



# BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem  
sundhedsplejersker og  
Statens Institut for  
Folkesundhed

## Sundhedsplejerskens indsatser for 0-årige børn

Temarapport og årsrapport  
Børn født i 2013

*Udarbejdet for Databasen Børns Sundhed af  
Sofie Weber Pant, Anette Johansen og Bjørn E. Holstein*

# Sundhedsplejerskens indsatser for 0-årige børn

Sundhedsplejerskens indsatser for 0-årige børn. Temarapport og årsrapport om børn født i 2013. Udarbejdet for Databasen Børns Sundhed af Sofie Weber Pant, Anette Johansen og Bjørn E. Holstein.

© Statens Institut for Folkesundhed 2015.  
Statens Institut for Folkesundhed  
Øster Farimagsgade 5A  
1353 København K  
[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

Bestyrelsen for Databasen Børns Sundhed:

Anne Lichtenberg, sundhedsfaglig specialkonsulent, Region Hovedstaden  
Anne Mette Skovgaard, overlæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, Københavns Universitet  
Annette Poulsen, sundhedsplejerske, Sundhedsstyrelsen  
Birgitte Weile, overlæge, Region Hovedstaden  
Bjørn Holstein, professor, Statens Institut for Folkesundhed  
Hannah Glismann, ledende sundhedsplejerske, Albertslund Kommune  
Helle Rasmussen, ledende sundhedsplejerske, Roskilde Kommune  
Inge Kristensen, centerchef for Social og Sundhed, Ballerup Kommune  
Lene Caspersen, sundhedsplejerske, Høje Taastrup Kommune  
Lene Møller, ledende sundhedsplejerske, MSP, Rødovre Kommune  
Lene Schack-Nielsen, specialkonsulent, Region Hovedstaden  
Pia Rønnenkamp, fagchef Sundhedsplejen, Brøndby Kommune  
Tine Juhl, centerchef for Center for Familie og Forebyggelse, Glostrup Kommune  
Tove Kepp, praktiserende læge, Rødovre Kommune

Publikationen refereres således:

Databasen Børns Sundhed, Weber Pant S, Johansen A, Holstein BE.

Sundhedsplejerskens indsatser for 0-årige børn. Temarapport og årsrapport. Børn født i 2013. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2015.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Publikationen kan downloades fra internetadressen [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

Fotoleverandør: Modelbilleder fra Colourbox

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-303-8

## Forord

I de seneste år har vi benyttet data fra sundhedsplejerskernes journaler til at lære mere om børns sundhed, fx om problemer med overvægt, motorik, amning, gråd og uro samt spise- og søvnproblemer. I år har vi valgt at rette opmærksomheden mod sundhedsplejerskernes indsats: Hvad finder de af problemer og behov for indsats, hos hvor mange børn, og hvad gør de ved det fx i form af henvisninger og behovssundhedspleje.

Sundhedsplejerskerne ser næsten alle børn flere gange i løbet af barnets første leveår. Deres journaler giver en unik indsigt i børns sundhed og sundhedsplejerskernes indsats. Dermed giver rapporten et nyt og værdifuldt grundlag for planlægning af forebyggende og sundhedsfremmende indsatser for småbørn og deres familier.

Rapporten bygger på et samarbejde mellem 15 kommuner, hvor sundhedsplejerskerne fører en kvalitetssikret journal og indlæser 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 formidles på to måder: Temarapporter med analyser af et sundhedstema valgt af de ledende sundhedsplejersker og årsberetninger med grundliggende statistiske oplysninger om børns sundhed.

Denne rapport rummer begge dele: En temarapport om hvad sundhedsplejerskerne finder, baseret på ca. 40.000 besøg hos 6.567 0-årige børn, og en præsentation af nøgletal om disse børns almene sundhedstilstand. Børnene er alle født i en af de 15 kommuner: Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Rødovre, Roskilde, Tårnby og Vejle.

Rapporten er skrevet af Sofie Weber Pant, Anette Johansen og Bjørn Holstein, alle fra Statens Institut for Folkesundhed, som også er

hjemsted for databasen. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen, og Lisbeth Wilms har bidraget med sundhedsplejefaglig viden, konklusioner og perspektiver.

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*

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

Indholdsfortegnelse			
<b>Forord</b>	<b>3</b>	5.3 Implikationer	48
<b>Resumé</b>	<b>5</b>	5.4 Hvad kan rapporten bruges til	48
<b>1 Introduktion</b>	<b>6</b>	<b>6 Årsberetning</b>	<b>51</b>
1.1 Rapportens hovedtema	6	6.1 Formål & opbygning af	
1.2 Tidligere undersøgelser	6	årsberetningen	51
1.3 Undersøgelser af specifikke		6.2 Bor sammen med en ryger	51
sundhedsproblemer	7	6.3 Handicap & misdannelser ved	
1.4 Hvad mangler man viden om?	9	fødslen	54
1.5 Formålet med rapporten	10	6.4 Vægt & længde	55
<b>2 Data &amp; metode</b>	<b>11</b>	6.5 Motorik	60
2.1 Sundhedsplejerskernes virke	11	6.6 Forældre/barn	
2.2 Databasen Børns Sundhed	11	kontakt & samspil	62
2.3 Datagrundlag	11	6.7 Fuld amning ved fire måneder	64
2.4 Variable	13	6.8 Mors psykiske tilstand	66
<b>3 Bemærkninger &amp; henvisninger</b>	<b>15</b>	6.9 Søvn	68
3.1 Læsevejledning	15	<b>7 Referencer</b>	<b>69</b>
3.2 Hvor mange får bemærkninger		<b>8 Bilag 1</b>	<b>74</b>
og henvisninger	15		
3.3 Risiko for at have mange			
bemærkninger	21		
3.4 Risiko for at have mange			
henvisninger	21		
3.5 Risikofaktorer for specifikke			
bemærkninger & henvisninger	34		
<b>4 Behovssundhedspleje</b>	<b>38</b>		
4.1 Læsevejledning	38		
4.2 Hvor mange får			
behovssundhedspleje	38		
<b>Diskussion</b>	<b>46</b>		
5.1 De vigtigste resultater	46		
5.2 Datagrundlag	47		

## Resumé

*Rapporten viser, at der er et stort behov for sundhedsplejerskernes overvågning af børns sundhed og deres sundhedsfremmende indsats*

**Formål:** Der er en del forskning om sundhedspleje og om sundhedsproblemer, blandt 0-årige, men der mangler en samlet beskrivelse af sundhedsplejerskernes undersøgelser, observationer og indsatser for 0-årige. Formålet med denne rapport er at give en samlet beskrivelse af de problemer, hos børn og familier, som sundhedsplejerskerne registrerer og tager sig af.

**Metoder:** Undersøgelsen omhandler alle børn født i 2013 i de 15 deltagende kommuner, i alt 6.567 0-årige. Undersøgelsens data stammer fra sundhedsplejerskernes journaler fra fire hjemmebesøg: A-besøget (første hjemmebesøg efter barnets fødsel eller barselsbesøget), B-besøget (to-tre måneders alderen), C-besøget (fire-seks måneders alderen) og D-besøget (otte-ti måneders alderen).

Rapporten handler om bemærkninger i journalen, henvisninger og behovssundhedspleje. En *bemærkning* er et udtryk for, at der er udfordringer eller problemer hos barnet eller i familien, der skal følges op på. En *henvisning* er sundhedsplejerskens henvisning af familien til en anden faggruppe (fx alment praktiserende læge) eller et andet tilbud i kommunen (fx motorisk træning, gruppeterapi mod efterfødselsreaktion). *Behovssundhedspleje* defineres her som mere end syv hjemmebesøg i barnets første leveår. Bemærkninger, henvisninger og behovssundhedspleje er indikatorer for, at der er behov for sundhedsplejerskernes sundhedsfremmende indsats.

**Resultater:** Der er bemærkninger til 90,4 % af alle børnene, og 55,4 % af børnene har tre eller flere bemærkninger, i løbet af første leveår. Der er bemærkninger i et flertal af journalerne ved både A-, B-, C- og D-besøget. De hyppigst forekommende bemærkninger er

til spisning, motorik, hud og navle, mors psykiske tilstand, mors fysiske tilstand, barnets hoved, øje/hånd koordination og barnets signaler og reaktioner.

Der er mange bemærkninger i alle befolkningsgrupper. Blandt veluddannede mødre har mere end halvdelen af børnene også mindst tre bemærkninger i løbet af første leveår. Der er en forhøjet sandsynlighed for tre eller flere bemærkninger blandt børn og familier med følgende kendetegn: Mor er førstegangsfødende, barnets fødselsvægt er under 2500 gram, der har været komplikationer ved fødslen og i graviditeten, mor er uden tilknytning til arbejdsmarkedet, mor har sygdom/handicap, barnet bor sammen med rygere, mor er yngre end 25 år ved barnets fødsel og barnet er en dreng.

I alt får 16,6 % af børnene en eller flere *henvisninger* i løbet af første leveår.

I alt får 23,9 % af børnene *behovssundhedspleje*. Der er forhøjet sandsynlighed for at modtage behovssundhedspleje blandt børn og familier med følgende kendetegn: Mor er førstegangsfødende, barnet er født med lav fødselsvægt, barnet er født før 37. svangerskabsuge, barnet er flerfødt, mor er under 25 år, og mor har sygdom/handicap.

**Konklusion:** Den høje forekomst af bemærkninger, henvisninger og behovssundhedspleje viser, at der er et stort behov for sundhedsplejerskernes overvågning af børns sundhed og deres sundhedsfremmende indsats.

# Introduktion

*Rapportens  
temaer er  
sundhedsplejer-  
skernes  
bemærkninger,  
henvisninger og  
behovsbesøg*

## 1 Introduktion

### 1.1 Rapportens hovedtema

Sundhedspleje er en af de vigtigste forebyggende og sundhedsfremmende indsatser for børn. Hvis man vil styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats for børn, er det vigtigt at evaluere sundhedsplejerskernes indsats. Evalueringer kan omfatte familiernes erfaringer og vurdering af sundhedsplejen, hvad sundhedsplejerskerne finder af problemer, i de familier de besøger, og hvor mange børn, som henvises til andre faggrupper eller tilbud. Det er ligeledes vigtigt at belyse, hvor mange børn, der betragtes som behovsbørn og derfor får flere besøg end andre børn. Denne rapport bidrager til at belyse tre af disse temaer, 1) sundhedsplejerskernes bemærkninger til barnets sundhed og udvikling, 2) henvisninger og 3) behovsbesøg.

### 1.2 Tidligere undersøgelser

Der er forholdsvis beskeden forskning om sundhedsplejerskernes virksomhed, herunder hvad de finder af problemer hos børn og familier. Til gengæld er der flere brugerundersøgelser, som belyser brugernes erfaringer og tilfredshed med sundhedspleje. Nord-Larsen & Kjølner rapporterede en sådan brugerundersøgelse i 1984. En hovedkonklusion i undersøgelsen var, at langt de fleste brugere havde positive erfaringer og vurdering af sundhedsplejen. Almind et al. (1985) præsenterede en detaljeret oversigt over de temaer, som sundhedsplejerskerne undersøger og drøfter med forældrene ved 425 hjemmebesøg. Hovedresultatet er, at hjemmebesøgene dækker et meget bredt udsnit af emner om barnets sundhed og udvikling samt familiens vilkår efter fødslen. Ligesom i undersøgelsen af Nord-Larsen & Kjølner finder også Almind et al., at de fleste forældre er meget positive over for hjemmebesøgene. Undersøgelsen rummer

kun få oplysninger om, hvad sundhedsplejerskerne finder af problemer, men den viser, at 36 % af alle besøg medfører, at sundhedsplejersken henviser familien til (eller selv kontakter) andre faggrupper, typisk alment praktiserende læge, socialforvaltning eller daginstitution.

Guldager (1992) gennemførte en brugerundersøgelse, hvor 574 forældre berettede, hvad de har fået ud af sundhedsplejen. Undersøgelsen giver en detaljeret oversigt over den information og vejledning, som forældrene har fået af sundhedsplejersken, hvilke temaer, der er drøftet, og forældrenes vurdering af sundhedsplejen. Ligesom i Almind et al.'s studie dækker hjemmebesøgene mange emner, og forældrene vurderer hjemmebesøgene meget positivt.

Skajaa (1992) rapporterer en undersøgelse, som bygger på spørgeskemabesvarelser fra 2.748 forældre og observationsskemaer fra 3.868 hjemmebesøg, udfyldt af sundhedsplejersker. Observationsskemaerne viser, at der er bemærkninger til barnets sundhed og udvikling i ca. halvdelen af besøgene, hyppigst problemer med amning samt uro og gråd. Omkring en fjerdedel af forældrene rapporterer stress, angst, usikkerhed og bekymring i den første tid med barnet.

Hansen & Udsen (1994) rapporterer resultater fra en undersøgelse, hvor 1.665 familier, med 0-1-årige børn, beskriver og vurderer sundhedsplejen. Hovedresultatet er igen, at der hersker stor tilfredshed med sundhedsplejen og at langt de fleste familier, på grund af sundhedsplejen, opnår en større trykthed med hensyn til barnets sundhed og trivsel. Undersøgelsen beskriver også et antal temaer, hvor mange forældre har savnet vejledning, fx om babymassage, leg med

barnet og forebyggelse af ulykker. Forfatterne vurderer, at selv om de fleste forældre er glade for sundhedsplejen og føler deres behov for vejledning imødekommet, så er der nogle temaer, hvor der er brug for en opprioritering. Det gælder vejledning om børns almindelige udvikling, amning og kost, kontakt med barnet, børns sygdomme, forebyggelse af ulykker, samliv samt fødselsoplevelsen. Undersøgelsen fastslår, at kun godt halvdelen af mødre ammer deres barn fuldt i fire måneder.

Pedersen (2013) rapporterer en kvalitativ undersøgelse af sundhedsplejerskers indsats i småbørnsfamilier og beskriver blandt andet, hvorledes sundhedsplejerskerne påvirker mødrenes måde at observere og vurdere barnet, det hun kalder "at forme forældrenes blikke [...] forme forældrenes opfattelse af barnet, familielivet og af sundhed".

De nævnte undersøgelser tegner et billede af en sundhedspleje, som foretager meget detaljerede observationer og undersøgelser af barnet og familien, og som mødes med stor tilfredshed af forældrene. Med undtagelse af Almind et al.'s optælling af henvisninger og Skajaas optælling af bemærkninger giver disse undersøgelser imidlertid ikke nogen grundig vurdering af omfanget af sundhedsproblemer hos de 0-1-årige. Det er nødvendigt med en sådan opgørelse for at vurdere behovet for sundhedspleje.

### 1.3 Undersøgelser af specifikke sundhedsproblemer

Det meste af forskningen om, hvad sundhedsplejerskerne finder af problemer i familien er emnespecifik, fx. undersøgelser af problemer med amning, undersøgelser af problemer med motorik, mor/barn kontakt eller regulationsproblemer (problemer med spisning, søvn, gråd og uro). Her gennemgår vi kort resultater fra denne forskning for at

indkredse forekomsten af forskellige typer af problemer.

**Amning:** Langt de fleste danske kvinder ønsker at amme i dag (Christensen et al. 2011), og derfor er det et problem, at næsten 40 % af mødre ikke ammer deres barn fuldt i fire måneder (Christensen et al. 2011), og at kun 25 % ammer fuldt til barnet er seks måneder gammelt (Johansen et al. 2009) som Sundhedsstyrelsen anbefaler. En tidligere undersøgelse fra Databasen Børns Sundhed (Christensen et al. 2011) viser, at 33,4 % af mødre ikke har viden om eller erfaring med amning, og sundhedsplejerskerne har i 32,9 % af journalerne registreret, at der var vanskeligheder ved etablering af amning.

**Efterfødselsreaktion:** Fødselsdepression er den hyppigste komplikation til graviditet og fødsel (Grace et al. 2003). De foreliggende undersøgelser giver lidt forskellige oplysninger om, hvor udbredt det er. Gullestrup & Terp (2008) anslår, at omkring ti procent af alle kvinder, der lige har født, udvikler en egentlig fødselsdepression, og herudover har fem til ti procent andre fødselsreaktioner, som eksempelvis angst eller andre følelsesmæssige reaktioner (Gullestrup & Terp, 2008). Udenlandske studier viser en tilsvarende forekomst på 10-13 % i de første seks måneder efter fødslen (Gaynes et al, 2005, Meltzer-Brody, 2011). En tidligere undersøgelse fra Databasen Børns Sundhed viser tal for bemærkninger til mors psykiske tilstand, som er et bredere begreb end depression (Svendsen et al. 2012). Denne undersøgelse viser, at der er bemærkninger til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i første leveår for 30,6 %. Forekomsten af bemærkninger varierer efter barnets alder og er omkring 11 %, når barnet er to til tre måneder gammelt, omkring 17 % når barnet er fire til seks måneder gammelt, og omkring

11 % når barnet er omkring otte til ti måneder gammelt.

**Spiseproblemer:** Begrebet spiseproblemer i første leveår dækker over mange forskellige problemer, og der er ikke enighed om definitionen. Det kan derfor ikke undre, at videnskabelige undersøgelser af forekomsten kommer frem til forskellige konklusioner, og der nævnes forekomster mellem 3 % til 41 % (Wolke et al. 2009). Skovgaard (2010) benytter data fra den danske CCC-kohorte, data som er indsamlet af sundhedsplejersker igennem barnets første leveår. Her finder hun, at spiseproblemer forekommer hos 30 % af de 0-10 mdr. gamle børn, og at 5 % af børnene i denne aldersgruppe har spiseproblemer i en sådan grad, at de har markante vækstproblemer. I de rapporter, der er kommet fra Databasen Børns Sundhed, er det sundhedsplejersken som vurderer hvorvidt barnet er præget af spiseproblemer. Forekomsten er omkring 8 % for børnene i første leveår (Rayce et al. 2013).

**Søvnproblemer:** Det er vanskeligt at opgøre forekomsten af søvnproblemer blandt spædbørn, dels på grund af manglende studier af denne aldersgruppe og dels på grund af uklarhed om definitionen af søvnproblemer blandt spædbørn (Sheridan 2013, Sadeh 2007). Internationalt varierer forekomsten fra 14 til 46 % (Pinheiro et al. 2011), og en opgørelse baseret på Databasen Børns Sundhed viser en forekomst på 5,5 % ved fire til seks måneders alderen og 6,5 % ved otte til ti måneders alderen (Rayce et al. 2013). Disse forekomster omfatter både søvnproblemer og problemer med døgnrytme.

**Gråd og uro:** Gråd og uro måles på forskellige måder, og der er ikke enighed om definition eller måling af problemer med gråd og uro. I den internationale videnskabelige litteratur om gråd bruger man ofte den definition, at et højt

grådniveau – nogle gange benævnt persisterende gråd - er gråd i mindst tre timer om dagen mindst tre dage om ugen i mindst tre uger (Douglas & Hill 2011, Kurth et al. 2010, Wolke et al. 2002, Wolke et al. 2009). Forekomsten af højt niveau eller persisterende gråd i første leveår varierer fra omkring 5 % til omkring 10 %, når tallet opgøres af fagpersoner, fx læger eller sundhedsplejersker (se oversigt i Johansen et al. 2014). Når mødrene rapporterer, er forekomsten ofte noget højere, helt op til 28 %. En undersøgelse fra Databasen Børns Sundhed opgør forekomsten af gråd og uro rapporteret af sundhedsplejersker som 6,9 %, mest almindeligt når barnet er to til tre måneder gammelt (4,9 %).

**Socialt samspil:** Databasen Børns Sundhed rummer data om bemærkninger til forældre/barn kontakten og samspil ved otte til ti måneders alderen, og forekomsten er omkring 5 %. Databasen rummer ligeledes oplysninger om barnets signaler og reaktioner, og forekomsten af bemærkninger hertil ved otte til ti måneders alderen er omkring 9 % (Johansen et al. 2014).

**Undervægt:** Forekomster af undervægt blandt spædbørn undersøges primært for at opgøre eventuelle virkninger af barnets lave fødselsvægt, hvorfor det er vanskeligt at finde udenlandske studier, som opgør forekomsten af børn med en lav fødselsvægt i normalpopulationer. Databasen Børns Sundhed rummer dog data om børns vægt og forekomsten af børn, der ligger under 3 % percentilen i otte til ti måneders alderen, er omkring 2,3 % (Johansen et al. 2014).

**Handicap og misdannelser:** Handicap og/eller misdannelser undersøges primært med udgangspunkt i specifikke sygdomme, idet handicap og misdannelser spænder meget bredt. Et udenlandsk studie blandt 883.184



spædbørn opgør, at cirka 2,9 % har fødselsdefekter (Lee et al. 2015). Dette resultat stemmer godt overens med undersøgelser fra Databasen Børns Sundhed, som viser, at omkring 3,7 % af spædbørnene har handicap og/eller misdannelser ved fødslen (Johansen et al. 2014).

**Øje/hånd-koordination:** I undersøgelser fra Databasen Børns Sundhed ses, at forekomsten af børn med bemærkninger til barnets øje/hånd koordination er omkring 8,5 % (Johansen et al. 2014).

**Motorik:** Det er vanskeligt at opgøre forekomsten af motoriske vanskeligheder blandt spædbørn, dels på grund af manglende studier af denne aldersgruppe og dels fordi motorik i højere grad undersøges blandt særlig udsatte grupper. Det ses blandt andet, at børn med en lav fødselsvægt har en højere risiko for nedsatte motoriske evner, i forhold til børn med en normal fødselsvægt (Tavasoli et al. 2014). En undersøgelse fra Databasen Børns sundhed opgør forekomsten af motoriske vanskeligheder, når barnet er otte til ti måneder, til at være omkring 26,6 % (Johansen et al. 2014).

**Henvisninger:** Almind et al. (1985) fandt at 36 % af alle sundhedsplejerskernes hjemmebesøg medførte en henvisning til andre fagpersoner, typisk socialforvaltning og alment praktiserende læge. Men derudover har vi ikke kunnet finde opgørelser over omfanget af henvisninger.

**Behovssundhedspleje:** Heller ikke temaet behovssundhedspleje har været genstand for megen forskning. Almind et al. (1985) gennemgår tal fra otte sundhedsplejedistrikter, hvor omkring en tredjedel af børnene ud fra en behovsvurdering tildeles flere hjemmebesøg end normalt i første og andet leveår. Undersøgelsen viser i øvrigt, at der er meget

stor variation mellem de otte distrikter i hvordan man definerer behovsbørn, og undersøgelsen giver et indblik i den meget omfattende hjælp, som de pågældende familier får fra sundhedsplejersken. Mylin (2013) kortlagde omfanget af behovssundhedspleje i en undersøgelse af 15.000 børn, som tilsammen modtog ca. 90.000 besøg af sundhedsplejersker i første leveår. Hun fandt, at 24 % af alle spædbørn modtog behovssundhedspleje, defineret som mere end syv besøg af sundhedsplejersken i første leveår. Mylin kortlagde ligeledes de risikofaktorer, som udløste behovsbesøg. De var mangfoldige, og omfattede følgende:

**Sociodemografiske forhold:** Mor er yngre end 26 år eller ældre end 40 år ved barnets fødsel, er førstegangsfødende, indvandrer, har en kort uddannelse, eller uden arbejde samt at barnet bor med enlig forælder. **Barnets helbred og udvikling:** fødselsvægt under 3000 gram, præmaturitet, apgarscore under ni, flerfødt barn, misdannelser og handicap hos barnet samt sundhedsplejerskens bemærkninger til henholdsvis barnets kontakt/samspil med forældrene og til barnets signaler. **Bemærkninger til mors psykiske og fysiske tilstand.** Herudover er problemer med amning, fertilitetsbehandling, bemærkninger til barnets spising og bemærkninger til fødsel og graviditet samt problematiske forudsætninger for forældreskabet endvidere prædiktor for behovssundhedspleje.

#### 1.4 Hvad mangler man viden om?

De ovennævnte studier giver hver for sig værdifuld viden om facetter af børns sundhed, men de giver ikke et samlet overblik over, hvad sundhedsplejerskerne observerer, hvor mange familier som henvises til andre fagpersoner eller hvor mange børn, der modtager behovsbesøg. Det er heller ikke muligt at læse ud af de ovennævnte undersøgelser, om de

fem hjemmebesøg, som Sundhedsstyrelsen anbefaler, har forskellig betydning, fx om et eller flere af disse besøg forekommer mindre nyttige, fordi der ikke er mange problemer i familierne.

Et andet underbelyst tema er, hvorvidt alle dele af befolkningen har lige meget brug for sundhedspleje. Er der fx segmenter af befolkningen, hvor der næsten aldrig er problemer, mens andre segmenter har udtalt behov for besøg af en fagperson med indsigt i børns sundhed og udvikling? Vil man ud fra administrative oplysninger kunne udpege familier, der har særlig brug for sundhedspleje, og samtidig spare på besøgene til familier uden behov?

### 1.5 Formålet med rapporten

Derfor er formålet med denne rapport at give et systematisk overblik over de problemer hos børn og familie, som sundhedsplejerskerne registrerer og tager sig af, herunder omfanget af bemærkninger, henvisninger og behovssundhedspleje. Helt konkret søger vi at besvare følgende forsknings spørgsmål:

1. Hvor stor en del af sundhedsplejerskernes besøg resulterer i bemærkninger til barnet eller familien? Er der variationer efter barnets alder og variationer mellem kommunerne?
2. Er der særlige risikogrupper af børn eller familier, hvor antallet af bemærkninger er mærkbart større end gennemsnittet?
3. Hvor stor en del af sundhedsplejerskernes besøg resulterer i en henvisning, og er der forskel fra den ene kommune til den anden?
4. Er der særlige risikogrupper af børn eller familier, hvor forekomsten af henvisninger er særligt høj?

5. Hvor stor en del af børnene modtager behovssundhedspleje, og hvor stor er variationen mellem kommuner?

6. Er der særlige risikogrupper af børn eller familier, hvor forekomsten af behovssundhedspleje er særligt høj?

Sundhedsplejersker arbejder sundhedsfremmende, hvilket ofte indebærer en sundhedspædagogisk indsats i familierne. Sundhedsplejersker har fokus på ressourcerne i familien og ikke kun fejl og problemer. Og sundhedsplejersken arbejder typisk procesorienteret for at støtte barnets sunde udvikling. I denne rapport benytter vi terminologien bemærkninger, da det er et udtryk, der er kendt blandt sundhedsplejersken og fordi det er en praktisk måde at vurdere indsatsen fra sundhedsplejerskerne og behovet for sundhedspleje. Bemærkninger i sundhedsplejerskernes journaler er udtryk for, at der er problemer, der skal følges op på.

*Der er en del forskning om sundhedspleje og om sundhedsproblemer blandt 0-årige, men der mangler en samlet beskrivelse af sundhedsplejerskernes undersøgelser, observationer og indsatser for 0-årige. Derfor er formålet med denne rapport at give et systematisk overblik over de problemer hos børn og familie, som sundhedsplejerskerne registrerer og tager sig af, herunder omfanget af bemærkninger, henvisninger og behovssundhedspleje.*

# Data & metode

*Rapporten bygger på data på 6567 børn fra 15 kommuner*

## 2 Data & 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 barnet ikke længere er undervisningspligtigt. Sundhedsstyrelsen udarbejder anbefalinger for den kommunale indsats. Disse anbefalinger omfatter et tidligt besøg, der skal sikre barnets trivsel efter en tidlig udskrivelse fra fødestedet. Herefter anbefales fem hjemmebesøg i løbet af barnets første leveår til familier med almene behov. Har familien særlige behov anbefales det, at der tilbydes ekstra ydelser. Den behovsorienterede indsats ydes ofte i samarbejde med andre faggrupper som for eksempel praktiserende læger, sagsbehandlere og psykologer (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 et-årige 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) at 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). Det er frivilligt, om familier ønsker at benytte sig af sundhedsplejetilbud. Hvis familierne anvender tilbuddene er der lovpligtig journalføring af sundhedsplejerskerne. Det medfører, at familier i database kommunerne automatisk indgår i Databasen Børn Sundhed. Når vi benytter data til analyser af børns sundhed, herunder denne rapport om sundhedsplejens indsats, er disse data fuldstændig anonyme. Vi har ingen oplysninger om navne eller CPR-numre, hverken om børnene, forældrene eller sundhedsplejerskerne.

### 2.3 Datagrundlag

Denne temarapport om spædbørn født i 2013 handler om de fire hjemmebesøg i barnets første leveår rapporteret af sundhedsplejersker. Undersøgelsen kan

beskrives som en tværsnitsundersøgelse, der beskriver situationen nu og her, men uden at følge de enkelte børn. Rapporten bygger på journaldata fra de 15 kommuner: Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle. Disse kommuner har alle indsendt data via udtræk fra de elektroniske sundhedsplejelogner fra børnenes første leveår.

Alle dubletter fra datasættet udgår, således at hvert barn kun indgår i databasen én gang. Dubletter kan for eksempel opstå, når børn flytter fra én databasekommune til en anden. Derudover er nogle få journaler med ugyldige cpr-numre samt børn der kun har oplysninger fra ét besøg i første leveår udgået. Den samlede population i temarapporten er herefter 6.567 børn. Tabel 1 viser det samlede antal børn i denne temarapport opdelt på kommune.

**Tabel 1.** Antal børn i populationen opdelt på kommune.

Kommune	Antal	Procentdel af hele populationen
<b>Albertslund</b>	270	4,1 %
<b>Allerød</b>	165	2,5 %
<b>Ballerup</b>	470	7,2 %
<b>Brøndby</b>	340	5,2 %
<b>Dragør</b>	102	1,6 %
<b>Gentofte</b>	674	10,3 %
<b>Glostrup</b>	232	3,5 %
<b>Herlev</b>	292	4,5 %
<b>Hvidovre</b>	551	8,4 %
<b>Høje-Taastrup</b>	499	7,6 %
<b>Køge</b>	500	7,6 %
<b>Roskilde</b>	673	10,3 %
<b>Rødovre</b>	349	5,3 %
<b>Tårnby</b>	367	5,6 %
<b>Vejle</b>	1083	16,5 %
<b>Hele populationen</b>	6567	100 %

## 2.4 Variable

Dette afsnit beskriver temarapportens hovedvariable. Beskrivelse af de øvrige variable ses sidst i rapporten i bilag 1.

### *Bemærkninger*

Sundhedsplejerskerne fører journal på grundlag af en manual, dvs. at alle sundhedsplejerskerne i databasekommunerne følger en ensartet og standardiseret procedure. En *bemærkning* er udtryk for, at der er udfordringer eller problemer hos barnet eller i familien, der skal følges op på, og disse bemærkninger er nøje defineret i manualen. Manualen beskriver, hvad man skal være opmærksom på, og i hvilke tilfælde, der skal skrives en bemærkning. Den præciserer for eksempel, 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. Et andet eksempel er, at bemærkninger til motorik i otte- til ti måneders alderen betyder, at barnet ikke kan trille fra mave til ryg, og/eller ikke sidder sikkert selv, og/eller hvis barnet ikke kryber eller kravler forlæns eller baglæns, og/eller hvis barnets ikke begynder at rejse sig ved at trække sig op i armene. Punkterne i manualen fremgår af bilagstabellen sidst i rapporten.

Temarapporten opgør antallet af bemærkninger ved A-, B-, C- og D-besøget, men ikke bemærkninger ved andre besøg. På baggrund af registreringerne fra de fire besøg i barnets første leveår er der dannet variabelen *bemærkninger i hele første leveår*, kategoriseret som 1) ingen bemærkninger, 2) en bemærkning, 3) to bemærkninger og 4) tre eller flere bemærkninger. Samme kategorisering benyttes for antal bemærkninger ved hvert af de fire besøg.

### *Henvisninger*

Variabelen *henvisninger* er baseret på oplysninger registreret af sundhedsplejersken ved A-, B-, C- og D-besøget. Ved hvert besøg har sundhedsplejersken mulighed for at notere, om barnet og/eller familien er blevet henvist til andre faggrupper eller tilbud. Der er dannet fire variable, der viser antallet af henvisninger ved henholdsvis A-, B-, C og D-besøget, kategoriseret som 1) 'ingen henvisninger' og 2) 'en eller flere henvisninger'. Desuden er der dannet en variabel, som på tilsvarende vis optæller antal *henvisninger i hele første leveår*.

### *Behovssundhedspleje*

Variabelen *behovssundhedspleje* er baseret på oplysninger om antallet af sundhedsplejebesøg i barnets første leveår. Behovssundhedspleje defineres i denne rapport som over syv sundhedsplejebesøg i barnets første leveår. Sundhedsstyrelsen anbefaler fem-seks hjemmebesøg af sundhedsplejersken i barnets første leveår, alt efter om det har været en ambulansfødsel. Desuden ses det i datamaterialet, at mange kommuner aflægger fem-syv besøg i barnets første leveår. Mylin (2013) foreslår i sin opgørelse, at det kan betragtes som behovssundhedspleje, hvis sundhedsplejersken i første leveår aflægger mere end syv besøg i barnets familie.

De statistiske analyser omfatter følgende fem trin:

- 1) Først beskrives antal bemærkninger og henvisninger i hele første leveår.
- 2) Herefter beskrives bemærkninger og henvisninger ved hvert af de fire standardiserede hjemmebesøg (A-, B-, C- og D-besøget). De fire besøg skal aflægges inden for et bestemt tidsinterval, C-besøget for eksempel mellem barnet er fire og seks måneder gammelt. Vi har inddelt disse intervaller i tre del-intervaller, således at vi kan se om hjemmebesøget aflægges tidligt, midt i eller sidst i dette tidsinterval. Desuden har vi optalt antal bemærkninger og henvisninger i hvert af disse delintervaller.
- 3) Næste trin analyserer bemærkninger og henvisninger i forhold til udvalgte baggrundsvARIABLE, således at vi kan identificere risikogrupper med særligt mange bemærkninger og henvisninger.
- 4) I fjerde trin gentages analyserne i punkt 3 ved hjælp af multivariate logistiske regressionsanalyser, hvor der tages højde for forstyrrende indflydelse af andre faktorer. På grundlag af disse analyser kan vi se, om sammenhængen mellem baggrundsfaktorer og bemærkninger/henvisninger er statistisk signifikant. Disse analyser vises ikke i rapporten, men når vi beskriver, om en sammenhæng er signifikant er det på grundlag af disse multivariate logistiske regressionsanalyser.
- 5) Sidste trin undersøger forekomsten af behovssundhedspleje samt eventuelle risikogrupper med markant højere forekomst af behovsbesøg. Også her har vi anvendt multivariate logistisk regressionsanalyser for at vurdere, om sammenhænge mellem baggrundsfaktorer og behovssundhedspleje er statistisk signifikante.

*Rapporten handler om bemærkninger i journalen, henvisninger og behovssundhedspleje.*

*En bemærkning er udtryk for, at der er udfordringer eller problemer hos barnet eller i familien, der skal følges op på.*

*Sundhedsplejerskerne benytter en manual for at få en ensartet praksis mht. bemærkninger.*

*En henvisning er sundhedsplejerskens henvisning af familien til en anden faggruppe (fx alment praktiserende læge) eller et andet tilbud i kommunen (fx motorisk træning, gruppeterapi ved efterfødselsreaktion).*

*Behovssundhedspleje defineres i denne rapport som mere end syv hjemmebesøg i første leveår.*

# Bemærkninger & henvisninger

55,4 % af børnene har tre eller flere bemærkninger og 16,6 % henvises

## 3 Bemærkninger & henvisninger

### 3.1 Læsevejledning

Dette afsnit har to dele. Den første del (afsnit 3.2-3.4) viser, hvor mange bemærkninger og henvisninger der registreres af sundhedsplejerskerne ved hvert af de fire besøg i barnets første leveår, samt samlet i barnets første leveår. Derudover viser det, hvilke bemærkninger der gives ved hvert besøg, for hermed at tydeliggøre hvilke bemærkninger der er særligt fremtrædende. Efterfølgende vises de analyser, der beskriver risikofaktorer for, at der er mange bemærkninger, samt risikofaktorer for hver enkelt type af bemærkninger.

### 3.2 Hvor mange får bemærkninger & henvisninger

#### *Bemærkninger og henvisninger ved alle fire besøg*

Tabel 2 viser andelen og antallet af børn med bemærkninger og henvisninger i de fire besøg i barnets første leveår. Tabellen viser, at sundhedsplejerskerne hos 55,4 % af familierne har rapporteret tre eller flere bemærkninger i løbet af de fire besøg i barnets første leveår. Hos 9,6 % af familierne har sundhedsplejerskerne ikke rapporteret nogen bemærkninger. Samtidig fremgår det, at sundhedsplejerskerne henviser 16,6 % af familierne til andre faggrupper såsom praktiserende læger.

**Tabel 2.** Andelen og antallet af bemærkninger og henvisninger i hele første leveår.

Antal bemærkninger	Procent	N
Ingen bemærkninger	9,6 %	629
En bemærkning	16,6 %	1092
To bemærkninger	18,4 %	1209
Tre eller flere bemærkninger	55,4 %	3637
<b>Antal henvisninger</b>		
Ingen henvisninger	83,4 %	5477
En eller flere henvisninger	16,6 %	1090

Figur 1 viser bemærkningernes indhold. Den hyppigst forekommende bemærkning er til spising, som findes hos 52,7 % af familierne i barnets første leveår. Den næsthypigste bemærkning er til barnets motorik, som findes hos 41,7 % af familierne og den tredjehyppigste bemærkning er til barnets hud og navle, som findes hos 35,8 % af familierne (kan fx være tør hud og/eller eksem).

Undervægt hos barnet er det tema med den laveste forekomst af bemærkninger (3,6 %). Bemærkninger til barnets sprogudvikling og misdannelser hos barnets er ligeledes forholdsvis sjældent og forekommer hos 4,1 %.

**Figur 1.** Andelen af børn/familier med specifikke bemærkninger i hele første leve år.





### Bemærkninger og henvisninger ved A-besøget

Tabel 3 viser, at sundhedsplejersken hos 36,6 % af familierne ikke har rapporteret nogen bemærkninger ved A-besøget, mens 3,1 % af familierne har tre eller flere bemærkninger. Sundhedsplejerskerne har henvist 6,6 % af familierne til andre faggrupper ved det første besøg. Vi undersøgte, om det havde betydning for antallet af bemærkninger og henvisninger, hvornår i tidsintervallet A-besøget var placeret. Analyserne viste igen statistisk sikre forskelle, dvs. at forekomsten af bemærkninger og

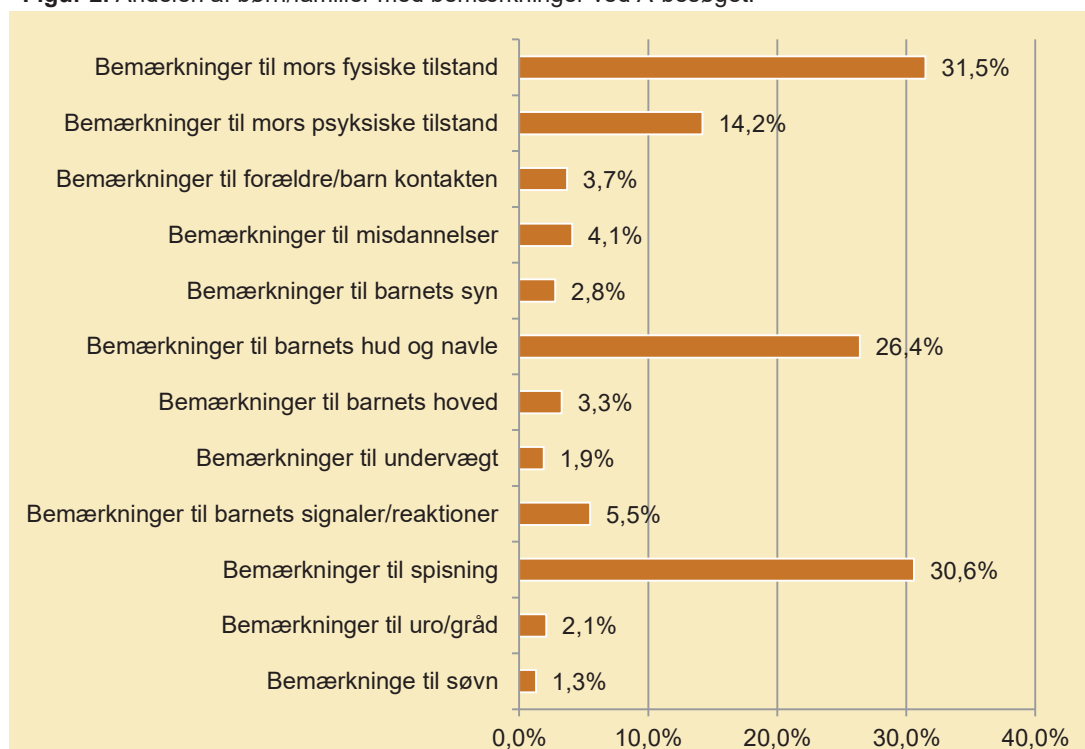
henvisninger er den samme for de børn, der får besøg i første, midterste og sidste del af A-besøgets tidsinterval. Det skal bemærkes, at A-besøget aflægges indenfor et snævert tidsinterval på kun en måned.

Af figur 2 kan man se, at der hos 31,5 % af familierne er rapporteret bemærkninger til mors fysiske tilstand ved A-besøget, at 30,6 % har bemærkninger til spisning, og at 26,4 % har bemærkninger til barnets hud og navle. I den lave ende er der kun noteret bemærkninger til 81 børns søvn, svarende til 1,3 %.

**Tabel 3.** Andelen og antallet af bemærkninger og henvisninger ved A-besøget.

Antal bemærkninger	Procent	N
Ingen bemærkninger	36,6 %	2280
En bemærkning	32,1 %	1996
To bemærkninger	18,3 %	1136
Tre eller flere bemærkninger	13,1 %	813
Antal henvisninger		
Ingen henvisninger	93,5 %	5817
En eller flere henvisninger	6,6 %	408

**Figur 2.** Andelen af børn/familier med bemærkninger ved A-besøget.



### Bemærkninger og henvisninger ved B-besøget

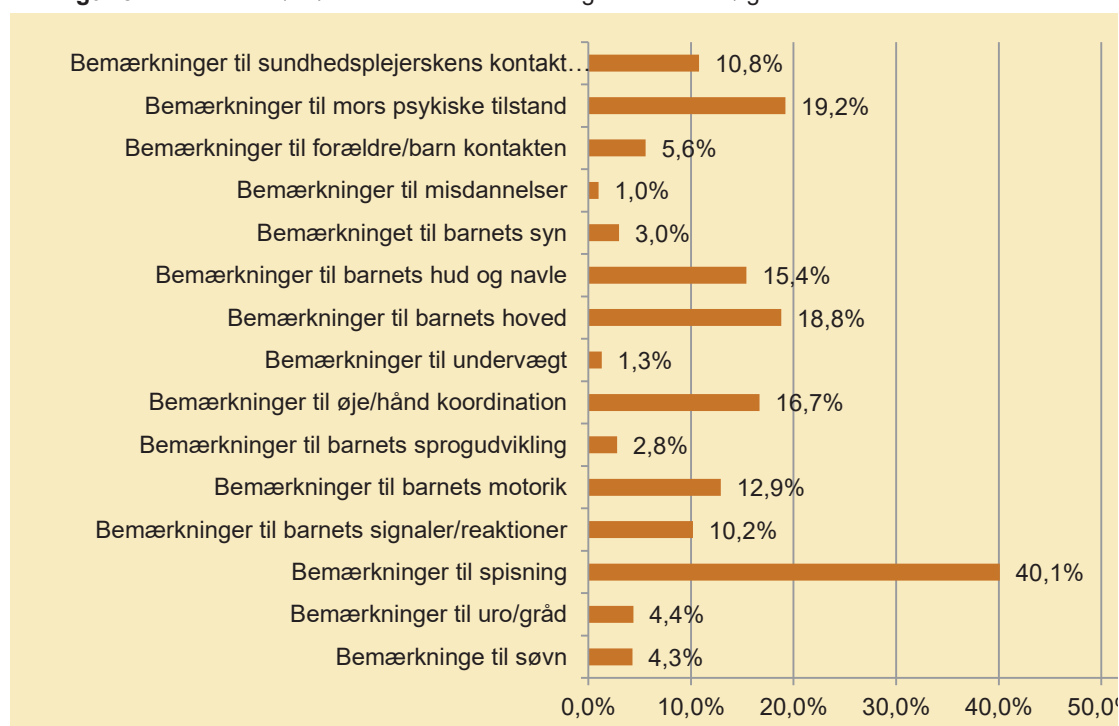
Tabel 4 viser, at 28,8 % ikke har bemærkninger ved B-besøget, hvilket er lidt færre end ved A-besøget. Samtidig ses, at 31,5 % af familierne kun har en bemærkning, mens 21,0 % har tre eller flere bemærkninger. Ved B-besøget bliver 6,4 % af familierne henvist til andre faggrupper. Vi undersøgte desuden, om det påvirkede antallet af bemærkninger og henvisninger, om hjemmebesøget fandt sted i første, midterste eller sidste del af tidsintervallet for B-besøget, men der var ingen nævneværdige eller

statistisk sikre forskelle. Det skal her bemærkes at B-besøget aflægges indenfor et snævert tidsinterval på kun en måned. Figur 3 viser, at 40,1 % har bemærkninger til spising ved B-besøget. For 19,2 % er der noteret bemærkninger til mors psykiske tilstand, mens der hos 18,8 % er rapporteret bemærkninger til barnets hoved, hvilket blandt andet kan være asymmetrisk hovedform og stor fontanelle. Den lavest rapporterede bemærkning ved B-besøget er misdannelser observeret efter fødslen (1,0 %) og bemærkninger til undervægt (1,3 %).

**Tabel 4.** Andelen og antallet af bemærkninger og henvisninger ved B-besøget.

Antal bemærkninger	Procent	N
Ingen bemærkninger	28,8 %	1699
En bemærkning	31,5 %	1856
To bemærkninger	18,7 %	1105
Tre eller flere bemærkninger	21,0 %	1236
Antal henvisninger		
Ingen henvisninger	93,6 %	5520
En eller flere henvisninger	6,4 %	376

**Figur 3.** Andelen af børn/familier med bemærkninger ved B-besøget.



### Bemærkninger og henvisninger ved C-besøget

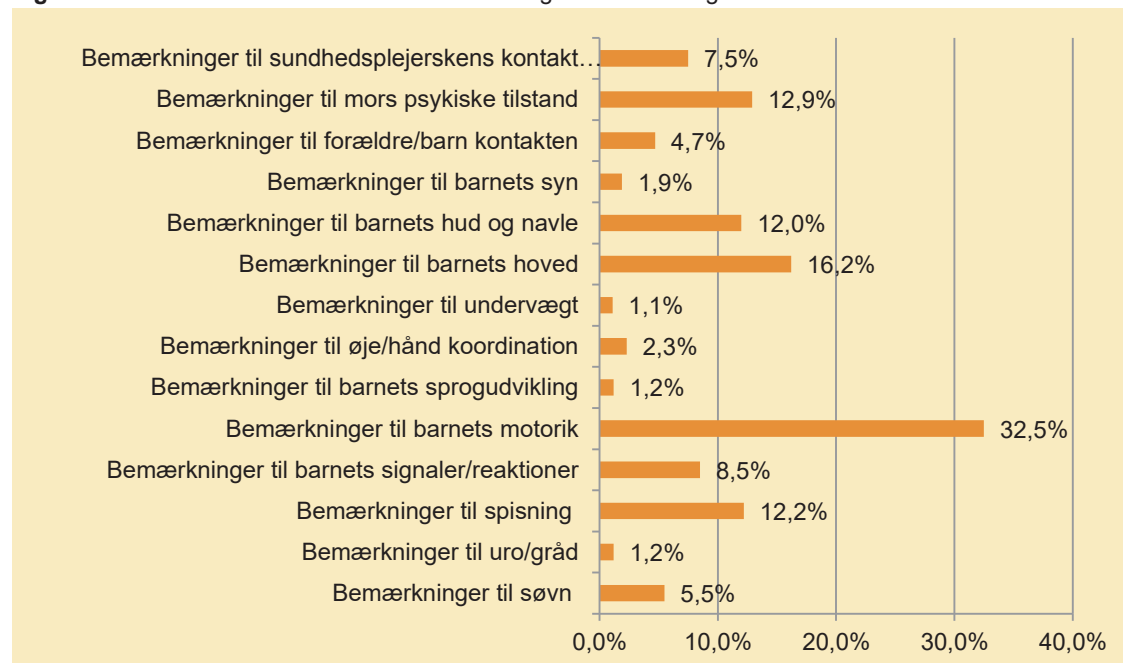
I tabel 5 kan man se, at 42,3 % af familierne ikke har nogen bemærkninger ved C-besøget. Sundhedsplejerskerne har rapporteret én bemærkning hos 29,9 % af familierne, og der er tre eller flere bemærkninger hos 12,9 % af familierne. Andelen af henvisninger er 4,3 % ved C-besøget. Ved C-besøget undersøgte vi også betydningen af, hvornår besøget var placeret i tidsintervallet for C-besøget. Der ses færre bemærkninger blandt de familier, der modtog C-besøget sent: Blandt familier med børn, der var 18 uger gammel eller yngre, har 40,4 % ingen bemærkninger, i familier med børn der var 19-23 uger gammel var det

42,1 %, mens hele 52,6 %, af de familier med børn, der var ældre end 23 uger, ingen bemærkninger havde. Denne forskel er statistisk sikker. Forekomsten af henvisninger var nogenlunde den samme uanset, hvornår besøget var placeret. Bemærk at C-besøget kan aflægges indenfor et bredt tidsinterval på 2 måneder. Figur 4 viser, at 32,5 % havde bemærkninger til barnets motorik ved C-besøget, 16,2 % havde bemærkninger til barnets hoved, og 12,9 % havde bemærkninger til mors psykiske tilstand. Figuren viser, at kun meget få børn havde bemærkninger til uro/gråd (1,2 %), sprogudvikling (1,2 %) og undervægt (1,1 %) og at bemærkninger til øje/hånd koordination kun ses hos 2,3 % af børnene.

**Tabel 5.** Andelen og antallet af bemærkninger og henvisninger ved C-besøget.

Antal bemærkninger	Procent	N
Ingen bemærkninger	42,3 %	2297
En bemærkning	29,9 %	1622
To bemærkninger	14,9 %	806
Tre eller flere bemærkninger	12,9 %	702
Antal henvisninger		
Ingen henvisninger	95,7 %	5194
En eller flere henvisninger	4,3 %	233

**Figur 4.** Andelen af børn/familier med bemærkninger ved C-besøget.



### Bemærkninger og henvisninger ved D-besøget

Tabel 6 viser, at der ved D-besøget er færre bemærkninger end ved A- og B- og C-besøget, idet 2.590 familier ingen bemærkninger har (44,7 %). Sundhedsplejerskerne har hos 28,3 % af familierne rapporteret en bemærkning, mens der hos 12,0 % ses tre eller flere bemærkninger. Samtidig kan man i tabellen se, at 4,7 % af familierne bliver henvist til andre faggrupper.

Der er lidt færre bemærkninger blandt familier, der fik D- besøget sent i D-besøgets tidsinterval, men forskellen er ikke statistisk sikker. Der ses flere henvisninger blandt

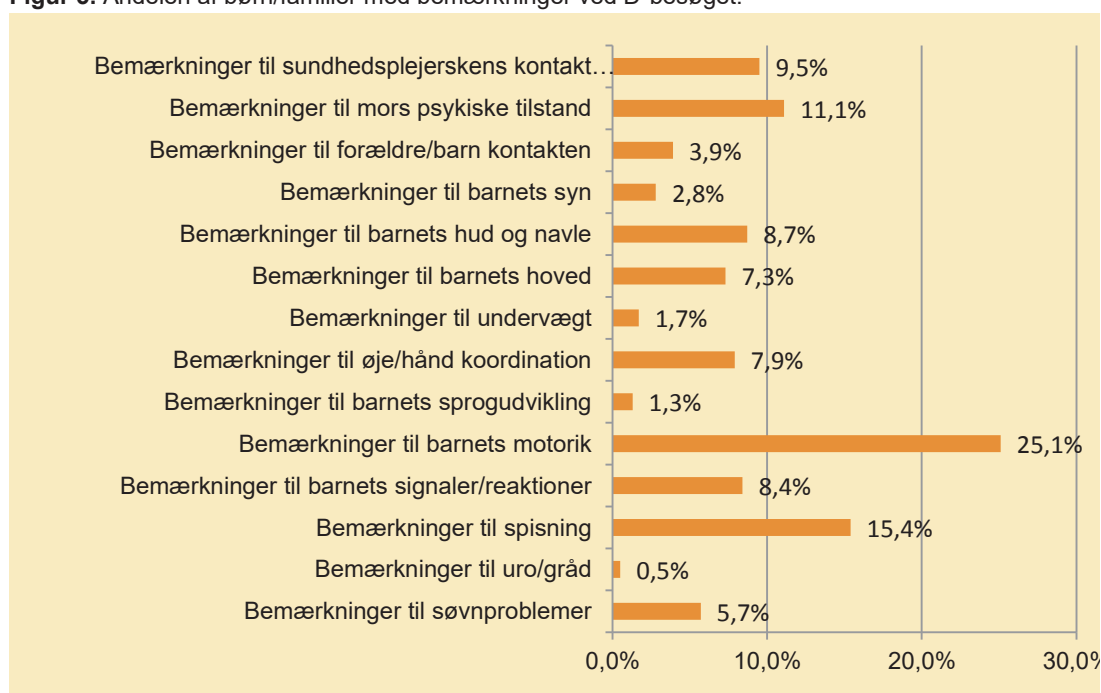
familier med børn, der er ældre end 40 uger (6,2 %), end hos familier med børn, der er 36-40 uger (5,1 %) og under 36 uger (3,1 %). Denne forskel er statistisk sikker. Bemærk at D-besøget kan aflægges indenfor et bredt tidsinterval på 2 måneder.

Figur 5 viser, at der i 25,1 % af journalerne er bemærkninger til barnets motorik ved D-besøget. Desuden havde 15,4 % bemærkninger til barnets spisning, mens bemærkninger til mors psykiske tilstand ved D-besøget ses hos 11,1 %. Den lavest rapporterede bemærkning ved D-besøget er i forhold til uro/gråd (0,5 %) og barnets sprogudvikling (1,3 %).

**Tabel 6.** Andelen og antallet af bemærkninger og henvisninger ved D-besøget.

Antal bemærkninger	Procent	N
Ingen bemærkninger	44,7 %	2590
En bemærkning	28,3 %	1650
To bemærkninger	15,0 %	870
Tre eller flere bemærkninger	12,0 %	694
Antal henvisninger		
Ingen henvisninger	95,3 %	5521
En eller flere henvisninger	4,7 %	273

**Figur 5.** Andelen af børn/familier med bemærkninger ved D-besøget.



### Opsummering om bemærkninger

I barnets første leveår er der kun 9,6 % af familierne, der slet ikke har bemærkninger, mens 55,4 % har tre eller flere bemærkninger.

Antallet af bemærkninger er højest ved B-besøget, hvor 21,0 % har tre eller flere bemærkninger, og lavest ved D-besøget, hvor 12,0 % har tre eller flere bemærkninger.

Hos 52,7 % af familierne rapporterer sundhedsplejerskerne bemærkninger til spisning, mest almindeligt ved B-besøget når barnet er to-tre måneder gammelt.

Der findes bemærkninger om barnets motorik i 41,7 % af journalerne fra første leveår, mest almindeligt ved C-besøget, hvor 32,5 % har bemærkninger til barnets motorik.

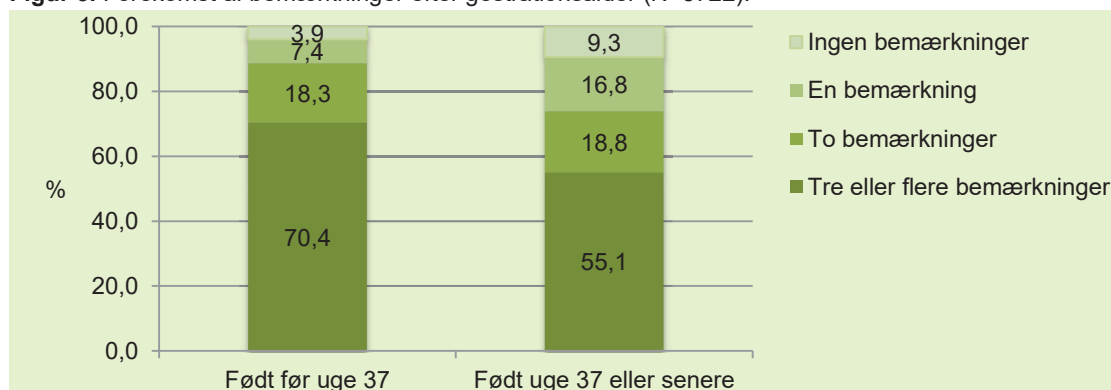
### 3.3 Risiko for at have mange bemærkninger

Dette afsnit præsenterer søjlediagrammer, som viser, hvordan forekomsten af bemærkninger hænger sammen med andre forhold i barnets og familiens liv. Antallet af børn i de enkelte figurer varierer og antallet (N) angives derfor over hver figur. Der vises kun figurer, hvor der er statistisk sikker forskel mellem subgrupperne af børn. Når man har et datamateriale med omkring 6500 børn, kan selv små forskelle mellem subgrupperne være statistisk sikre med den traditionelle 5 % signifikansgrænse. Det betyder, at forskelle som reelt ikke har nogen praktisk betydning, kommer til at fremstå som signifikante. Vi har derfor valgt det mere krævende signifikansniveau på 1 %, for at undgå at ubetydelige bemærkninger fremhæves. Til sidst i afsnittet ses en kort gennemgang af de variable, som ikke udviser signifikant sammenhæng med antal bemærkninger.

#### Faktorer relateret til fødslen

Figur 5 viser forekomsten af bemærkninger efter barnets gestrationsalder. Andelen af bemærkninger i første leveår er væsentligt højere blandt børn, der er født før 37. svangerskabsuge end blandt børn, der er født efter. Den største forskel ses ved tre eller flere bemærkninger. Andelen af tre eller flere bemærkninger er 70,4 % blandt for tidligt fødte børn, mens den er 55,1 % for børn født efter uge 36.

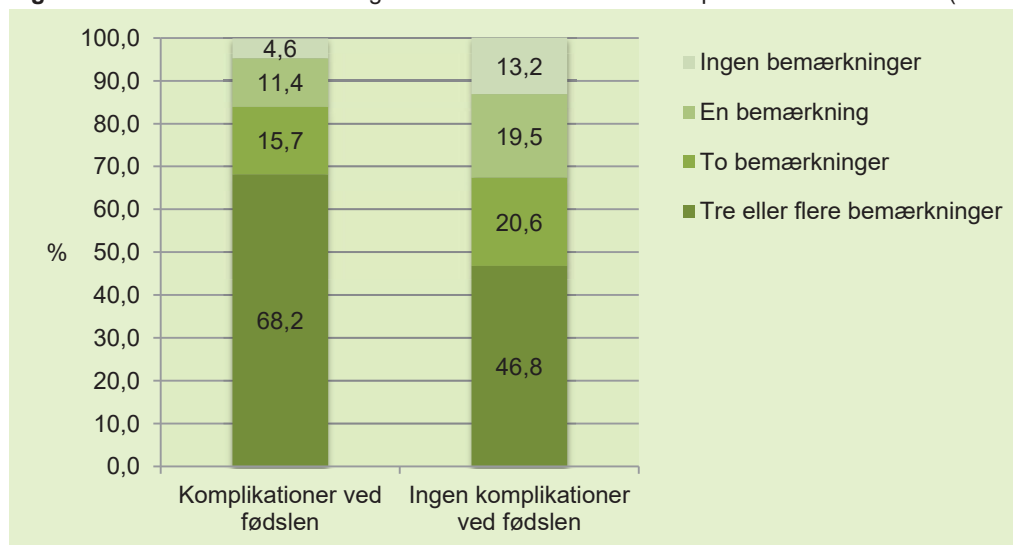
**Figur 5.** Forekomst af bemærkninger efter gestrationsalder (N=5722).



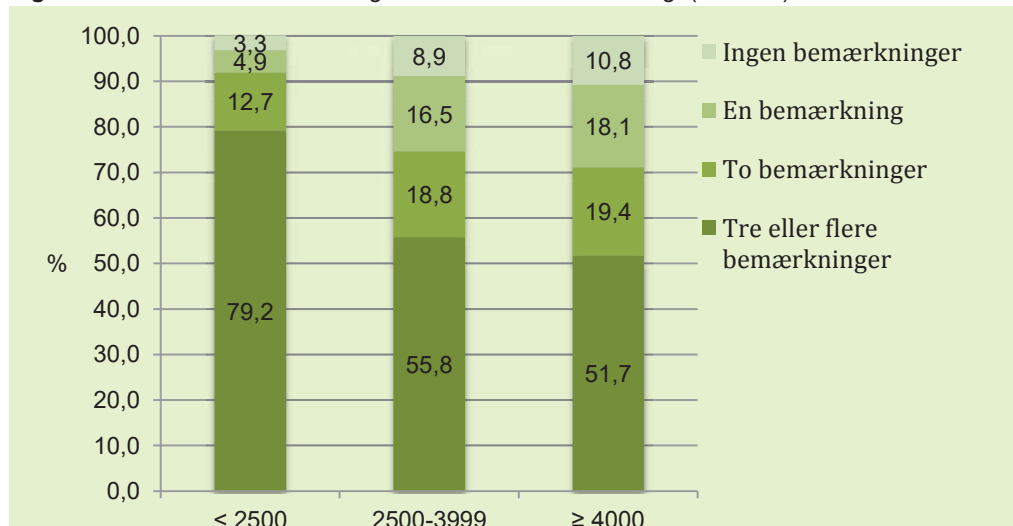
Figur 6 viser forekomsten af bemærkninger, efter om der har været noteret komplikationer ved fødslen. Komplikationer ved fødslen kan for eksempel dække over problemer eller dårlig fødselsoplevelse. Andelen af børn, med tre eller flere bemærkninger, er meget højere blandt familier, der havde komplikationer ved fødslen end blandt familier uden, henholdsvis 68,2 % og 46,8 %.

Figur 7 viser forekomsten af bemærkninger efter barnets fødselsvægt. Antallet af bemærkninger er stigende jo mindre barnet vejer. Forekomsten af bemærkninger er lavest for børn med en fødselsvægt på 4000 gram eller derover. Andelen af børn, med tre eller flere bemærkninger, er 79,2 % for børn med en fødselsvægt på under 2500 gram, 55,8 % for børn med en fødselsvægt på 2500-3999 gram og 51,7 % for børn med en fødselsvægt på 4000 gram og over.

**Figur 6.** Forekomst af bemærkninger efter om der har været komplikationer ved fødslen (N=5381).



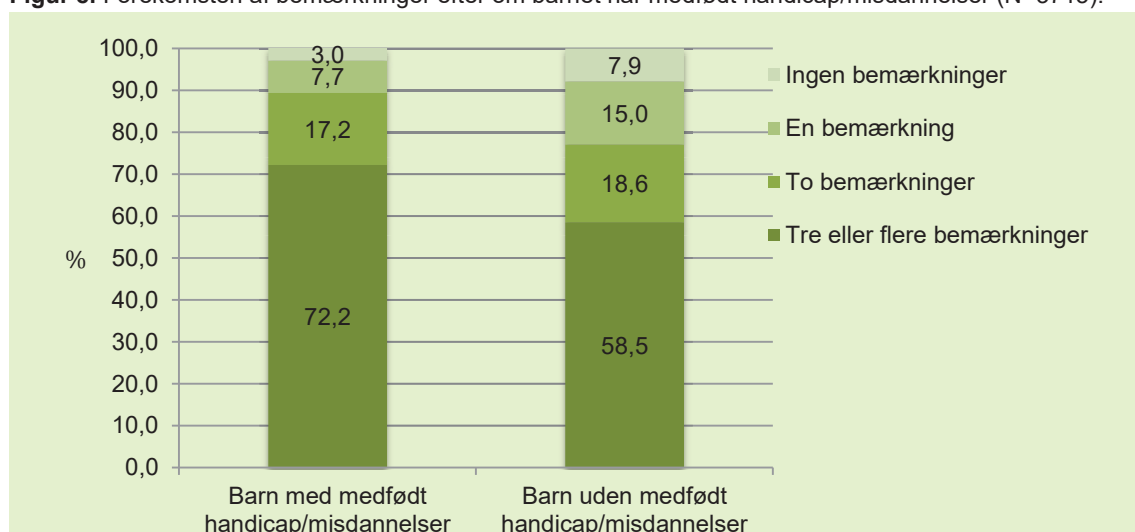
**Figur 7.** Forekomst af bemærkninger efter barnets fødselsvægt (N=5545).



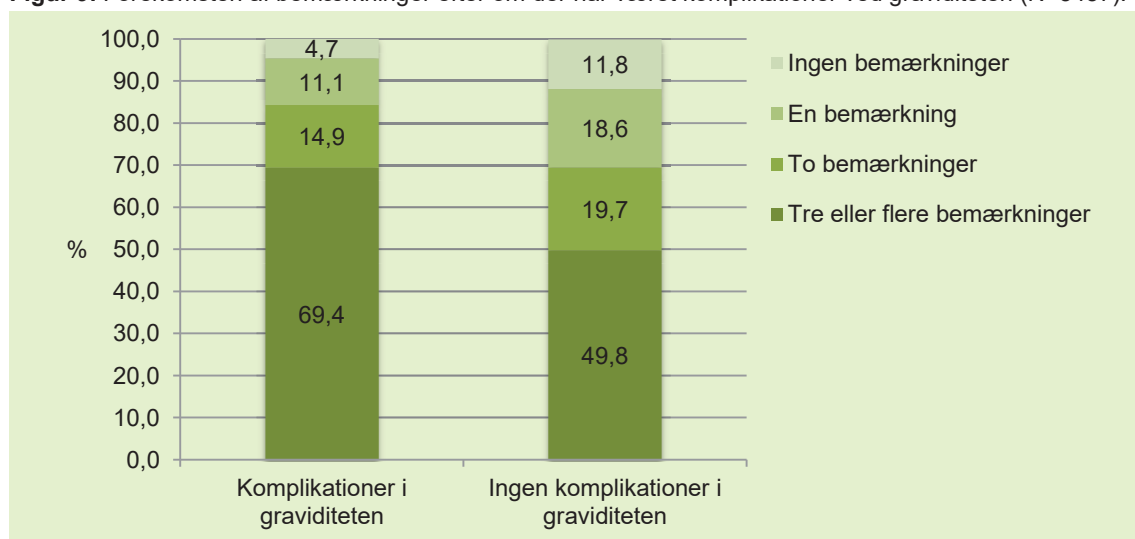
I figur 8 ses det, at sundhedsplejerskerne noterer flere bemærkninger til børn med medfødt handicap eller misdannelser end til børn uden. Tabellen viser, at 72,2 % af børn med medfødt handicap/misdannelser har tre eller flere bemærkninger, mens 58,5 % af børn uden har tre eller flere bemærkninger. Der er kun fem børn med medfødt handicap/misdannelser, svarende til 3,0 %, der ikke har nogen bemærkning, hvorimod 7,9 % af børn uden medfødt handicap/misdannelser ikke har nogen bemærkning.

Figur 9 viser, at der er flere bemærkninger observeret af sundhedsplejersken blandt familier, hvor der har været komplikationer i graviditeten. 69,4 % af familierne hvor der har været komplikationer i graviditeten har tre eller flere bemærkninger, mens 49,8 % af familierne, der ikke har haft komplikationer i graviditeten har tre eller flere bemærkninger.

**Figur 8.** Forekomsten af bemærkninger efter om barnet har medfødt handicap/misdannelser (N=3715).



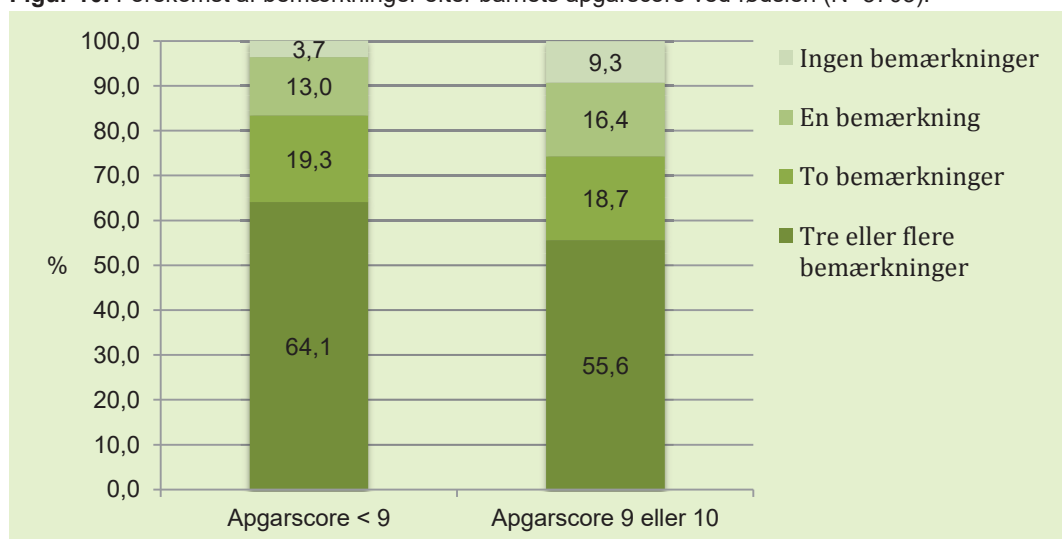
**Figur 9.** Forekomsten af bemærkninger efter om der har været komplikationer ved graviditeten (N=5457).



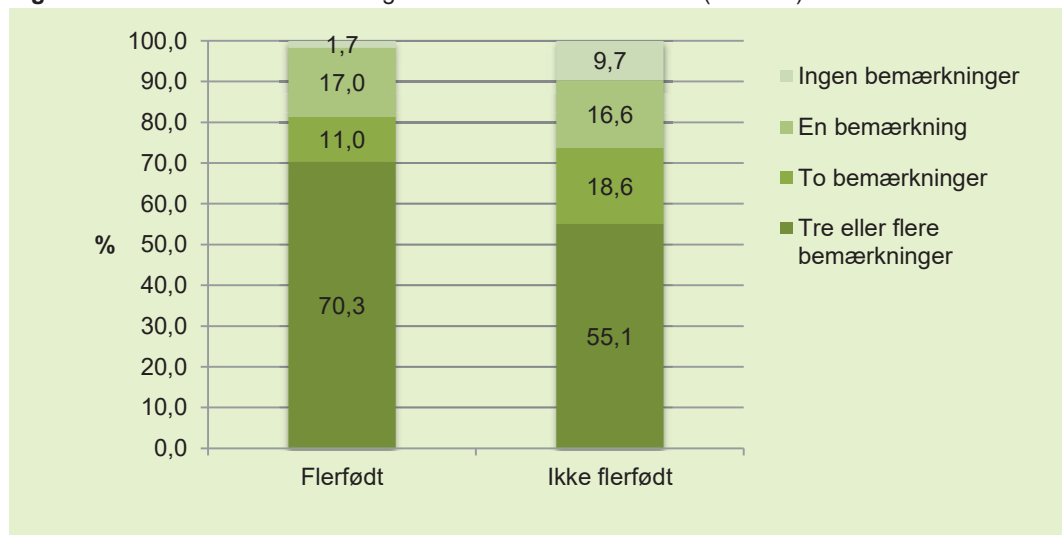
Figur 10 viser, at der er registreret flere bemærkninger blandt børn med en apgarscore på under 9 end blandt børn med en apgarscore på 9 eller 10. 64,1 % af børnene med en apgarscore på under 9 har tre eller flere bemærkninger. Denne andel er kun 55,6 % blandt børn med en apgarscore på over 8.

Figur 11 viser, at der registres flere bemærkninger blandt flerfødte børn. Blandt flerfødte er der kun 1,7 %, der ikke har nogle bemærkninger i løbet af barnets første leveår, denne andel er 9,7 % blandt børn, der ikke er flerfødt. Samtidig ses det, at 70,3 % af de flerfødte børn har tre eller flere bemærkninger, mens kun 55,1 % af de ikke flerfødte, har tre eller flere bemærkninger.

**Figur 10.** Forekomst af bemærkninger efter barnets apgarscore ved fødslen (N=5703).



**Figur 11.** Forekomst af bemærkninger efter om barnet er flerfødt (N=6567).





### *Sociodemografiske faktorer*

Tablet 6 viser andelen af bemærkninger, set i forhold til hvilken kommune barnet/familien bor i. Kommunerne Albertslund, Rødovre og Køge er de tre kommuner med den største andel af børn med tre eller flere bemærkninger.

Samtidig ses det i tabellen, at der i Albertslund Kommune kun fem børn uden bemærkninger, svarende til 1,9 %. Dragør og Roskilde er de to kommuner med den største andel af børn uden bemærkninger, henholdsvis 20,6 % og 18,7 %.

**Tablet 6.** Forekomst af bemærkninger efter kommune (N=6567).

Kommune	Ingen bemærkninger	En bemærkning	To bemærkninger	Tre eller flere bemærkninger
Albertslund	1,9	5,2	13,0	80,0
Allerød	8,5	26,7	21,2	43,6
Ballerup	15,3	22,8	16,8	45,1
Brøndby	6,5	15,9	20,9	56,8
Dragør	20,6	27,5	19,6	32,4
Gentofte	11,6	18,1	18,7	51,6
Glostrup	6,5	11,2	18,1	64,2
Herlev	5,5	17,5	23,6	53,4
Hvidovre	8,7	14,9	19,4	57,0
Høje-Taastrup	9,8	14,4	17,2	58,5
Køge	4,2	10,6	15,6	69,6
Roskilde	18,7	22,4	19,3	39,5
Rødovre	3,4	12,3	17,5	66,8
Tårnby	7,9	13,9	23,2	55,0
Vejle	9,3	17,9	17,1	55,7

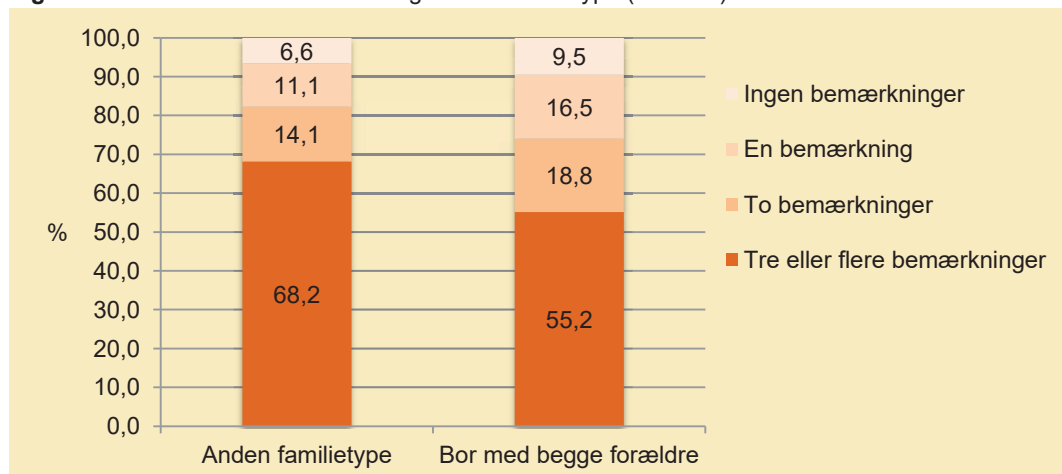
Figur 12 viser forekomsten af bemærkninger opdelt på køn. Der er højere forekomst af bemærkninger for drenge end for piger. Forekomsten af bemærkninger er 89,7 % for piger og 91,1 % for drenge. I figuren kan man se, at der især er flere drenge end piger med tre eller flere bemærkninger. 52,9 % af pigerne og 57,7 % af drengene har tre eller flere bemærkninger.

Figur 13 viser, at forekomsten af bemærkninger 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 5,8 % af hele populationen. Af figuren ses, at forekomsten af tre eller flere bemærkninger er 55,2 % for børn, der bor sammen med begge forældre og 68,2 % for børn, der ikke bor sammen med både deres far og mor.

**Figur 12.** Forekomsten af bemærkninger efter barnets køn (N=6567).



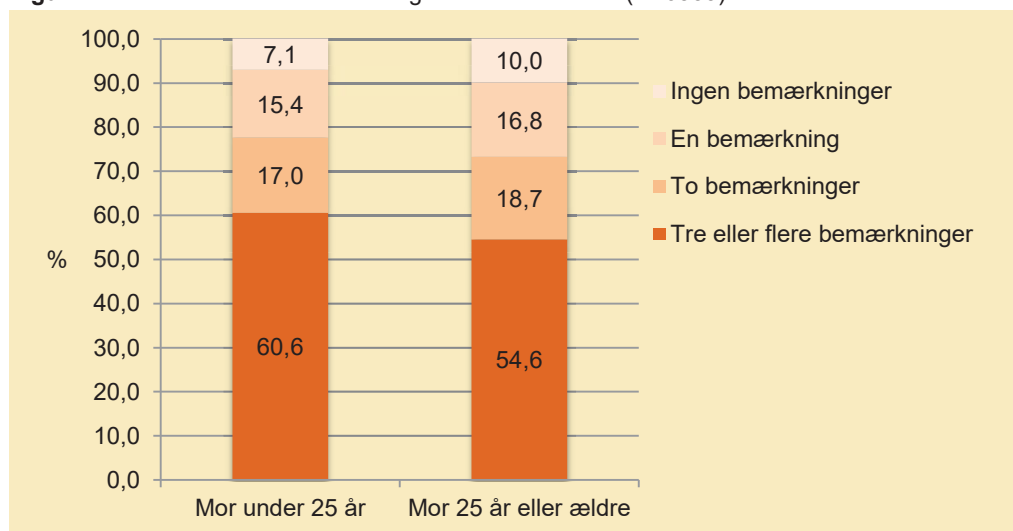
**Figur 13.** Forekomsten af bemærkninger efter familietype (N=6293).



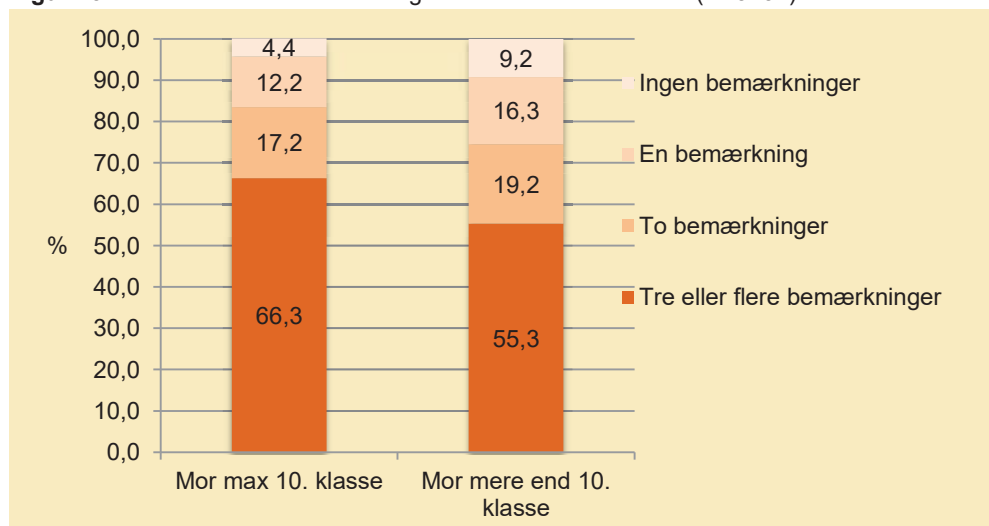
Figur 14 viser, at der er flere bemærkninger blandt børn til mødre under 25 år. Det ses, at der er 60,6 % af børnene til mødre under 25 år, der har tre eller flere bemærkninger, mens 54,6 % af børnene til mødre ældre end 24 år, har tre eller flere bemærkninger.

Figur 15 viser forekomsten af bemærkninger efter mors uddannelse. Af figuren fremgår det, at andelen af bemærkninger er højest blandt børn, hvis mødre maximalt har en folkeskoleeksamen. Andelen af børn med tre eller flere bemærkninger er 66,3 % for børn, hvor mor maximalt har en tiende klasses eksamen og 55,3 % for børn, hvis mor har mere end en tiende klasses eksamen.

**Figur 14.** Forekomsten af bemærkninger efter mors alder (N=6539).



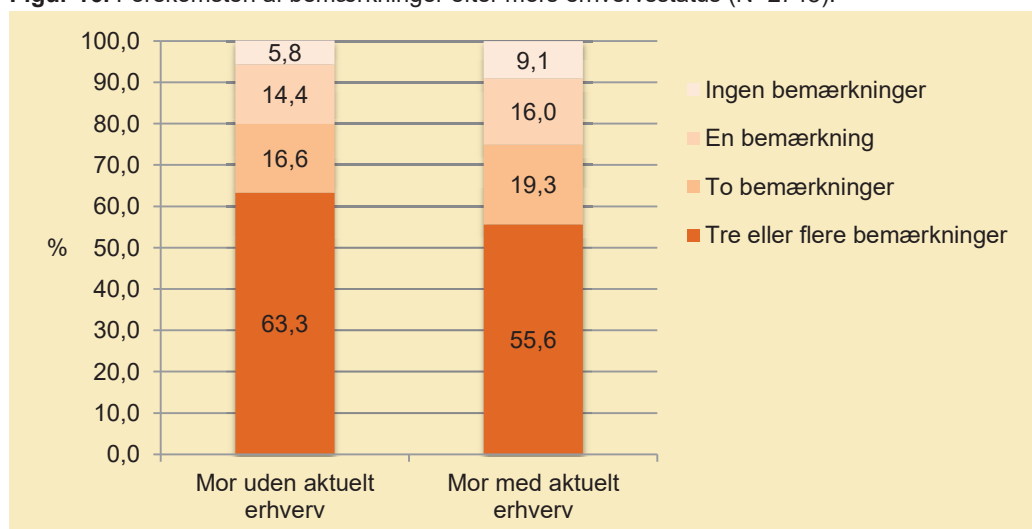
**Figur 15.** Forekomsten af bemærkninger efter mors uddannelse (N=3131).



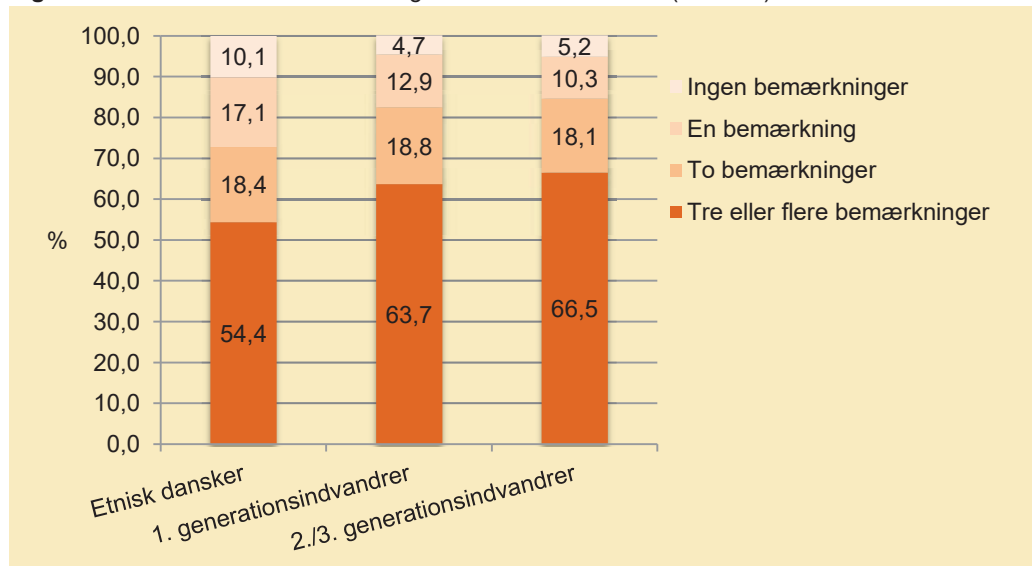
Figur 16 viser forekomsten af bemærkninger efter mors erhvervstilknøytning. Af figuren ses, at andelen af børn med tre eller flere bemærkninger er 63,3 % for børn, hvis mødre ikke er i erhverv og 55,6 % for børn hvis mødre er i erhverv.

Figur 17 viser forekomsten af bemærkninger efter mors herkomst. Figuren viser, at forekomsten er højest blandt de børn, hvis mor er indvandrer. Blandt børn af 1. og 2. eller 3. generationsindvandrer har sundhedsplejerskerne noteret tre eller flere bemærkninger til henholdsvis 63,7 % og 66,5 % af familierne. Blandt børn af etniske danske forældre er der noteret tre eller flere bemærkninger til 54,4 %.

**Figur 16.** Forekomsten af bemærkninger efter mors erhvervsstatus (N=2748).



**Figur 17.** Forekomsten af bemærkninger efter mors herkomst (N=6558).

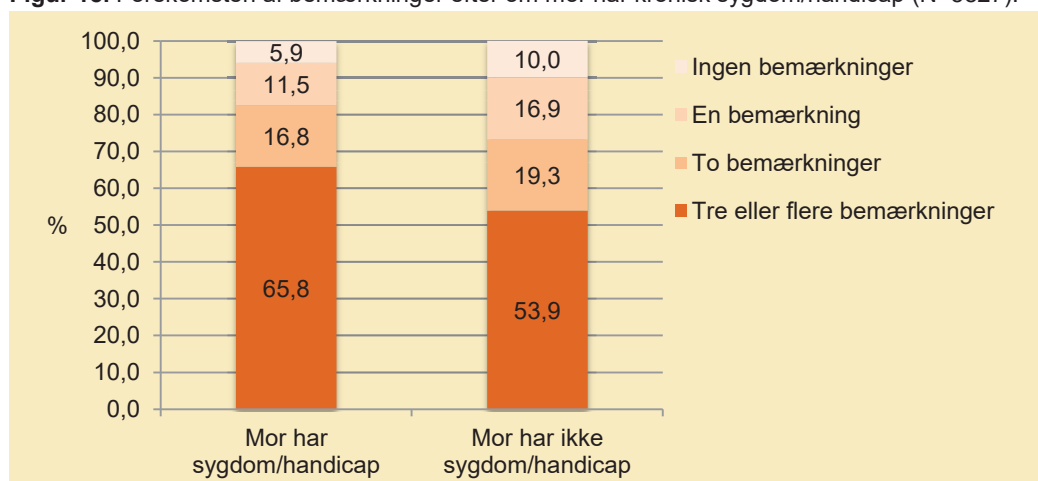


### Forhold i hjemmet

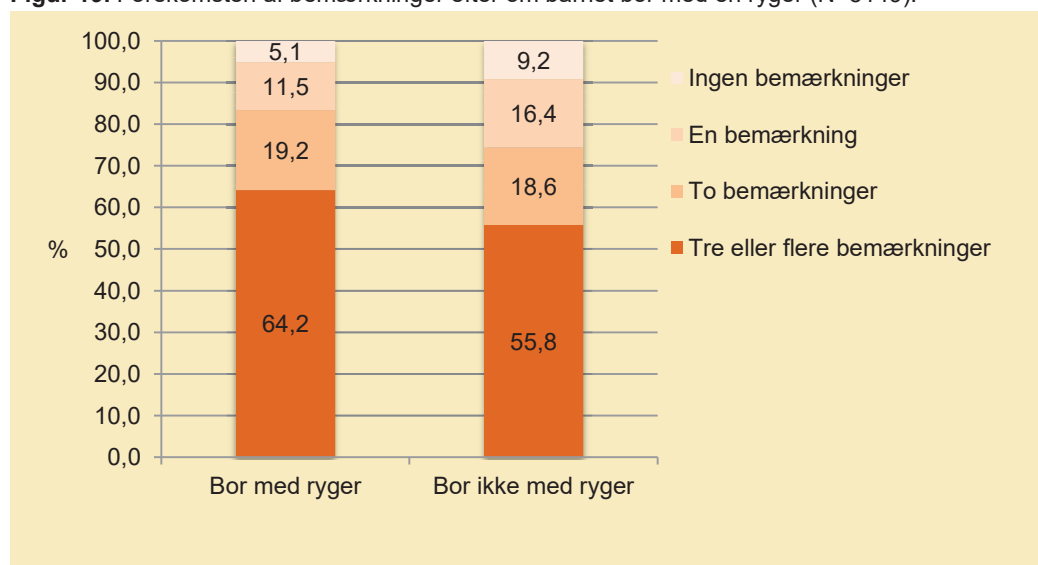
Figur 18 viser forekomsten af bemærkninger, i forhold til om mor har en kronisk sygdom eller et handicap. Andelen af børn med tre eller flere bemærkninger er 65,8 % blandt børn med kronisk syge eller handicappede mødre og 53,9 % blandt børn, med mødre uden kronisk sygdom eller handicap.

Figur 19 viser forekomsten af bemærkninger, efter om barnet bor sammen med en person, der ryger. Det ses at andelen af børn med tre eller flere bemærkninger er højest blandt børn, der bor sammen med en ryger. 64,2 % af børnene der bor med en ryger, har tre eller flere bemærkninger, mens 55,8 % af børnene der ikke bor med en ryger, har tre eller flere bemærkninger.

**Figur 18.** Forekomsten af bemærkninger efter om mor har kronisk sygdom/handicap (N=5827).



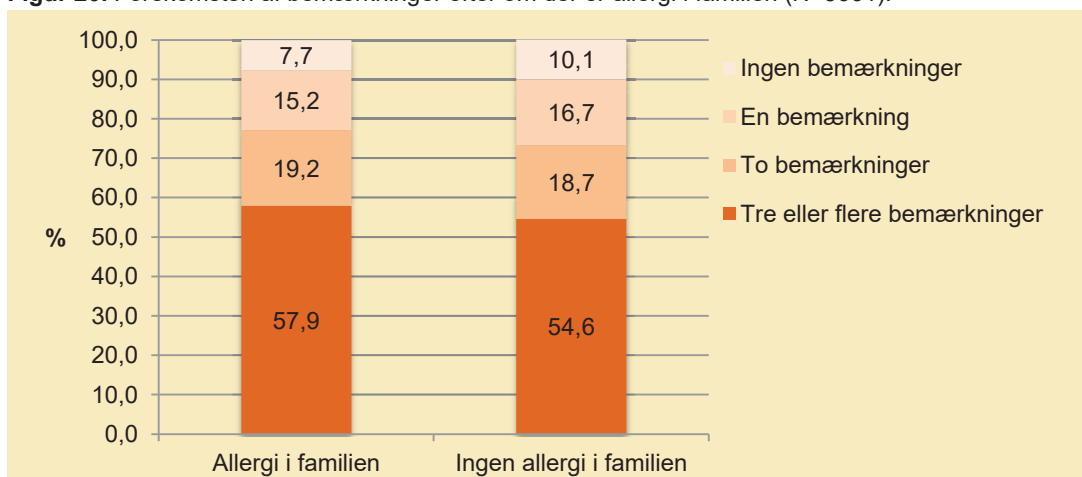
**Figur 19.** Forekomsten af bemærkninger efter om barnet bor med en ryger (N=5149).



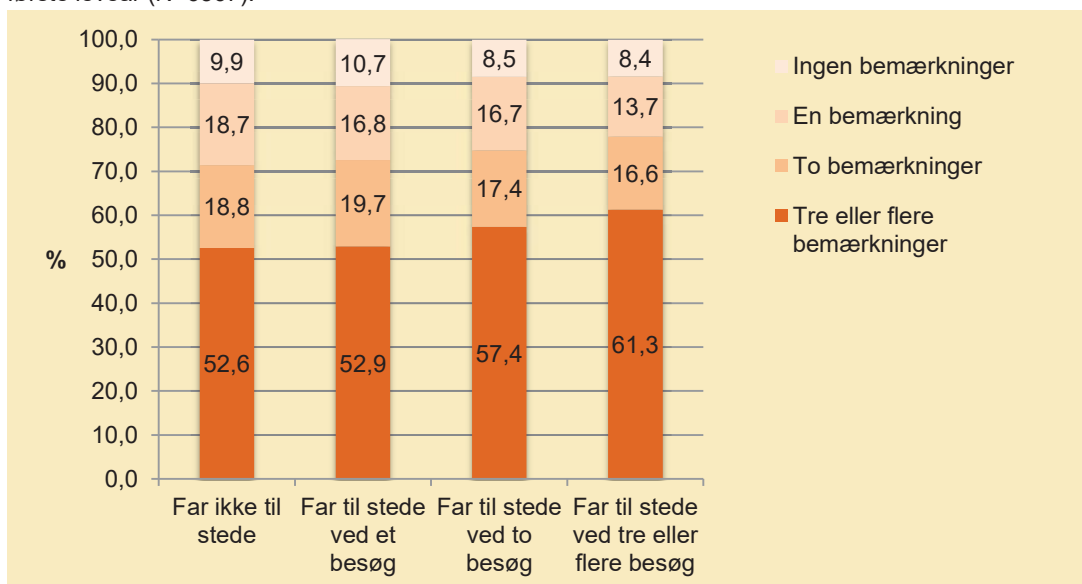
Figur 20 viser, at der er lidt flere bemærkninger blandt børn, hvor der er allergi i familien. 57,9 % af børnene har tre eller flere bemærkninger, hvis der er allergi i familien. Denne andel er 54,6 % blandt børn, hvor der ikke er allergi i familien.

Figur 21 viser forekomsten af bemærkninger efter fars tilstedeværelse ved besøgene i barnets første leveår. Det ses der er flere bemærkninger jo flere gange far er til stede ved undersøgelsen. Det skyldes formentlig, at jo flere problemer familierne oplever, desto større er tilbøjeligheden til at far er til stede ved hjemmebesøget.

**Figur 20.** Forekomsten af bemærkninger efter om der er allergi i familien (N=5661).



**Figur 21.** Forekomst af bemærkninger efter fars tilstedeværelse ved de fire besøg i barnets første leveår (N=6567).



#### Variable uden statistisk betydning

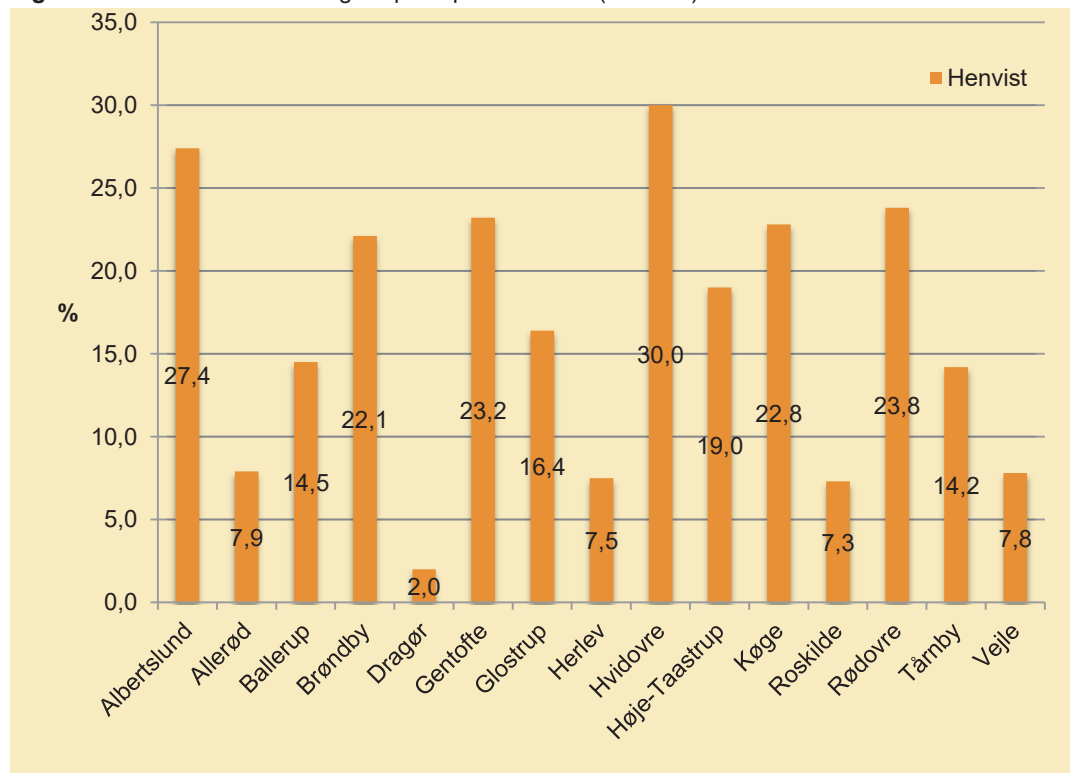
Vi har ud over de ovenstående statistiske sammenhænge undersøgt for statistisk sammenhæng mellem bemærkninger og mors paritet. Variablen mors paritet viser ikke en signifikant sammenhæng med antallet af bemærkninger og figuren er derfor ikke medtaget.

### 3.4 Risikofaktorer for at have mange henvisninger

Figur 22 viser andelen af henvisninger opdelt på kommune. Det ses, at Albertslund og Hvidovre er de to kommuner, hvor der er flest henvisninger, henholdsvis 27,4 % og 30,0 %.

Samtidig viser figuren, at Dragør er den kommune, hvor der er betydelig færrest henvisninger, kun 2,0 % henvises i barnets første leveår i Dragør. Den store forskel mellem kommunerne i andelen af henvisninger kan skyldes, at kommunerne har forskellige muligheder for at kunne henvide, eftersom de har forskellige tilbud tilknyttet.

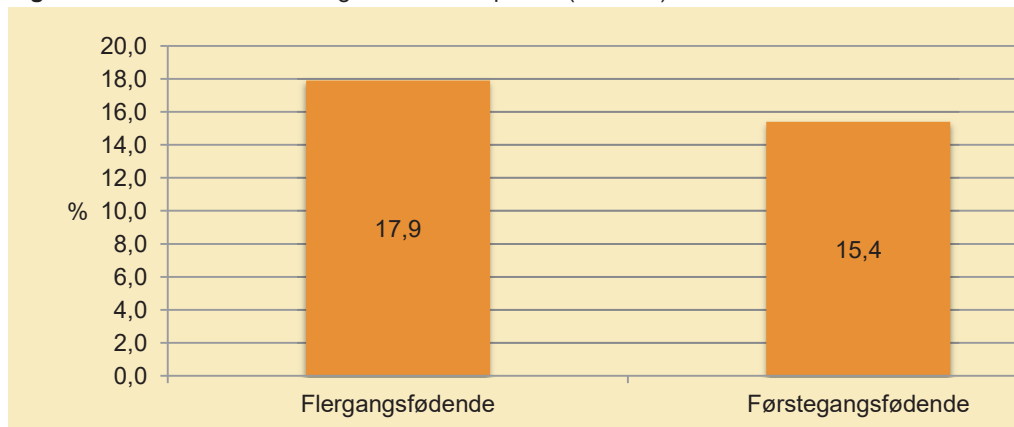
Figur 22. Andelen af henvisninger opdelt på kommune (N=6567).



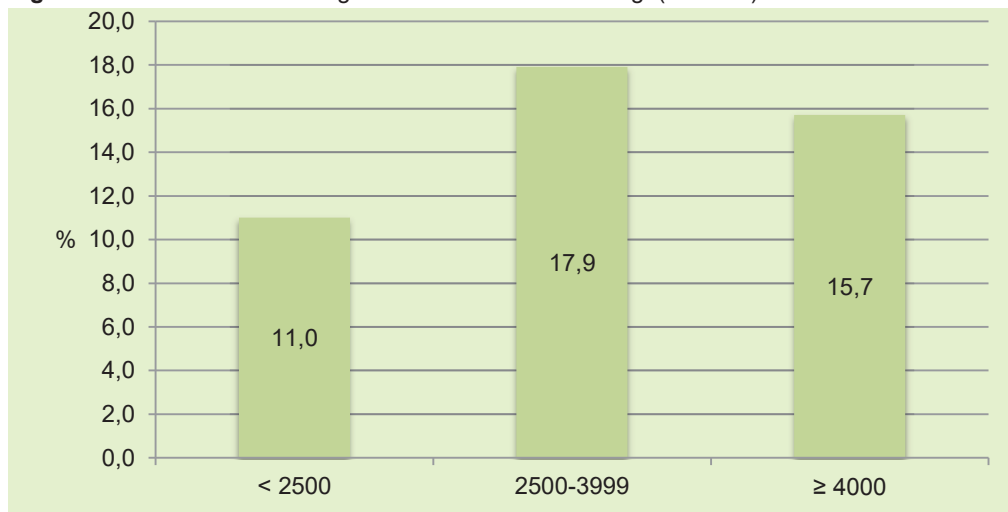
Figur 23 viser andelen af henvisninger efter mors paritet. Det ses, at der er flere flergangsfødende, der får henvisninger, end førstegangsfødende, herunder 17,9 % af de flergangsfødende og kun 15,4 % af de førstegangsfødende, hvilket er et interessant resultat, selvom der ikke er så stor en forskel.

Figur 24 viser andelen af henvisninger efter barnets fødselsvægt. Det ses, at der gives flest henvisninger til de normalvægtige børn og færrest til de undervægtige børn. Andelen af henvisninger til børn med en fødselsvægt på under 2500 gram er 11,0 %, 17,9 % for børn med en fødselsvægt på 2500-3999 gram og 15,7 % til børn med en fødselsvægt på over 3999 gram. Den overraskende lave forekomst af henvisninger til børn der er født meget små skyldes formentlig, at disse børn følges tæt af en præmatur-sundhedsplejerske eller det hospital, hvor de er født og derfor ikke har brug for yderligere henvisninger.

**Figur 23.** Andelen af henvisninger efter mors paritet (N=6561).



**Figur 24.** Andelen af henvisninger efter barnets fødselsvægt (N=5545).

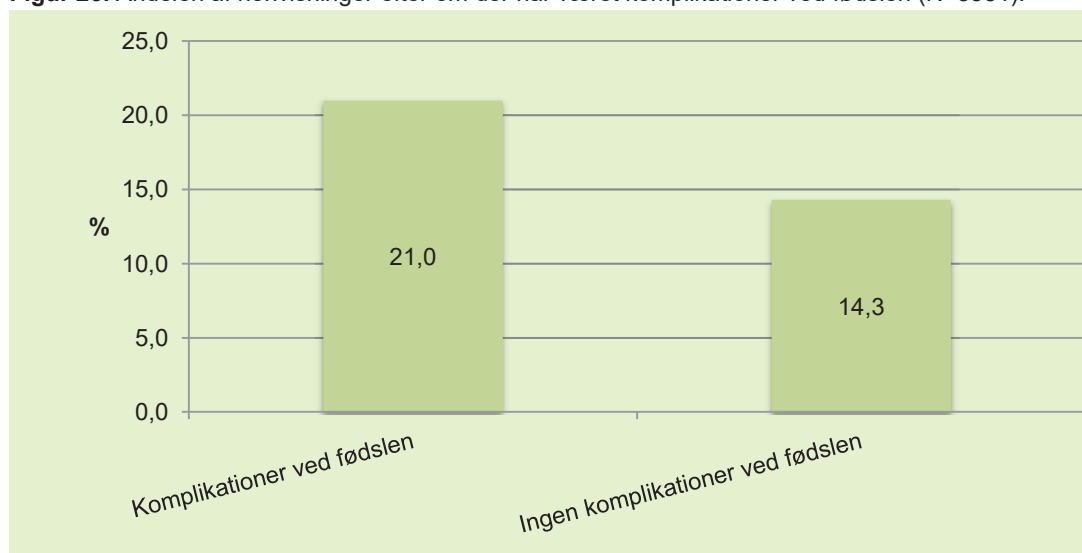




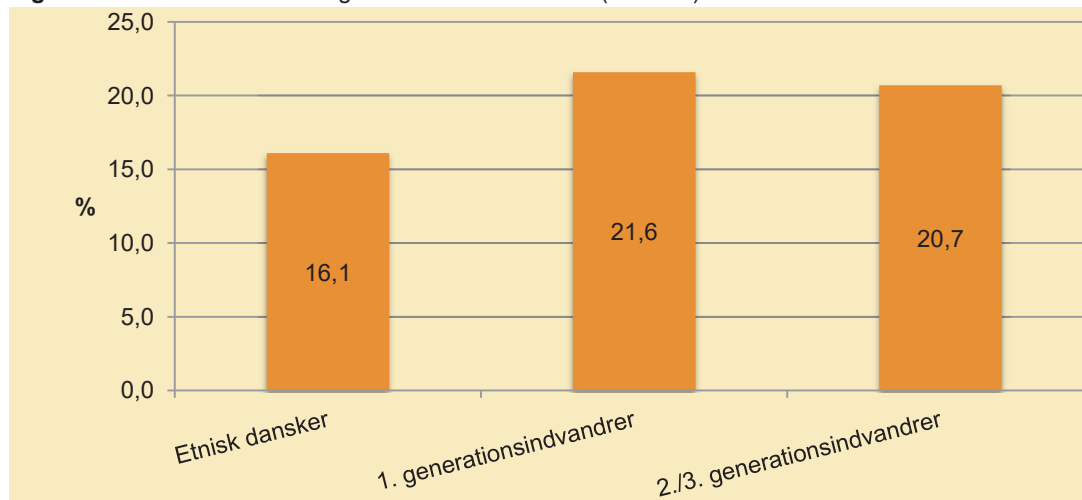
Figur 25 viser andelen af henvisninger efter om der har været komplikationer ved fødslen. Af figuren fremgår det, at de familier, der har haft komplikationer ved fødslen, i højere grad har tendens til at blive henvist. Heraf bliver 21,0 %, af de familier, der har haft komplikationer ved fødslen henvist, mens 14,3 % af familierne uden komplikationer ved fødslen blev henvist.

Figur 26 viser andelen af henvisninger efter mors indvandrerstatus. Af figuren fremgår det, at der er flere henvisninger blandt indvandrere end blandt etniske danske mødre. Højest ses antallet af henvisninger hos 1. generations indvandrere, hvor der rapporteres henvisninger hos 21,6 % af familierne.

**Figur 25.** Andelen af henvisninger efter om der har været komplikationer ved fødslen (N=5381).



**Figur 26.** Andelen af henvisninger efter mors herkomst (N=6558).



#### **Variable uden statistisk betydning**

Vi har ud over de ovenstående statistiske sammenhænge undersøgt for statistisk sammenhæng mellem henvisninger og en række andre variable. Variablene køn, gestationsalder, flerfødt, apgarscore, komplikationer i graviditet, medfødt handicap/misdannelser hos barnet, familietype, mors alder, mors uddannelses niveau, mors erhverv, sygdom/handicap hos mor, rygning i hjemmet, allergi i familien og fars tilstedeværelse viser ikke signifikant sammenhæng med henvisninger og figurerne er derfor ikke medtaget.

### 3.5 Risikofaktorer for specifikke bemærkninger & henvisninger

Dette afsnit præsenterer det næste trin i analysen, hvor risikofaktorer for henvisninger og for de 16 typer af bemærkninger identificeres. Ud for henvisninger og hver type af bemærkning angiver vi risikofaktorer for disse. Vi nævner kun risikofaktorer, som er signifikant sammenhængende med bemærkningen/henvisninger. Risikoen angives i odds ratio (OR). En OR på 1,5 betyder, at den nævnte risikogruppe har 1,5 gang (50 %) større risiko (odds) for at få bemærkninger til det nævnte område. En OR på 2,0 betyder, at den nævnte risikogruppe har dobbelt så stor risiko for at få bemærkninger til det nævnte område, en OR på 3,0 betyder, at den nævnte risikogruppe har tre gange så stor risiko for at få bemærkninger til det nævnte område osv.. De nævnte OR værdier er kontrolleret for indflydelse fra andre faktorer, fx for tidlig fødsel. Det har vi gjort for at undgå, at en sammenhæng mellem en risikofaktor og en bemærkning bunder i en forstyrrende indvirkning af en helt tredje risikofaktor.

#### **Bemærkninger til mors psykiske tilstand**

Risikogrupperne for at få bemærkning til mors psykiske tilstand er følgende: Barnet er en dreng (OR=1,1), mor er under 25 år (OR=1,4), mor er uden aktuelt erhverv (OR=1,4), mor har sygdom/handicap (OR=1,7), barnet bor med en der ryger (OR=1,6), mor er førstegangsfødende (OR=1,2), der har været komplikationer ved fødslen (OR=1,9), barnet har medfødt handicap/misdannelser (2,0) og hvis der har været komplikationer i graviditeten (OR=1,9).

Forekomsten af bemærkninger i forhold til mors psykiske tilstand er særlig lav i tilfælde, hvor barnet er født før 37. svangerskabsuge (48,3 % lavere risiko).

#### **Bemærkninger til forældre/barn kontakt**

Risikogrupperne for at få bemærkning til forældre/barn kontakten er følgende: Mor har sygdom/handicap (OR=1,4), barnet bor med en der ryger (OR=1,7), mor er førstegangsfødende (OR=1,5), barnet vejer under 2500 gram (OR=2,8), barnet vejer 2500-3999 gram (OR=1,6), der har været komplikationer ved fødslen (OR=1,7), mor er under 25 år (OR=2,1), mor højest har en 10. klasse (OR=1,5), mor er uden aktuelt erhverv (OR=1,4) og mor er førstegenerationsindvandrer (OR=1,6).

#### Bemærkninger til søvnproblemer

Risikogrupperne for at få bemærkning til søvnproblemer hos barnet er følgende: Mor har sygdom/handicap (OR=1,3), og der har været komplikationer i graviditeten (OR=1,4).

#### Bemærkninger til uro/gråd

Risikogrupperne for at få bemærkning til uro/gråd er følgende: Mor er førstegangsfødende (OR=2,7), barnet er flerfødt (OR=2,6), der er medfødt handicap/misdannelser hos barnet (OR=2,1), der har været komplikationer i graviditeten (OR=1,7), mor er under 25 år (OR=2,2) og hvis mor har sygdom/handicap (OR=1,6).

#### Bemærkninger til spiseproblemer

Risikogrupperne for at få bemærkning til spiseproblemer hos barnet er følgende: Mor har sygdom/handicap (OR=1,5), barnet bor med en der ryger (OR=1,8), mor er førstegangsfødende (OR=1,7), barnets fødselsvægt er under 2500 gram (OR=1,9), barnets fødselsvægt er 2500-3999 gram (OR=1,4), barnet er flerfødt (OR=2,1), der har været komplikationer ved fødslen (OR=1,4), der har været komplikationer i graviditeten (OR=1,8), barnet bor kun med den ene forældre (OR=1,6), mor er under 25 år (OR=1,9), mor har højest en 10. klasse (OR=1,4), mor er førstegenerationsindvandrer (OR=1,6), eller hvis mor er anden- eller tredjegenerationsindvandrer (OR=2,3).

#### Bemærkninger til barnets signaler og reaktioner

Risikogrupperne for at få bemærkninger til barnets signaler og reaktioner er følgende: Mor har sygdom/handicap (OR=1,2), barnet bor med en der ryger (OR=1,2), der er allergi i familien (OR=1,2), mor er førstegangsfødende (OR=1,3), der har været komplikationer ved fødslen (OR=1,4), der er medfødt handicap/misdannelser hos barnet (OR=1,6), der har været komplikationer i graviditeten

(OR=1,5) eller hvis mor er under 25 år (OR=1,5).

#### Bemærkninger til motorik

Risikogrupperne for at få bemærkninger til barnets motorik er følgende: Mor har sygdom/handicap (OR=1,3), barnet er født inden 37. svangerskabsuge (OR=2,1), hvis der er allergi i familien (OR=1,2) og hvis der har været komplikationer i graviditeten (OR=1,2). Forekomsten af bemærkninger i forhold til barnets motorik er særlig lav i tilfælde, hvor barnet kun bor med den ene forælder. Her er der 38,6 % lavere risiko for at få bemærkning.

#### Bemærkninger til sprogudvikling

Risikogruppen for at få bemærkninger til barnets sprogudvikling er følgende: Mor har sygdom/handicap (OR=1,6), barnets fødselsvægt er under 2500 gram (OR=4,8), barnet er født inden 37. svangerskabsuge (OR=2,8), der er medfødt handicap/misdannelser hos barnet (OR=2,1) og hvis der har været komplikationer i graviditeten (OR=1,7).

#### **Bemærkninger til øje/hånd koordination**

Risikogrupperne for at få bemærkninger til barnets øje/hånd koordination er følgende: Det er en dreng (OR=1,2), mor har sygdom/handicap (OR=1,3), barnet er født inden 37. svangerskabsuge (OR=2,5) og hvis barnet kun bor med den ene forælder (OR=1,7).

#### **Bemærkninger til undervægt**

Der er en øget risiko for at barnet ligger 3 % under percentilen, hvis barnet vejede under 2500 gram ved fødslen (OR=188,8), hvis barnet blev født før 37. svangerskabsuge (OR=4,6) og hvis barnets kun bor med den ene forælder (OR=2,2).

#### **Bemærkninger til mors fysiske tilstand**

Risikogrupperne for at få bemærkninger til mors fysiske tilstand er følgende: Mor har sygdom/handicap (OR=1,4), der har været komplikationer ved fødslen (OR=2,3), der har været komplikationer i graviditeten (OR=1,8) og hvis mor er 1. generationsindvandrer (OR=1,4). Forekomsten af bemærkning i forhold til mors fysiske tilstand er særlig lav i tilfælde, hvor barnet fødes inden 37. svangerskabsuge. Her er risikoen 67,0 % lavere end hvis barnet er født efter uge 36. Desuden er risikoen for at få bemærkning til mors fysiske tilstand 28,5 % lavere, hvis mor er under 25 år.

#### **Bemærkninger til barnets hoved**

Risikogrupperne for at få bemærkninger til barnets hoved er følgende: Mor er førstegangsfødende (OR=1,3), barnet er flerfødt (OR=2,8), der har været komplikationer i graviditeten (OR=1,3), mor har sygdom/handicap (OR=1,2), barnets bor med en der ryger (OR=1,2) og hvis det er en dreng (OR=1,4).

#### **Bemærkninger til barnets hud og navle**

Risikogrupperne for at få bemærkninger til barnets hud er følgende: Der har været

komplikationer i graviditeten (OR=1,2), mor er under 25 år (OR=1,4), mor er førstegenerationsindvandrer (OR=1,6) og hvis mor er 2. generationsindvandrer (OR=1,5).

#### **Bemærkninger til barnets syn**

Risikogrupperne for at få bemærkninger til barnets syn er følgende: Barnet er født før 37. svangerskabsuge (OR=2,9), der har været komplikationer ved fødslen (OR=1,5) og hvis der har været komplikationer i graviditeten (OR=1,8).

#### **Bemærkninger til misdannelser**

Risikogrupperne for at få bemærkninger til misdannelser hos barnet efter fødslen er følgende: Der er misdannelser hos barnet ved fødslen (OR=27,4), mor er 2. generationsindvandrer (OR=2,6) og hvis barnet er en dreng (OR=2,1). Forekomsten af bemærkninger til misdannelser er særlig lav i tilfælde hvor barnets fødselsvægt er 2500-3999 gram. Her er der 45,1 % lavere risiko for at få bemærkning til misdannelser hos barnet.

### **Bemærkninger til sundhedsplejerskens kontakt med barnet**

Risikogrupperne for at sundhedsplejerskerne noterer bemærkninger til deres kontakt med barnet er følgende: Barnet har en fødselsvægt på under 2500 gram (OR=3,3), mor er førstegangsfødende (OR=1,3) og hvis der har været komplikationer i graviditeten (OR=1,3). Forekomsten af bemærkninger i forhold til sundhedsplejerskens kontakt med barnet er særlig lav i tilfælde, hvor barnet er født inden uge 37. Risikoen er her 50,0 % lavere.

### **Tre eller flere bemærkninger**

Risikogrupperne for at få tre eller flere bemærkninger er følgende: Mor er førstegangsfødende (OR=1,5), barnets fødselsvægt er under 2500 gram (OR=2,2), der har været komplikationer ved fødslen (OR=1,9), der har været komplikationer i graviditeten (OR=1,9), mor er uden aktuelt erhverv (OR=1,2), mor har sygdom/handicap (OR=1,5), barnet bor med en der ryger (OR=1,3), mor er yngre end 25 år (OR=1,3) og hvis barnet er en dreng (OR=1,2).

### **Fars tilstedeværelse ved besøgene**

Ved mange af bemærkningerne ses en formindsket risiko for at få bemærkning, hvis far ikke er til stede ved besøgene eller kun er til stede ved få besøg. Dette resultat skyldes højst sandsynligt at far i særlige tilfælde bliver bedt om, eller sørger for, at være til stede, når sundhedsplejersken kommer på besøg. Derfor skal resultatet ikke ses som, at fars tilstedeværelse har en negativ indvirkning på barnet, hvorfor disse OR-værdier er udtaget.

### **Henvisninger**

Risikogrupperne for at få henvisninger er følgende: Der har været komplikationer ved fødslen (OR=1,6) og barnet har et medfødt handicap/misdannelse (OR=1,6).

### **Risikofaktorer**

*Hver type bemærkninger har sine egne risikofaktorer. I denne rapport har vi udskilt den gruppe familier, hvor sundhedsplejersken har skrevet tre eller flere bemærkninger i journalen, fordi det er den gruppe, hvor der er størst behov for en indsats.*

*Risikogrupperne for at få tre eller flere bemærkninger er følgende: Mor er førstegangsfødende, barnets fødselsvægt er under 2500 gram, der har været komplikationer ved fødslen, der har været komplikationer i graviditeten, mor er uden aktuelt erhverv, mor har sygdom/handicap, barnet bor med en der ryger, mor er yngre end 25 år og barnet er en dreng.*

*I alt 16,6 % af børnene får en eller flere henvisninger i løbet af første leveår. Risikogrupperne for at få henvisninger er følgende: Der har været komplikationer ved fødslen og barnet har et medfødt handicap/misdannelse.*

# Behovssundhedspleje

*I rapporten defineres behovssundhedspleje som mere end 7 besøg i barnets første leveår*

## 4 Behovssundhedspleje

### 4.1 Læsevejledning

Dette afsnit fokuserer på behovssundhedspleje. Først redegøres for hvor mange familier der får behovssundhedspleje, og dernæst redegøres for risikofaktorer for at modtage behovssundhedspleje.

par besøg for meget end for lidt. I Gentofte skyldes de høje andel med behovsbesøg angiveligt et højt kravniveau fra befolkningen kombineret med et højt ambitionsniveau i sundhedsplejen. Figur 28 viser også, at Allerød og Køge er de kommuner, hvor der er færrest, der får behovssundhedspleje, henholdsvis 2,4 % og 8,8 %.

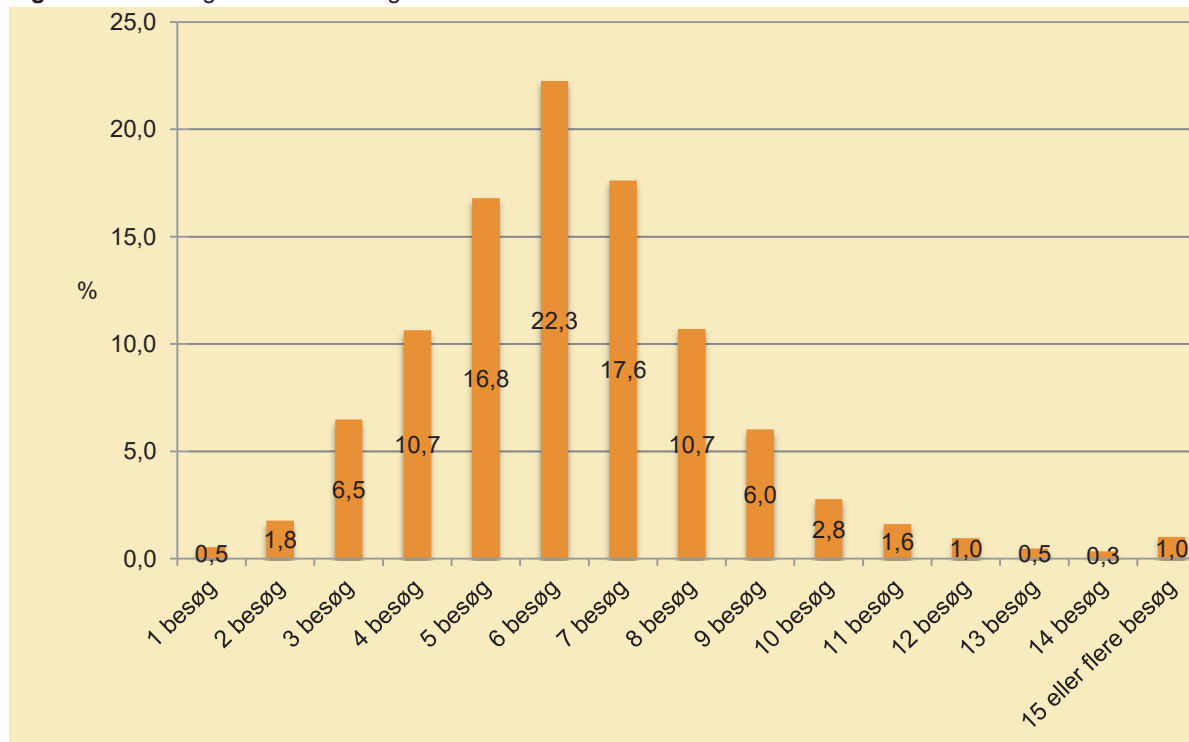
### 4.2 Hvor mange får behovssundhedspleje

Behovssundhedspleje defineres i denne rapport som over syv sundhedsplejebesøg i barnets første leveår. Sundhedsstyrelsen anbefaler fem-seks hjemmebesøg af sundhedsplejersken i barnets første leveår, alt efter om det har været en ambulansfødsel, og mange familier får et ekstra besøg uden at det er et tegn på behovssundhedspleje. Her følger vi Mylins definition af behovssundhedspleje, mere end syv besøg i første leveår (Mylin, 2013).

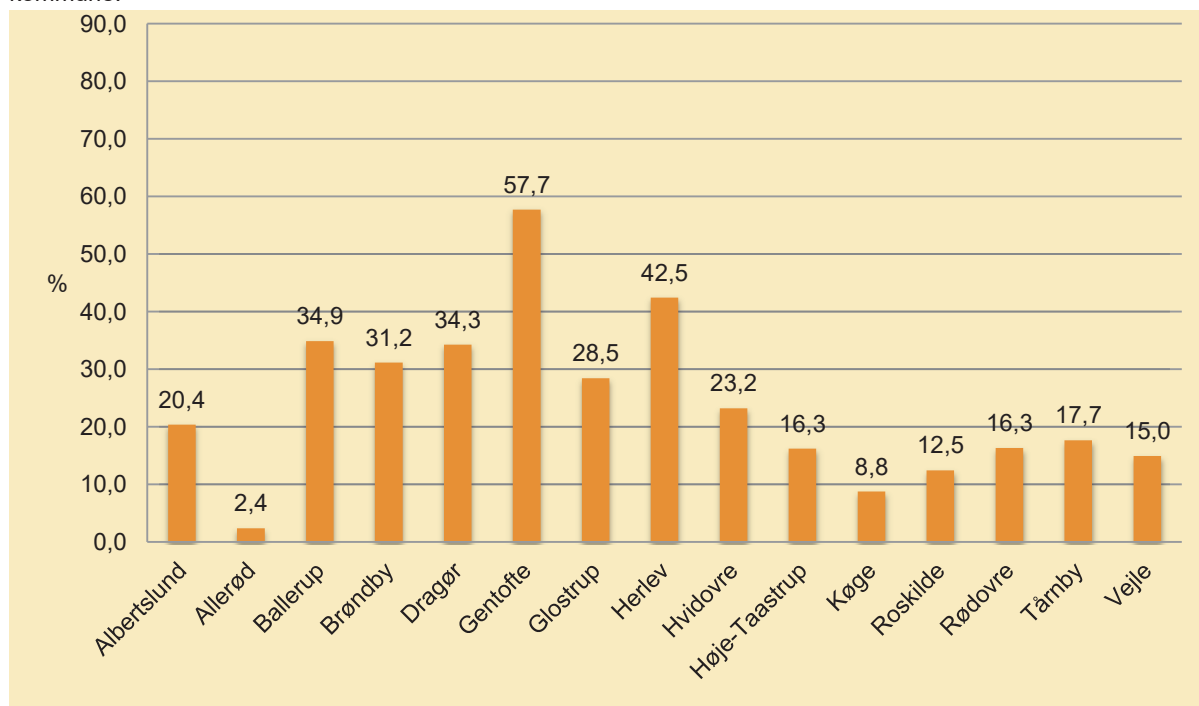
Figur 27 viser, hvor mange procent af familierne som modtager 1, 2, 3 osv. besøg i første leveår. Over 50 % af familierne har fem til syv besøg, hvoraf størstedelen (22,3 %) har seks besøg i barnets første leveår. Under 2,5 % af familierne modtager under tre besøg, mens under 4,5 % modtager mere end 10 besøg. I alt 23,9 % af familierne får behovssundhedspleje i barnets første leve år, dvs. over syv besøg.

Figur 28 viser, andelen af familier der får behovssundhedspleje opdelt på kommune. Det ses, at Gentofte og Herlev er de to kommuner, hvor der er flest familier, der får behovssundhedspleje, henholdsvis 57,7 % i Gentofte og 42,5 % i Herlev. Vi har fået oplyst, at det høje tal i Herlev Kommune formentlig skyldes, at opgørelsen finder sted i en periode, hvor der har været mange vikarer og nyansatte sundhedsplejersker, som på grund af manglende erfaring hellere har villet aflægge et

**Figur 27.** Fordelingen af antal besøg i barnets første leveår.



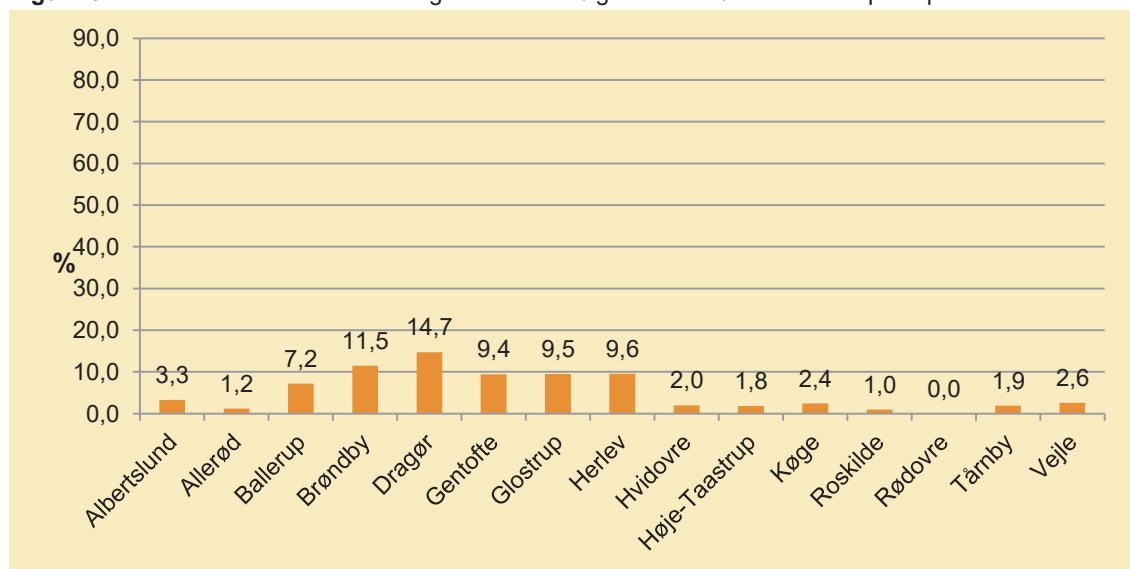
**Figur 28.** Andelen af familier der modtager behovsundhedspleje (> 7 besøg) i barnets første leveår opdelt på kommune.



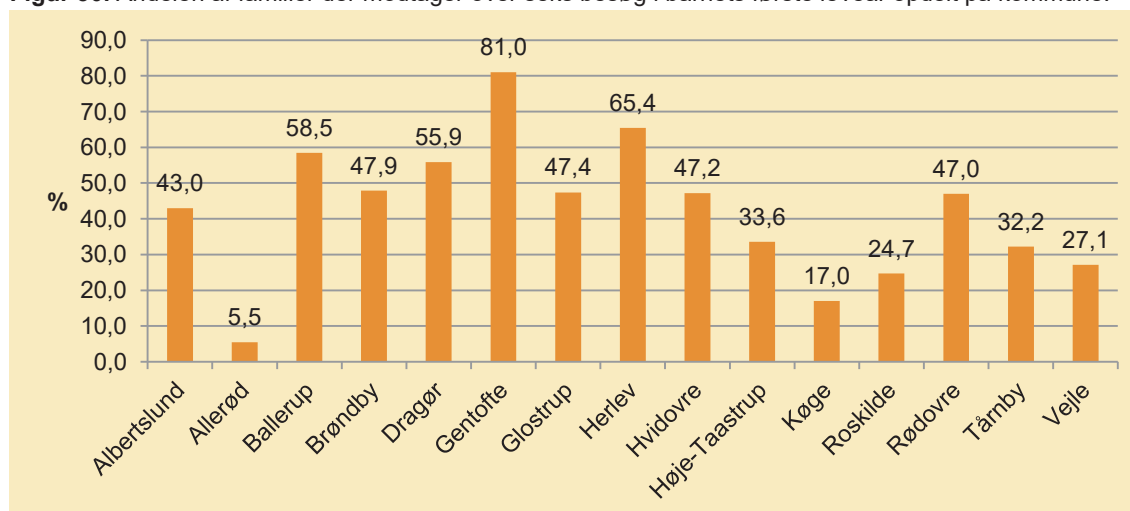
Når vi derimod ser på hvilke kommuner, der giver over ti besøg i barnets første leveår, ligger Dragør og Brøndby højest med henholdsvis 14,7 % og 11,5 % (se figur 29). I Rødovre Kommune er der ikke nogen, der modtager over 10 besøg, og i Høje-Taastrup, Tårnby, Allerød og Roskilde er der under 2 % af familierne, der får over 10 besøg.

Når vi ser på den andel af familierne, som får mere end seks besøg, ligger Gentofte og Herlev stadig højest og Allerød og Køge laveste (figur 30).

**Figur 29.** Andelen af familier der modtager over ti besøg i barnets første leveår opdelt på kommune.



**Figur 30.** Andelen af familier der modtager over seks besøg i barnets første leveår opdelt på kommune.





## 4.2 Risikofaktorer for behovssundhedspleje

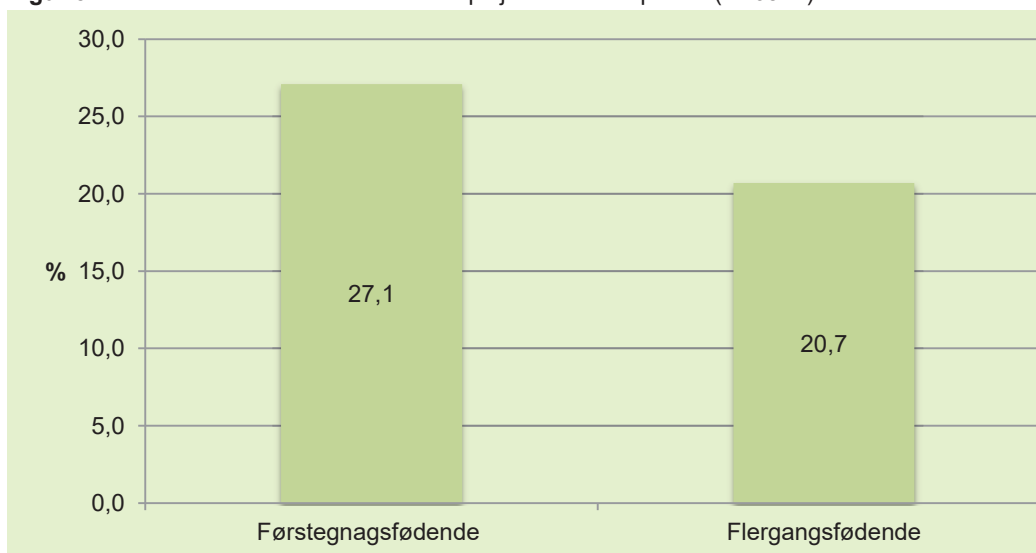
Dette afsnit præsenterer søjlediagrammer, som viser, hvordan behovssundhedspleje hænger sammen med andre forhold i barnets og familiens liv. Antallet af børn i de enkelte figurer varierer og antallet (N) angives derfor over hver figur. Der vises kun figurer, hvor der er statistisk sikker forskel mellem subgrupperne af børn. Det vil sige, at de forskelle der ses i figurerne, ikke blot skyldes statistisk tilfældighed. Ligesom tidligere har vi valgt et krævende signifikansniveau på 1 %, for at undgå at forskelle som reelt ikke har den store betydning, bliver fremhævet.

Til sidst i afsnittet ses en kort gennemgang af de variable, som ikke udviser signifikant sammenhæng med behovssundhedspleje.

### Faktorer relateret til fødslen

Figur 31 viser forekomsten af behovssundhedspleje efter mors paritet. Andelen af familier, der modtager behovssundhedspleje i barnets første leveår, er højere blandt førstegangsfødende end blandt flergangsfødende. Der er 27,1 % af de førstegangsfødende, der får behovssundhedspleje, mens der kun er 20,7 % af de flergangsfødende.

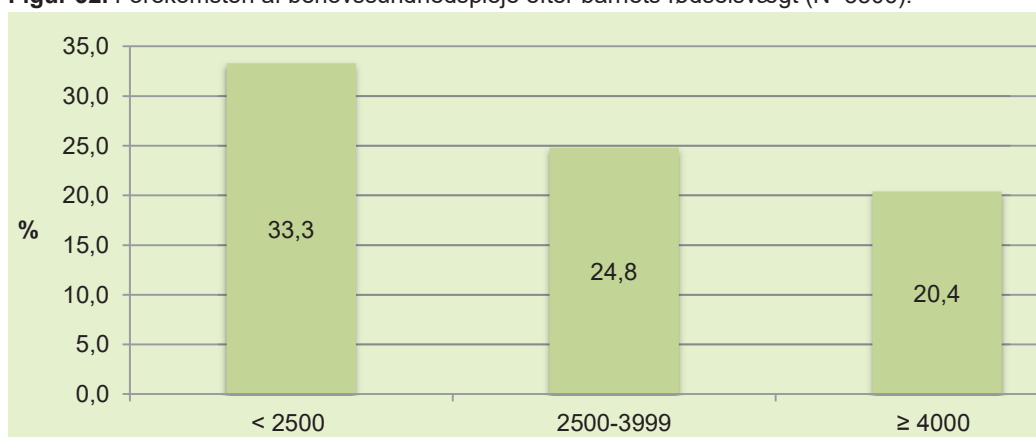
**Figur 31.** Forekomsten af behovssundhedspleje efter mors paritet (N=6511).



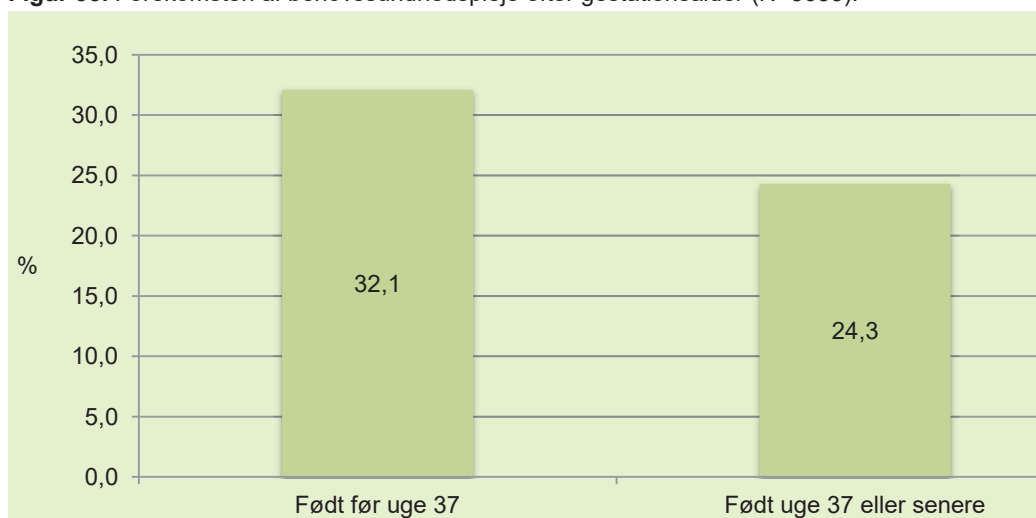
Figur 32 viser forekomsten af behovssundhedspleje efter barnets fødselsvægt. Det ses, at jo mindre barnet vejer ved fødslen, jo flere modtager behovssundhedspleje. Ca. en tredjedel af børnene med en fødselsvægt på under 2500 gram modtager behovssundhedspleje, mens denne andel kun er en femtedel for børn med en fødselsvægt på over 3999 gram. Det er bemærkelsesværdigt, at to tredjedele af børnene med lav fødselsvægt ikke modtager behovssundhedspleje.

Figur 33 viser forekomsten af behovssundhedspleje efter barnets gestationsalder. Det ses, at 32,1 % af børnene, der er født for tidligt, modtager behovssundhedspleje mens under en fjerdedel af børnene (24,3 %), der er født senere, modtager behovssundhedspleje.

**Figur 32.** Forekomsten af behovssundhedspleje efter barnets fødselsvægt (N=5506).



**Figur 33.** Forekomsten af behovssundhedspleje efter gestationsalder (N=5683).

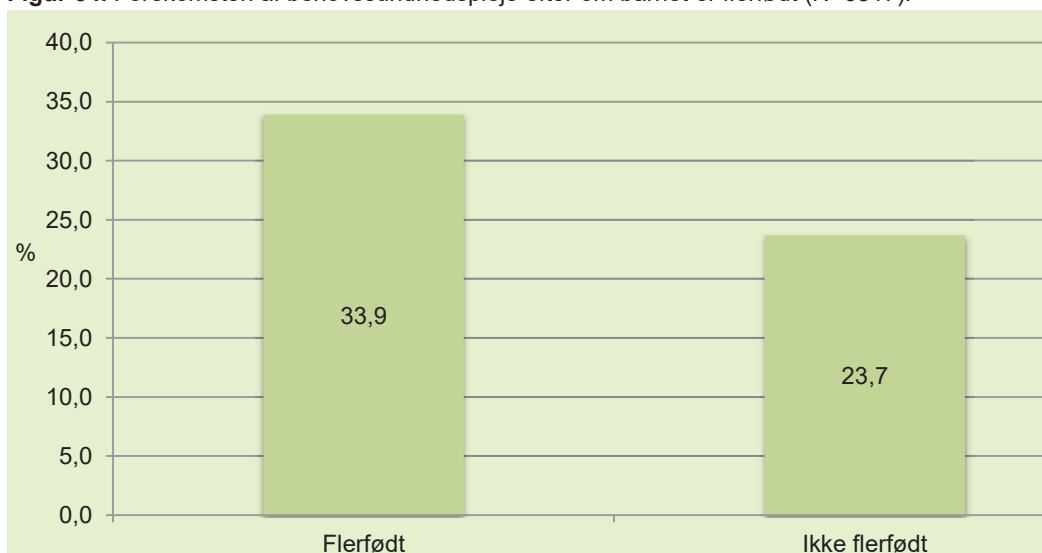


Figur 34 viser forekomsten af behovssundhedspleje efter om barnet er flerfødt. Det ses, at 33,9 % af de flerfødte børn får behovssundhedspleje, mens kun 23,7 % af de ikke flerfødte børn får over syv besøg.

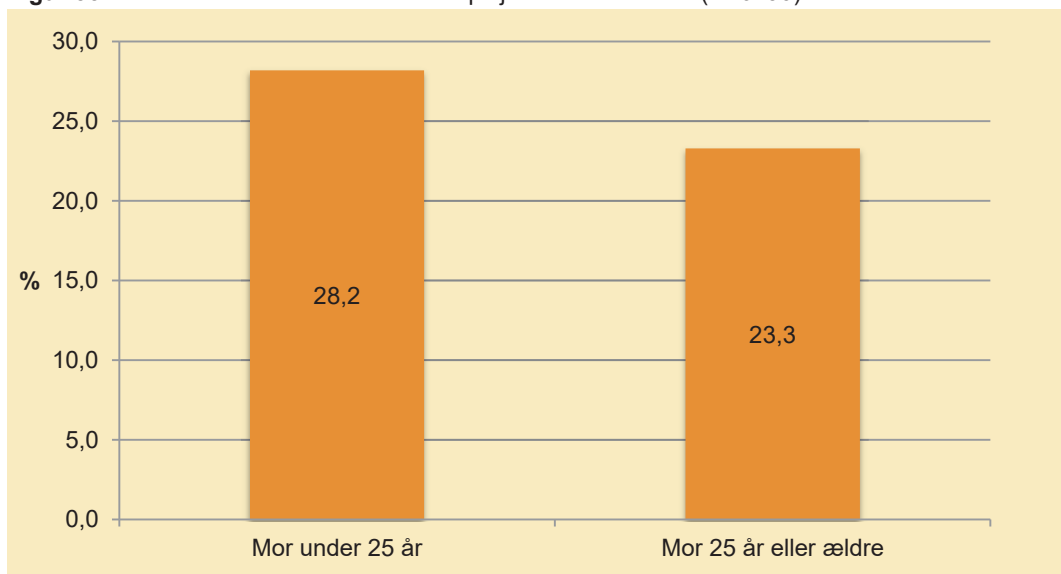
#### Sociodemografiske faktorer

Figur 35 viser andelen af familier, der modtager behovssundhedspleje opdelt efter mors alder. 28,2 % af familierne hvor mor er under 25 år, modtager behovssundhedspleje, mens 23,3 % af familierne hvor mor er 25 år eller ældre, modtager behovssundhedspleje.

**Figur 34.** Forekomsten af behovssundhedspleje efter om barnet er flerfødt (N=6517).



**Figur 35.** Forekomsten af behovssundhedspleje efter mors alder (N=6490).



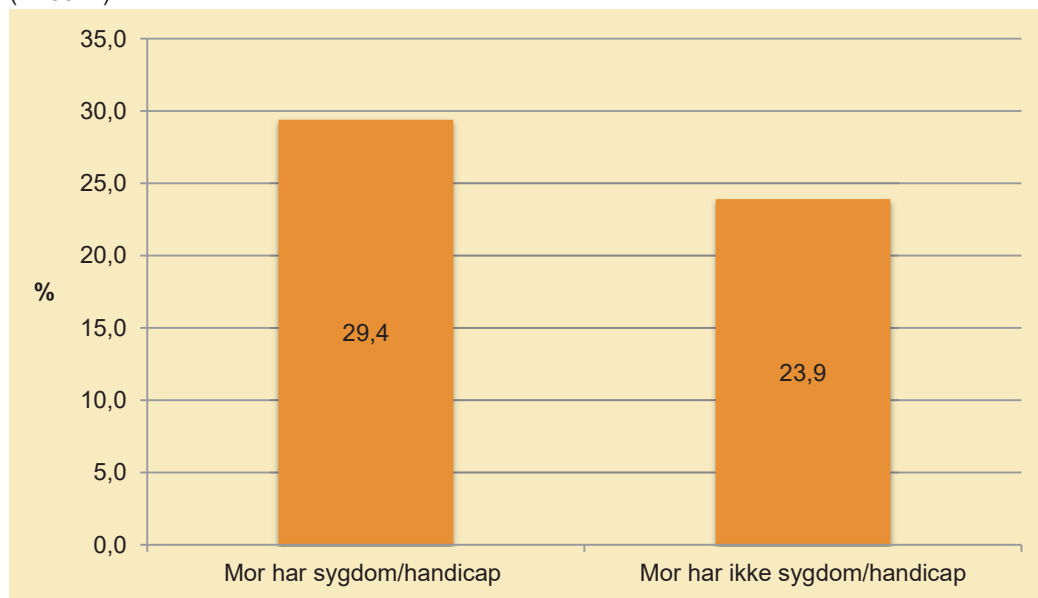
#### *Forhold i hjemmet*

I figur 36 ses, at i 29,4 % af familierne hvor mor har en kronisk sygdom eller et handicap, modtages der behovssundhedspleje, mens der i familier, hvor mor ikke har en kronisk sygdom eller et handicap, modtages behovssundhedspleje i 23,9 % af familierne.

#### *Variable uden statistisk betydning*

Vi har ud over de ovenstående statistiske sammenhænge undersøgt for statistisk sammenhæng mellem behovssundhedspleje og en række andre variable. Variablene køn, apgarscore, komplikationer ved fødsel, komplikationer i graviditet, medfødte handicap/misdannelser hos barnet, familietype, mors uddannelses niveau, mors erhvervs mæssige tilknytning, mors indvandrestatus, barnet bor med ryger, allergi i familien og fars tilstedeværelse ved besøgene viser ikke signifikant sammenhæng med behovssundhedspleje og er derfor ikke medtaget.

**Figur 36.** Forekomsten af behovssundhedspleje efter om mor har kronisk sygdom/handicap (N=5824).



*Opsamling om  
behovssundhedspleje  
I alt 23,9 % af børnene fik  
behovssundhedspleje, her  
defineret som mere end syv  
hjemmebesøg i første leveår. Der  
var en statistisk forhøjet  
sandsynlighed for at modtage  
behovssundhedspleje blandt børn  
og familier med følgende  
kendetegn: Mor er  
førstegangsfødende, barnet er født  
med lav fødselsvægt, barnet er  
født før 37. svangerskabsuge,  
barnet er flerfødt, mor er under 25  
år, og mor har sygdom / handicap.  
Multivariat justeret logistisk  
regressionsanalyse viser følgende  
risikogrupper for at få  
behovssundhedspleje: Mor er  
førstegangsfødende og mor har  
sygdom/handicap.*

# Diskussion

## Diskussion

### 5.1 De vigtigste resultater

Over halvdelen af familierne i de 15 deltagende kommuner har tre eller flere bemærkninger i barnets første leveår, mens kun 9,6 % af familierne ikke har nogle bemærkninger. Der bliver rapporteret flest bemærkninger ved B-besøget, hvor 71,2 % af familierne har mindst en bemærkning. Den laveste rapportering af bemærkninger ses ved D-besøget, hvor 55,3 % af familierne har mindst en bemærkning.

De hyppigst forekommende bemærkninger er til barnets spising og motorik. Bemærkninger til barnets spising fortæller, om barnets spisevaner udvikler sig tilsvarende barnets alder og fokuserer på om barnet får modermælkserstatning, om der er problemer med spising og om barnet ved D-besøget begynder at spise med ske og drikke af kop. Der rapporteres bemærkninger til spising hos 52,7 % af familierne i barnets første leveår. De højeste antal af bemærkninger til spising ses ved A- og B-besøget. Bemærkninger til barnets motorik fortæller ligeledes om barnet udvikler sine motoriske evner tilsvarende sin alder, fx om barnet holder sit hoved i midterlinjen mm. Der rapporteres bemærkninger til barnets motorik hos 41,7 % af familierne i de deltagende kommuner. De højeste rapporteringer af motoriske vanskeligheder ses ved C- og D-besøget. Den sjældnest forekommende bemærkning er i forhold til undervægt, der er rapporteret hos 3,6 % af børnene.

Et tidligere dansk studie viser ligesom vores, at spiseproblemer er blandt de højest rapporterede problemer hos spædbørn (Skovgaard 2010). Skovgaard (2010) rapporterer, at der ses spiseproblemer hos 30 % af børnene, i perioden fra de er nul til ti måneder. Således er andelen af børn, i Databasen Børns Sundhed, med

spiseproblemer højere (52,7 %). Skovgaard rapporterer den højeste forekomst af spiseproblemer, når barnet er seks til ti måneder, mens Databasen Børns Sundhed rapporterer flest bemærkninger til spiseproblemer i den tidlige barndom, allerflest når barnet er to til tre måneder. Der kan være flere årsager til denne forskel, især at det er vanskeligt at opgøre forekomsten af spiseproblemer blandt spædbørn på grund af uklarhed om definitionen af spiseproblemer i denne aldersgruppe.

Et svensk studie fra 1990 påpeger, at en fjerdedel af forældrene oplever spiseproblemer i barnets første seks måneder, og at dette problem herefter er faldende men stadig tilstedeværende (Lindberg 1991). Flere udenlandske studier viser desuden, at mange familier har store problemer med amning (Guelinckx 2011, Hunsberger 2012, Leahy-Warren 2013, Santorelli 2013). Problemer med amning indgår i denne temarapport som en del af spiseproblemer, hvilket kan forklare den høje forekomst af spiseproblemer i vort datamateriale.

Et andet hovedresultat i denne temarapport er, at der er bemærkninger i alle befolkningsgrupper. Den høje forekomst af bemærkninger kan således ikke forklares ved en lille risikogruppe med mange bemærkninger. Der er mange signifikante risikofaktorer for at have tre eller flere bemærkninger, fx at mor er førstegangsfødende, at barnets fødselsvægt er under 2500 gram, at der har været komplikationer i graviditeten, at mor er uden aktuelt arbejde, at mor har sygdom/handicap, at barnet bor med en ryger og at mor er yngre end 25 år. Men ingen af disse risikofaktorer giver en betydelig overrisiko for tre eller flere bemærkninger, og det betyder i praksis, at man ikke på forhånd kan vide, hvilke familier

der vil have mange bemærkninger, og at mange bemærkninger optræder i alle miljøer.

Det er værd at bemærke, at der ikke er større social ulighed i omfanget af bemærkninger. Godt nok kan man se, at der blandt de lavest uddannede mødre er flere med mange bemærkninger end blandt de højere uddannede mødre, men denne forskel er ikke statistisk signifikant i de multivariate analyser. Også blandt de højere uddannede mødre har over halvdelen mere end tre bemærkninger i første leveår, altså et betydeligt behov for en indsats fra sundhedsplejen.

I alt får 16,6 % af familierne en eller flere henvisninger i løbet af barnets første leveår, hvoraf det største antal henvisninger findes ved A-besøget (6,6 %). Forekomsten af henvisninger er betydeligt lavere end de 36 %, som Almind et al. (1985) rapporterede for en generation siden. Men omfanget af henvisninger skal ses i relation til de muligheder, sundhedsplejerskerne har for at henvise familierne. Disse muligheder er ikke ens i de deltagende kommuner, og det kan måske forklare forskellene mellem kommuner. Risikofaktorerne for henvisninger er familier hvor mor er flergangsfødende, barnets fødselsvægt er over 2500 gram, der har været komplikationer ved fødslen og mor er indvandrer. Der er desuden en øget risiko (odds) for at få henvisninger hvis der er medfødt handicap/misdannelser hos barnet eller der har været komplikationer ved fødslen. Men igen: Ingen af disse risikofaktorer giver en betydelig overrisiko for henvisninger, og det betyder, at man ikke på forhånd kan regne ud, hvor der er behov for at henvise. Henvisninger forekommer i alle miljøer.

Opgjort som over syv besøg i barnets første leveår er forekomsten af behovssundhedspleje 23,9 %. Forekomsten af behovssundhedspleje varierer relativt meget i de forskellige

kommuner (fra 2,4 % til 57,5 %). Det kan skyldes flere forskellige forhold, eksempelvis sociodemografiske forhold eller variation i sundhedsplejerskens praksis for, hvornår der ydes behovssundhedspleje, eller forskelle mellem kommunerne mht. prioritering. Risikofaktorerne for behovssundhedspleje er: førstegangsfødende, børn med en fødselsvægt under 2500 gram, for tidligt fødte, flerfødte, mor under 25 år ved fødslen, mor har sygdom/handicap. Desuden er der en øget risiko (odds) for at få behovssundhedspleje, hvis mor er førstegangsfødende og hvis mor har sygdom/handicap. Igen må vi konstatere, at de nævnte risikofaktorer er svage og dermed ikke giver mulighed for på forhånd at udpege de familier, der sandsynligvis får behov for sundhedspleje. Mylin (2013) havde en tilsvarende refleksion: Selv om hun identificerede mange risikofaktorer for at få behovssundhedspleje, så var ingen af dem stærke og det ville ikke være muligt at forudsige, hvilke familier der får dette behov for ekstra hjemmebesøg.

## 5.2 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 15 kommuner i 2013. Man kan ikke generalisere forekomsten af bemærkninger, henvisninger og behovssundhedspleje til hele landet, for forekomsten kan være anderledes i andre landsdele. Men de 15 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 uklare afgrænsede fænomener, fx spisning, søvn, mors psykiske tilstand, samt

uro og gråd. Men selv om det er vanskeligt at afgrænse disse fænomener videnskabeligt, så er det temaer, som er yderst virkelighedsnære for de familier, der lider under dem. Sundhedsplejerskerne kender disse problemer særdeles godt, fordi de besøger næsten alle familier med nyfødte børn flere gange i barnets første leveår. Sundhedsplejerskerne noterer i deres journaler, hvis de vurderer, at bemærkningerne 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 styrker også datas kvalitet, at sundhedsplejerskerne benytter en detaljeret manual med nøje beskrivelse af de forhold, som udløser en bemærkning. På trods af denne manual er det dog sandsynligt, at to sundhedsplejersker kan have forskellig vurdering af samme familie, det vil sige, at der optræder problemer med det, man kalder inter-rater-reliabilitet.

Mange kliniske databaser lider under høj forekomst af manglende data, idet journaldata indsamles som en del af den daglige praksis, hvor fokus først og fremmest er på borgeren/patienten. I relation til Databasen Børns Sundhed betyder det, at den systematiske registrering kan blive nedprioriteret i forhold til mere presserende problemer ude i familierne. Blandt de børn der indgår i temarapporten, er der en betydelig forekomst af manglende oplysninger om barnets far. For at undgå de problemer, der er forbundet med et stort antal manglende data, har vi valgt at tage forhold vedrørende far ud af temarapporten, undtagen fars tilstedeværelse ved besøgene. På den måde opnås et mere sikkert datagrundlag.

### 5.3 Implikationer

#### *Implikationer for praksis*

Et af de vigtigste resultater i rapporten er, at 55,4 % af familierne har tre eller flere bemærkninger i barnets første leveår. Det tydeliggør, at et problem ofte sameksisterer med andre problemer. Derfor vil fokus på for eksempel spiseproblemer ikke nødvendigvis være nok til at løse de andre problemer. En anden implikation er knyttet til de relativt svage sammenhænge mellem risikofaktorer og bemærkninger: Man kan altså ikke på forhånd udpege familier, der har problemer, hvilket i sig selv er et meget stærkt argument for hyppige hjemmebesøg til alle familier.

#### *Implikationer for forskning*

Indenfor denne type af forskning er der et stort behov for afklaring af begrebet bemærkninger og hvornår indenfor de forskellige områder sundhedsplejerskerne registrerer en bemærkning. Bemærkningerne indeholder hver for sig mange aspekter, og det ville styrke den faglige indsigt at udforske mere specifikke problemer frem for de relativt brede fænomener, vi har sat fokus på i denne rapport. I det lange løb er det fx ikke nok at vide noget om det brede fænomen spiseproblemer, det er også vigtigt at udbygge indsigten i forskellige facetter af spiseproblemer, fx den måde, barnet spiser på, om barnet kan drikke af en kop, om barnet deltager i måltider, og om barnets hovedernæring svarer til anbefalingerne. Når man skal studere prædiktorer, konsekvenser og muligheder for at afhjælpe problemer, er det vigtigt at vide, præcis hvad det er, man måler og hvornår problemerne er så alvorlige, at sundhedsplejersken skriver en bemærkning i journalen. Det er ligeledes vigtigt at afklare, om bemærkningerne er en følgevirkning af andre problemer i familien.



#### 5.4 Hvad kan rapporten bruges til

*Det er første gang, at vi med udgangspunkt i Databasen Børns Sundhed ser på sundhedsplejers indsats. Rapporten giver et godt billede af de mange observationer, der ligger til grund for sundhedsplejerskens vejledning i forbindelse med hjemmebesøgene.*

*Alle kommuner, der deltager i databasen, tilbyder som minimum de fire kvalitetssikrede besøg til alle 0-årige børn. I januar 2015 udarbejdede databasen en statistisk over servicetilbuddet i alle landets kommuner. Statistikken viser, at 59 kommuner har en besøgsprofil, der matcher databasens. Statistikken viser også, at en del kommuner har et mindre servicetilbud til flergangsfødende, og at kommuner der tilbyder forældrekurser har betydeligt færre hjemmebesøg.*

*Sundhedsstyrelsen anbefaler fem hjemmebesøg, udover barselsbesøget, til alle familier i barnets første leveår. Alligevel er det i kommunesammenhænge ofte drøftet om konsultationer, Åbent Hus, gruppetilbud og senest*

*forældrekurser kan erstatte et eller flere hjemmebesøg.*

*Tidligere rapporter fra Databasen Børns Sundhed har vist tydelige sammenhænge mellem problemstillinger i slutningen af første leveår og ved skolestart fx rapporten om barnets motoriske udvikling og rapporten om overvægt. Begge rapporter viser, at børn ikke nødvendigvis "vokser sig fra" forsinket motorisk udvikling, og at "hvalpefedt" ikke altid bare forsvinder. De tidligere rapporter viser sammen med denne rapport, at der er meget at komme efter, når børns udvikling skal understøttes og problemstillinger forebygges.*

*Denne rapport viser, at det ikke er muligt på forhånd at udpege hvilke børn og familier, der kan forventes at få problemer - der er bemærkninger til barnets udvikling i alle typer af familier. Rapporten viser, at førstegangsfødende har flest bemærkninger til en række områder, men også her ses en betydelig forekomst af bemærkninger hos flergangsfødende.*

*Rapporten viser forskelle i omfanget af bemærkninger i de fire kvalitetssikrede besøg, men samtidig ses, at der er en betydelig andel af bemærkninger ved alle de fire besøg. Ønskes en tidlig indsat er sundhedsplejen således nødt til at besøge børnene og familierne. Hjemmebesøg er en ældre metode, men indholdet og fokus er opdateret – og det virker. Samlet set understøtter rapporten betydningen af at fastholde de fire besøg til alle børn i første leveår.*

*Vejledningen til journalen omhandler ikke behovsarbejdet. Beslutninger om behovsarbejde ligger i den enkelte kommune – og her ses store forskelle kommunerne imellem.*

*Rapportens resultater kan med fordel bruges i de administrative og politiske processer mhp at dokumentere udbyttet af hjemmebesøgene.*

*Det anbefales endvidere, at rapporten bruges internt i sundhedsplejerskeordningerne til:*

- *At gennemgå og drøfte vejledningen til journalen*
- *At drøfte henvisningsprocedurer*
- *At drøfte behovsarbejdet i første leveår – og i småbarnsalderen.*

# Årsberetning

## Børn født i 2013

### 6 Årsberetning Børn født i 2013

#### 6.1 Formål & opbygning af årsberetningen

Formålet med denne del af rapporten er at tegne en sundprofil for børn født i 2013 i de femten kommuner, der indgår.

Databasen Børns Sundhed har udvalgt en række indikatorer til måling af kvaliteten af ydelser, indsatser og resultater inden for sundhedsplejen. Disse kvalitetsindikatorer anvendes i årsberetningen til at beskrive udvalgte områder af børnenes sundhed og udvikling. Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med undersøgelserne, hvorvidt der er bemærkninger til en indikator (fx barnets motorik).

Bemærkninger dækker over, at barnet ikke opfylder den forventelige udvikling i forhold til alderstrinnet. For hver indikator registrerer sundhedsplejerskerne desuden, hvilke bemærkninger, der er tale om. Såfremt der er forhold, der kræver yderligere observation eller handling, henviser sundhedsplejersken herefter barnet til et relevant kommunalt tilbud eller til yderligere udredning i almen praksis (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Resultaterne angives i tabeller og diagrammer, som både indeholder resultat for det samlede antal spædbørn i rapporten (samlet population) og for de enkelte kommuner. For en række hovedvariable vises desuden udviklingen over de seneste fire år både for den samlede population og for de enkelte kommuner. Tallene fra 2013 kan variere en smule i forhold til tallene de tidligere år, da to nye kommuner (Allerød og Vejle) indgår i analyserne.

I årsberetningen rapporteres forekomster blandt de børn, der er registreret oplysninger om for den enkelte variabel. For nogle variable er der høj forekomst af manglende registreringer, hvilket kan medføre usikkerhed i resultaterne. I de fleste tilfælde dækker manglede registreringer sandsynligvis over, at der ikke er noget at bemærke - at familie og barn er uproblematisk.

#### 6.2 Bor sammen med en ryger

Børn er særligt sårbare overfor passiv rygning fordi deres luftveje, lunger og andre organer ikke er færdigudviklet, og fordi de har en højere respirationsrate og derved indånder flere partikler. Børn tilbringer endvidere mange timer indendørs, hvor de leger og kommer i tæt kontakt med møbler, legetøj mv. hvor de skadelige stoffer fra tobaksrøgen opsamles. Endelig har spædbørn og småbørn ikke mulighed for at bevæge sig væk fra røgen og dermed mindske deres eksponering (Brink & Lawson-Smith, 2008; Clemmensen et al., 2005). Børn udsat for passiv rygning har en øget risiko for uventet spædbarnsdødelighed (Treyster & Gitterman, 2011), udvikling og forværring af astma (Treyster & Gitterman, 2011), luftvejsinfektioner, bronkitis (Jones et al., 2011) og mellemørebetændelse (Jones et al., 2012).

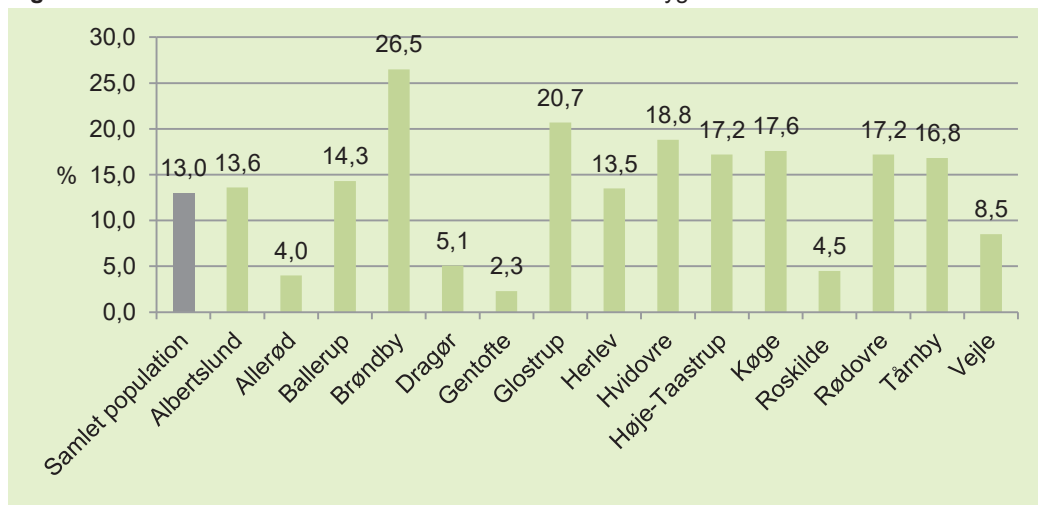
Figur 37 viser andelen af børnene i årsberetningen, der bor sammen med mindst en ryger.

Der er 13,0 % af børnene født i 2013, der ifølge journalerne, bor sammen med mindst en ryger, hvilket stemmer godt overens med forekomsten i årsberetningen om børn født i 2012, hvor 12,9 % boede sammen med mindst en ryger.

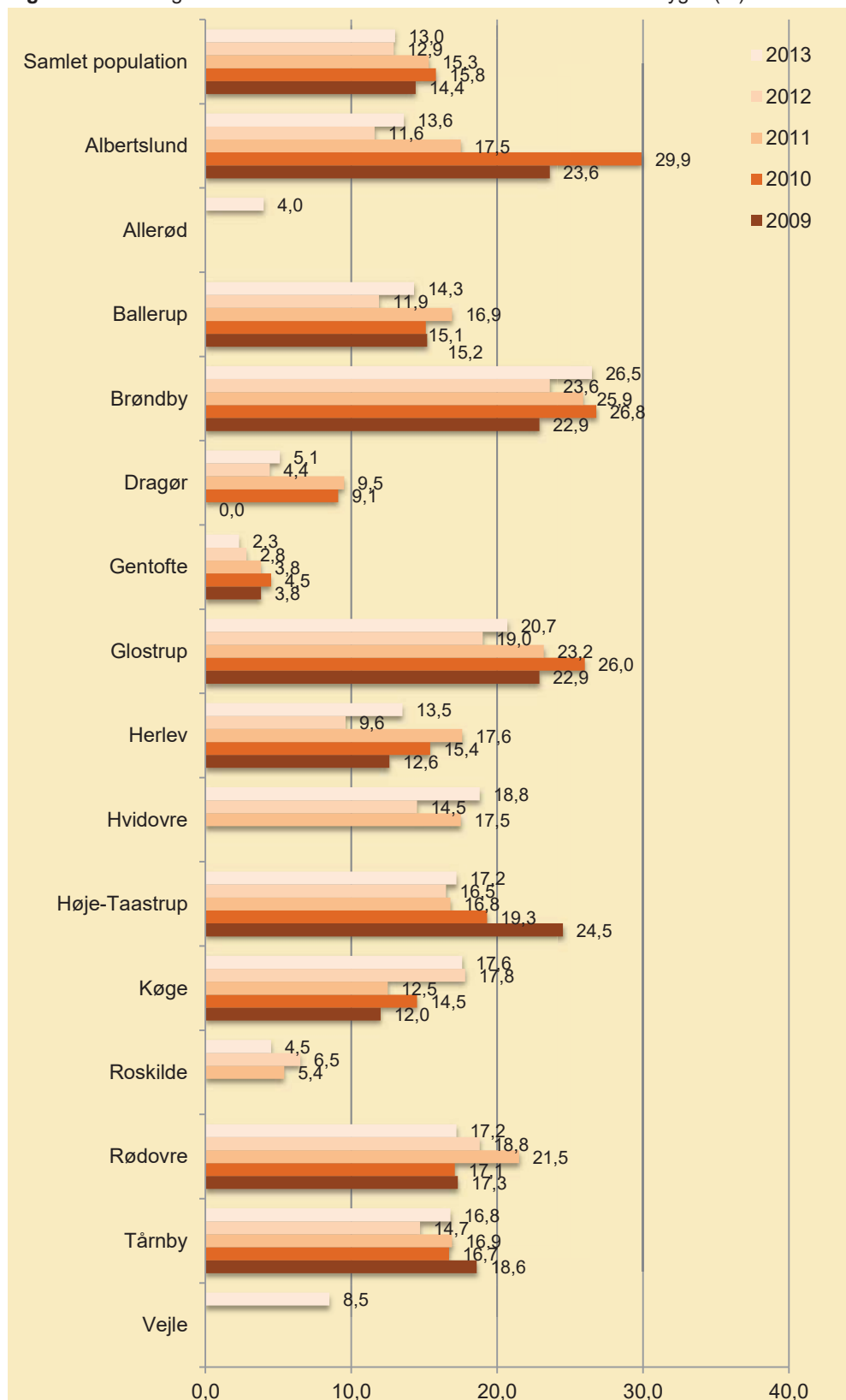
Der er stor variation kommunerne i mellem. I Brøndby er der 26,5 % af børnene, der bor sammen med en ryger, og i Allerød, Gentofte og Roskilde er der under 5 %.

Databasen Børns Sundhed rummer data fra mange år, og man kan derfor belyse ændringer i andelen af børn, der bor sammen med mindst én ryger. Dette forhold fremgår af figur 38, som viser, at denne andel i perioden 2009-2013 har svinget mellem 12,9 % og 15,8 % uden nogen systematisk stigende eller faldende tendens.

**Figur 37** Forekomst af børn der bor sammen med mindst en ryger.



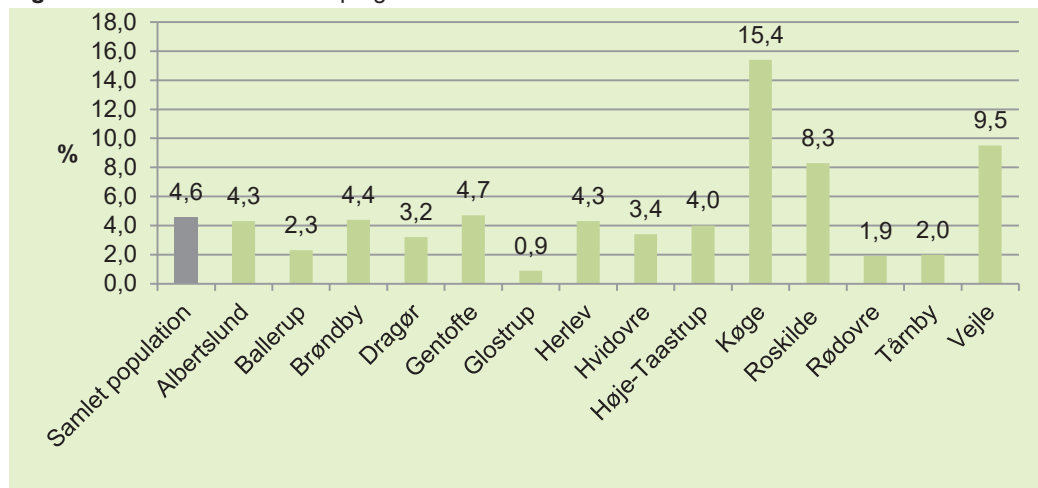
**Figur 38.** Udvikling i forekomst af børn der bor sammen med mindst en ryger (%).



### 6.3 Handicap & misdannelser ved fødslen

I journalen registrerer sundhedsplejersken, om der er medfødte handicap eller misdannelser. Med handicap og misdannelser menes anomalier, der forventes at give barnet tab eller begrænsninger i mulighederne for at deltage på lige fod med andre. I figuren nedenfor ses forekomsten af handicap og misdannelser ved fødslen, andelen af børn med handicap og misdannelser er 4,6 % i den samlede population. Denne andel er stort set identisk med tidligere årsrapporter. Allerød er ikke med i figuren pga. meget høj andel af missing.

**Figur 39** Forekomst af handicap og misdannelser ved fødslen.



## 6.4 Vægt & længde

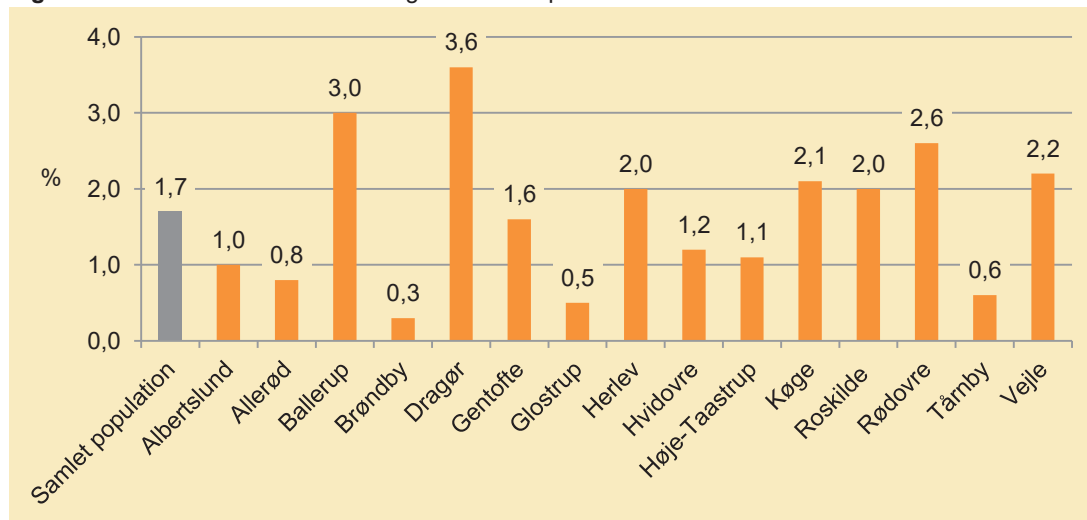
Ifølge WHO er overvægt og svær overvægt defineret som unormal eller overdreven fedtphobning, der kan skade helbredet (WHO, 2013). Denne definition er svær at håndtere i praksis. Hos voksne anvendes ofte BMI (body mass index) til at klassificere undervægt, normalvægt og overvægt. Blandt børn er det mere vanskeligt at vurdere, hvornår vægt udgør et helbredsproblem eller en risikofaktor for senere helbredsproblemer. Der findes forskellige højde/vægt-kurver og forskellige køns- og aldersrelaterede BMI-kurver til vurdering af vægtstatus blandt børn. I denne rapport præsenteres to indikatorer for under- og overvægt hos børn; percentiler i forhold til danske højde/vægt-kurver samt vurdering af barnets vægtstatus ud fra WHO-vækstreferencer for børn i alderen nul til fem år

(WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2006). Definitionen af overvægt blandt børn diskuteres yderligere i temarapporten "Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen" fra Databasen Børns Sundhed (Svendesen et al., 2013).

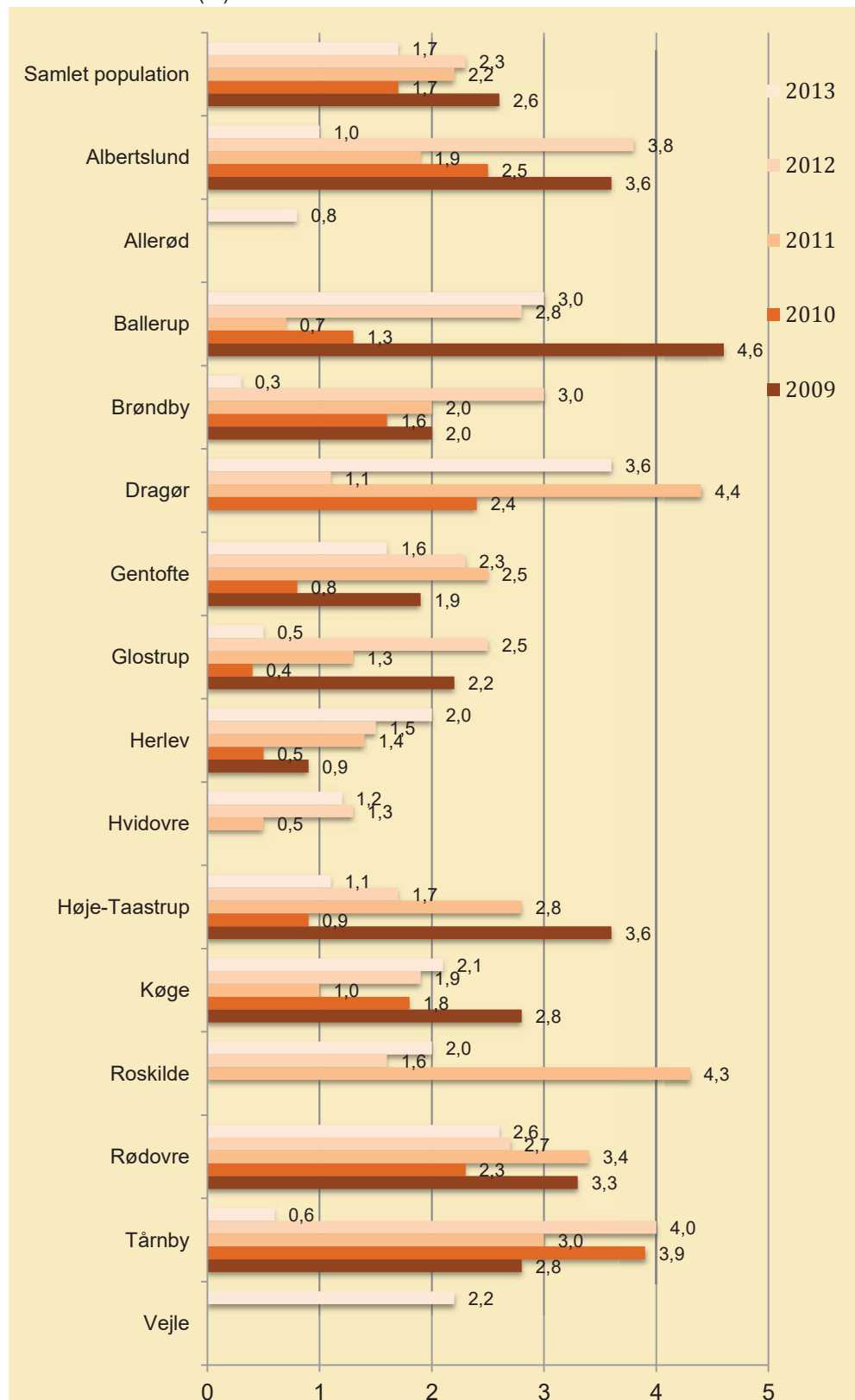
Sundhedsplejersken registrerer barnets længde og vægt i journalen ved besøg i løbet af barnets første leveår. Følgende figurer viser forekomsten af børn med en vægt henholdsvis under 3 % percentilen og over 97 % percentilen i otte til ti måneders alderen (D-besøget) i forhold til danske højde/vægt-kurver. Desuden ses figurer, der viser udviklingen over de sidste fem år.

Af figur 40 ses, at 1,7 % af børnene født i 2013 har en vægt under 3 % percentilen, hvilket er lavere end de forventede 3 %. Der ses en lille variation kommunerne i mellem. I Dragør har 3,6 % af børnene en vægt på under 3 % percentilen, i Brøndby har 0,3 % en vægt under 3 % percentilen. Denne andel har i perioden 2009-2013 svinget mellem 2,6 og 1,7 % med en faldende tendens (figur 41).

**Figur 40.** Forekomst af børn med vægt under 3 % percentilen i otte- til ti måneders alderen.



**Figur 41.** Udviklingen i forekomst af børn med vægt under 3 % percentilen i otte- til ti måneders alderen (%).

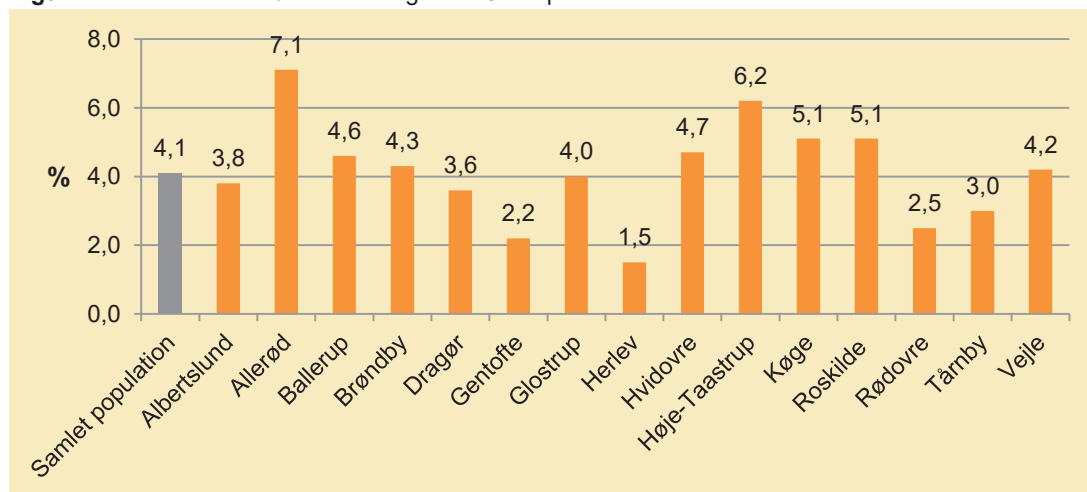




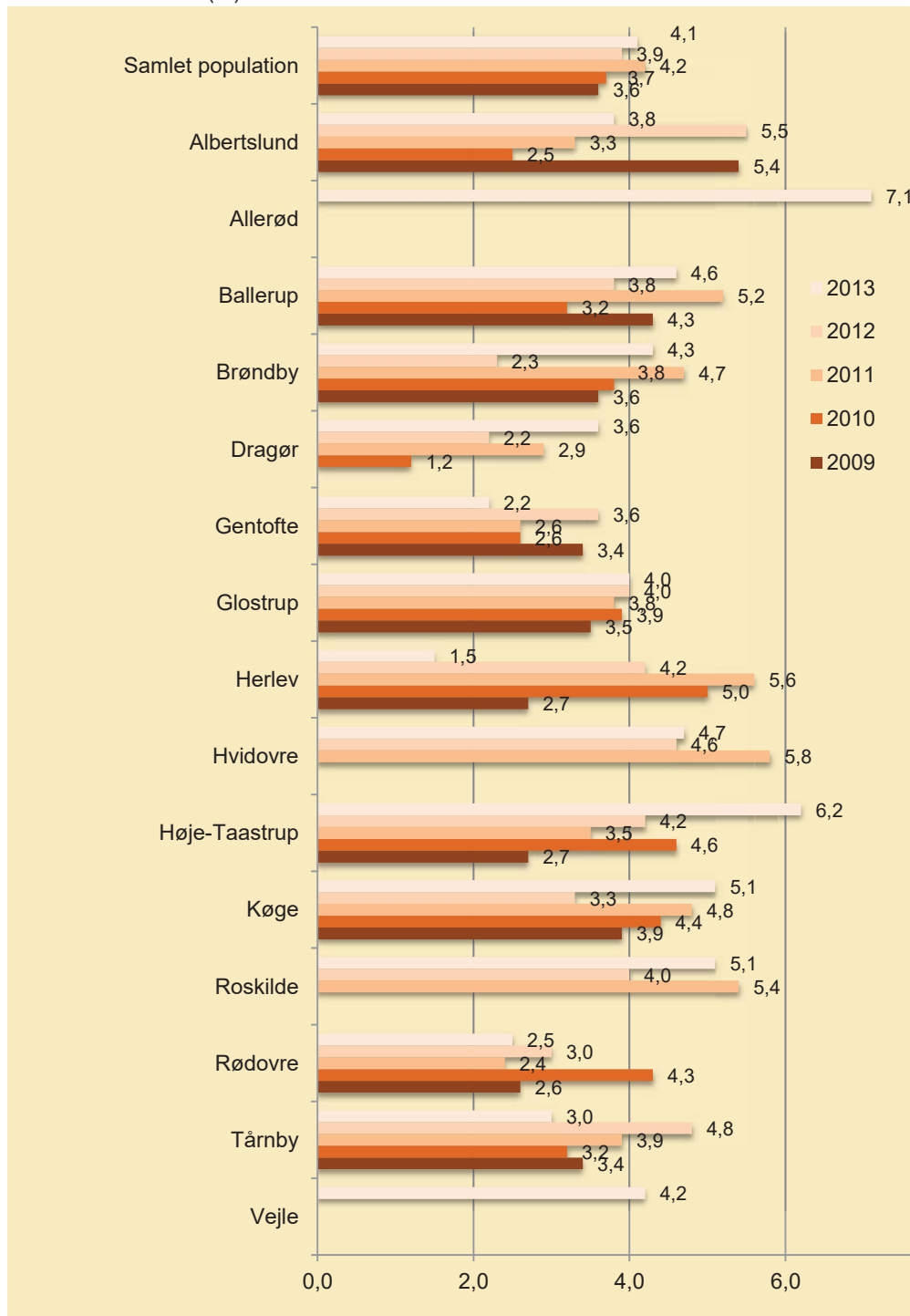
Figur 42 viser forekomsten af børn i 8-10 måneders alderen med en vægt over 97 % percentilen født i 2013. I den samlede population har 4,1 % en vægt over 97 % percentilen. Forekomsten varierer fra 7,1 % i Allerød til 1,5 % i Herlev.

Figur 43 viser forekomsten af børn med en vægt over 97 % percentilen for børn født i perioden 2009-2013 for den samlede populationen og de enkelte kommuner. Af figuren ses at forekomsten for børn født i 2013 svarer til forekomsten i seneste år.

**Figur 42.** Forekomst af børn med vægt over 97 % percentilen i otte- til ti måneders alderen.



**Figur 43.** Udviklingen i forekomst af børn med vægt over 97 % percentilen i otte- til ti måneders alderen (%).



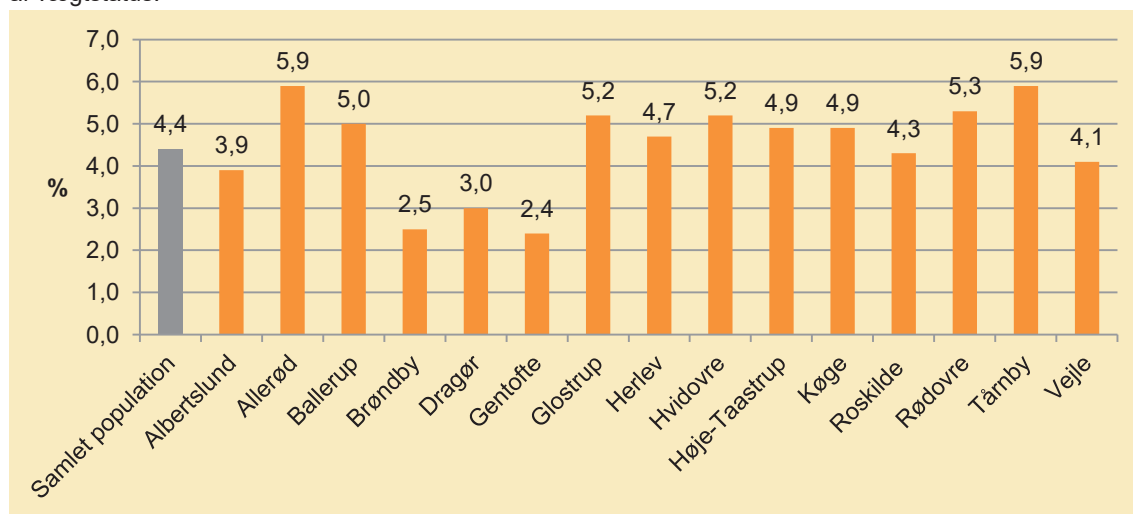
I tabel 7 ses fordelingen af børn født i 2013 i forhold til WHO's definitioner af undervægt, normalvægt og overvægt. Af tabel 6.4 ses at 2,5 % af børnene i årsberetningen, ud fra WHO's definitioner af vægtstatus, er undervægtige, 76,0 % er normalvægtige, 17,1 % er i risiko for overvægt, 3,9 % er overvægtige og 0,5 % er svært overvægtige. Samtidig viser tabellen at fordelingen er næsten ens for drenge og piger.

I figur 44 ses forekomsten af overvægt/svær overvægt i de enkelte kommuner. Forekomsten varierer fra 2,4 % i Gentofte til 5,9 % i Allerød og Tårnby Kommune.

**Tabel 7.** Procentfordeling af børn efter WHO's definition af vægtstatus i seks- til ti måneders alderen.

	Samlet		Drenge		Piger	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>Undervægtig</b>	148	2,5	86	2,9	62	2,2
<b>Normalvægtig</b>	4476	76,0	2245	74,5	2231	77,7
<b>I risiko for overvægt</b>	1004	17,1	535	17,8	469	16,3
<b>Overvægtig</b>	228	3,9	133	4,4	95	3,3
<b>Svært overvægtig</b>	31	0,5	15	0,5	16	0,6

**Figur 44.** Forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks til ti måneders alderen efter WHO's definitioner af vægtstatus.

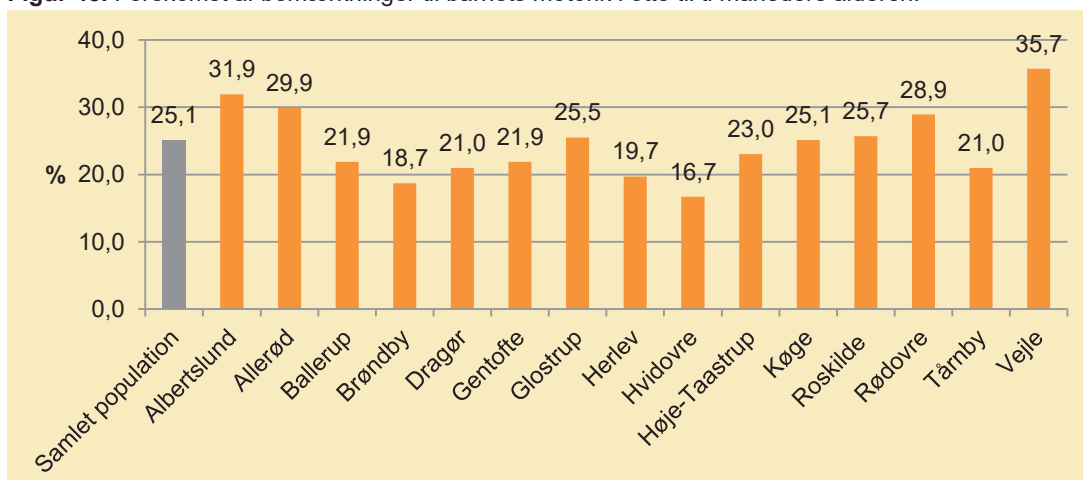


## 6.5 Motorik

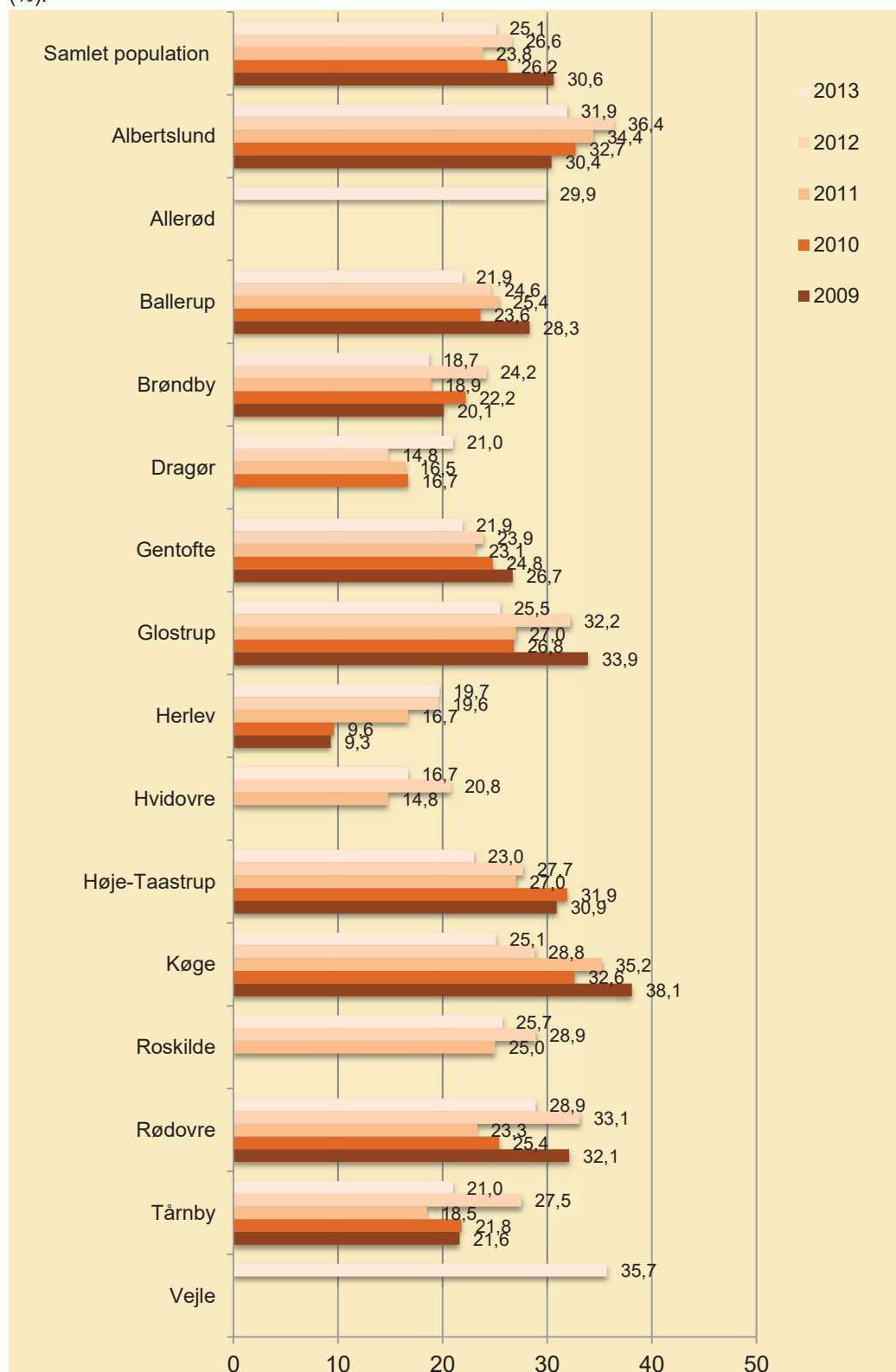
Barnets motoriske færdigheder danner grundlag for dets bevægelsesmuligheder og er derfor afgørende for barnets interaktion med omverdenen. Evnen til at bevæge sig påvirker udviklingen af andre egenskaber, herunder kognitive, følelsesmæssige og sociale færdigheder (Haywood, 2001; Payne & Isaacs, 2011; Sigmundsson & Haga, 2007). Desuden ses en øget risiko for motoriske vanskeligheder ved skolestart blandt de børn, der havde bemærkninger til motorik i otte til ti måneders alderen (Brixval et al., 2012a). Ved otte til ti måneders alderen (D-besøget) vurderer sundhedsplejersken barnets motoriske udvikling på baggrund af, om barnet holder hovedet i midtlinjen, løfter hoved og skuldre i maveleje, støtter på strakte arme i maveleje, triller fra mave til ryg, trækker sig op i armene til siddende stilling, triller fra ryg til mave, støtter på flad fod, sidder sikkert selv, lægger an til at kravle og lægger an til at rejse sig ved støtte (Holle, 1996).

Figur 45 viser forekomsten af bemærkninger til barnets motorik ved D-besøget. Blandt 25,1 % af børnene født i 2013 er der bemærkninger til motorik i otte til ti måneders alderen. Forekomsten er højest i Vejle (35,7 %) og lavest i Hvidovre (16,7 %). Forekomsten af bemærkninger til motorik ved D-besøget har været faldende i perioden 2009-2013 (se figur 46).

**Figur 45.** Forekomst af bemærkninger til barnets motorik i otte til ti måneders alderen.



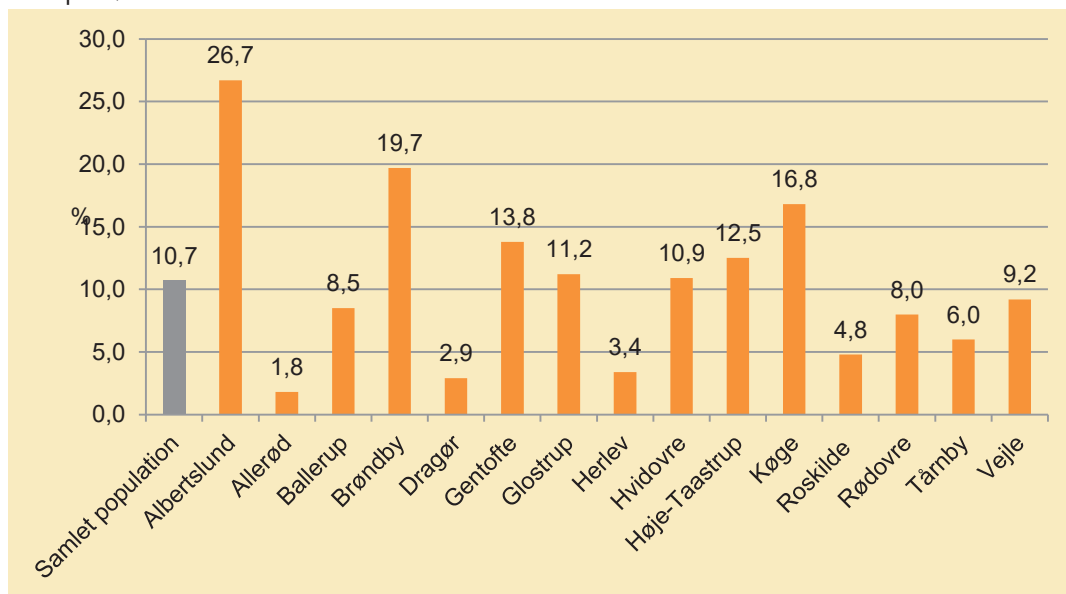
**Figur 46.** Udviklingen i forekomst af bemærkninger til barnets motorik i otte til ti måneders alderen (%).



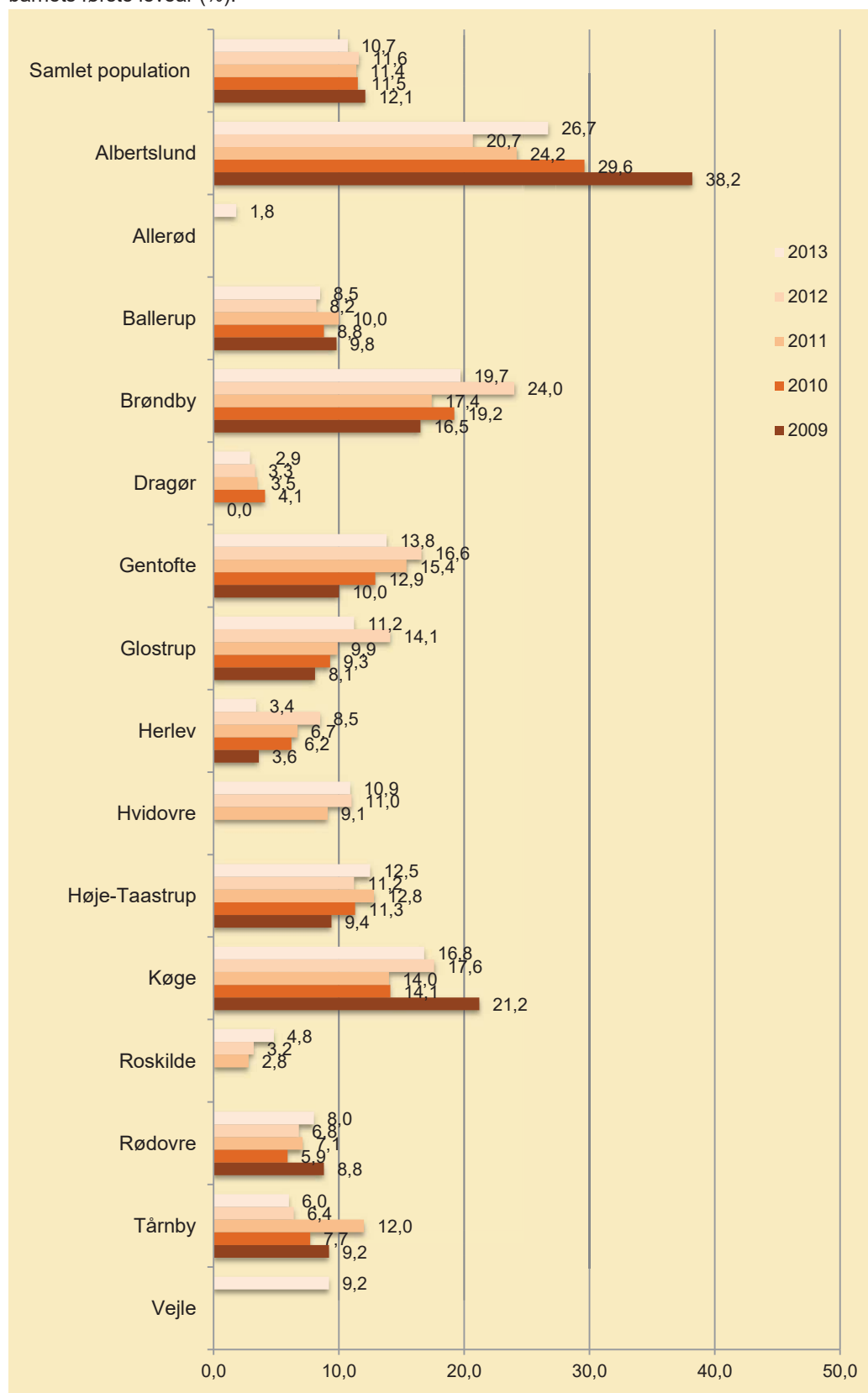
## 6.6 Forældre/barn kontakt & samspil

Sundhedsplejerskens bemærkninger til forældre/barn kontakt og samspil dækker blandt andet over bemærkninger til barnets pasning og pleje, tilpasning af aktiviteter efter barnets behov, forståelse og handling på henholdsvis barnets og søskendes signaler og følelsesmæssige behov. Nedenstående figur (47) viser forekomsten af bemærkninger til forældre/barn kontakt og samspil ved mindst et af de fire besøg i barnets første leveår for hele populationen og opdelt på kommune.

**Figur 47.** Forekomst af mindst en bemærkninger til forældre/barn kontakt og samspil i første leveår.



**Figur 48.** Udvikling i forekomst af mindst en bemærkning til forældre/barn kontakt og samspil i barnets første leveår (%).



### 6.7 Fuld amning ved fire måneder

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn ammes fuldt de første seks måneder af deres liv men nævner også, at fuld amning i fire måneder er en god løsning (Nilsson et al., 2009).

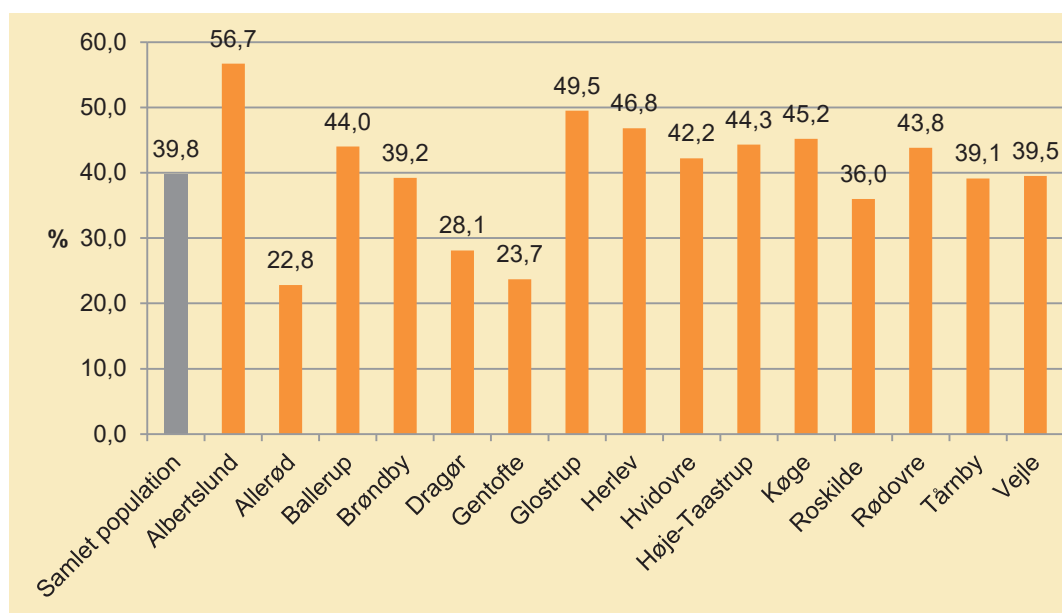
Sundhedsstyrelsens definerer fuld amning som, at barnet ernæres udelukkende af modermælk efter udskrivelsen fra hospitalet og til barnet er mindst fire måneder.

Nedenstående figur viser forekomsten af børn, der ikke er ammet i henhold til anbefalingen om fuld amning i fire måneder (17 uger). Vi har valgt at præsentere andelen, der ikke ammes fuldt ved fire måneder, da det fra fire måneder kan være hensigtsmæssigt at supplere med skemad frem for flaske, hvis barnet får brug for et supplement til modermælken (Nilsson et al., 2009).

Blandt børnene i årsberetningen, blev 39,8 % ikke ammet fuldt i mindst fire måneder, hvilket vil sige, at 60,2 % af børnene blev ammet fuldt i fire måneder. Den største andel af børn der ikke er ammet fuldt i fire måneder ses i Albertslund, hvor 56,7 % ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder. I den modsatte ende afviger Allerød og Gentofte, betydeligt fra gennemsnittet, idet kun 22,8 % i Allerød og 23,7 % i Gentofte ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder.

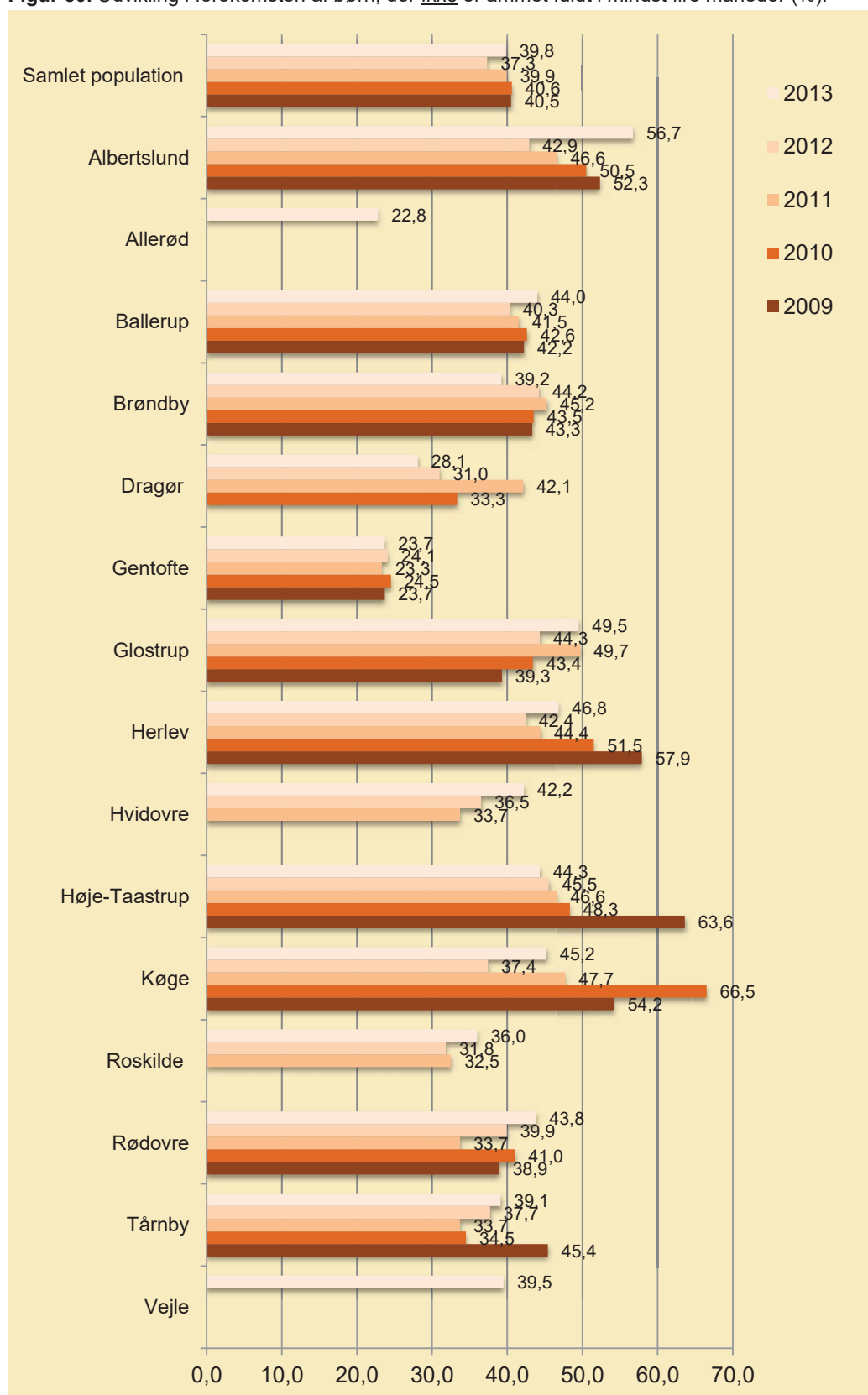
For den samlede population har andelen af børn, der ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder, ligget forholdsvis stabil de seneste fem år på ca. 40 % (se figur 50).

**Figur 49.** Forekomst af børn, der *ikke* er ammet fuldt i mindst fire måneder.





**Figur 50.** Udvikling i forekomsten af børn, der ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder (%).

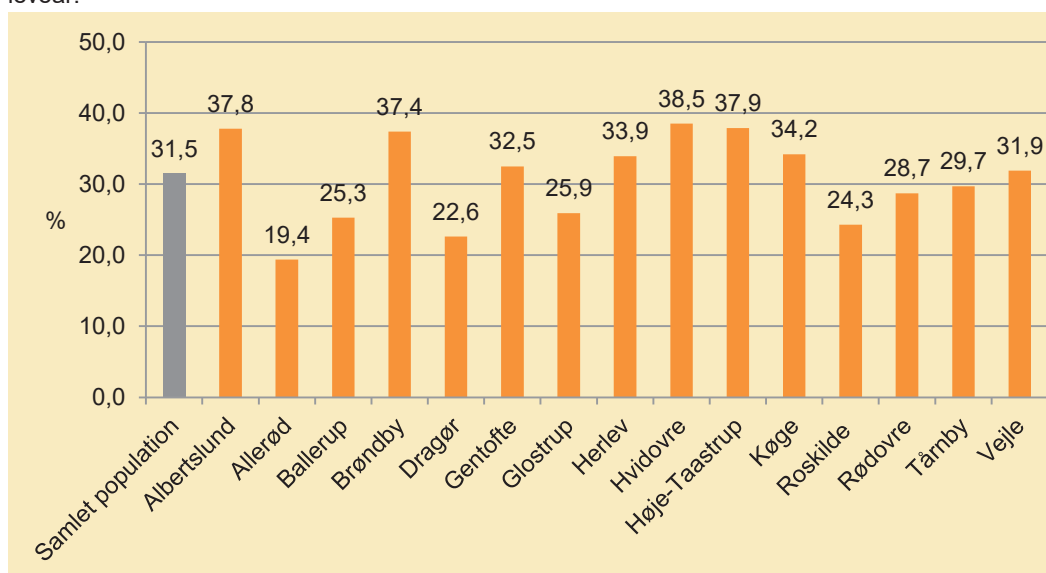


## 6.8 Mors psykiske tilstand

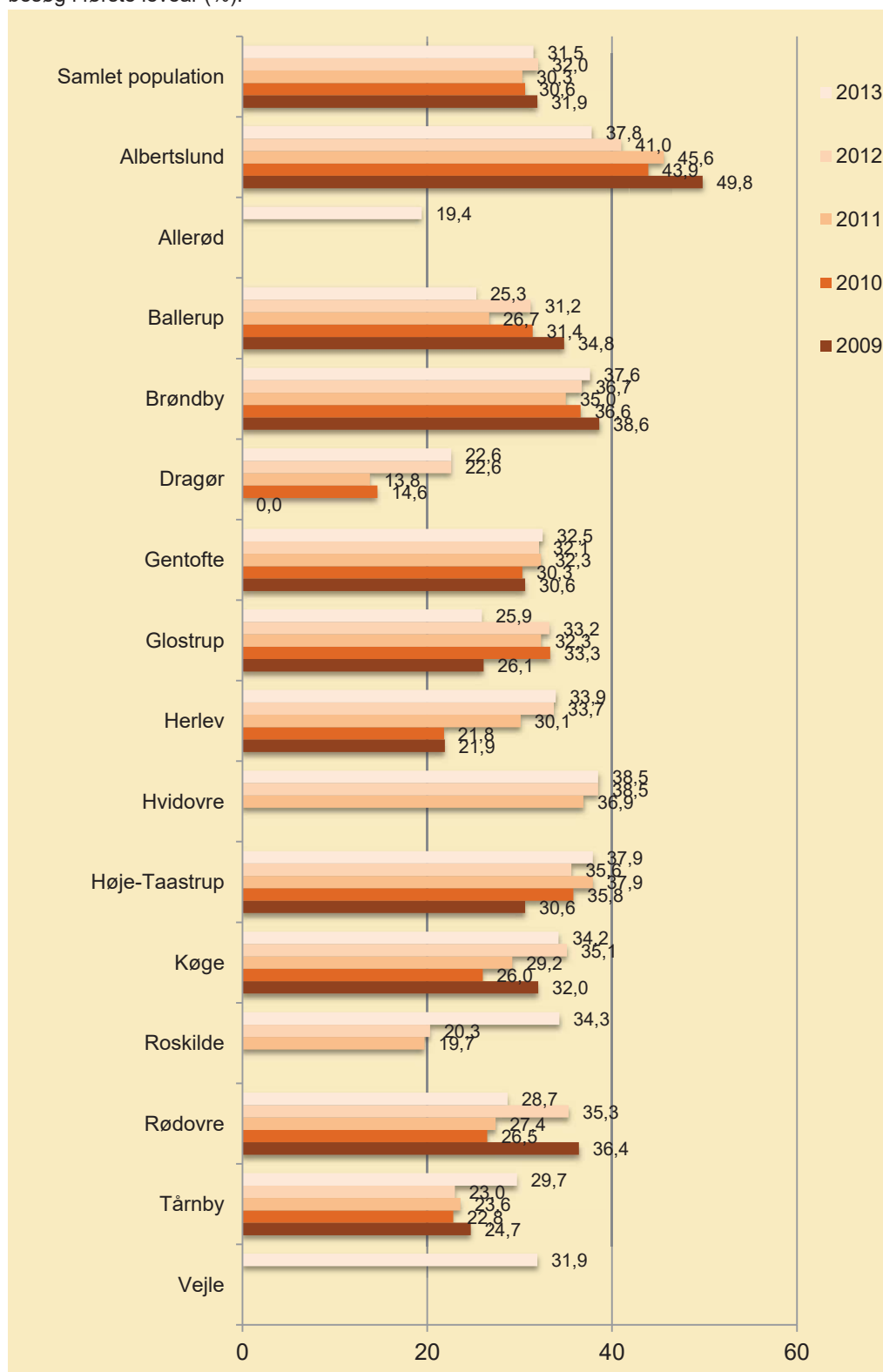
Sundhedsplejersken vurderer mors psykiske tilstand ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Det registreres i journalen, om moren er ked af det/trist, angst, har søvnproblemer, eller er 'problemløs', hvilket vil sige, at moren negligerer åbenlyse problemer eller andet.

Figur 51 viser forekomsten af bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår. Af figuren ses, at der i næsten en tredjedel af journalerne er rapporteret bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst et besøg. Forekomsten varierer mellem 19,4 % og 38,5 % kommunerne imellem. Figur 52 på næste side viser, at forekomsten i den samlede population har svinget mellem 30,3 % og 32,0 % de seneste fire år uden nogen klar stigende eller faldende tendens.

**Figur 51.** Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i første leveår.



**Figur 52.** Udviklingen i forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i første leveår (%).

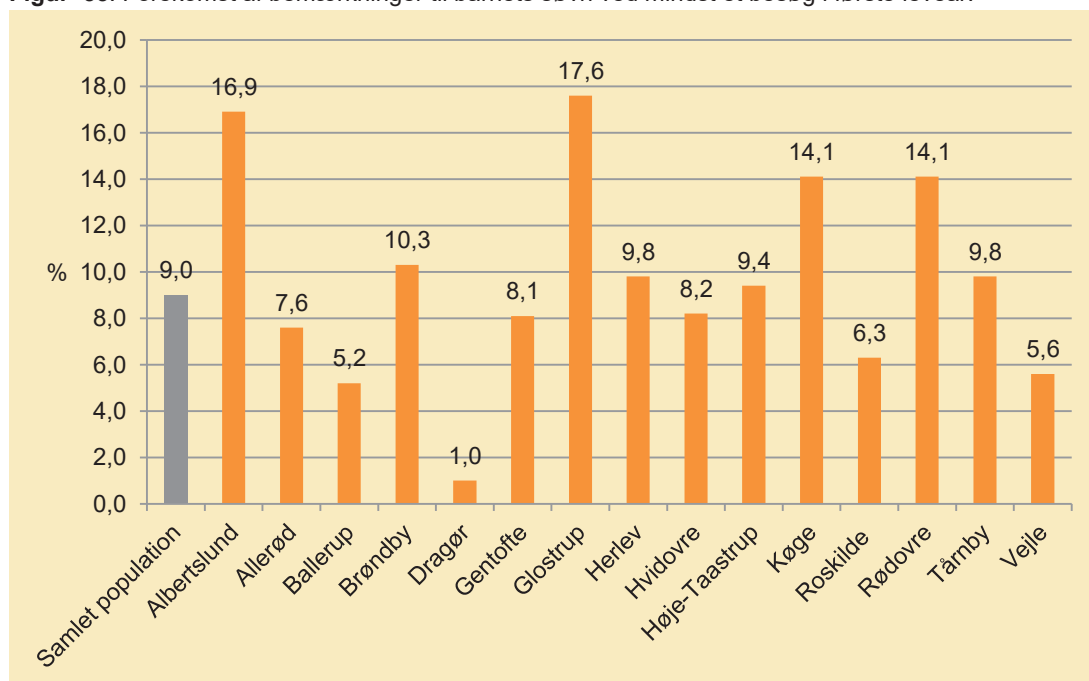


## 6.9 Søvn

Sundhedsplejersken vurderer barnets døgnrytme og søvnmønster ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Det registreres i journalen om barnets døgnrytme og søvnmønster lever op til den alderstilsvarende udvikling og barnets behov.

Figur 53 viser forekomsten af bemærkning til barnets søvn ved mindst et besøg i barnets første leveår. Af figuren ses, at 9,0 % af børnene, i den samlede population, har bemærkninger til søvnen ved mindst et besøg. Den højeste forekomst ses i Glostrup og Albertslund Kommune, hvor henholdsvis 17,6 % og 16,9 % har bemærkninger. Den laveste forekomst ses i Dragør Kommune, hvor kun 1,0 % har bemærkninger hertil.

**Figur 53.** Forekomst af bemærkninger til barnets søvn ved mindst et besøg i første leveår.



## Referencer

- Almind G, Faxholm L, Holstein BE, Lyster J, Pedersen J, Rasmussen IB, Teilman H. Som man sår? Småbørnsprofylakse i Danmark. København: Dansk Sygeplejeråd, 1985.
- Brink A-L, Lawson-Smith L. Passiv rygning gør børn syge. København: Kræftens Bekæmpelse 2008.
- Brixval CS, Svendsen M, Holstein BE. Motoriske vanskeligheder - Sundhedsplejerskernes undersøgelser af motorik ved indskolingen. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2012.
- Christensen AM, Brixval CS, Svendsen M, Laursen B, Holstein BE. Amning i 14 kommuner. Hvilke faktorer har betydning for fuld amning, når barnet er fire måneder? København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2011.
- Clemmensen IH, Bentzen J, Brink AL, Goldstein H, Juel K, Sonne T. Hvidbog om passiv rygning. København, udgivet af 16 sundhedsorganisationer, 2005.
- Douglas P, Hill P. Managing infants who cry excessively in the first few months of life. *BMJ* 2011; 343: d7772.
- Gaynes BN, Gavin N, Melzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Summary, Evidence Report /Technology Assessment No. 119. Rockvill, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. February 2005.
- Grace SL, Evindar A, Stewart DE.: The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health*, 2003; 6: 263-74.
- Guelinckx I, Devlieger R, Bogaerts A, Pauwels S, Vansant G. The effect of pre-pregnancy BMI on intention, initiation and duration of breastfeeding. *Public Health Nutrition* 2011; 15: 840-8.
- Guldager E. Sundhedsplejen på vægten. København: Munksgaard, 1992.
- Gullestrup L, Terp IM. Fødselsdepression. København: Psykiatrifondens Forlag, 2008
- Hansen AM, Udsen M. Sundhedsplejen og småbørnsfamilierne – en brugerundersøgelse. København: Munksgaard, 1994.
- Haywood KM, Getchell N. Life span motor development, 6<sup>th</sup> edition. Champaign: Human Kinetics 2014.
- Holle B. Normale og retarderede børns motoriske udvikling - praktisk vejledning med udviklingsskema og øvelseseksempler. København: Munksgaard 1996.
- Hunsberger M, Lanfer A, Reeske A, Veidebaum T, Russo P, Hadjigeorgiou C, Moreno LA, Molnar D, De Heneauw S, Lissner L, Eiben G. Infant feeding practices and prevalence of obesity in eight European countries - the IDEFICS study. *Public Health Nutrition* 2012; 16: 219-27.
- Johansen A, Holstein BE. Gråd, uro og spiseproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed 2014.
- Johansen A, Jespersen LN, Davidsen M, Michelsen SI, Morgen CS, Helweg-Larsen K, Andersen A-MN, Mortensen L, Juhl M, Due P.

- Danske børns sundhed og sygelighed.  
København: Statens Institut for Folkesundhed 2009.
- Jones LL, Hashim A, McKeever T, Cook DG, Britton J, Leonardi-Bee J. Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. *Respir Res* 2011; 12: 5.
- Jones LL, Hassanien A, Cook DG, Britton J, Leonardi-Bee J. Parental smoking and the risk of middle ear disease in children: a systematic review and meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012; 166: 18-27.
- Kurth E, Spichiger E, Ciganocco E, Kennedy HP, Glanzmann R, Schmid M, Staehelin K, Schilder C, Stutz EZ. Predictors of crying problems in the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010; 39: 250-62.
- Leahy-Warren P, Mulcahy H, Phelan A, Corcoran P. Factors influencing initiation and duration of breast feeding in Ireland. *Midwifery* 2010; 30: 345-52.
- Lee CW, Hwang SM, Lee YS, Kim M-A, Seo K. Prevalence of orofacial clefts in Korean live births. *Obstet Gynecol Sci* 2015; 58: 196-202.
- Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B. Early feeding problems in a normal population. *Int J Eating Disorder* 1991; 10: 395-405.
- Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011; 13: 89-100.
- Mylin KL. Behovssundhedspleje: Epidemiologisk studie af forekomst og prædiktorer blandt 15.418 spædbørnsfamilier. Kandidatspeciale ved den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet 2014
- Nilsson I, Schack-Nielsen L, Jerris TV. Amning: en håndbog for sundhedspersonale. København: Sundhedsstyrelsen 2009.
- Nord-Larsen M, Kjølner M. Forbrugerundersøgelse af den primære sundhedstjeneste III. Vurdering af hjemmesygepleje og sundhedspleje. København: Socialforskningsinstituttet, 1984.
- Payne VG, Isaacs LD. *Human Motor Development: A Lifespan Approach* (8 ed.). New York, N.Y.: McGraw-Hill, 2011.
- Pedersen O. At ville det, man alligevel skal. *Weekendavisen*, 13. maj 2015.
- Pinheiro KA, Pinheiro RT, Silva RA, Coelho FM, Quevedo Lde A, Godoy RV, et al. Chronicity and severity of maternal postpartum depression and infant sleep disorders: a population-based cohort study in southern Brazil. *Infant Behav Dev* 2011; 34: 371-3.
- 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.
- Sadeh A, Flint-Ofir E, Tirosh T, Tikotzky L. Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *J Fam Psychol* 2007; 21: 74-87.
- Sadeh A, Mindell JA, Luedtke K, Wiegand B. Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *J Sleep Res* 2009; 18: 60-73.

- Sadeh A, Sivan Y. Clinical practice: sleep problems during infancy. *Eur J Pediatr* 2009; 168: 1159-1164.
- Santorelli G, Petherick E, Waiblinger D, Cabieses B, Fairley L. Ethnic differences in the initiation and duration of breast feeding - results from the Born in Bradford Birth Cohort Study. *Pediatr Perinatal Epidemiol* 2013; 27: 388-92.
- Sheridan A, Murray L, Cooper PJ, Evangeli M, Byram V, Halligan SL. A longitudinal study of child sleep in high and low risk families: relationship to early maternal settling strategies and child psychological functioning. *Sleep Med* 2013;14:266-73.
- Sigmundsson H, Haga M. Udvikling af færdigheder hos børn. Virum: Dansk Psykologisk Forlag, 2007.
- Skajaa E. Sundhedsprofil af småbørn og småbørnsfamilier i Århus. En deskriptiv undersøgelse af 3383 børn i 8-måneders alderen 1992. København: Dansk Institut for Sundheds- og Sygeplejeforskning 1994.
- Skovgaard AM. Spiseproblemer og spiseforstyrrelser hos små børn. *Månedsskrift for praktisk lægegerning* 2012; 90: 1013-21.
- Skovgaard AM. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Dan Med Bull* 2010; 57: B4193.
- Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
- Svendsen M, Brixval CS, Holstein BE. Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand – Temarapport fra Databasen Børns Sundhed om børn født i 2010. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2012.
- Svendsen M, Brixval CS, Holstein BE. Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2013.
- Tavasoli A, Aliabadi F, Eftekhari R. Motor Developmental Status of Moderately Low Birth Weight Preterm Infants. *Iran J Pediatr* 2014; 24: 581-586.
- Treyster Z, Gitterman B. Second hand smoke exposure in children: environmental factors, physiological effects, and interventions within pediatrics. *Rev Environ Health* 2011; 26: 187-195.
- WHO. Fact sheet N° 311 Obesity and overweight Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> July 2013.
- WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr Suppl* 2006; 450: 76-85.
- Wolke D, Schmid G, Schreier 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.
- Wolke D, Rizzo P, Woods S. Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatr* 2002; 109: 1054-60.

### Publikationer fra Databasen Børns Sundhed siden 2011

Link til publikationer foreligger på hjemmesiden [si-folkesundhed.dk/Links/Databasen](http://si-folkesundhed.dk/Links/Databasen)

### Temarapporter

2014

#### **Gråd, uro og spiseproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker.**

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

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

Ellegaard Jørgensen S, Svendsen M, Holstein BE. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

2013

#### **Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen.**

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

#### **Søvnproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker.**

Rayce SB, Ellegaard Jørgensen S, Holstein BE. Databasen Børns Sundhed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

2012

#### **Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand.**

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

#### **Motoriske vanskeligheder - Sundhedsplejerskernes undersøgelser af motorik ved indskoling.**

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

### Årsberetninger

2014

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

Databasen Børns Sundhed, Johansen A, Glenstrup Lauemøller S. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

#### **Årsberetning om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2012/13**

Databasen Børns Sundhed, 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. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

#### **Årsberetning om børn født i 2011**

Jørgensen SE, Rayce SB, Holstein BE. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

2012

#### **Årsberetning om børn født i 2010 - databasen børns sundhed**



Brixval CS, Svendsen M, Holstein BE.  
Databasen Børns Sundhed og 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

Busck-Rasmussen M, Fredsted Villadsen S,  
Nyboe Norsker F, Mortensen L, Nybo  
Andersen AM Anne-Marie Nybo Andersen.  
**Breastfeeding Practices in Relation to  
Country of Origin Among Women Living in  
Denmark: A Population-Based Study.**  
Matern Child Health J DOI 10.1007/s10995-  
014-1486-z XXXXXX

##### 2013

Schmidt Morgen C, Rokholm B, Sjöberg  
Brixval C, Schou Andersen C, Geisler  
Andersen L, Rasmussen M, Nybo Andersen  
AM, Due P, Sørensen TI. **Trends in  
prevalence of overweight and obesity in  
Danish infants, children and adolescents –  
are we still on a plateau?** PLoS ONE 2013;  
8: e69860

##### 2011

Ammitzbøll J. **Opdag psykiske problemer i  
barnets første leveår**  
Sygeplejersken 2011; 14: 58-59

Ammitzbøll J. **Sundhedsplejerskeordninger  
deltager i udvikling af en screening for  
psykiske helbredsproblemer i 9-10 måneder  
alderen.** Sundhedsplejersken 2011; 5: 38-39.

#### Afhandlinger og specialer

##### 2013

Mylin KL. **Behovssundhedspleje:  
Epidemiologisk studie af forekomst og  
prædiktorer blandt 15.418  
spædbørnsfamilier.** Kandidatspeciale ved  
den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse, Det  
Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk  
Universitet 2013.

# Bilag 1: Variabelbeskrivelse til temarapport

Variable	Kilde	Kategorier, der anvendes i temarapporten
Antal bemærkninger pr. besøg	Data er indsamlet af sundhedsplejersken ved A-, B-, C- og D- besøget.	1) ingen bemærkning, 2) en bemærkning, 3) to bemærkninger og 4) tre eller flere bemærkninger.
Antal bemærkninger i hele første leveår	Data er indsamlet af sundhedsplejersken ved A-, B-, C- og D- besøget.	1) ingen bemærkning, 2) en bemærkning, 3) to bemærkninger og 4) tre eller flere bemærkninger.
Antal henvisninger pr. besøg	Oplysninger om hvorvidt mor eller barn har fået henvisninger til andre steder såsom psykolog, registreres af sundhedsplejersken ved A-, B-, C- og D- besøget.	1) ingen henvisninger 2) en eller flere henvisninger.
Antal henvisninger i hele første leveår	Registreres af sundhedsplejersken ved A-, B-, C- og D- besøget.	1) ingen henvisninger 2) en eller flere henvisninger.
<b>Baggrundsvariable</b>		
Kommune	Oplysning om hvilken kommune barnet er fra, baseres på hvilken kommune, der har sendt journaldata om barnet.	Variablen er opdelt i de 15 deltagende kommuner
Barnets køn	Barnets køn udledes fra barnets CPR-nummer.	1) pige og 2) dreng.
Barnets alder ved A-besøget	Barnets alder ved besøget er registreret af sundhedsplejersken i dage og opdelt i uger på baggrund af besøgstidspunktet.	1) 1. leveuge (0-6 dage) 2), 2. leveuge (7-13 dage) 3) 3. leveuge eller ældre (14 dage eller ældre).
Barnets alder ved B-besøget	Samme som ovenfor	1) 9. leveuge eller yngre (62 dage eller yngre) 2) 10.-11. leveuge (63-76 dage) 3) 12. leveuge eller ældre (77 dage eller ældre).
Barnets alder ved C-besøget	Samme som ovenfor	1) 18. leveuge eller yngre (125 dage eller yngre) 2) 19.-23. leveuge (126-160 dage) 3) 24. leveuge eller ældre (161 dage eller ældre).
Barnets alder ved D-besøget	Samme som ovenfor	1) 35. leveuge eller yngre (244 dage eller yngre) 2) 36.-40. leveuge (245-279 dage) 3) 41. leveuge eller ældre (280 dage eller ældre).

Faktorer relateret til fødslen		
Mors paritet (tidligere børn)	Information om mors paritet baseres på stamdata, hvor sundhedsplejersken registrerer antallet af.	1) førstegangsfødende 2) flergangsfødende.
Fødselsvægt	Fødselsvægt er indhentet fra fødselsanmeldelsen.	1) <2500 g., 2) 2500-3999 g. og 3) >4000 g.
Født før uge 37	Barnets gestationsalder er indhentet fra fødselsanmeldelsen fra fødestedet.	1) født før uge 37 og 2) født uge 37 eller efter.
Flerfødt	Information om flerfødsel er baseret på stamdata, hvor sundhedsplejersken registrerer, hvis barnet er flerfødt.	1) flerfødt og 2) ikke flerfødt.
Apgarscore under 9	Barnets apgarscore efter fem minutter indhentes fra fødselsanmeldelsen fra fødestedet.	1) < 9 og 2) 9 eller 10.
Komplikationer ved fødslen	Oplysninger om hvorvidt der har været komplikationer ved fødslen, stammer fra A-besøget.	1) ja og 2) nej.
Komplikationer i graviditeten	Oplysninger om hvorvidt der har været komplikationer i graviditeten, stammer fra A-besøget.	1) ja og 2) nej.
Handicap og misdannelser hos barnet	Oplysninger om hvorvidt der er registreret handicap eller misdannelser hos barnet stammer fra stamdata.	1) ja og 2) nej.
Sociodemografiske faktorer		
Familietype	Familietype er baseret på oplysninger fra stamdata om, hvem barnet bor med.	1) bor med begge forældre 2) bor ikke med begge forældre.
Mors alder	Mors alder ved fødslen er defineret ud fra barnets og mors CPR-nummer, der er registreret i stamdata.	1) under eller 25 år og 2) > 25 år.
Fars alder	Fars alder ved fødslen er defineret ud fra barnets og fars CPR-nummer, der er registreret i stamdata.	1) under eller 25 år og 2) > 25 år.
Mors uddannelse	Oplysninger om mors uddannelse er indhentet fra stamdata.	1) mere end 10. klasse 2) højst 10. klasse.
Fars uddannelse	Oplysninger om fars uddannelse er indhentet fra stamdata.	1) mere end 10. klasse 2) højst 10. klasse.
Mors erhvervsmæssige tilknytning	Mors erhvervsmæssige tilknytning er baseret på oplysninger fra stamdata om, hvorvidt mor er i arbejde eller ej.	1) i erhverv og 2) ikke i erhverv.
Fars erhvervsmæssige tilknytning	Fars erhvervsmæssige tilknytning er baseret på oplysninger fra stamdata om, hvorvidt far er i arbejde eller ej.	1) i erhverv og 2) ikke i erhverv.
Migration mor	Mors indvandrerstatus beskrives på baggrund af informationer fra stamdata.	1) dansk, 2) 1. generations indvandrer og 3) 2. eller 3. generations indvandrer.
Migration far	Fars indvandrerstatus beskrives på baggrund af informationer fra stamdata.	1) dansk, 2) 1. generations indvandrer og 3) 2. eller 3. generations indvandrer.

<b>Samtidige faktorer relateret til forældre og forhold i hjemmet</b>		
Sygdom/handicap mor	Oplysninger om mors sygdomsstatus er indhentet fra stamdata.	1) ja og 2) nej.
Sygdom/handicap far	Oplysninger om fars sygdomsstatus er indhentet fra stamdata.	1) ja og 2) nej.
Barn udsat for passiv rygning	Om barnet bliver udsat for passiv rygning stammer fra stamdata, hvor sundhedsplejersken noterer om barnet bor sammen med personer, der ryger.	1) bor med ryger og 2) bor ikke med ryger.
Allergi i familien	Oplysninger om hvorvidt der er allergi i familien er indhentet fra stamdata.	1) ja og 2) nej.
Far til stede	Oplysninger om hvorvidt far er til stede ved henholdsvis A-, B-, C- og D-besøget, er indhentet fra stamdata og er samlet til én variabel, der beskriver antallet af gange faren har været til stede ved besøgene i alt.	1) far ikke til stede ved nogle af besøgene 2) far til stede ved ét besøg 3) far til stede ved 2 besøg 4) far til stede ved 3 eller 4.

Mulige bemærkninger		
Bemærkninger til forældre/barn kontakt 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.	1) ingen besøg med bemærkning 2) mindst ét besøg med bemærkning.
Bemærkninger til mors psykiske tilstand første leveår	Sundhedsplejersken vurderer mors psykiske tilstand ved A-, B-, C- og D-besøget. Det registreres i journalen, om moren er ked af det/trist, angst, søvnproblemer, 'problemløs' (det vil sige, at moren negligerer åbenlyse problemer) eller andet.	1) ingen besøg med bemærkning 2) mindst ét besøg med bemærkning.
Bemærkninger til søvn ved mindst et af de fire besøg	Samlet antal af bemærkninger til barnets døgnrytme og søvnmønster ved de fire besøg i barnets første leveår.	1) ingen besøg med bemærkning 2) mindst ét besøg med 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.	1) mindst ét besøg med bemærkning 2) ingen bemærkning.
Bemærkning til problemer med spising ved mindst et af de fire besøg	Samlet antal af bemærkninger til problemer med spising ved alle besøg i første leveår Amning indgår i denne variabel.	1) mindst ét besøg med bemærkning 2) ingen bemærkning.
Bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved mindst et besøg	Samlet antal af bemærkninger til barnets signaler ved alle besøg i første leveår.	1) mindst ét besøg med bemærkning 2) ingen bemærkning.
Bemærkninger til barnets motorik ved mindst et besøg	Sundhedsplejersken vurderer barnets motoriske evne ved B-, C- og D-besøget. Variablen beskriver det samlede antal af bemærkninger til barnets motorik.	1) mindst ét besøg med bemærkning 2) ingen bemærkning.
Bemærkninger til barnets sprogudvikling ved mindst et besøg	Sundhedsplejersken vurderer barnets sprogudvikling ved B-, C- og D-besøget. Samlet antal af bemærkninger til barnets sprogudvikling ved de tre besøg.	1) mindst ét besøg med bemærkning 2) ingen bemærkning.
Bemærkninger til barnets øje/hånd koordination ved mindst et besøg	Sundhedsplejersken vurderer barnets øje/hånd koordination ved C- og D-besøget. Samlet antal af bemærkninger til barnets øje/hånd koordination ved de to besøg.	1) mindst ét besøg med bemærkning 2) ingen bemærkning.
Bemærkninger til om barnet er undervægtigt	Sundhedsplejersken måler og vejer barnet ved alle fire besøg. På baggrund heraf vurderer hun om barnet ligger under 3 % percentilen.	1) ingen bemærkning 2) bemærkning.
Bemærkninger til mors fysiske tilstand	Data er indsamlet af sundhedsplejersken ved A-besøget, hvor hun noterer hvis der er bemærkninger til mors fysiske tilstand.	1) ingen bemærkning 2) bemærkning.
Bemærkninger til barnets hoved	Data er indsamlet af sundhedsplejersken ved A-, B, C- og D-besøget.	1) ingen bemærkning 2) bemærkning.
Bemærkninger til barnets hud og navle	Data er indsamlet af sundhedsplejersken ved A-, B, C- og D-besøget.	1) ingen bemærkning 2) bemærkning.
Bemærkninger til barnets syn	Data er indsamlet af sundhedsplejersken ved A-, B, C- og D-besøget.	1) ingen bemærkning 2) bemærkning.
Bemærkninger til misdannelser senere end ved fødslen.	Data er indsamlet af sundhedsplejersken ved A- og B -besøget.	1) ingen bemærkning 2) bemærkning.
Bemærkninger til sundhedsplejerskens kontakt med barnet.	Samlet antal bemærkninger til sundhedsplejerskens kontakt med barnet ved B-, C- og D-besøget.	1) ingen besøg med bemærkning 2) mindst ét besøg med bemærkning.

