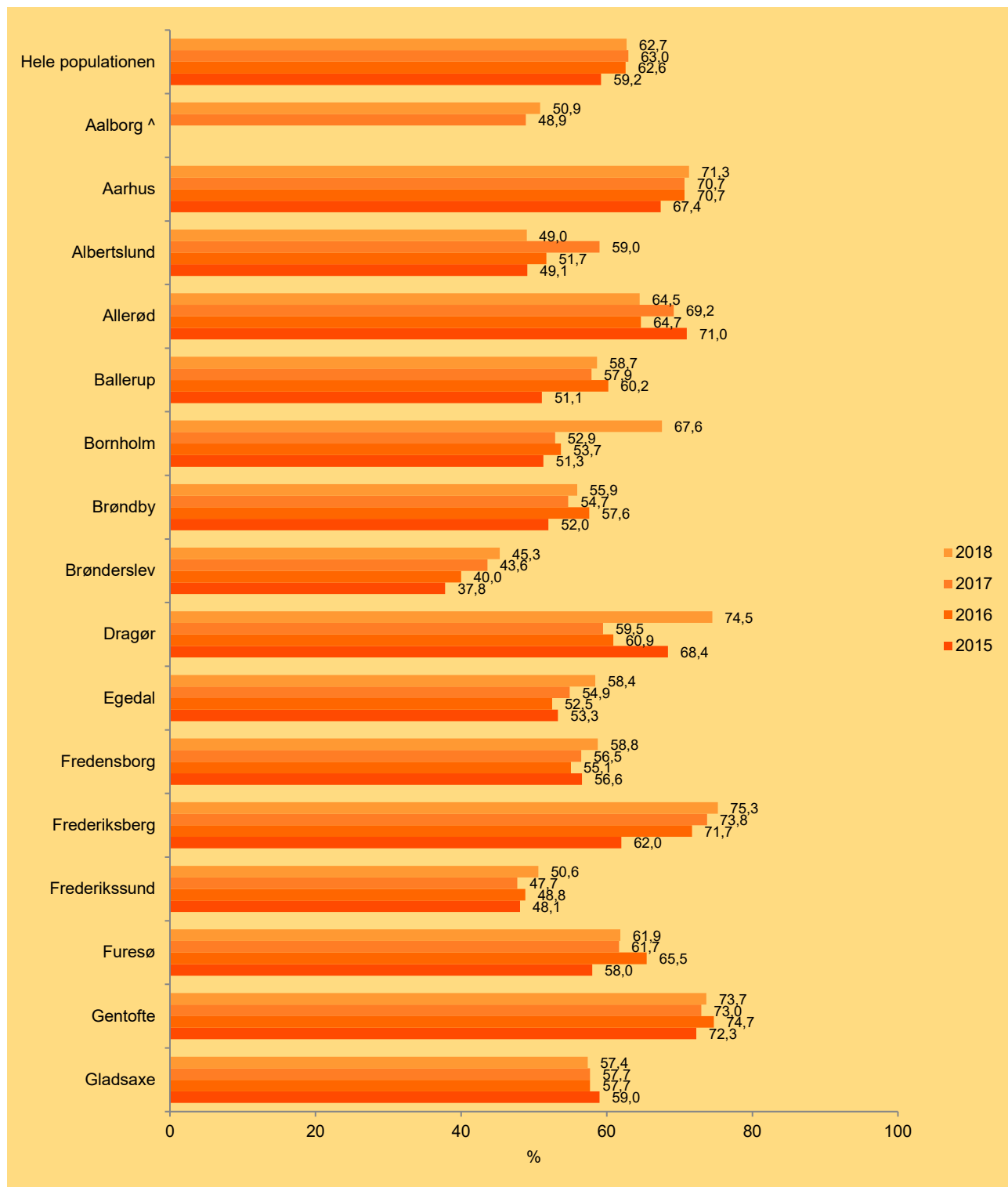
Figur 19a viser forekomsten af børn, der er ammet i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefaling om fuld amning i mindst fire måneder (Sundhedsstyrelsen, 2018). Blandt børnene i sundhedsprofilen bliver 61,0 % ammet fuldt i mindst fire måneder, hvilket vil sige, at 39,0 % af børnene ikke bliver ammet fuldt i fire måneder.

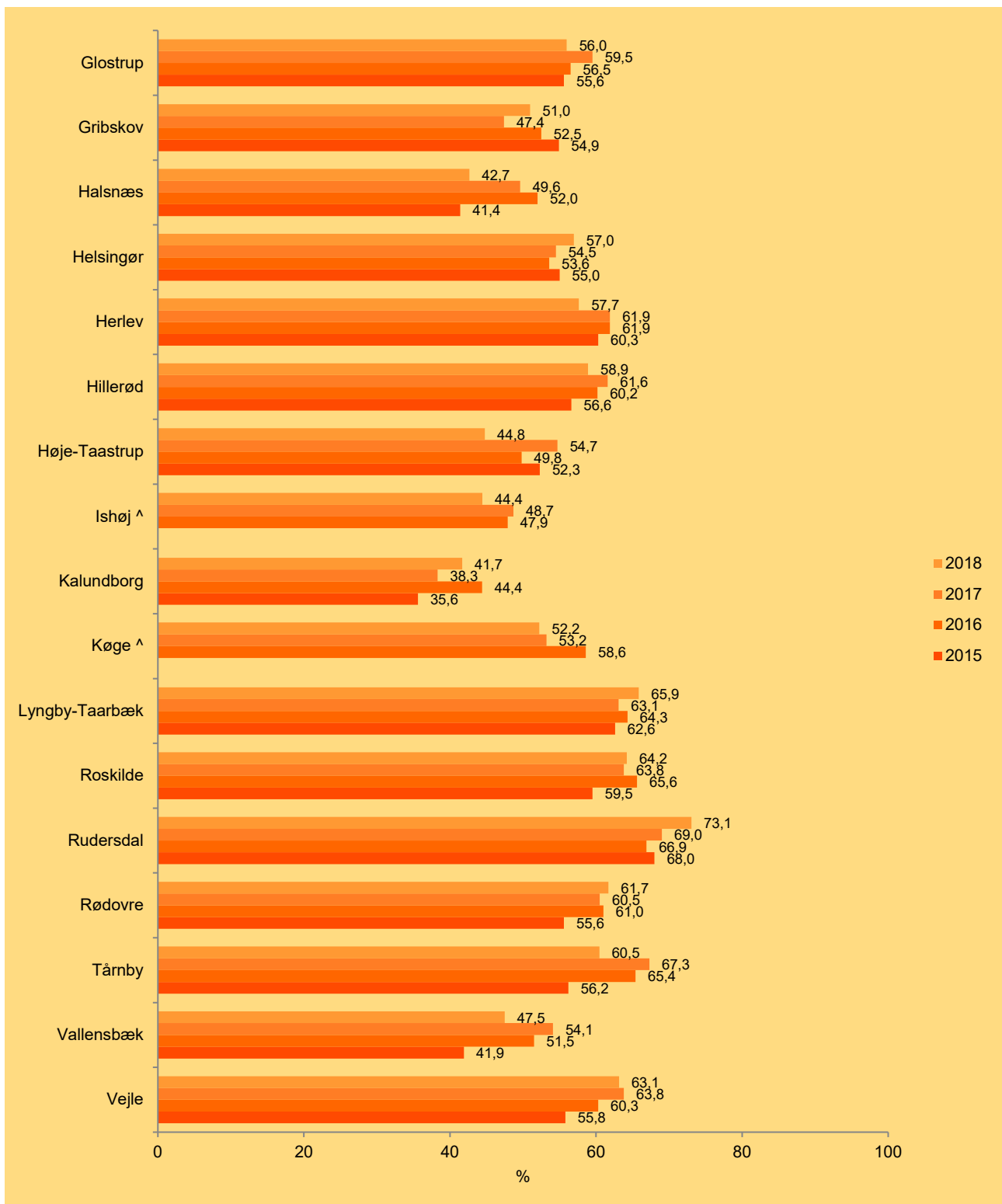
Figur 19a. Andelen af børn i 2018, der bliver ammet fuldt i mindst fire måneder, opdelt på kommune (N= 18.419)



Figur 20a viser udviklingen fra 2015 til 2018 i andelen af børn, der bliver ammet fuldt i mindst fire måneder, for de kommuner, der har oplysninger om amning fra alle fire år, og for hver kommune. Figuren viser, at andelen af børn, der bliver ammet i mindst fire måneder, samlet set svinger mellem 59,2 % i 2015 til 62,7 % i 2018.

Figur 20a. Udviklingen i andelen af børn, der er ammet fuldt i mindst fire måneder, opdelt på kommune





Hele populationen indbefatter de 30 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Kalundborg, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hhv. hele populationen, NOVAX- og TM Sund-kommunerne.

Motorisk udvikling

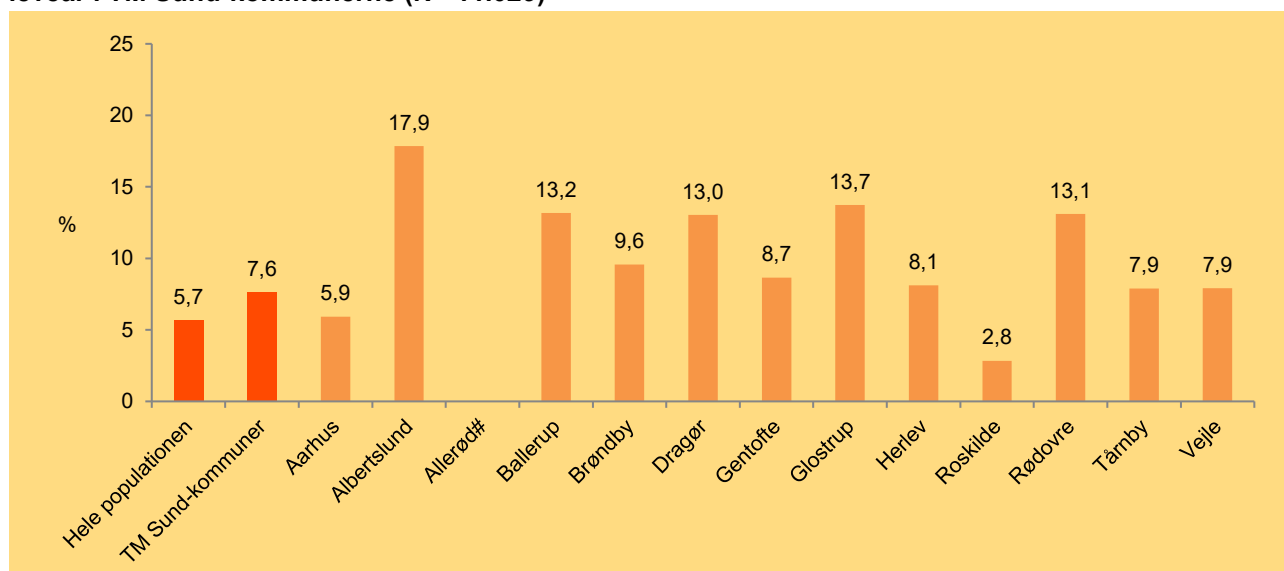
Barnets motoriske færdigheder danner grundlag for dets bevægelsesmuligheder og er derfor afgørende for barnets interaktion med omverdenen. Evnen til at bevæge sig påvirker udviklingen af andre egenskaber, herunder kognitive, følelsesmæssige og sociale færdigheder (Sigmundsson & Haga, 2007, Haywood, 2001, Payne & Isaacs, 2011). Desuden ses en øget risiko for motoriske vanskeligheder ved skolestart blandt de børn, der har bemærkninger til deres motorik i otte- til timånedersalderen (Brixval et al., 2012, Pedersen et al., 2020).

Da der er en meget stor gruppe af børn (22,7 %), der har bemærkning til motorisk udvikling ved mindst ét besøg i første leveår, har vi valgt at se på den lidt mindre gruppe af børn, hvor de motoriske problemer fremtræder lidt mere tydelige, nemlig børn, der har bemærkning til deres motoriske udvikling ved mindst to besøg i første leveår. Analyserne vises opdelt på journalsystem, da registreringen af motorisk udvikling ikke er helt overensstemmende i de to journalsystemer.

Figur 21a viser forekomsten af to eller flere besøg med bemærkninger til barnets motorisk udvikling i første leveår i TM Sund-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 7,6 % af børnene i TM Sund-kommunerne har bemærkning til motorisk udvikling ved mindst to besøg i det første leveår. Forekomsten svinger mellem 2,8 % og 17,9 % kommunerne imellem. I den samlede population med både NOVAX- og TM Sund-kommunerne har 5,7 % af børnene mindst to besøg med bemærkninger til motorik i første leveår.

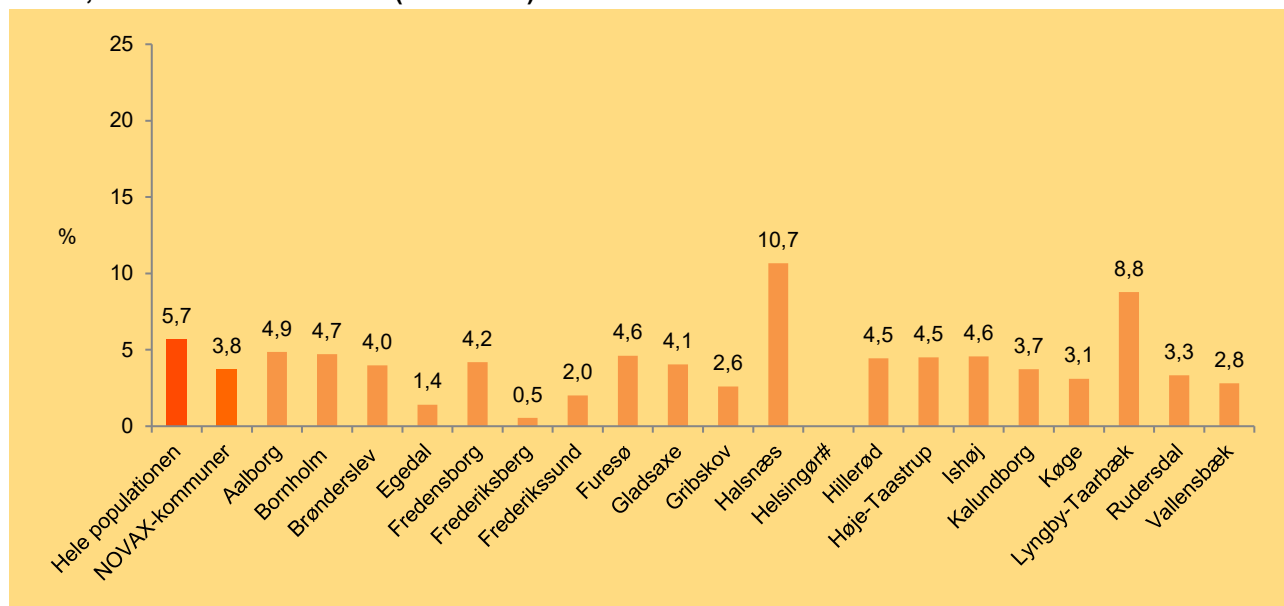
Figur 22a viser forekomsten af to eller flere besøg med bemærkninger til barnets motoriske udvikling i første leveår i NOVAX-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 3,8 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til motorisk udvikling ved mindst to besøg i det første leveår. Andelen varierer fra 0,5 % til 10,7 % kommunerne imellem. Forskellen i andelen af børn med bemærkninger til motorisk udvikling mellem kommunerne og de to journalsystemer er også set i de foregående år (figur 23a og 24a) og kan være et udtryk for, at der anvendes flere forskellige metoder til vurdering af barnets motoriske færdigheder (Pedersen et al., 2019).

Figur 21a. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved mindst to besøg i det første leveår i TM Sund-kommunerne (N= 11.029)



Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er ≤5.

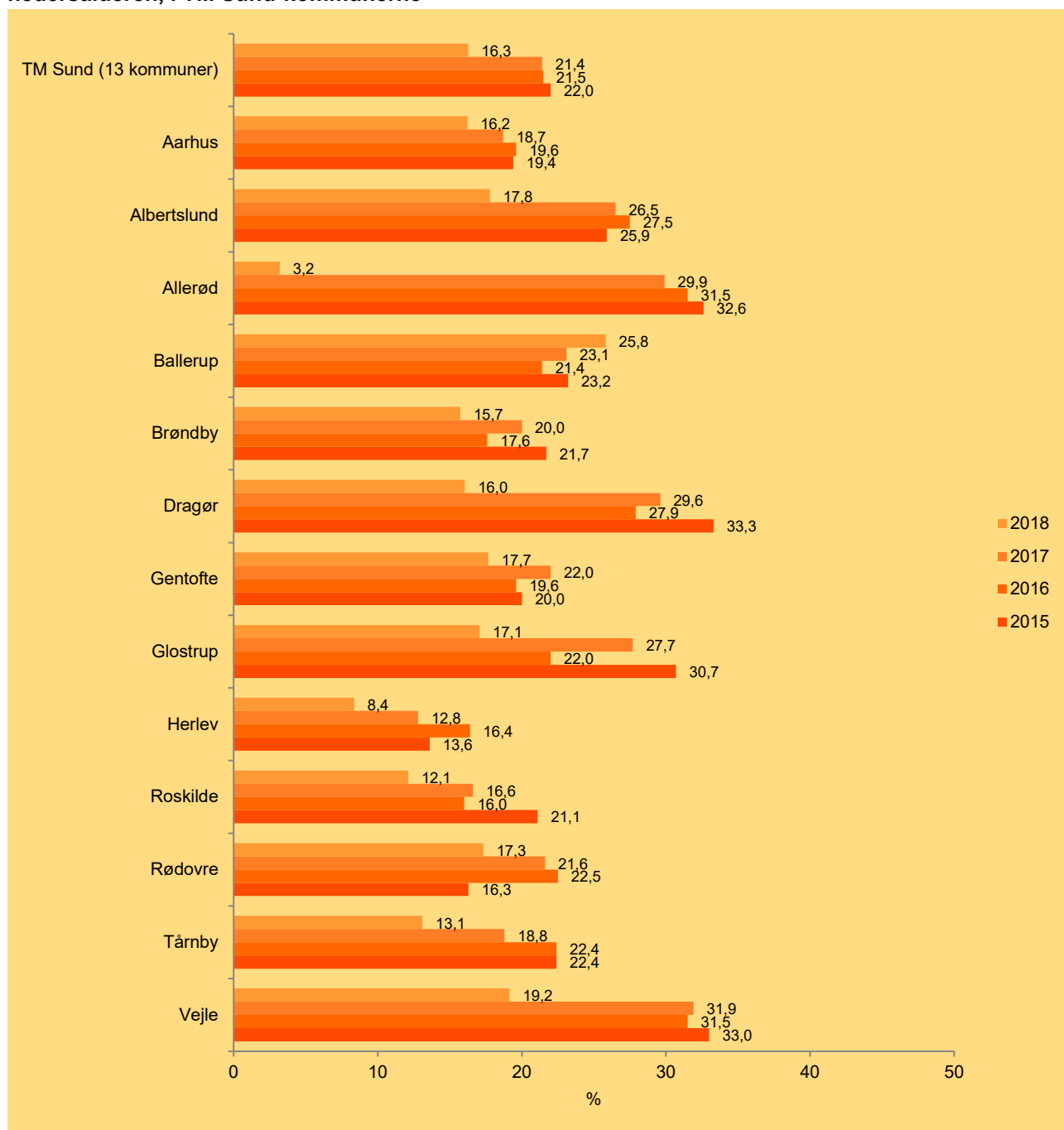
Figur 22a. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved mindst to besøg i det første leveår, i NOVAX-kommunerne (N= 11.453)



Vises ikke, da antallet af observationer i kommunen er ≤5.

Figur 23a viser udviklingen i forekomsten af børn med én bemærkning til motorisk udvikling ved D-besøget i de 13 TM Sund-kommuner, der har oplysninger for de sidste fire år, og hver TM Sund-kommune. Forekomsten af børn med én bemærkning til motorisk udvikling ved D-besøget svinger fra 22,0 % i 2015 til 16,3 % i 2018. Særligt fra 2017 til 2018 ses et fald i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved D-besøget. Det er ikke muligt at angive den præcise årsag til faldet, men dele af faldet kan muligvis skyldes, at spredningen i alder er mindre i 2018 end i 2017. Det vil sige, at færre børn har et tidligt D-besøg i 2018 sammenlignet med 2017. Derudover kan dele af faldet muligvis også tilskrives de kommende journalændringer i registrering af motorisk udvikling.

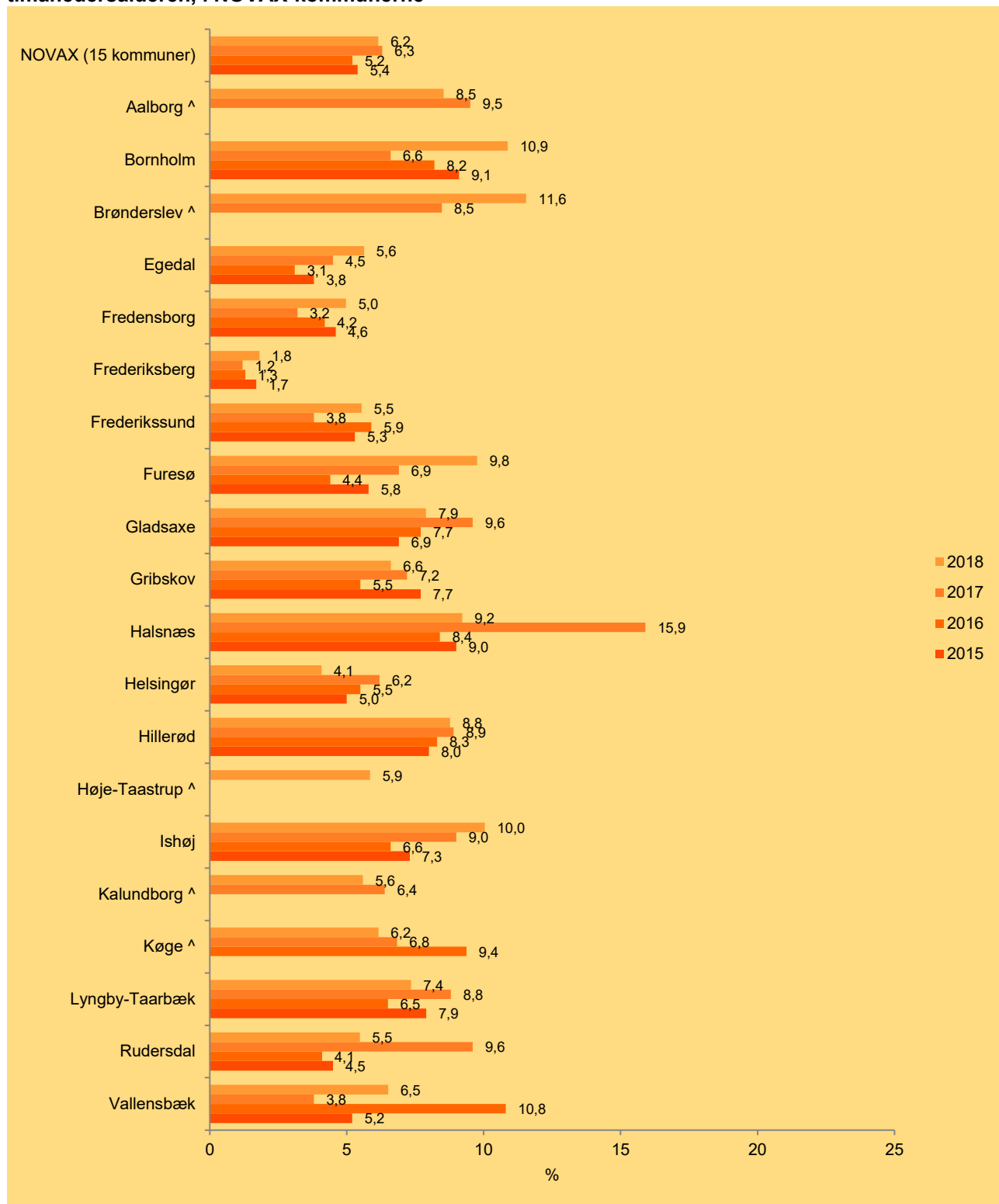
Figur 23a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til barnets motorisk udvikling i otte- til timånedersalderen, i TM Sund-kommunerne



TM Sund (13 kommuner) indbefatter de 13 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.

Figur 24a viser udviklingen fra 2015 til 2018 i andelen af børn med én bemærkning til motorisk udvikling i otte- til timånedersalderen (D-besøget) for de 15 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år, og for hver enkel kommune. Af figuren ses, at andelen af børn med én bemærkning til motorisk udvikling ved D-besøget varierer mellem 5,2 % i 2016 og 6,2 % i 2018.

Figur 24a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til barnets motoriske udvikling i otte- til timånedersalderen, i NOVAX-kommunerne



NOVAX (15 kommuner) indbefatter de 15 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Bornholm, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk.

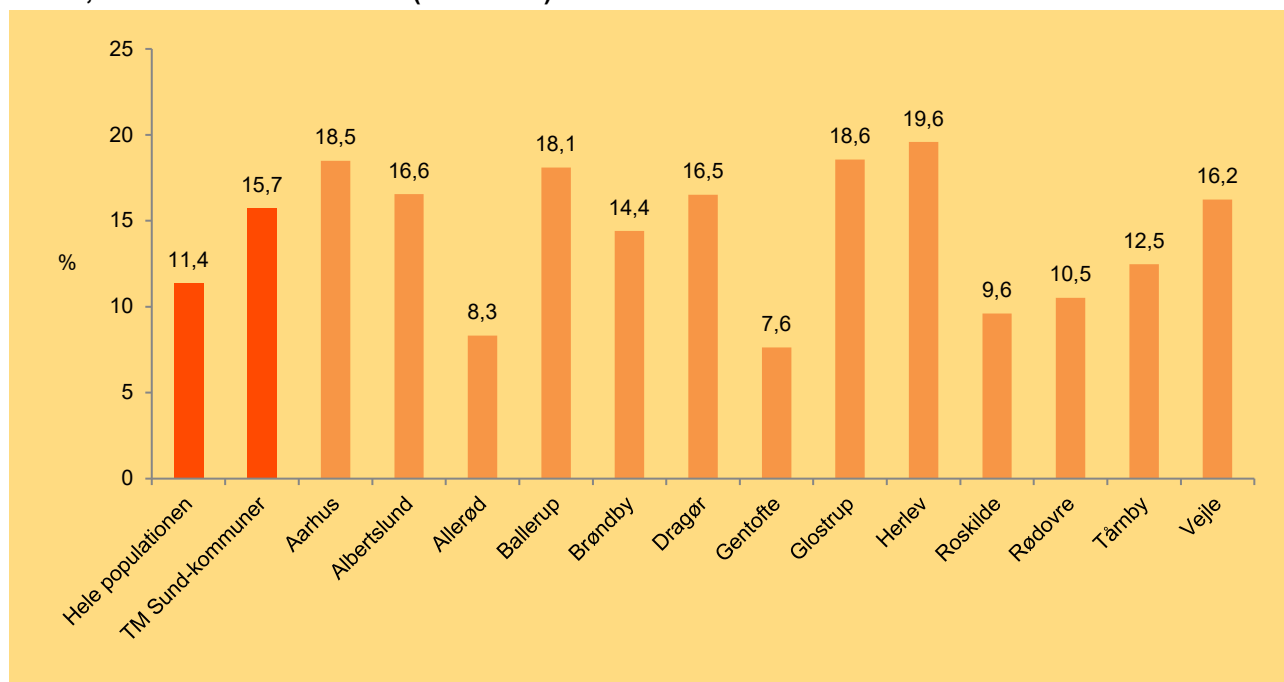
^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hhv. hele populationen, NOVAX- og TM Sund-kommunerne. Oplysninger fra Høje-Taastrup i 2015-2017 fremgår ikke, da kommunen i slutningen af 2017 overgik fra TM Sund til NOVAX.

Søvn

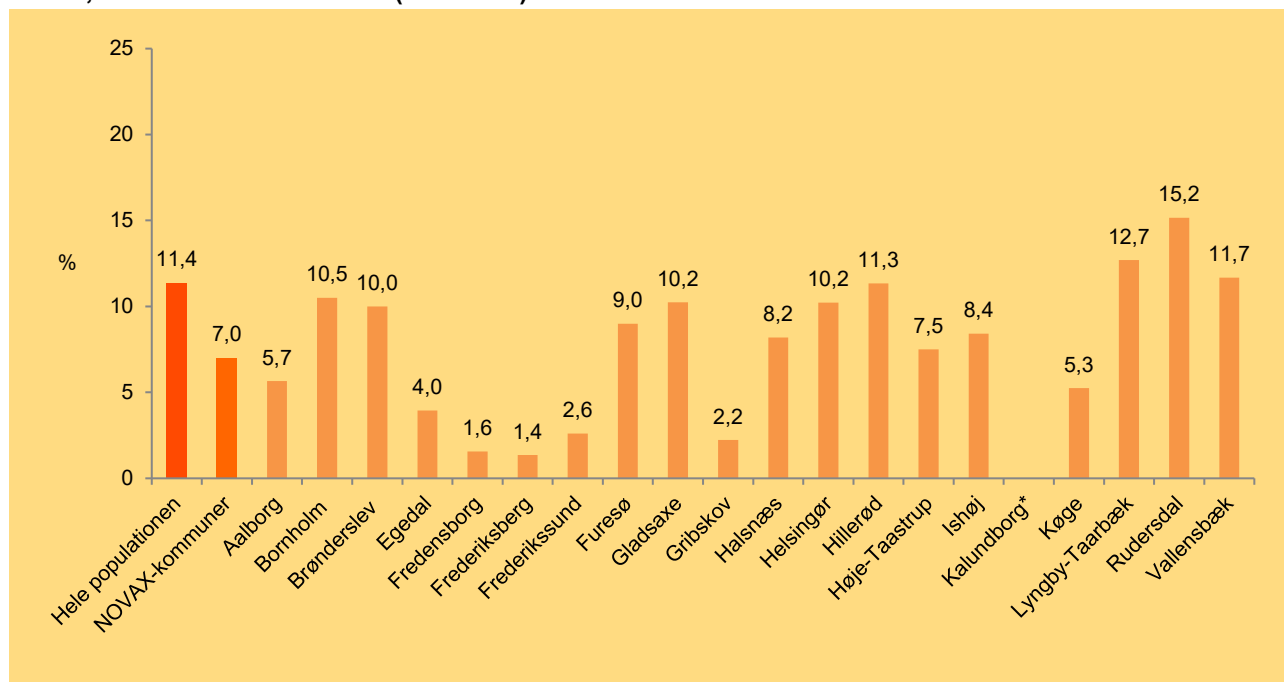
Sundhedsplejersken vurderer barnets døgnrytme og søvnmønster ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Det registreres i journalen, hvis barnet har søvnproblemer, der har negativ indflydelse på barnets spising og trivsel, eller hvis barnets døgnrytme og søvnmønster ikke lever op til den alderstilsvarende udvikling og barnets behov.

Figur 25a viser forekomsten af børn med bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår i TM Sund-kommunerne. Af figuren ses, at 15,7 % af børnene i TM Sund-kommunerne har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg. Forekomsten svinger mellem 7,6 % og 19,6 % kommunerne imellem. I den samlede population med både TM Sund- og NOVAX-kommunerne har 11,4 % af børnene bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår (figur 25a og figur 26a). Figur 26a viser forekomsten af børn med bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår i NOVAX-kommunerne. Figuren viser, at 7,0 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg. Forekomsten svinger mellem 1,4 % og 15,2 % kommunerne imellem.

Figur 25a. Andelen af børn i 2018 med bemærkning til søvn ved mindst ét af de fire besøg i første leveår, i TM Sund-kommunerne (N= 11.057)



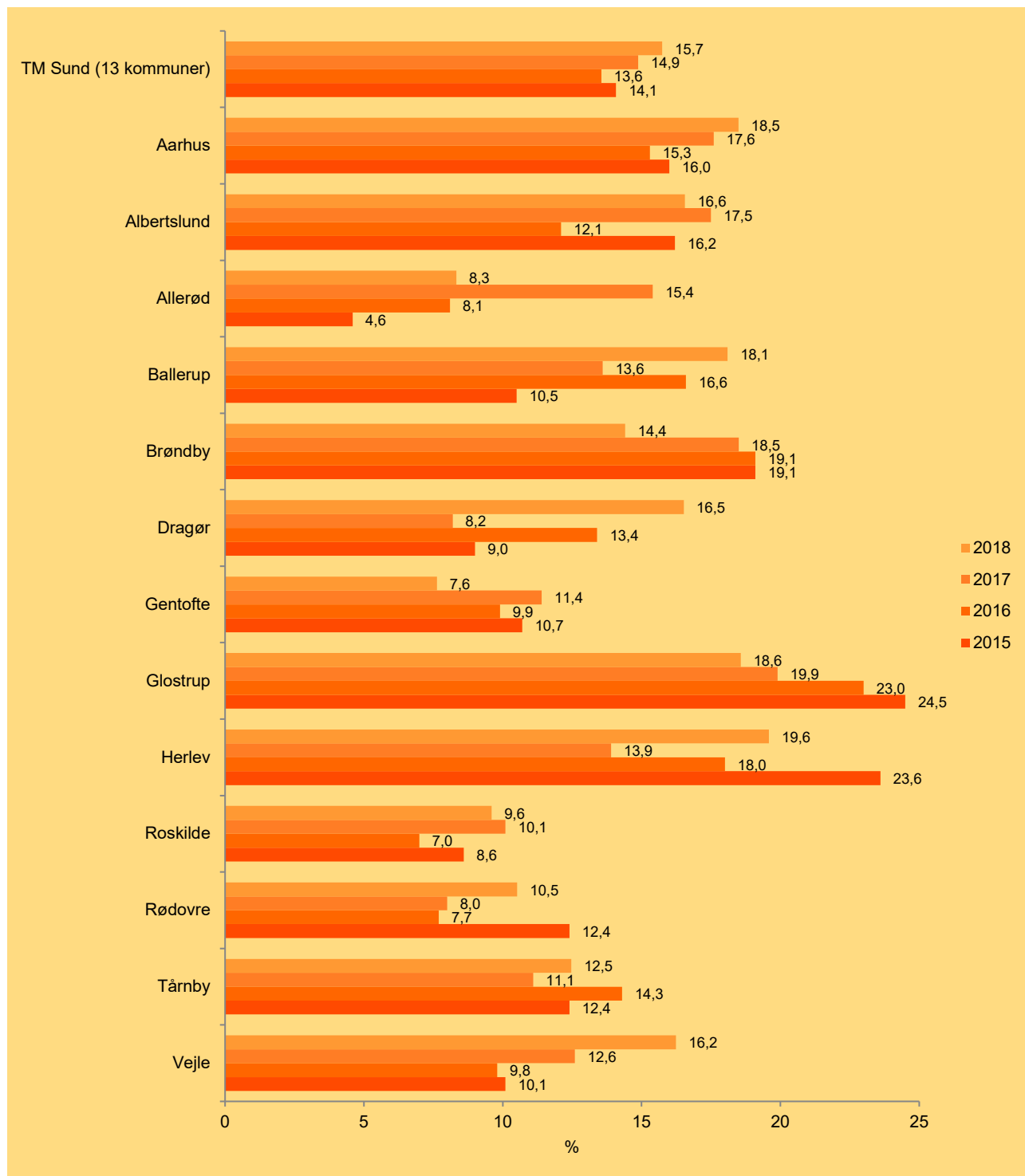
Figur 26a. Andelen af børn i 2018 med bemærkning til søvn ved mindst ét af de fire besøg i første leveår, i NOVAX-kommunerne (N=11.020)



* Vises ikke, da andelen af missing er >40%.

Figur 27a viser udviklingen i forekomsten af børn med bemærkning til søvn ved mindst ét besøg i første leveår i de 13 TM Sund-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed alle fire år, og hver TM Sund-kommune. Forekomsten af børn med bemærkninger til søvn varierer samlet set fra 13,6 % i 2016 til 15,7 % i 2018.

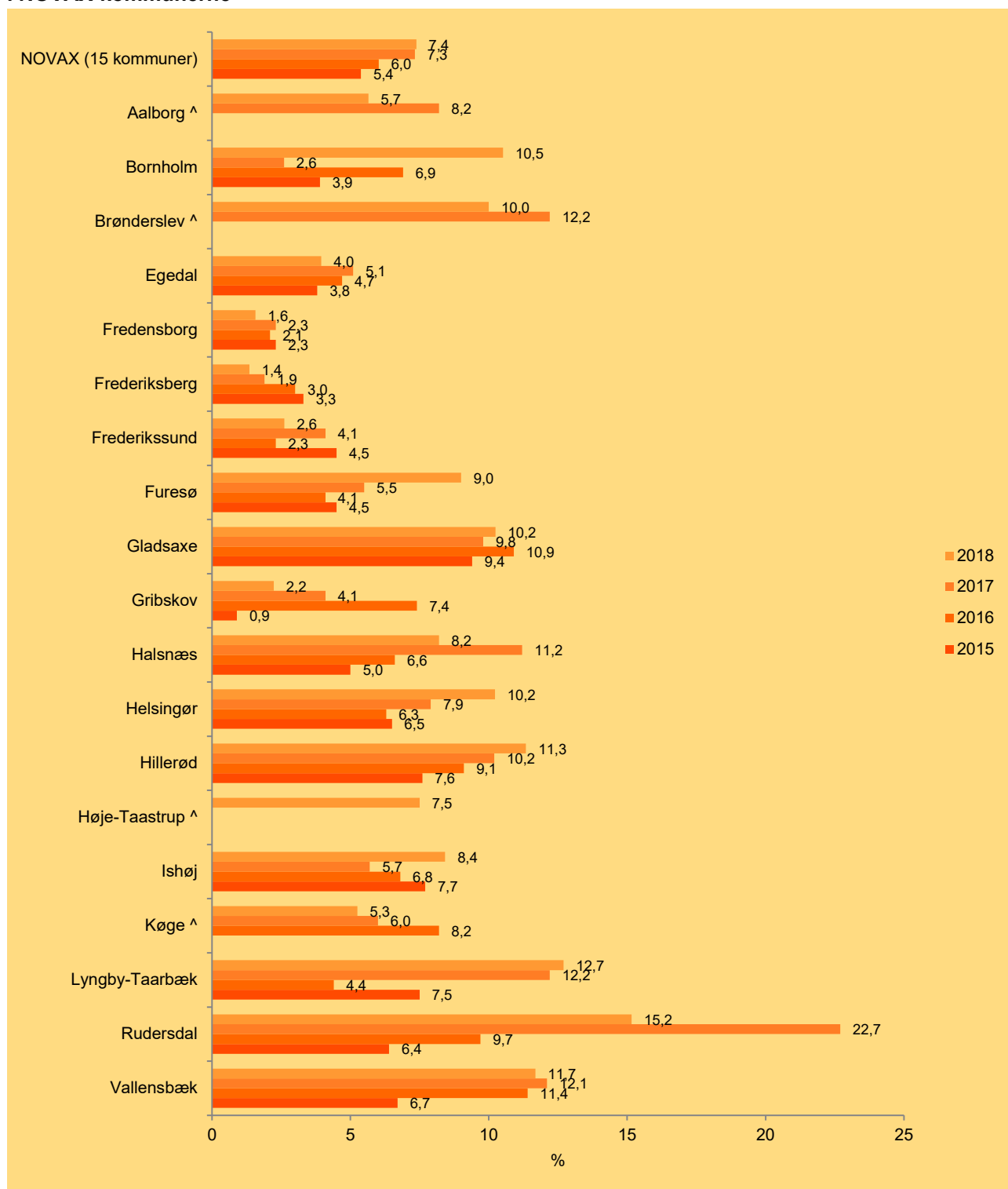
Figur 27a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til søvn ved mindst ét besøg i første leveår, i TM Sund-kommunerne



TM Sund (13 kommuner) indbefatter de 13 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.

Figur 28a viser udviklingen i forekomsten af børn med bemærkning til søvn ved mindst ét besøg i første leveår i de 15 NOVAX-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed de seneste fire år, og hver NOVAX-kommune. Forekomsten af børn med bemærkning til søvn varierer samlet set fra 5,4 % i 2015 til 7,4 % i 2018.

Figur 28a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til søvn ved mindst ét besøg i første leveår, i NOVAX-kommunerne



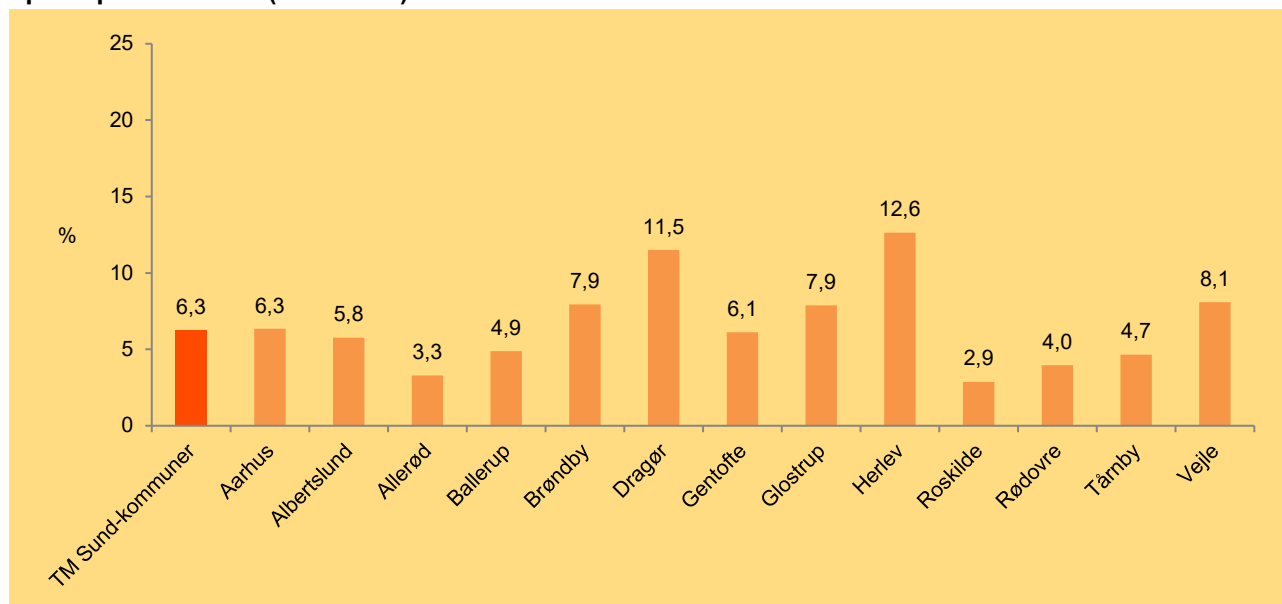
NOVAX (15 kommuner) indbefatter de 15 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Bornholm, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hhv. hele populationen, NOVAX- og TM Sund-kommunerne. Oplysninger fra Høje-Taastrup i 2015-2017 fremgår ikke, da kommunen i slutningen af 2017 overgik fra TM Sund til NOVAX.

Uro/gråd

I TM Sund-journalen registreres det, om der er bemærkning til uro/gråd. Figur 29a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd. Figuren viser, at 6,3 % af børnene har bemærkning til uro/gråd ved mindst ét af de fire besøg i barnets første leveår. Andelen varierer fra 2,9 % til 12,6 % kommunerne imellem.

Figur 29a. Andelen af børn i 2018 med bemærkning til uro/gråd ved mindst ét besøg i første leveår, opdelt på kommune (N= 10.838)



Vægtstatus

Når man monitorerer små børns vækst, er det vigtigt, at man bruger den optimale vækst som reference. Den optimale vækst beskrives med en standardkurve baseret udelukkende på raske børn. I 2006 udgav WHO en ny vækstreference til børn i alderen nul til fem år baseret på The WHO Multicentre Growth Reference Study (WHO, 2006). Denne vækstreference er baseret på en population af sunde og ammede spædbørn, der er vokset op i et miljø, der ikke begrænser børnenes vækst. Denne vækstreference er implementeret som standardreference for børns vækst i adskillige lande, og Sundhedsstyrelsen anbefaler brug af denne vækstreference ved monitorering af overvægt blandt små børn (Sjöberg et al., 2017). Den vil derfor også blive anvendt i denne rapport.

Med brug af WHO-vækstreferencer udregnes en z-score, også kaldet en standardafvigelsesscore. Denne kan benyttes til at beskrive, hvor meget et barns vækst afviger fra gennemsnittet. En z-score på 0 svarer til gennemsnitsværdien, og jo højere eller lavere en z-score, jo længere ligger væksten fra gennemsnittet. På baggrund af z-scores kan børnene indplaceres efter vægtstatus. Ud fra disse WHO-referencer vurderes et nul- til femårigt barn som undervægtigt med en z-score på mindre end -2, normalvægtigt med en z-score mellem -2 og +1, i risiko for overvægt med en z-score mellem +1 og +2, overvægtigt med en z-score mellem +2 og +3, og svært overvægtigt med en z-score på over +3. Definitionen af overvægt blandt børn diskuteres yderligere i Regionsrapporten "Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014" (Sjöberg et al., 2017).

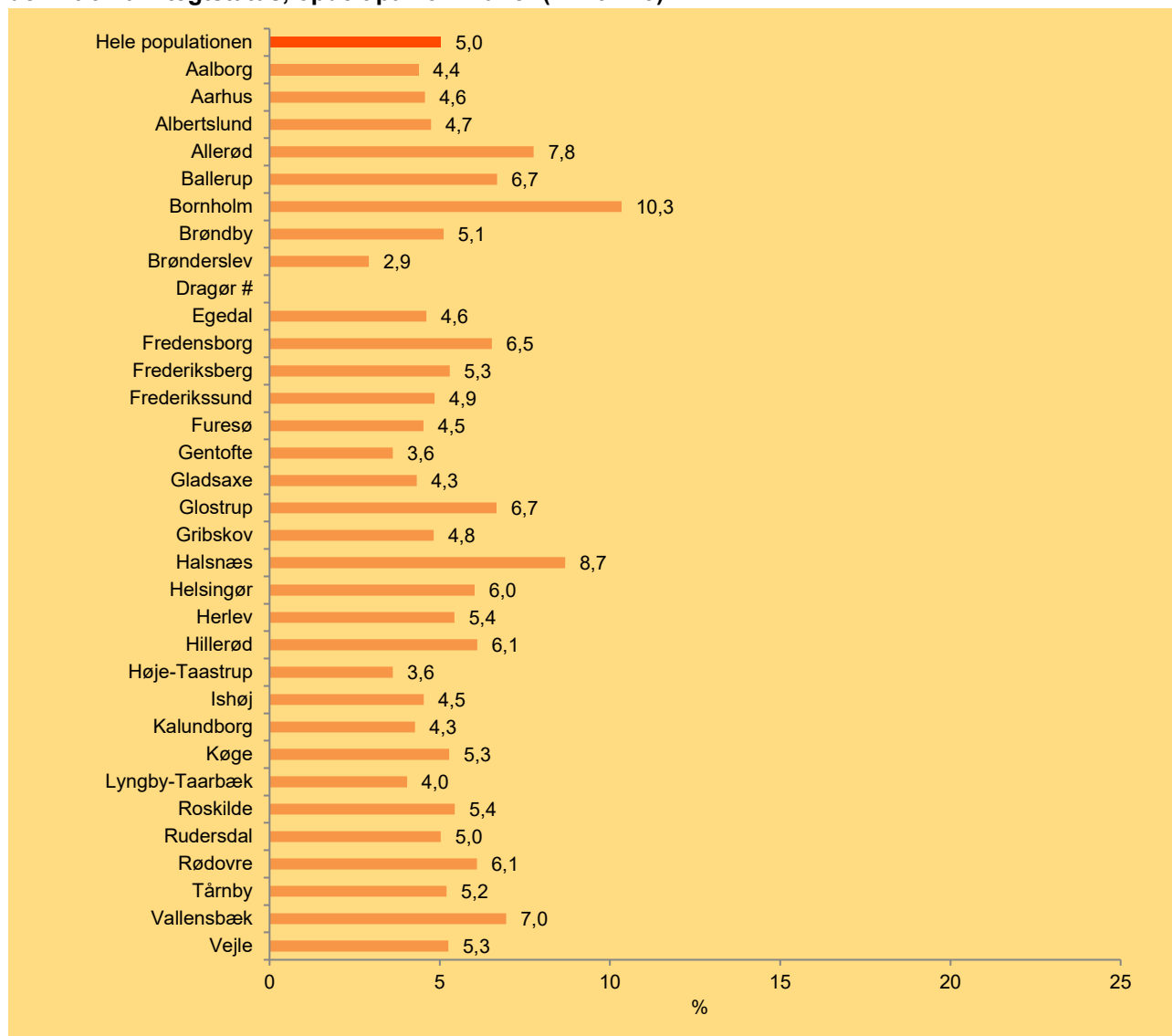
I tabel 5a ses fordelingen af børn født i 2018 i forhold til WHO's definition af undervægt, normalvægt og overvægt. Af tabellen ses, at 2,0 % af børnene i sundhedsprofilen ud fra WHO's definition af vægtstatus er undervægtige, 75,4 % er normalvægtige, 17,6 % er i risiko for overvægt, 4,4 % er overvægtige, og 0,6 % er svært overvægtige. Samtidig viser tabellen, at fordelingen er næsten ens for drenge og piger.

Tabel 5a. Procentfordeling af børn efter WHO's definition af vægtstatus i seks- til timånedersalderen i 2018 (N=19.179)

	Samlet		Drenge		Piger	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Undervægtig	382	2,0	213	2,2	169	1,8
Normalvægtig	14.455	75,4	7.333	74,2	7.122	76,6
I risiko for overvægt	3376	17,6	1757	17,8	1619	17,4
Overvægtig	848	4,4	503	5,1	345	3,7
Svært overvægtig	118	0,6	74	0,8	44	0,5

Figur 30a viser forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus i hele populationen og i kommunerne. Figuren viser, at andelen af børn med overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus er 5,0 % i hele populationen. Denne andel varierer fra 2,9 % til 10,3 % kommunerne imellem.

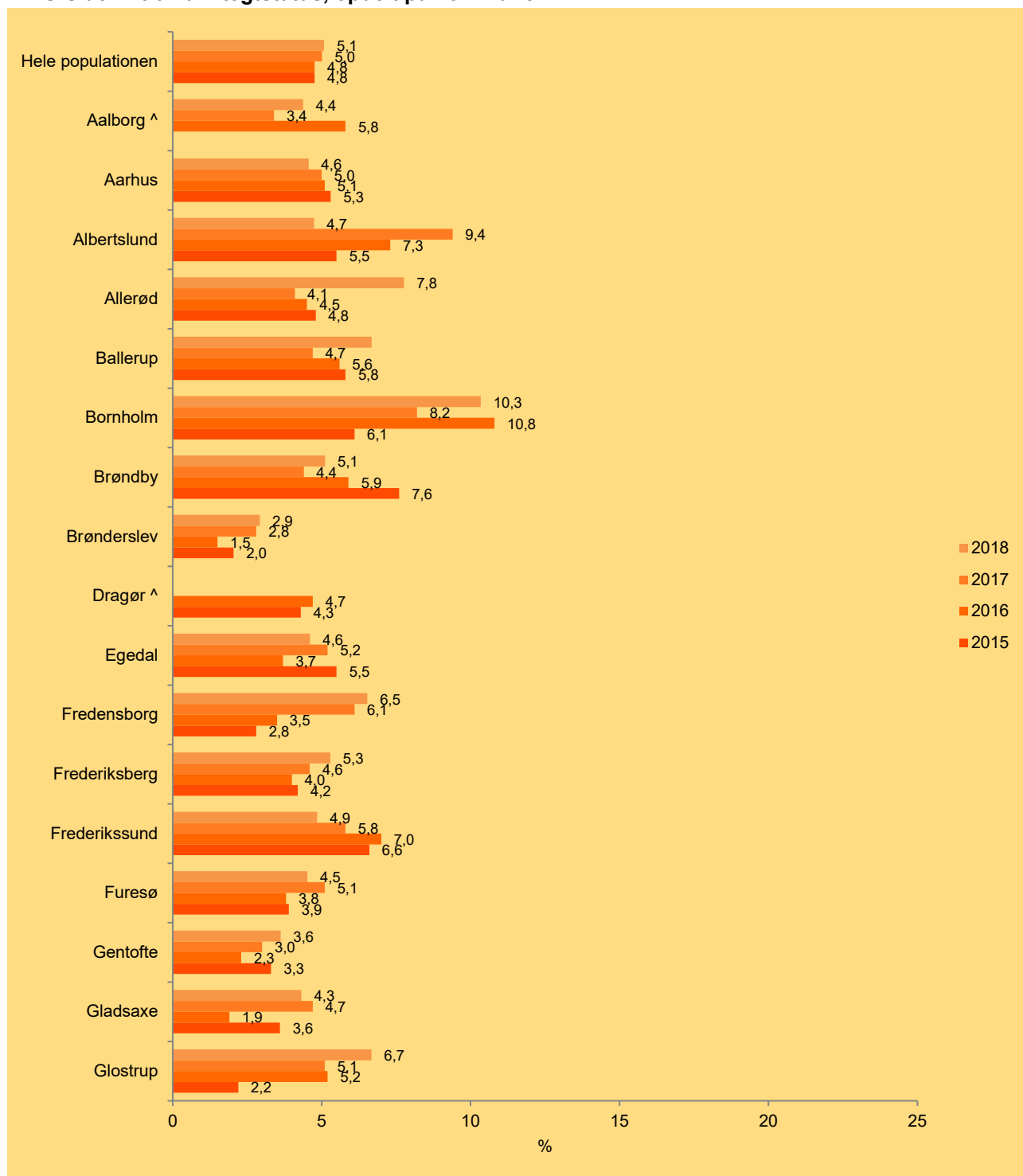
Figur 30a. Forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen i 2018 efter WHO's definition af vægtstatus, opdelt på kommuner (N=19.179)

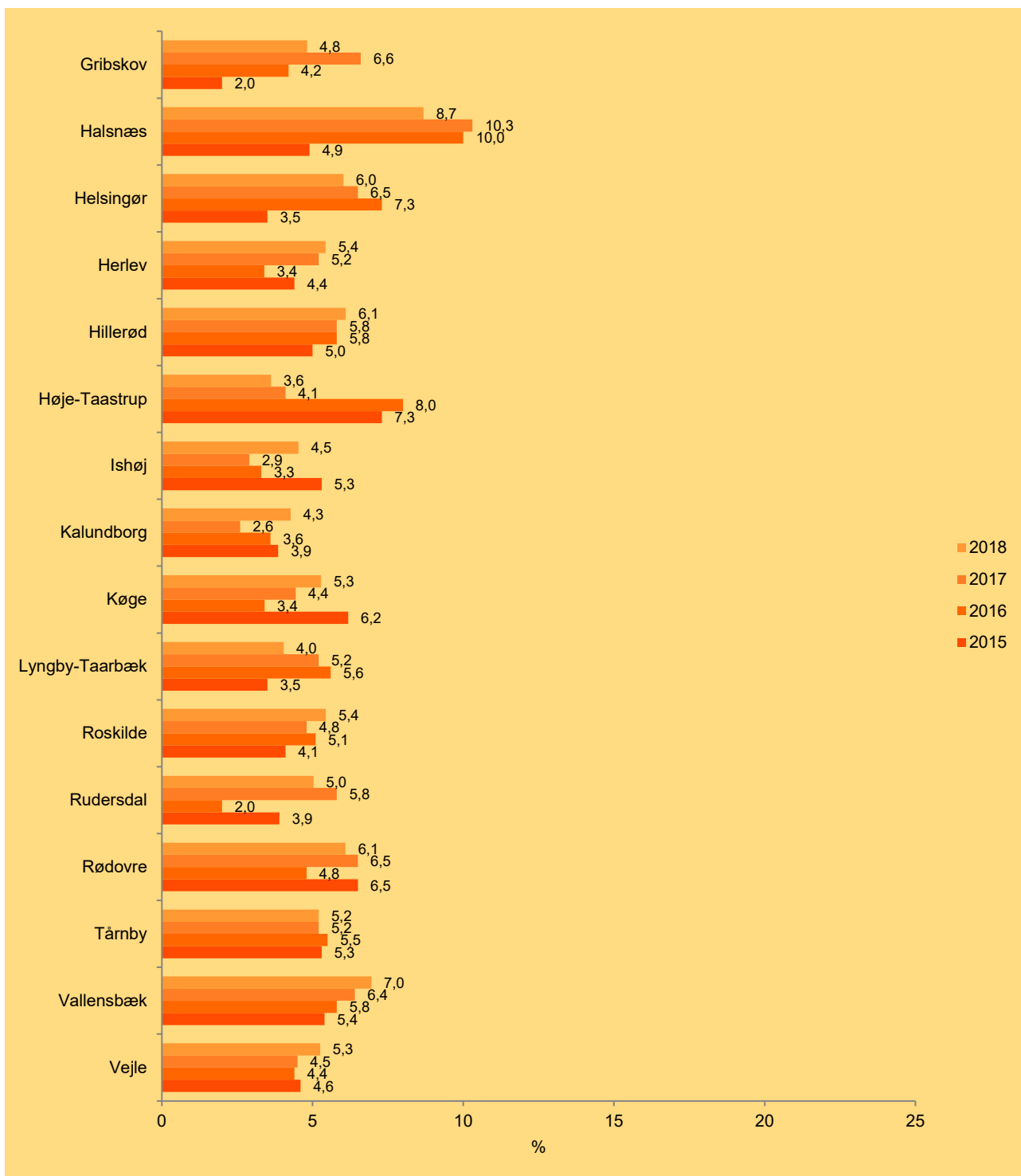


Vises ikke, da antallet af observationer i kommunen er ≤5.

Figur 31a viser udviklingen fra 2015 til 2018 i andelen af børn med overvægt/svær overvægt i kommunerne hver for sig og for hele populationen samlet med de kommuner, der har oplysninger fra alle fire år. Andelen af børn med overvægt/svær overvægt varierer samlet set fra 4,8 % i 2015 til 5,1 % i 2018.

Figur 31a. Udviklingen i forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus, opdelt på kommuner





Hele populationen indbefatter de 32 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hhv. hele populationen, NOVAX og TM Sund.

3 Opsamling

Denne sundhedsprofil for børn født i 2018 fra Databasen Børns Sundhed er baseret på journal- og registeroplysninger om 22.876 børn fra 33 kommuner.

Rapporten viser blandt andet, at:

- 14,2 % af børnene i hele populationen har modtaget ét eller flere graviditetsbesøg.
- 26,0 % af børnene er udskrevet senest seks timer efter fødslen, mens 42,6 % er udskrevet, når de er 2-3 døgn. Indlæggelseslængden har i denne sammenhæng betydning for, hvornår det første besøg af sundhedsplejersken aflægges.
- 69,1 % af børnene i hele populationen har deres første besøg af sundhedsplejersken, inden de er én uge gamle.
- 5,8 % af børnene i hele populationen er for tidligfødte (født før uge 37).
- 4,6 % af børnene i hele populationen vejer under 2.500 gram, når de bliver født, 79,0 % vejer 2.500-3.999 gram, og 16,4 % vejer over 3.999 gram.
- 93,3 % af børnene i hele populationen har modtaget A-besøget, 89,9 % af børnene har modtaget B-besøget, 80,8 % af børnene har modtaget C-besøget, og 83,3 % har modtaget D-besøget. Der kan være mange grunde til, at ikke alle børn modtager alle besøg. Eksempelvis tilbyder nogle kommuner kun C-besøget til førstegangsfødende.
- 61,0 % af børnene i hele populationen er ammet i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefaling om fuld amning i fire måneder.
- 5,0 % af børnene i hele populationen er overvægtige/svært overvægtige ved seks- til timånedersalderen, 17,6 % er risiko for overvægt, 75,4 % er normalvægtige, og 2,0 % er undervægtige.

Sundhedsprofilen viser også, at der for nogle faktorer er variation i, hvor mange bemærkninger sundhedsplejersken har registreret i de to journalsystemer. Det gælder for bemærkning til tobaksrøg i hjemmet, mors psykiske tilstand, forældre-barn relationen, motorisk udvikling og søvn. Der kan være mange mulige forklaringer på, hvad disse forskelle skyldes, men det er alle forskelle, der også er set de tidligere år. Derudover er de to journalsystemer ikke helt ens, hvilket betyder, at der er variable i den ene journal, der ikke indgår i den anden, såsom uro/gråd.

Der arbejdes på at koordinere de to journalsystemer, og på sigt forventer vi større parallelitet. Sundhedsprofilen viser derfor forventeligt, at udviklingsarbejdet med at skabe større ensartethed i Databasen Børns Sundhed ikke er slut. Det er derfor vigtigt, at fælles praksis for registrering drøftes af både de ledende sundhedsplejersker og af sundhedsplejerskerne i de enkelte kommuner.

Referencer

- Brixval, C. S., Svendsen, M. & Holstein, B. E. 2012. Motoriske vanskeligheder- Sundhedsplejerskernes undersøgelser af motorik ved indskolingen. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed
- Danmarks Statistikbank 2020. FODIE: Levendefødte efter kommune, moders herkomst, moders oprindelsesland, moders statsborgerskab, moders alder og barnets køn. Link: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1920>.
- Databasen Børns Sundhed 2018. Vejledning til den kvalitetssikrede sundhedsplejerskejournal. Link: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger.
- Databasen Børns Sundhed, Pedersen, T. P., Pant, S. W., Holstein, B. E., Ammitzbøll, J. & Due, P. 2018. Sundhedsplejerskers bemærkninger til forældre-barn relationen i barnets første leveår. Børn født i 2016. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Haywood, K. M. 2001. *Fundamental Concepts: Life span motor development.*, Champaign, Human Kinetics.
- Kræftens Bekæmpelse & Sundhedsstyrelsen 2013. Ren luft til ungerne - Beskyt børn mod tobaksrøg.
- Novax 2017. Obligatoriske registreringer i Novax journalen med henblik på deltagelse i Databasen Børns Sundhed. Link: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger.
- Payne, V. G. & Isaacs, L. D. 2011. *Human Motor Development: A Lifespan Approach*, New York, N.Y., McGraw-Hill.
- Pedersen, T., Pant, S. & Ammitzbøll, J. 2019. Sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i det første leveår. Temarapport børn født i 2017. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Pedersen, T., Pant, S. & Ammitzbøll, J. 2020. Motorisk udvikling ved indskolingsalderen. Temarapport for skoleåret 2018/19. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Sigmundsson, H. & Haga, M. 2007. *Udvikling af færdigheder hos børn*, Virum, Dansk Psykologisk Forlag.
- Sjöberg, C., Johansen, A., Rasmussen, M. & Due, P. 2017. Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014. Kbh.: Statens Institut for Folkesundhed.
- Sundhedsdatastyrelsen 2019. Indberetning til Den nationale børnedatabase. 1 ed. www.sundhedsdatastyrelsen.dk.
- Sundhedsstyrelsen 2011a. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*, København, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2011b. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2013. *Anbefalinger for svangreomsorgen*. København.
- Sundhedsstyrelsen 2018. *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*. 4. udgave, 1. oplag. ed. København: Sundhedsstyrelsen.
- Who 2006. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr Suppl*, 450, 76-85.