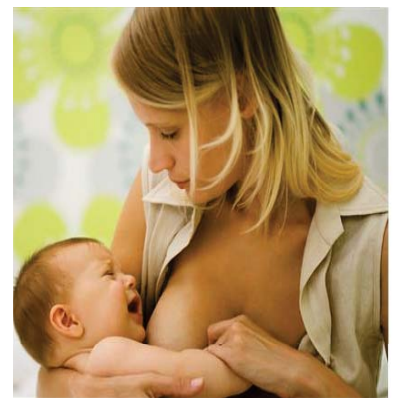


Gråd, uro og spiseproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker



Forfattere Anette Johansen og Bjørn E. Holstein

Gråd, uro og spiseproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker.

© Statens Institut for Folkesundhed 2014.

Statens Institut for Folkesundhed

Øster Farimagsgade 5A

1353 København K

www.si-folkesundhed.dk

Udarbejdet for bestyrelsen for Databasen Børns Sundhed af:

Anette Johansen og Bjørn E. Holstein, alle fra Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed og Trivsel, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Styregruppe:

Anne Lichtenberg, sundhedsfaglig specialkonsulent, Region Hovedstaden

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

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, Sundhedsstyrelsen

Birgitte Weile, overlæge, Region Hovedstaden

Bjørn Holstein, professor, Statens Institut for Folkesundhed

Charlotte Harbou, leder af sundhedsplejen, Ballerup Kommune

Helle Rasmussen, ledende sundhedsplejerske, Køge Kommune

Inga Jacobsen, sundhedsplejerske, Gentofte Kommune

Inge Kristensen, centerchef for Social og Sundhed, Ballerup Kommune

Lene Møller, ledende sundhedsplejerske, MSP, Rødovre Kommune

Pia Rønnekamp, fagchef Sundhedsplejen, Brøndby Kommune

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

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

Tove Kepp, praktiserende læge, Rødovre Kommune

Fotoleverandør: Modelbilleder fra Colourbox

Publikationen citeres således:

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

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

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

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-279-6

Forord

Denne temarapport fra Databasen Børns Sundhed omhandler gråd, uro og spiseproblemer i barnets første leveår. Problemer, som giver anledning til bekymring og utryghed i mange småbørnsfamilier. Det er derfor vigtigt at få mere viden om problemernes omfang, om deres årsager og følgevirkninger, og især hvordan man kan hjælpe disse familier.

Der er stigende sundhedspolitisk interesse for børn i disse år, og heldigvis er der mange data, som kan inspirere til mere forebyggelse og sundhedsfremme. Men for aldersgruppen fra nul til seks år er der meget lidt offentlig statistik om sundhedstilstanden og om hvordan børnene har det. Sundhedsplejerskerne har en unik mulighed for at bidrage med mere viden. Sundhedsplejerskerne ser næsten alle børn i første leveår og næsten alle børn ved indskoling. Dermed er sundhedsplejerskernes journaler en vigtig kilde til viden om børns sundhed. Sundhedsplejerskerne i en række kommuner har gennem flere år arbejdet sammen om at føre en kvalitetssikret journal, at føre journalen på en meget systematisk måde og at indlæse journaldata i en fælles database med navnet Databasen Børns Sundhed. Denne database er en betydningsfuld kilde til viden om, hvordan børn har det.

Kundskaberne fra Databasen Børns Sundhed formidles på to måder: To årlige temarapporter med analyser af et sundhedstema valgt af de ledende sundhedsplejersker og en årsberetning med grundliggende statistiske oplysninger om børns sundhed.

Denne temarapport er baseret på sundhedsplejerskedata omhandlende 5.455 børn, født i perioden 1. januar til 31. december 2012. Børnene er alle født i en af de 13 kommuner, som på nuværende tidspunkt indgår i databasesamarbejdet: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Rødovre, Roskilde og Tårnby.

Rapporten er skrevet af to forskere fra Statens Institut for Folkesundhed, som også er hjemsted for databasen: Anette Johansen og Bjørn Holstein. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen.

Vi vil gerne udtrykke vores store taknemmelighed for det omfattende arbejde, som sundhedsplejerskerne og de involverede kommuner udfolder for at skabe denne database. Det er vores håb, at mange flere kommuner vil tilslutte sig databasen og derved bidrage til at skabe mere viden og dokumentation om sundhedspleje som fagområde samt mere viden om børns sundhed.

Lene Møller

Ledende sundhedsplejerske, MSP
Formand for Databasen Børns Sundhed

Morten Grønbæk

Cand.med., professor, dr.med.
Direktør, Statens Institut for Folkesundhed

Resumé

Baggrund og formål: Mange børn og familier lider under uspecifikke problemer såsom psykiske vanskeligheder, søvnproblemer, spiseproblemer, gråd, uro og problematisk forældre-barn-kontakt. Den videnskabelige litteratur om mange af disse emner er mangelfuld, og der er stort behov for at producere viden, som er brugbar i praksis. Formålet med rapporten er at gennemgå, hvad man kan lære fra sundhedsplejerskernes journaler om 1) forekomsten af problemer med gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår, 2) baggrunden for disse problemer og 3) på dette grundlag give forslag til indsatser i de familier, der har behov herfor.

Data: Rapporten omfatter 5.455 børn født i 2012 i de 13 kommuner, der indgår i samarbejdet om Databasen Børns Sundhed: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Roskilde, Rødovre og Tårnby. Data stammer fra sundhedsplejerskernes journaler opsamlet ved besøg i barnets hjem ved fire tidspunkter: Første hjemmebesøg efter barnets fødsel, besøget ved to- til tremånedersalderen, besøget ved fire- til seksmånedersalderen og besøget ved otte- til tolvånedersalderen.

Gråd og uro rapporteret af sundhedsplejersken: Der findes bemærkninger om gråd og uro i 6,9 % af journalerne fra første leveår, mest almindeligt når barnet er to-tre måneder gammelt (4,9 %). I de fleste journaler er der kun bemærkninger fra ét besøg, kun yderst sjældent ved flere besøg. Det fortolker vi, som at grådproblemerne som regel er forbigående og kun sjældent viser sig ved flere besøg. Der er lidt flere drenge end piger med bemærkninger om gråd og uro, og der er en signifikant ophobning af sådanne problemer hos børn født med lav fødselsvægt, børn født før termin, børn, der ikke bor sammen med begge forældre, indvandrerbørn, børn af lavtuddannede mødre, børn af fædre uden for erhverv, børn der ikke er blevet ammet fuldt i fire måneder og børn i rygerfamilier. Desuden er der en betydelig ophobning af gråd og uro i de familier, hvor sundhedsplejersken har haft bemærkninger til fødslen, til mors psykiske tilstand, til forældre-barn-kontakt, til søvn og til spiseproblemer. De sidstnævnte resultater antyder en stærk sammenhæng mellem en lang række psykosociale problemer i familien.

Spiseproblemer rapporteret af sundhedsplejersken: Der findes bemærkninger om spiseproblemer i 7,7 % af journalerne. Ligesom med gråd og uro findes der som regel kun bemærkninger fra ét besøg. Ligesom problemerne gråd og uro er også spiseproblemer mest almindelige hos børn, som ikke er ammet fuldt i fire måneder. Desuden er der også her en tydelig ophobning af spiseproblemer i de familier, hvor sundhedsplejersken har haft bemærkninger til fødslen, til mors psykiske tilstand, forældre-barn-kontakt, søvn. Der er derudover en ophobning blandt børn med et handicap eller sygdom og blandt børn, hvis far er ældre end 25 år.

Regulatoriske problemer: Den internationale faglitteratur benytter betegnelsen regulatoriske problemer for gråd og uro, spiseproblemer og søvnproblemer i første leveår. Denne undersøgelse bekræfter, at der er en vis sammenhæng mellem disse tre typer af problemer.

Konklusion: Gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår er forholdsvis almindelige, men optræder i denne undersøgelse typisk i en kortere periode. Undersøgelsen giver inspiration til en praktisk indsats for de ramte familier (se "Hvad kan rapporten bruges til" side 49), en indsats, som på de fleste punkter svarer til praksis i den danske sundhedspleje.

Indhold

Forord	3
Resumé	4
1. Introduktion	7
1.1 Gråd og uro i første leveår	7
1.2 Spiseproblemer i første leveår	9
1.3 Formål	12
2. Data og metode	13
2.1 Sundhedsplejerskernes virke	13
2.2 Databasen Børns Sundhed	13
2.3 Datagrundlag	13
2.4 Variabelbeskrivelse	14
3. Resultater uro og gråd	19
3.1 Gråd og uro rapporteret af sundhedsplejersken	19
3.2 Karakteristik af børn med bemærkninger til uro/gråd	21
3.3 Opsummering	30
4. Resultater spiseproblemer	32
4.1 Spiseproblemer rapporteret af sundhedsplejersken	32
4.2 Karakteristik af børn med bemærkninger til spisning	35
4.3 Opsummering	39
5. Reguleringsforstyrrelser: Er spiseproblemer, gråd og uro del af et samlet fænomen?	40
6. Manglende oplysninger	43
7. Diskussion	45
8. Hvad kan rapporten bruges til?	49
9. Referencer	50
10. Data fra hver kommune	52
10.1 Albertslund Kommune	52
10.2 Ballerup Kommune	57
10.3 Brøndby Kommune	62
10.4 Dragør Kommune	67
10.5 Gentofte Kommune	72
10.6 Glostrup Kommune	78
10.7 Herlev Kommune	83

10.8 Hvidovre Kommune	88
10.9 Høje-Taastrup Kommune	93
10.10 Køge Kommune	98
10.11 Roskilde Kommune	103
10.12 Rødovre Kommune	108
10.13 Tårnby Kommune,	113
Bilag 1: Logistiske regressionsanalyser	118
Bilag 2: Publikationer fra Databasen Børns Sundhed siden 2011	121

1. Introduktion

Mange børn og familier lider under uspecifikke problemer såsom psykiske vanskeligheder, søvnproblemer, spiseproblemer, gråd, uro og problematisk mor-barn kontakt. Det er ofte svært at afhjælpe uspecifikke problemer, men det er vigtigt, fordi sådanne problemer kan skabe stor utryghed, være en stor belastning for familierne, og måske give barnet problemer på længere sigt. Det har stor betydning at få mere viden om problemernes omfang, om deres årsager og følgevirkninger, og især hvordan man kan hjælpe disse familier. Desværre er den videnskabelige litteratur om mange af disse emner mangelfuld, og der er stort behov for at producere viden, som er brugbar i praksis. Det er en af grundene til denne rapport, som ved hjælp af data fra sundhedsplejerskernes journaler giver mulighed for at skabe overblik og viden. Rapportens fokus er først og fremmest to uspecifikke problemer: 'gråd og uro' samt spiseproblemer. Vi begynder med at gennemgå den viden, man kan hente i den videnskabelige litteratur

1.1 Gråd og uro i første leveår

Fænomenet gråd og uro: Alle spædbørn er urolige og græder. Denne rapport handler om børn, hvor sundhedsplejersken ved sine besøg i familien i barnets første leveår har skrevet bemærkninger til emnet. Det være sig børn, som har været usædvanligt urolige eller har grædt meget mere end normalt. Mange studier viser, at i den vestlige kulturkreds er der en stigende forekomst af gråd indtil omkring seks-ugersalderen, hvorefter forekomsten aftager til tre-månedersalderen.^{2,4} Selv om der er betydelige variationer fra barn til barn, så er det almindeligt, at et seks uger gammelt barn græder omkring 110-120 minutter om dagen og et tre måneder gammelt barn omkring 70 minutter om dagen.⁴

Gråd og uro har sædvanligvis ikke en sygelig karakter eller en biologisk baggrund, men anses for en naturlig del af barnets udvikling. Gråd har to hovedfunktioner, dels kommunikation - altså at barnet fortæller omgivelserne om et problem - og dels homeostats, dvs. et signal om, at noget ikke er som det skal være. Kun hos 1 % af børnene er der en biologisk baggrund.²² Der er flere fagpersoner, som skelner mellem uforklarlig gråd de første tre levemåneder og gråd kombineret med søvnproblemer efter tre-måneders alderen, uden at der dog er enighed om denne kategorisering.^{4,22} Det, som især belaster forældrene er meget langvarige udbrud af gråd, meget høj og intens gråd, samt at barnet er utrøsteligt.²² Mange forældre tror fejlagtigt, at det er deres svigtende forældreevner, som er årsag til, at barnet græder meget, men det er i almindelighed ikke tilfældet, fordi alle spædbørn græder.²⁵

Regulatoriske problemer: Problemer med gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår optræder ofte sammen og sammen med søvnproblemer. Man bruger nu ofte betegnelsen regulatoriske problemer for disse tre fænomener.^{8,23,26,27,29} Den stærke sammenvævning af disse tre problemer er senest dokumenteret i analyse af søvnproblemer hos spædbørn, byggende på Databasen Børns Sundhed med sundhedsplejerskernes journaldata som grundlag.¹⁵

Måling: Der er ikke enighed om, hvordan man måler problemer med gråd og uro. I nogle studier måler man varighed af grådperioder, og i den internationale videnskabelige litteratur om gråd bruger man ofte den definition, at et højt grådniveau er gråd i mindst tre timer om dagen mindst tre dage om ugen i

mindst tre uger.^{4,10} I denne rapport benytter vi data fra sundhedsplejersker, som i kraft af deres omfattende erfaring med at observere spædbørn har gode forudsætninger for at skelne mellem normal gråd og forhøjet niveau af gråd og uro.

Forekomst: Der er mange forskellige opgørelser af forekomsten af et sådant højt grådniveau i de tre første levemåneder, nogle gange kaldet persisterende gråd.²⁸ Forekomsten af højt niveau eller persisterende gråd varierer fra omkring 5 % til omkring 10 %, når tallet opgøres af fagpersoner, fx læger eller sundhedsplejersker.^{4,17,22,27,28,29,31} Når mødrene rapporterer, er forekomsten ofte noget højere, helt op til 28 %.^{15,22} Når barnet bliver lidt ældre er forekomsten mindre, omkring 5 % ved fem-måneders alderen.^{17,29}

Årsager til problemer med gråd og uro: Der er kun få videnskabelige studier af baggrunden for / årsagerne til problemer med gråd og uro i første leveår. Der er flere fællestræk i denne forskning. Risikoen for problemer med gråd og uro er forhøjet blandt for tidligt fødte børn^{17,29} og børn med medfødte misdannelser.¹⁷ Forekomsten er også forhøjet blandt børn, der ikke bliver ammet eller kun ammes i en kort periode,^{17,29} børn hvis mødre var udsat for stressbelastninger i graviditeten,¹⁷ børn i familier med problematisk mor-barn-kontakt,^{21,27,29} i familier, hvor forældrene er udsat for betydelig stress,^{17,21,27} har parforholdsproblemer¹⁷, og hvor den sociale støtte til forældrene er mangelfuld.²⁵ Kun et enkelt studie peger på lav socioøkonomisk status som baggrund.²⁹ Der er stor risiko for, at mødre med store stressbelastninger får børn med mere vedholdende gråd.³³ Det kan formentlig forebygge en del gråd, at barnet oplever hud-til-hud-kontakt med sin mor.^{4,24}

Et studie af mor-barn-forhold og gråd i London og København finder, at den i Danmark udbredte praksis med at tage barnet op i armene, når det græder, tilsyneladende giver væsentlig mindre gråd og uro.^{2,22} Dette studie fremhæver, at der synes at være en forskellig etos med hensyn til håndtering af nyfødte, som fx viser sig ved at forældrene i København holder deres børn ind til sig når det græder meget mere end man ser blandt forældre i London. Forfatterne hæfter sig også ved to forhold ved det danske system, som synes at være beskyttende mod for store grådproblemer: den officielle anbefaling af at børn ammes i seks måneder og den udbyggede spædbørnssundhedspleje. Grundig vejledning om amning og hjælp til mødre med efterfødselsreaktion fremhæves i dette studie som særdeles vigtige forebyggende foranstaltninger,⁴ og dette er netop nogle af sundhedsplejens kernekompetencer.

Gråd optræder ofte sammen med søvnproblemer og spiseproblemer. Denne kombination af problemer benævnes ofte regulatoriske problemer,^{8,16,23,26,27,29} og man regner med, at dette fænomen findes hos omkring 6 % af alle spædbørn.²⁹ Det er uafklaret om disse tre problemer påvirker hinanden, fx om det er spiseproblemer, som medfører gråd og søvnproblemer, eller om det er stress hos moderen, som giver anledning til alle tre problemer.¹⁰

Følgervirkninger af gråd og uro: Et af de fund, som nævnes hyppigt i den videnskabelige litteratur om følgervirkninger er, at gråd og uro synes at vare ved i lang tid måneder eller år og at det kan vare ved helt til skolealderen.^{8,16,17,25,29}

Omfattende gråd og uro hos barnet øger risikoen for en række alvorlige følgevirkninger. Det øger fx risikoen for omsorgssvigt og ruskede børn.²⁷ Børn, som er præget af omfattende problemer med gråd samt uro i de første levemåneder har øget risiko for senere adfærdsproblemer, især eksternalisering og udadreagerende adfærd inklusive ADHD^{4,8,27,28} og problemer med deres sociale udvikling.²¹ Endvidere er der øget risiko for emotionelle problemer,^{27,31} kognitive problemer,²⁹ internalisering fx i form af angst,^{8,27,31} ligesom der er risiko for, at disse børn senere bliver krævende og vanskelige at omgå.³¹

Gråd og uro i spædbarnsperioden giver også øget risiko for spise- og søvnproblemer senere i barndommen.^{16,26}

De ovennævnte følgevirkninger af gråd og uro rammer heldigvis kun de færreste af de børn, som har problemer med gråd og uro. Hvis forældrene håndterer problemerne fornuftigt og får god professionel støtte til at håndtere dem, så vil det i almindelighed medføre, at problemerne med tiden forsvinder.²⁵

Indsats mod omfattende gråd og uro: Det er vigtigt at udelukke biologiske årsager såsom mave-tarm-sygdomme og allergi, men kun i sjældne tilfælde er der sådanne biologiske problemer bag omfattende gråd og uro.²² I langt de fleste tilfælde er den indsats, der skal til, af psykosocial karakter. De eksisterende studier peger ret entydigt på betydningen af en tidlig indsats, fx en indsats for at styrke forældre-barn-relationen, for at styrke familiens sociale netværk og for at styrke mor-far-relationen.^{14,17,22,26,27} Blandt de vigtige indsatser er også at styrke mors oplevelse af, at hun kan klare det, at lære moderen hvordan hun tackler barnets gråd og uro, at hjælpe kvinder med efterfødselsreaktion og i det hele taget at prioritere den indsats, som gives ved hjemmebesøg af sundhedsplejersker, herunder også udtalt brug af ekstra besøg (behovssundhedspleje).^{3,10,14}

1.2 Spiseproblemer i første leveår

Fænomenet spiseproblemer: Begrebet spiseproblemer i første leveår dækker over mange forskellige problemer: at spædbarnet ikke spiser og drikker nok, spiser meget langsomt, at der er problemer med at sutte, synke, bruge mund og tunge, at barnet skubber skeen væk, vender hovedet bort, lader være med at synke maden, gylper eller kaster maden op samt vanskeligheder ved at etablere gode spise- og måltidsrutiner.^{17,23,27}

Forekomst: Spiseproblemer i første leveår er almindelige, men man ved ikke præcist hvor almindelige. De videnskabelige artikler om emnet nævner forekomster mellem 2 % og 46 %, hvor objektive undersøgelser foretaget af pædiatere kommer til lavere forekomst af alvorlige spiseforstyrrelser, alt imens selvrapporing fra mødre viser højere forekomst af spiseproblemer.^{16,29} Der er flere eksperter, som i de seneste år har rapporteret forekomster i normalpopulationer mellem 20 % og 30 %, hvor mellem 5 % og 10 % af børnene udvikler forholdsvis alvorlige spiseproblemer.^{18,20,23,27,29} Skovgaard henviser til tal fra den danske CCC-kohorte med data indsamlet af sundhedsplejersker igennem børns første leveår. På grundlag af disse danske undersøgelser finder de, at ca. 30 % af 0-10 måneder gamle børn udviser tegn på

spiseforstyrrelser, og at ca. 3 % af alle børn har spiseforstyrrelser, som er vedvarende problemer, der opfylder diagnostiske problemer.²³ På dansk bruges begreberne spiseproblemer og spiseforstyrrelser²³, og i de senere år har man også inkluderet det beslægtede problem måltidsproblemer, defineret som at barnet er småt spisende, er meget kræsen og så urolig under måltidet, at det afsluttes brat.¹⁸

Der er nogle studier, som viser, at både spiseproblemer i første leveår og de øvrige regulatoriske problemer har tendens til at være ved igennem store dele af barndommen.^{8,16,27} Der er dog ikke fuldstændig enighed om dette, og et enkelt studie viser, at vedvarende problemer især optræder hos de børn, som har mindst to af disse tre regulatoriske problemer.¹⁶

Måling: Der er ikke enighed om, hvordan man måler spiseproblemer. De fleste studier anvender oplysninger fra moderen, men de stemmer ikke overens med objektive vurderinger fra pædiatere eller sygeplejersker.^{5,27} Ved objektive målinger benytter man systematisk kodning af det, man kan observere, for eksempel at det er svært at made barnet, at barnet åbenlyst ikke får mad nok, at barnet vægrer sig ved at tage føde til sig samt at det er svært at etablere en rutine. Undersøgelser, som benytter oplysninger fra moderen, udfolder ofte betydelige bestræbelser på at måle systematisk og på en standardiseret måde, fx ved hjælp af Child Eating Behaviour Questionnaire.⁷ Her bedømmer moderen seks kendetegn ved barnets spisevaner: Om barnet reagerer på maden, om barnet nyder maden, om barnet bliver mæt, om barnet er udadreagerende under spisningen, om barnet spiser meget langsomt, samt om der er tegn på emotionel over- eller underindtag.⁷ Vi har ikke kunnet finde undersøgelser baseret på sundhedsplejerskernes oplysninger, som kan formodes at være en god målemetode, fordi sundhedsplejersker er lydhør over for forældrenes beretninger samtidig med, at de har en erfaring og professionel indsigt i, hvad der er normalt og ikke normalt.

Årsager til spiseproblemer: Der er ikke megen forskning om dette emne, og de fleste tilgængelige undersøgelser bygger på små kliniske materialer, typisk under 100 deltagere. Dog er de danske undersøgelser baseret på væsentlig større normalpopulationer.^{12,22,23} Det fremgår af ovenstående, at spiseproblemer har mange facetter, og derfor kan der være tale om forskellige fænomener med forskellige årsager. Der ser ud til at være en vis robusthed i følgende fund: Allerede i graviditeten er det muligt at udpege prædiktorer for spiseproblemer i første leveår, fx utilstrækkelig vækst i livmoderen, mors rygning²³, lav socialgruppe,^{23,29} stress hos moderen,^{17,27} at moderen ikke har meget selvværd eller selvtillid,⁵ samt sociale problemer og lav socialgruppe.^{23,29} Omkring fødselstidspunktet har man fundet, at følgende faktorer er prædiktive for spiseproblemer senere i første leveår: Barnet født med misdannelse,^{17,23} fødselskomplikationer,^{17,29} negative fødselsoplevelser¹⁷ og for tidlig fødsel ser ud til at øge risikoen for spiseproblemer i første leveår.^{17,29}

En række faktorer i barnets første levemåneder er ligeledes prædiktive for spiseproblemer senere i første leveår. Det drejer sig fx om udviklingsforstyrrelser hos barnet,^{18,23} belastet parforhold,¹⁸ mangel på kærlig interesse fra partneren,⁷ manglende social støtte,⁵ belastet mor-barn-relation,^{5,23,27} at moderen ikke

forstår barnets signaler,¹⁹ efterfødselsreaktion hos moderen,¹⁹ belastede familierelationer¹⁸ og ingen eller kortvarig ammeperiode.^{17,20,29}

De hidtil største undersøgelser er danske. De viser, at psykosociale vanskeligheder hos forældrene og problemer i forældre-barn-forholdet er de vigtigste prædiktorer for spiseforstyrrelser i første leveår.²²

Negativ spiral: Der er flere beskrivelser af, hvorledes spiseproblemer let "*kommer til at vedligeholde en negativ spiral, hvor barnets problemer forværrer forældrenes ængstelse og bekymring, og hermed øges presset på forældrene til at intensivere deres mere eller mindre hensigtsmæssige forsøg på at få barnet til at spise. Herved risikeres det, at barnet udsættes for yderligere traumatiske oplevelser og komplikationer i forbindelse med den problematiske spisning: tvangsfodring, opkastninger, hypersensitive slimhinder, svampeinfektioner i mund og svælg, som alle medvirker til at forværre problemerne ved at gøre fødeindtagelse yderligere smertefuld og belastet*" (Skovgaard 2012 side 1017).

Følgenvirkninger af spiseproblemer: Forskningen om dette er begrænset og bygger ofte på små kliniske studiepopulationer, så man har ikke megen indsigt i de processer, der udvikler sig i de efterfølgende år. Der tegner sig dog et forholdsvist tydeligt billede af en række alvorlige, mulige følgenvirkninger af spiseproblemer i første leveår: Forsinket vækst¹⁹ og vægtudvikling,¹² forsinket motorisk udvikling, forsinket sproglig udvikling og forsinket kognitiv udvikling er blandt de oftest nævnte.^{8,17,27,28,29} Der er også risiko for nedsat autonomi hos barnet, når det bliver lidt ældre,⁵ risiko for belastet mor-barn-kontakt,⁵ øget risiko for omsorgssvigt og rusketure,²⁷ øget risiko for psykiske vanskeligheder og adfærdsvanskeligheder senere i barndommen^{8,16,17,27,28}, samt øget risiko for, at barnet udvikler lav social kompetence.¹⁶ For moderen øges risikoen for lav selvtillid og lavt selvværd.⁵ Disse risici bliver større jo flere regulatoriske problemer, der er i første leveår.²⁷

Indsats og hjælp til familierne: Der er en parallel mellem indsatsen mod gråd og uro og indsatsen mod spiseproblemer. Spiseproblemer har sjældent en biologisk årsag, men det er naturligvis vigtigt at afdække og behandle en biologisk baggrund, hvis den eksisterer. Indsatsen er først og fremmest støtte til samt rådgivning og oplæring af forældrene.¹⁸ Forældrene har glæde af at lære, at de skal tilstræbe rolige måltider og her afprøve en række adfældsregulerende metoder, fx at ignorere barnets afvisning af mad og at rose samt understøtte alle små fremskridt.¹⁸ Rådgivning af forældrene mht. spiseproblemer er en af sundhedsplejens kernekompetencer, dvs. at der i Danmark findes et system til afhjælpning af disse problemer. En samlet indsats mod regulatoriske problemer bygger først og fremmest på en tidlig indsats som omtalt ovenfor, fx en indsats for at styrke forældre-barn-relationen, for at styrke familiens sociale netværk og for at styrke mor-far-relationen.^{14,17,22,26,27}

Den ovenstående gennemgang af den nyere videnskabelige litteratur om spiseproblemer samt gråd og uro hos spædbørn er forholdsvis beskeden, og der er ikke stor enighed om årsager til og konsekvenser af disse problemer. Derfor er det vigtigt at fortsætte udforskningen, og Databasen Børns Sundhed er i den

henseende et glimrende kildemateriale, fordi det er komplet - dækker næsten alle nyfødte børn - og med systematiske data indsamlet af et personale med stor indsigt i spædbørns udvikling.

1.3 Formål

Formålet med rapport er at gennemgå, hvad man kan lære fra sundhedsplejerskernes journaler om 1) forekomsten af problemer med gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår, 2) baggrunden for disse problemer og 3) på dette grundlag give forslag til indsatser i de familier, der har behov herfor.

2. Data og metode

2.1 Sundhedsplejerskernes virke

Sundhedsloven angiver rammerne for sundhedsarbejdet i de danske kommuner. Der stilles lovgivningsmæssige krav om almen indsats til alle børn og yderligere indsats til børn med særlige behov. Der er på skoleområdet desuden et krav om ind- og udskolingsundersøgelser samt regelmæssige undersøgelser og samtaler gennem hele skoleforløbet. Sundhedsplejens indsats kan starte i graviditeten og fortsætter indtil, at barnet ikke længere er undervisningspligtigt. Den behovsorienterede indsats ydes ofte i samarbejde med andre faggrupper som for eksempel praktiserende læger, sagsbehandlere og psykologer. Sundhedsstyrelsen udarbejder anbefalinger for den kommunale indsats. Disse anbefalinger omfatter et tidligt besøg, der skal sikre barnets trivsel efter en tidlig udskrivelse fra fødestedet. Herefter anbefales fem hjemmebesøg i løbet af barnets første leveår til familier med almene behov. Har familien særlige behov anbefales det, at der tilbydes ekstra ydelser (Sundhedsstyrelsen 2011). 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.

2.2 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 indskolingsbørn. Formålet med databasen er 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af sundhedsplejens ydelser og 4) skabe basis for videnskabelige projekter.

Data i Databasen Børns Sundhed er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale, hvor sundhedsplejerskerne følger en ensartet praksis og systematisk noterer sammenlignelige data om barnet, familien og sundhedsplejens ydelser. Brugen af journalen er beskrevet i en detaljeret manual, som har eksisteret gennem hele databasens levetid og løbende justeres og opdateres.

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

2.3 Datagrundlag

Denne temarapport om spædbørn født i 2012 handler om uro, gråd og spiseproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker. Rapporten bygger på journaldata fra de 13 kommuner, der på nuværende tidspunkt indgår i databasesamarbejdet: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte,

Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Roskilde, Rødovre og Tårnby. Disse kommuner har alle indsendt data via udtræk fra de elektroniske sundhedsplejerskejournaler fra børnenes første leveår.

Det samlede antal registrerede journaler for nyfødte i de 13 kommuner i 2012 er 6.637. Nogle få journaler med ugyldigt cpr-numre er udgået. Desuden udgår alle dubletter fra datasættet, således at hvert barn kun indgår i databasen én gang. Dubletter kan for eksempel opstå, når børn flytter fra en databasekommune til en anden. Det samlede antal børn er herefter 6.467. I temarapporten udgår desuden børn, der kun har oplysninger fra ét besøg i første leveår. Den samlede population i temarapporten er herefter 5.455 børn. Tabel 2.1 viser det samlede antal børn i populationen, der indgår i denne temarapports analyser.

Tabel 2.1. Antal børn samt procentvis fordeling i den population, der indgår i rapporten, opdelt på kommune.

Kommune	N	Procent af samlet population
Albertslund	279	5,1
Ballerup	450	8,3
Brøndby	329	6,0
Dragør	121	2,2
Gentofte	673	12,3
Glostrup	235	4,3
Herlev	276	5,1
Hvidovre	563	10,3
Høje-Taastrup	575	10,5
Køge	464	8,5
Roskilde	683	12,5
Rødovre	389	7,1
Tårnby	418	7,7
Hele populationen	5.455	99,9

2.4 Variabelbeskrivelse

Dette afsnit beskriver temarapportens hovedvariable uro/gråd og spiseproblemer. De resterende variable, som indgår i rapporten er beskrevet i tabel 2.2. til sidst i dette afsnit.

Uro og gråd

Temarapportens mål for uro og gråd er baseret på data registreret af sundhedsplejersken ved A-besøget, B-besøget, C-besøget og D-besøget. Feltet uro og gråd er en del af den overordnede variabel 'barnets signaler og reaktioner', som indgår i journalen. Variablen uro/gråd er ved alle fire besøg inddelt i kategorierne 'ingen bemærkning' og 'bemærkning'. Sundhedsplejersken skal ifølge manualen sætte kryds i ingen bemærkninger, hvis barnet kan trøstes, når det er uroligt og grædende.

På baggrund af registreringerne fra de fire besøg i første leveår, er der dannet en variabel, der kumulerer antallet af bemærkninger til uro/gråd. Denne variabel er i første omgang inddelt i tre kategorier 1) ingen

besøg med bemærkninger, 2) ét besøg med bemærkninger og 3) to eller flere besøg med bemærkninger. Da kun meget få børn har bemærkninger ved flere besøg, er der efterfølgende dannet en variabel med kun to kategorier 1) ingen besøg med bemærkning og 2) mindst ét besøg med bemærkning. Sidstnævnte todelte variable anvendes i størstedelen af temarapportens analyser.

Spiseproblemer

Bemærkninger til spisning er baseret på oplysninger registreret af sundhedsplejersken ved A-besøget, B-besøget, C-besøget og D-besøget. Feltet problemer med spisning er en del af den overordnede variable 'barnets ernæring og spisning'. Variablen er inddelt i to kategorier: 'ingen bemærkninger' og 'bemærkninger'. Sidstnævnte kategori betyder, at sundhedsplejersken har afkrydset feltet 'problemer med spisningen'.

På baggrund af registreringerne fra de fire besøg i første leveår, er der dannet en variabel, der samler antallet af bemærkninger til spisning. Variablen er i først omgang inddelt i kategorierne 1) ingen besøg med bemærkninger, 2) ét besøg med bemærkninger og 3) to eller flere besøg med bemærkninger. Efterfølgende er der dannet en ny variabel med kun to kategorier 1) ingen besøg med bemærkning og 2) mindst ét besøg med bemærkning.

Statistiske analyser

Temaet om uro og gråd samt spiseproblemer blandt børn i første leveår undersøges via følgende trin:

- 1) Først beskrives forekomsten ved hvert af de fire besøg i første leveår samt variationer kommunerne imellem.
- 2) Herefter beskrives forekomsten af bemærkninger i forhold til andre udvalgte variable a) sociodemografiske faktorer, b) faktorer relateret til fødslen og det tidlige liv og c) samtidige faktorer relateret til familien og hjemmet. Her vil der kun blive vist figurer, hvor der er statistisk sikker forskel mellem grupperne.
- 3) I tredje trin undersøges disse sammenhænge ved hjælp af multivariate logistiske regressionsanalyser, hvor der tages højde for forstyrrende indflydelse af andre faktorer. Resultaterne fra disse analyser omtales kun i teksten, men de tilhørende tabeller findes i bilag 1.

Tabel 2.2 Beskrivelse af variable		
Variable	Oplysninger stammer fra	Kategorier, der anvendes i temarapporten
Uro/gråd		
Bemærkning til uro/gråd ved A-besøget	Oplysninger er noteret ved A-besøget (første besøg efter fødslen). Der sættes kryds i ingen bemærkninger, hvis barnet kan trøstes, når det er uroligt og grædende.	Variablen er delt i to kategorier 1) bemærkning og 2) ingen bemærkning
Bemærkning til uro/gråd ved B-besøget	Oplysninger er noteret ved B-besøget (2 mdr.). Der sættes kryds i ingen bemærkninger, hvis barnet kan trøstes, når det er uroligt og grædende.	Variablen er delt i to kategorier 1) bemærkning og 2) ingen bemærkning
Bemærkning til uro/gråd ved C-besøget	Oplysninger er noteret ved C-besøget (4. mdr. -5 mdr.). Der sættes kryds i ingen bemærkninger, hvis barnet kan trøstes, når det er uroligt og grædende.	Variablen er delt i to kategorier 1) bemærkning og 2) ingen bemærkning
Bemærkning til uro/gråd ved D-besøget	Oplysninger er noteret ved D-besøget (8 mdr.-10 mdr.). Der sættes kryds i ingen bemærkninger, hvis barnet kan trøstes, når det er uroligt og grædende.	Variablen er delt i to kategorier 1) bemærkning og 2) ingen bemærkning
Bemærkning til uro/gråd ved mindst et af de fire besøg	Samlet antal af bemærkninger til uro/gråd ved alle besøg i første leveår. Først inddelt i følgende kategorier: 1) ingen besøg med bemærkninger, 2) besøg med bemærkninger og 3) to eller flere besøg med bemærkninger.	Variablen er delt i to kategorier 1) mindst ét besøg med bemærkning og 2) ingen bemærkning
Spiseproblemer		
Bemærkning til problemer med spisning ved A-besøget	Oplysninger er noteret ved A-besøget (første besøg efter fødslen). Der sættes kryds i ingen bemærkninger, hvis der ikke er problemer med spisning.	Variablen er delt i to kategorier 1) bemærkning og 2) ingen bemærkning
Bemærkning til problemer med spisning ved B-besøget	Oplysninger er noteret ved B-besøget (2 mdr.) Der sættes kryds i ingen bemærkninger, hvis der ikke er problemer med spisning.	Variablen er delt i to kategorier 1) bemærkning og 2) ingen bemærkning
Bemærkning til problemer med spisning ved C-besøget	Oplysninger er noteret ved C-besøget (4. mdr. -5 mdr.). Der sættes kryds i ingen bemærkninger, hvis der ikke er problemer med spisning.	Variablen er delt i to kategorier 1) bemærkning og 2) ingen bemærkning
Bemærkning til problemer med spisning ved D-besøget	Oplysninger er noteret ved D-besøget (8 mdr.-10 mdr.). Der sættes kryds i ingen bemærkninger, hvis der ikke er problemer med spisning.	Variablen er delt i to kategorier 1) bemærkning og 2) ingen bemærkning
Bemærkning til problemer med spisning ved mindst et af de fire besøg	Samlet antal af bemærkninger til problemer med spisning ved alle besøg i første leveår. Først inddelt i følgende kategorier: 1) ingen besøg med bemærkninger, 2) besøg med bemærkninger og 3) to eller flere besøg med bemærkninger.	Variablen er delt i to kategorier 1) mindst ét besøg med bemærkning og 2) ingen bemærkning
Baggrundvariable		
Kommune	Oplysning om hvilken kommune barnet er fra, baseres på hvilken kommune, der har sendt journaldata om barnet.	
Barnets køn	Barnets køn udledes fra barnets CPR-nummer	Variablen er opdelt i to kategorier 1) pige 2) dreng

Sociodemografiske faktorer		
Familietype	Familietype er baseret på oplysninger fra stamdata om, hvem barnet bor med. Familietype er oprindeligt inddelt i kategorierne 'begge forældre', 'enlig forsørger' og 'sammenbragt familie'.	Variablen er opdelt i to kategorier 1) bor med begge forældre og 2) bor ikke med begge forældre
Mor og fars alder	Forældrenes alder ved fødslen defineret ud fra barnets og den pågældende forældres CPR-nummer. Disse er registreret i stamdata.	Variablen er opdelt i to kategorier 1) under 25 år eller 2) 25 år eller ældre
Mor og fars erhvervmæssige tilknytning	Mor og fars erhverv er baseret på oplysninger fra stamdata om, hvorvidt henholdsvis mor og far er i arbejde eller ej.	Variablen er opdelt i to kategorier 1) i erhverv 2) ikke i hverv
Mor og fars indvandrestatus	Forældrenes indvandrerstatus beskrives på baggrund af informationer fra stamdata. Der er dannet en separat variabel for henholdsvis mor og far, og disse er inddelt i kategorierne 'dansk', 'førstegenerationsindvandrer' og 'anden- eller tredjegenerationsindvandrer'. Forældre, der er registreret som flygtning eller familiesammenført indgår i kategorien førstegenerationsindvandrere'.	Variablen er opdelt i tre kategorier 1) dansk 2) førstegenerationsindvandrer og 3) anden- eller tredjegenerationsindvandrer
Faktorer relateret til fødslen		
Mor og fars børn paritet (tidligere børn)	Information om mors eller fars paritet baseres på stamdata, hvor sundhedsplejersken registrerer antallet af børn for hver af forældrene.	Inddelt i 1) første gangs fødende og 2) flergangsfødende
Fødselsvægt	Fødselsvægt er indhentet fra fødselsanmeldelsen.	Inddelt i kategorierne 1) under 2500 g., 2) 2500-2999 g., 3) 3000-3499 g. og 4) mere end 3500 g.
Født før uge 37	Barnets gestationsalder er indhentet fra fødselsanmeldelsen fra fødestedet.	Variablen er inddelt i to kategorier: 1) født uge 36 og før og 2) født uge 37 og efter
Flerfødt	Information om flerfødsel er baseret på stamdata, hvor sundhedsplejersken registrerer, hvis barnet er flerfødt.	Variablen er opdelt i to kategorier 1) flerfødt og 2) ikke flerfødt
Apgar score under 9	Barnets apgarscore efter fem minutter indhentes fra fødselsanmeldelsen fra fødestedet.	Variablen er inddelt i to kategorier 1) under 9 og 2) 9 eller 10
Bemærkninger til fødslen	Oplysninger om, hvorvidt der har været komplikationer ved fødslen, stammer fra etableringsbesøget (A-besøget), hvor sundhedsplejersken har mulighed for at sætte kryds i felterne komplikationer eller ingen bemærkninger	Variablen er på delt i to kategorier 1) ja og 2) nej

Samtidige faktorer relateret til forældre og forhold i hjemmet		
Bor med personer, der ryger	Bor med ryger stammer fra stamdata, hvor sundhedsplejersken noterer om barnet bor sammen med personer, der ryger.	Variablen er opdelt i to: 1) bor med ryger og 2) bor ikke med ryger
Ammet fuldt i 4 mdr.	Hvis barnet udelukkende er blevet ernæret ved brystmælk eller ammes tilsvarende Sundhedsstyrelsens anbefaling for fuld amning, sættes der kryds i ammet fuldt i mindst fire måneder	Variablen er inddelt i to 1) ammet fuldt i mindst 4. mdr. og 2) Ikke ammet fuldt i 4. mdr.
Besøg med bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår	Ved de fire besøg i barnets første leveår vurderer sundhedsplejersken, om der er grund til at være opmærksom eller urolig i forhold til forældre-barn kontakt og samspil. Dette kan være i forbindelse med pasning og pleje, afpasning af aktiviteter efter barnets behov, forståelse af og handling på baggrund af barnets og søskendes signaler samt følelsesmæssige behov og andet. Forældre-barn kontakt og samspil kategoriseres efter antallet af besøg i første leveår med bemærkning.	Variablen er inddelt i to kategorier 1) ingen besøg med bemærkning og 2) mindst ét besøg med bemærkning
Besøg med bemærkninger til mors psykiske tilstand første leveår	Sundhedsplejersken vurderer mors psykiske tilstand ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Det registreres i journalen, om moren er ked af det/trist, angst, søvnproblemer, 'problemløs' (det vil sige, at moren negligerer åbenlyse problemer) eller andet. Mors psykiske tilstand kategoriseres ved antallet af besøg i barnets første leveår med bemærkning.	Variablen er inddelt i to kategorier 1) ingen besøg med bemærkning og 2) mindst ét besøg med bemærkning
Besøg med bemærkninger til søvn	Samlet antal af bemærkninger til barnets døgnrytme og søvnmønster ved de fire besøg i barnets første leveår.	Variablen er inddelt i to kategorier 1) ingen besøg med bemærkning og 2) mindst ét besøg med bemærkning

3. Resultater uro og gråd

3.1 Gråd og uro rapporteret af sundhedsplejersken

Tabel 3.1 viser antallet samt andelen af børn, hvor der er rapporteret problemer med uro/gråd for hvert af de fire besøg. Desuden viser tabellen antallet og andelen af børn, hvor der var registreret uro og gråd problemer ved mindst ét af besøgene: A, B, C og D. Af tabellen fremgår det, at sundhedsplejerskerne i 2,1 % af A-besøgene har noteret bemærkninger til uro/gråd. Ved B-besøget er andelen 4,9 %, ved C-besøget 1,2 % og ved D-besøget 0,7 %. Andelen af journaler med bemærkninger til gråd og uro topper således når børnene er to måneder gamle. Denne tendens ses i alle kommuner og er i overensstemmelse med litteraturen.

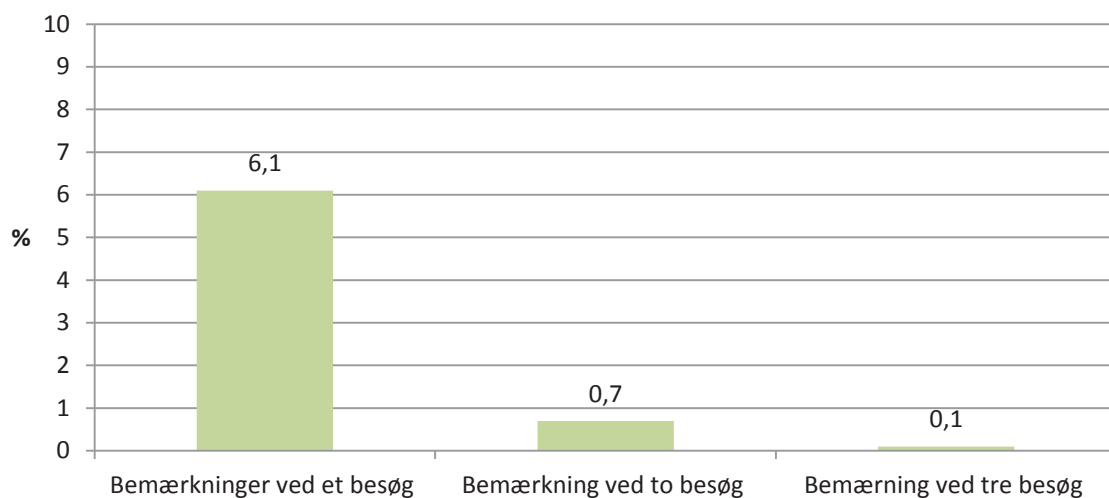
Tabel 3.1. Antal børn med uro/gråd-bemærkninger ved de fire besøg samt uro/gråd bemærkninger ved mindst ét af besøgene

	Besøg A Første besøg efter fødslen)	Besøg B (2 mdr.)	Besøg C (4 mdr. - 5 mdr.)	Besøg D (8 mdr. - 10 mdr.)	Registrering af bemærkning ved mindst ét besøg.
Albertslund	10 (3,8 %)	11 (4,3)	4 (1,6)	4 (1,7)	27 (9,7)
Ballerup	2 (0,5 %)	20 (5,2)	1 (0,3)	1 (0,3)	24 (5,5)
Brøndby	5 (1,6 %)	16 (5,3)	3 (1,0)	7 (2,3)	30 (9,1)
Dragør	1 (0,9 %)	5 (4,3)	4 (3,4)	0 (0,0)	9 (7,4)
Gentofte	18 (2,9 %)	39 (6,4)	5 (0,8)	4 (0,7)	56 (8,3)
Glostrup	9 (4,1 %)	10 (4,7)	5 (2,3)	1 (0,5)	20 (8,5)
Herlev	7 (2,7 %)	17 (6,8)	2 (0,8)	0 (0,0)	24 (8,7)
Hvidovre	12 (2,4 %)	16 (3,4)	3 (0,6)	1 (0,2)	30 (5,6)
Høje-Taastrup	12 (2,2 %)	36 (7,1)	9 (1,7)	4 (0,8)	53 (9,25)
Køge	10 (2,4 %)	22 (5,6)	8 (2,2)	0 (0,0)	36 (7,8)
Roskilde	7 (1,1 %)	11 (2,5)	4 (1,2)	8 (1,4)	24 (3,5)
Rødovre	8 (2,3 %)	15 (4,5)	5 (1,4)	2 (0,6)	27 (6,9)
Tårnby	5 (1,3 %)	8 (2,3)	1 (0,3)	0 (0,0)	13 (3,1)
Hele populationen	2,1 %	4,9 %	1,2 %	0,7 %	6,9 %

Kun for meget få børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning til uro/gråd ved mere end et besøg. Af figur 3.1 fremgår det, at 6,1 % havde bemærkninger ved et besøg, 0,7 % ved to besøg, 0,1 % ved tre besøg. Ingen børn havde bemærkninger om uro/gråd ved alle fire besøg. På baggrund af denne lave andel af børn med mere end én bemærkning til uro/gråd vil de restende analyser i rapporten, der omhandler uro/gråd, være baseret på en variabel, der deler børnene op i kun to grupper: ingen bemærkninger til uro/gråd og mindst en bemærkning til uro/gråd.

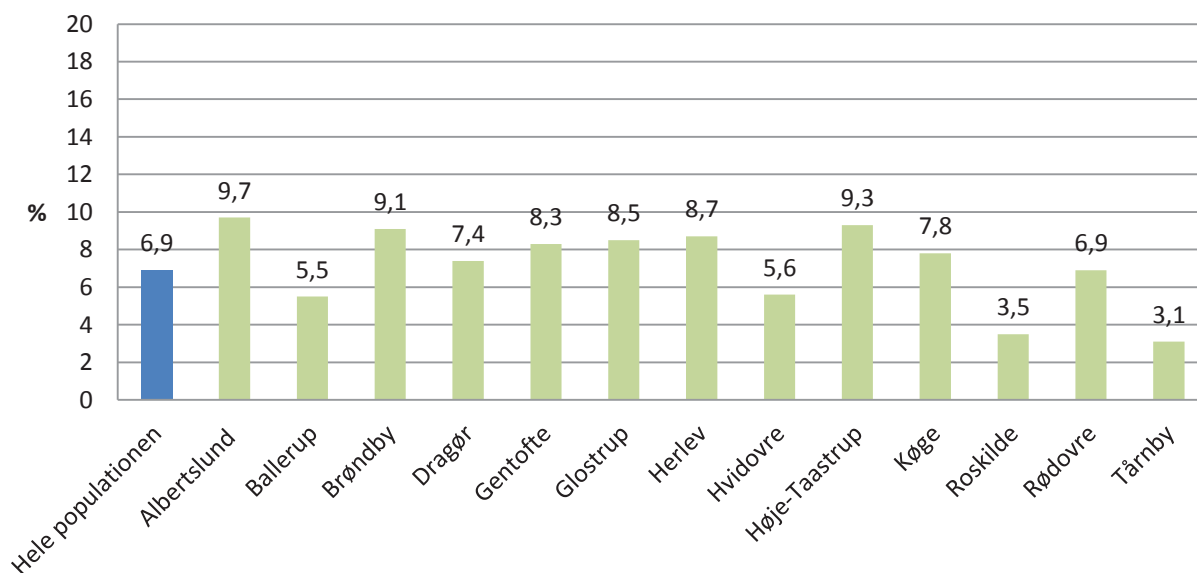
Kommentar: Disse tal viser, at perioden med uro og gråd for det enkelte barn ser ud til at være forholdsvis kortvarig. Der er ingen andre undersøgelser, som giver tilsvarende oplysninger, og derfor kan vi ikke vide, om dette fund er overraskende. Der er dog stor enighed i den videnskabelige litteratur om, at problemer med gråd og uro ser ud til at være forholdsvis persistente i en stor del af første leveår ofte ligefrem en stor del af barndommen.^{8,16,17,25,29} Derfor tror vi, at fundet om kort varighed af uro og gråd er bemærkelsesværdigt. En oplagt fortolkning er, at det er sundhedsplejerskernes indsats i familierne, som medfører, at problemerne får en kortere varighed end set i mange udenlandske studier.

Figur 3.1 Andelen af børn med bemærkning om uro/gråd i første leveår



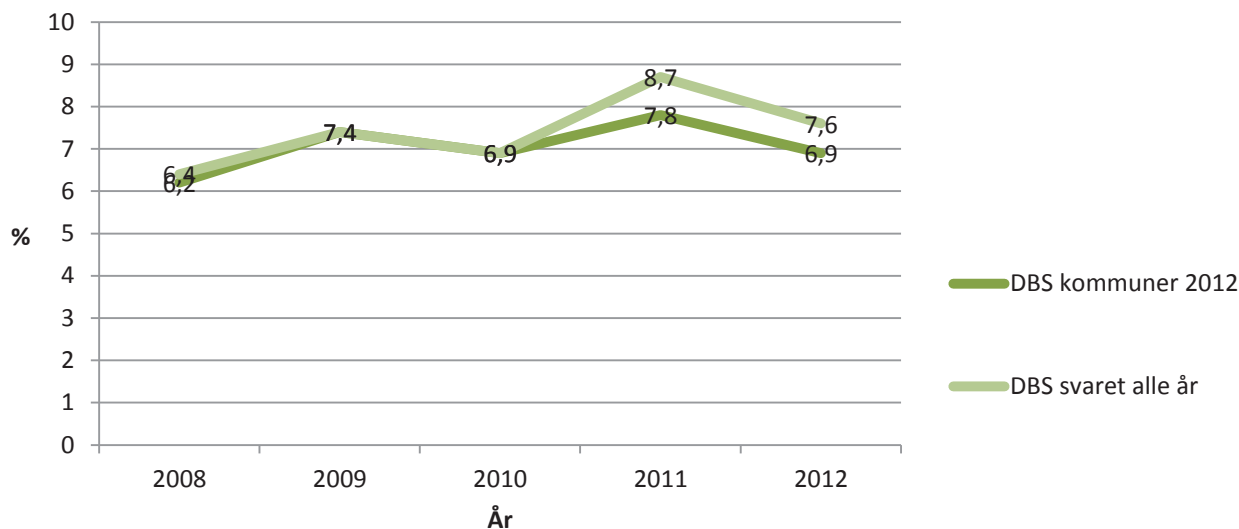
Nedenstående figur 3.2 viser andelen af børn med mindst én bemærkning om uro/gråd i første leveår for hele populationen og opdelt på kommune. For 6,9 % af børnene er der bemærkninger om uro og gråd ved mindst et af de fire besøg i første leveår. Variationen kommunerne imellem er stor. Tårnby ligger lavest, her er det 3,1 %, der har bemærkninger til uro/gråd ved mindst et besøg. Højeste andel af børn ses i Albertslund, hvor andelen er 9,7 %.

Figur 3.2 Andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår opdelt på kommune



Figur 3.3 viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registreret mindst en bemærkning til uro/gråd i det første leveår i perioden 2008-2012 for alle de nuværende 13 kommuner i databasen og for de ti kommuner, der har været en del af databasen i hele perioden (Albertslund, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Tåstrup, Rødovre, Køge og Tårnby). Det ses, at andelen med mindst en bemærkning har svinget lidt fra år til år, men samlet set over hele perioden er andelen stort set den samme.

Figur 3.3 Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd problemer i første leve år 2008-2012



3.2 Karakteristik af børn med bemærkninger til uro/gråd

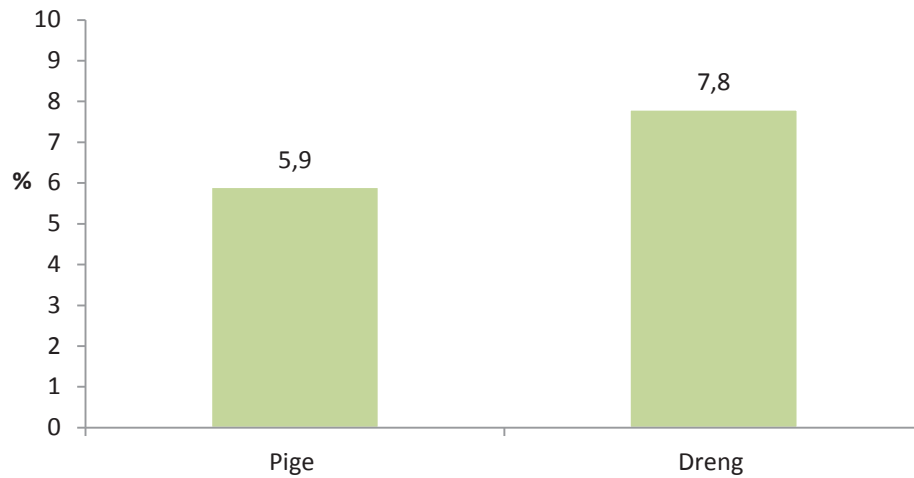
Dette afsnit præsenterer søjlediagrammer, som viser, hvordan forekomsten af mindst en bemærkning til uro/gråd hænger sammen med andre forhold i barnets og familiens liv. Antallet af børn i de enkelte figurer varierer. Årsagen hertil er, at det er forskelligt, hvor mange børn, der er registreret oplysninger om for hver enkelt variabel. Antallet (n) angives derfor over hver figur. I dette afsnit vises kun figurer, hvor der er statistisk sikker forskel mellem subgrupperne af børn. Det vil sige, at de forskelle, der ses i figurerne, ikke blot skyldes statistisk tilfældighed.

Sociodemografiske faktorer

Figur 3.4 viser forekomsten af mindst en bemærkning om uro/gråd opdelt på køn. Der er højere forekomst af bemærkninger om uro/gråd for drenge end for piger. Forekomsten er 7,8 % for drenge og 5,9 % for piger.

Denne kønsforskel mellem drenge og piger opretholdes selvom der tages højde for, hvilken familietype barnet bor i, om far er i erhverv eller ej, mors uddannelse samt indvandrestatus (se bilag 1, tabel 1).

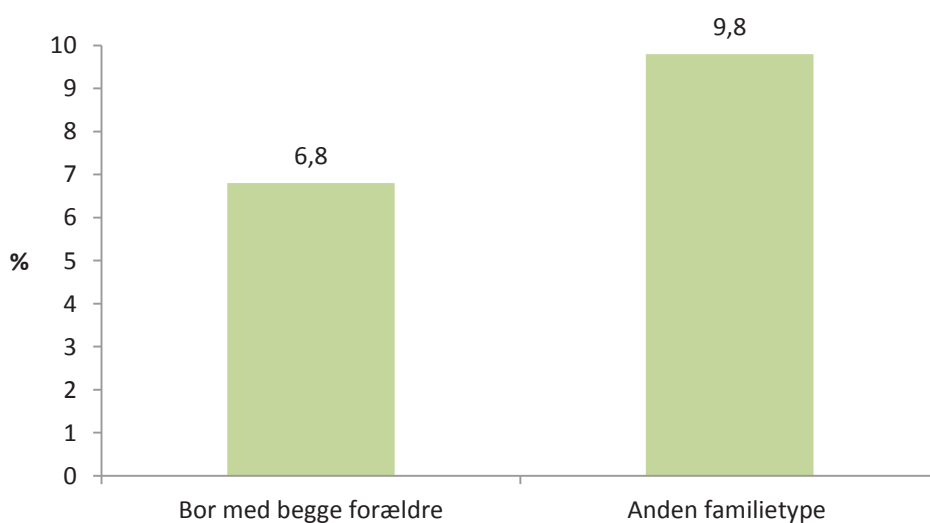
Figur 3.4 Forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter barnets køn, n=5410



Figur 3.5 viser, at forekomsten af mindst en bemærkning til uro/gråd er højere blandt børn, der ikke bor sammen med begge forældre end blandt børn, som bor sammen med begge forældre. Andelen af børn, der ikke bor sammen med begge forældre, udgør 6,0 % af hele populationen. Af figuren ses, at forekomsten af mindst en bemærkning til uro/gård er 6,8 % for børn, der bor sammen med begge forældre og 9,8 % for børn, der ikke bor sammen med både deres mor og far.

Denne forskel er reel, men er dog ikke længere statistisk sikker, når der tages højde for om barnet er dreng eller pige, om barnets far er i erhverv eller ej, om mor højest har en folkeskoleeksamen samt mors indvandrestatus (se bilag 1, tabel 1).

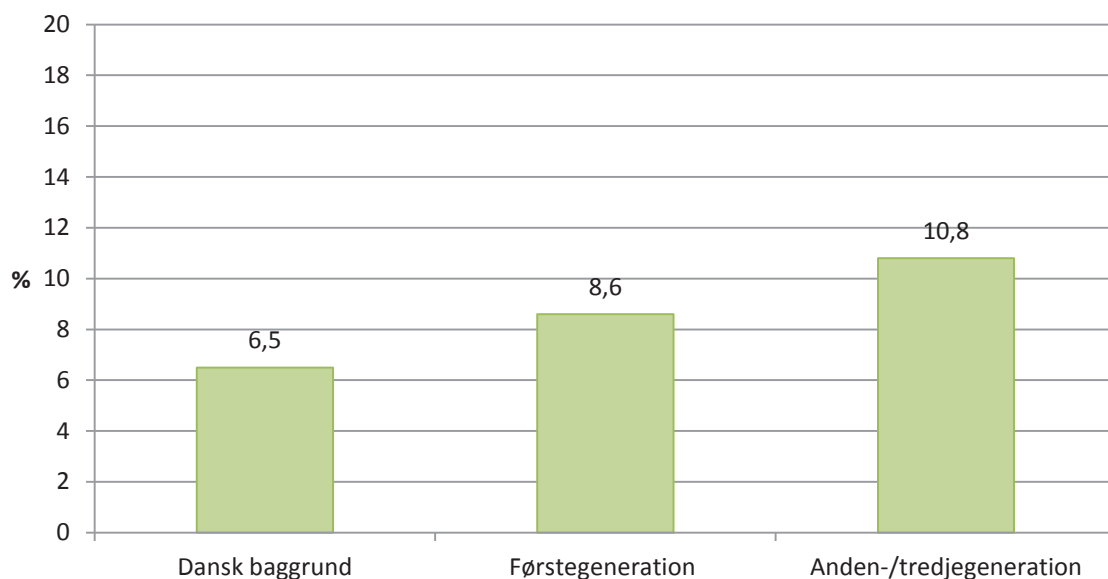
Figur 3.5 Forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter familie type, n= 5285



Af figur 3.6 ses, at forekomsten af bemærkninger til uro/gråd er lavest blandt børn af en mor med dansk baggrund og højest blandt de børn, hvis mor er anden- eller tredjegerationsindvandrer. Blandt børn af anden- eller tredjegerationsindvandrer er der rapporteret bemærkninger til uro/gråd hos 10,8 %, blandt børn af en mor med dansk baggrund hos 6,5 %.

Selv om forskellen er reel og statistisk sikker, så er den ikke længere statistisk sikker, når der tages højde for om barnet er dreng eller pige, bor sammen med både mor og far, om far er i erhverv og om mor højest har en folkeskoleeksamen (se bilag 1, tabel 1).

Figur 3.6 Forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter mors indvandrerstatus, n= 5396

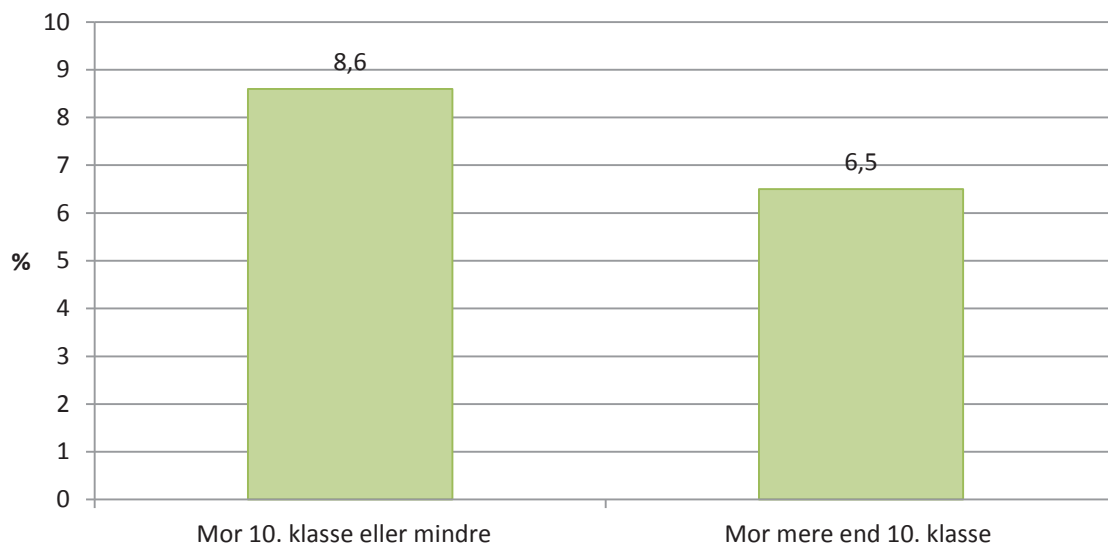


Der ses ikke statistisk sikker sammenhæng mellem fars indvandrerstatus og rapporteringen af uro/gråd-problemer hos barnet, hvorfor der ikke indgår en figur, der afbilder forholdet mellem fars indvandrestatus og forekomsten af bemærkninger til uro/gråd.

Figur 3.7 viser forekomsten af mindst en bemærkning til uro/gråd efter mors uddannelse. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger om uro/gråd er højest blandt børn, hvis mødre maximalt har en folkeskoleeksamen. Andelen af mindst en bemærkning er 8,6 % for børn, hvor mor maximalt har en folkeskoleeksamen og 6,5 % for børn, hvor mor har mere end en tiende klasses eksamen. Denne forskel forbliver statistisk sikker, når der tages højde for, om barnet er dreng eller pige, bor sammen med både mor og far, om far er i erhverv samt mors indvandrestatus (se bilag 1, tabel 1).

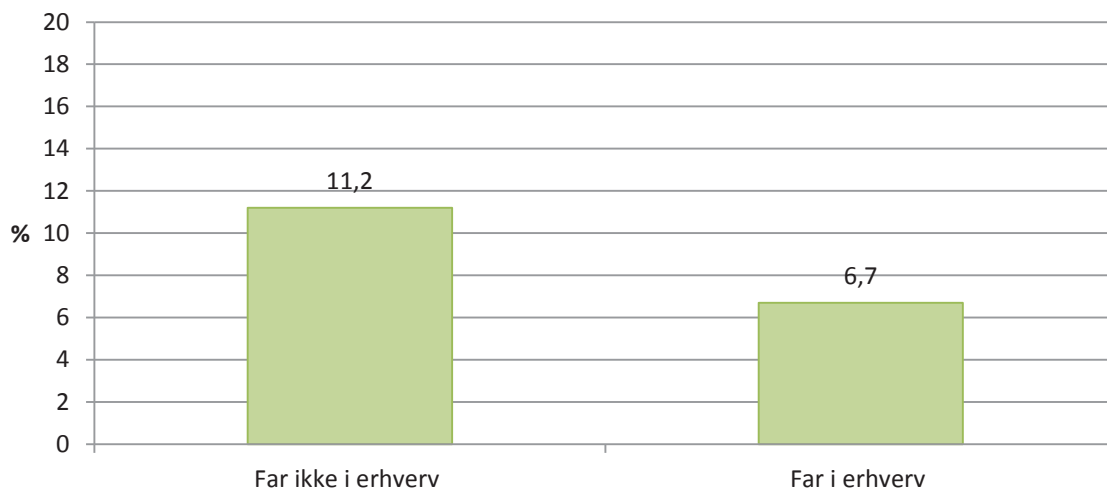
Fars uddannelsesnivea har ikke samme betydning for andelen af bemærkninger til uro/gråd her ses ingen forskel grupperne imellem.

Figur 3.7 Forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter mors uddannelse, n= 3.198



Figur 3.8 viser forekomsten af mindst en bemærkning til uro/gråd efter fars erhvervstilknytning. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger om uro/gråd er 11,2 % for børn, hvis fædre ikke er i erhverv og 6,7 % for fædre, der er i erhverv. Denne forskel er dog ikke længere statistisk sikker, når der tages højde for, om barnet er dreng eller pige, bor sammen med både mor og far, om mor højest har en folkeskoleeksamen samt mors indvandrestatus (se bilag 1, tabel 1).

Figur 3.8 Forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter fars erhvervstilknytning, n= 2.297

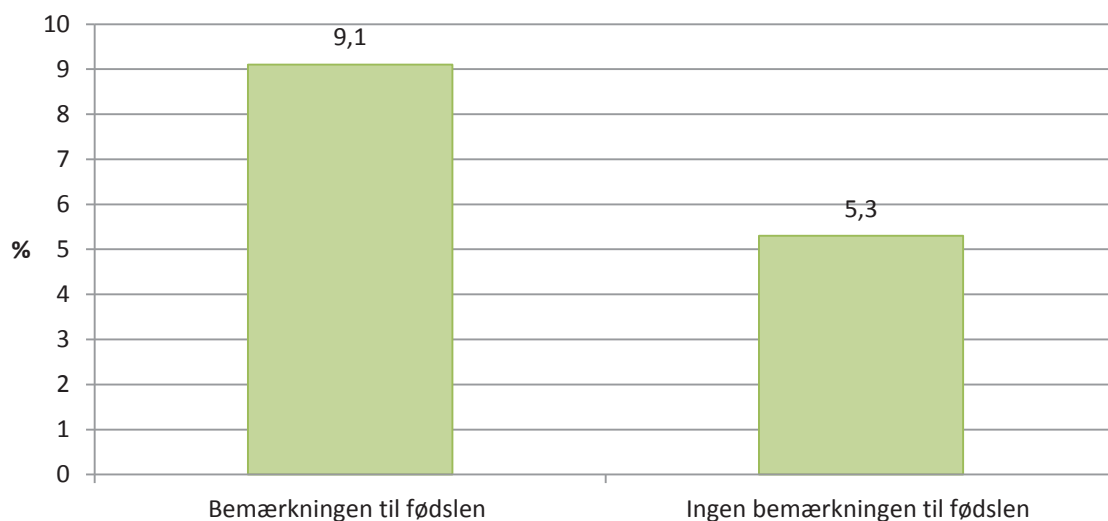


For børn af mødre i erhverv og børn af mødre uden for erhverv ses ingen forskel i forekomsten af bemærkninger til uro/gråd

Faktorer relateret til fødsel og barn

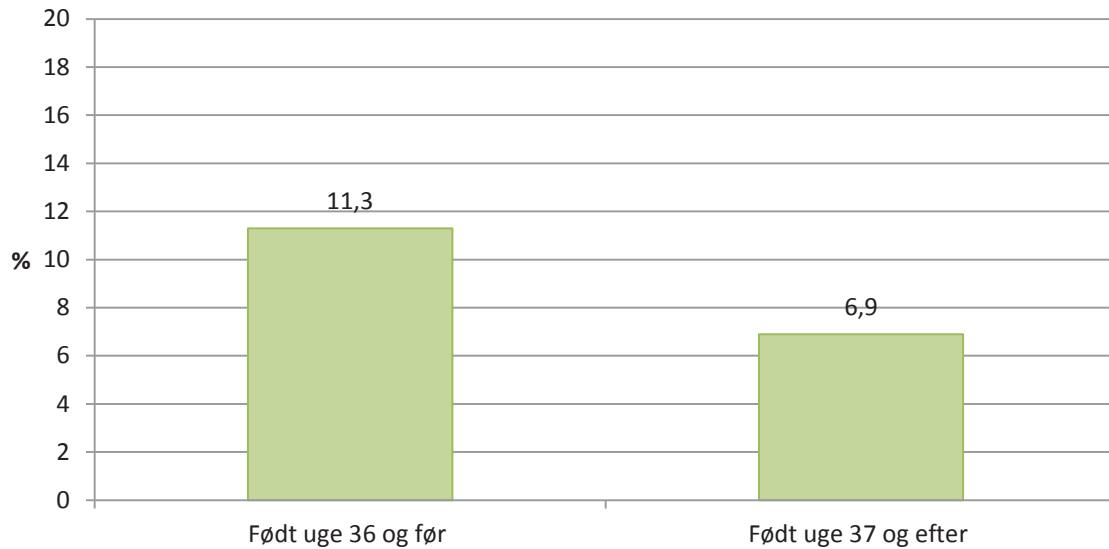
Figur 3.9 viser forekomsten af mindst en bemærkning til uro/gråd efter om sundhedsplejersken har noteret bemærkning til fødslen. Bemærkninger til fødslen kan for eksempel dække over komplikationer ved fødslen, dårlig fødselsoplevelse eller andet. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til uro/gråd er højere blandt børn med bemærkninger til fødslen end blandt børn uden, henholdsvis 9,1 % og 5,3 %. Denne forskel forbliver statistik sikker også, når der tages højde for kønsforskelle (se bilag 1, tabel 2).

Figur 3.9 Forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter om sundhedsplejersken har noteret bemærkning til fødslen, n= 4526



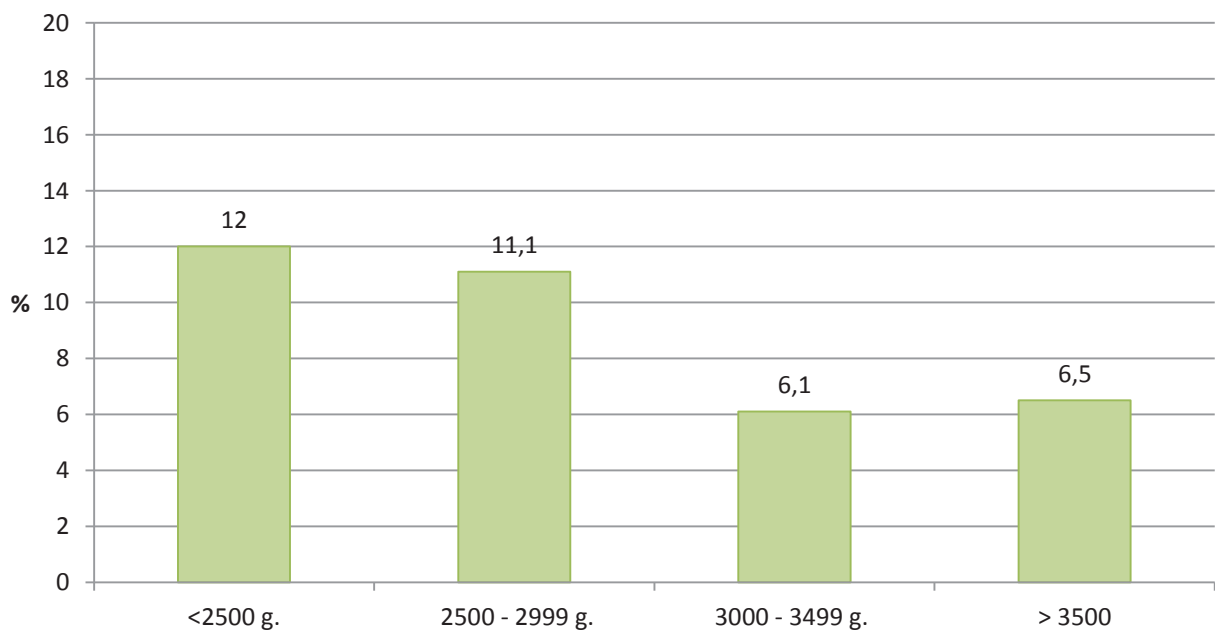
Figur 3.10 viser forekomsten af mindst en bemærkning til uro/gråd efter barnets gestrationsalder. Af figuren ses at andelen af bemærkninger om uro/gråd er højest blandt børn, der er født før uge 37. Andelen af mindst en bemærkning om uro/gråd er 11,3 % for børn født i uge 36 eller før og 6,9 % for børn født i uge 37 eller senere. Denne forskel forbliver statistik sikker, når der tages højde for kønsforskelle grupperne imellem (se bilag 1, tabel 2).

Figur 3.10 Forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter gestationsalder, n= 4526



Figur 3.11 viser forekomsten af mindst en bemærkning til uro/gråd efter barnets fødselsvægt. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger om uro/gråd er lavest for børn med en fødselsvægt på 3000 gram til 4999 gram. Andelen af mindst en bemærkning om uro/gråd er 12,0 % for børn med en fødselsvægt under 2500 gram og under 7 % for børn med en fødselsvægt på 3000 gram eller mere. Den større forekomst af bemærkninger til uro/gråd blandt børn under 3000 gram forbliver statistisk sikker, når der tages højde for kønsforskelle vægtgrupperne i mellem.

Figur 3.11 Forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter fødselsvægt, n= 4151

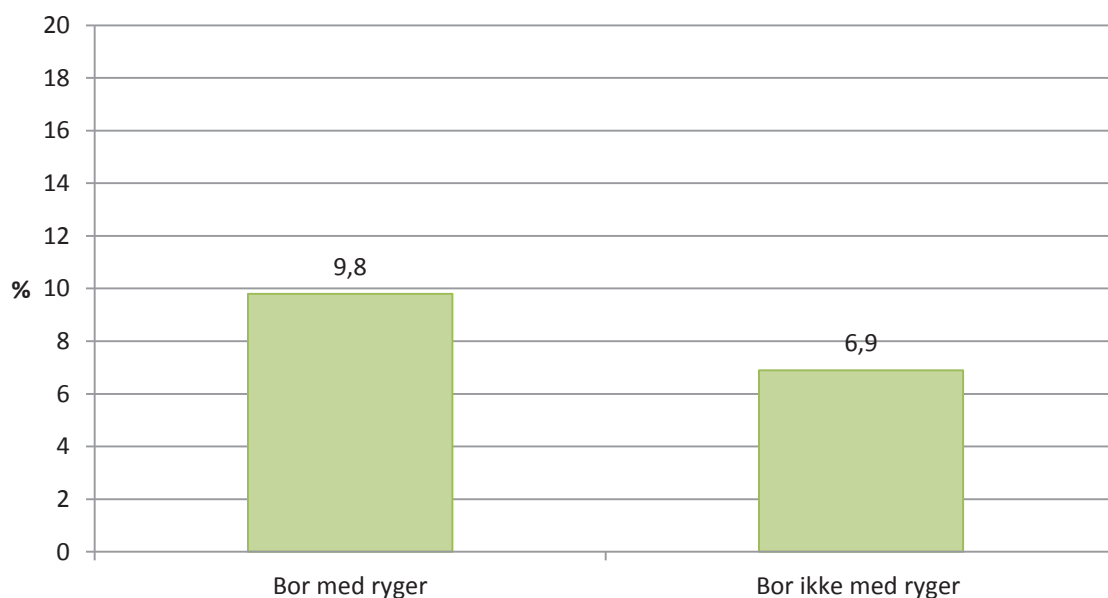


Der er ingen sammenhæng mellem forældrenes alder og forekomsten af mindst en bemærkning til uro/gråd. Der er heller ikke sammenhæng mellem mor og fars paritet og forekomsten af mindst en bemærkning til uro/gråd. Vi finder heller ikke statistisk sikker sammenhæng mellem apgar score og forekomst af bemærkning til uro/gråd. Ligesom der ingen sammenhæng ses mellem, om barnet er flerfødt, har et handicap eller en sygdom og forekomst af bemærkninger om uro/gråd.

Samtidige faktorer relateret til forældre og forhold i hjemmet

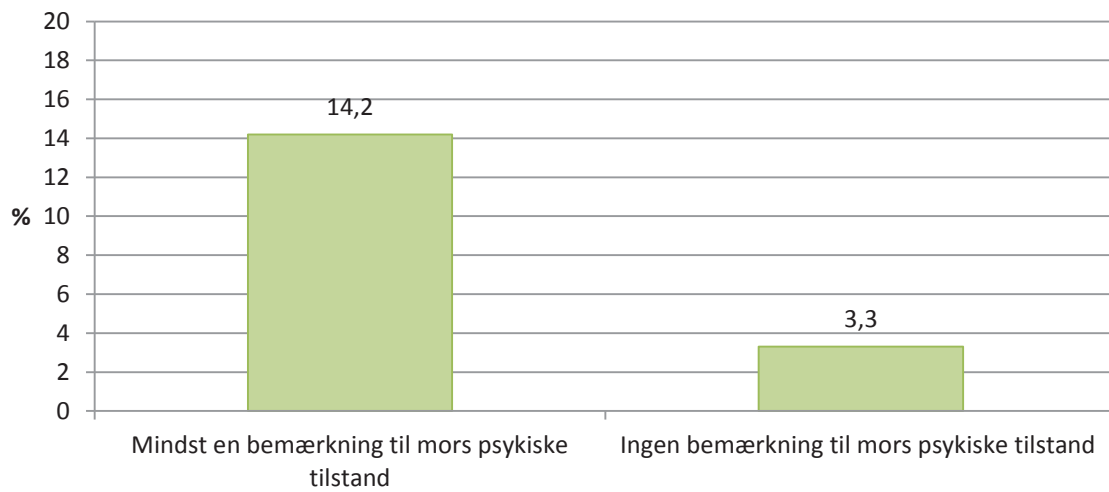
Figur 3.12 viser forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter, om barnet bor sammen med en person, der ryger. Det ses, at andelen af børn, hvor der er rapporteret bemærkninger til uro og gråd, er lidt højere blandt børn, der bor sammen med en eller flere personer, der ryger, end blandt børn (9,8 %), der ikke bor sammen med en ryger (6,9 %). Denne forskel er dog ikke længere statistisk sikker, når der tages højde for barnets køn, fødselsvægt, gestrationsalder samt bemærkninger til fødslen eller ej (se bilag 1, tabel 2).

Figur 3.12 Forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter, om barnet bor med en ryger, n= 4513



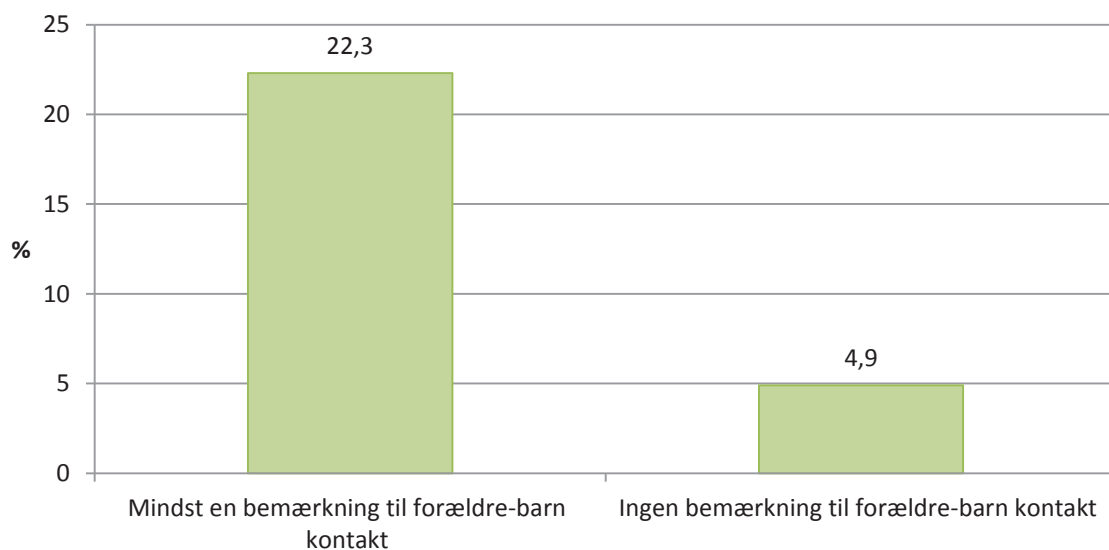
Figur 3.13 viser forekomsten af mindst en bemærkning til uro/gråd efter mors psykiske tilstand. Af figuren ses at andelen af mindst en bemærkning om uro/gråd er højest blandt børn, hvor der også er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg. Andelen af mindst en bemærkning om uro/gråd er 14,2 % for børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand og 3,3 % for børn, hvor der ikke er noteret bemærkning til mors psykiske tilstand. Denne forskel forbliver statistisk sikker, når der tages højde for barnets køn, fødselsvægt, gestrationsalder samt bemærkninger til fødslen eller ej (se bilag 1, tabel 2). Man kan ikke ud fra disse analyser vurdere, om mors psykiske tilstand er årsagen til barnets gråd og uro, eller omvendt om barnets gråd og uro er årsagen til mors psykiske tilstand.

Figur 3.13 Forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter bemærkning til mors psykiske tilstand, n= 5407



Figur 3.14 viser forekomsten af mindst en bemærkning til uro/gråd efter bemærkning til forældre-barn kontakt. Af figuren ses at andelen af mindst en bemærkning om uro/gråd er højest blandt børn, hvor der også er bemærkning til forældre-barn kontakt ved mindst ét besøg. Andelen af mindst en bemærkning om uro/gråd er 22,3 % for børn, hvor der er bemærkning til forældre-barn kontakt og 4,9 % for børn, hvor der ikke er noteret bemærkning til forældre-barn kontakt. Denne forskel forbliver statistisk sikker, når der tages højde for barnets køn, fødselsvægt, gestrationsalder samt bemærkninger til fødslen eller ej (se bilag 1, tabel 2).

Figur 3.14 Forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter bemærkning til forældre barn kontakt, n=5409



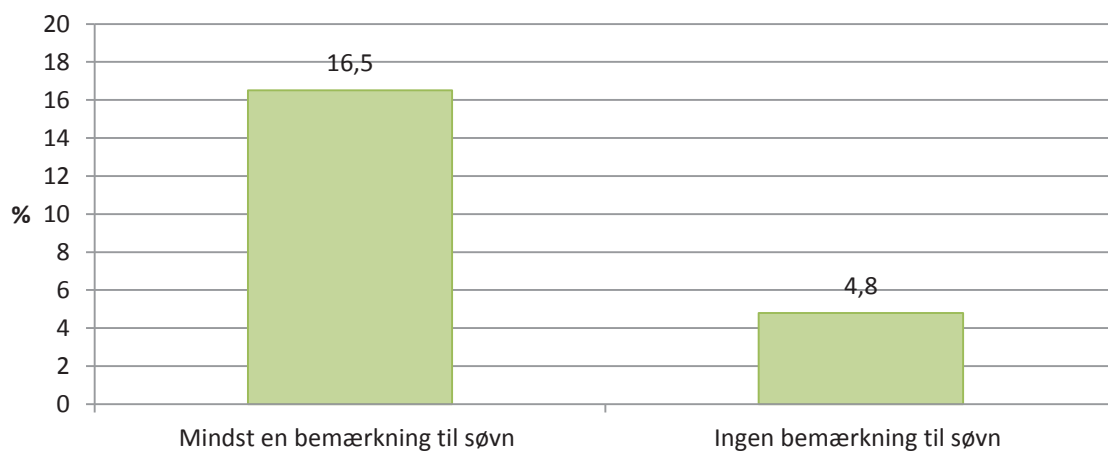
Figur 3.15 viser forekomsten af mindst en bemærkning til uro/gråd efter fuld amning mindst fire måneder. Af figuren ses, at andelen af mindst en bemærkning om uro/gråd er højest blandt børn, der er blevet ammet fuldt mindre end fire måneder. Andelen af mindst en bemærkning om uro/gråd er 8,6 % for børn, der er ammet fuldt under fire måneder og 5,8 % for børn, der er ammet fuldt mindst fire måneder. Selvom forskellen er reel og statistisk signifikant, så er den ikke længere statistisk sikker, når der tages højde for barnets køn, fødselsvægt, gestrationsalder samt bemærkninger til fødslen (se bilag 1, tabel 2).

Figur 3.15 Forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter amning mindst 4. mdr., n= 4369



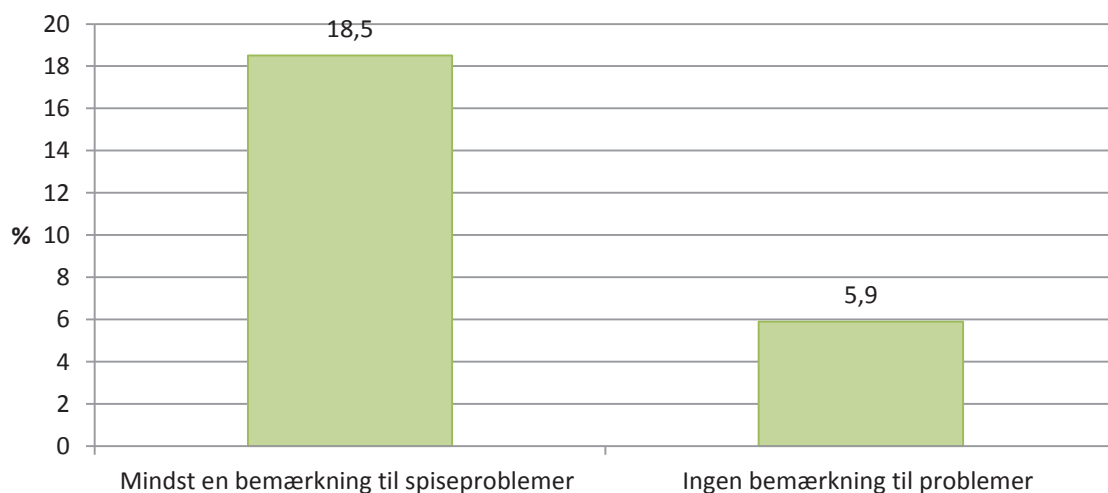
Af figur 3.16 fremgår det, at børn, der har mindst en bemærkning til søvn, langt oftere også har mindst en bemærkning til uro/gråd end børn, der ingen bemærkninger har til søvn. Andelen af mindst en bemærkning til uro/gråd er 16,5 % for børn, der har mindst en bemærkning til søvn og 4,8 % for børn, der ingen bemærkninger har til søvn. Denne forskel forbliver statistisk sikker, selvom der tages højde for barnets køn, fødselsvægt, gestrationsalder samt bemærkninger til fødslen (se bilag 1, tabel 2).

Figur 3.16 Forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter bemærkning til søvn, n= 4369



Figur 3.17 viser forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter spiseproblemer. Forekomsten af bemærkninger til uro/gråd er betydeligt højere for børn, hvor der også er noteret bemærkning til spiseproblemer (18,5 %) end for børn, hvor der ikke er noteret bemærkning til spiseproblemer (5,9 %).

Figur 3.17 Forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter spiseproblemer, n= 4369



3.3 Opsummering

Der findes bemærkninger om gråd og uro i 6,9 % af journalerne fra første leveår, mest almindeligt når barnet er to-tre måneder gammelt (4,9 %). I de fleste journaler er der kun bemærkninger fra ét besøg, kun yderst sjældent ved flere besøg. Der er lidt flere drenge end piger med bemærkninger om gråd og uro, og der er en signifikant ophobning af sådanne problemer hos børn født med lav fødselsvægt, børn født før termin, børn der ikke bor sammen med begge forældre, indvandrerbørn, børn af lavt uddannede mødre, børn af fædre udenfor erhverv, børn der ikke er blevet ammet fuldt i fire måneder og børn i

rygerfamilier. Desuden er der en betydelig ophobning af gråd og uro i de familier, hvor sundhedsplejersken har haft bemærkninger til fødslen, til mors psykiske tilstand, til forældre-barnkontakt, til søvn og til spiseproblemer.

Vi har også undersøgt sammenhængen mellem bemærkninger til uro og gråd og henholdsvis fars indvandrestatus, fars uddannelsesniveau, mors erhvervstilknytning, fars og mors alder, mor og fars paritet, apgar score, flerfødt samt handicap og sygdom hos barnet, for alle disse variable fandt vi ingen statistisk sikker forskel i forekomsten af bemærkninger til uro og gråd subgrupperne imellem.

4. Resultater spiseproblemer

4.1 Spiseproblemer rapporteret af sundhedsplejersken

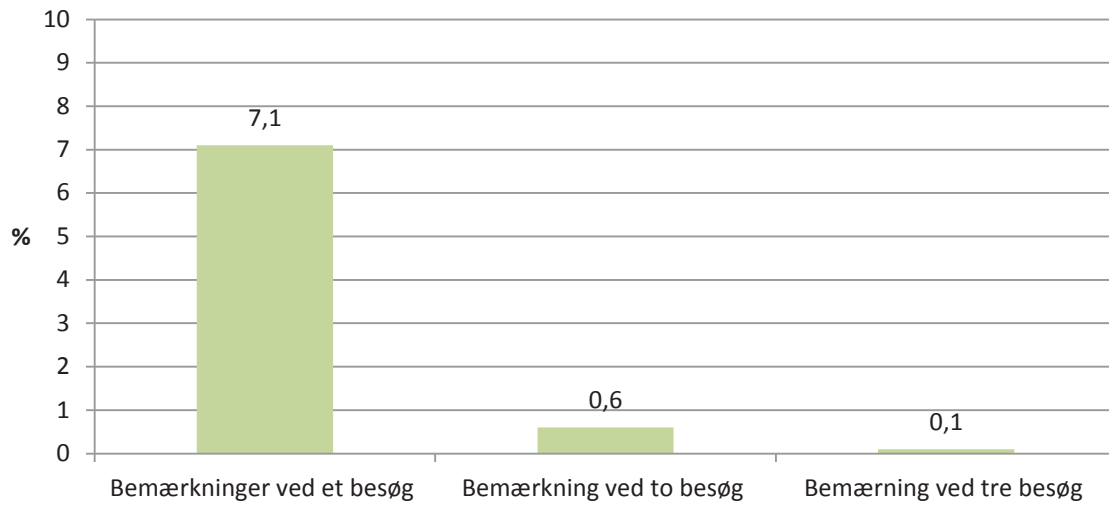
Tabel 4.1 viser antallet samt andelen af børn, hvor der er rapporteret problemer med spisning for hvert af de fire besøg. Desuden viser tabellen antallet og andelen af børn, hvor der var registreret problemer med spisning ved mindst ét af besøgene: A, B, C og D. Af tabellen fremgår det, at sundhedsplejerskerne i 3,4 % af A-besøget har noteret bemærkninger til spisning. Ved B-besøget er andelen 1,1 %, ved C-besøget 2,3 % og ved D-besøget 3,2 %. Andelen af journaler med bemærkninger til spisning er højest ved A- og B-besøget.

Tabel 4.1. Antal børn med bemærkninger til spisning ved de fire besøg samt bemærkning til spisning ved mindst ét af besøgene

	Besøg A Første besøg efter fødslen)	Besøg B (2 mdr.)	Besøg C (4 mdr. - 5 mdr.)	Besøg D (8 mdr. - 10 mdr.)	Registrering af bemærkning ved mindst et besøg.
Albertslund	15 (5,4)	3 (1,2)	14 (6,4)	10 (2,3)	41 (14,8)
Ballerup	8 (2,1)	3 (0,8)	5 (1,4)	5 (1,5)	19 (4,4)
Brøndby	12 (3,9)	4 (0,1)	8 (3,0)	8 (2,8)	27 (8,2)
Dragør	3 (2,7)	1 (0,0)	1 (0,9)	1 (1,0)	6 (5,0)
Gentofte	30 (4,8)	10 (1,7)	6 (1,0)	18 (3,3)	62 (9,2)
Glostrup	4 (1,9)	0 (0,0)	2 (1,0)	7 (3,5)	12 (5,1)
Herlev	5 (2,0)	2 (0,8)	4 (1,8)	4 (1,7)	13 (4,7)
Hvidovre	21 (4,2)	8 (1,7)	8 (2,0)	10 (2,3)	43 (8,0)
Høje-Taastrup	16 (3,0)	3 (0,6)	4 (0,8)	16 (3,4)	36 (6,3)
Køge	20 (4,8)	7 (1,8)	10 (2,9)	17 (4,7)	48 (10,3)
Roskilde	16 (2,6)	3 (0,7)	12 (3,8)	16 (3,1)	44 (6,5)
Rødovre	12 (3,5)	2 (0,6)	17 (5,2)	14 (4,1)	42 (10,8)
Tårnby	7 (1,8)	6 (1,7)	7 (1,9)	6 (1,7)	24 (5,7)
Hele populationen	3,4	1,1	2,3	3,2	7,7

Af figur 4.1 fremgår det, at 7,1 % af børnene har bemærkninger til spisning ved mindst et besøg i første leveår, svarende til 381 børn. For 31 børn, svarende til 0,6 %, er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved to besøg. For kun fire børn er der noteret bemærkninger ved tre besøg og blot for et enkelt barn er der noteret bemærkninger ved alle fire besøg.

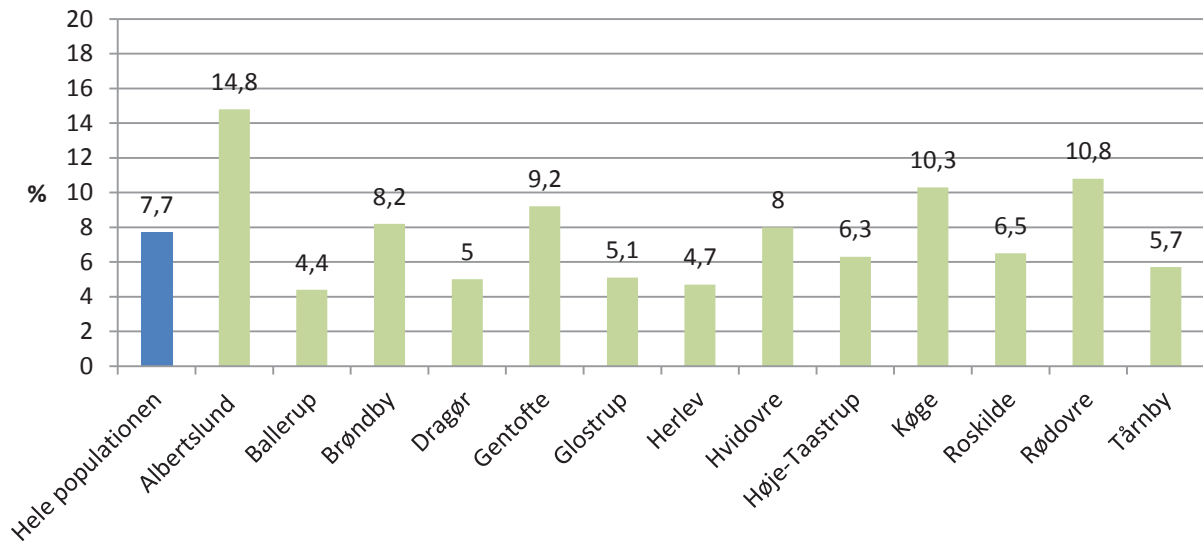
Figur 4.1 Andelen af børn med bemærkninger om spiseproblemer i første leveår



Kommentar: Disse tal viser, at perioden med spiseproblemer hos det enkelte barn ser ud til at være forholdsvis kortvarig. Der er ingen andre undersøgelser, som giver tilsvarende oplysninger, og derfor kan vi ikke vide, om dette fund er overraskende. I den internationale litteratur om spiseproblemer i første leveår er der flere rapporter om, at regulatoriske problemer ofte er langvarige. Derfor tror vi, at fundet om kort varighed er bemærkelsesværdigt. En mulig fortolkning er, at det er sundhedsplejerskernes indsats i familierne, som medfører, at problemerne får en kortere varighed end set i mange udenlandske studier.

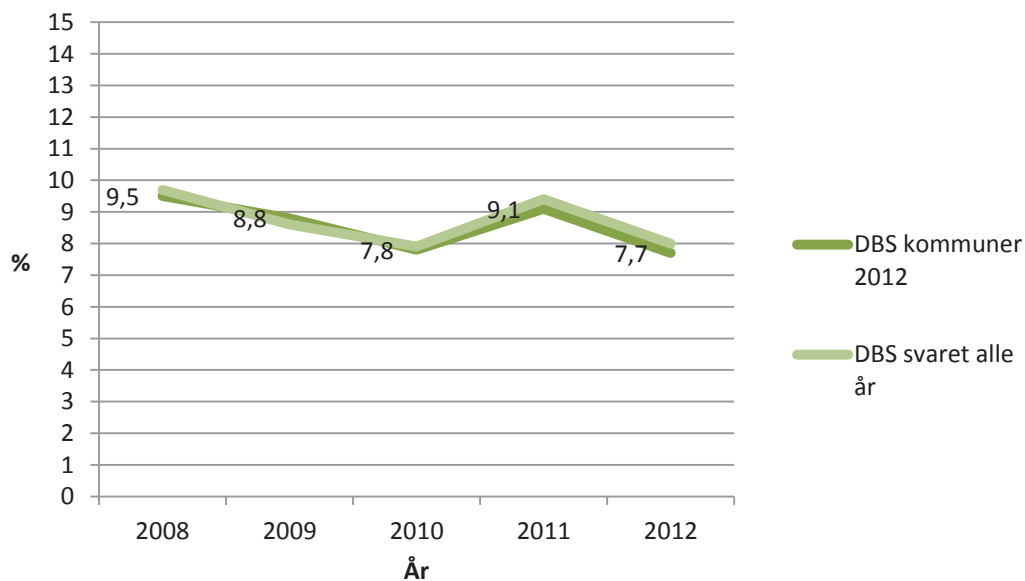
Figur 4.2 viser andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår opdelt på kommune. For 7,7 % af børnene i den samlede population er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et af de fire besøg i første leveår. Variationen kommunerne imellem er stor. Ballerup ligger lavest med 4,4 %, der har bemærkninger til spisning. Højeste andel af børn med bemærkninger ses i Albertslund, hvor andelen er 14,8 %.

Figur 4.2 Andelen af børn med mindst en bemærkning til spising i første leveår opdelt på kommune



Figur 4.3 viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registreret mindst en bemærkning til problemer til spising i det første leveår i perioden 2008-2012 for alle de nuværende 13 kommuner i databasen og for de ti kommuner, der har været en del af databasen i hele perioden (Albertslund, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre, Køge og Tårnby). Det ses, at andelen har svinget lidt fra år til år, men der ses ingen klar tendens.

Figur 4.3 Andelen af børn med mindst en bemærkning til spising i første leveår 2008-2012



4.2 Karakteristik af børn med bemærkninger til spisning

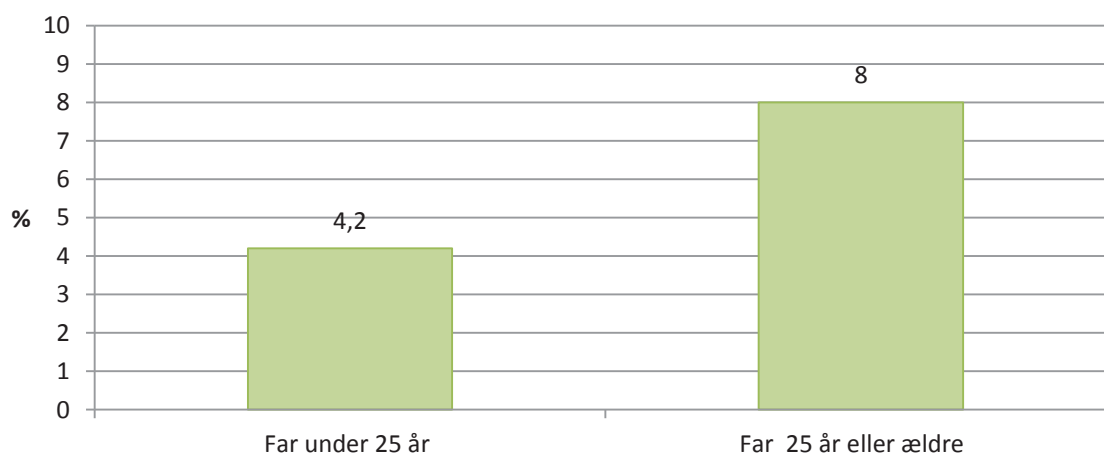
Dette afsnit præsenterer søjlediagrammer, som viser, hvordan forekomsten af mindst en bemærkning til spisning hænger sammen med andre forhold i barnets og familiens liv. Antallet af børn i de enkelte figurer varierer. Årsagen hertil er, at det er forskelligt, hvor mange børn, der er noteret oplysninger om for hver enkelt variabel. Antallet (n) angives derfor over hver figur. I dette afsnit vises kun figurer, hvor der er statistisk sikker forskel mellem subgrupperne af børn. Det vil sige, at de forskelle, der ses i figurerne, ikke blot skyldes statistisk tilfældighed.

Sociodemografiske faktorer

Analyserne af de udvalgte sociodemografiske faktorer viser, at de faktorer, som ofte har betydning for børns trivsel og sundhed, ikke ser ud til at påvirke forekomsten af bemærkninger til spisning i barnets første leveår. Der ses til eksempel ingen sammenhæng mellem hverken mors eller fars indvandrestatus, uddannelsesniveau eller erhvervstilknytning og bemærkninger til spisning. Sundhedsplejerskerne rapporterer også lige så ofte spiseproblemer hos drenge som hos piger samt hos børn, der bor sammen med begge forældre og børn, der ikke gør.

Vi finder statistisk sikker sammenhæng mellem fars alder og forekomsten af spiseproblemer. Af figur 4.4 fremgår det, at andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning er lavest blandt børn, hvis fædre er yngre end 25 år. Forekomsten af bemærkninger til spisning er 4,2 % for børn med fædre, der er yngre end 25 år og 8 % for børn hvis fædre er 25 år eller ældre. Denne forskel ses ikke for mors alder, hvor andelen af børn med bemærkninger er lige høj for børn af mødre under 25 og over 25 år.

Figur 4.4 Andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår opdelt på fars alder, n=5169.

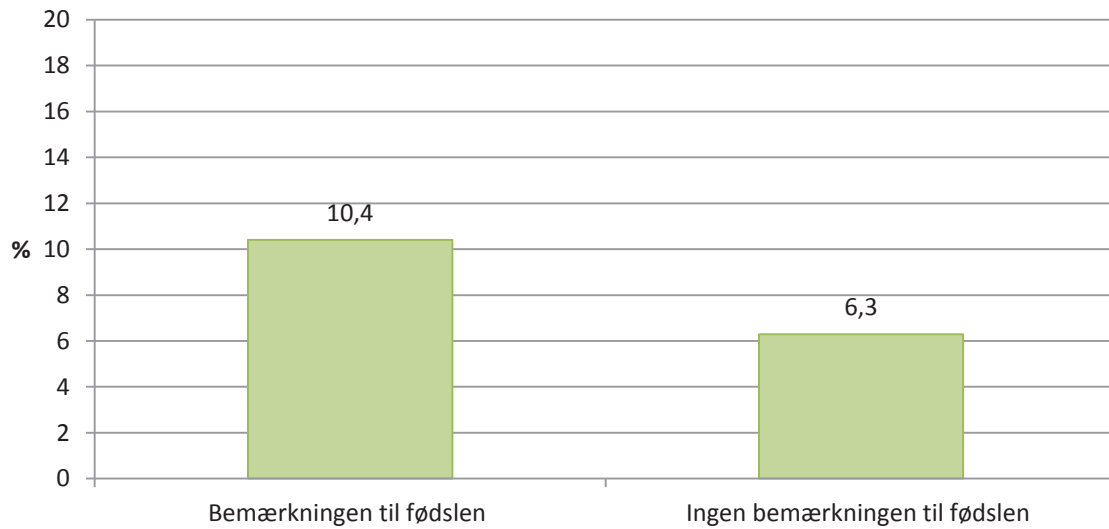


Faktorer relateret til fødsel og barn

Figur 4.5 viser forekomsten af mindst en bemærkning til spisning efter om sundhedsplejersken har noteret bemærkning til fødslen. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til spisning er højere blandt børn med bemærkninger til fødslen end blandt børn uden bemærkning, henholdsvis 10,4

% og 6,3 %. Denne forskel forbliver statistisk sikker, når der tages højde for forskelle i fars alder grupperne i mellem (se bilag A, tabel 4).

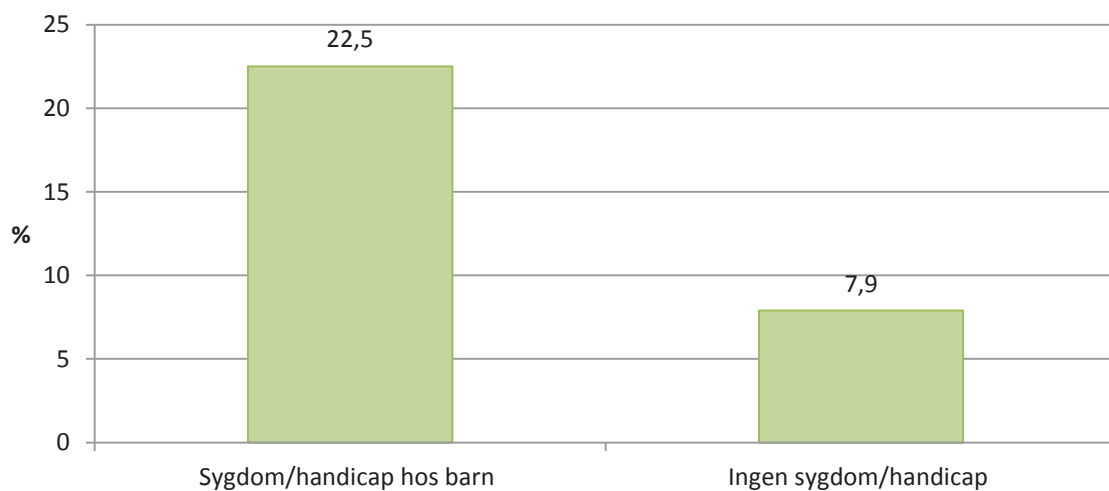
Figur 4.5 Forekomst af mindst en bemærkning til spiseproblemer efter om sundhedsplejersken har noteret bemærkning til fødslen, n= 4.524



Der er ingen statistiske sikker sammenhænge mellem bemærkninger til spisning og barnets fødselsvægt, gestationsalder, fars og mors paritet, apgar score eller om barnet er flerfødt, hvorfor disse ikke afbildes.

Figur 4.6 viser forekomst af mindst en bemærkning til spiseproblemer efter, om sundhedsplejersken har noteret at barnet har en sygdom eller et handicap. 22,5 % af børnene, der har et sygdom eller handicap har mindst en bemærkning til spiseproblemer, det tilsvarende tal for børn uden sygdom/handicap er 7,9 %. Denne forskel forbliver statistisk sikker selvom der tages højde for fars alder (se bilag A, tabel 4).

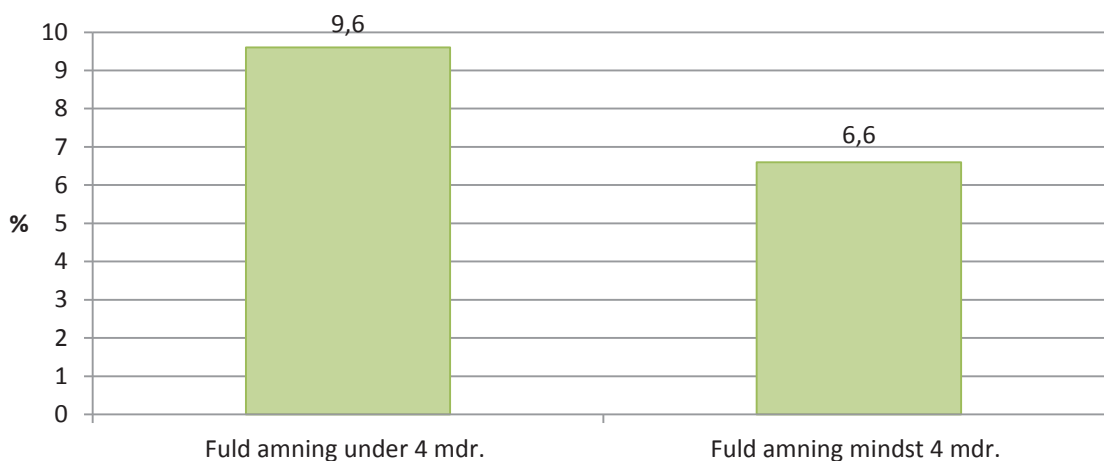
Figur 4.6 Forekomst af mindst en bemærkning til spiseproblemer efter, om sundhedsplejersken har noteret, at barnet har en sygdom eller et handicap, n= 3.539



Samtidige faktorer relateret til familie og forhold i hjemmet

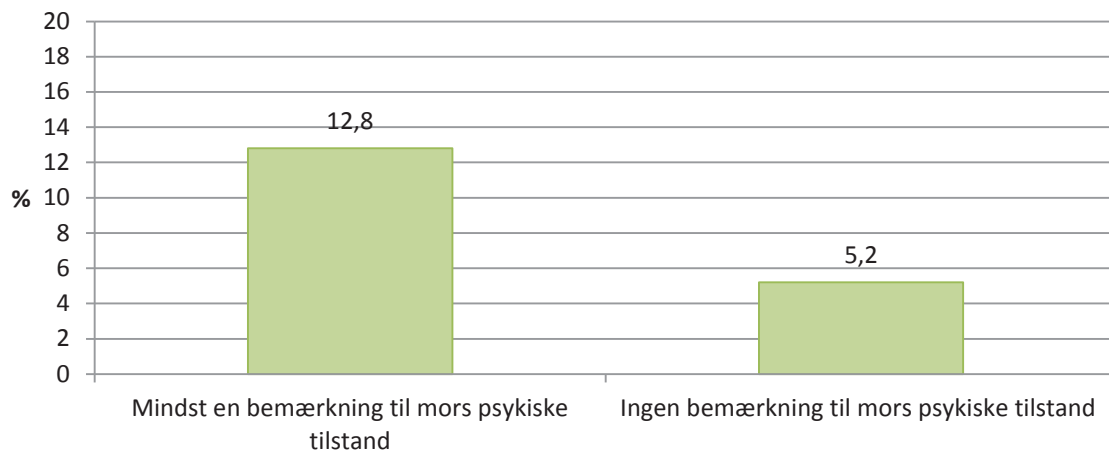
Figur 4.7 viser forekomsten af mindst en bemærkning til spisning efter fuld amning. Af figuren ses at andelen af mindst en bemærkning om spisning er højest blandt børn, der er blevet ammet fuldt mindre end fire måneder. Andelen af mindst en bemærkning om spisning er 9,6 % for børn, der er ammet fuldt under fire måneder og 6,6 % for børn, der er ammet fuldt mindst 4 måneder. Denne forskel er dog ikke statistisk sikker, når der tages højde for fars alder, sygdom/handicap hos barnet, bemærkninger til fødslen.

Figur 4.7 Forekomst af mindst en bemærkning til spisning efter amning, n= 4369



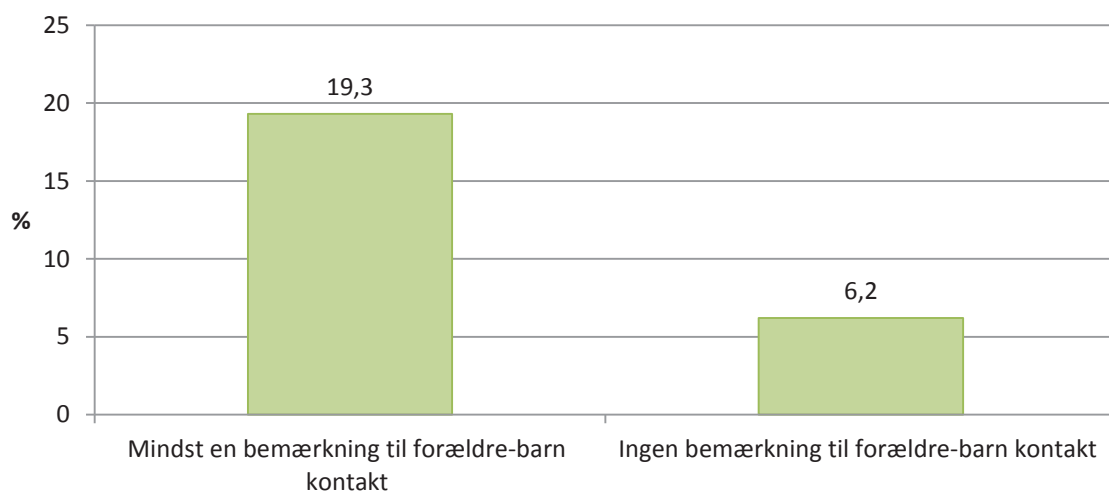
Figur 4.8 viser forekomsten af mindst en bemærkning til spisning efter bemærkning til mors psykiske tilstand. Af figuren ses, at andelen af mindst en bemærkning om spisning er højest blandt børn, hvor der er noteret bemærkning til mors psykiske tilstand. Andelen af mindst en bemærkning om spisning er 12,8 % for børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand og 5,2 %, hvor der ikke er bemærkninger. Denne forskel forbliver statistisk sikker, når der tages højde for fars alder, sygdom/handicap hos barnet samt bemærkninger til fødslen.

Figur 4.8 Forekomst af mindst en bemærkning til spisning efter bemærkning til mors psykiske tilstand, n= 5403



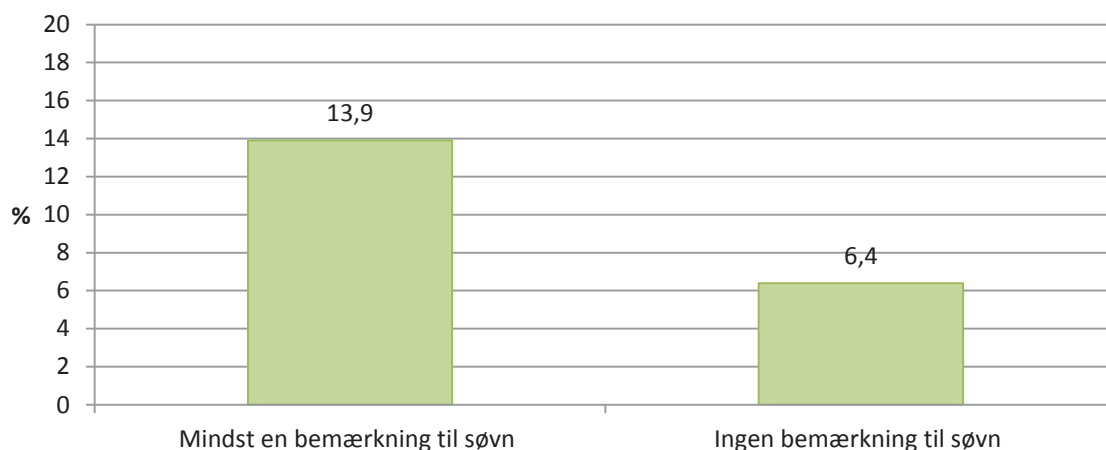
Figur 4.9 viser forekomsten af mindst en bemærkning til spisning efter bemærkning til forældre-barn kontakt. Af figuren ses, at andelen af mindst en bemærkninger om spisning er højest blandt børn, hvor der er noteret bemærkning til forældre-barn kontakt. Andelen af mindst en bemærkning om spisning er 19,3 % for børn, hvor der er bemærkning til forældre-barn kontakt og 6,2 %, hvor der ikke er bemærkninger. Denne forskel forbliver statistisk sikker, når der tages højde for fars alder, sygdom/handicap hos barnet samt bemærkninger til fødslen.

Figur 4.9 Forekomst af mindst en bemærkning til spisning efter bemærkning til forældre-barn kontakt, n=4473



Figur 4.10 viser forekomsten af bemærkning til spisning efter, om der er noteret bemærkning om barnets søvn ved mindst et besøg. Figuren viser, at for børn, hvor der er bemærkninger til søvn, er andelen, der har bemærkninger til spiseproblemer 13,9 % og for børn, hvor der ikke er bemærkninger til søvn, 6,4 %. Denne forskel forbliver statistisk sikker, også når der tages højde for fars alder, sygdom/handicap hos barnet samt bemærkninger til fødslen.

Figur 4.10 Forekomst af mindst en bemærkning til spisning efter bemærkning til søvn, n= 5226



Der er ingen sammenhæng mellem, om barnet bor sammen med en ryger og forekomsten af bemærkninger til spisning.

4.3 Opsummering

Der findes bemærkninger om spiseproblemer i 7,7 % af journalerne. Ligesom med gråd og uro findes der som regel kun bemærkninger fra ét besøg. Ligesom problemerne gråd og uro er også spiseproblemer mest almindelige hos børn, som ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder. Desuden er der også her en tydelig ophobning af spiseproblemer i de familier, hvor sundhedsplejersken har haft bemærkninger til fødslen, til mors psykiske tilstand, forældre-barn-kontakt og søvnproblemer. Der ses ligeledes en ophobning blandt børn med handicap eller sygdom samt børn af fædre der er 25 år eller ældre.

Vi har også undersøgt sammenhængen mellem bemærkninger til spiseproblemer og henholdsvis fars og mors indvandrestatus, uddannelsesniveau, erhvervstilknytning, mors alder, mor og fars paritet, apgar score, gestationsalder, flerfødsel, fødselsvægt, ryger hjem. For alle disse variable fandt vi ingen statistisk sikker forskel i forekomsten af bemærkninger til spisning subgrupperne imellem.

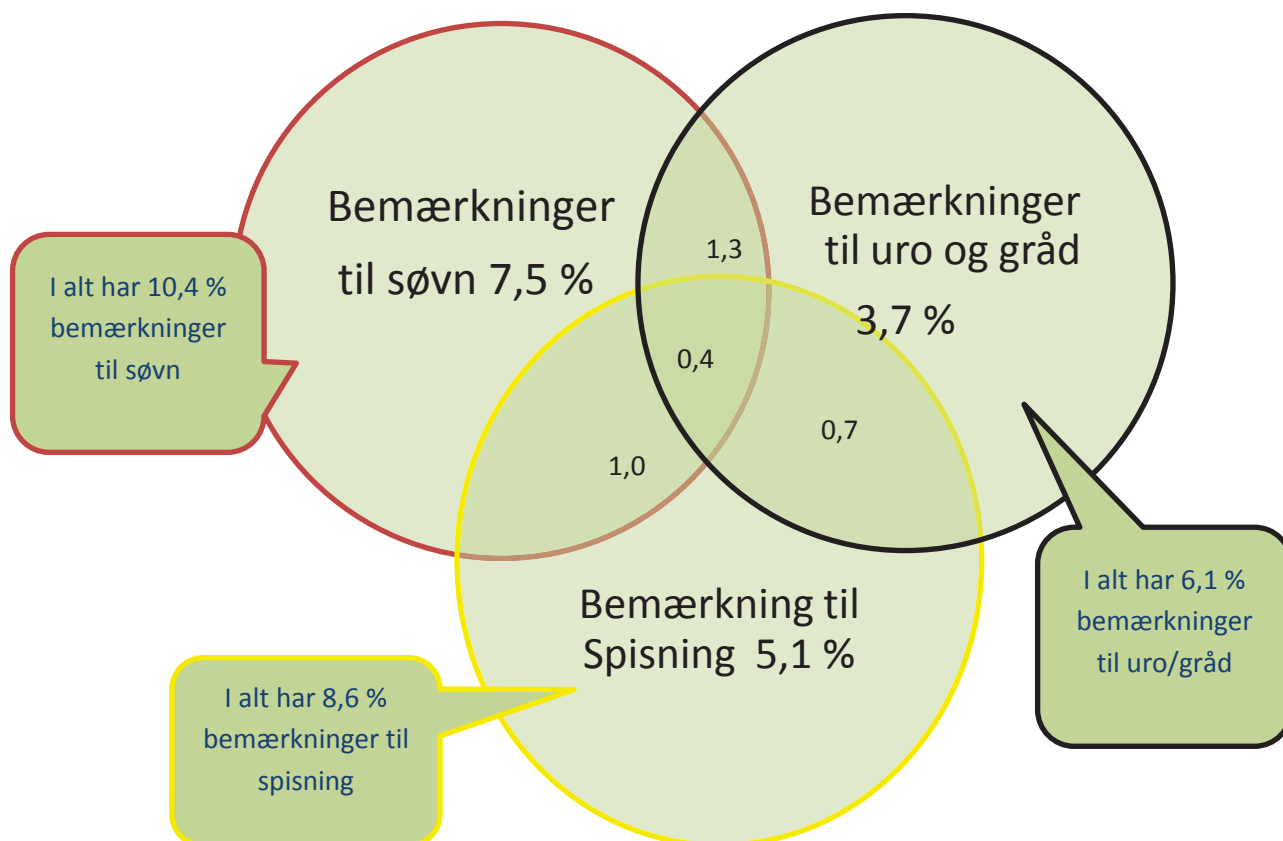
5. Reguleringsforstyrrelser: Er spiseproblemer, gråd og uro del af et samlet fænomen?

Dette afsnit ser på, om der er tendens til, at spiseproblemer i første leveår ofte optræder sammen med gråd problemer og søvnproblemer, som tilfældet er i tidligere studier. For hvert femte barn (19,6 %) har sundhedsplejersken noteret mindst en bemærkning til uro/gråd, spiseproblemer og/eller søvnproblemer ved mindst et af fire besøg i barnets første leveår. For 16,3 % af børnene (849 børn) er der kun noteret en type af problemer, for 3 % af børnene (154 børn) er der noteret to typer af problemer og 0,4 % af børnene (21 børn) er der noteret alle tre former for reguleringsforstyrrelser.

Af figur 5.1 ses det at 1,7 % af børnene har bemærkninger til søvn samt uro og gråd og at 1,4 % har bemærkninger til både søvn og spisning. 1,1 % har bemærkninger til både uro og gråd samt spisning, og 0,4 % har, som tidligere skrevet, alle tre typer af problemer.

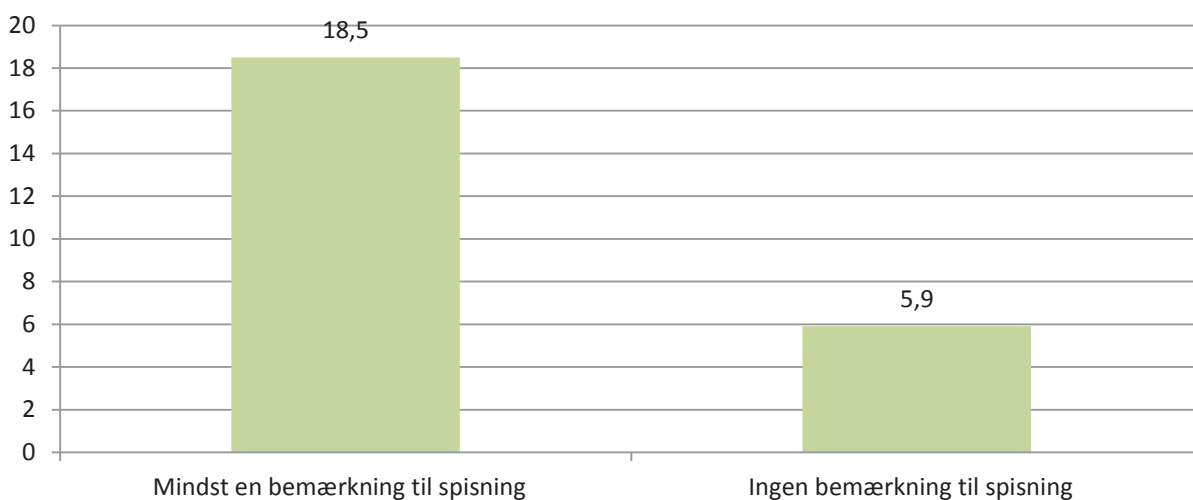
Det bør bemærkes, at tallene i dette afsnit ikke er i overensstemmelse med de tidligere frekvenstabeller (figur 3.2 og 4.2) i rapporten. Dette skyldes at figuren her er baseret på et mindre antal børn (5226), fordi børn, der ikke har oplysninger på bare en af de tre variable, udgår af analyserne.

Figur 5.1 Forekomst af tre typer af reguleringsproblemer, herunder overlap i forekomst, n=5.226

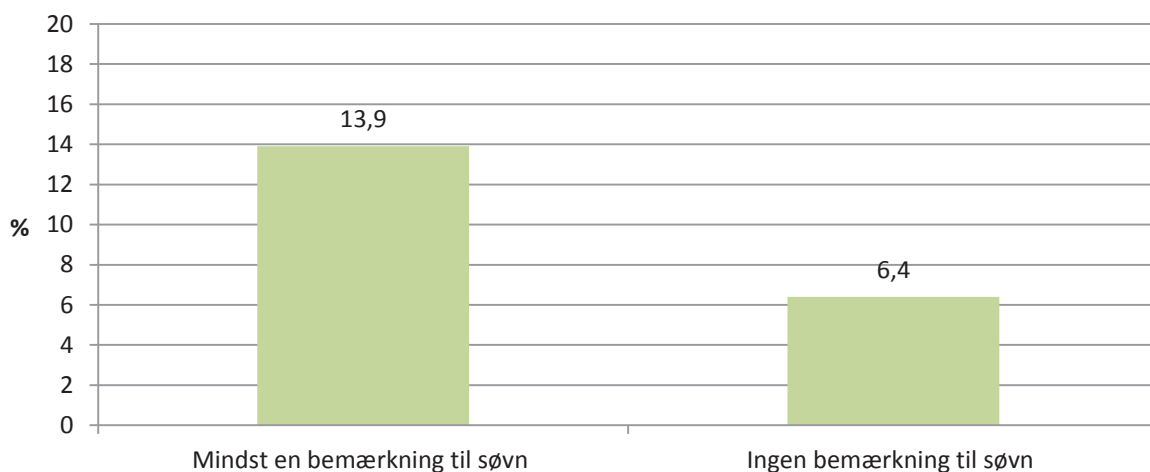


Selvom overlappet virker beskedent, er der alligevel en betydelig øget risiko for at have ét af de andre reguleringsproblemer sammenlignet med risikoen i hele populationen, hvis man allerede har et af de tre reguleringsproblemer. I gruppen af børn, hvor der er noteret bemærkning til spisning, er forekomsten af uro/gråd problemer 18,5 %, mod 5,9 % i gruppen af børn, hvor der ikke er noteret bemærkninger til spisning (figur 5.2). For børn, hvor der er bemærkning til søvn, er forekomsten af bemærkninger til spisning 13,9 %, mens forekomsten for børn uden bemærkning er 6,4 % (figur 5.3). For børn, der har bemærkning til søvn er forekomsten af bemærkninger til uro/gråd 16,5 % mod 4,8 % i gruppen af børn uden bemærkninger (figur 5.4). Vores resultater tyder derfor på, at der er en vis sammenhæng mellem disse tre typer af problemer.

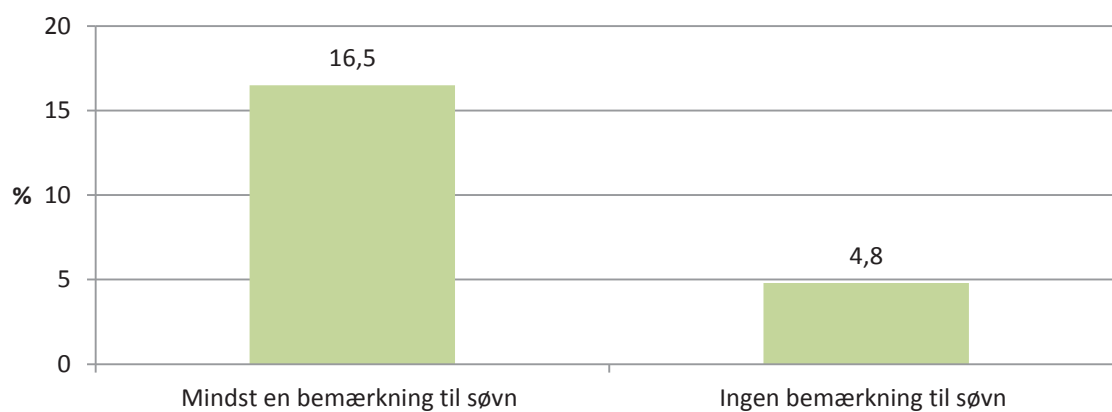
Figur 5.2 Forekomst af mindst en bemærkning til spisning efter bemærkning til uro/gråd



Figur 5.3 Forekomst af mindst en bemærkning til spisning efter bemærkning til søvn



Figur 5.4 Forekomst af mindst en bemærkning til uro/gråd efter bemærkning til søvn

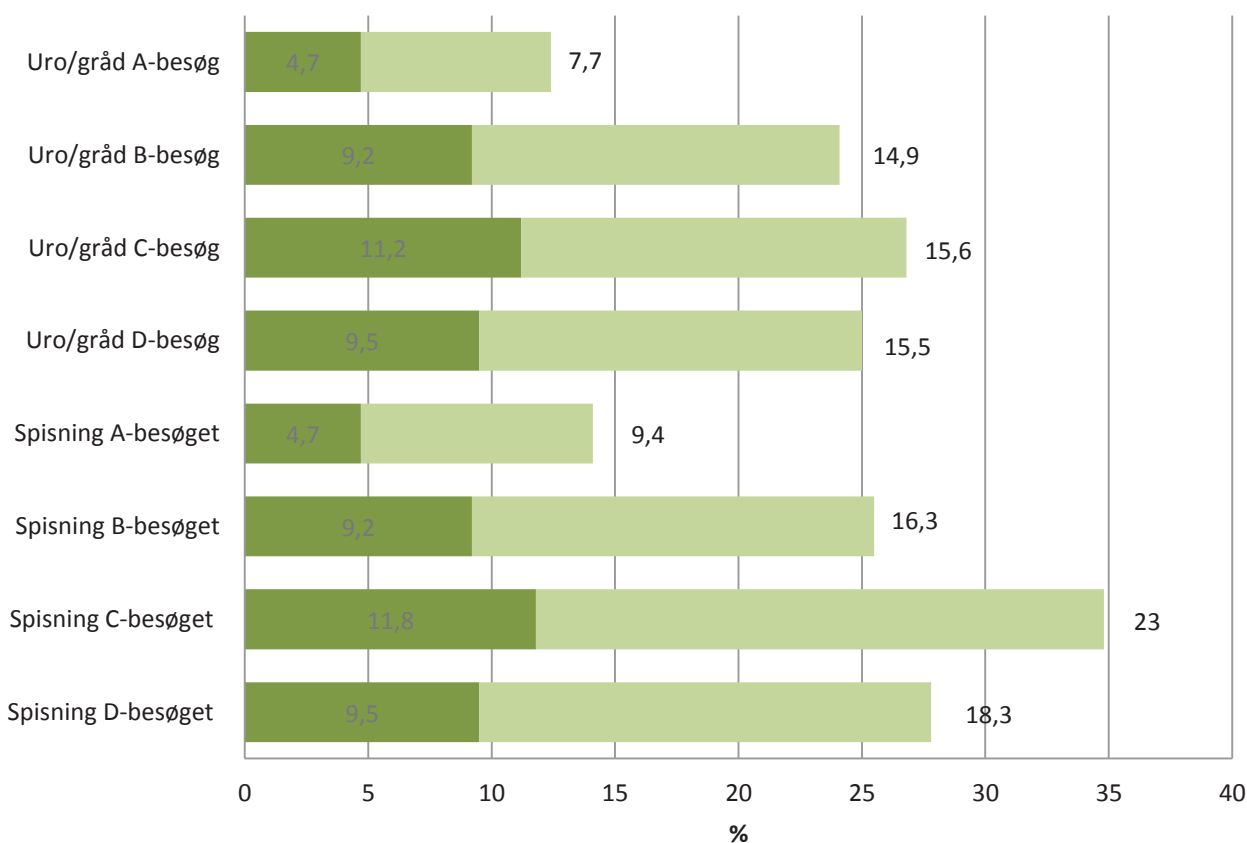


6. Manglende oplysninger

Mange databaser lider under problemer med manglende data. Der kan være mange grunde til manglende data, eksempelvis at den udfyldte værdi er ugyldig, eller at feltet ikke er udfyldt. Problemet er ofte særligt stort i kliniske databaser, fordi data indsamles samtidig med, at fagpersonen passer sit arbejde med patienter eller borgere. Det er eksempelvis let at forstille sig situationer, hvor en familie har så påtrængende problemer, at sundhedsplejersken må prioritere at finde løsninger frem for at registrere data.

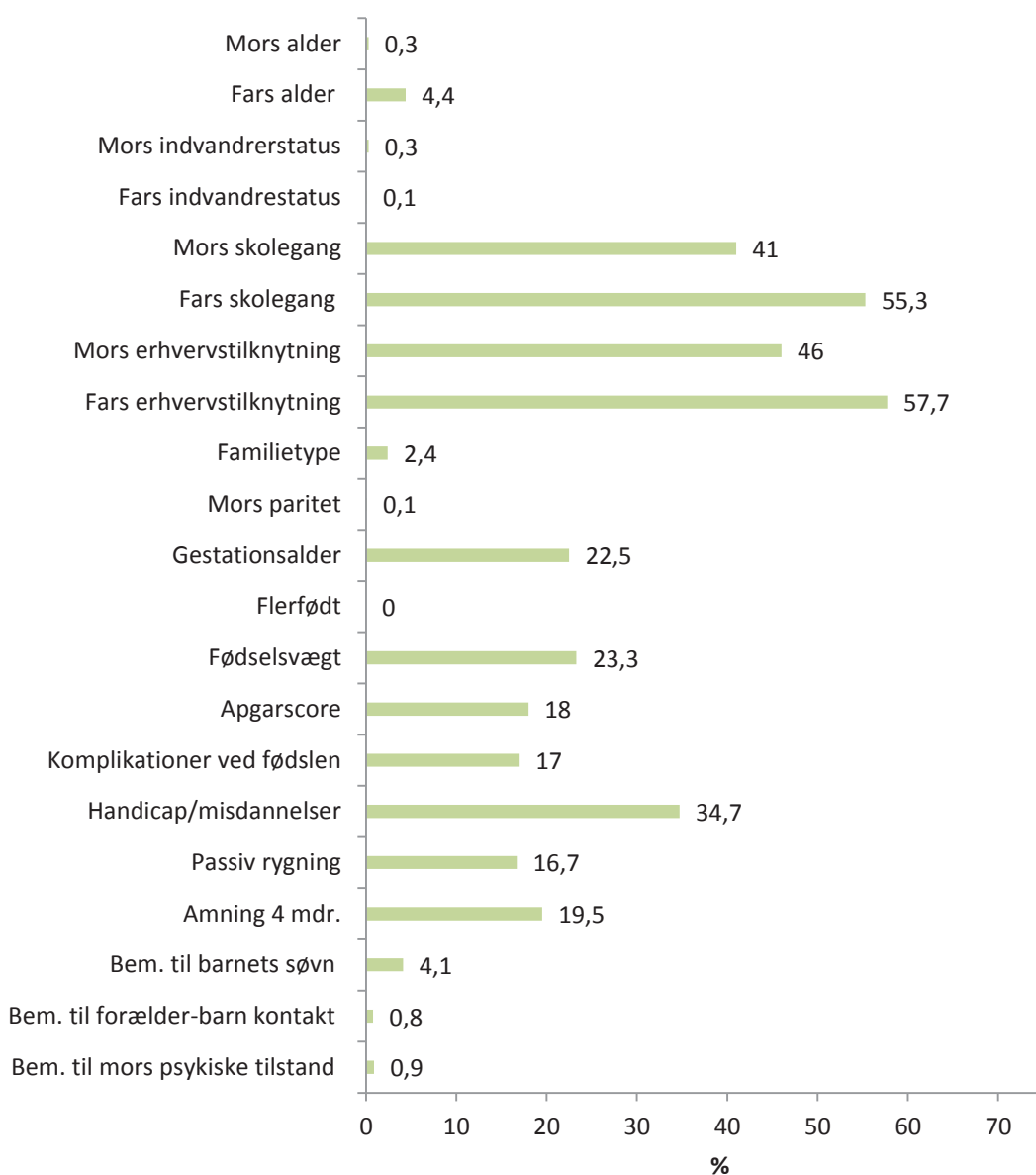
Figur 6.1 viser andelen af børn med manglende data for hovedvariablene i rapporten. De mørke søjler angiver hvor stor en andel af manglede data, der skyldes at besøget ikke er gennemført. Af figuren fremgår det for eksempel, at oplysninger om uro/gråd mangler i 7,7 % af journalerne, heraf skyldes de 4,7 %, at A-besøget ikke er blevet gennemført. Den højeste andel af manglede oplysninger for rapportens hovedvariable ses for registrering af spiseproblemer ved C-besøget, her mangler der oplysninger for 23 % af børnene, hvoraf 11,8 % skyldes, at C-besøget ikke er gennemført.

Figur 6.1 Andelen af manglende oplysninger for hovedvariable



Figur 6.2 viser andelen af børn med manglende oplysninger for de anvendte variable i temarapporten. Figuren viser, at der er store forskelle i andelen af manglende oplysninger mellem de forskellige variable. For nogle variable mangler der information i mindre 1 % af journalerne, mens information om forekomsten af fars erhvervsstatus ikke er oplyst i 57,7 % af journalerne.

Figur 6.2 Andelen af manglende oplysninger for de anvendte variable



Forekomsten af manglende oplysninger er stadig relativt høj for flere variable i databasen. I de fleste tilfælde dækker dette sandsynligvis over, at der ikke er noget at bemærke - at familie og barn er uproblematisk. Men det kan også dække over, at barnet eller familien har så massive problemer, eller at besøgene er så præget af barnets problemer, at sundhedsplejersken ikke når at notere det hele i den travle hverdag.

7. Diskussion

Uklare, men vigtige fænomener: Spiseforstyrrelser, gråd og uro i første leveår er vanskelige at afgrænse og dermed videnskabeligt lidt uklare begreber, og det er ikke diagnoser. Til gengæld er det temaer, som er yderst virkelighedsnære for de familier, som lider under spiseproblemer, gråd og uro hos deres spædbarn. Sundhedsplejerskerne kender disse problemer særdeles godt, fordi de besøger alle familier med nyfødte børn flere gange i første leveår. Sundhedsplejerskerne noterer i deres journaler, hvis de vurderer, at spiseproblemerne og gråden har et sådant omfang, at det er et problem for barnet og familien. Da sundhedsplejersker ser alle børn, har de en god fornemmelse for, hvad der er normalt og unormalt. Netop denne faglige vurdering ligger til grund for de data, som sundhedsplejerskerne har noteret og samlet i en database: Det er data om spiseproblemer, gråd og uro, som går ud over det normale og skaber store belastninger i familierne.

Gråd og uro rapporteret af sundhedsplejersken: Der findes bemærkninger om gråd og uro i 6,9 % af journalerne fra første leveår, mest almindeligt når barnet er to-tre måneder gammelt (4,9 %). Dette svarer nogenlunde til det, man finder i flere udenlandske undersøgelser, hvor fagpersoner (pædiatere eller sygeplejersker) har vurderet forekomsten af højt niveau eller persisterende gråd.^{2,8,13,15,17,29,31} Når mødrene rapporterer, er forekomsten ofte noget højere, helt op til 28 %.^{15,17} Når barnet bliver lidt ældre er forekomsten mindre, omkring 5 % ved fem-måneders alderen i udenlandske undersøgelser^{2,15} hvilket er højere, end vi finder i Databasen Børns Sundhed. Den særligt høje forekomst, når barnet er ca. to måneder gammelt, viser at det er særligt vigtigt at sundhedsplejerskerne prioriterer besøget ved tomånedersalderen særligt højt for at hjælpe familier, der er belastet af gråd og uro hos barnet.

I de fleste journaler med oplysninger om problemer med gråd og uro er der kun bemærkninger fra ét besøg, kun yderst sjældent ved flere besøg. Det fortolker vi, som at grådproblemer som regel er forbigående. Der er ingen andre undersøgelser, som giver tilsvarende oplysninger, og derfor kan vi ikke vide, om dette fund er overraskende. Der er dog stor enighed i den videnskabelige litteratur, om at problemer med gråd og uro ser ud til at være forholdsvis persisterende i en stor del af første leveår, ofte ligefrem en stor del af barndommen.^{2,11,14,15,30} Derfor tror vi, at fundet om kort varighed er bemærkelsesværdigt. En oplagt fortolkning er, at det er sundhedsplejerskernes indsats i familierne, som medfører, at problemerne får en kortere varighed end set i mange udenlandske studier.

Der er lidt flere drenge end piger (7,8 % vs. 5,9 %) med bemærkninger om gråd og uro, og der er en signifikant ophobning af sådanne problemer hos børn født med lav fødselsvægt og/eller før termin, børn, der ikke bor sammen med begge forældre, indvandrerbørn, børn af lavtuddannede mødre, børn der ikke er blevet ammet fuldt i minimum 4. mdr. og børn i rygerfamilier, hvilket i det store og hele stemmer overens med fundene i udenlandske undersøgelser.^{2,8,15,21,30,33} Desuden er der en betydelig ophobning af gråd og uro i de familier, hvor sundhedsplejersken har haft bemærkninger til fødslen eller til mors psykiske tilstand; disse fund ses ikke i de udenlandske undersøgelser. Der er ligeledes stærkt forhøjet risiko for problemer med gråd og uro i familier med mangelfuld forældre-barn-kontakt, søvnproblemer

hos barnet, og spiseproblemer hos barnet. Dette er også fundet i udenlandske undersøgelser, og vores undersøgelse indikerer således antagelsen om en sammenhængende klynge af problemer, som man i den internationale faglitteratur nu kalder regulatoriske problemer.^{1,2,8,11,14,16} Dog tyder vores studie på, at det ikke kun er gråd og uro, søvnproblemer og spiseproblemer, der indgår i en sådan klynge af problemer, men også mangelfuld forældre-barn-kontakt.

Spiseproblemer rapporteret af sundhedsplejersken: Der findes bemærkninger om spiseproblemer i 7,7 % af journalerne. Ligesom med gråd og uro findes der som regel kun bemærkninger fra ét besøg. Igen fortolker vi dette fund som en mulig effekt af sundhedsplejerskens besøg i hjemmet flere gange i første leveår. Ligesom problemerne gråd og uro er også spiseproblemer mest almindelige hos børn, som ikke er blevet ammet fuldt i fire måneder. Desuden er der også her en tydelig ophobning af spiseproblemer i de familier, hvor sundhedsplejersken har bemærkninger til fødslen, til mors psykiske tilstand, forældre-barn-kontakt, søvn og spiseproblemer.

De vigtigste fund i perspektiv: Den forholdsvis lave forekomst af problemer som gråd/ uro og spiseproblemer er en lille smule overraskende, idet mange internationale undersøgelser (også fra lande med sundhedspleje med hjemmebesøg) rapporterer forekomster helt op til 20 %, og i undersøgelser som bygger på mødrenes vurderinger endda helt op til 43 %.^{1,2,5,8,10,14} Men det er en ret tydelig observation, at forekomsten er lavere i studier, hvor man tager udgangspunkt i pædiateres og sygeplejerskers observationer end i undersøgelser, hvor det er moderen selv, som har bedømt om problemerne er til stede.^{2,14} Der er flere andre studier baseret på fagkyndige vurderinger, som når frem til forekomster mellem fem og ti procent, ligesom i denne undersøgelse.^{1,2,5,8,10} Skovgaard viser i et materiale baseret på sundhedsplejerskers observationer af børn i første leveår, at ca. 3 % af alle spædbørn har vedvarende spiseforstyrrelser, som opfylder de diagnostiske kriterier for spiseforstyrrelse.¹

I vores undersøgelse optræder spiseforstyrrelser særligt hyppigt i familier, hvor faderen er under 25 år gammelt, hvilket ikke ses dokumenteret i de udenlandske studier. Til gengæld finder vi ikke, som man gør i flere udenlandske studier, at børn udsat for rygning i hjemmet¹ og børn fra lavere socialgrupper^{1,2} har større risiko for spiseproblemer, og vi finder heller ikke, som man har gjort i udlandet, en øget forekomst blandt for tidligt fødte børn.^{2,15} De faktorer, hvor der er størst overensstemmelse mellem vores undersøgelse og fund fra udlandet, er psykosociale faktorer i barnets første leveår. Ligesom i udenlandske studier finder vi en særlig høj risiko for spiseproblemer hvis mor har efterfødselsreaktion,⁴ hvis forældre-barn-relationen er belastet,^{1,3,4,8} og blandt børn med kort ammeperiode.^{2,10,15}

Den videnskabelige litteratur om emnet ser i stigende grad en sammenhæng mellem søvnproblemer, spiseproblemer samt gråd og uro, og det er blevet almindeligt at anvende betegnelsen regulatoriske problemer (RP). Vores undersøgelse bekræfter, at der er en vis sammenhæng mellem disse tre problemer, og måske også et fjerde problem: mangelfuld forældre-barn-kontakt. Figur 5.1 viser, at der er et relativt lille overlap mellem søvnproblemer, spiseproblemer samt gråd og uro. Men rent statistisk, så er der øget risiko for de andre to problemer uanset hvilket af dem, man har.

Diskussion af datagrundlag: Datagrundlaget er en betydelig styrke i vores undersøgelse: Sundhedsplejersker ser næsten alle børn, så undersøgelsespopulationen er en nærmest komplet repræsentation af de børn, der er født i de 13 kommuner i 2012. Man kan ikke generalisere forekomsten af problemerne (7,7 % med spiseproblemer og 6,9 % med gråd og uro) til hele landet, for forekomsten kan være anderledes i andre landsdele. Det er dog næppe sandsynligt, fordi de 13 deltagende kommuner repræsenterer en betydelig spredning fra storby til landområde, fra rige til fattige områder, og fra områder med få sociale problemer til stor ophobning af sociale problemer.

Videnskabeligt set er det et problem at arbejde med uklart afgrænsede problemer, som her spiseproblemer og gråd og uro. For at gøre afgrænsningen klarere har sundhedsplejerskerne udarbejdet en manual, som beskriver, hvad man skal være opmærksom på. Der står fx, at spiseproblemer i otte til ti måneders alderen skal forstås, som at der er problemer med den måde, barnet spiser på, og/eller at barnet ikke drikker af kop, og/eller at barnets hovedernæring ikke svarer til anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen. Med hensyn til gråd og uro beskriver manualen, at det skal markeres, hvis barnet er uroligt og græder og ikke kan trøstes. På trods af denne manual er det sandsynligt, at to sundhedsplejersker kan have forskellig vurdering af samme familie, dvs. at der optræder problemer med det, man kalder inter-rater-reliabilitet. Man kan godt systematisere indsamlingen af data om gråd og uro, og om spiseproblemer, fx ved at sundhedsplejerskerne anvender nogle meget systematiserede observations- og notationsark, men det er tidsmæssigt ikke muligt inden for rammerne af et almindeligt sundhedsplejerskebesøg.

Implikationer for forskning: Lige som flere undersøgelser i ind- og udland, så rejser også vores undersøgelse den mistanke, at der er en klynge af regulatoriske problemer (søvnproblemer, spiseproblemer, gråd og uro) med delvist samme årsagsnet.¹ Det vil have stor betydning at afsløre dette årsagsnet. En fælles årsag kunne være, at barnet er vanskeligt at kommunikere med eller skabe gode relationer til. I det tilfælde er den rette intervention måske at arbejde med familien og dens forældre-barn-samspil, men der mangler forskning til at afdække dette.

Hvis det lykkes at afdække årsagerne, kan det formentlig vise nye veje i det forebyggende arbejde og i arbejdet med at hjælpe forældrene i sådanne familier. Hvis antagelsen om en sammenhængende klynge af regulatoriske problemer er rigtig, så trænger vi også til mere viden om denne klynge: Består den fx kun af de tre nævnte problemer, eller er psykiske vanskeligheder hos moderen og problematisk mor-barn-kontakt også en del af klyngen? Er det måske slet ikke en klynge, men en årsagskæde hvor problem 1 medfører problem 2, som igen medfører problem 3? I så fald er det vigtigst at rette den forebyggende indsats mod det først opståede problem.

Det vil også have stor betydning at afdække disse børns og deres familiers videre skæbne. Den videnskabelige litteratur er delt her, idet nogle studier fremhæver at problemerne dør ud af sig selv i løbet af barndommen, mens andre studier lige modsat hævder, at disse regulatoriske problemer starter

en kæde af belastende hændelser og udviklinger i barnets liv, fx øget risiko for angst, depression, adfærds- og uddannelsesproblemer.^{2,8,11,13-16,21,29-31} Endelig vil vi fremhæve endnu et oplagt tema for den videre forskning: Megen videnskabelig litteratur tyder på, at regulatoriske problemer varer ved i mange måneder eller år.^{2,11,14,15,30} Sådan er det ikke i vores undersøgelse, hvor alt tyder på, at problemerne er kortvarige, og at det er yderst sjældent, at sundhedsplejersken skriver bemærkninger om disse problemer to gange i træk. En sandsynlig forklaring er netop sundhedsplejersken, som med sine hyppige besøg i barnets hjem og sin ekspertise mht. børns udvikling er i stand til at observere sådanne problemer og hjælpe familierne til at tackle dem. Hvis de er rigtigt og kan påvises, så ville det være endnu et vigtigt argument for at styrke sundhedsplejen.

Implikationer for praksis, gråd og uro: Det er vigtigt at udelukke biologiske årsager såsom mave-tarm-sygdomme og allergi, men kun i sjældne tilfælde er der sådanne biologiske problemer bag omfattende gråd og uro.¹⁷ I langt de fleste tilfælde er den indsats, der skal til, af psykosocial karakter, i vid udstrækning det, som sundhedsplejerskerne gør, når de besøger barnet hjemme: At hjælpe forældrene til at styrke forældre-barn-relationen, familiens sociale netværk og mor-far-relationen.^{8,15,16,17,26} Sundhedsplejersker fokuserer ofte på det positive, på familiens ressourcer. På grundlag af de eksisterende studier ser det ud til at være vigtigt at styrke mors oplevelse af, at hun kan tackle barnets gråd og uro, at hjælpe kvinder med at komme over efterfødselsreaktioner og at tilbyde ekstra besøg (behovssundhedspleje) hvor det skønnes nødvendigt.^{24,26,28} Sådanne ekstra besøg kan sikre, at der er tid til øget individuel vejledning i hele første leveår, og at problemerne ikke får lov til at udvikle sig unødigt.

Implikationer for praksis, spiseproblemer: Mange videnskabelige artikler om spiseproblemer i første leveår giver praktiske råd. Disse råd falder i to kategorier. Den første kategori handler om at reducere risikofaktorer, fx at styrke båndene mellem mor og far, at styrke det sociale netværk omkring familien, at styrke moderens selvværd og reducere stressbelastninger i familien. Den anden kategori er det, man kan gøre nu og her, fx etablere rolige og hyggelige måltider, rolig opmærksomhed over for barnet, rose barnet, når det går godt, sikre at forældrene ved tilstrækkeligt om disse forhold, og bryde ind i den negative spiral, som ofte opstår (se indledningen side 10).

Ligeledes er det vigtigt at støtte tidligt, så at sige tage fat på problemerne i opløbet.⁸ På disse områder har sundhedsplejersken muligheder for at hjælpe familierne. Hun kommer flere gange og kan fortsætte sin rådgivning og følge op, der hvor det ikke har hjulpet endnu.

Endnu en praktisk implikation er vidensdeling blandt sundhedsplejerskerne: Sikre at de sundhedsplejersker, som har særlig faglig indsigt og erfaring i at hjælpe forældre til børn med spiseproblemer, får lejlighed til at videreformidle sin viden. I praksis er diskussions- og gensidig-lærings-fora blandt sundhedsplejersker vigtigere og kan gennemføres lokalt uden de store økonomiske omkostninger.

8. Hvad kan rapporten bruges til?

Rapporten her understreger vigtigheden af sundhedsplejersken arbejder med den tidlige forældre-barn-kontakt samt at arbejdet med relationsopbygning mellem forældre og barn er utroligt vigtigt særligt i de første måneder af barnets liv. Ekstra sundhedsplejerskebesøg i starten af barnets liv kan være nødvendigt, hvis vanskeligheder med spisning, uro og gråd skal forebygges.

Den tidlige indsats i Danmark rummer for eksempel ammevejledning, styrkelse af forældre-barn-relationen, styrkelse af forældrenes oplevelse af at de kan tackle barnets gråd, uro eller spiseproblemer, særlig hjælp til kvinder med efterfødselsreaktion samt brug af ekstra besøg, hvor det er nødvendigt (behovssundhedspleje). Kerneydelserne i småbørnssundhedsplejen har således betydeligt overlap med den indsats, der kan give forældrene redskaber og styrke til at klare de vanskelige situationer omkring spisning, uro og gråd.

Vidensdeling både lokalt samt i en bredere kreds af sundhedsplejersker er vigtigt, så viden og erfaring bruges bedst muligt i arbejder med at støtte disse familier.

9. Referencer

1. Alvarez M. Caregiving and early infant crying in a Danish community. *J Dev Behav Pediatr* 2004; 25: 91-8.
2. Alvarez M, St James-Roberts I, Infant fussing and crying patterns in the first year in an urban community in Denmark. *Acta Paediatr* 1996; 85: 463-6.
3. Cook F, Bayer J, Mensah F, Cann W, Hiscock H. Baby business: a randomised controlled trial of a universal parenting program that aims to prevent early infant sleep and cry problems and associated parental depression. *BMC Pediatr* 2012; 12: 13.
4. Douglas P, Hill P. Managing infants who cry excessively in the first few months of life. *BMJ* 2011; 343: d7772.
5. Farrow C, Blissett J. Maternal cognitions, psychopathologic symptoms, and infant temperament as predictors of early infant feeding problems: a longitudinal study. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 128-34.
6. Feeding and eating disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 1237-9.
7. Haycraft E, Blissett J. The role of parents' romantic relationship warmth and hostility in child feeding practices and children's eating behaviours. *Matern Child Nutr* 2010; 6: 266-74.
8. Hemmi MH, Wolke D, Schneider S. Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Arch Dis Child* 2011; 96: 622-9.
9. Kivijärvi M, Räihä H, Virtanen S, Lertola K, Piha J. Maternal sensitivity behavior and infant crying, fussing and contended behavior: The effects of mother's experienced social support. *Scand J Psychol* 2004; 45: 239-46.
10. Kurth E, Spichiger E, Ciganocco E, Kennedy HP, Glanzmann R, Schmid M, Staehelin K, Schildler C, Stutz EZ. Predictors of crying problems in the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010; 39: 250-62.
11. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009; 18: 17-30.)
12. Olsen EM, Skovgaard AM, Weile B, Petersen J, Jørgensen T. Risk factors for weight faltering in infancy according to age at onset. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2010; 24: 370-82.
13. Östberg M, Hagelin E. Feeding and sleeping problems in infancy - a follow-up at early school age. *Child Care Health Dev* 2011; 37: 11-25.
14. Räihä H, Lehtonen L, Huhtala V, Saleva K, Korventanta H. Excessive crying infant in the family: mother-infant, father-infant and mother-father interaction. [Child Care Health Dev](#) 2002; 28: 419-29.
15. Rayce SB, Ellegaard Jørgensen S, Holstein BE. Søvnproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2013. In: St James-Roberts, Marissa Alvarez Wolke m.fl.: *Infant Crying and Sleeping in London, Copenhagen and When Parents Adopt a "Proximal" Form of Care*. *Pediatrics* Juni 2006.
16. Schmid G, Schreier A, Meyer R, Wolke D. A prospective study on the persistence of infant crying, sleeping and feeding problems and preschool behaviour. *Acta Paediatr* 2010; 99: 286-90.
17. Schmid G, Schreier A, Meyer R, Wolke D. Predictors of crying, feeding and sleeping problems: a prospective study. *Child Care Health Dev* 2011; 37: 493-502.

18. Sharp WG, Jaquess DL, Morton JF, Herzinger CV. Pediatric feeding disorders: a quantitative synthesis of treatment outcomes. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2010; 13: 348-365.
19. Shields B, Wacogne I, Wright CM. Weight faltering and failure to thrive in infancy and early childhood. *BMJ* 2012; 345: e5931.
20. Shim JE, Kim J, Mathai RA. Associations of infant feeding practices and picky eating behaviors of preschool children. *J Am Diet Assoc* 2011; 111: 1363-8.
21. Sidor A, Fischer C, Eifkhorst A, Cierpka M. Influence of early regulatory problems in infants on their development at 12 months: a longitudinal study in a high-risk sample. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health* 2013; 7: 35.
22. Skovgaard AM. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Dan Med Bull* 2010; 57: B4193.
23. Skovgaard AM. Spiseproblemer og spiseforstyrrelser hos små børn. *Månedsskrift for praktisk lægegerning* 2012; (find volume nummer): 1013-21
24. St. James-Roberts I, Alvarez M, Csipke E, Abramsky T, Goodwin J, Sorgenfrei E. *Pediatr* 2006; 117: e1146.
25. St. James-Roberts I, Conroy S, Wilsher C. Stability and outcome of persistent infant crying. [Child Care Health Dev](#) 1998; 24: 353-76.
26. von Kries R, Kalies H, Papousek M. Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiple regulatory problems. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160: 508-11.
27. Winsper C, Wolke D. Infant and toddler crying, sleeping and feeding problems and trajectories of dysregulated behaviour across childhood. *J Abnorm Child Psychol* 2013 [Epub ahead of print]
28. Wolke D, Rizzo P, Woods S. Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatr* 2002; 109: 1054-60.
29. Wolke D, Schmid G, Schreir A, Meyer R. Crying and feeding problems in infancy and cognitive outcome in preschool children born at risk: a prospective population study. *J Dev Behav Pediatr* 2009; 30: 226-38.
30. Wolke MA, Talbro A. Hvorfor græder barnet? Gråd og kolik hos spædbørn. København: Komiten for sundhedsoplysning 2010.
31. Wurmser H, Rieger M, Domogalla C, Kahnt A, Buchwald J, Kowatsch M, Kuehnert N, Buske-Kirschbaum A, Papousek M, Pirke K-M, von Voss H. Association between life stress during pregnancy and infant crying in the first six months postpartum: a prospective longitudinal study. [Early Hum Dev](#) 2006; 82: 341-9

10. Data fra hver kommune

10.1 Albertslund Kommune

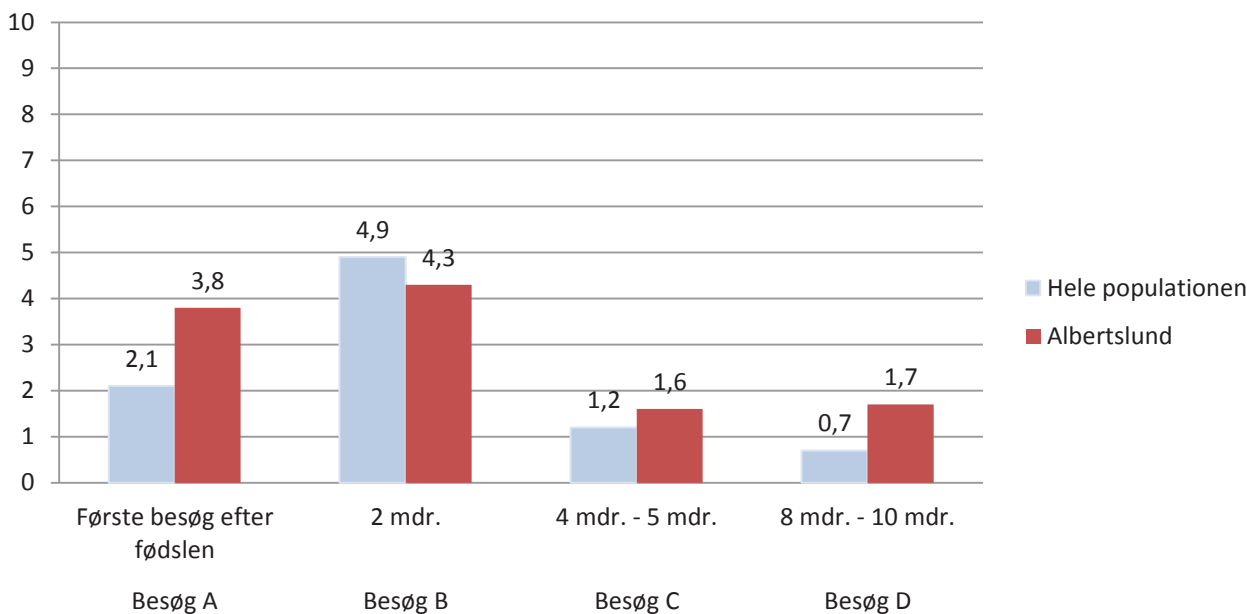
Denne temarapport har til formål at beskrive forekomsten af problemer med gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår samt at beskrive baggrunden for disse problemer. Kapitel 2 i rapporten beskriver populationen og metoder, her kan man læse flere detaljer om data og analyser.

Børn med bemærkninger til uro og gråd

Fra Albertslund indgår 279 børn i rapporten. Heraf har 27 børn bemærkninger til uro og gråd ved mindst ét af de fire besøg i barnets første leveår. For 10 børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 3,8 % af de gennemførte A-besøg. For 11 børn er der noteret bemærkning til B-besøget (2 mdr.), svarende til 4,3 %. For fire børn er der noteret bemærkning til uro/søvn ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 1,6 % og for fire børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 1,7 % af de gennemførte D-besøg.

Figur 10.1.a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg, for Albertslund Kommune og for alle de nuværende 13 kommuner i databasen (hele populationen). Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til uro/gråd toppe, når barnet er ca. to måneder.

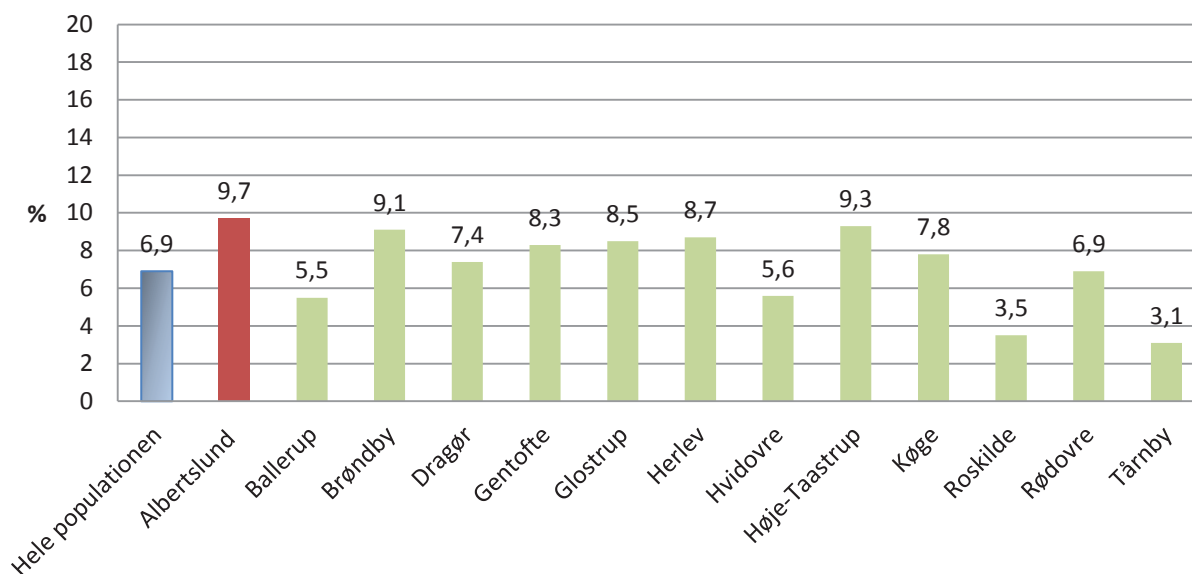
Figur 10.1.a Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg



Figur 10.1.b viser andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår i de deltagende kommuner. Af figuren fremgår det, at 9,7 % af de undersøgte børn i Albertslund Kommune

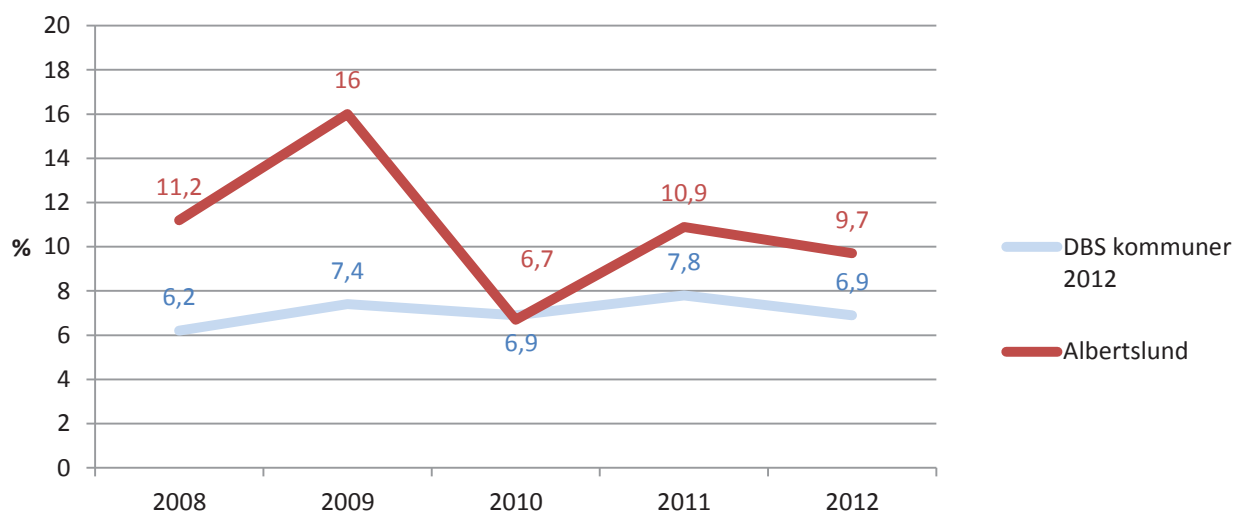
har mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. Dette er en del højere end i hele populationen, hvor 6,9 % af børnene har bemærkninger.

Figur 10.1.b Andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår



Figur 10.1.c viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registreret mindst en bemærkning til uro/gråd i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Albertslund Kommune. Det ses, at kommunen næsten alle år har ligget højere end gennemsnittet for hele populationen.

Figur. 10.1.c Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd problemer i første leve år 2008-2012



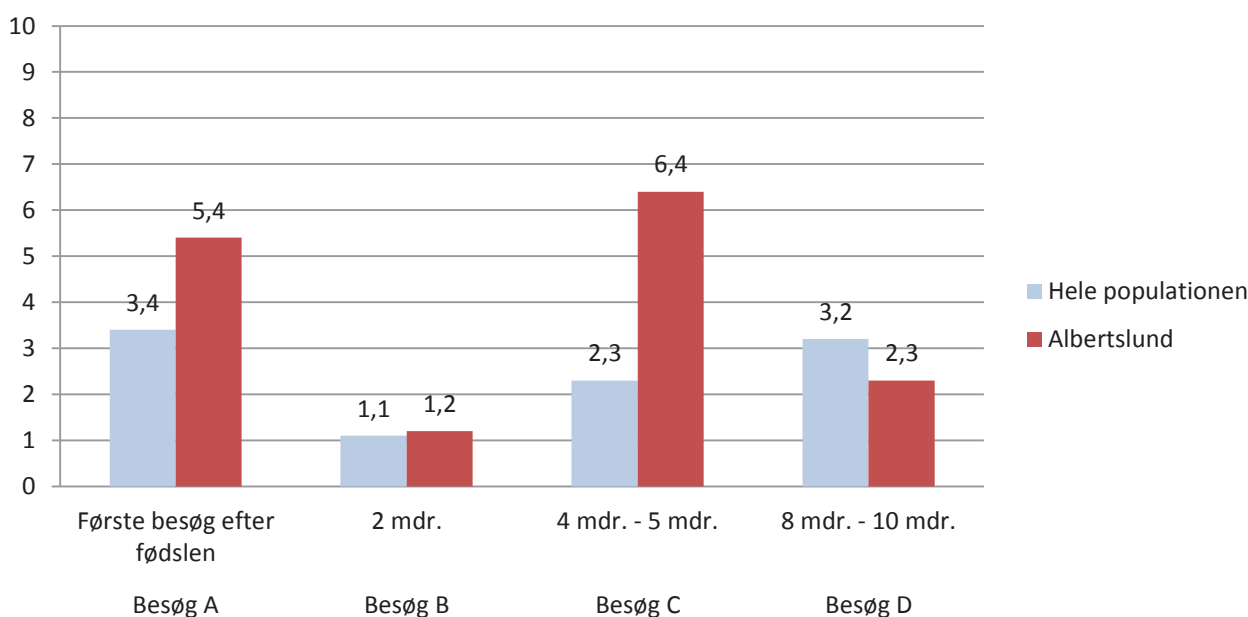
I Albertslund Kommune har børn, hvor der er noteret bemærkninger til søvn ved mindst ét besøg, større risiko for at have mindst en bemærkning til uro/gråd. Forekomsten er 4,7 % for børn, som ikke har bemærkning til søvn og 19,6 % for børn, der har bemærkning. Børn med bemærkning til mors psykiske tilstand har også oftere bemærkninger til uro/gråd. Forekomsten er 16,5 % blandt børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand og 4,4 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkning. Samme billede ses for børn, hvor der er bemærkninger til forældre-barn-kontakt, her er forekomsten 26,8 % for børn med bemærkning til forældre-barn-kontakt og 6,8 % for børn uden bemærkning.

Børn med bemærkninger til spisning

Fra Albertslund Kommune indgår 279 børn med journaldata om barnets spisning i første leveår. Ud af disse har 41 børn mindst en bemærkning om spiseproblemer ved mindst et af de fire besøg i barnet første leveår. For 15 børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 5,4 % af de gennemførte A-besøg. For tre børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved B-besøget (første besøg efter fødslen), svarende til 1,2 %. For 14 børn er der noteret bemærkning til spisning ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 6,4 % og for 10 børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 2,3 % af de gennemførte D-besøg.

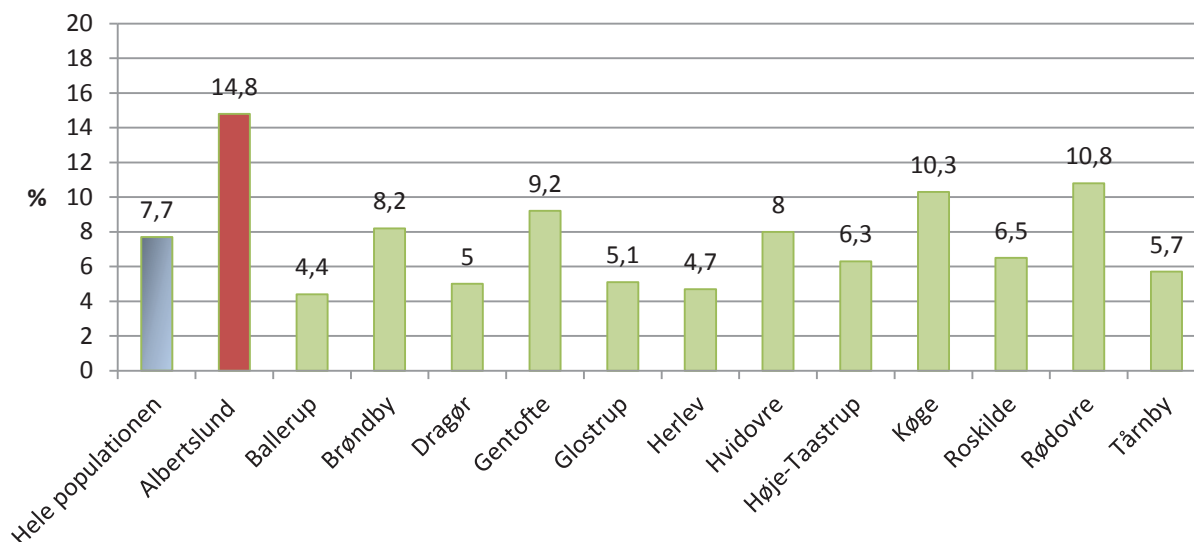
Figur 10.1.d viser andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg for Albertslund og for hele populationen i rapporten. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til spisning er højest ved A-besøget og lavest ved B-besøget. Af figuren ses, at forekomsten i Albertslund Kommune ved A- og C-besøget er højere end forekomsten i den samlede population.

Figur 10.1.d Andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg i første leveår



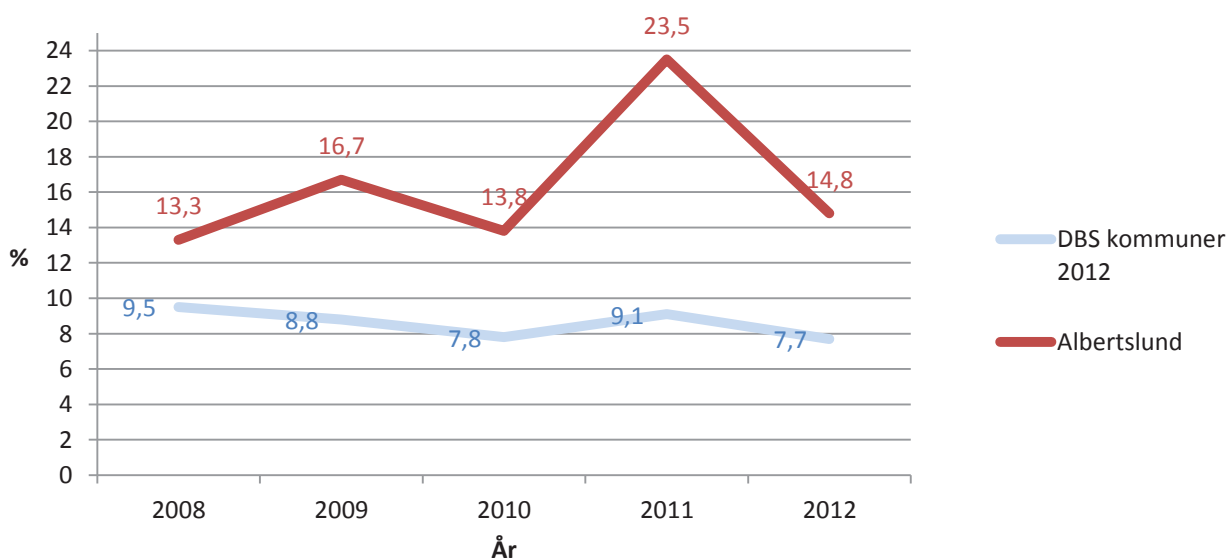
Figur 10.1.e viser andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår opdelt for hele populationen og for Albertslund Kommune. For 14,8 % af børnene i kommunen er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Forekomsten i Albertslund Kommune er således den højeste blandt alle de deltagende kommuner.

Figur 10.1.e Andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår opdelt på kommune



Figur 10.1.f viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registreret mindst en bemærkning til problemer til spisning i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Albertslund Kommune. Af figuren ses, at kommunen alle år har haft en højere forekomst af bemærkninger end i den samlede population.

Figur 10.1.f Andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår 2008-2012



Forekomsten af bemærkninger til spiseproblemer er højere blandt børn i Albertlund Kommune, der har et handicap eller en sygdom end blandt børn, der ikke har. Forekomsten er 50,0 % for børn med et handicap eller en sygdom og 13,6 % for børn uden. I gruppen af børn, hvor der er noteret bemærkninger til søvn, er andelen også større, 26,1 % blandt børn, hvor der er noteret søvnproblemer og 10,3 % i gruppen uden søvnproblemer. Bemærkninger til mors psykiske tilstand øger også risikoen. Forekomsten af bemærkninger til spiseproblemer er 24,0 % for børn, hvor der ikke er bemærkninger til mors psykiske tilstand og 7,6 %, hvor der er bemærkninger. Tilsvarende billede ses for bemærkninger til forældre-barn-kontakt, her er forekomsten for børn uden bemærkning 10,1 % og 31,7 % for børn med bemærkning til forældre-barn-kontakt.

Sammenfatning

I Albertlund Kommune har 9,7 % af de undersøgte børn mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. De fleste bemærkninger er noteret ved B-besøget, hvor barnet er 2. mdr. gammelt. De børn, som har problemer i forhold til uro/gråd, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer, bemærkninger til søvn, mors psykiske tilstand samt til forældre-barn-kontakt.

For 14,8 % af børnene i Albertlund Kommune er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Flest bemærkninger er noteret ved det første besøg efter fødslen (A-besøget). Forekomsten af bemærkninger til uro/gråd er højere i gruppen af børn, der har et handicap eller en sygdom end i gruppen af børn, der ikke har, i gruppen af børn med bemærkning til søvn, mors psykiske tilstand og/eller forældre-barn-kontakt.

10.2 Ballerup Kommune

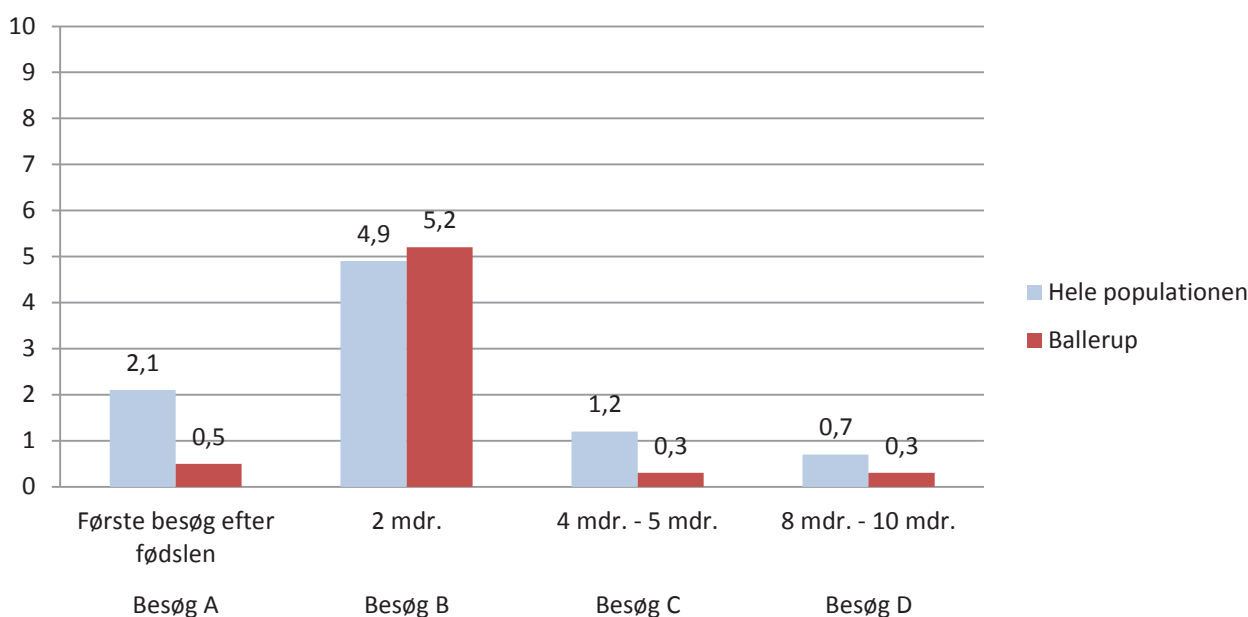
Denne temarapport har til formål at beskrive forekomsten af problemer med gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår samt at beskrive baggrunden for disse problemer. Kapitel 2 i rapporten beskriver populationen og metoder, her kan man læse flere detaljer om data og analyser.

Børn med bemærkninger til uro og gråd

Fra Ballerup indgår 450 børn i rapporten. Heraf har 24 børn bemærkninger til uro og søvn ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår. For to børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 0,5 % af de gennemførte A-besøg. For 20 børn er der noteret bemærkning til B-besøget (2 mdr.) svarende til 5,2 %. For et barn er der noteret bemærkning til uro/søvn ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 0,3 % og for et barn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 0,3 % af de gennemførte D-besøg.

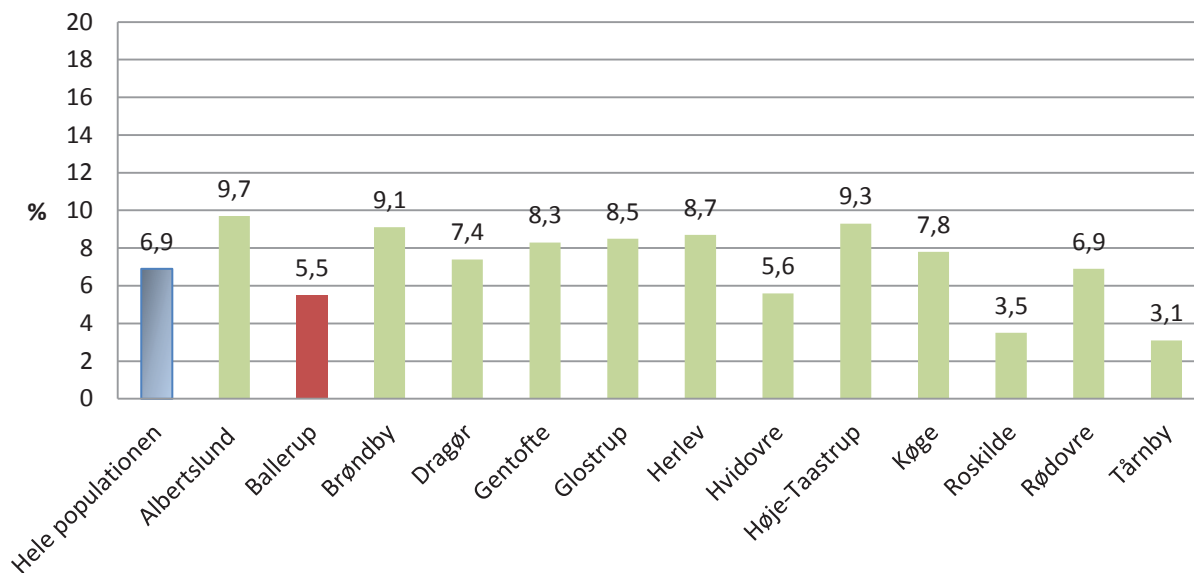
Figur 10.2.a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg, for Ballerup Kommune og for alle de nuværende 13 kommuner i databasen (hele populationen). Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til uro/gråd toppes, når barnet er ca. to måneder.

Figur 10.2.a Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg



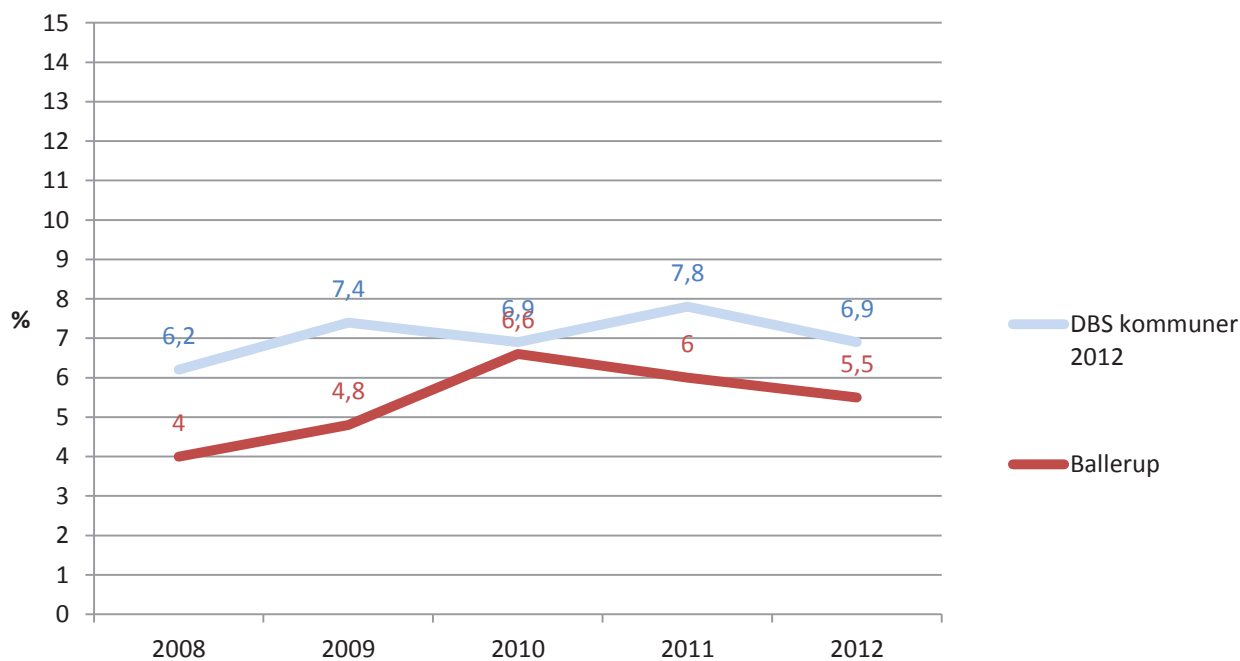
Figur 10.2.b viser andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår i de deltagende kommuner. Af figuren fremgår det, at 5,5 % af de undersøgte børn i Ballerup Kommune har mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. I hele populationen er den tilsvarende andel 6,9 %.

Figur 10.2.b Andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår



Figur 10.2.c viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til uro/gråd i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Ballerup Kommune. Det ses, at kommunen alle år har ligget lavere end gennemsnittet for hele populationen.

Figur. 10.2.c Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd problemer i første leve år 2008-2012



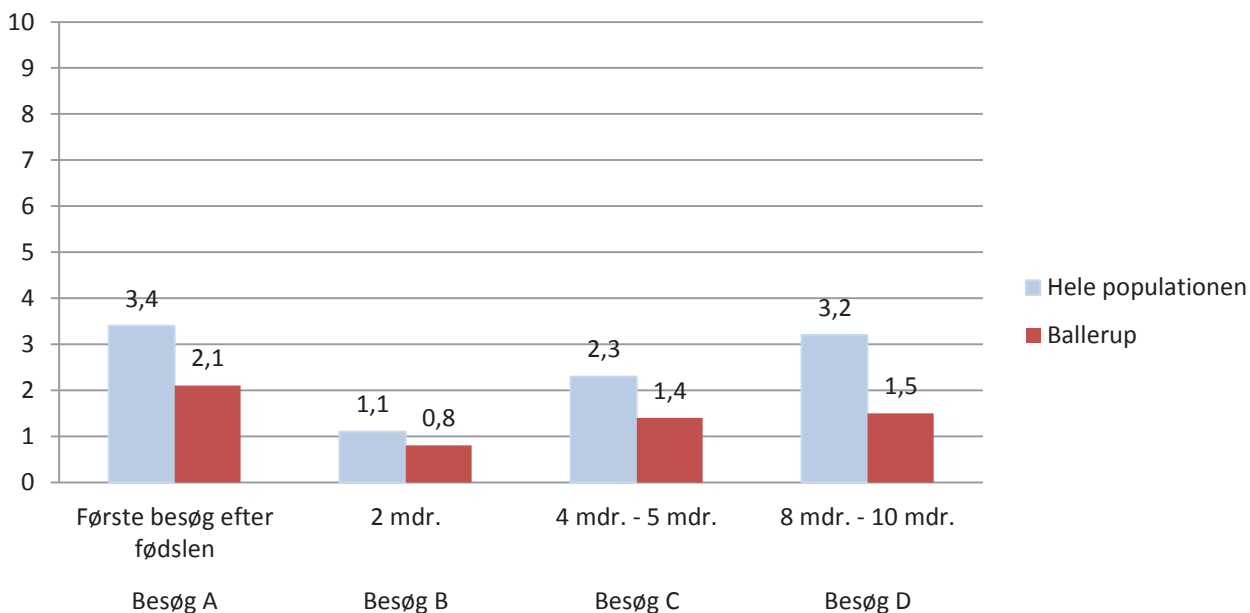
I Ballerup Kommune har børn, som ikke bor sammen med begge deres forældre, statistisk sikker højere forekomst af uro og gråd-problemer. Forekomsten blandt børn, der bor sammen med begge forældre, er 4,7 % og for børn, der ikke bor sammen med begge forældre, 20 %. Børn, hvis mødre højest har en tiende klasses eksamen, har også større forekomst. Frekvensen er 2,2 % blandt børn, hvor mor har en højere uddannelse end tiende klasse og 7,1 % blandt børn af mødre, der højest har en tiende klasses eksamen. Gruppen af børn, hvis fædre er uden for erhverv, har også en øget forekomst af uro og søvn-bemærkninger sammenlignet med børn, hvor far er i erhverv, henholdsvis 15,4 % og 3,2 %. Børn, hvor der er noteret bemærkninger til fødslen, har også en øget risiko. Forekomsten er 8,4 % for børn med bemærkninger til fødslen og 3,1 for børn uden bemærkninger til fødslen. Gestationsalderen har også betydning for forekomsten af bemærkninger om uro/gråd. Forekomsten 20,8 % for børn født før uge 37 og 4,9 % for børn født i uge 37 eller senere. Der ses også en sammenhæng mellem fødselsvægt og bemærkninger til uro/gråd. Forekomsten er 20 % for børn under 2500 g, 9,8 % for børn mellem 2500 g og 2999 g, 4,6 % for børn med en fødselsvægt mellem 3000 g og 3499 g samt 3,9 % for børn med en fødselsvægt på 3500 g eller mere. I Ballerup Kommune har børn, som har bemærkning til søvn ved mindst et besøg, større risiko for at have mindst en bemærkning til uro/gråd. Forekomsten er 3,9 % for børn, som ikke har bemærkninger til søvn og 18,2 % for børn, der har bemærkning. Børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand har også oftere bemærkninger til uro/gråd. Forekomsten er 13,6 % blandt børn, hvor der er bemærkninger til mors psykiske tilstand og 1,7 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkninger. Samme billede ses for børn, hvor der er bemærkninger til forældre-barn-kontakt, her er forekomsten 32,4 % for børn med bemærkning til forældre-barn-kontakt og 3,0 % for børn uden bemærkning.

Børn med bemærkninger til spisning

Fra Ballerup Kommune indgår 450 børn med journaldata om barnets spisning i første leveår. Ud af disse har 19 børn mindst en bemærkning om spiseproblemer ved mindst et af de fire besøg i barnet første leveår. For otte børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 2,1 % af de gennemførte A-besøg. For tre børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved B-besøget (første besøg efter fødslen), svarende til 0,8 %. For fem børn er der noteret bemærkning til spisning ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 1,4 % og for fem børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 1,5 % af de gennemførte D-besøg.

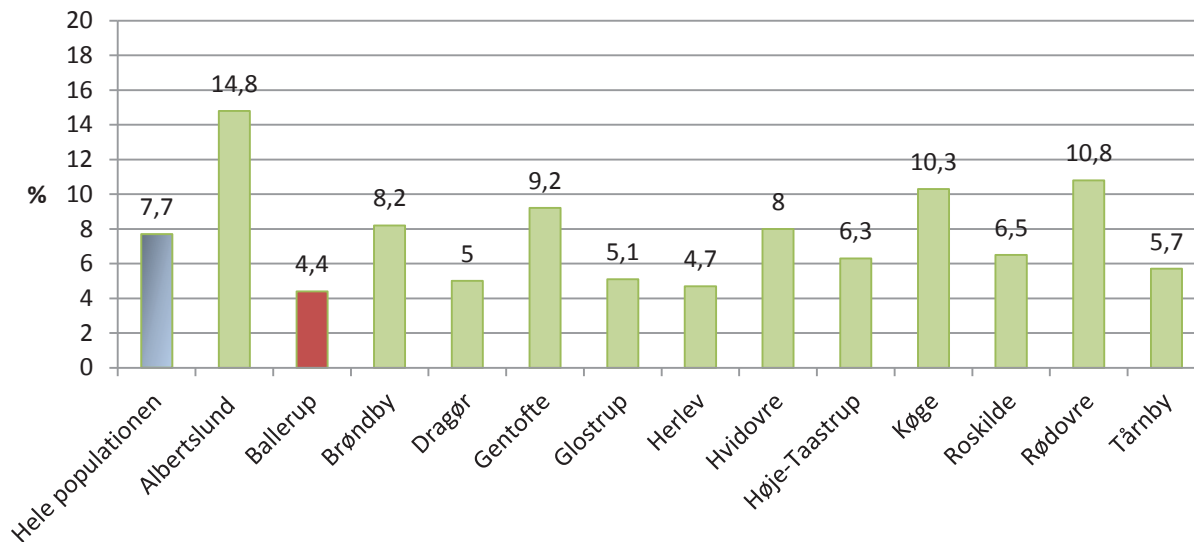
Figur 10.2.d viser andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg for Ballerup og for hele populationen i rapporten. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til spisning er højest ved A-besøget og lavest ved B-besøget. Af figuren ses også, at forekomsten i Ballerup Kommune for alle fire typer af besøg er lavere end forekomsten i den samlede populationen.

Figur 10.2.d Andelen af børn med bemærkning til spising ved de fire besøg i første leveår



Figur 10.2.e viser andelen af børn med mindst en bemærkning til spising i første leveår opdelt for hele populationen og for Ballerup kommune. For 4,4 % af børnene i Ballerup er der noteret bemærkninger om problemer med spising ved mindst et besøg. Forekomsten i Ballerup Kommune er således den laveste blandt alle de deltagende kommuner.

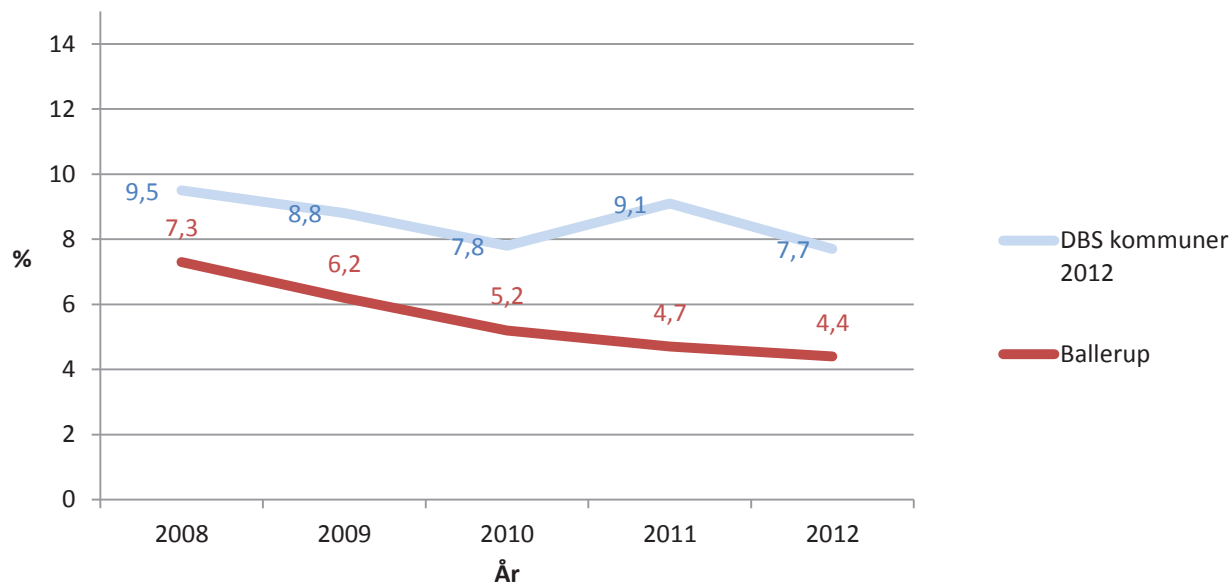
Figur 10.2.e Andelen af børn med mindst en bemærkning til spising i første leveår opdelt på kommune



Figur 10.2.f viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til problemer til spising i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Ballerup

Kommune. Af figuren ses, at Ballerup alle år har haft en lavere forekomst af bemærkninger end i den samlede population.

Figur 10.2.f Andelen børn med mindst en bemærkning spisning i første leveår 2008-2012



Forekomsten af bemærkninger til spiseproblemer er højere blandt børn i Ballerup Kommune, der har et handicap eller en sygdom end blandt børn, der ikke har. Forekomsten er 30,0 % for børn med et handicap eller en sygdom og 4,0 % for børn uden.

Sammenfatning

I Ballerup Kommune har 5,5 % af de undersøgte børn mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. De fleste bemærkninger er noteret ved B-besøget, hvor barnet er 2 mdr. gammelt. De børn, som har problemer i forhold til uro/søvn, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer, som fx børn, der ikke bor sammen med begge deres forældre, hvis mor højst har en tiende klasses eksamen, hvis far ikke er i erhverv, er født før uge 37, børn med lav fødselsvægt, børn, hvor der er noteret bemærkning til mors psykiske tilstand, forældre-barn-kontakt og/eller søvn ved mindst et besøg.

For 4,4 % af børnene i Ballerup Kommune er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Flest bemærkninger er noteret ved det første besøg efter fødslen (A-besøget). Forekomsten af bemærkninger til uro/gråd er højere i gruppen af børn, der har et handicap eller en sygdom end i gruppen af børn, der ikke har.

10.3 Brøndby Kommune

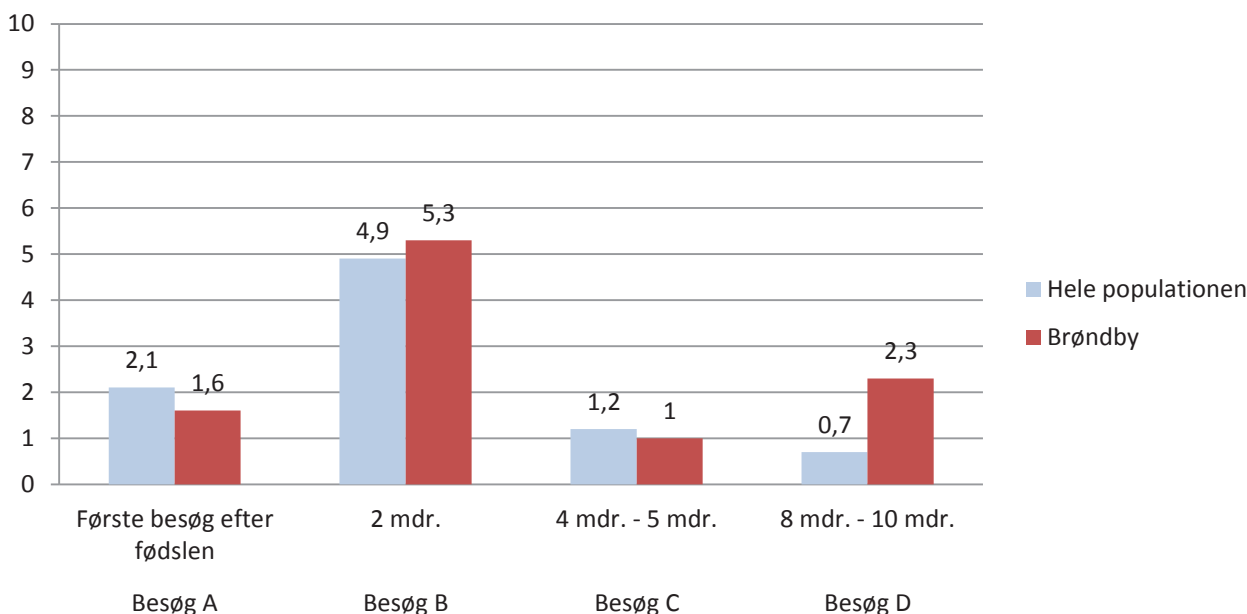
Denne temarapport har til formål at beskrive forekomsten af problemer med gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår samt at beskrive baggrunden for disse problemer. Kapitel 2 i rapporten beskriver populationen og metoder, her kan man læse flere detaljer om data og analyser.

Børn med bemærkninger til uro og gråd

Fra Brøndby Kommune indgår 329 børn i rapporten. Heraf har 30 børn bemærkninger til uro og søvn ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår. For fem børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 1,6 % af de gennemførte A-besøg. For tre børn er der noteret bemærkning til uro/søvn ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 1 % og for syv børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 2,3 % af de gennemførte D-besøg.

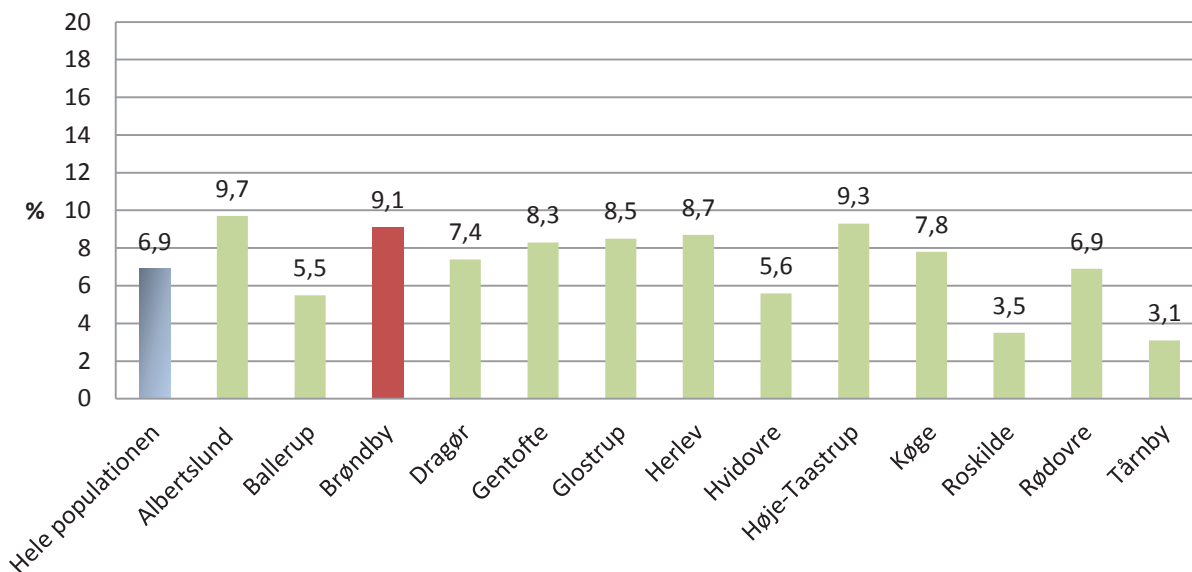
Figur 10.3.a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg for Brøndby Kommune og for alle de nuværende 13 kommuner i databasen (hele populationen). Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til uro/gråd topper, når barnet er ca. to måneder.

Figur 10.3.a Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg



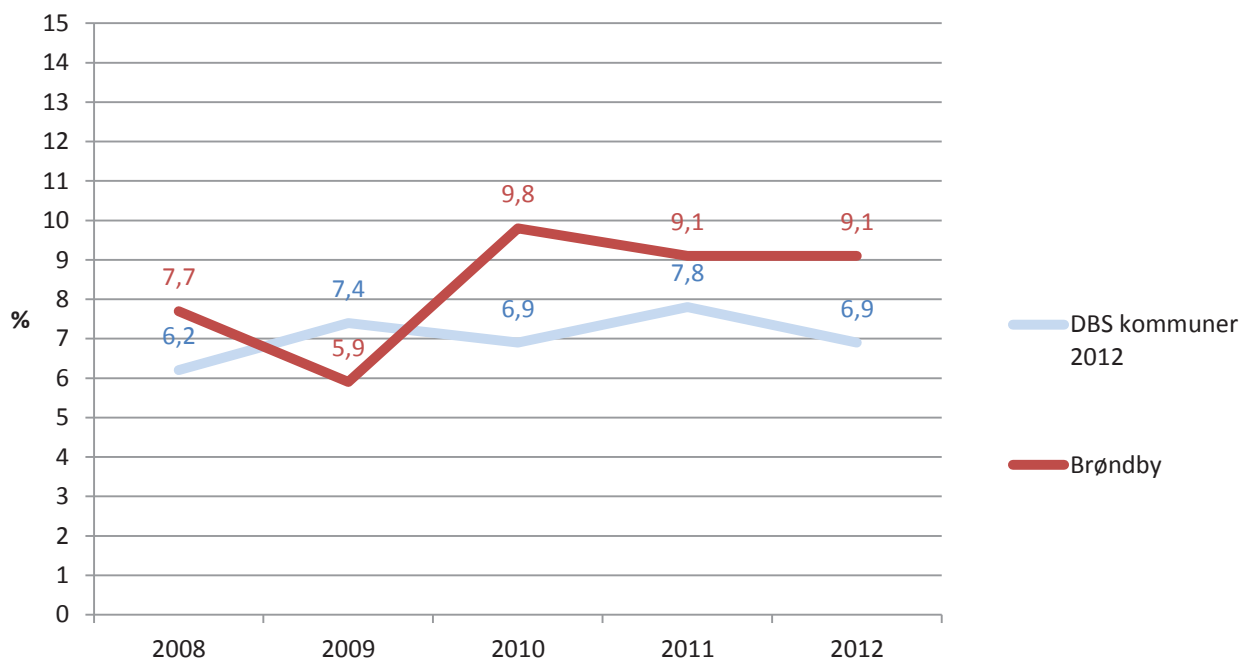
Figur 10.3.b viser andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår i de deltagende kommuner. Af figuren fremgår det, at 9,1 % af de undersøgte børn i Brøndby Kommune har mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. Brøndby ligger således højere end hele populationen, hvor 6,9 % af børnene har mindst en bemærkning til uro/gråd.

Figur 10.3.b Andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår



Figur 10.3.c viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registreret mindst en bemærkning til uro/gråd i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Brøndby Kommune. Det ses, at andelen med mindst en bemærkning er steget i Brøndby, og at kommunen næsten alle år har ligget højere end gennemsnittet for hele populationen.

Figur. 10.3.c Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd problemer i første leveår 2008-2012



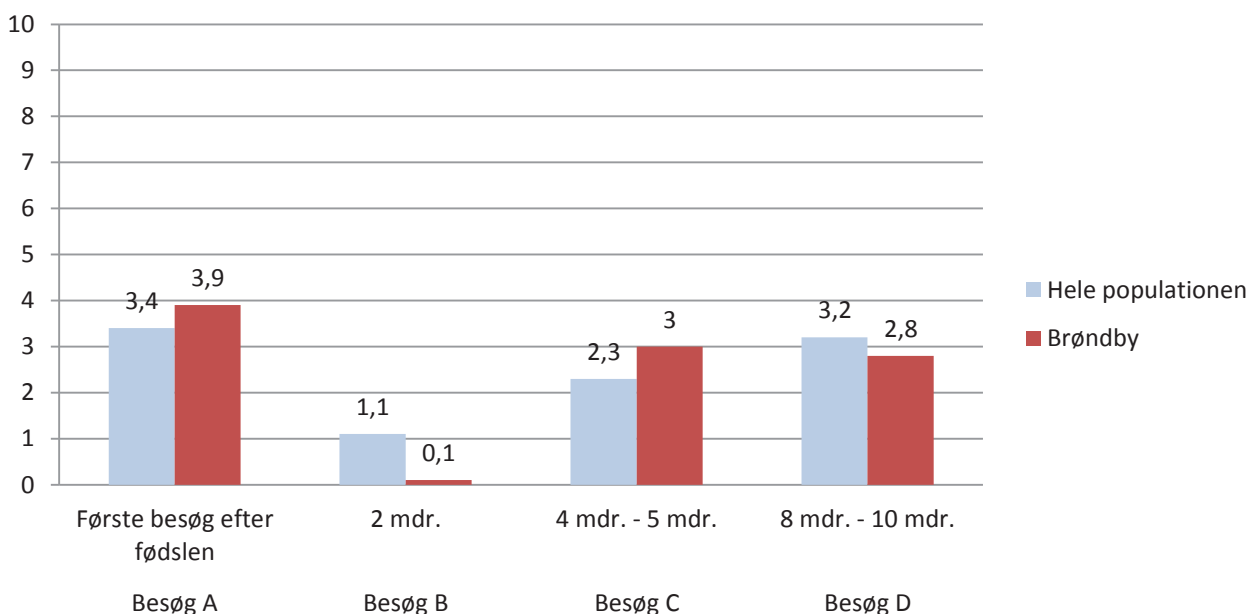
I Brøndby Kommune har børn, som har bemærkning til søvn ved mindst et besøg, statistisk sikker større risiko for at have mindst en bemærkning til uro/gråd. Forekomsten er 7,6 % for børn, som ikke har bemærkninger til søvn og 18,9 % for børn, der har bemærkning. Børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand har også oftere bemærkninger til uro/gråd. Forekomsten er 20,3 % blandt børn i Brøndby, hvor der er bemærkninger til mors psykiske tilstand og 2,4 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkninger. Samme billede ses for børn, hvor der er bemærkninger til forældre-barn-kontakt, her er forekomsten 21 % for børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og 5,2 % for børn uden bemærkning.

Børn med bemærkninger til spisning

Fra Brøndby Kommune indgår 329 børn med journaldata om barnets spisning i første leveår. Ud af disse har 27 børn mindst en bemærkning om spiseproblemer ved mindst et af de fire besøg i barnet første leveår. For 12 børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 3,9 % af de gennemførte A-besøg. For fire børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved B-besøget (første besøg efter fødslen), svarende til 0,1 %. For otte børn er der noteret bemærkning til spisning ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 3 % og for otte børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 2,3 % af de gennemførte D-besøg.

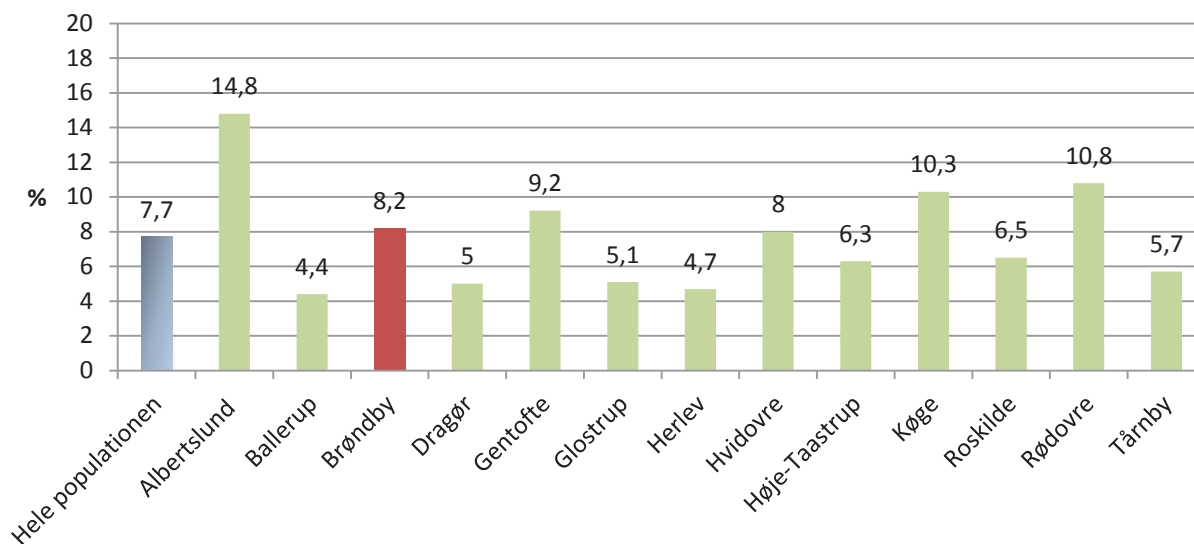
Figur 10.3.d viser andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg for Brøndby og for hele populationen i rapporten. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til spisning er højest ved A-besøget og lavest ved B-besøget. Af figuren ses også, at forekomst i Brøndby Kommune ved de enkelte besøg stort set er identiske med forekomsten i den samlede populationen.

Figur 10.3.d Andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg i første leveår



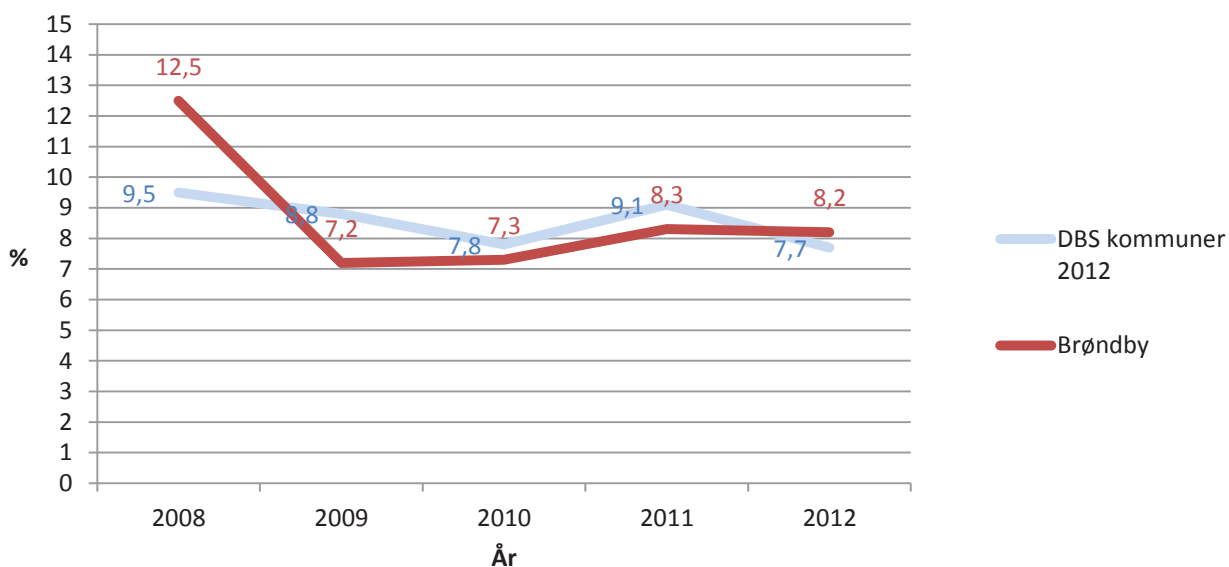
Figur 10.3.e viser andelen af børn med mindst en bemærkning spising i første leveår opdelt for hele populationen og for Brøndby. For 8,2 % af børnene i Brøndby er der noteret bemærkninger om problemer med spising ved mindst et besøg. Forekomsten i Brøndby er således næsten identisk med den samlede forekomst i den samlede population.

Figur 10.3.e Andelen af børn med mindst en bemærkning til spising i første leveår opdelt på kommune



Figur 10.3.f viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til problemer til spising i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Brøndby Kommune. Af figuren ses, at Brøndby lå højere end den samlede population i 2008, men siden har fulgt forekomsten i den samlede population.

Figur 10.3.f Andelen børn med mindst en bemærkning til spising i første leveår 2008-2012



Forekomsten af bemærkninger til spisning er højere blandt børn i Brøndby Kommune, der har et handicap eller en sygdom end blandt børn, der ikke har. Forekomsten er 36,4 % for børn med et handicap eller en sygdom og 7,6 % for børn uden. Børn af fædre, der er yngre end 25 år, har oftere mindst en bemærkning til spisning end børn af fædre, der er 25 år eller ældre. Forekomsten blandt børn af fædre under 25 år er 17,9 % og 7,1 % blandt fædre, der er over 25 år. Dette fund går i modsat retning end i den samlede population, hvor børn af fædre under 25 år har mindre forekomst. Børn af mødre, hvor sundhedsplejersken har noteret mindst en bemærkning til mors psykiske tilstand, har oftere mindst en bemærkning til problemer med spisning end børn, hvor der ikke er bemærkning til mors psykiske tilstand. Forekomsten er 4,9 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkninger til mors psykiske tilstand og 13,8 % blandt børn, hvor der er noteret mindst en bemærkning. Samme billede ses for bemærkning til forældre-barn-kontakt, her er andelen, hvor der er bemærkning til spisning 14,1 % for børn, hvor der er bemærkning til forældre-barn-kontakt og 6,1 % for børn, hvor der ikke er noteret bemærkning til forældre-barn-kontakt.

Sammenfatning

I Brøndby Kommune har 9,1 % af de undersøgte børn mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. De fleste bemærkninger er noteret ved B-besøget, hvor barnet er 2 mdr. gammelt. De børn, som har problemer i forhold til uro/søvn, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer, som bemærkning til søvn ved mindst et besøg, bemærkning til mors psykiske tilstand eller bemærkning til forældre-barn-kontakt.

For 8,2 % af børnene i Brøndby Kommune er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Flest bemærkninger er noteret ved det første besøg efter fødslen (A-besøget). Forekomsten af bemærkninger til uro/gråd er højere i gruppen af børn, der har et handicap eller en sygdom end i gruppen af børn, der ikke har. Børn af mødre, hvor sundhedsplejersken har noteret mindst en bemærkning til mors psykiske tilstand eller forældre-barn-kontakt, har også større risiko for at have uro/gråd problemer.

10.4 Dragør Kommune

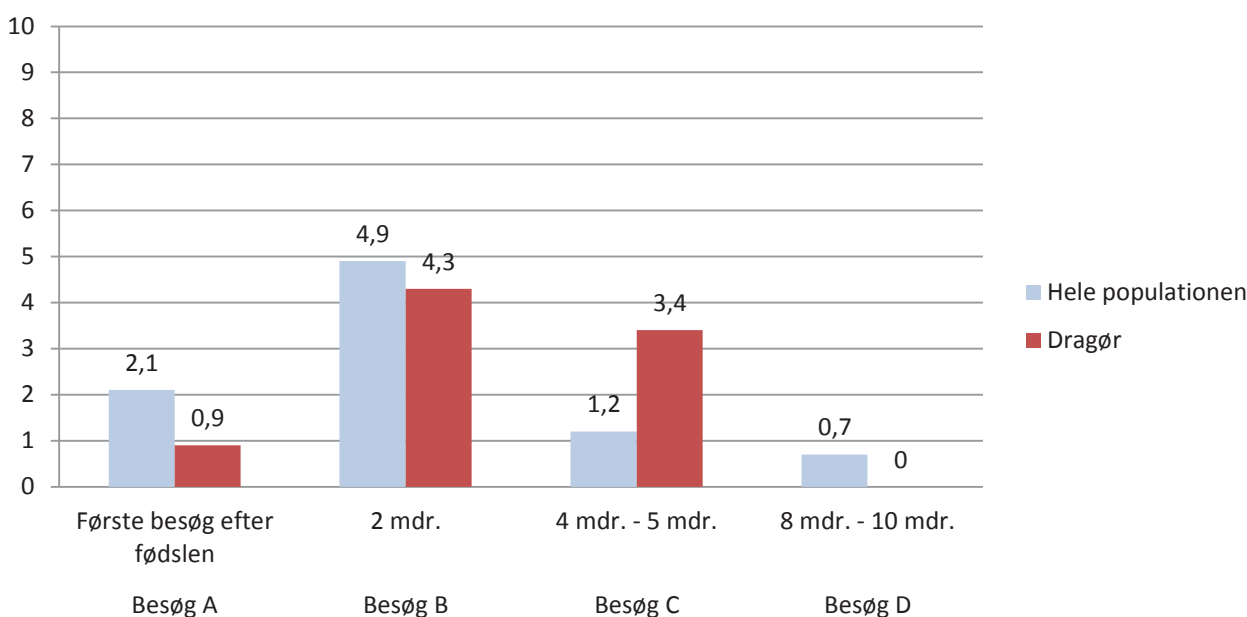
Denne temarapport har til formål at beskrive forekomsten af problemer med gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår samt at beskrive baggrunden for disse problemer. Kapitel 2 i rapporten beskriver populationen og metoder, her kan man læse flere detaljer om data og analyser.

Børn med bemærkninger til uro og gråd

Fra Dragør indgår 121 børn i rapporten. Heraf har 9 børn bemærkninger til uro og søvn ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår. For et barn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 0,9 % af de gennemførte A-besøg. For fem børn er der noteret bemærkning til B-besøget (2 mdr.), svarende til 4,3 %. For fire børn er der noteret bemærkning til uro/søvn ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 3,4 % og for ingen børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.) er der noteret bemærkning.

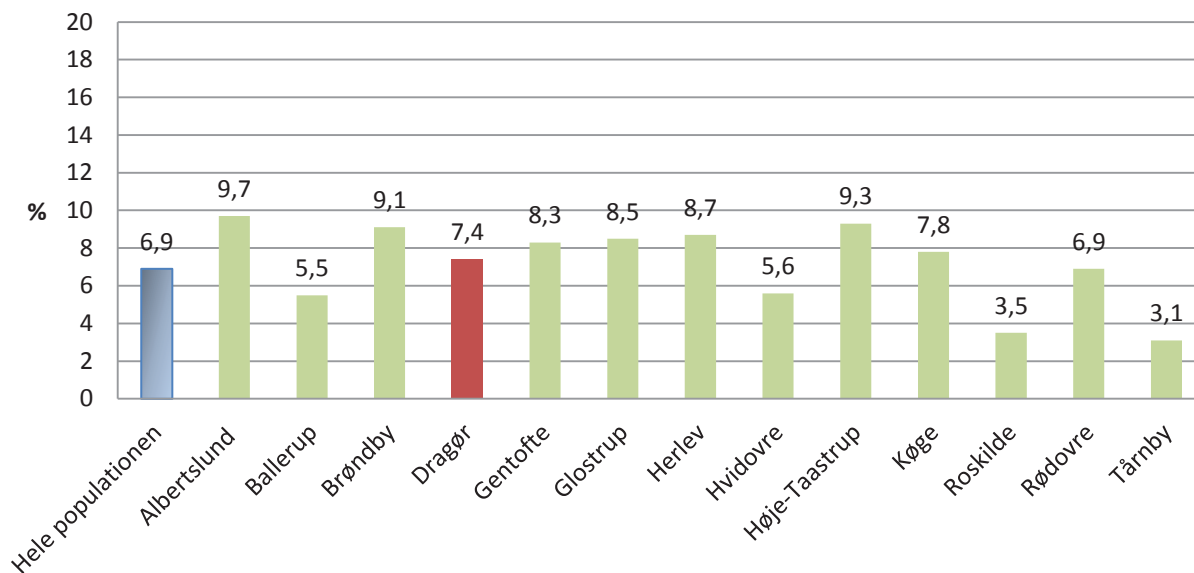
Figur 10.4.a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg, for Dragør Kommune og for alle de nuværende 13 kommuner i databasen (hele populationen). Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til uro/gråd topper, når barnet er ca. to måneder.

Figur 10.4.a Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg



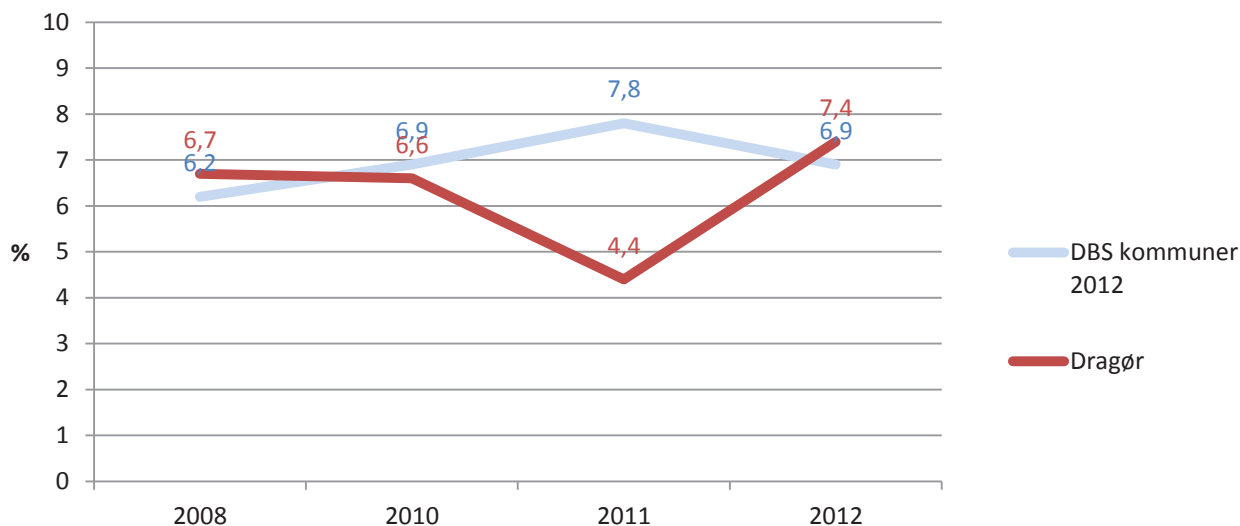
Figur 10.4.b viser andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår i de deltagende kommuner. Af figuren fremgår det, at 7,4 % af de undersøgte børn i Dragør Kommune har mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. I hele populationen er den tilsvarende andel 6,9 %.

Figur 10.4.b Andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår



Figur 10.4.c viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til uro/gråd i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Dragør Kommune. Det ses, at kommunen alle år, med undtagelse af 2011, har ligget på niveau med gennemsnittet for hele populationen.

Figur. 10.4.c Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd problemer i første leveår 2008-2012



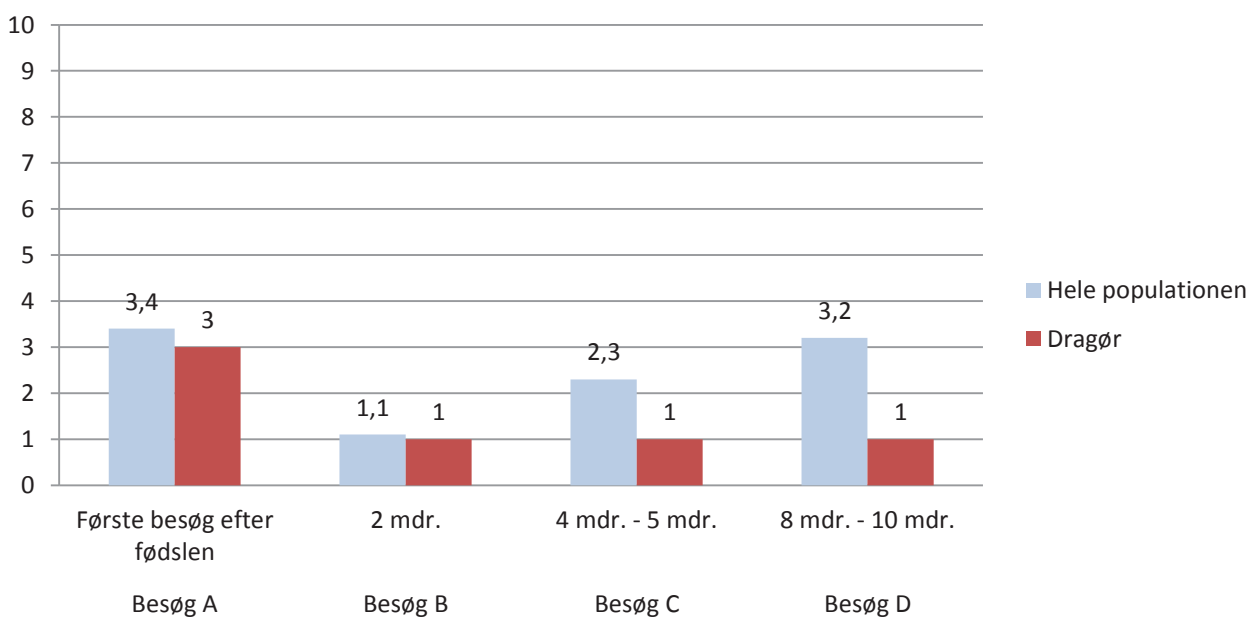
I Dragør Kommune har børn, som er født før uge 37, statistisk sikker højere forekomst af uro og gråd problemer end børn født i uge 37 eller senere. Forekomsten er 28,6 % for børn født før uge 37 og 4,0 % for børn født i uge 37 eller senere. I Dragør Kommune har børn, som har bemærkning til søvn ved mindst et besøg større risiko for at have mindst en bemærkning til uro/gråd. Forekomsten er 6,2 % for børn, som ikke har bemærkninger til søvn og 33,3 % for børn, der har bemærkning. Børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand har også oftere bemærkninger til uro/gråd. Forekomsten er 25,0 % blandt børn, hvor der er bemærkninger til mors psykiske tilstand og 2,2 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkninger.

Børn med bemærkninger til spisning

Fra Dragør Kommune indgår 121 børn med journaldata om barnets spisning i første leveår. Ud af disse har fem børn mindst en bemærkning om spiseproblemer ved mindst et af de fire besøg i barnet første leveår. For tre børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen). For et barn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved B-besøget (første besøg efter fødslen). For et barn er der noteret bemærkning til spisning ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), og for et barn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.).

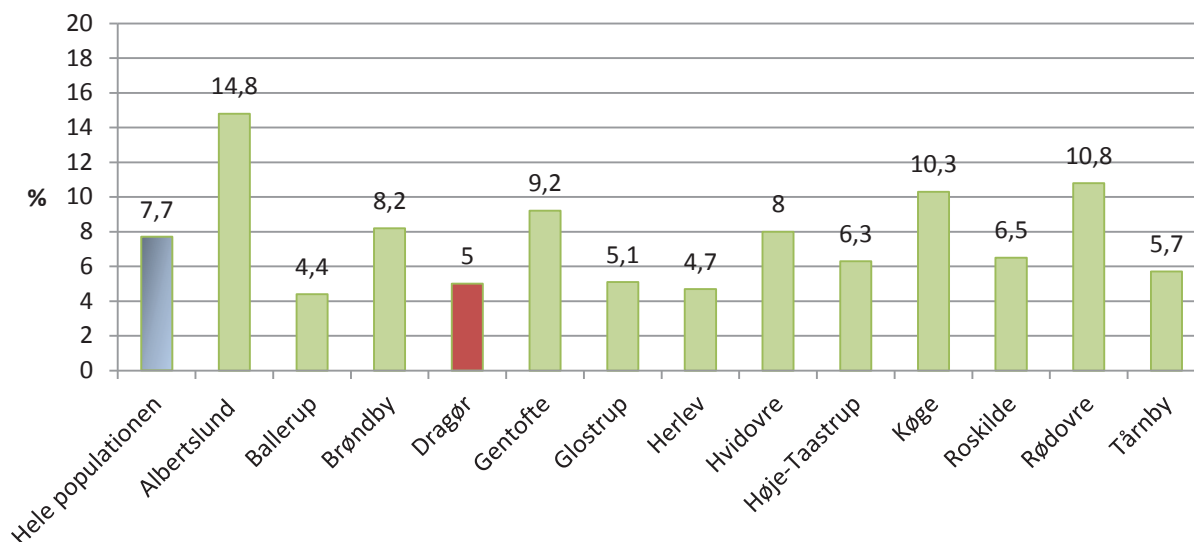
Figur 10.4.d viser andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg for Dragør og for hele populationen i rapporten. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til spisning er højest ved A-besøget. Af figuren ses også, at forekomsten i Dragør Kommune for alle fire typer af besøg er lidt lavere eller på niveau med forekomsten i den samlede populationen.

Figur 10.4.d Andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg i første leveår



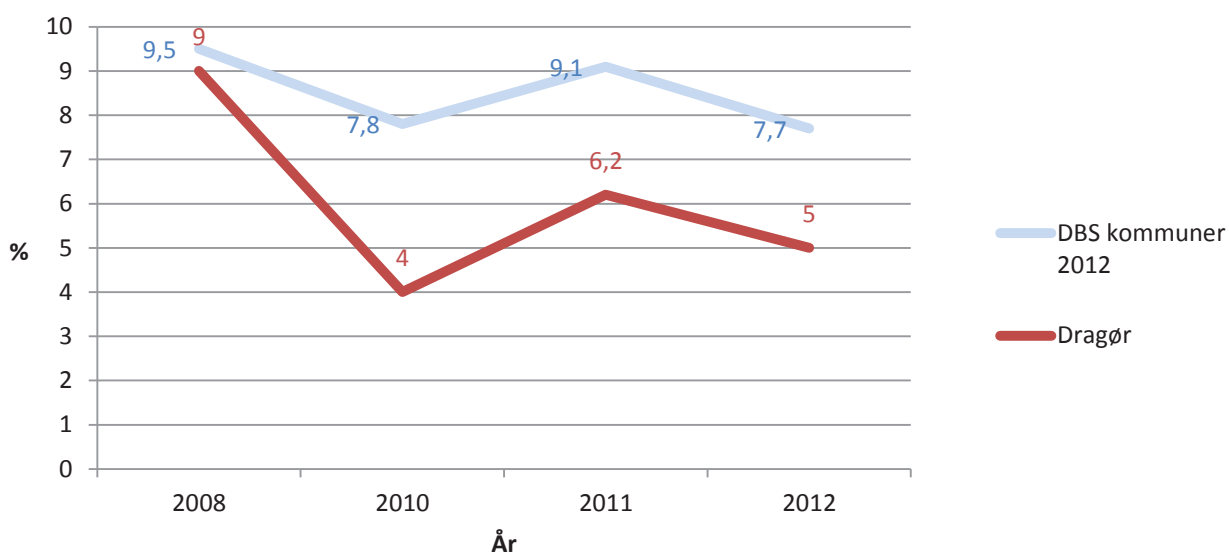
Figur 10.4.e viser andelen af børn med mindst en bemærkning spisning i første leveår opdelt for hele populationen og for Dragør. For 5,0 % af børnene i Dragør er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Forekomsten i kommune er således lavere end forekomsten i den samlede population, hvor 7,7 % har mindst en bemærkning til spisning.

Figur 10.4.e Andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår opdelt på kommune



Figur 10.4.f viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til problemer til spisning i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Dragør Kommune. Af figuren ses, at kommunen alle år har haft en lavere forekomst af bemærkninger end i den samlede population.

Figur 10.4.f Andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår 2008-2012



Pga. det lille antal af børn med bemærkninger til spisning ses der, som forventet, ingen statistisk sikker forskel mellem subgrupper af børn i Dragør Kommune.

Sammenfatning

I Dragør Kommune har 7,4 % af de undersøgte børn mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. De fleste bemærkninger er noteret ved B-besøget, hvor barnet er 2 mdr. gammelt. De børn, som har problemer i forhold til uro/søvn, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer - som fx børn født før uge 37 - at der er bemærkning til søvn problemer og/eller mors psykiske tilstand.

For 5 % af børnene i Dragør Kommune er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Flest bemærkninger er noteret ved det første besøg efter fødslen (A-besøget).

10.5 Gentofte Kommune

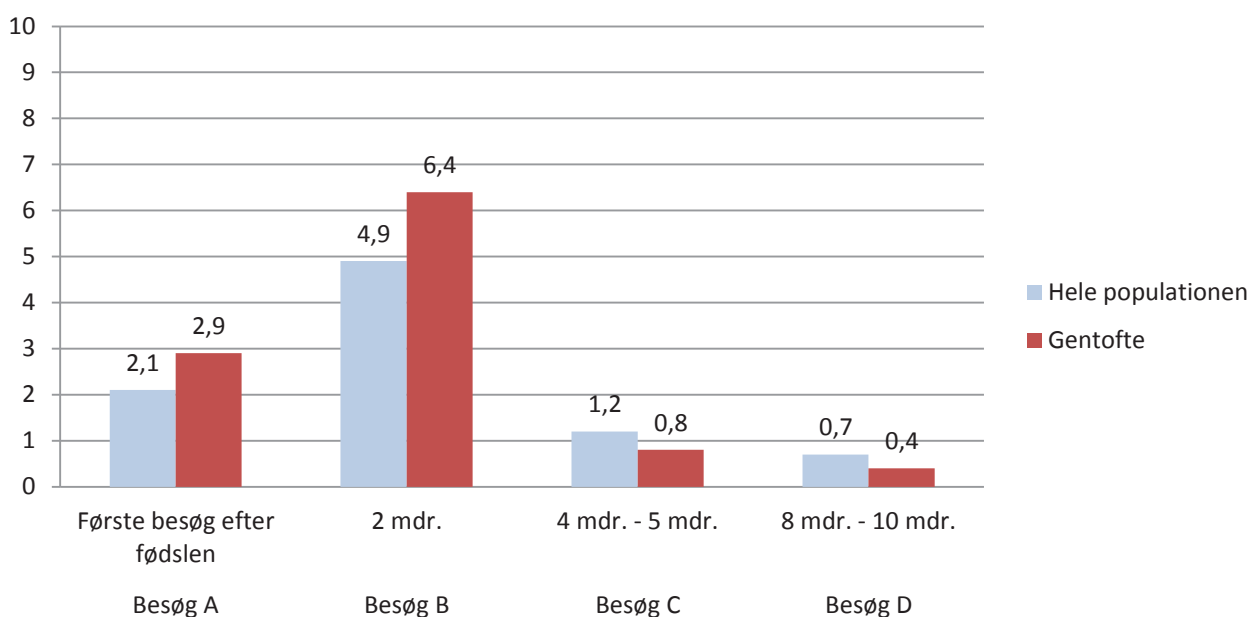
Denne temarapport har til formål at beskrive forekomsten af problemer med gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår samt at beskrive baggrunden for disse problemer. Kapitel 2 i rapporten beskriver populationen og metoder, her kan man læse flere detaljer om data og analyser.

Børn med bemærkninger til uro og gråd

Fra Gentofte Kommune indgår 673 børn i rapporten. Heraf har 56 børn bemærkninger til uro og søvn ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår. For 18 børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 2,9 % af de gennemførte A-besøg. For 39 børn er der noteret bemærkning til B-besøget (2 mdr.), svarende til 6,4 %. For fem børn er der noteret bemærkning til uro/søvn ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 0,8 % og for fire børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 0,7 % af de gennemførte D-besøg.

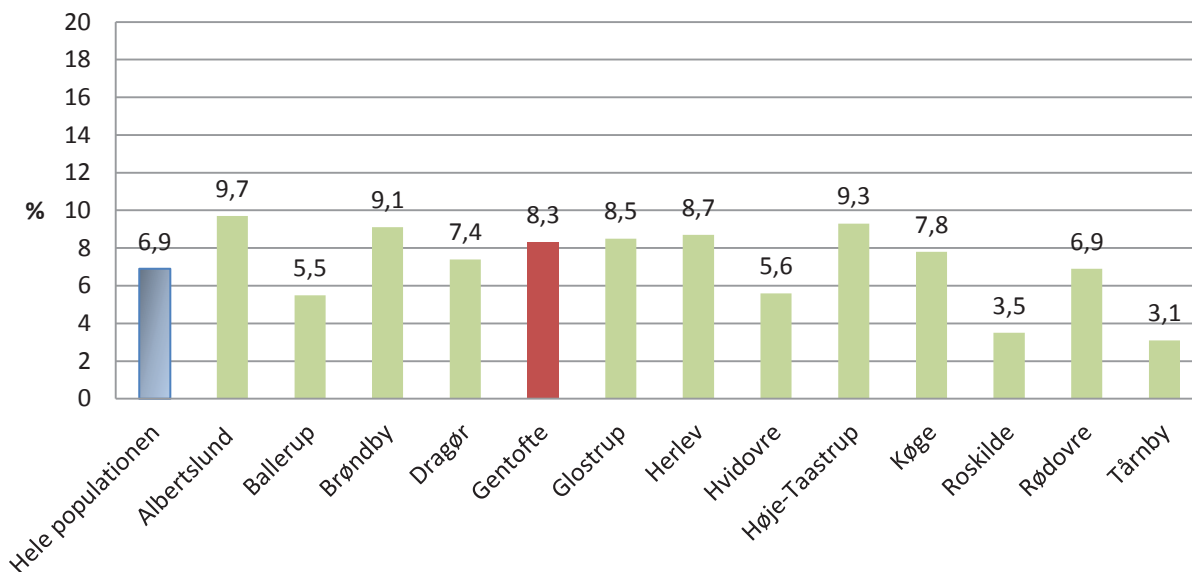
Figur 10.5.a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg for Gentofte Kommune og for alle de nuværende 13 kommuner i databasen (hele populationen). Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til uro/gråd toppe, når barnet er ca. to måneder.

Figur 10.5.a Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg



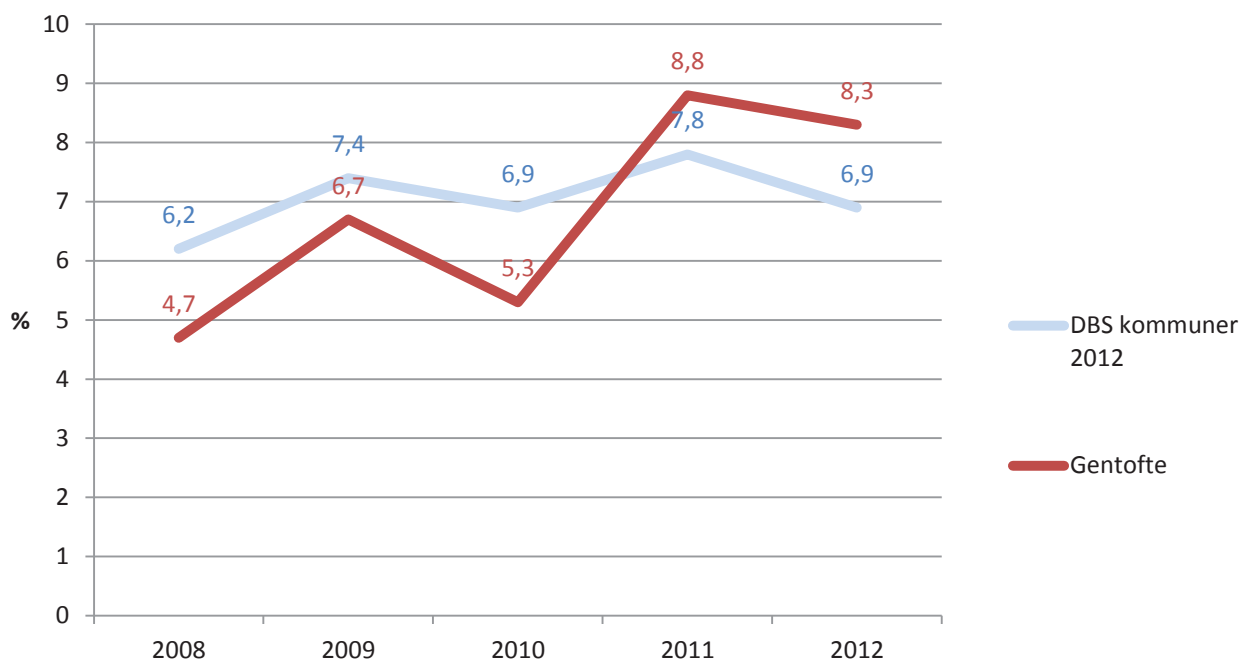
Figur 10.5.b viser andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår i de deltagende kommuner. Af figuren fremgår det, at 8,3 % af de undersøgte børn i Gentofte Kommune har mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. Kommunen ligger således højere end hele populationen, hvor 6,9 % af børnene har mindst en bemærkning til uro/gråd.

Figur 10.5.b Andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår



Figur 10.5.c viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registreret mindst en bemærkning til uro/gråd i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Gentofte Kommune. Det ses, at andelen med mindst en bemærkning samlet set er steget i Gentofte.

Figur. 10.5.c Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd problemer i første leveår 2008-2012



I Gentofte Kommune har flere drenge end piger bemærkning til uro og gråd ved mindst et besøg. Forekomsten er 10,4 % for drenge og 6,0 % for piger. Børn, der bor sammen med en ryger, har ligeledes større risiko for at have bemærkning til uro og gråd. Forekomsten er 22,2 % for børn, der bor sammen med en ryger, og 8,1 % for børn, der ikke bor sammen med en ryger. Gruppen af børn, der ikke er blevet ammet fuldt i minimum fire måneder, har også øget risiko. Forekomsten af mindst en bemærkning til gråd er 15,5 % for børn, der ikke er blevet ammet fuldt, og 5,3 % for de børn, der er blevet ammet fuldt mindst fire måneder. Børn med bemærkninger til søvn har oftere også bemærkninger til uro/gråd. Forekomsten er 30,5 % for børn med bemærkninger til søvn og 5,6 % for børn uden bemærkninger.

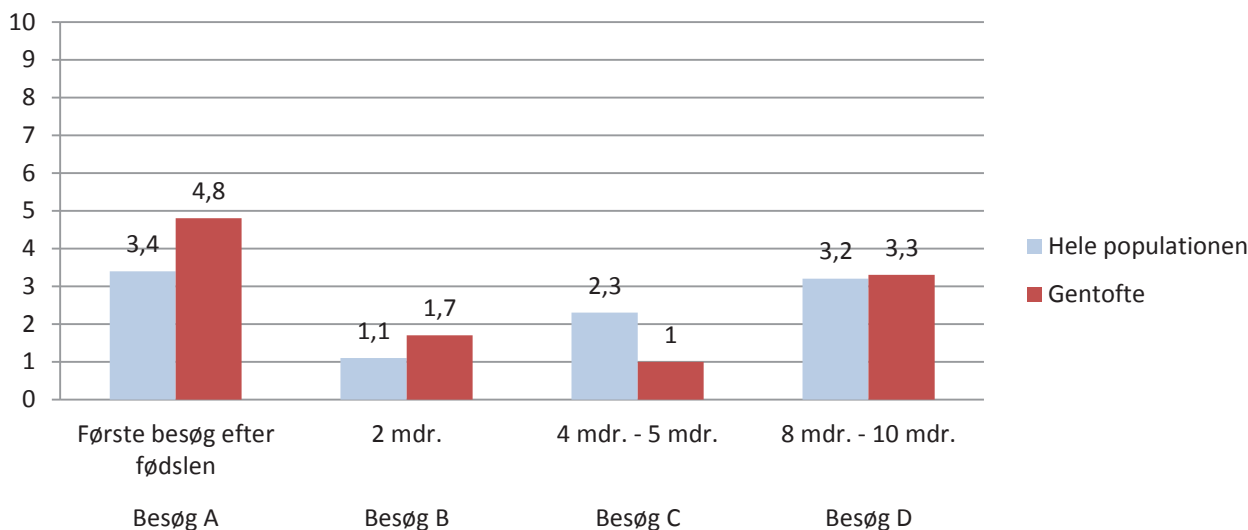
Børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand har også oftere bemærkninger til uro/gråd. Forekomsten er 16,5 % blandt børn i Gentofte, hvor der er bemærkninger til mors psykiske tilstand og 4,1 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkninger. Samme billede ses for børn, hvor der er bemærkninger til forældre-barn-kontakt, her er forekomsten 20,3 % for børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og 5,8 % for børn uden bemærkning. Børn, hvor der er noteret bemærkninger til spisning, har ligeledes en højere forekomst af bemærkninger til uro/gråd, henholdsvis 16,1 % for børn med bemærkning til spisning og 7,5 % for børn uden bemærkning til spisning.

Børn med bemærkninger til spisning

Fra Gentofte Kommune indgår 673 børn med journaldata om barnets spisning i første leveår. Ud af disse har 62 børn mindst en bemærkning om spiseproblemer ved mindst et af de fire besøg i barnet første leveår. For 30 børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 4,8 % af de gennemførte A-besøg. For 10 børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved B-besøget (første besøg efter fødslen), svarende til 1,7 %. For seks børn er der noteret bemærkning til spisning ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 1,0 % og for 18 børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 3,3 % af de gennemførte D-besøg.

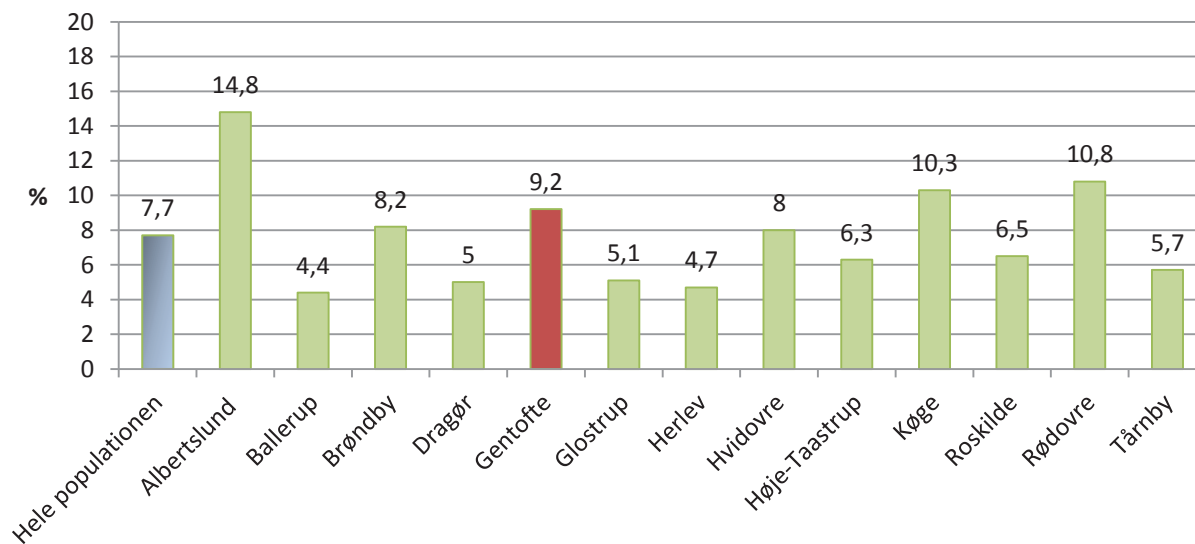
Figur 10.5.d viser andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg for Gentofte Kommune og for hele populationen i rapporten. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til spisning er højest ved A-besøget.

Figur 10.5.d Andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg i første leveår



Figur 10.5.e viser andelen af børn med mindst en bemærkning spisning i første leveår opdelt for hele populationen og for Gentofte Kommune. For 9,2 % af børnene i kommunen er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Forekomsten i Gentofte er således højere end forekomsten i den samlede population, hvor forekomsten er 7,7 %.

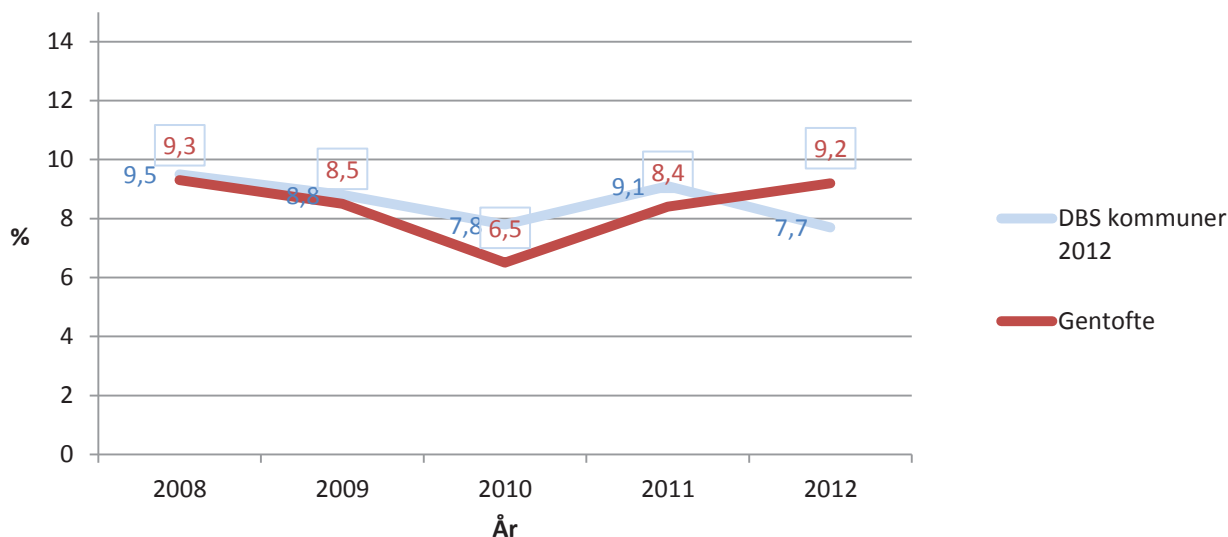
Figur 10.5.e Andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår opdelt på kommune



Figur 10.5.f viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til problemer til spisning i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Gentofte

Kommune. Af figuren ses, at Gentofte stort set har fulgt niveauet for alle databasekommunerne indtil 2012, hvor kommune har en lidt højere forekomst af bemærkninger til spising.

Figur 10.5.f Andelen børn med mindst en bemærkning til spising i første leveår 2008-2012



Forekomsten af bemærkninger til spising er højere blandt børn i Gentofte Kommune, der har bemærkning til fødslen end blandt børn, der ikke har. Forekomsten af bemærkninger til spising er også højere for børn, der ikke er blevet ammet fuldt i mindst fire måneder end for børn, der er blevet ammet. Forekomsten er henholdsvis 15,5 % for børn, der ikke er blevet ammet og 8,3 % for børn, der er blevet ammet fuldt i mindst fire måneder. Børn af mødre, hvor sundhedsplejersken har noteret mindst en bemærkning til mors psykiske tilstand, har oftere mindst en bemærkning til problemer med spising end børn, hvor der ikke er bemærkning til mors psykiske tilstand. Forekomsten er 5,9 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkninger til mors psykiske tilstand og 15,6 % blandt børn, hvor der er noteret mindst en bemærkning. Samme billede ses for bemærkning til forældre-barn-kontakt, her er andelen, hvor der er bemærkning til spising 23,7 % for børn, hvor der er bemærkning til forældre-barn-kontakt og 6,1 % for børn, hvor der ikke er noteret bemærkning til forældre-barn-kontakt.

Sammenfatning

I Gentofte har 8,3 % af de undersøgte børn mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. De fleste bemærkninger er noteret ved B-besøget, hvor barnet er to måneder gammelt. De børn, som har problemer i forhold til uro/søvn, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer, som børn i rygerhjem, børn, der ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder, børn med bemærkning til søvn ved mindst et besøg, bemærkning til mors psykiske tilstand eller bemærkning til forældre-barn-kontakt. Herudover har flere drenge end piger bemærkninger til uro/gråd i Gentofte Kommune.

For 9,2 % af børnene i Gentofte Kommune er der noteret bemærkninger om problemer med spising ved mindst et besøg. Flest bemærkninger er noteret ved det første besøg efter fødslen (A-besøget). Forekomsten af bemærkninger til uro/gråd er højere i gruppen af børn, hvor der er noteret bemærkning til fødslen og børn, der ikke er ammet fuldt i minimum fire måneder. Børn af mødre, hvor sundhedsplejersken har noteret mindst en bemærkning til mors psykiske tilstand, søvnproblemer eller forældre-barn-kontakt har også større risiko for at have bemærkninger til spising.

10.6 Glostrup Kommune

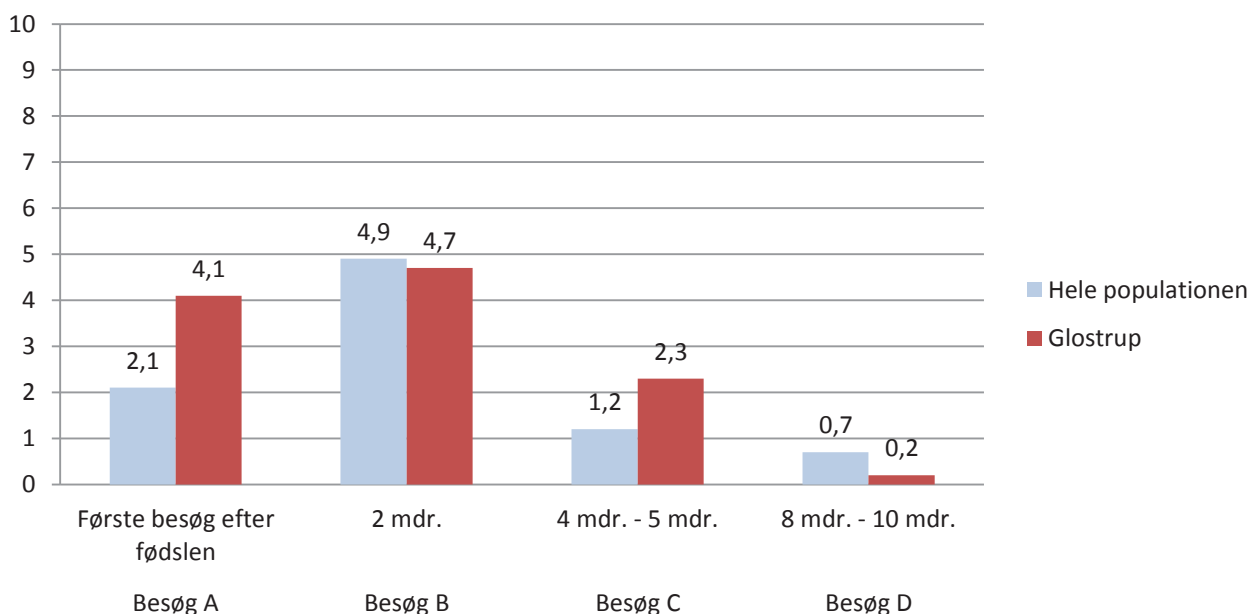
Denne temarapport har til formål at beskrive forekomsten af problemer med gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår samt at beskrive baggrunden for disse problemer. Kapitel 2 i rapporten beskriver populationen og metoder, her kan man læse flere detaljer om data og analyser.

Børn med bemærkninger til uro og gråd

Fra Glostrup Kommune indgår 235 børn i rapporten. Heraf har 20 børn bemærkninger til uro og søvn ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår. For ni børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 4,1 % af de gennemførte A-besøg. For 10 børn er der noteret bemærkning til B-besøget (2 mdr.) svarende til 4,7 %. For fem børn er der noteret bemærkning til uro/søvn ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 2,3 % og for et barn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til ved 0,5 % af de gennemførte D-besøg.

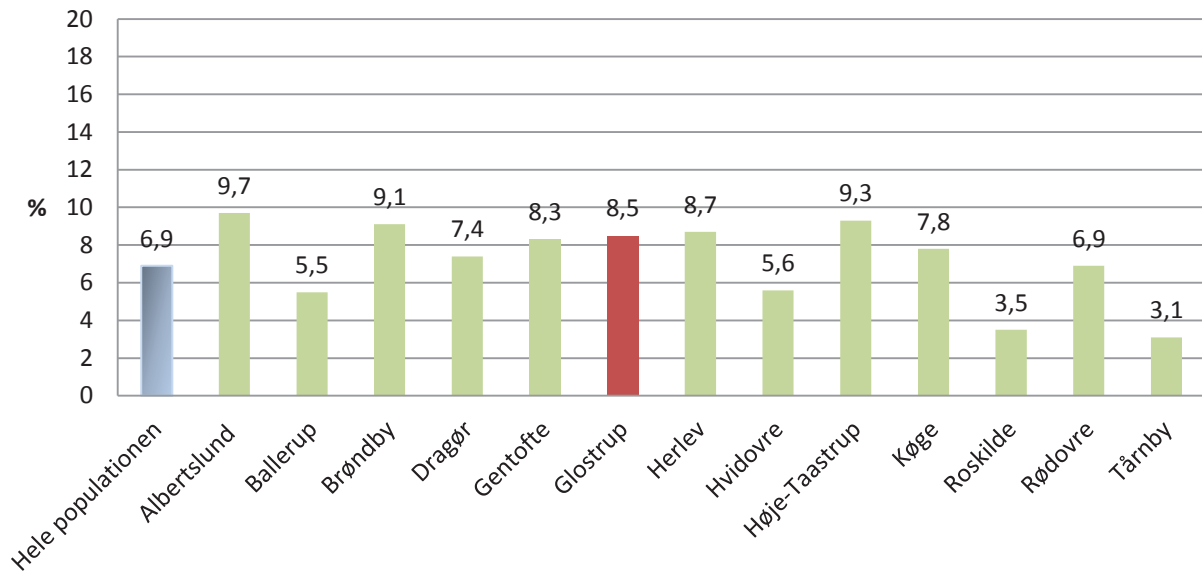
Figur 10.6.a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg for Glostrup Kommune og for alle de nuværende 13 kommuner i databasen (hele populationen). Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til uro/gråd toppe, når barnet er ca. to måneder.

Figur 10.6.a Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg



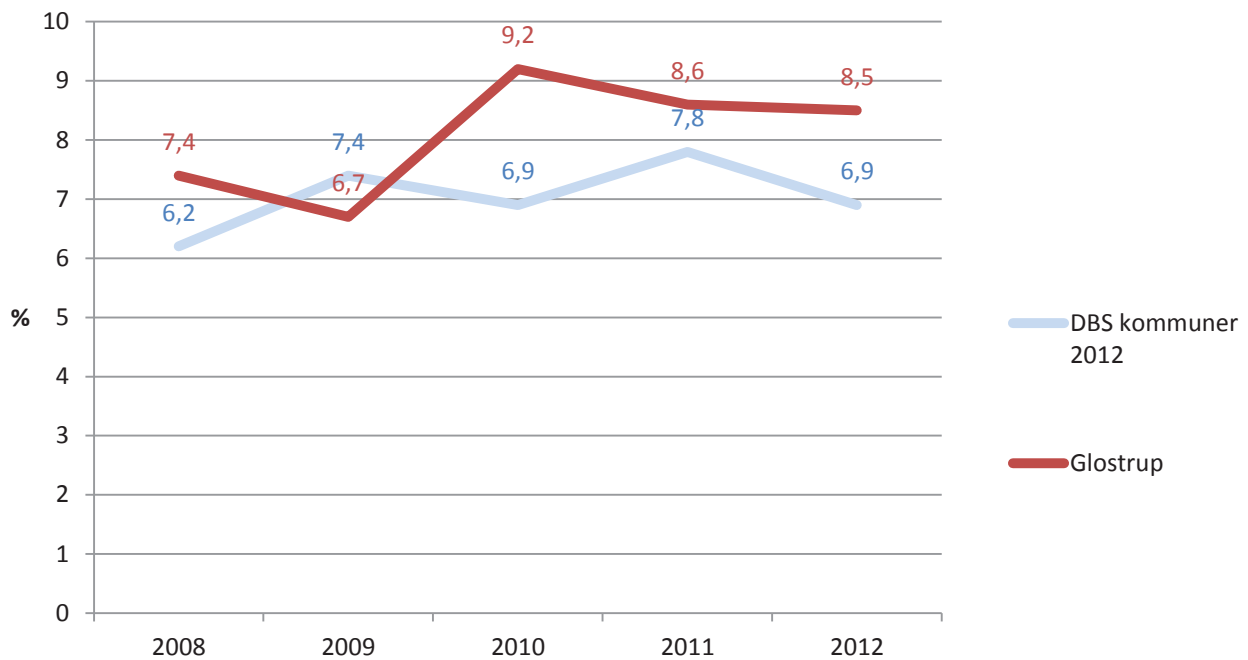
Figur 10.6.b viser andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår i de deltagende kommuner. Af figuren fremgår det, at 8,5 % af de undersøgte børn i Glostrup Kommune har mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. Kommunen ligger således højere end hele populationen, hvor 6,9 % af børnene har mindst en bemærkning til uro/gråd.

Figur 10.6.b Andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår



Figur 10.6.c viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registreret mindst en bemærkning til uro/gråd i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Glostrup Kommune. Det ses, at Glostrup siden 2010 har haft en procentvis højere andel af bemærkninger til gråd/uro end gennemsnittet for alle databasekommuner.

Figur. 10.6.c Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd problemer i første leveår 2008-2012



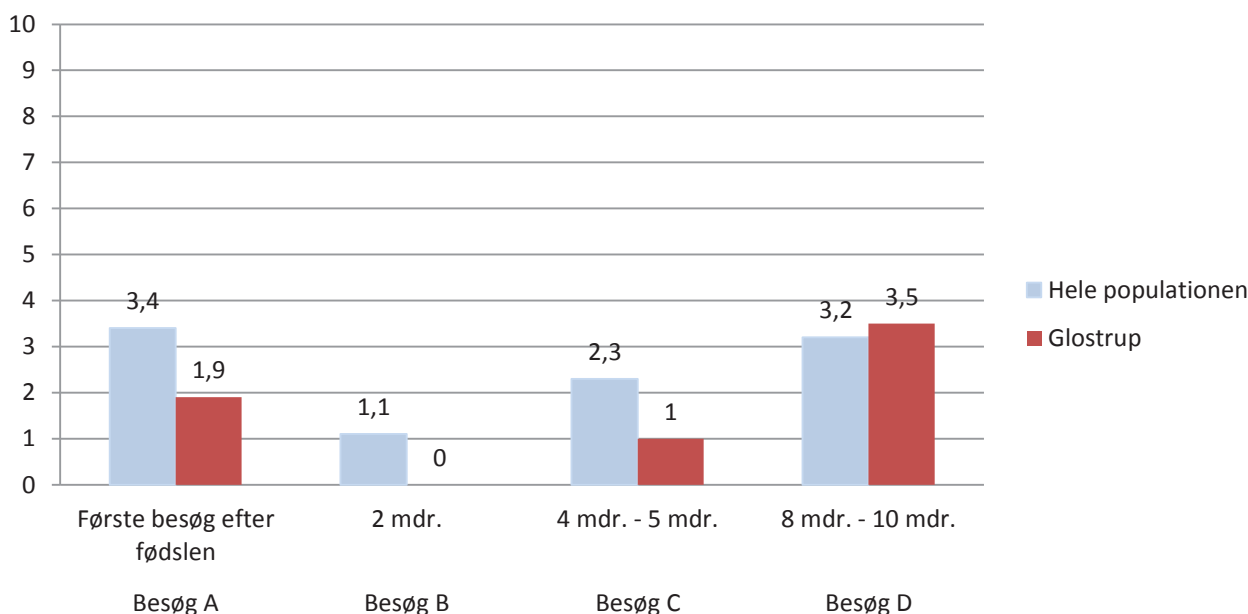
I Glostrup Kommune har børn, med bemærkninger til fødslen en øget forekomst af bemærkninger til gråd/uro. Forekomsten for børn med bemærkning til fødslen er 15,3 %, for børn uden bemærkninger er forekomsten 4,3 %. Børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand har oftere bemærkninger til uro/gråd. Forekomsten er 19,5 % blandt børn i Glostrup, hvor der er bemærkninger til mors psykiske tilstand og 3,2 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkninger. Samme billede ses for børn, hvor der er bemærkninger til forældre-barn-kontakt, her er forekomsten 18,2 % for børn med bemærkning til forældre-barn-kontakt og 6,9 % for børn uden bemærkning. Børn, hvor der er noteret bemærkninger til søvn, har ligeledes en højere forekomst af bemærkninger til uro/gråd, henholdsvis 22,6 % for børn med bemærkning til søvn og 5 % for børn uden bemærkning til søvn.

Børn med bemærkninger til spisning

Fra Glostrup Kommune indgår 235 børn med journaldata om barnets spisning i første leveår. Ud af disse har 12 børn mindst en bemærkning om spiseproblemer ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår. For fire børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 1,9 % af de gennemførte A-besøg. For ingen børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved B-besøget (første besøg efter fødslen). For to børn er der noteret bemærkning til spisning ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 1,0 % og for syv børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 3,5 % af de gennemførte D-besøg.

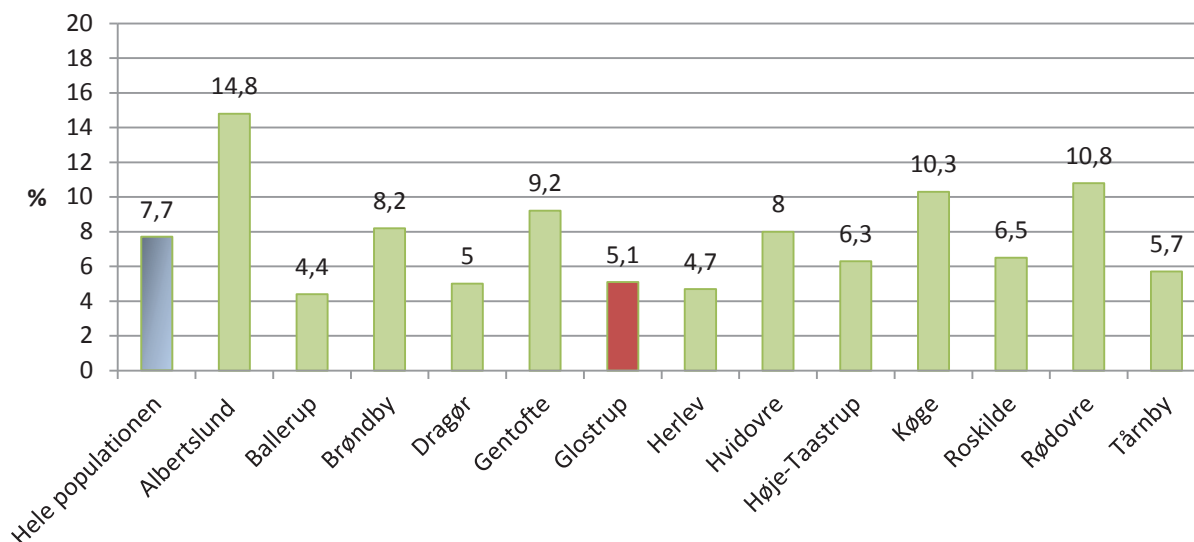
Figur 10.6.d viser andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg for Glostrup Kommune og for hele populationen i rapporten. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til spisning er højest ved B-besøget i Glostrup Kommune.

Figur 10.6.d Andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg i første leveår



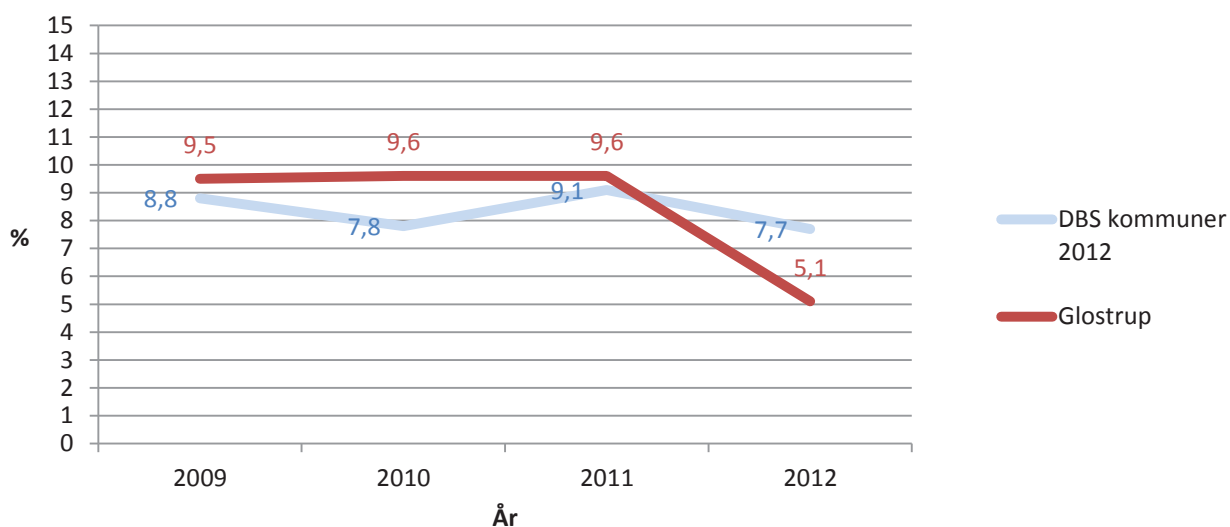
Figur 10.6.e viser andelen af børn med mindst en bemærkning spising i første leveår opdelt for hele populationen og for Glostrup Kommune. For 5,1 % børnene i kommunen er der noteret bemærkninger om problemer med spising ved mindst et besøg. Forekomsten i Glostrup er således lavere end forekomsten i den samlede population, hvor forekomsten er 7,7 %.

Figur 10.6.e Andelen af børn med mindst en bemærkning spising i første leveår opdelt på kommune



Figur 10.6.f viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til problemer til spising i det første leveår i perioden 2009-2012 for hele populationen og for Glostrup Kommune. Af figuren ses, at Glostrup har ligget lidt over gennemsnittet for hele populationen, indtil 2012.

Figur 10.6.f Andelen børn med mindst en bemærkning spising i første leveår 2009-2012



For børn i Glostrup ses en øget forekomst af bemærkninger til spisning blandt børn med bemærkninger til forældre-barn-kontakt ved mindst et besøg i første leveår. Forekomsten er således 12,1 % for børn med bemærkning og 4,0 % for børn uden bemærkning til forældre-barn-kontakt i første leveår.

Sammenfatning

I Glostrup har 8,5 % af de undersøgte børn mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. De fleste bemærkninger er noteret ved B-besøget, hvor barnet er to måneder gammel. De børn, som har problemer i forhold til uro/søvn, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer, som fx børn med bemærkning til søvn ved mindst et besøg, bemærkning til mors psykiske tilstand eller bemærkning til forældre-barn-kontakt og bemærkning til fødslen.

For 5,1 % af børnene i Glostrup Kommune er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Forekomsten af bemærkninger til uro/gråd er højere i gruppen af børn, hvor der er noteret bemærkning til spisning ved mindst et besøg i barnets første leveår.

10.7. Herlev Kommune

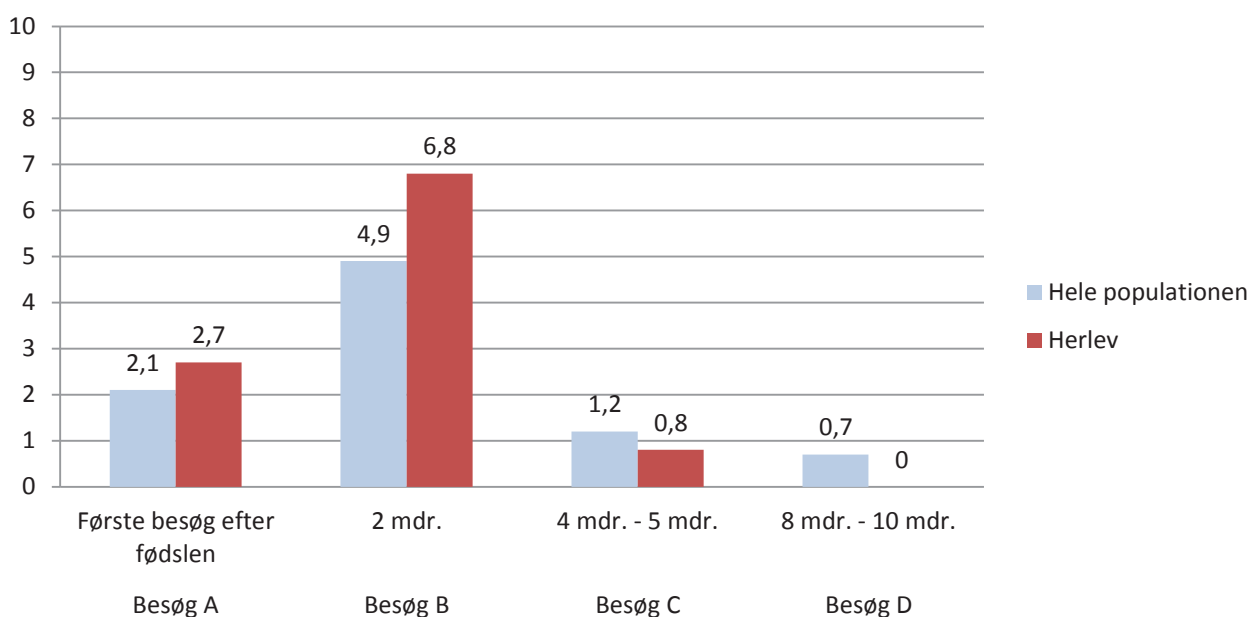
Denne temarapport har til formål at beskrive forekomsten af problemer med gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår samt at beskrive baggrunden for disse problemer. Kapitel 2 i rapporten beskriver populationen og metoder, her kan man læse flere detaljer om data og analyser.

Børn med bemærkninger til uro og gråd

Fra Herlev Kommune indgår 276 børn i rapporten. Heraf har 24 børn bemærkninger til uro og søvn ved mindst ét af de fire besøg i barnets første leveår. For syv børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 2,7 % af de gennemførte A-besøg. For 17 børn er der noteret bemærkning til B-besøget (2 mdr.), svarende til 6,8 %. For to børn er der noteret bemærkning til uro/søvn ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 0,8 % og for ingen børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.).

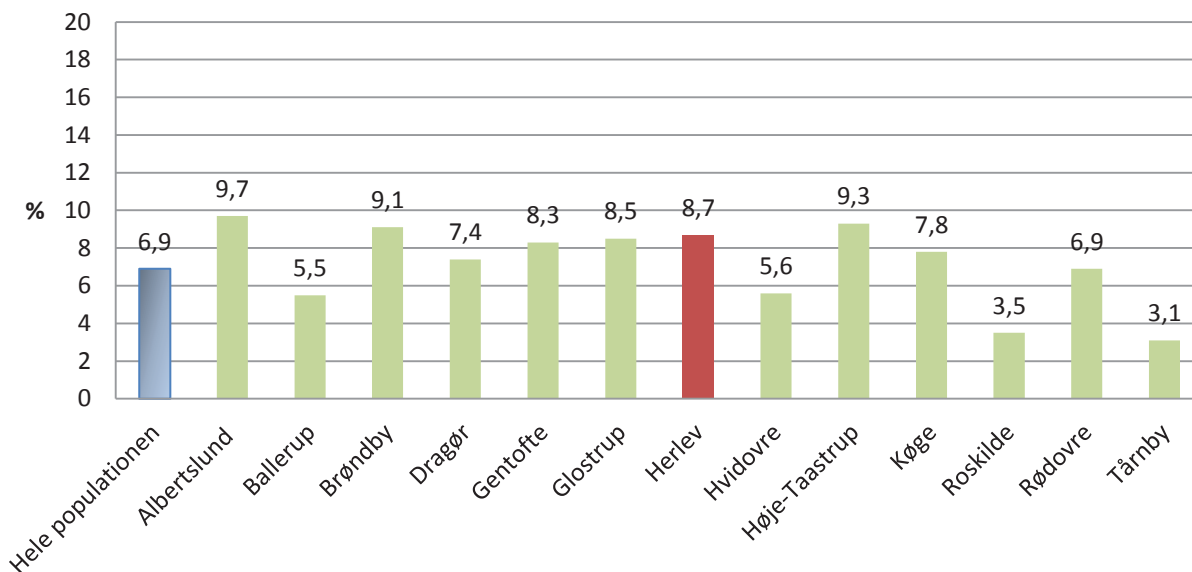
Figur 10.7.a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg for Herlev Kommune og for alle de nuværende 13 kommuner i databasen (hele populationen). Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til uro/gråd topper, når barnet er ca. to måneder.

Figur 10.7.a Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg



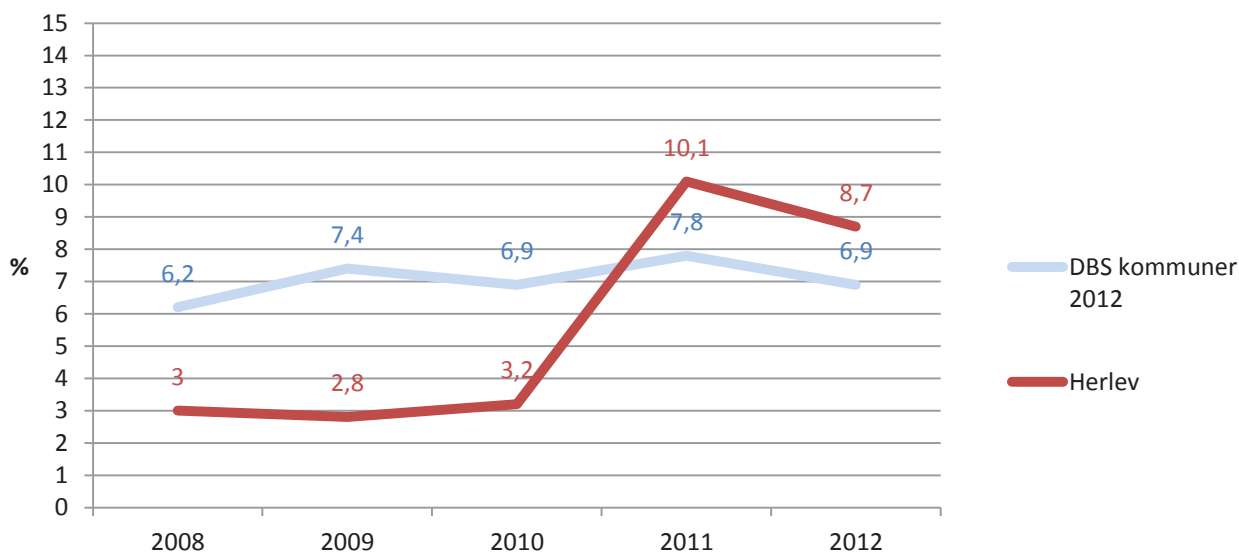
Figur 10.7.b viser andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår i de deltagende kommuner. Af figuren fremgår det, at 8,7 % af de undersøgte børn i Herlev Kommune har mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. Kommunen ligger således højere end hele populationen, hvor 6,9 % af børnene har mindst en bemærkning til uro/gråd.

Figur 10.7.b Andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår



Figur 10.7.c viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registreret mindst en bemærkning til uro/gråd i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Herlev Kommune. Det ses, at andelen med mindst en bemærkning samlet set er steget i Herlev fra 2010.

Figur. 10.7.c Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd problemer i første leveår 2008-2012



I Herlev Kommune har børn, der ikke bor sammen begge deres forældre, større risiko for at have bemærkning til uro og gråd. Forekomsten er 23,5 % for børn, der ikke bor sammen med begge deres forældre og 7,8 % for børn, der bor sammen med begge forældre. Børn, hvis fædre er uden for erhverv,

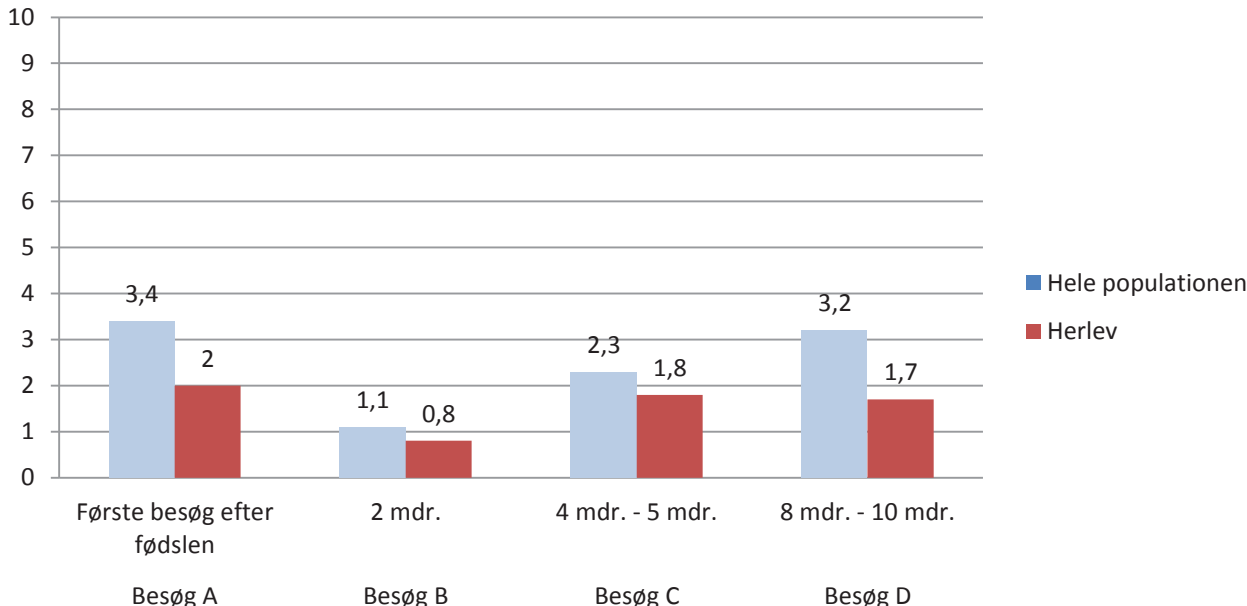
har ligeledes højere forekomst. Forekomsten er 26,7 % for børn, hvis far ikke er i arbejde og 4,1 % for børn, hvis far er i arbejde. Samme billede ses for børn, hvor der er bemærkninger til forældre-barn-kontakt, her er forekomsten 20,8 % for børn med bemærkning til forældre-barn-kontakt og 7,7 % for børn uden bemærkning.

Børn med bemærkninger til spisning

Fra Herlev Kommune indgår 276 børn med journaldata om barnets spisning i første leveår. Ud af disse har 13 børn mindst en bemærkning om spiseproblemer ved mindst et af de fire besøg i barnet første leveår. For fem børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 2,0 % af de gennemførte A-besøg. For to børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved B-besøget (første besøg efter fødslen), svarende til 0,8 %. For fire børn er der noteret bemærkning til spisning ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 1,8 % og for fire børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 1,7 % af de gennemførte D-besøg.

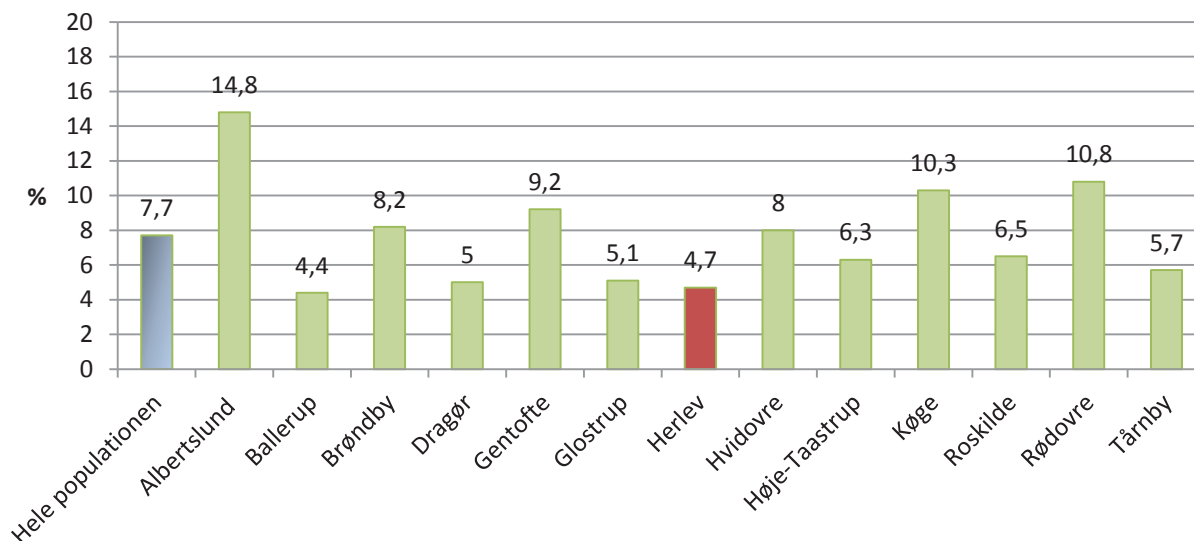
Figur 10.7.d viser andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg for Herlev Kommune og for hele populationen i rapporten. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til spisning er højest ved A-besøget.

Figur 10.7.d Andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg i første leveår



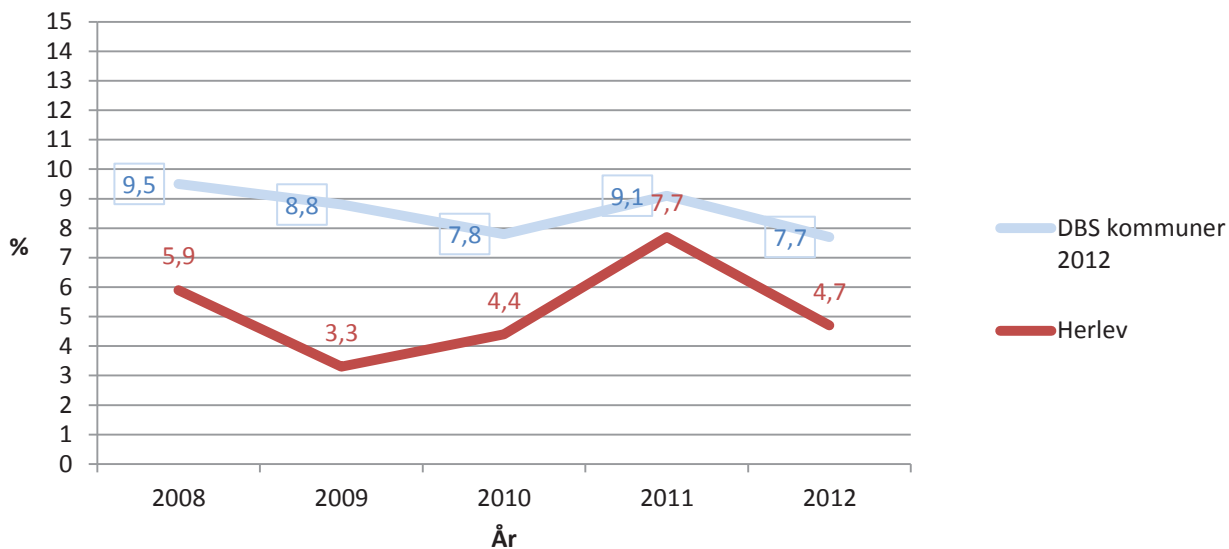
Figur 10.7.e viser andelen af børn med mindst en bemærkning spisning i første leveår opdelt for hele populationen og for Herlev Kommune. For 4,7 % børnene i kommunen er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Forekomsten i Herlev er således lavere end forekomsten i den samlede population, hvor forekomsten er 7,7 %.

Figur 10.7.e Andelen af børn med mindst en bemærkning spisning i første leveår opdelt på kommune



Figur 10.7.f viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registreret mindst én bemærkning til problemer til spisning i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Herlev Kommune. Af figuren ses, at Herlev Kommune alle år har haft en lavere forekomst af bemærkninger til uro/gråd end gennemsnittet for de deltagende kommuner i databasesamarbejdet.

Figur 10.7.f Andelen børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår 2008-2012



I Herlev Kommune har børn af mødre, hvor sundhedsplejersken har noteret mindst en bemærkning til mors psykiske tilstand, oftere mindst en bemærkning til problemer med spisning end børn, hvor der ikke er bemærkning til mors psykiske tilstand. Forekomsten er 2,8 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkninger til mors psykiske tilstand, og 8,4 % blandt børn, hvor der er noteret mindst en

bemærkning. Samme billede ses for bemærkning til søvn, her er andelen, hvor der er bemærkning til søvn 16,2 % og 2,6 % for børn, hvor der ikke er noteret bemærkning til forældre-barn-kontakt.

Sammenfatning

I Herlev har 8,7 % af de undersøgte børn mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. Børn, der ikke bor sammen med begge deres forældre, hvor far er udenfor erhverv, og børn med mindst en bemærkning til forældre-barn-kontakt har en ophobning af bemærkninger til uro/gråd.

For 4,7 % af børnene i Herlev Kommune er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Flest bemærkninger er noteret ved det første besøg efter fødslen (A-besøget). Forekomsten af bemærkninger til uro/gråd er højere i gruppen af børn, hvor der er noteret bemærkning til søvn eller mors psykiske tilstand ved mindst et besøg i barnets første leveår, end blandt børn uden bemærkninger.

10.8 Hvidovre Kommune

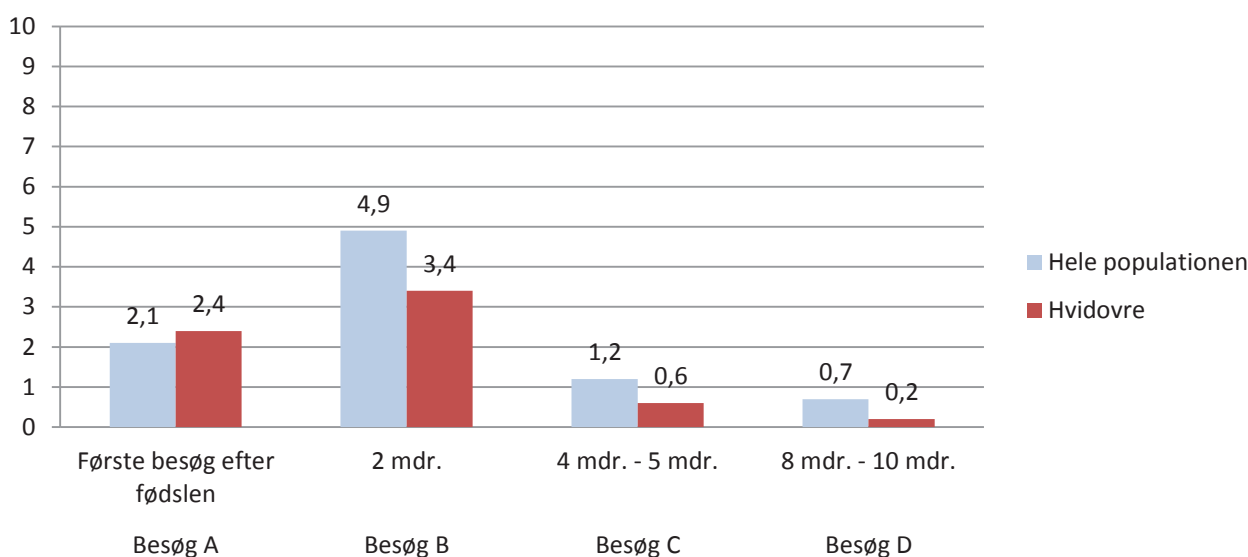
Denne temarapport har til formål at beskrive forekomsten af problemer med gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår samt at beskrive baggrunden for disse problemer. Kapitel 2 i rapporten beskriver populationen og metoder, her kan man læse flere detaljer om data og analyser.

Børn med bemærkninger til uro og gråd

Fra Hvidovre Kommune indgår 563 børn i rapporten. Heraf har 43 børn bemærkninger til uro og søvn ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår. For 12 børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 2,4 % af de gennemførte A-besøg. For 16 børn er der noteret bemærkning til B-besøget (2 mdr.), svarende til 3,4 %. For tre børn er der noteret bemærkning til uro/søvn ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 0,6 % og for et barn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 0,2 % af de gennemførte D-besøg.

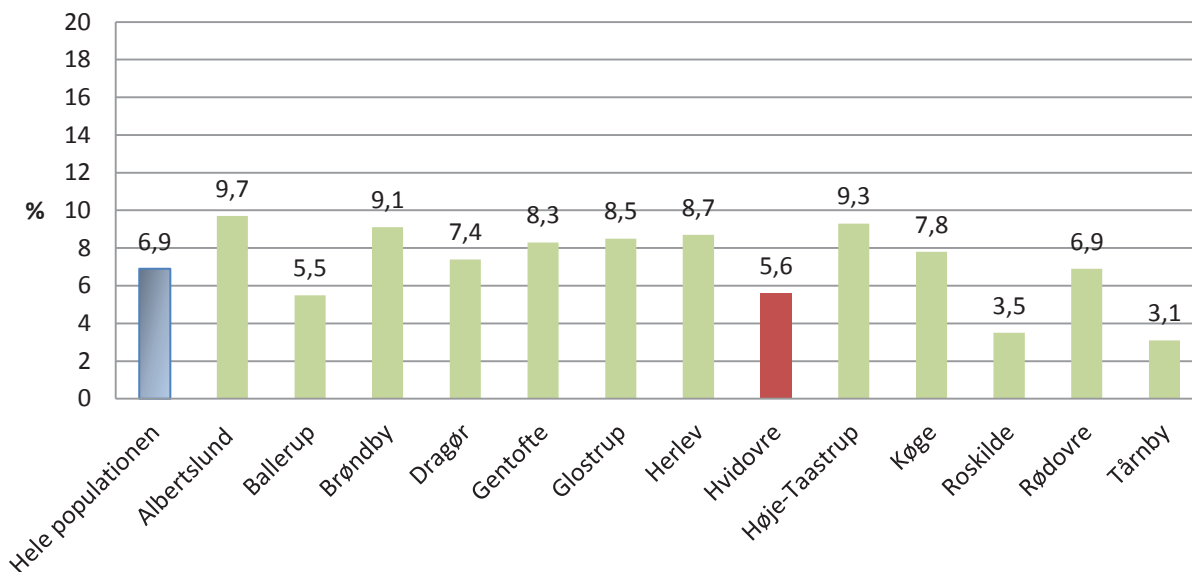
Figur 10.8.a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg for Hvidovre Kommune og for alle de nuværende 13 kommuner i databasen (hele populationen). Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til uro/gråd topper, når barnet er ca. to måneder.

Figur 10.8.a Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg



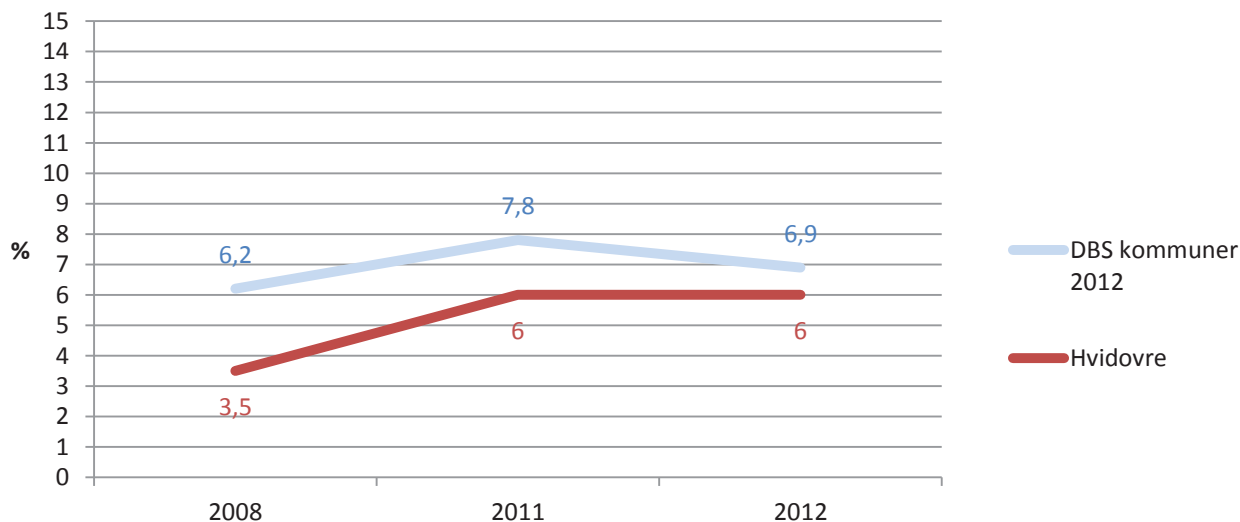
Figur 10.8.b viser andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår i de deltagende kommuner. Af figuren fremgår det, at 5,6 % af de undersøgte børn i Hvidovre Kommune har mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. Kommunen ligger således lavere end hele populationen, hvor 6,9 % af børnene har mindst en bemærkning til uro/gråd.

Figur 10.8.b Andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår



Figur 10.8.c viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registreret mindst en bemærkning til uro/gråd i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Hvidovre Kommune. Det ses, at andelen i Hvidovre er lavere end i hele populationen.

Figur. 10.8.c Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd problemer i første leveår 2008-2012



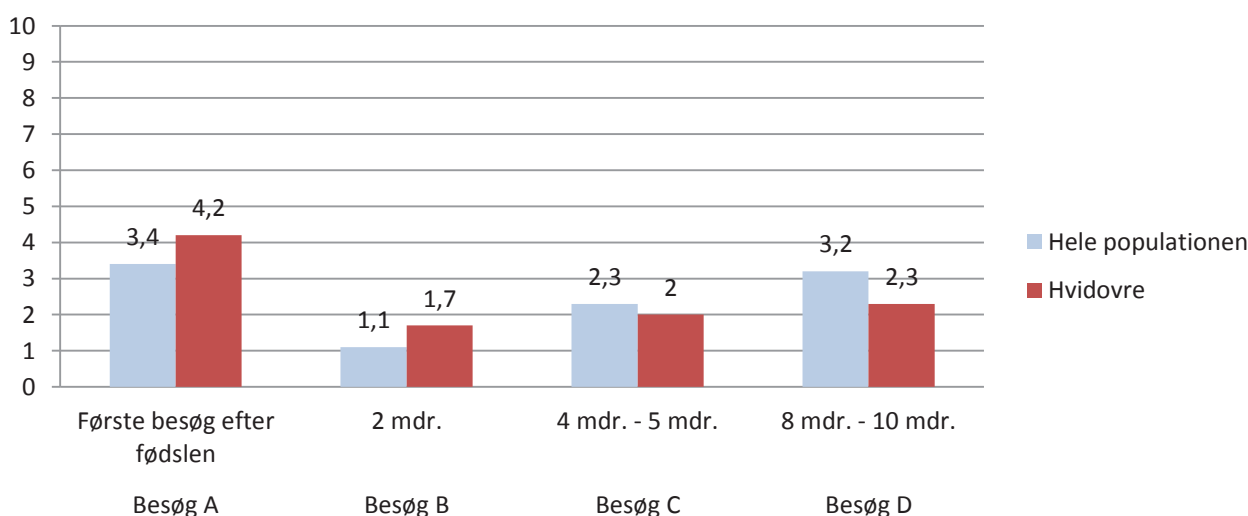
I Hvidovre Kommune har børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand oftere bemærkninger til uro/gråd. Forekomsten er 10,5 % blandt børn, hvor der er bemærkninger til mors psykiske tilstand, og 2,4 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkninger. Samme billede ses for børn, hvor der er bemærkninger til forældre-barn-kontakt, her er forekomsten 20,0 % for børn med bemærkning til forældre-barn-kontakt og 3,8 % for børn uden bemærkning. Børn, hvor der er noteret bemærkninger til spisning, har ligeledes en højere forekomst af bemærkninger til uro/gråd, henholdsvis 23,3 % for børn med bemærkning til spisning og 4,0 % for børn uden bemærkning til spisning. Børn med bemærkning til søvnproblemer i første leveår har også større forekomst bemærkninger til uro/gråd. I gruppen af børn, hvor der er noteret bemærkning til søvn ved mindst et besøg, er forekomsten 10,9 %, i gruppen af børn uden bemærkning til søvn er forekomsten 3,8 %.

Børn med bemærkninger til spisning

Fra Hvidovre Kommune indgår 563 børn med journaldata om barnets spisning i første leveår. Ud af disse har 43 børn mindst en bemærkning om spiseproblemer ved mindst et af de fire besøg i barnet første leveår. For 21 børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 4,2 % af de gennemførte A-besøg. For otte børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved B-besøget (første besøg efter fødslen), svarende til 1,7 %. For otte børn er der noteret bemærkning til spisning ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 2,0 % og for 10 børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 2,3 % af de gennemførte D-besøg.

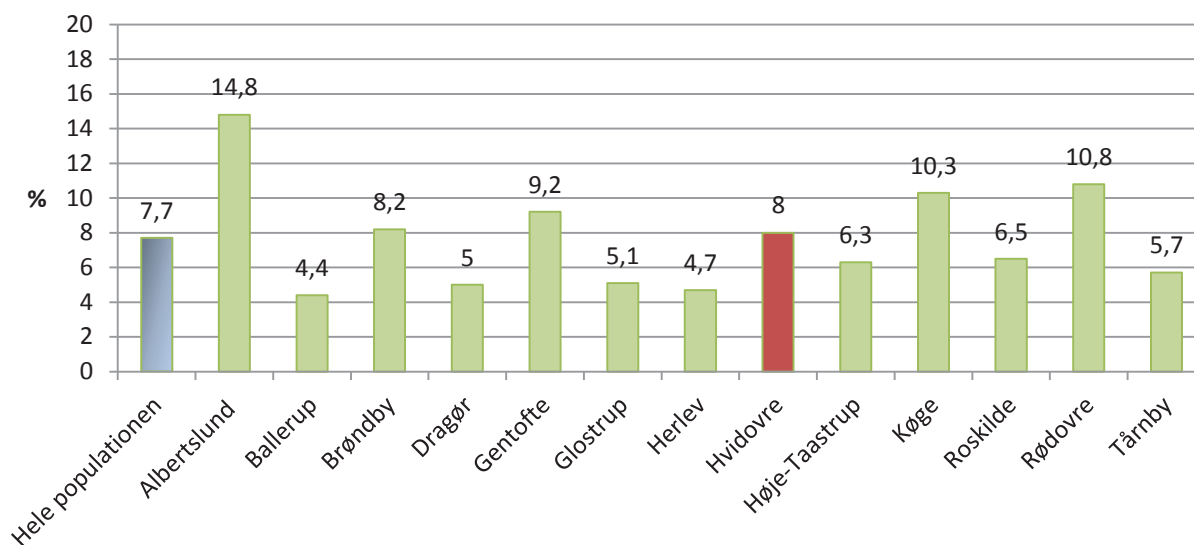
Figur 10.8.d viser andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg for Hvidovre Kommune og for hele populationen i rapporten. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til spisning er højest ved A-besøget.

Figur 10.8.d Andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg i første leveår



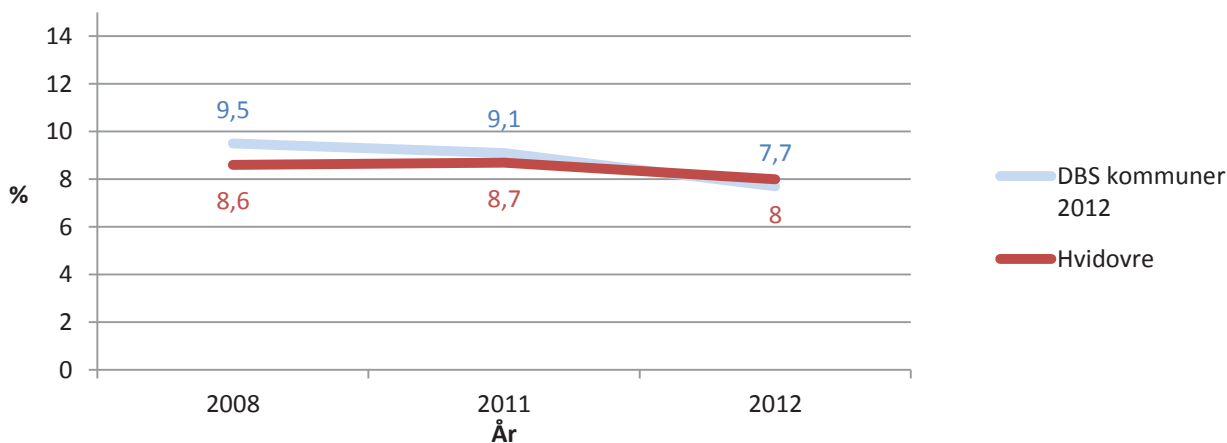
Figur 10.8.e viser andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår opdelt for hele populationen og for Hvidovre Kommune. For 8,0 % af børnene i kommunen er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Forekomsten i Hvidovre er på niveau med forekomsten i den samlede population, hvor forekomsten er 7,7 %.

Figur 10.8.e Andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår opdelt på kommune



Figur 10.8.f viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til problemer til spisning i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Hvidovre Kommune. Af figuren ses, at Hvidovre har ligget på niveau med gennemsnittet for alle databasekommunerne i hele perioden.

Figur 10.8.f Andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår 2008-2012



Forekomsten af bemærkninger til spisning er højere blandt børn i Hvidovre Kommune, der har et handicap eller en sygdom. Forekomsten er henholdsvis 25,5 % for børn med et handicap eller en sygdom og 9,3 % for børn, uden handicap eller sygdom.

Børn af mødre, hvor sundhedsplejersken har noteret mindst en bemærkning til mors psykiske tilstand, har oftere mindst en bemærkning til problemer med spisning end børn, hvor der ikke er bemærkning til mors psykiske tilstand. Forekomsten er 4,9 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkninger til mors psykiske tilstand og 12,9 % blandt børn, hvor der er noteret mindst en bemærkning. Samme billede ses for bemærkning til forældre-barn-kontakt, her er andelen, hvor der er bemærkning til spisning 23,3 % for børn, hvor der er bemærkning til forældre-barn-kontakt og 6,1 % for børn, hvor der ikke er noteret bemærkning til forældre-barn-kontakt.

Sammenfatning

I Hvidovre har 5,6 % af de undersøgte børn mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. De fleste bemærkninger er noteret ved B-besøget, hvor barnet er to måneder gammelt. Børn med mindst en bemærkning til forældre-barn-kontakt, søvn, mors psykiske tilstand eller spisning har en ophobning af bemærkninger til uro/gråd.

For 8,0 % af børnene i Hvidovre Kommune er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Flest bemærkninger er noteret ved det første besøg efter fødslen (A-besøget). Forekomsten af bemærkninger til spisning er højere i gruppen af børn, hvor der er noteret bemærkning til mors psykiske tilstand og forældre-barns-kontakt. Børn med et handicap eller en sygdom har også større forekomst af bemærkninger til spisning ved mindst et besøg i barnets første leveår.

10.9 Høje-Taastrup Kommune

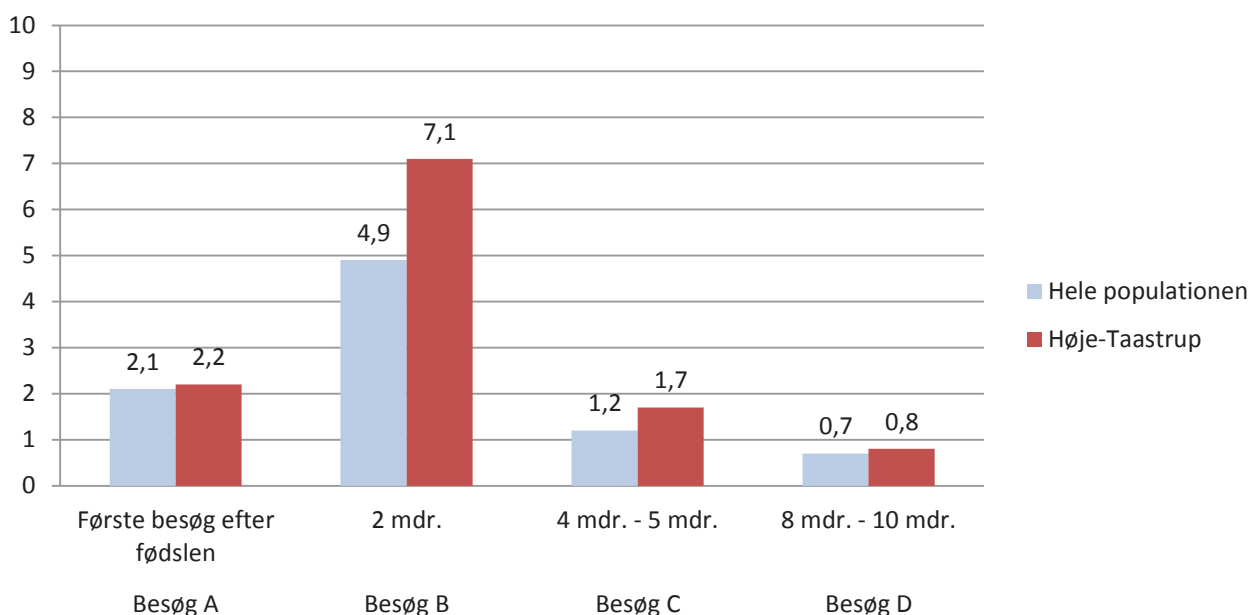
Denne temarapport har til formål at beskrive forekomsten af problemer med gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår samt at beskrive baggrunden for disse problemer. Kapitel 2 i rapporten beskriver populationen og metoder, her kan man læse flere detaljer om data og analyser.

Børn med bemærkninger til uro og gråd

Fra Høje-Taastrup Kommune indgår 575 børn i rapporten. Heraf har 53 børn bemærkninger til uro og gråd ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår. For 12 børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 2,2 % af de gennemførte A-besøg. For 36 børn er der noteret bemærkning til B-besøget (2 mdr.), svarende til 7,1 %. For ni børn er der noteret bemærkning til uro/søvn ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 1,7 % og for fire børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 0,8 % af de gennemførte D-besøg.

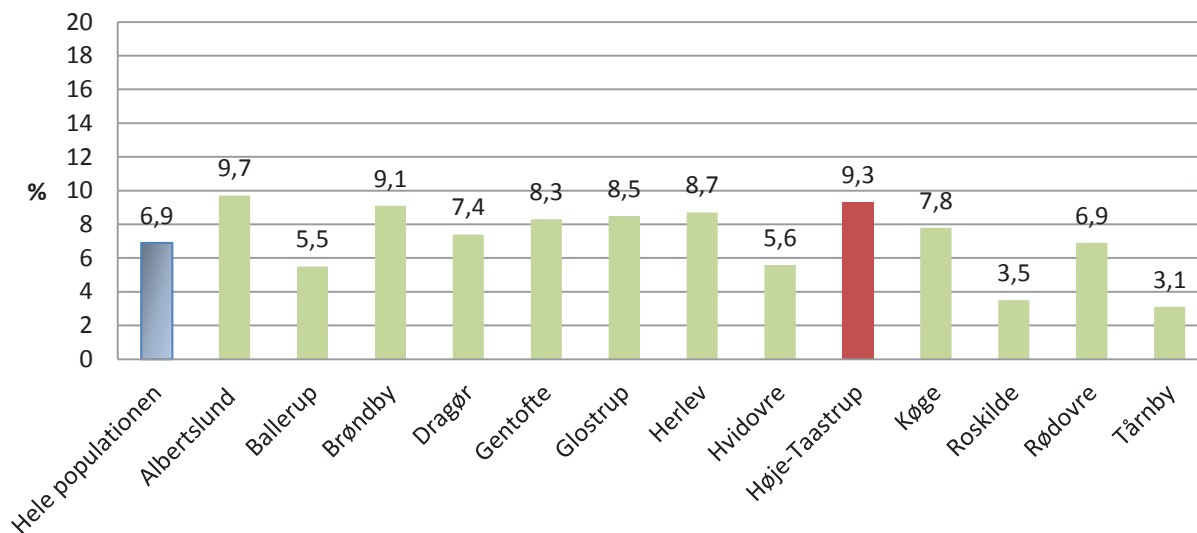
Figur 10.9.a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg for Høje-Taastrup Kommune og for alle de nuværende 13 kommuner i databasen (hele populationen). Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til uro/gråd toppe, når barnet er ca. to måneder.

Figur 10.9.a Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg



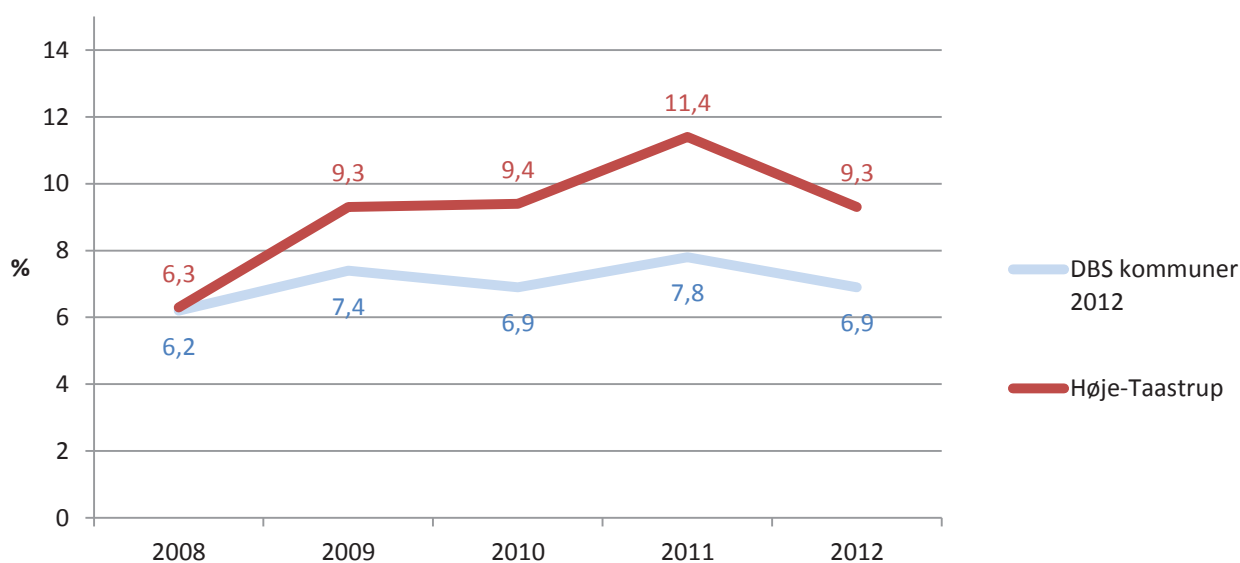
Figur 10.9.b viser andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår i de deltagende kommuner. Af figuren fremgår det, at 9,3 % af de undersøgte børn i Høje-Taastrup Kommune har mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. Kommunen ligger således højere end hele populationen, hvor 6,9 % af børnene har mindst en bemærkning til uro/gråd.

Figur 10.9.b Andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår



Figur 10.9.c viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registreret mindst en bemærkning til uro/gråd i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Høje-Taastrup Kommune. Det ses, at andelen med mindst en bemærkning samlet set er steget i Høje-Taastrup Kommune i perioden, og at kommunen alle år har ligget højere end gennemsnittet for de deltagende kommuner i databasen.

Figur. 10.9.c Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd problemer i første leveår 2008-2012



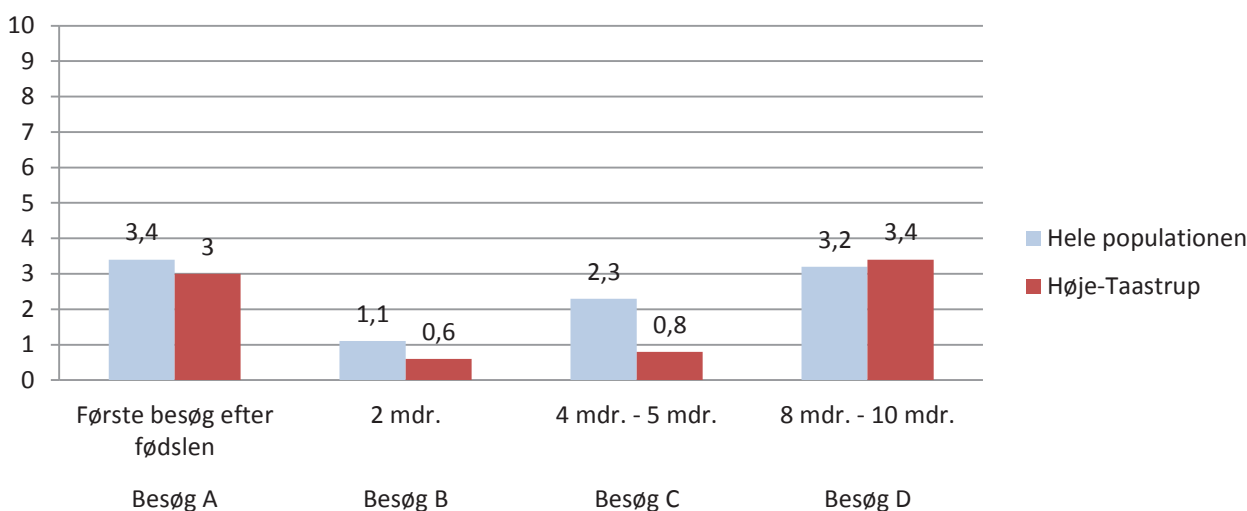
I Høje-Tåstrup Kommune har børn, der bor sammen med en ryger, større risiko for at have bemærkning til uro og gråd. Forekomsten er 16,3 % for børn, der bor sammen med en ryger, og 8,3 % for børn, der ikke bor sammen med en ryger. Børn med bemærkninger til søvn har oftere også bemærkninger til uro/gråd. Forekomsten er 21,7 % for børn med bemærkninger til søvn og 6,6 % for børn uden bemærkninger. Børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand har også oftere bemærkninger til uro/gråd. Forekomsten er 15,5 % blandt børn i Høje-Tåstrup Kommune, hvor der er bemærkninger til mors psykiske tilstand og 5,5 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkninger. Samme billede ses for børn, hvor der er bemærkninger til forældre-barn-kontakt, her er forekomsten 27,3 % for børn med bemærkning til forældre-barn-kontakt og 6,9 % for børn uden bemærkning. Børn, hvor der er noteret bemærkninger til spisning, har ligeledes en højere forekomst af bemærkninger til uro/gråd. Forekomsten er henholdsvis 19,4 % for børn med bemærkning til spisning og 8,6 % for børn uden bemærkning til spisning.

Børn med bemærkninger til spisning

Fra Høje-Tåstrup Kommune indgår 575 børn med journaldata om barnets spisning i første leveår. Ud af disse har 36 børn mindst en bemærkning om spiseproblemer ved mindst et af de fire besøg i barnet første leveår. For 16 børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 3,0 % af de gennemførte A-besøg. For tre børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved B-besøget (første besøg efter fødslen), svarende til 0,6 %. For fire børn er der noteret bemærkning til spisning ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 0,8 % og for 16 børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 3,4 % af de gennemførte D-besøg.

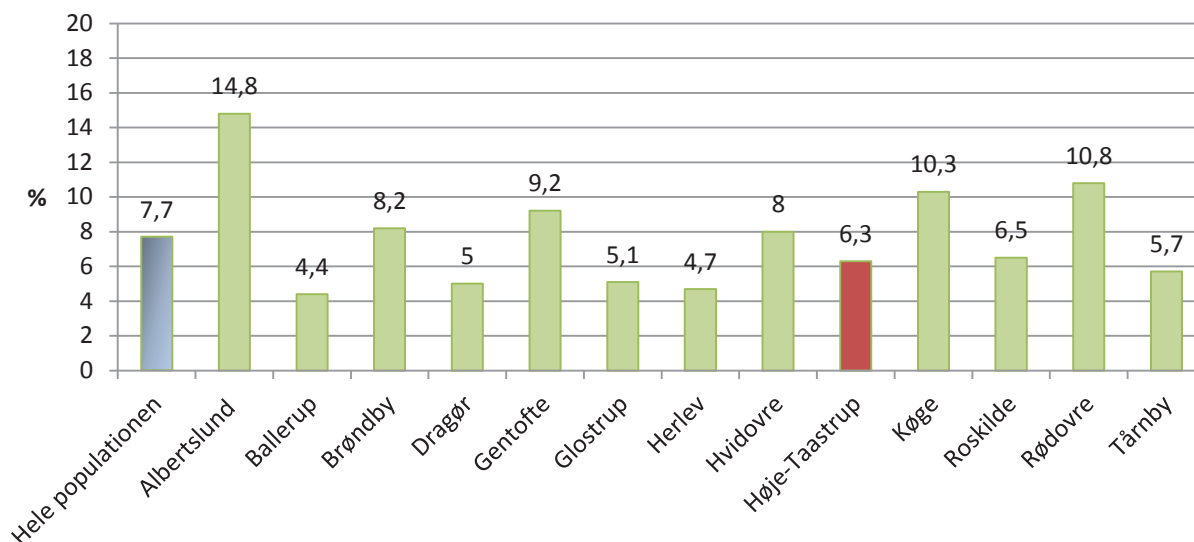
Figur 10.9.d viser andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg for Høje-Tåstrup Kommune og for hele populationen i rapporten. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til spisning er højest ved D-besøget.

Figur 10.9.d Andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg i første leveår



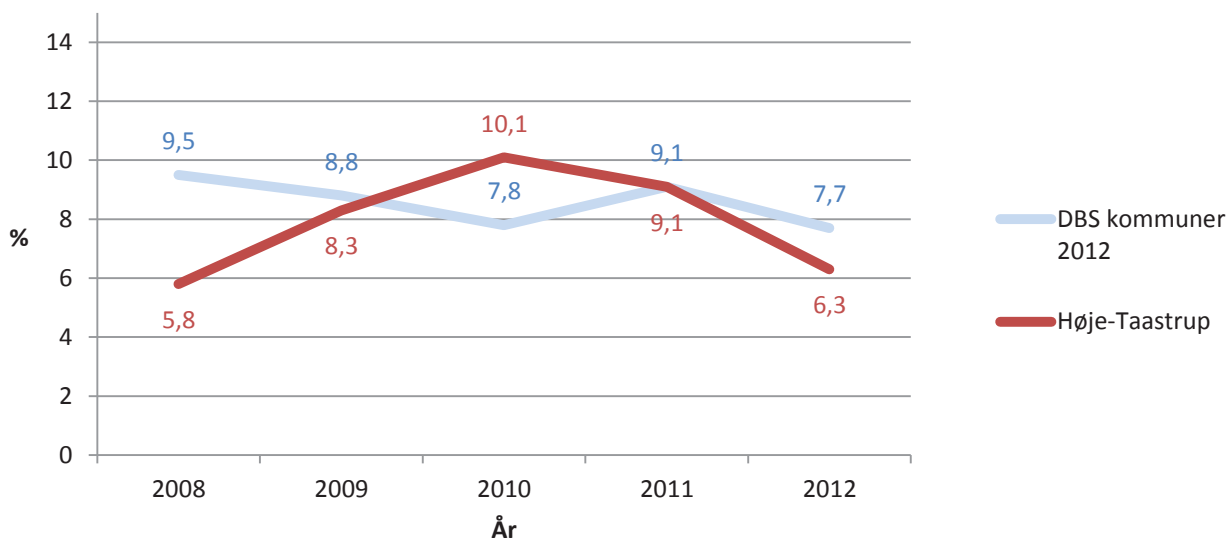
Figur 10.9.e viser andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår opdelt for hele populationen og for Høje-Tåstrup Kommune. For 6,3 % børnene i kommunen er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Forekomsten i Høje-Tåstrup Kommune er således lidt lavere end forekomsten i den samlede population, hvor forekomsten er 7,7 %.

Figur 10.9.e Andelen af børn med mindst en bemærkning spisning i første leveår opdelt på kommune



Figur 10.9.f viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til problemer til spisning i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Høje-Tåstrup Kommune. Af figuren ses, at forekomsten er svinget meget fra år to år i Høje-Tåstrup Kommune.

Figur 10.9.f Andelen børn med mindst en bemærkning spisning i første leveår 2008-2012



Børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand har oftere bemærkninger til spisning end børn uden bemærkninger. Forekomsten er 10 % blandt børn i Høje-Tåstrup Kommune, hvor der er bemærkninger til mors psykiske tilstand og 4,0 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkninger. Samme billede ses for børn, hvor der er bemærkninger til fødslen, her er forekomsten 9,6 % for børn med bemærkning til fødslen og, 4,5 % for børn uden bemærkning.

Sammenfatning

I Høje-Taastrup har 9,3 % af de undersøgte børn mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. De fleste bemærkninger er noteret ved B-besøget, hvor barnet er to måneder gammelt. De børn, som har problemer i forhold til uro/søvn, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer, som børn i rygerhjem, børn med søvnbemærkninger, bemærkning til mors psykiske tilstand, bemærkning til forældre-barn-kontakt eller bemærkning til spisning ved mindst et besøg i første leveår..

For 6,3 % af børnene i Høje-Taastrup er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Forekomsten af bemærkninger til uro/gråd er højere i gruppen af børn, hvor der er noteret bemærkning til fødslen eller mors psykiske tilstand.

10.10 Køge Kommune

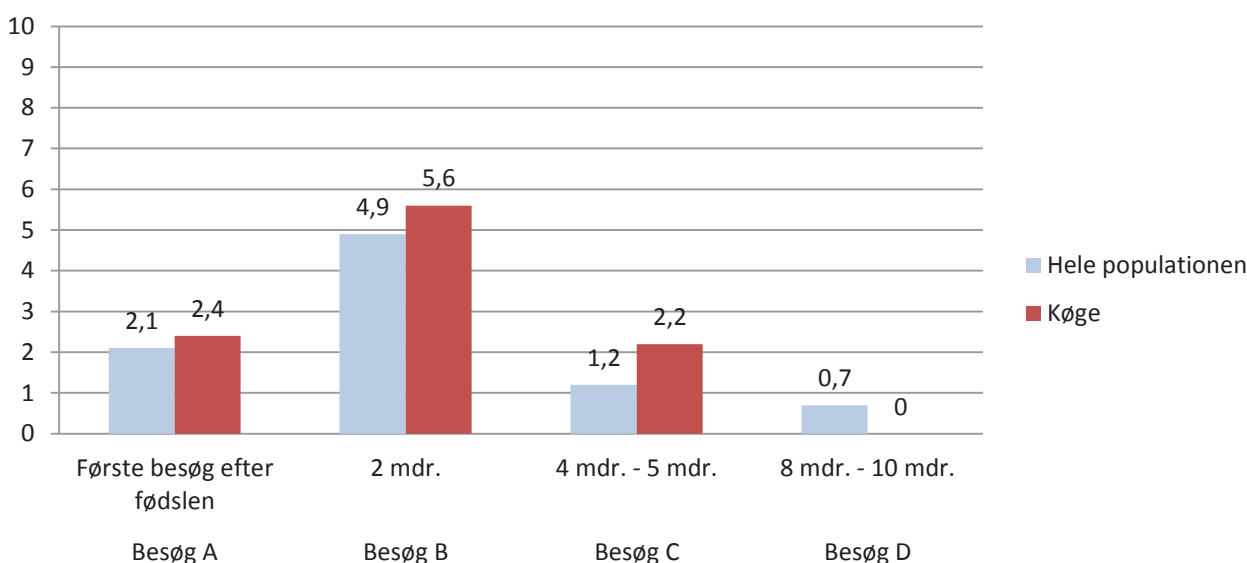
Denne temarapport har til formål at beskrive forekomsten af problemer med gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår samt at beskrive baggrunden for disse problemer. Kapitel 2 i rapporten beskriver populationen og metoder, her kan man læse flere detaljer om data og analyser.

Børn med bemærkninger til uro og gråd

Fra Køge Kommune indgår 464 børn i rapporten. Heraf har 36 børn bemærkninger til uro og søvn ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår. For 10 børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 2,4 % af de gennemførte A-besøg. For 22 børn er der noteret bemærkning til B-besøget (2 mdr.), svarende til 5,6 %. For otte børn er der noteret bemærkning til uro/søvn ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 2,2 % og for ingen børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.).

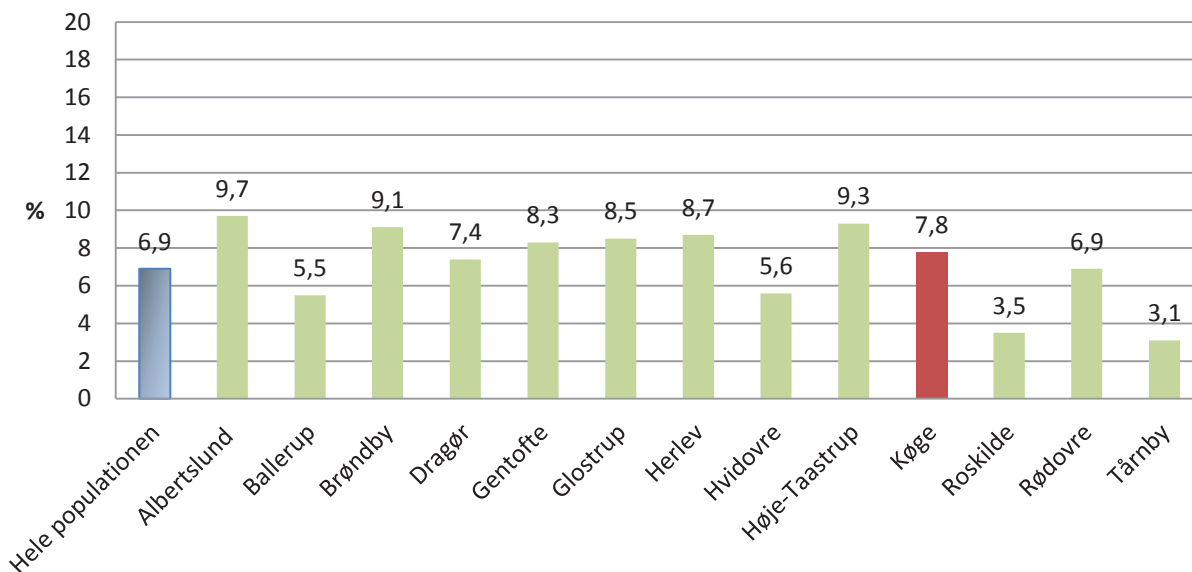
Figur 10.10.a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg for Køge Kommune og for alle de nuværende 13 kommuner i databasen (hele populationen). Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til uro/gråd toppe, når barnet er ca. to måneder.

Figur 10.10.a Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg



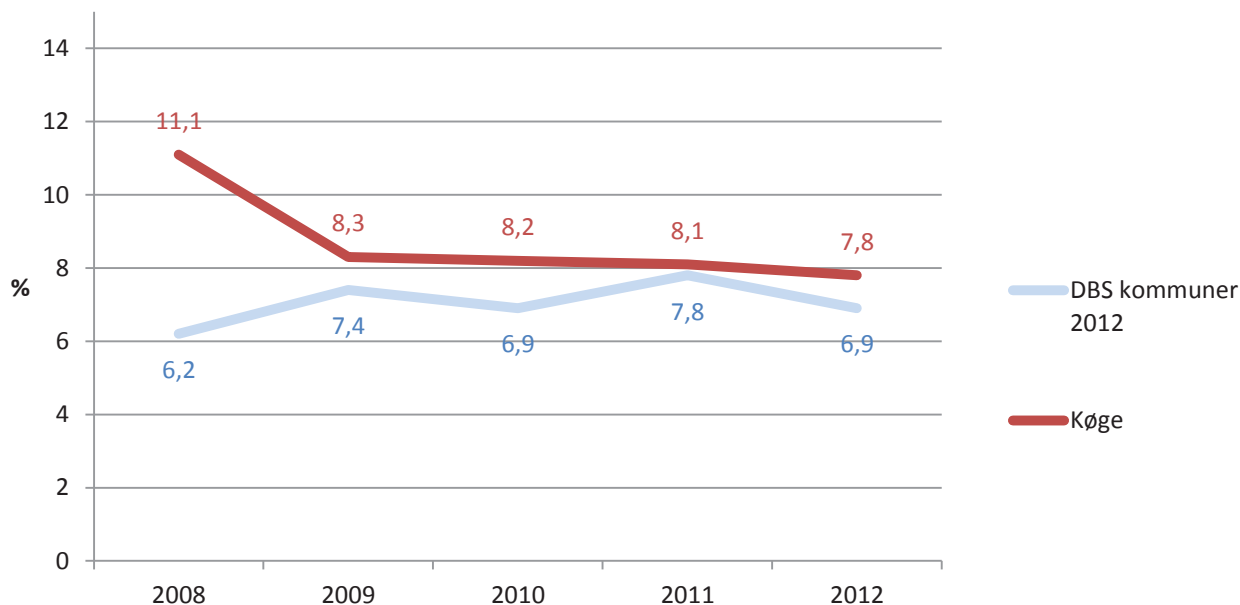
Figur 10.10.b viser andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår i de deltagende kommuner. Af figuren fremgår det, at 7,8 % af de undersøgte børn i Køge Kommune har mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. Kommunen ligger således lidt højere end hele populationen, hvor 6,9 % af børnene har mindst en bemærkning til uro/gråd.

Figur 10.10.b Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår



Figur 10.10.c viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til uro/gråd i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Køge Kommune. Det ses, at andelen med mindst en bemærkning alle år har været højere i Køge end i den samlede population.

Figur.10.10.c Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd problemer i første leveår 2008-2012



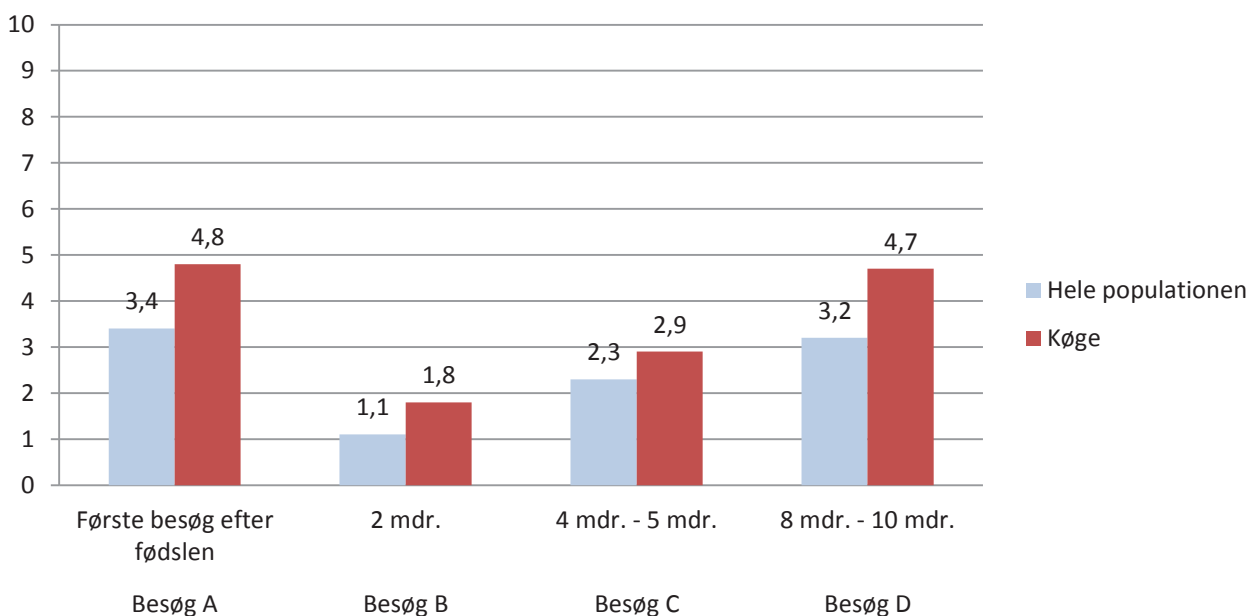
I Køge har børn, der ikke er blevet ammet fuldt i minimum fire måneder, også øget risiko for at have bemærkninger til gråd, ved minimum et af de fire besøg i første leveår. Forekomsten af bemærkning til gråd er 11,3 % for børn, der ikke er blevet ammet fuldt og 5,3 % for de børn, der er blevet ammet fuldt mindst fire måneder. Børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand har også oftere bemærkninger til uro/gråd. Forekomsten er 13,8 % blandt børn i Køge, hvor der er bemærkninger til mors psykiske tilstand og 4,4 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkninger. Samme billede ses for børn, hvor der er bemærkninger til forældre-barn-kontakt, her er forekomsten 17,9 % for børn med bemærkning til forældre-barn-kontakt og 5,8 % for børn uden bemærkning. Børn med bemærkninger til spisning har også øget forekomst. Forekomsten af bemærkninger til gråd er 25,0 % for børn med bemærkninger til spisning og 5,8 % for børn, hvor der ikke er noteret bemærkning.

Børn med bemærkninger til spisning

Fra Køge Kommune indgår 464 børn med journaldata om barnets spisning i første leveår. Ud af disse har 48 børn mindst en bemærkning til spiseproblemer ved mindst et af de fire besøg i barnet første leveår. For 20 børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 4,8 % af de gennemførte A-besøg. For syv børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved B-besøget (første besøg efter fødslen), svarende til 1,7 %. For 10 børn er der noteret bemærkning til spisning ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 2,9 % og for 17 børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 4,7 % af de gennemførte D-besøg.

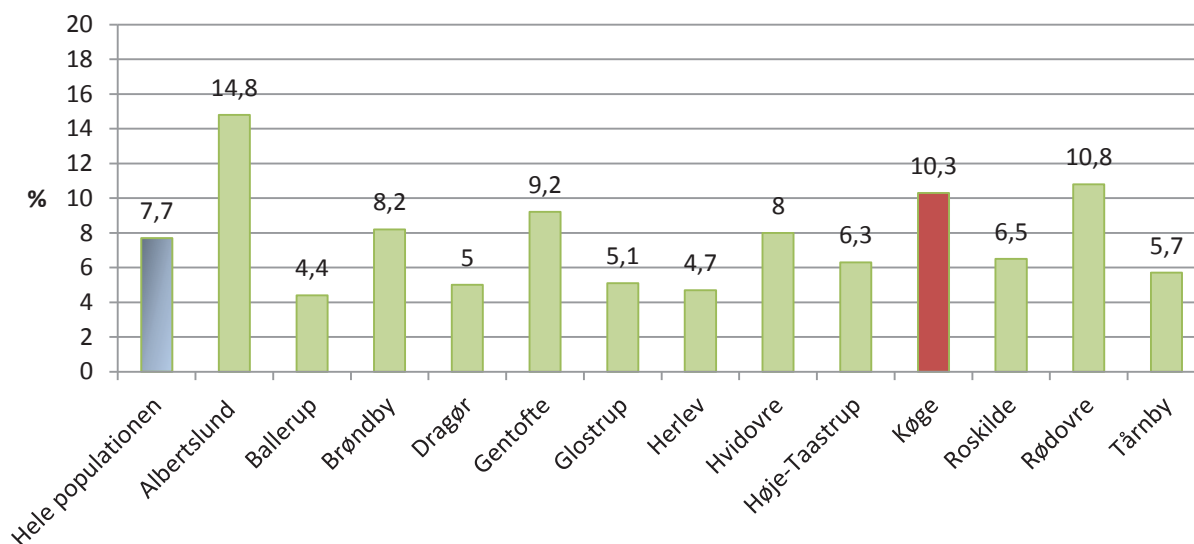
Figur 10.10.d viser andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg for Køge Kommune og for hele populationen i rapporten. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til spisning er højest ved A-besøget.

Figur 10.10.d Andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg i første leveår



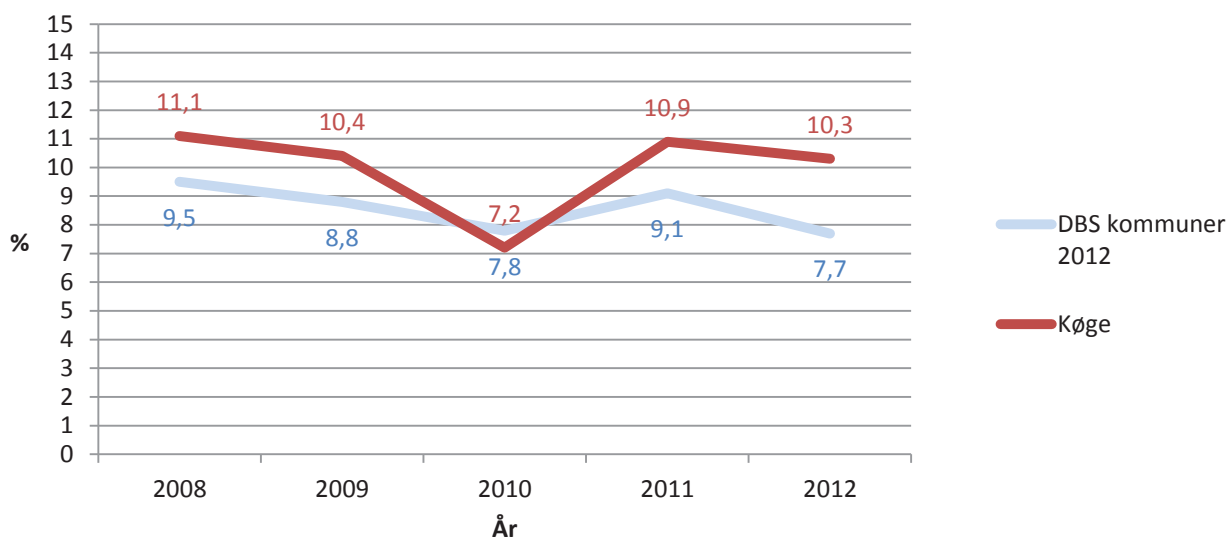
Figur 10.10.e viser andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår opdelt for hele populationen og for Køge Kommune. For 10,3 % af børnene i kommunen er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Forekomsten i Køge er således højere end forekomsten i den samlede population, hvor forekomsten er 7,7 %.

Figur 10.10.e Andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår opdelt på kommune



Figur 10.10.f viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til problemer til spisning i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Køge Kommune. Af figuren ses, at Køge alle år, med undtagelse af 2010, har haft en større andel af bemærkninger til spisning end gennemsnittet for databasekommunerne.

Figur 10.10.f Andelen børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår 2008-2012



Forekomsten af bemærkninger til spisning er højere blandt børn i Køge Kommune, der har et handicap eller en sygdom end for børn, der ikke har. Forekomsten er henholdsvis 40,0 % for børn med et handicap eller en sygdom og 13,3 % for børn uden handicap eller sygdom. Forekomsten af bemærkninger til spisning er højere for børn, der ikke er blevet ammet fuldt i mindst fire måneder end for børn, der er blevet ammet. Forekomsten er henholdsvis 15,3 % for børn, der ikke er blevet ammet og 6,7 % for børn, der er blevet ammet fuldt i mindst fire måneder.

Sammenfatning

I Køge Kommune har 7,8 % af de undersøgte børn mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. De fleste bemærkninger er noteret ved B-besøget, hvor barnet er to måneder gammelt. De børn, som har problemer i forhold til uro/søvn, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer, børn, der ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder, børn med, bemærkning til mors psykiske tilstand bemærkning til forældre-barn-kontakt eller spisning.

For 10,3 % af børnene i Køge Kommune er der noteret bemærkninger til problemer med spisning ved mindst et besøg. Flest bemærkninger er noteret ved det første besøg efter fødslen (A-besøget). Forekomsten af bemærkninger til uro/gråd er højere i gruppen af børn, hvor der er noteret bemærkning til mors psykiske tilstand eller forældre-barn-kontakt.

10.11 Roskilde Kommune

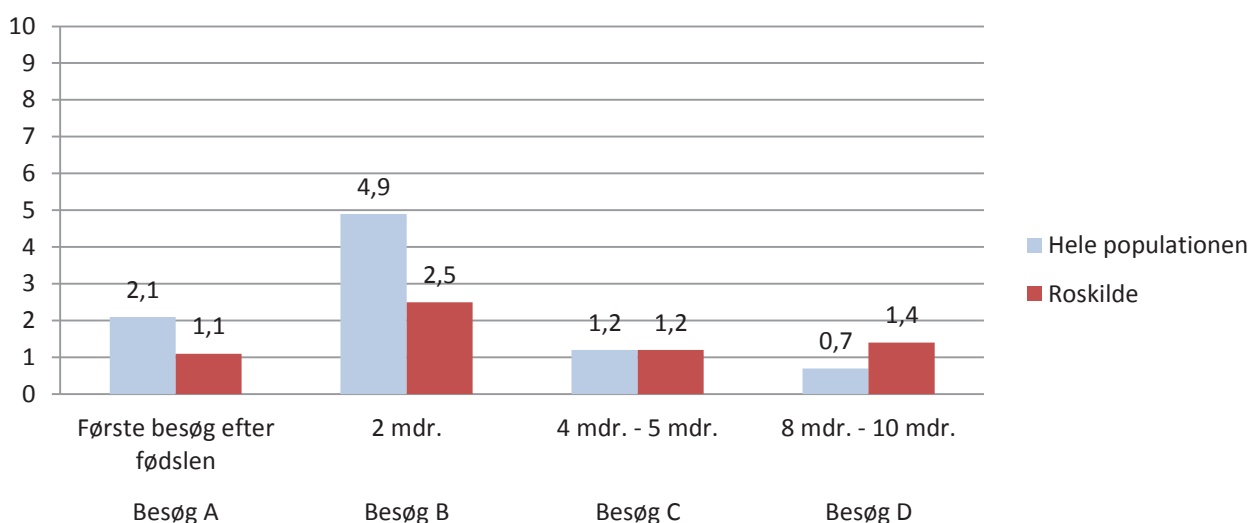
Denne temarapport har til formål at beskrive forekomsten af problemer med gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår samt at beskrive baggrunden for disse problemer. Kapitel 2 i rapporten beskriver populationen og metoder, her kan man læse flere detaljer om data og analyser.

Børn med bemærkninger til uro og gråd

Fra Roskilde Kommune indgår 683 børn i rapporten. Heraf har 24 børn bemærkninger til uro og søvn ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår. For syv børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 1,1 % af de gennemførte A-besøg. For 11 børn er der noteret bemærkning til B-besøget (2 mdr.), svarende til 2,5 %. For fire børn er der noteret bemærkning til uro/søvn ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 1,2 % og for otte børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 1,4 % af de gennemførte D-besøg.

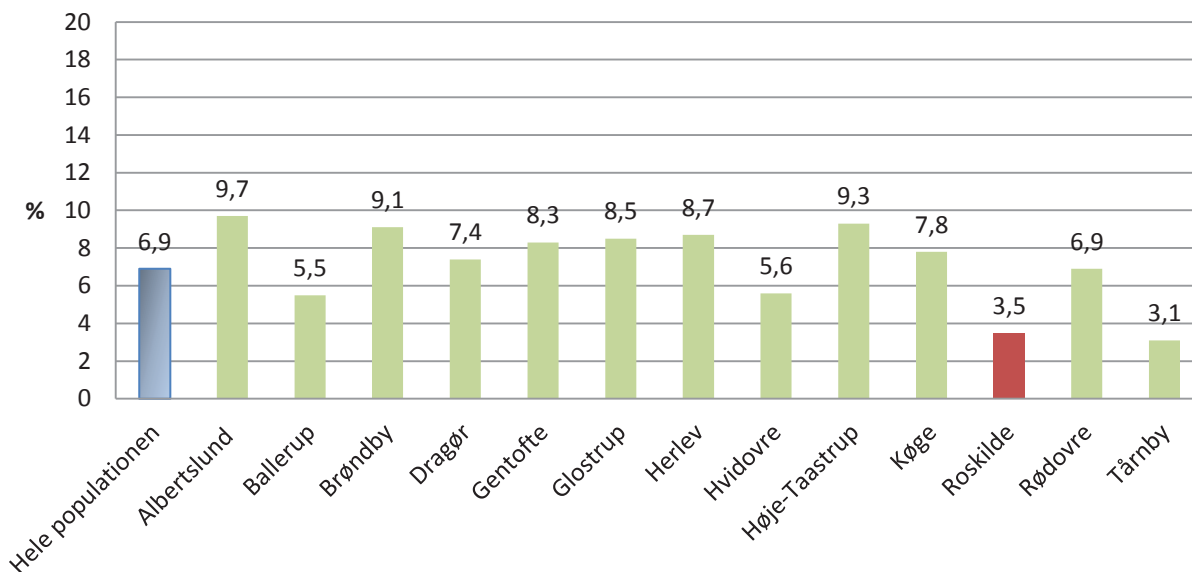
Figur 10.11.a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg for Roskilde Kommune og for alle de nuværende 13 kommuner i databasen (hele populationen). Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til uro/gråd topper, når barnet er ca. to måneder.

Figur 10.11.a Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg



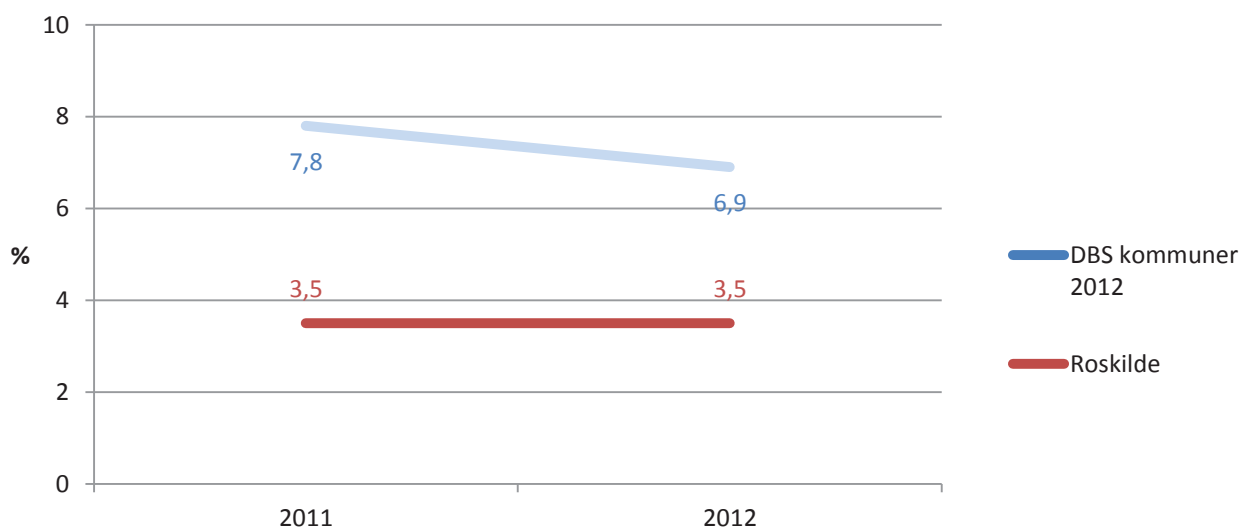
Figur 10.11.b viser andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår i de deltagende kommuner. Af figuren fremgår det, at 3,5 % af de undersøgte børn i Roskilde Kommune har mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. Kommunen ligger en del lavere end hele populationen, hvor 6,9 % af børnene har mindst en bemærkning til uro/gråd.

Figur 10.11.b Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår



Figur 10.11.c viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til uro/gråd i det første leveår i 2011 og 2012 for hele populationen og for Roskilde Kommune. Det ses, at andelen med mindst en bemærkning begge år har været lavere i Roskilde end i den samlede population.

Figur. 10.11.c Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd-problemer i første leveår 2011-2012



I Roskilde har børn, der har bemærkninger til fødslen, en højere forekomst af bemærkninger til uro/gråd end børn, hvor der ikke er noteret bemærkning til fødslen. Børn med bemærkning har således en

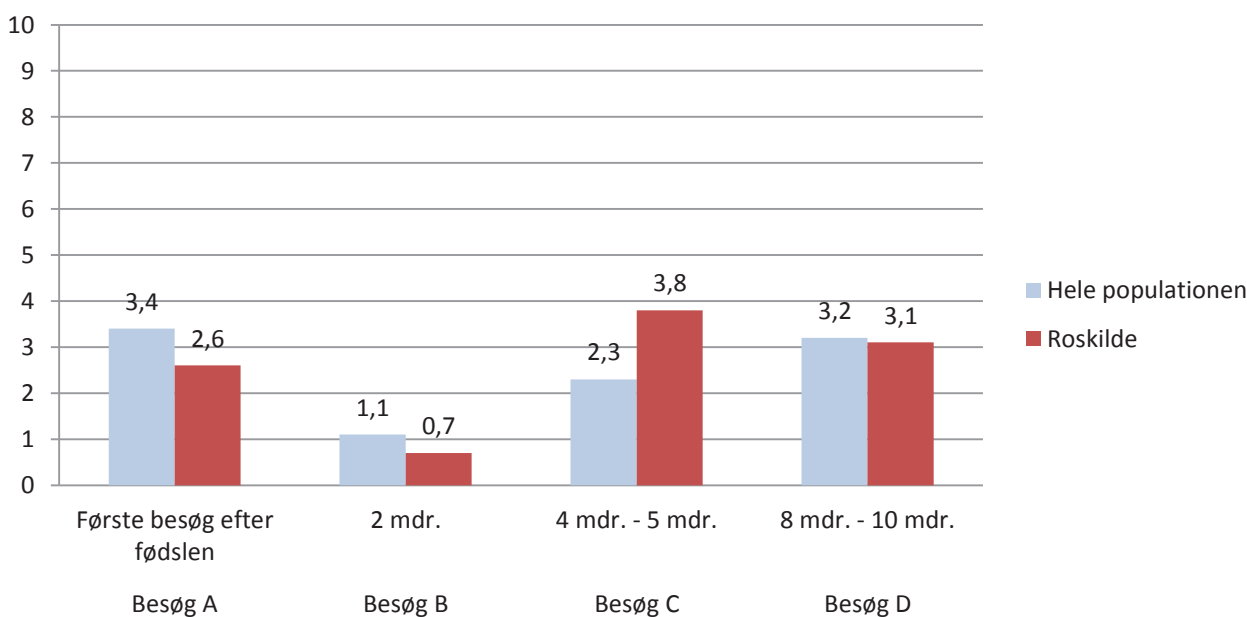
forekomst på 6,4 %. Samme tal for børn uden bemærkning til fødslen er 2,4 %. Børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand har også oftere bemærkninger til uro/gråd. Forekomsten er 11,3 % blandt børn i Roskilde, hvor der er bemærkninger til mors psykiske tilstand og 1,5 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkninger. Samme billede ses for børn, hvor der er bemærkninger til forældre-barn-kontakt, her er forekomsten 38,6 % for børn med bemærkning til forældre-barn-kontakt og 2,4 % for børn uden bemærkning. Børn, hvor der er noteret bemærkninger til søvn, har ligeledes en højere forekomst af bemærkninger til uro/gråd, henholdsvis 13,3 % for børn med bemærkning til søvn og 2,3 % for børn uden bemærkning til søvn.

Børn med bemærkninger til spisning

Fra Roskilde Kommune indgår 683 børn med journaldata om barnets spisning i første leveår. Ud af disse har 44 børn mindst en bemærkning til spiseproblemer ved mindst et af de fire besøg i barnet første leveår. For 16 børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 2,6 % af de gennemførte A-besøg. For tre børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved B-besøget (første besøg efter fødslen), svarende til 0,7 %. For 12 børn er der noteret bemærkning til spisning ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 3,8 % og for 16 børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 3,1 % af de gennemførte D-besøg.

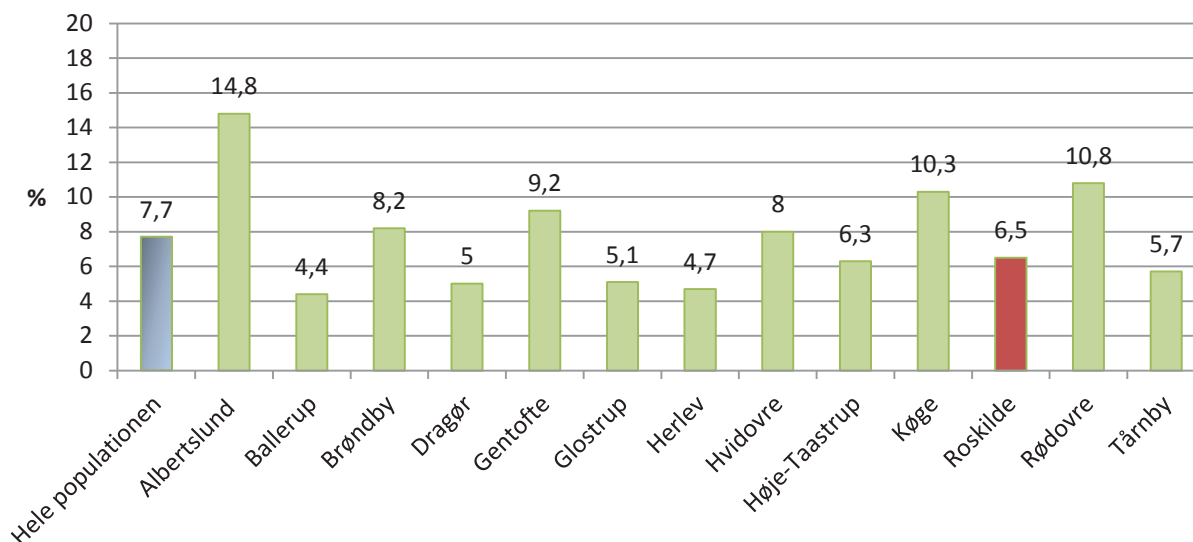
Figur 10.11.d viser andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg for Roskilde Kommune og for hele populationen i rapporten. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til spisning er højest ved C-besøget.

Figur 10.11.d Andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg i første leveår



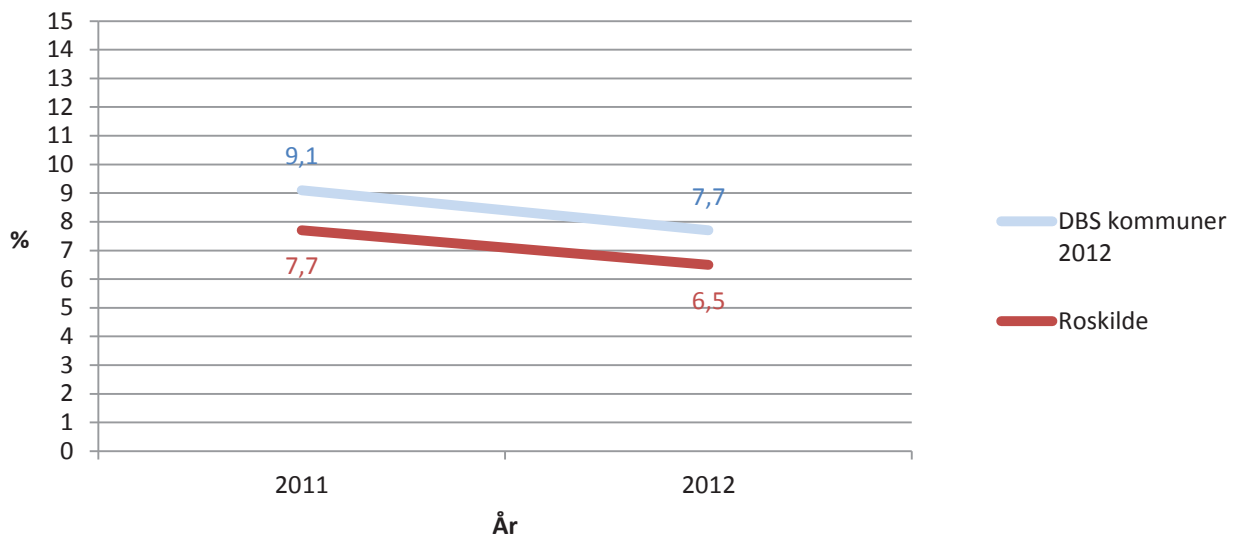
Figur 10.11.e viser andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg for Roskilde Kommune og for hele populationen i rapporten. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til spisning er højest ved C-besøget i Roskilde.

Figur 10.11.e Andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår opdelt på kommune



Figur 10.11.f viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til problemer til spisning i det første leveår i 2011 og 2012 for hele populationen og for Roskilde Kommune. Af figuren ses, at Roskilde begge år har haft en lidt lavere forekomst af bemærkninger til spisning end gennemsnittet for databasekommunerne.

Figur 10.11.f Andelen børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår 2011-2012



Børn af mødre, hvor sundhedsplejersken har noteret mindst en bemærkning til mors psykiske tilstand, har oftere mindst en bemærkning til problemer med spisning end børn, hvor der ikke er bemærkning til mors psykiske tilstand. Forekomsten er 5,2 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkninger til mors psykiske tilstand og 11,4 % blandt børn, hvor der er noteret mindst en bemærkning. Samme billede ses for bemærkning til forældre-barn-kontakt, her er andelen, hvor der er bemærkning til spisning 22,7 % for børn, hvor der er bemærkning til forældre-barn-kontakt og 5,2 % for børn, hvor der ikke er noteret bemærkning til forældre-barn-kontakt. Børn, hvor der er bemærkninger til fødslen, har også øget forekomst, her er forekomsten 11,1 % for børn med bemærkning til fødslen og 4,3 % for børn uden bemærkning.

Sammenfatning

I Roskilde har 3,5 % af de undersøgte børn mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. De fleste bemærkninger er noteret ved B-besøget, hvor barnet er to måneder gammelt. De børn, som har problemer i forhold til uro/søvn, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer, som børn, hvor der er bemærkninger til fødslen, søvn, mors psykiske tilstand, spisning eller forældre-barn-kontakt.

For 6,5 % af børnene i Roskilde Kommune er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Forekomsten af bemærkninger til uro/gråd er højere i gruppen af børn, hvor der er noteret bemærkning til fødslen. Børn af mødre, hvor sundhedsplejersken har noteret mindst en bemærkning til mors psykiske tilstand eller forældre-barn-kontakt har også større risiko for at have bemærkninger til spisning.

10.12 Rødovre Kommune

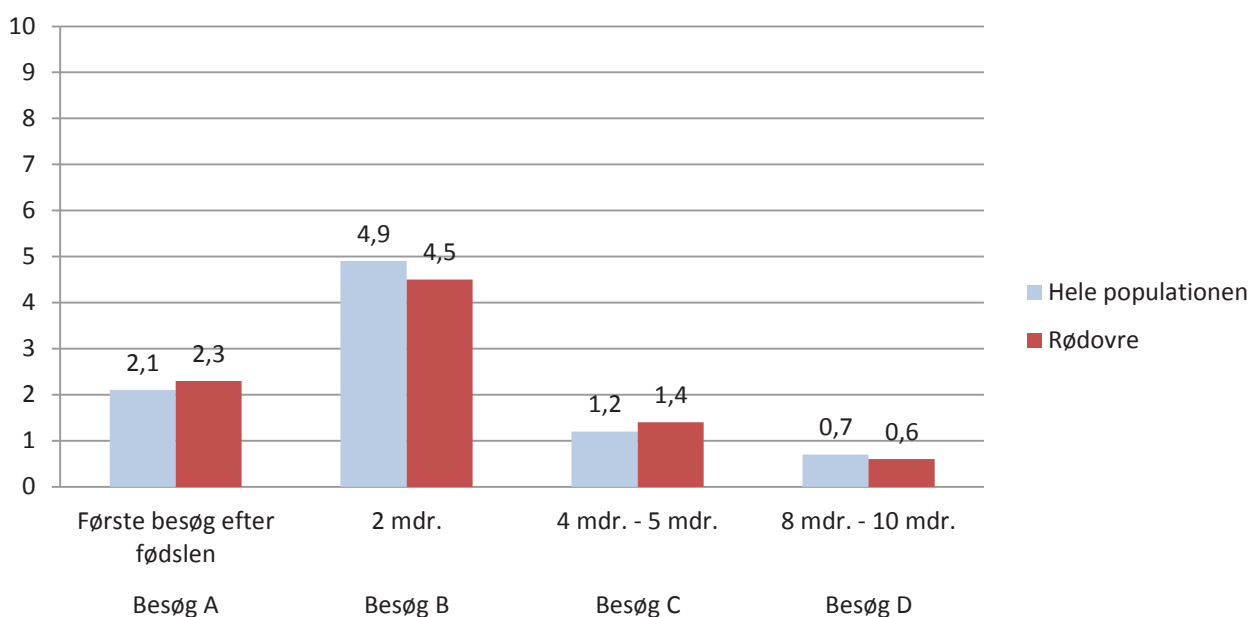
Denne temarapport har til formål at beskrive forekomsten af problemer med gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår samt at beskrive baggrunden for disse problemer. Kapitel 2 i rapporten beskriver populationen og metoder, her kan man læse flere detaljer om data og analyser.

Børn med bemærkninger til uro og gråd

Fra Rødovre Kommune indgår 389 børn i rapporten. Heraf har 27 børn bemærkninger til uro og gråd ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår. For otte børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 2,3 % af de gennemførte A-besøg. For 15 børn er der noteret bemærkning til uro/gråd ved B-besøget (2 mdr.), svarende til 4,5 %. For fem børn er der noteret bemærkning til uro og gråd ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 1,4 % og for to børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 0,6 % af de gennemførte D-besøg.

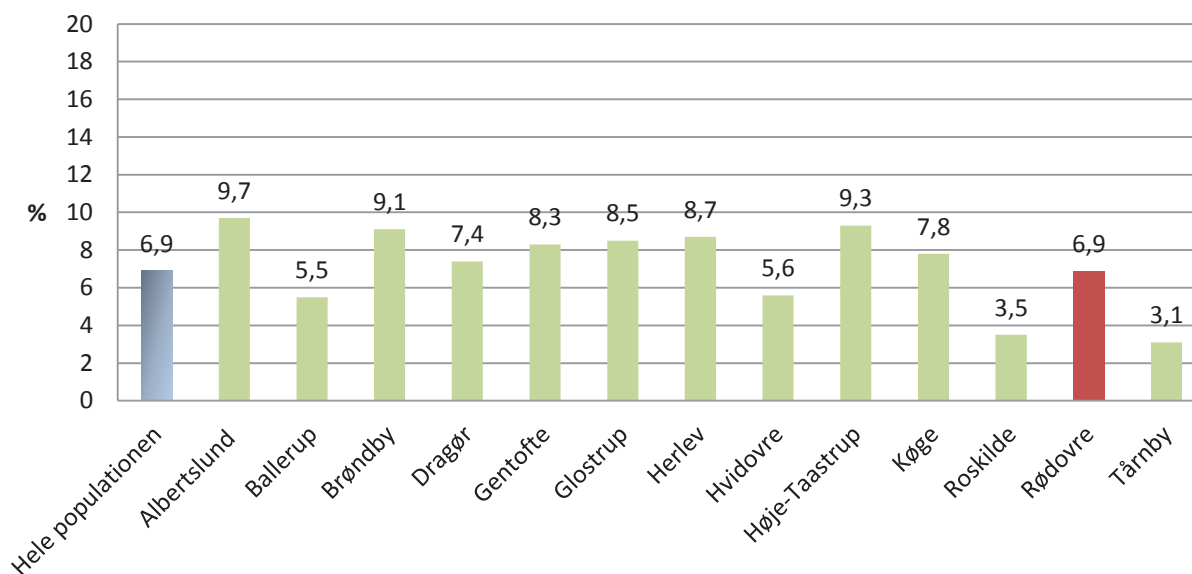
Figur 10.12.a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg, for Rødovre Kommune og for alle de nuværende 13 kommuner i databasen (hele populationen). Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til uro og gråd topper, når barnet er ca. to måneder.

Figur 10.12.a Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg



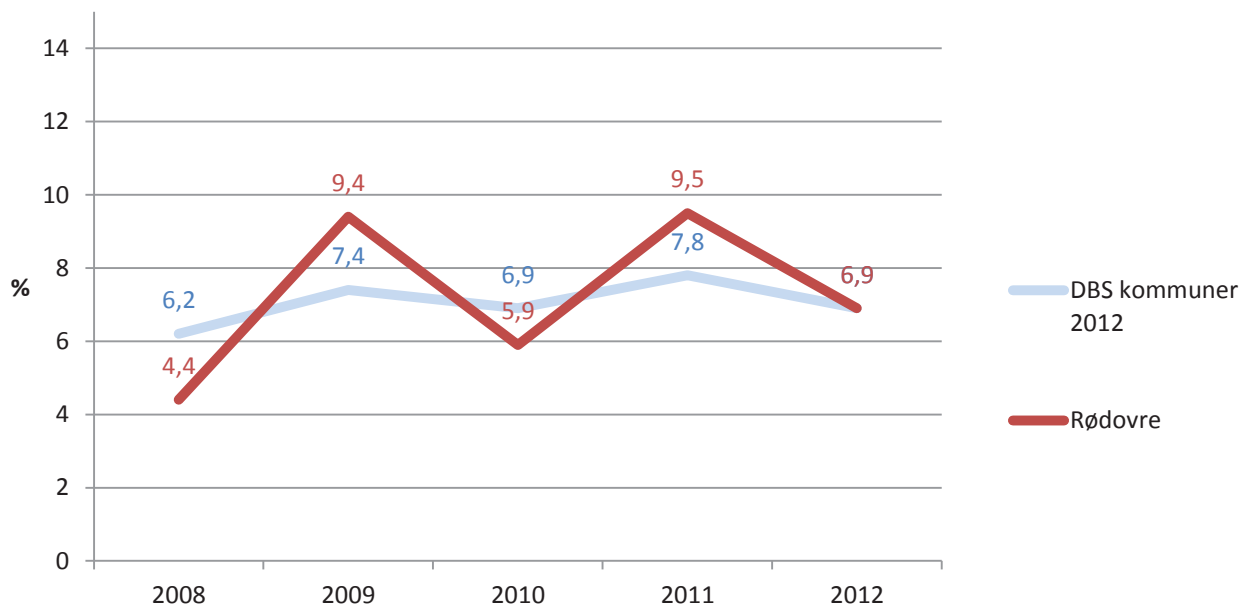
Figur 10.12.b viser andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår opdelt på kommuner. Af figuren fremgår det, at 6,9 % af de undersøgte børn i Rødovre Kommune har mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. Dette er præcis den samme andel som i hele populationen.

Figur 10.12.b Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår



Figur 10.12.c viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til uro/gråd i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Rødovre Kommune. Det ses, at andelen med mindst en bemærkning har svinget meget i Rødovre Kommune.

Figur. 10.12.c Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd problemer i første leveår 2008-2012



I Rødovre Kommune har børn, med lav fødselsvægt øget risiko for at have bemærkninger til gråd og uro. Gruppen af børn med en fødselsvægt på under 2500 g, har en forekomst på 35,7 %. Til sammenligning har børn med en fødselsvægt på mellem 2500 og 2999 g en forekomst på 4,6 %, børn med en fødselsvægt

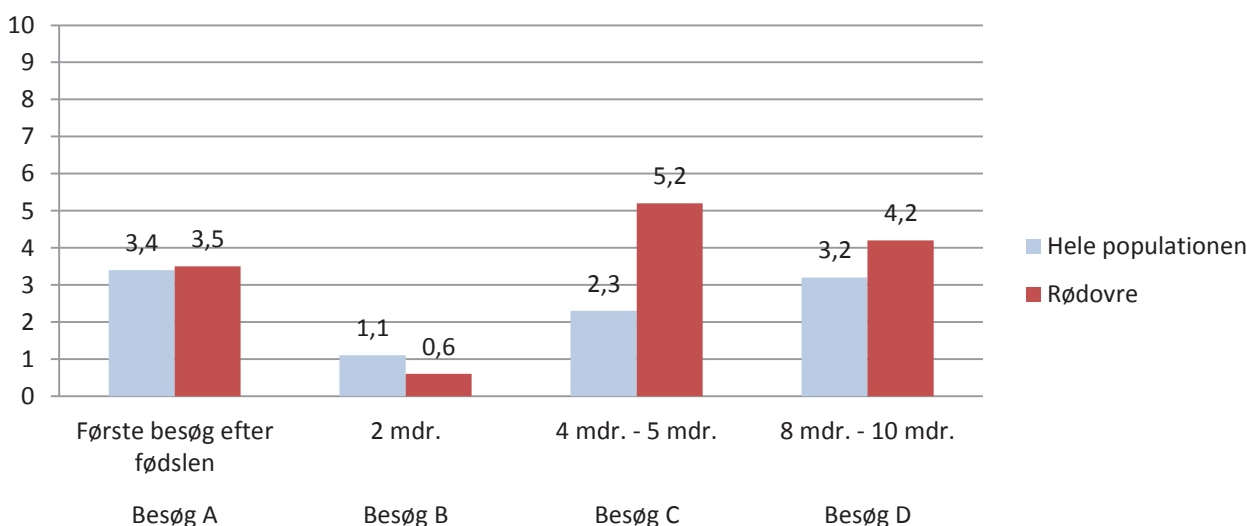
på mellem 3000 og 3499 g en forekomst på 6,2 % og endeligt har børn med en fødselsvægt på 3500 g og derover en forekomst på 7,1 %. Børn med bemærkninger til fødslen har en forekomst af bemærkninger til gråd/uro på 12,1 %, mens børn uden bemærkninger blot har en forekomst på 1,8 %. Børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand har også øget forekomst. Børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, har en forekomst på 12,1 %, og børn, hvor der ikke er bemærkning, på 4,0 %. Samme billede ses for børn med bemærkninger til forældre-barn-kontakt, her er forekomsten af bemærkninger til gråd og uro 34,6 % for børn med bemærkning til forældre-barn-kontakt og 4,9 % blandt børn, hvor der ikke er noteret bemærkning. For børn med bemærkning til spisning er forekomsten af uro/gråd-problemer 23,8 % - hos børn uden 4,9 %.

Børn med bemærkninger til spisning

Fra Rødovre Kommune indgår 389 børn med journaldata om barnets spisning i første leveår. Ud af disse har 42 børn mindst en bemærkning til spiseproblemer ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår. For 12 børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 3,5 % af de gennemførte A-besøg. For to børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved B-besøget (første besøg efter fødslen), svarende til 0,6 %. For 17 børn er der noteret bemærkning til spisning ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 5,2 % og for 14 børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 4,1 % af de gennemførte D-besøg.

Figur 10.12.d viser andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg for Rødovre Kommune og for hele populationen i rapporten. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til spisning er højest ved C-besøget og lavest ved B-besøget i kommunen.

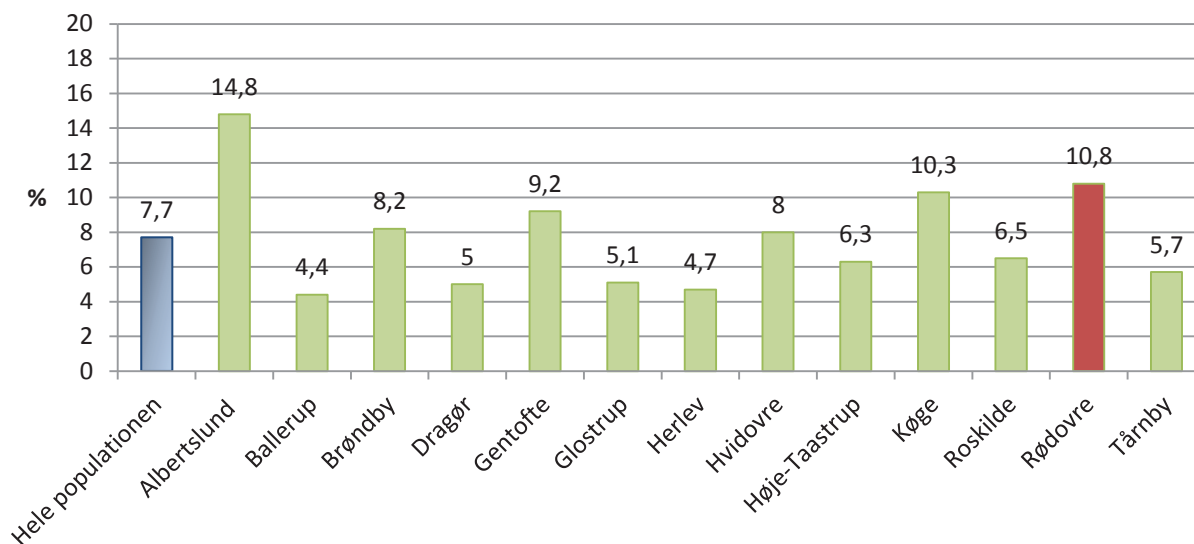
Figur 10.12.d Andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg i første leveår



Figur 10.12.e viser andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår opdelt for hele populationen og for Rødovre. For 10,8 % af børnene i Rødovre Kommune er der noteret bemærkninger

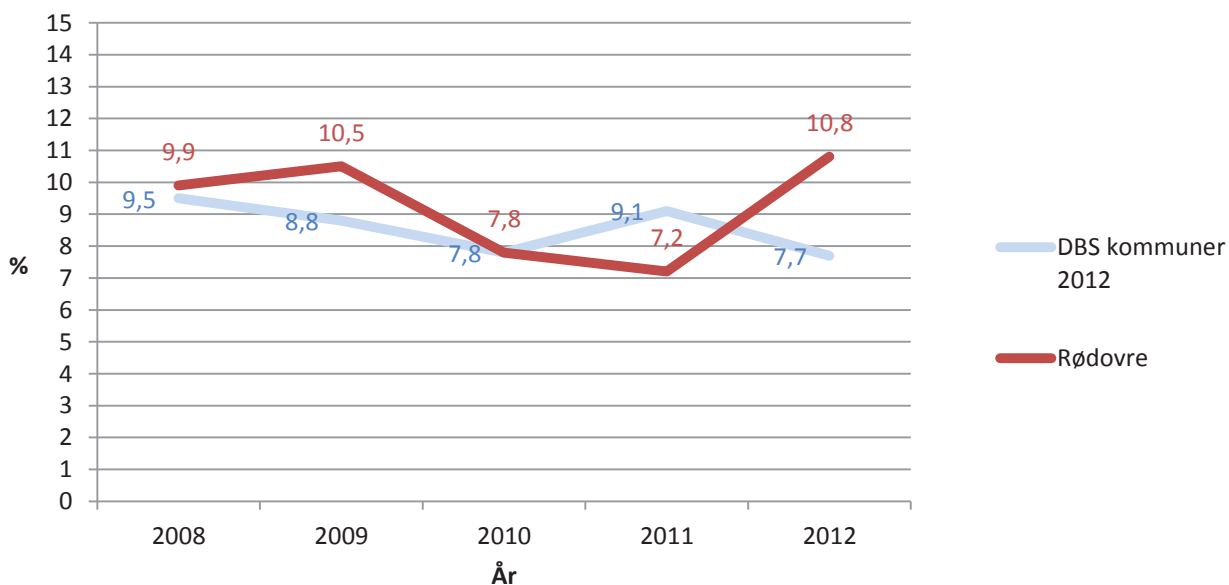
om problemer med spisning ved mindst et besøg. Forekomsten i Rødovre Kommune er således højere end forekomsten i den samlede population.

Figur 10.12.e Andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår opdelt på kommune



Figur 10.12.f viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til problemer til spisning i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Rødovre Kommune. Af figuren ses, at forekomsten i Rødovre Kommune er svinget meget fra år til år.

Figur 10.12.f Andelen børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår 2008-2012



I Rødovre Kommune har børn af mødre, hvor sundhedsplejersken har noteret mindst en bemærkning til mors psykiske tilstand, oftere mindst en bemærkning til problemer med spisning end børn, hvor der ikke er bemærkning til mors psykiske tilstand. Forekomsten er 7,3 % blandt børn, hvor der ikke er bemærkninger til mors psykiske tilstand, og 17,1 % blandt børn, hvor der er noteret mindst en bemærkning. Samme billede ses for bemærkning til forældre-barn-kontakt, her er andelen, hvor der er bemærkning til spisning 30,8 % for børn, hvor der er bemærkning til forældre-barn-kontakt og 9,4 % for børn, hvor der ikke er noteret bemærkning til forældre-barn-kontakt.

Sammenfatning

I Rødovre Kommune har 6,9 % af de undersøgte børn mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. De fleste bemærkninger er noteret ved B-besøget, hvor barnet er 2 mdr. gammelt. De børn, som har problemer i forhold til uro/søvn, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer, som lav fødselsvægt, bemærkninger til fødslen, til spisning, til mors psykiske tilstand og/eller bemærkning til forældre-barn kontakt ved mindst et besøg.

For 10,8 % af børnene i Rødovre Kommune er der noteret bemærkninger til problemer med spisning ved mindst et besøg. Forekomsten af bemærkninger til spisning er højere i gruppen af børn, der har bemærkning til fødslen, mors psykiske tilstand og forældre-barn-kontakt.

10.13 Tårnby Kommune,

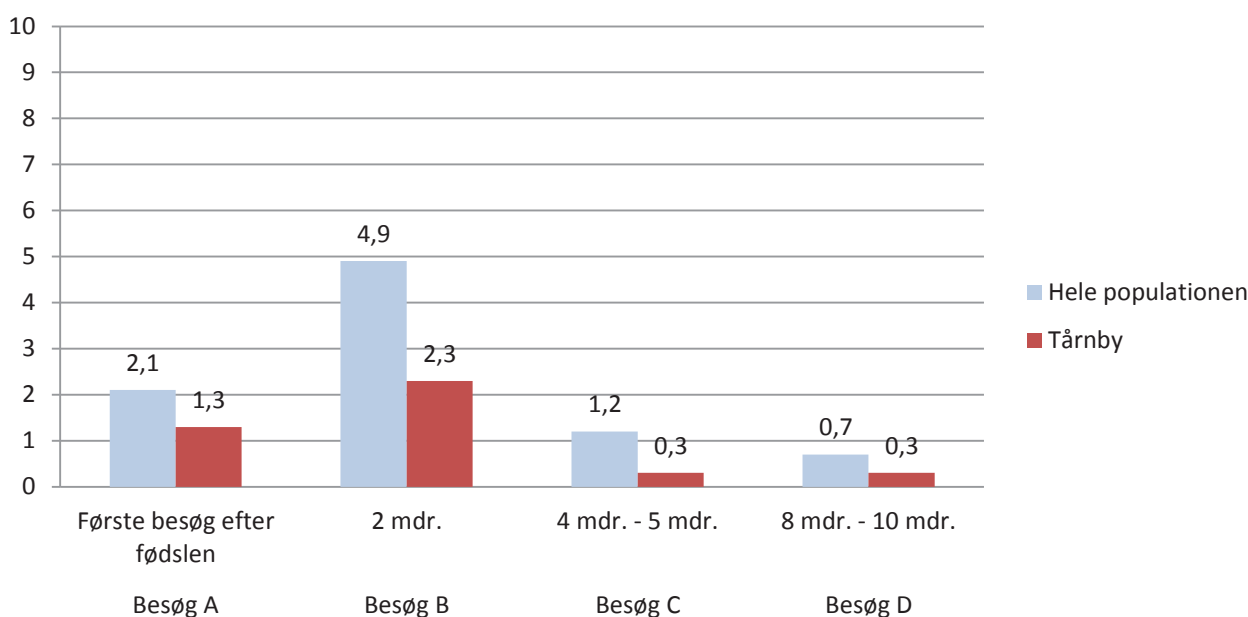
Denne temarapport har til formål at beskrive forekomsten af problemer med gråd og uro samt spiseproblemer i første leveår samt at beskrive baggrunden for disse problemer. Kapitel 2 i rapporten beskriver populationen og metoder, her kan man læse flere detaljer om data og analyser.

Børn med bemærkninger til uro og gråd

Fra Tårnby indgår 418 børn i rapporten. Heraf har 13 børn bemærkninger til uro og søvn ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår. For fem børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 1,3 % af de gennemførte A-besøg. For otte børn er der noteret bemærkning til B-besøget (2 mdr.) svarende til 2,3 %. For et barn er der noteret bemærkning til uro/søvn ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 0,3 % og for nul børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.).

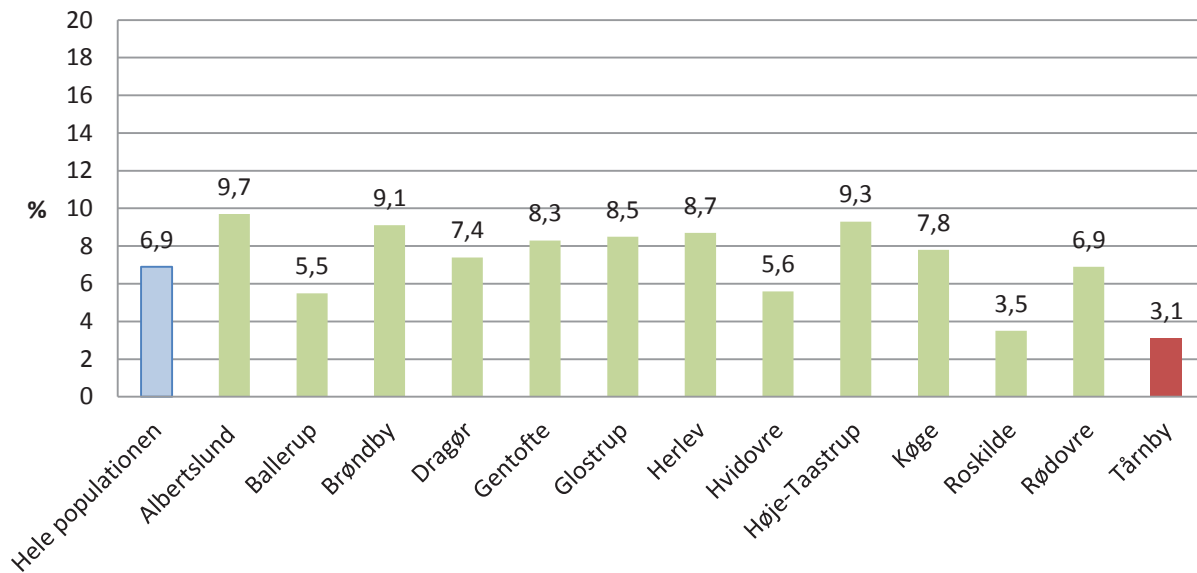
Figur 10.13.a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg, for Tårnby Kommune og for alle de nuværende 13 kommuner i databasen (hele populationen). Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger til uro/gråd topper, når barnet er ca. to måneder.

Figur 10.13.a Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved de fire besøg



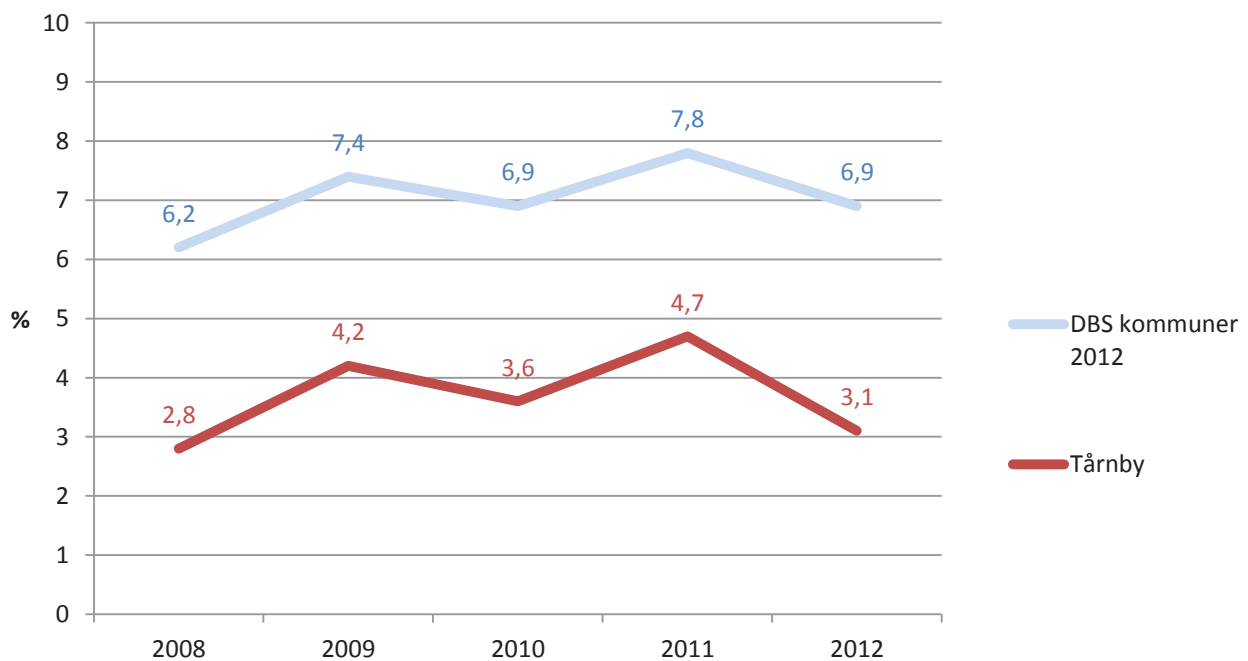
Figur 10.13.b viser andelen af børn med mindst en bemærkning om uro/gråd i første leveår i de deltagende kommuner. Af figuren fremgår det, at 3,1 % af de undersøgte børn i Tårnby Kommune har mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår, og dermed er den kommune med lavest forekomst. I hele populationen er den tilsvarende andel 6,9 %.

Figur 10.13.b Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår



Figur 10.13.c viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til uro/gråd i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Tårnby Kommune. Det ses, at kommunen alle år har ligget lavere end gennemsnittet for hele populationen.

Figur 10.13.c Andelen af børn med mindst en bemærkning til uro/gråd problemer i første leve år 2008-2012



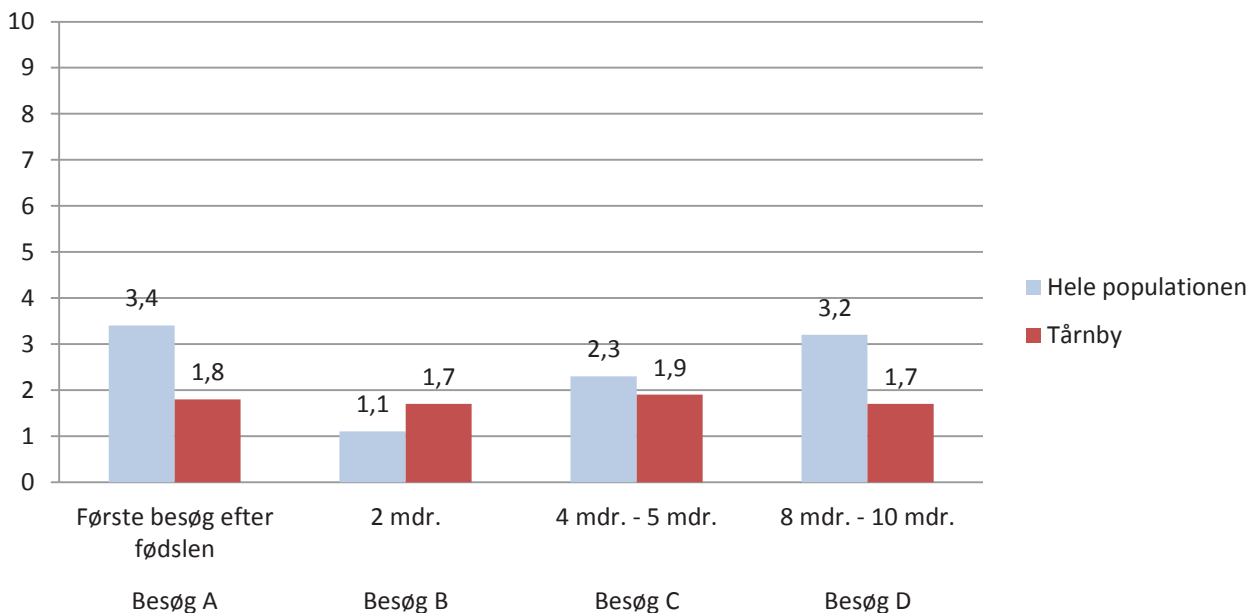
I Tårnby Kommune har børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst et besøg, større risiko for at have bemærkning til uro/gråd. Forekomsten af gråd og uro problemer er 7,1 % for børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand, og 2,5 %, hvor der ikke er bemærkning. Tilsvarende billede ses for børn, hvor der er bemærkning til forældre-barn-kontakt, hvor forekomsten er 12,0 % for børn, hvor der er noteret bemærkning, og 2,5 %, hvor der ikke er.

Børn med bemærkninger til spisning

Fra Tårnby Kommune indgår 418 børn med journaldata om barnets spisning i første leveår. Ud af disse har 24 børn mindst en bemærkning om spiseproblemer ved mindst et af de fire besøg i barnet første leveår. For syv børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved A-besøget (første besøg efter fødslen), hvilket svarer til 1,8 % af de gennemførte A-besøg. For seks børn har sundhedsplejersken noteret bemærkning ved B-besøget (første besøg efter fødslen), svarende til 1,7 %. For syv børn er der noteret bemærkning til spisning ved C-besøget (4 mdr. - 5 mdr.), svarende til 1,9 % og for seks børn ved D-besøget (8 mdr. - 10 mdr.), svarende til 1,7 % af de gennemførte D-besøg.

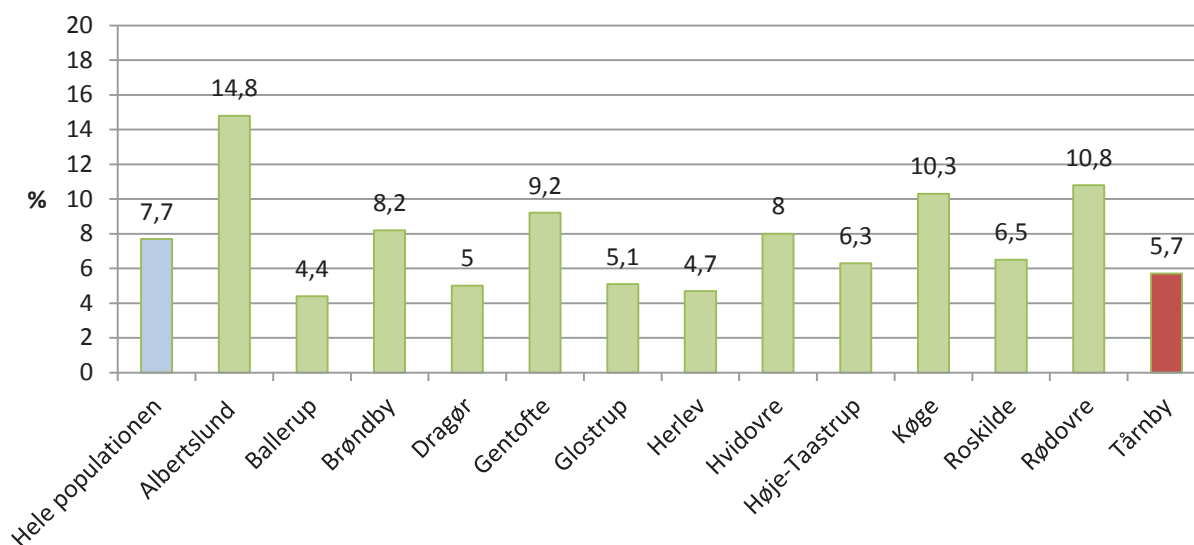
Figur 10.13.d viser andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg for Tårnby og for hele populationen i rapporten. Af figuren ses forekomsten af bemærkninger til spisning i Tårnby Kommune er stort set den samme ved alle besøg.

Figur 10.13.d Andelen af børn med bemærkning til spisning ved de fire besøg i første leveår



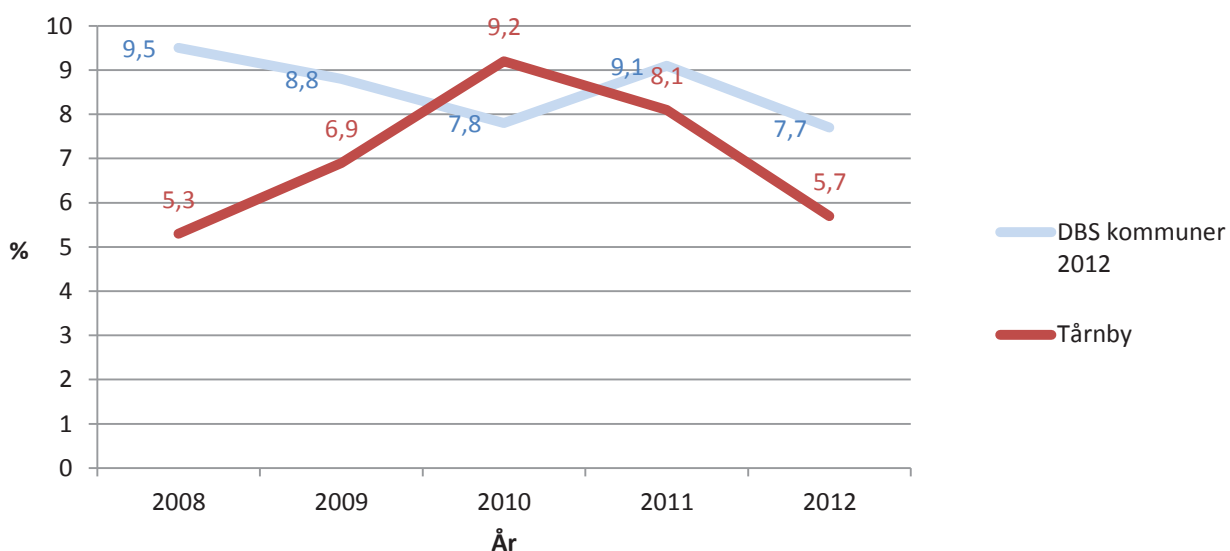
Figur 10.13.e viser andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår opdelt for hele populationen og for Tårnby Kommune. For 5,7 % af børnene i Tårnby er der noteret bemærkninger om problemer med spisning ved mindst et besøg. Forekomsten i kommune er således lavere end i den samlede population.

Figur 10.13.e Andelen af børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår opdelt på kommune



Figur 10.13.f viser udviklingen i andelen af børn, hvor der er registeret mindst en bemærkning til problemer til spisning i det første leveår i perioden 2008-2012 for hele populationen og for Tårnby Kommune. Af figuren ses, at Tårnby Kommune de fleste år har haft en lavere forekomst af bemærkninger til spisning end samlede population.

Figur 10.13.f Andelen børn med mindst en bemærkning til spisning i første leveår 2008-2012



Forekomsten af bemærkninger til spiseproblemer er højere blandt børn i Tårnby Kommune, der har bemærkning til fødslen end blandt uden bemærkning. Forekomsten er 9,0 % for børn med bemærkning til fødslen og 4,0 % for børn, hvor der ikke er noteret bemærkning til fødslen. Børn, hvor der er noteret

bemærkning til forældre-barn-kontakt ved mindst et besøg, har også en større forekomst. Forekomsten er 20,0 % for børn med bemærkning og 4,8 % for børn, hvor der ikke er noteret bemærkning.

Sammenfatning

I Tårnby har 3,1 % af de undersøgte børn mindst en bemærkning til uro/gråd i første leveår. De fleste bemærkninger er noteret ved B-besøget, hvor barnet er 2 mdr. gammelt. Der ses en ophobning af bemærkninger til uro og gråd hos børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand og forældre-barn-kontakt.

For 7,7 % af børnene i Tårnby Kommune er der noteret bemærkninger til problemer med spisning ved mindst et besøg. Forekomsten af bemærkninger til spisning er højere i gruppen af børn, der har en bemærkning til fødslen og i gruppen af børn, hvor der er noteret bemærkning til forældre-barn-kontakt.

Bilag 1: Logistiske regressionsanalyser

Logistiske regressionsanalyser for uro/gråd

Tabel 1. OR (95 % CI) for bemærkning til uro/gråd efter sociodemografiske faktorer

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret ^a OR (95 % CI)
Køn (n=5410)		
Pige	1 (reference)	1 (reference)
Dreng	1,34 (1,08-1,66)	1,34 (1,08-1,66)
Fars erhvervstilknytning (n=5410)		
Far aktuelt i arbejde	1 (reference)	1 (reference)
Far ikke i arbejde	1,77 (1,05-2,97)	1,46 (0,85-2,50)
Far erhvervstilknytning uoplyst	1,03 (0,83-1,29)	1,07(0,82-1,40)
Mor uddannelse (n=5410)		
Højest 10. klasse	1 (reference)	1 (reference)
Højere end folkeskolen	0,69 (0,52-0,90)	0,74 (0,56-0,98)
Mors uddannelse uoplyst	0,69 (0,53-0,90)	0,74 (0,54-1,02)
Familietype (n=5284)		
Bor med begge forældre	1 (reference)	1 (reference)
Anden familietype	1,49 (1,02-2,19)	1,40 (0,94-2,09)
Mors indvandrerstatus (n=5396)		
Dansk	1 (reference)	1 (reference)
1. generationsindvandrer	1,35(0,96-1,89)	1,24 (0,89-1,76)
2./3. generationsindvandrer	1,72(0,09-2,727)	1,51 (0,94-2,42)

^a Justeret for køn, fars erhverv, mors uddannelse, familietype, mors indvandrerstatus.

Tabel 2. OR (95 % CI) for bemærkning til uro/gråd relateret til fødslen

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Gestationsalder (n=5410)		
≥37 uger	1 (reference)	1 (reference)
<37 uger (født for tidligt)	1,64 (1,08-2,49)	1,63 (1,08-2,48)
Gestationsalder uoplyst	0,83 (0,62-1,11)	0,83 (0,62-1,12)
Fødselsvægt (n=4151)		
<2500 gram (lav fødselsvægt)	2,10 (1,30-3,40)	2,12 (1,31-3,44)
≥2500 gram til 2999 gram	1,92 (1,41-2,61)	1,97 (1,45-2,67)
3000 gram til 3499 gram	1 (reference)	1 (reference)
>3500	1,06 (0,742-1,52)	1,01 (0,70-1,45)
Bemærkninger til fødslen(n=4526)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	1,79 1,42-2,26	1,78 (1,42-2,25)

^a Justeret for køn

Tabel 3. OR (95 % CI) for bemærkning til uro/gråd forhold relateret til samtidige forhold

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Amning 4 mdr. (n=5410)		
Fuldt ammet i >4 mdr.	1 (reference)	1 (reference)
Ikke ammet fuldt i fire måneder	1,57 (1,21-1,95)	1,22 (0,91-1,63)
Amning 4 mdr. uoplyst	1,27 (0,96-1,69)	1,24 (0,88-1,75)
Mors psykiske tilstand (n=5407)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Mindst et besøg med bemærkninger	4,89 (3,90-6,12)	4,72 (3,56-6,26)
Forældre-barn kontakt og samspil (n=5409)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Mindst et besøg med bemærkninger	5,53 (4,40-6,94)	4,23 (3,23-5,66)
Søvn (n=5231)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Mindst et besøg med bemærkninger	3,90 (2,99-5,18)	3,76 (2,74-5,15)
Bor med ryger (n=5410)		
Bor ikke med ryger	1 (reference)	1 (reference)
Bor med mindst en ryger	1,46 1,08-1,97	1,38 (0,96-1,98)
Bor med ryger uoplyst	0,71 (0,51-0,99)	0,95 (0,62-1,48)

^a Justeret for køn, fødselsvægt, gestationsalder, bemærkning til fødslen.

Logistiske regressionsanalyser for bemærkninger til spisning

Tabel 4. OR (95 % CI) for bemærkning til spisning efter sociodemografiske faktorer

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret ^a OR (95 % CI)
Fars alder n=5169		
Far mindst 25 år	1 (reference)	1 (reference)
Far >25	0,50 (0,27-0,92)	

Tabel 5. OR (95 % CI) for bemærkning til spisning efter forhold relateret til fødslen

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret ^a OR (95 % CI)
Bemærkninger til fødslen(n=4524)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	1,72 (1,39-2,14)	1,75 (1,40-2,17)
Sygdom/handicap hos barnet (n=5407)		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	3,38 (2,24-5,11)	3,39 (2,22-5,16)
Sygdom/handicap uoplyst	0,77 (0,62-0,97)	0,78 (0,62-0,98)

^a justeret for fars alder.

Tabel 6. OR (95 % CI) for bemærkning til uro/gråd forhold relateret til samtidige forhold

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Amning 4 mdr. (n=5407)		
Fuldt ammet i >4 mdr.	1 (reference)	1 (reference)
Ikke ammet fuldt i fire måneder	1,50 (1,20-1,87)	1,46 (1,14-1,86)
Amning 4 mdr. uoplyst	1,14 (0,87-1,51)	1,18 (0,87-1,60)
Mors psykiske tilstand (n=5403)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Mindst et besøg med bemærkninger	2,71 (2,21-3,31)	2,45 1,96-3,07
Forældre-barn kontakt og samspil (n=5405)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Mindst et besøg med bemærkninger	3,64 (2,89-4,58)	3,54 2,75-4,55
Søvn (n=5226)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Mindst et besøg med bemærkninger	2,38 (1,81-3,12)	2,36 (1,76-3,16)

^a Justeret for fars alder, bemærkning til fødslen, handicap/sygdom hos barnet.

Bilag 2: Publikationer fra Databasen Børns Sundhed siden 2011

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

Årsberetninger

2014

Årsberetning om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2012/13

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

2013

Årsberetning om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2011/12

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

Årsberetning om børn født i 2011

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

2012

Årsberetning om børn født i 2010 -databasen børns sundhed

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

Temarapporter

2014

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

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

2013

Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen.

Svendsen M, Brixval CS, Holstein BE. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

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

2012

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

Motoriske vanskeligheder -Sundhedsplejerskernes undersøgelser af motorik ved indskolingen.

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

2011

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

Rapporter om Region Hovedstaden

2013

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

Artikler

2014

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

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

2013

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

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

2011

Opdag psykiske problemer i barnets første leveår

Ammitzbøll J.
Sygeplejersken 2011; 14: 58-59

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

Ammitzbøll J
Sundhedsplejersken 2011; 5: 38-39.

Afhandlinger og specialer

2013

Behovssundhedspleje: Epidemiologisk studie af forekomst og prædiktorer blandt 15.418 spædbørnsfamilier

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

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