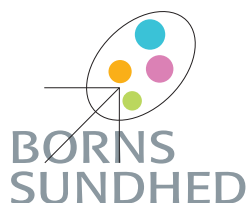


Sundhedsprofil for børn og unge

i Region Hovedstaden og kommuner 2016/2017



Udarbejdet for Region Hovedstaden af:
Janni Ammitzbøll
Sofie Weber Pant
Bjørn E. Holstein
Trine Pagh Pedersen
Pernille Due



Sundhedsprofil for børn og unge

i Region Hovedstaden og kommuner 2016/2017

Udarbejdet for Region Hovedstaden af:

Janni Ammitzbøll

Sofie Weber Pant

Bjørn E. Holstein

Trine Pagh Pedersen

Pernille Due

Sundhedsprofil for børn og unge i Region Hovedstaden og kommuner 2016/2017

© Statens Institut for Folkesundhed 2018.

Statens Institut for Folkesundhed

Stu­diestræde 6

1455 København K

www.sdu.dk/da/sif

Udarbejdet for Region Hovedstaden af:

Janni Ammitzbøll, Sofie Weber Pant, Bjørn E. Holstein, Trine Pagh Pedersen & Pernille Due

Forsidegrafik: Colourbox

Forsideopsætning: Stig Krøger Andersen

Udarbejdning af kort: Thora Majlund Kjærulff

Publikationen refereres således:

Janni Ammitzbøll, Sofie Weber Pant, Bjørn E. Holstein, Trine Pagh Pedersen & Pernille Due

Sundhedsprofil for børn og unge i Region Hovedstaden og kommuner 2016/2017. København:

Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2018.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse. Publikationen kan downloades fra internetadressen www.sdu.dk/da/sif

Trykt ISBN: 978-87-7899-434-9

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-433-2

Forord

Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden ønsker vi at være med til at skabe et godt liv for alle børn og unge. Børn og unges sundhed er vigtig for det enkelte barn/den unge, fordi sundhed er med til at skabe muligheder for et godt liv. Sundhedsproblemer hos børn og unge kan trække lange spor ind i voksenlivet, så derfor skal vi gøre, hvad vi kan for at fremme sundheden for alle børn og unge.

Vi vil gerne styrke vores indsats på forebyggelsesområdet i Region Hovedstaden ved at lave en samlet plan. Gode data og ny viden om børn og unges sundhed er en forudsætning for at kunne stille skarpt på, hvilke udfordringer vi især skal sætte ind over for i kommuner og region. Derfor er det en glæde at kunne præsentere denne sundhedsprofil for børn og unge, som for første gang handler om sundhed både for de helt små børn, for børn i deres første skoleår og for unge, når de forlader skolen.

Rapporten viser, at de fleste børn er sunde og raske. Men der er stadig et betydeligt mindretal af børn og unge, der har problemer med helbred og sundhed, for eksempel overvægt. I de første leveår ser vi, at sundhedsplejersken hos mange børn observerer forhold omkring udvikling og trivsel, som kræver opmærksomhed.

En væsentlig konklusion fra rapporten er også, at der er en betydelig social ulighed i sundhed både for de helt små børn, de større børn og de unge. Den sociale ulighed i sundhed, som er så velbeskrevet i vores sundhedsprofiler for voksne i Region Hovedstaden, er således allerede grundlagt tidligt i livet.

Rapporten udspringer af et mangeårigt tæt samarbejde mellem Statens Institut for Folkesundhed, Region Hovedstaden og Databasen Børns Sundhed, som de fleste af kommunerne i Region Hovedstaden nu indgår i.

Jeg håber, at rapportens resultater kan hjælpe os med at give flere børn og unge i vores region en sund start på livet – for deres trivsels skyld og som fundament for et godt voksenliv.

Sophie Hæstorp Andersen
Regionsrådsformand



Forord

Databasen Børns Sundhed

Denne rapport omhandler sundheden blandt børn og unge i Region Hovedstaden og bygger på data for tre aldersgrupper i 2016/2017. Sundhedsproblemer hos børn og unge har store omkostninger for barn og familie og kan trække spor ind i voksenlivet. Det er derfor en vigtig samfundsmæssig opgave at sikre sundheden og en sund udvikling hos børn og unge. For at kunne tilrettelægge tidlige forebyggende og sundhedsfremmende indsatser er det afgørende at have gode data om børn og unges sundhed som hjælp til at dimensionere og prioritere de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser.

Denne sundhedsprofil er en systematisk undersøgelse af børn og unges sundhed i Region Hovedstaden og bygger på data fra Databasen Børn Sundhed, der er et samarbejde mellem Region Hovedstaden, sundhedsplejen i mange af regionens kommuner og Statens Institut for Folkesundhed. Sundhedsplejerskerne ser praktisk talt alle børn og familier - og så godt som alle børn og unge i den skolepligtige alder. Som sundhedspersonale skal sundhedsplejersken føre journal. Journalerne er detaljerede og danner basis for en omfattende beskrivelse af børnene og de unges sundhed. Sundhedsplejerskerne i de fleste af Region Hovedstadens kommuner samler deres journaloplysninger i Databasen Børns Sundhed med det formål at få mere viden om børn og unges sundhed og styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

Denne sundhedsprofil giver en detaljeret oversigt over ligheder og forskelle i sundheden blandt børn og unge i Region Hovedstadens kommuner ved tre forskellige aldersgrupper. De fleste børn og unge er sunde og trives som de skal, men der er et betydeligt mindretal af børn og unge, som trives dårligt, ikke udvikler sig som forventet, og som har en u hensigtsmæssig sundhedsadfærd. Der er en gennemgribende social ulighed med ophobning af sundhedsproblemer blandt børn og unge, hvis forældre har kort uddannelse, mangler arbejde, ikke bor sammen, eller hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere.

Sundhedsprofilen er udarbejdet af post doc Janni Ammitzbøll, videnskabelig assistent Sofie Weber Pant, professor Bjørn Holstein, projektleder Trine Pagh Pedersen & professor Pernille Due. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen.

Vi retter en varm tak til de mange sundhedsplejersker, som med deres omhyggelige journalføring har givet mulighed for denne sundhedsprofil. Ligeledes en varm tak til Region Hovedstaden for mange års samarbejde og støtte til Databasen Børns Sundhed. Analyserne i sundhedsprofilen er udført på Statens Institut for Folkesundhed, som har et nært samarbejde med Databasen Børns Sundhed.

Lene Møller
Ledende Sundhedsplejerske, MSP
Formand for Databasen Børn Sundhed

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



Resumé

Det er en vigtig samfundsmæssig opgave at sikre sundheden og en sund udvikling hos børn og unge. Sundhedsproblemer hos børn og unge kan trække lange spor ind i voksenlivet, og derfor er en tidlig sundhedsfremmende og forebyggende indsats en effektiv investering i befolkningens sundhed.

I Region Hovedstaden og i kommunerne i Hovedstadsregionen er der behov for løbende at kunne dimensionere og prioritere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats og styrke regionen i dens rådgivning. Det er derfor vigtigt at kende andelen af børn og unge med helbredsproblemer og at vide, hvor og hvordan sundhedstilstanden hos børn og unge adskiller sig i Region Hovedstadens kommuner.

Formålet med denne sundhedsprofil er at give en systematisk oversigt over børn og unges sundhed, trivsel og udvikling ved tre alderstrin i Region Hovedstadens kommuner.

Rapporten er baseret på data indhentet fra sundhedsplejerskers journaldata og registerdata om 12.719 nul- til etårige født i 2016 fra 27 af kommunerne i Region Hovedstaden, 5.308 børn undersøgt af sundhedsplejersker ved indskolingen i skoleåret 2016/2017 fra 12 af kommunerne i Region Hovedstaden og 3.296 unge undersøgt ved udskolingen i skoleåret 2016/2017 fra 11 af kommunerne i Region Hovedstaden.

Det overordnede fund er, at de fleste børn og unge er sunde, trives godt og udvikler sig, som de skal. Men der er betydelige mindretal af børn og unge, som trives dårligt, ikke udvikler sig, som de skal, eller som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd.

Blandt nul- til etårige børn er der især mange, som ikke ammes så længe, som Sundhedsstyrelsen anbefaler, og mange, der har bemærkninger til deres psykosociale udvikling og funktion. Derudover er der mange mødre, der har en efterfødselsreaktion, som kan påvirke barnets udvikling.

Blandt børn, der er indskolingsundersøgt, er der et betydeligt mindretal, som er overvægtige, og betydelige mindretal med problemer med sprog, spisning og trivsel.

Blandt unge, der er udskolingsundersøgt, er der mange, der er overvægtige, og mange, der har problemer med trivsel, mental sundhed, søvn, træthed og sundhedsadfærd.

I alle tre aldersgrupper er der en gennemgribende social ulighed med ophobning af sundhedsproblemer blandt børn, hvis forældre har en kort uddannelse, mangler arbejde, ikke bor sammen eller er indvandrere og/eller efterkommere.

Sundhedsprofilen kan bidrage til gensidig læring i kommunerne, til bedre prioritering og dimensionering af den sundhedsfremmende indsats og til kvalitetsudvikling af data og sundhedsfremmende indsatser. Sundhedsplejerskernes journaler rummer vigtige objektive data, indsamlet af professionelle med dyb indsigt i børn og unges sundhed og helbred. Disse data er særdeles velegnede til udarbejdelse af en sundhedsprofil for børn og unge. Dette taler for, at man bør fortsætte bestræbelserne for at få flere kommuner til at deltage i samarbejdet Databasen Børns Sundhed.

Indhold

1	Indledning og formål	1
2	Data og metode	3
2.1	Sundhedsplejerskernes virke og Databasen Børns Sundhed	3
2.2	Datasikkerhed	4
2.3	Studiepopulationen	4
2.4	Datagrundlag	5
2.5	Variable	6
2.6	Præsentation af resultater	7
2.7	Beskrivelse af studiepopulationen	8
3	Nul- til etårige børn født i 2016	11
3.1	Forhold vedrørende fødslen	11
	For tidlig fødsel og fødselsvægt	11
3.2	Udvikling og trivsel	15
	Amning	15
	Overvægt	19
	Sprog og kommunikation	23
	Signaler og regulatoriske vanskeligheder	27
3.3	Relationer	34
	Forældre-barn relation	34
	Mors psykiske tilstand	38
4	Børn indskolingsundersøgt i 2016/2017	43
4.1	Udvikling	43
	Sprog	43
	Overvægt	45
4.2	Trivsel	47
4.3	Relationer	51
	Venner	51
	Forældre-barn relationen	53
4.4	Sundhedsadfærd	55
	Mad- og måltidsvaner	55
	Fysisk aktivitet	56
5	Unge udskolingsundersøgt i 2016/2017	59
5.1	Udvikling	59
	Overvægt	59
5.2	Trivsel	61
	Trivsel og psykiske vanskeligheder	61
5.3	Relationer	66
5.4	Sundheds- og risikoadfærd	68
	Fysisk aktivitet	68
	Søvn	71
	Mad- og måltidsvaner	73
	Kropsopfattelse	76
	Rygning	79
	Alkohol	81
6	Sammenfatning og diskussion	85
7	Referencer	95
8	Bilag	102

1 Indledning og formål

Børn og unges sundhed er en vigtig opgave. Det er en vigtig samfundsmæssig opgave at sikre sundheden og en sund udvikling hos børn og unge. Sundhedsproblemer hos børn og unge kan trække lange spor ind i voksenlivet, og derfor er en tidlig sundhedsfremmende indsats en effektiv investering i befolkningens sundhed. Derfor er det vigtigt at have gode data om børn og unges sundhed som hjælp til dimensionering og prioritering af forebyggende og sundhedsfremmende indsatser. Gode data er også grundlag for regionen i dens rådgivningsforpligtelse over for kommunerne med hensyn til børn og unges sundhed.

Hvad er en sundhedsprofil? En sundhedsprofil er en systematisk undersøgelse af befolkningens sundhed og sygelighed, i almindelighed baseret på data fra befolkningen selv i form af besvarede spørgeskemaer. Sundhedsprofiler er et vigtigt værktøj for sundhedsplanlægning. Der er gennemført sådanne undersøgelser af voksenbefolkningen (16+ årige) i Danmark med få års mellemrum siden 1987, i de første år benævnt SUSY-undersøgelserne, i de senere år benævnt nationale og regionale sundhedsprofiler^(1, 2).

Sundhedsprofiler om børn: Der findes også sundhedsprofiler om børn, men de er mere spredte, mindre systematiske og ofte i regi af kommuner eller regioner. Et tidligt eksempel på en lokal sundhedsprofil om små børn er en undersøgelse af otte-måneders gamle børn i Aarhus baseret på sundhedsplejerskernes vurdering af børnenes sundhed og trivsel⁽³⁾. Et tidligt eksempel på en national sundhedsprofil om børn i alderen 0-15 år blev udført af Statens Institut for Folkesundhed, som benyttede SUSY-undersøgelsen fra 2005 til at stille deltagere med børn spørgsmål om deres børns sundhed og sygelighed⁽⁴⁾. Et andet eksempel på systematiske undersøgelser af børns sundhed og trivsel er Skolebørnsundersøgelsen, som er blevet gennemført hvert fjerde år siden 1980'erne, og som hver gang, den gennemføres, bygger på spørgeskemabesvarelser fra et nationalt repræsentativt udsnit af 11-, 13- og 15-årige⁽⁵⁾. Skolebørnsundersøgelsen giver et godt indblik i den valgte aldersgruppes hverdag, sundhedsadfærd og helbred, og er dermed en god national monitorering af disse forhold blandt skolebørn. Data kan dog ikke bruges på regionalt eller kommunalt niveau, da data ikke har et omfang, som gør det muligt at afrapportere på kommunalt og regionalt niveau. Et tredje eksempel er rapporterne om børn og unges velfærd og trivsel fra Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI, nu VIVE) fra 2010 og 2014, hvor man har hentet data om mange aspekter af børns liv, herunder også sundhed, primært fra registre og forældre⁽⁶⁾. Her følger man en fødselskohorte af børn, og den seneste udgave fra 2014 beskriver otte aspekter af de 3-19-åriges liv: Materiel velfærd, boligforhold og lokalområde, helbred og sikkerhed, dagpasning og uddannelse, sociale relationer, adfærd og livsstil, fritid og medborgerskab, og subjektiv trivsel.

I de seneste år er der udgivet sundhedsprofiler om børn. Nogle bygger på tilgængelige statistiske oplysninger om sundhedsydelse til børn. Et godt eksempel er "Børn og unges sundhed og trivsel" fra Region Nordjylland 2012, som sammenfatter registeroplysninger om gravides sundhedsvaner, indlæggelse af spædbørn, deltagelse i forebyggende børneundersøgelser samt overvægt, medicinforbrug og ulykker blandt 0-17-årige⁽⁷⁾. Andre baseres på skolebørns besvarelser af spørgeskemaer om sundhed og trivsel, eventuelt suppleret med spørgeskemadata fra forældre til mindre børn. Et eksempel på en sådan sundhedsprofil er "Sundhedsprofil for børn og unge, Odense Kommune 2017", som er baseret på spørgeskemabesvarelser fra skoleelever om motions-, kost-, ryge- og drikkevaner, søvn, skoleglæde, sociale relationer og fritidsliv⁽⁸⁾. De mange initiativer tyder på en øget interesse for børns sundhed og trivsel, men det er vanskeligt at

sammenligne resultaterne fra undersøgelserne, fordi sundhedsprofilerne er så forskellige i data og metodevalg, og fordi de dækker forskellige emner og aldersgrupper.

I denne sundhedsprofil anvendes data fra Databasen Børns Sundhed. Databasen Børns Sundhed er udviklet af sundhedsplejersker og benytter sundhedsplejerskernes journaloplysninger som grundlag for viden om børns sundhed. Denne database har i de sidste 15 år produceret en række lokale og regionale sundhedsprofiler (se en oversigt på databasens hjemmeside)⁽⁹⁾.

Hovedresultater om børns sundhed fra eksisterende sundhedsprofiler: På trods af forskelle i sundhedsprofilers metoder og datakilder er der alligevel tre konklusioner, som går igen i studierne af børn og unges sundhed og trivsel.

Den første konklusion er, at de fleste børn er sunde og raske, men at et betydeligt mindretal har problemer med helbred og sundhed. Blandt småbørn er der en høj forekomst af akut sygdom, sygdomsepisoder, motoriske problemer, mentale problemer og overvægt. Blandt skolebørn er der en høj forekomst af mentale sundhedsproblemer, langvarig sygdom eller funktionsnedsættelse, skader, overvægt og usund levevis.

En anden konklusion er, at der er betydelig social ulighed i sundhed blandt børn. Jo mere ressourcerstærke familier, børnene kommer fra, desto færre sundhedsproblemer. Problemer med helbred og sundhed forekommer i alle sociale lag, men børn, hvis forældre ikke bor sammen, har kort uddannelse og/eller er uden for arbejdsmarkedet, har forhøjet forekomst af akut sygdom, smerter, mentale sundhedsproblemer, skader, overvægt og usund levevis⁽¹⁰⁾.

En tredje konklusion bør nævnes her, selv om den ikke bygger på sundhedsprofilundersøgelser, men på såkaldte prospektive studier. Det er studier, hvor man følger børns sundhed fra graviditet eller fødsel og derefter i mange år. Prospektive studier viser, at børn med nedsat sundhed og trivsel i de tidlige år har betydelig øget risiko for problemer med sundhed og trivsel senere i livet⁽¹¹⁾. Helbredsproblemer og mistrivsel i barndommen kan desuden trække spor ind i sundhedstilstanden som voksen.

Hvorfor denne nye sundhedsprofil om børn og unge? I Region Hovedstaden og i de kommuner, som indgår i denne sundhedsprofil, er der behov for løbende at monitorere børn og unges sundhed for at kunne hjælpe til at dimensionere og prioritere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Sundhedsprofilen kan desuden styrke regionens rådgivning over for kommunerne ved at sikre et opdateret grundlag for politiske beslutninger og indsatser.

Formål: Derfor er formålet med denne sundhedsprofil at give en systematisk oversigt over børn og unges sundhed, trivsel og udvikling i kommuner i Region Hovedstaden. Rapporten bygger på data fra 27 af regionens 29 kommuner. Den kan bidrage til at give et planlægningsgrundlag i kommuner og region. Ved at gentage sundhedsprofilen over tid, for eksempel hvert fjerde år, kan man følge udviklingen i børnene og de unges sundhed.

Rapporten belyser børnene og de unges sundhedstilstand ved tre alderstrin – første leveår, ved indskolingsalderen og ved udskolingsalderen. Den bygger på data fra Databasen Børns Sundhed, som er baseret på sundhedsplejerskers journaldata og udvalgte registerdata.

2 Data og metode

2.1 Sundhedsplejerskernes virke og Databasen Børns Sundhed

Det er sundhedsplejens opgave at føre tilsyn og monitorere barnets fysiske og psykiske helbredstilstand samt at tilbyde oplysning og vejledning til børn og forældre med henblik på at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed, udvikling og trivsel⁽¹²⁾. Sundhedsloven angiver rammerne for sundhedsarbejdet i de danske kommuner, og der stilles lovgivningsmæssige krav om almen indsats til alle børn og yderligere indsats til børn med særlige behov. Sundhedsplejens indsats kan starte i graviditeten og fortsætter, indtil barnet ikke længere er undervisningspligtigt.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger for antallet af besøg, sundhedsplejen skal aflægge hos familierne i barnets første leveår. Det er dog den enkelte kommune, der vurderer og fastlægger den enkelte families behov for antal af hjemmebesøg i samarbejde med familien og eventuelle andre involverede⁽¹²⁾. I barnets første leveår anbefaler Sundhedsstyrelsen, at alle familier med almene behov tilbydes minimum fem besøg foruden et barselsbesøg, når barnet er tre til fem dage gammel, der sikrer barnets trivsel efter tidlig udskrivelse fra fødestedet. Familien besøges herefter, når barnet er syv til fjorten dage gammelt, afhængigt af hvornår familien har modtaget barselsbesøg. Derudover aflægges der besøg, når barnet er omkring to til tre måneder gammel, når barnet er fire til seks måneder gammel, og når barnet er otte til ti måneder gammel⁽¹²⁾. Sundhedsplejersken kan tilbyde ekstra besøg, hvis familien har behov for det – såkaldte behovsbesøg. Desuden kan sundhedsplejersken henvise børn og familier med særlige behov til eksempelvis den praktiserende læge og en række kommunale tilbud.

Det faglige indhold i besøgene tilrettelægges af den kommunale sundhedstjeneste på baggrund af Sundhedsstyrelsens vejledning⁽¹²⁾. I mange kommuner tilbyder sundhedsplejersken forskellige aktiviteter som supplement til hjemmebesøgene, for eksempel åbent hus-arrangementer, aftalt konsultation, mødre-, fædre- og familiegrupper af forskellig karakter, specialgrupper for eksempelvis unge mødre, sårbare mødre og familier af anden etnisk herkomst end dansk⁽¹³⁾.

På skoleområdet stilles krav om individuelle undersøgelser ved ind- og udskolingen samt regelmæssige undersøgelser og sundhedssamtaler gennem skoleforløbet. Disse undersøgelser kan udføres af en læge eller sundhedsplejerske. Formålet med indskolingsundersøgelsen er at vurdere barnets udvikling, helbred, trivsel og skoleparathed samt vejlede om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart⁽¹²⁾. Ved symptomer på sygdom eller mistanke om sygdom henvises barnet til udredning hos den praktiserende læge⁽¹²⁾.

Formålet med udskolingsundersøgelsen er at give en samlet vurdering af den unges helbred og sundhed, umiddelbart inden den unge forlader skolen. Herudover har udskolingsundersøgelsen til formål at drøfte risikoadfærd med den unge. Udskolingsundersøgelsen tager udgangspunkt i den unges egne ønsker og i sundhedspersonalets viden om den unges sundhed og helbred gennem skolegangen. Ved udskolingsundersøgelsen drøftes sundhedsrelaterede problemstillinger med udgangspunkt i den unges egne ønsker, blandt andet emner som den unges trivsel, relationer og netværk, adfærd og vaner i forhold til kost, motion og rusmidler samt seksuel sundhed. Hvis den unge har sundhedsproblematikker, som kan have betydning for erhvervsvalg, for eksempel ryggener eller allergisk sygdom, vil overvejelser vedrørende erhvervsvalg også indgå i samtalen^(12, 14).

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

Data er indhentet ved brug af kvalitetssikrede sundhedsplejerskejournaler. Sundhedsplejersker, der anvender journalen, følger en ensartet praksis og noterer systematisk sammenlignelige data om barnet, familien og sundhedsplejerskens ydelser. Sundhedsplejerskerne benytter to journalsystemer afhængig af, hvilken kommune de arbejder i: TM Sund, som har været en del af Databasen Børns Sundhed siden etableringen i 2002, og NOVAX, som har været en del af databasen siden 2014. Brugen af journalerne er beskrevet i en detaljeret manual, der løbende justeres og opdateres^(15, 16). Begge journalsystemer leverer gode data om børns sundhed og trivsel, og der er et betydeligt overlap i de data, der kan udtrages af de to journalsystemer. Desuden kan begge journalsystemer kobles til registerdata.

Næsten alle familier tager imod sundhedsplejerskens forebyggende tilbud, ligesom næsten alle børn i den skolepligtige alder deltager i de undersøgelser, der findes i skoleregistret. Det betyder, at data fra sundhedsplejerskerne giver et billede af sundheden, som er dækkende for næsten alle de yngste børn og for små og store skolebørn i de deltagende kommuner. Det er frivilligt, om familier ønsker at benytte sig af sundhedsplejetilbud. Hvis familierne anvender tilbuddene, er der lovpligtig journalføring for sundhedsplejerskerne. Det medfører, at familier i databasekommunerne automatisk indgår i Databasen Børns Sundhed.

2.2 Datasikkerhed

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

2.3 Studiepopulationen

I denne sundhedsprofil er der anvendt data for tre aldersgrupper; nul- til etårige børn født i 2016, børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017 og unge udskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017. For henholdsvis de nul- til etårige børn, de indskolingsundersøgte børn og de udskolingsundersøgte unge indgår der et forskelligt antal kommuner afhængigt af, hvor mange kommuner der har leveret data til Databasen Børns Sundhed på de forskellige årgange (se tabel 2.1). Velvidende, at sundhedsprofilen ikke inddrager data om hele regionen, benævner vi den samlede population i sundhedsprofilen "Region Hovedstaden". Databasen er under konstant udvikling, og der kommer løbende flere kommuner med i samarbejdet. Kommunerne, som indgår fra Region Hovedstaden, repræsenterer en stor spredning i befolkningsgrupper og social baggrund.

For nogle variable vil det være relevant at opdele efter, hvilket journalsystem kommunerne anvender. Det er tilfældet ved variable, hvor prævalensen tydeliggør, at de to journalsystemer ikke er helt ens med hensyn til, hvad der registreres. I disse tilfælde opdeles der på "TM Sundkommuner" og "NOVAX-kommuner".

Tabel 2.1 Antal af kommuner, som indgår i rapporten for henholdsvis nul- til etårige, indskolingsundersøgte børn og udskolingsundersøgte unge

	Antal kommuner
Nul- til etårige børn født i 2016 (N=12.719)	27
Børn indskolingsundersøgt i 2016/2017 (N=5.308)	12
Unge udskolingsundersøgt i 2016/2017 (N=3.296)	11

2.4 Datagrundlag

Nul- til etårige børn født i 2016

Data for nul- til etårige børn født i 2016 stammer fra følgende 27 kommuner i Region Hovedstaden: Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Rødovre, Tårnby og Vallensbæk. Hørsholm og Københavns Kommune indgår ikke, da de ikke var en del af Databasen Børns Sundhed, det år data blev indhentet.

Tabel 2.2 viser antallet af nul- til etårige børn, som indgår i sundhedsprofilen, opdelt på kommune. Af tabellen fremgår det, at der indgår data om 12.719 nul- til etårige børn født i 2016 i Region Hovedstaden, svarende til 57,0 % af alle børn født i 2016 i Region Hovedstaden og 20,6 % af alle børn født i Danmark i 2016.

Børn indskolingsundersøgt i 2016/2017

Følgende 12 kommuner indgår i databasen med indskolingsdata og har indsendt data via udtræk fra de elektroniske sundhedsplejerskejournaler om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017: Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby. Oplysninger om de indskolingsundersøgte børn er knyttet til den kommune, hvor barnet går i skole, hvilket ikke nødvendigvis er den kommune, hvor barnet bor. Det lavere antal kommuner end for de nul- til etårige skyldes, at ikke alle medlemskommuner i Databasen Børns Sundhed havde mulighed for at anvende det standardiserede spørgeskema ved sundhedsplejerskernes indskolingsundersøgelse i skoleåret 2016/2017. Tabel 2.2 viser, hvor mange indskolingsundersøgte børn, der indgår i datafilen, fra den enkelte kommune. Af tabellen fremgår det, at der indgår data om 5.308 børn, der er indskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017 i Region Hovedstaden.

Unge udskolingsundersøgt i 2016/2017

Følgende 11 kommuner har indsendt data fra udskolingsundersøgelsen via udtræk fra elektroniske sundhedsplejerskejournaler om unge, der blev udskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017: Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby. Ligesom for de indskolingsundersøgte børn er oplysningerne om de udskolingsundersøgte unge knyttet til den kommune, hvor den unge går i skole, hvilket ikke nødvendigvis er den kommune, hvor den unge bor. Det lavere antal kommuner end for de nul- til etårige skyldes også her, at ikke alle medlemskommuner i Databasen Børns Sundhed havde mulighed for at benytte det standardiserede spørgeskema ved sundhedsplejerskernes udskolingsundersøgelse i skoleåret 2016/2017. Tabel 2.2 viser, hvor mange udskolingsundersøgte

unge, der indgår i datafilen, fra de enkelte kommuner. Af tabellen fremgår det, at der indgår data om 3.296 unge, der er udskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017 i Region Hovedstaden.

Tabel 2.2 Antallet og andelen af nul- til etårige samt børn og unge ind- og udskolingsundersøgt, som indgår i rapporten, efter kommune

Kommune	Nul- til etårige Antal (%)	Indskolingsundersøgte Antal (%)	Udskolingsundersøgte Antal (%)
Albertslund	298 (2,3)	294 (5,5)	242 (7,3)
Allerød	214 (1,7)	317 (6,0)	348 (10,6)
Ballerup	511 (4,0)	567 (10,7)	254 (7,7)
Bornholm	263 (2,1)		
Brøndby	456 (3,6)	328 (6,2)	249 (7,6)
Dragør	134 (1,1)	177 (3,3)	123 (3,7)
Egedal	432 (3,4)		
Fredensborg	384 (3,0)		
Frederiksberg	1.668 (13,1)		
Frederikssund	369 (2,9)		
Furesø	422 (3,3)		
Gentofte	696 (5,5)	965 (18,2)*	737 (22,4)*
Gladsaxe	882 (6,9)		
Glostrup	275 (2,2)	222 (4,2)	99 (3,0)
Gribskov	296 (2,3)		
Halsnæs	261 (2,1)		
Helsingør	543 (4,3)		
Herlev	346 (2,7)	328 (6,2)	212 (6,4)
Hillerød	514 (4,0)		
Hvidovre	645 (5,1)	669 (12,6)	
Høje-Taastrup	578 (4,5)	523 (9,9)	430 (13,1)
Ishøj	330 (2,6)		
Lyngby-Taarbæk	547 (4,3)		
Rudersdal	496 (3,9)		
Rødovre	480 (3,8)	401 (7,6)	341 (10,4)
Tårnby	482 (3,8)	517 (9,7)	261 (7,9)
Vallensbæk	197 (1,5)		
Region Hovedstaden	12.719 (100,0)	5.308 (100,0)	3.296 (100,0)

*Flere børn og unge bosiddende udenfor kommunen går på skoler beliggende i Gentofte Kommune

2.5 Variable

Sundhed, trivsel og udvikling i nul- til etårsalderen

I forbindelse med besøgene i barnets første leveår registrerer sundhedsplejersken sine observationer i barnets elektroniske journal. Sundhedsplejersken registrerer forskellige objektive oplysninger om barnet/familien samt hvorvidt, der er bemærkninger til indikatorer for barnets udvikling og trivsel, eksempelvis kommunikative/sproglige eller mentale problemer. Derudover observerer sundhedsplejersken, om der er særlige problemer i familien, der kræver ekstra opmærksomhed, eksempelvis om mor har tegn på en efterfødselsreaktion.

Denne sundhedsprofil fokuserer på følgende sundheds- og trivselsindikatorer i barnets første leveår: Gestationsalder, fødselsvægt, amning, vægtstatus ved seks- til timånedersalderen, sprog og kommunikation, søvn, signaler og reaktioner, gråd og uro, spisning, forældre-barn relationen samt mors psykiske tilstand.

I denne sundhedsprofil betyder "en bemærkning", at sundhedsplejersken har observeret noget bemærkelsesværdigt til en given indikator, det vil sige forhold, som vækker bekymring eller kræver en ekstra indsats eller opfølgning.

Sundhed, trivsel og adfærd ved indskolingsundersøgelsen

Ved indskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken, på baggrund af en samtale med barnet og forældrene, en række observationer om barnets helbred og trivsel ved skolestart. Ud over sundhedsplejerskens observationer besvarer forældrene et spørgeskema forud for undersøgelsen. Hvis sundhedsplejersken observerer noget bemærkelsesværdigt, registreres det som "en bemærkning". Indskolingsundersøgelsen gennemføres fortrinsvis i starten af 0. klasse, i nogle kommuner dog i 1. klasse, og som hovedregel med mindst én af forældrene til stede.

Sundhedsprofilen omhandler følgende sundheds- og trivselsindikatorer ved indskolingsundersøgelsen: Barnets sprog, vægtstatus, generel trivsel, skoletrivsel, forholdet til jævnaldrende, forældre-barn relationen, mad- og måltider og fysisk aktivitet.

Sundhed, trivsel og adfærd ved udskolingsundersøgelsen

Ved udskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken, på baggrund af et spørgeskema udfyldt af den unge og en samtale med den unge, en række observationer om den unges helbred, trivsel og sundhedsadfærd. Samtalen skal tage udgangspunkt i emner, den unge har behov for at tale om. Dette betyder, at samtalen skal være relevant for den unge, men det betyder samtidig også, at ikke alle samtaler berører alle emner i samme omfang. Her registrerer sundhedsplejersken ligeledes "en bemærkning", hvis der er forhold, der er bemærkelsesværdige. Udskolingsundersøgelsen gennemføres i 8. eller 9. klasse.

Sundhedsprofilen inddrager følgende sundheds- og trivselsindikatorer ved udskolingsundersøgelsen: Vægtstatus, generelle og mentale trivsel, relationer og netværk, fysisk aktivitet, søvn, mad- og måltider, kropsopfattelse, samt bemærkninger til den unges rygning og forbrug af alkohol eller rusmidler.

Baggrundsfaktorer

Oplysninger om fødsel, familietype, herunder om forældrene er enlige eller samboende på tidspunktet for barnets fødsel, samt forældrenes alder, uddannelse, erhvervstilknytning og fødeland er indhentet fra Danmarks Statistik fra Det Medicinske Fødselsregister (MFR), Befolkningsregisteret (BEF), Indvandrere og efterkommer registeret (IEPE), Uddannelsesregisteret (UDDF) og Registeroplysninger (AKM).

2.6 Præsentation af resultater

I det følgende præsenteres sundhed, trivsel og udvikling opdelt efter køn, forældres uddannelsesniveau, forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet, herkomst og familietype, og for de nul- til etårige børn også efter fødselsvægt og mors paritet. Herved er det muligt at vurdere, om der er en højere forekomst af udfordrede børn i specifikke grupper af befolkningen. Derudover vises fordelingen af de enkelte faktorer opdelt efter børn fra hver kommune samt for alle børn fra hele

Region Hovedstaden. Det giver den enkelte kommune mulighed for at vurdere, om andelen af børn i deres kommune adskiller sig signifikant fra det samlede gennemsnit af udfordrede børn i resten af Region Hovedstaden. Ved ind- og udskolingsundersøgelsen er børnene og de unge i en kommune ikke nødvendigvis bosiddende i kommunen, men tilknyttet én af skolerne i kommunen.

For nogle variable vil det desuden være relevant at opdele efter, hvilket journalsystem kommunerne anvender. Det er tilfældet ved variable, hvor beskrivelsen af variablen ikke er helt ens i de to journalsystemer. I disse tilfælde opdeles der på "TM Sund-kommuner" og "NOVAX-kommuner".

Til at vurdere, om forskellene mellem børn fra den enkelte kommune og gennemsnittet af andre børn i regionen er statistisk signifikant forskellig, benytter vi en χ^2 -test. Forskellene angives med et signifikansniveau på 1 %. I beskrivelsen af resultaterne beskrives kun de forskelle, hvor der findes statistisk signifikante forskelle. Forekomsten af de sundhedsrelaterede faktorer præsenteres i tabeller og figurer samt, for udvalgte faktorer, i et oversigtskort over Region Hovedstaden.

2.7 Beskrivelse af studiepopulationen

Forhold vedrørende barnet/den unge

Tabel 2.3 viser andelen af nul- til etårige børn fordelt efter køn, gestationsalder, fødselsvægt, mors paritet og fler- eller enkeltfødsel. Af figuren fremgår det, at der er en næsten ligelig fordeling af drenge og piger, at 94,3 % af børnene er født i 37. graviditetsuge eller derefter, og at næsten 80,0 % af børnene har en fødselsvægt på mellem 2.500-3.999 gram. Derudover viser tabellen, at lidt under halvdelen (46,3 %) af børnene er deres mors førstefødte, og at 3,6 % er flerfødte.

Tabel 2.3. Andelen af nul- til etårige børn fordelt efter køn, gestationsalder, fødselsvægt, mors paritet og fler- eller enkeltfødsel

	%
Køn (N=12.718)	
Dreng	51,4
Pige	48,6
Gestationsalder (N=12.372)	
< 37. uge	5,7
≥ 37. uge	94,3
Fødselsvægt (N=12.363)	
< 2.500 gram	4,8
2.500 – 3.999 gram	79,3
≥ 4.000 gram	15,9
Mors paritet (N=12.374)	
Førstefødte	46,3
Ikke førstefødte	53,7
Flerfødt (N=12.554)	
Enkeltfødt	96,5
Flerfødt	3,6

Tabel 2.4 viser andelen af børn og unge, der er ind- eller udskolingsundersøgt fordelt efter køn og alder. Af tabellen fremgår det, at børn, der er indskolingsundersøgt, er ligeligt fordelt på drenge og piger, og at hovedparten er i alderen seks til syv år. Tabel 2.4 viser andelen af unge, der er udskolingsundersøgt, fordelt efter køn og alder. Af tabellen fremgår det, at de udskolingsundersøgte unge er ligeligt fordelt på drenge og piger, og at hovedparten er i alderen 15-16 år.

Tabel 2.4 Andelen af børn og unge, der er ind- eller udskolingsundersøgt, efter køn og alder ved undersøgelsen

	Indskolingsundersøgte børn		Udskolingsundersøgte unge
	%		%
Køn	(N=5.308)		(N=3.296)
Dreng	50,2		49,1
Pige	49,8		50,9
Alder ved undersøgelsen	(N=5.308)		(N=3.296)
< 6 år	12,2	< 15 år	37,7
6-7 år	80,2	15-16 år	55,2
> 7 år	7,6	> 16 år	7,1

Forhold i familien og hjemmet

Tabel 2.5 viser, at langt hovedparten af forældrene til de nul- til etårige børn er over 25 år ved fødslen. Blandt de nul- til etårige har 85,1 % af forældrene en erhvervsfaglig, kort-, mellemlang eller lang uddannelse, mens 7,7 % har en almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse, og 7,2 % har grundskolen som højest gennemførte uddannelse. Derudover viser tabellen, at 88,0 % af forældrene er tilknyttet arbejdsmarkedet. Langt hovedparten af de nul- til etårige børn bor med begge forældre i første leveår. I alt har 78,6 % af de nul- til etårige børn mindst én forældre af dansk herkomst, og 95,6 % af forældrene oplever at have et støttende socialt netværk, men denne andel er kun angivet for en tredjedel af børnene. De fleste nul- til etårige børn lever i et røgfrit miljø, men for 6,0 % af børnene gælder, at de udsættes for passiv rygning.

Derudover viser tabellen, at langt de fleste af de indskolingsundersøgte børns forældre er over 30 år ved undersøgelsestidspunktet. I alt har 86,3 % af de indskolingsundersøgte børn forældre, der har en erhvervsfaglig, kort-, mellemlang eller lang uddannelse, mens 6,7 % har en almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse og 7,0 % har grundskolen som højest gennemførte uddannelse. Derudover viser tabellen, at 86,5 % af forældrene er tilknyttet arbejdsmarkedet. Langt hovedparten af de indskolingsundersøgte børn bor med begge forældre, og 83,8 % har mindst én forælder af dansk herkomst. De fleste indskolingsundersøgte børn lever i et røgfrit miljø, men for 11,8 % af børnene gælder, at de udsættes for passiv rygning i hjemmet.

Tabel 2.5 viser desuden, at mere end to tredjedele af de udskolingsundersøgte unge har forældre, der er over 40 år ved undersøgelsestidspunktet. I alt har 84,5 % af de udskolingsundersøgte unge forældre, der har en erhvervsfaglig, kort-, mellemlang eller lang videregående uddannelse, mens 8,6 % har en almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse og 6,9 % har grundskolen som højest gennemførte uddannelse. Derudover viser tabellen, at 95,2 % af forældrene er tilknyttet arbejdsmarkedet. Lidt over halvdelen af de unge bor med begge forældre, og 82,0 % har mindst én forælder af dansk herkomst.

Tabel 2.5 Andelen af nul- til etårige børn, indskolingsundersøgte børn og udskolingsundersøgte unge fordelt efter forældrenes alder, uddannelsesnivea, tilknytning til arbejdsmarkedet, herkomst, familietype, socialt netværk og om der ryges i hjemmet

	Nul- til etårige børn født i 2016 (%)	Børn indskolingsundersøgt i 2016/2017 (%)	Unge udskolingsundersøgt i 2016/2017 (%)
Mors alder	(N=12.343)	(N=5.034)	(N=3.058)
< 25 år:	11,4	< 30 år: 11,8	< 40 år: 21,5
≥ 25 år:	88,6	≥ 30 år: 88,2	≥ 40 år: 78,5
Fars alder	(N=11.934)	(N=4.900)	(N=2.992)
< 25 år:	5,2	< 30 år: 5,9	< 40 år: 12,7
≥ 25 år:	94,8	≥ 30 år: 94,1	≥ 40 år: 87,3
Forældres uddannelsesnivea	(N=11.782)	(N=4.938)	(N=3.067)
Lang videregående	38,8	35,4	28,1
Kort eller mellemlang	26,2	28,5	29,1
Almen- eller erhvervsgymnasial	7,7	6,7	8,6
Erhvervsfaglig	20,1	22,4	27,3
Grundskole	7,2	7,0	6,9
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet	(N=10.779)	(N=4.546)	(N=2.835)
Begge forældre i erhverv	87,9	86,5	81,2
Én i erhverv, én ikke i erhverv	9,6	11,0	14,1
Begge forældre ikke i erhverv	2,5	2,6	4,8
Forældres herkomst	(N=12.065)	(N=4.860)	(N=2.973)
Begge forældre dansk herkomst	66,8	73,5	75,0
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	11,8	10,3	7,0
Begge efterkommere eller indvandrere	21,3	16,2	18,0
Familietype	(N=11.934)	(N=5.268)	(N=3.278)
Bor med begge forældre	86,5	83,8	76,7
Bor ikke med begge forældre	13,5	16,3	23,3
Rygning i hjemmet	(N=10.718)	(N=3.760)	
Nej	93,8	88,2	-
Ja	6,2	11,8	-
Har støttende socialt netværk	(N=4.504)		
Ja	95,6	-	-
Nej	4,4	-	-

3 Nul- til etårige børn født i 2016

3.1 Forhold vedrørende fødslen

- 5,7 % af børnene i Region Hovedstaden er født for tidligt, defineret som børn født før uge 37.
- 4,8 % af børnene i Region Hovedstaden har en fødselsvægt på under 2.500 gram.

For tidlig fødsel og fødselsvægt

Nogle børn bliver født for tidligt, men de fleste børn fødes med en gestationsalder på mellem 37 og 42 uger^(17, 18). Gestationsalderen er defineret som fosterets aktuelle alder fra konception målt i hele uger og bestemmes ved ultralydsscanning eller på baggrund af sidste menstruations første dag. For tidlig fødsel defineres som en fødsel før uge 37⁽¹⁹⁾. Børn, der fødes for tidligt, er ofte ikke udviklingsmæssigt parate til livet uden for livmoderen, og for tidlig fødsel anses som den førende årsag til sygdom og dødelighed i neonatalperioden, som dækker over de første 28 dage af barnets liv^(20, 21). Blandt de børn, der overlever for tidlig fødsel, er der en forøget risiko for en række udviklingsforstyrrelser, herunder epilepsi og autisme. Risikoen for udviklingsproblemer stiger, desto tidligere barnet er født. Hvorvidt den forøgede risiko skyldes præterm fødsel i sig selv eller eventuelle bagvedliggende faktorer, der har udløst præterm fødsel, er endnu uafklaret⁽²⁰⁾.

Lav fødselsvægt er ligesom for tidlig fødsel stærkt forbundet med dødelighed i neonatalperioden og er en vigtig prædikator for barnets sundhed og udvikling på længere sigt. Lav fødselsvægt defineres ofte som under 2.500 gram. Lav fødselsvægt er fundet forbundet med barnets neurologiske udvikling og anses som en stærk risikofaktor for mentale handicap⁽²⁰⁾. Lav fødselsvægt er desuden forbundet med øget dødelighed og kardiovaskulære sygdomme i voksenlivet (sygdomme vedrørende hjerte og kar)⁽²²⁾.

For tidlig fødsel og fødselsvægt i Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden er det 5,7 % af børnene, der er født før uge 37. Der er en højere forekomst af børn, der er født for tidligt blandt børn, der vejede mindre end 2.500 gram ved fødslen, hvis mor er førstegangsfødende, samt blandt børn, der ikke bor sammen med begge forældre (se tabel 3.1).

Der er 4,8 % af børnene, der har en fødselsvægt under 2.500 gram. Der er højere forekomst af børn, der har en fødselsvægt på under 2.500 gram, blandt børn, der er født før uge 37, der er deres mors førstefødte, hvis forældres højest fuldførte uddannelse er grundskolen eller en erhvervsfaglig uddannelse, og blandt børn, der ikke bor med begge forældre.

Blandt kommunerne i Region Hovedstaden svinger andelen af børn, der er født for tidligt, mellem 2,8 % i Allerød Kommune og 8,1 % i Albertslund Kommune, og andelen af børn, der er født med en fødselsvægt under 2.500 gram, mellem 2,8 % i Halsnæs Kommune og 6,4 % i Lyngby-Taarbæk Kommune. Der er ingen af kommunerne, hvor andelen af børn, der er født for tidligt eller født med en fødselsvægt på under 2.500 gram, er statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (se figur 3.1). Figur 3.2 viser et kort over forekomsten af børn i Region Hovedstaden, der er født før uge 37.

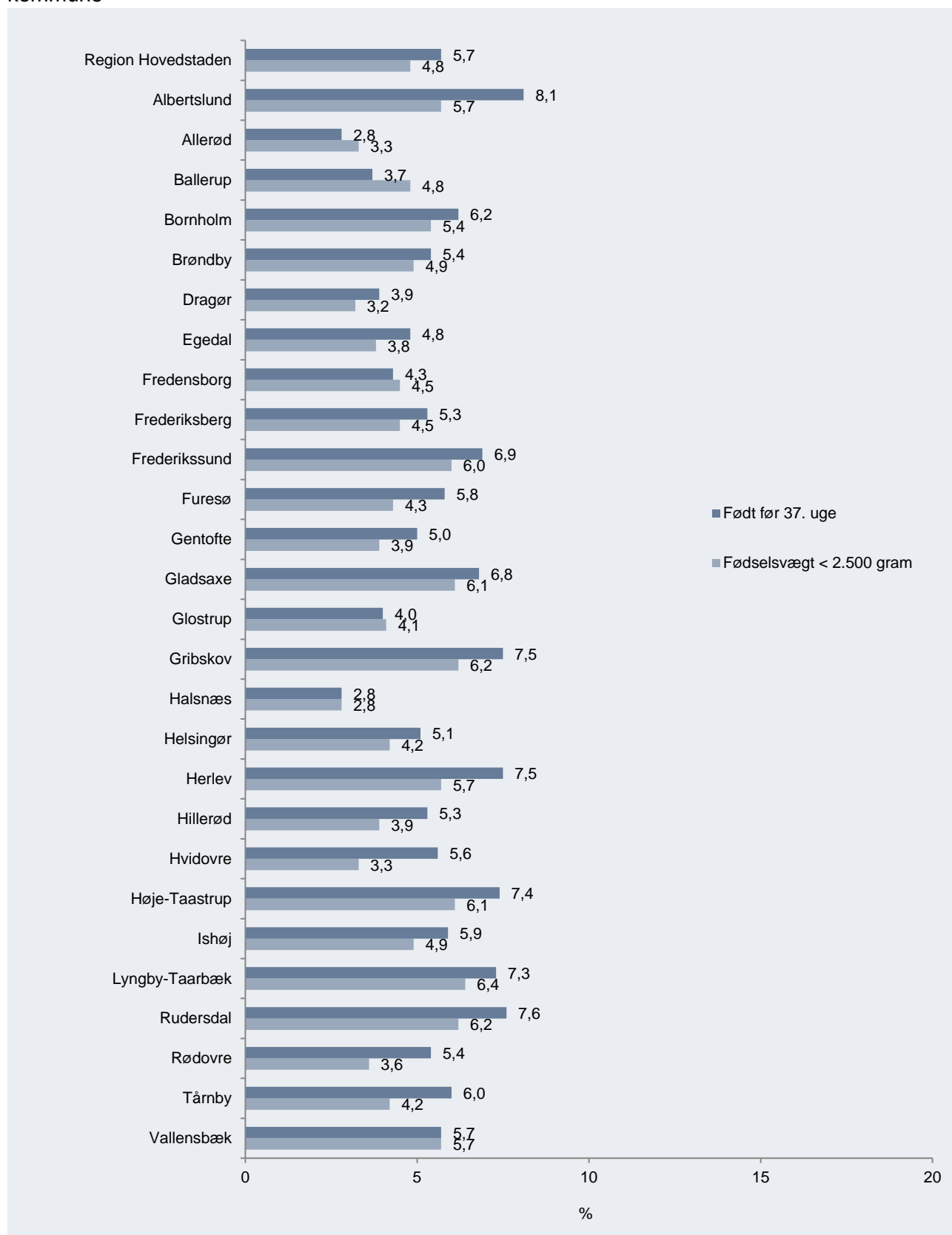
Tabel 3.1 Andelen af børn født før 37. uge og børn med en fødselsvægt mindre end 2.500 gram efter køn, gestationsalder, fødselsvægt, mors paritet, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Født før 37. uge	Fødselsvægt < 2.500 gram
	%	%
Region Hovedstaden	5,7	4,8
Køn (N=12.372)	(N=12.372)	(N=12.363)
Dreng	5,7	4,4
Pige	5,7	5,2
Gestationsalder (N=12.289)*		(N=12.289)*
Født før uge 37	-	57,2
Født uge 37 eller senere	-	1,6
Fødselsvægt (N=12.289)*		
Mindre end 2.500 gram	69,1	-
2.500-3.999 gram	3,1	-
4.000 gram og over	-	-
Mors paritet (N=12.371)*	(N=12.371)*	(N=12.291)*
Førstegangsfødende	6,9	5,7
Flergangsfødende	4,7	4,0
Forældres uddannelsesniveau (N=11.527)	(N=11.527)	(N=11.524)*
Lang videregående	5,3	4,2
Kort eller mellemlang videregående	5,5	4,5
Almen- eller erhvervsgymnasial	5,8	3,9
Erhvervsfaglig	6,8	5,6
Grundskole	6,7	6,6
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet (N=10.639)	(N=10.639)	(N=11.639)
Begge forældre i erhverv	5,8	4,6
Én i erhverv, én ikke i erhverv	6,3	4,7
Begge forældre ikke i erhverv	3,4	3,0
Familietype (N=11.702)*	(N=11.702)*	(N=11.696)*
Bor med begge forældre	5,3	4,4
Bor ikke med begge forældre	8,4	6,4
Forældres herkomst (N=11.834)	(N=11.834)	(N=11.827)
Begge forældre dansk herkomst	5,7	4,5
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	7,1	6,2
Begge efterkommere eller indvandrere	5,0	4,3

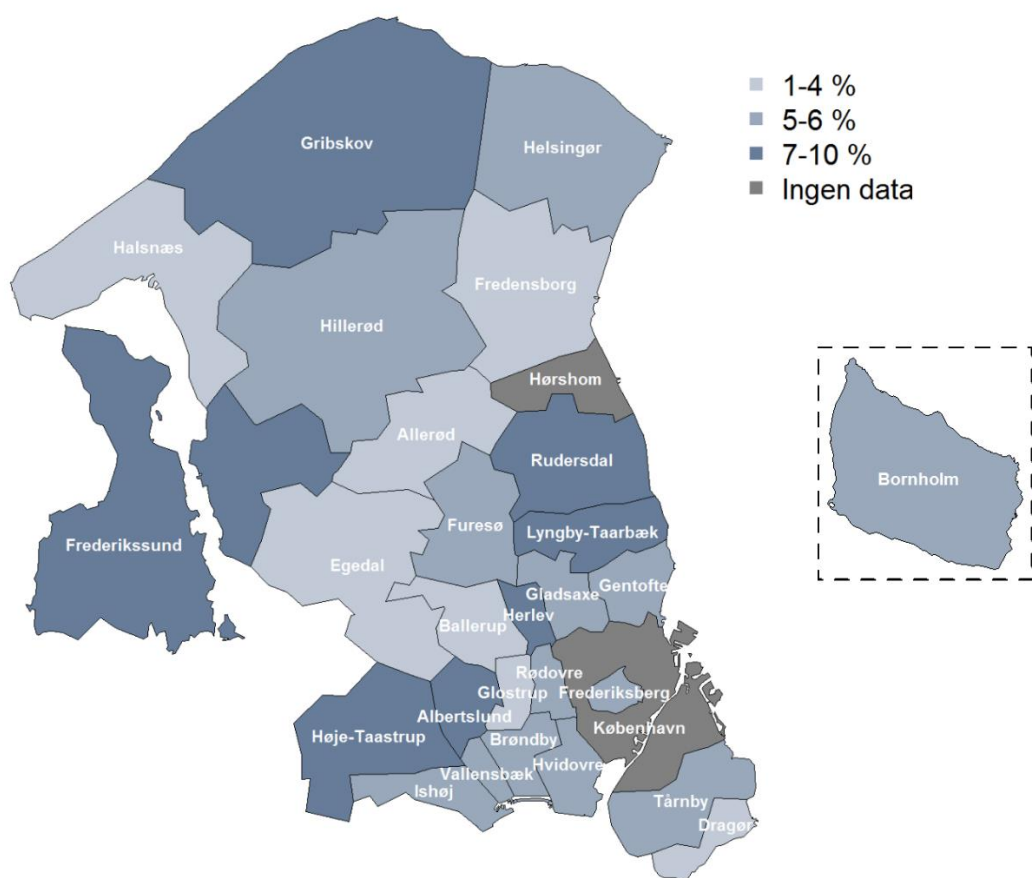
*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 27 kommuner, der har indsendt data om de nul- til etårige børn født i 2016: Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Rødovre, Tårby og Vallensbæk.

Figur 3.1 Andelen af børn født før 37. uge og børn med fødselsvægt mindre en 2.500 gram efter kommune



Figur 3.2 Andelen af børn, der er født før uge 37, efter kommune



3.2 Udvikling og trivsel

- 39,5 % af børnene i Region Hovedstaden bliver ikke ammet fuldt i mindst fire måneder.
- 4,9 % af børnene i Region Hovedstaden er overvægtige/svært overvægtige i seks- til timånedersalderen.
- Hos 4,7 % af børnene i Region Hovedstaden har sundhedsplejersken angivet en bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår.
- Hos 8,7 % af børnene i Region Hovedstaden har sundhedsplejersken angivet en bemærkning til søvn i første leveår.
- Hos 21,1 % af børnene i Region Hovedstaden har sundhedsplejersken angivet en bemærkning til signaler og reaktioner i første leveår (kun data fra kommuner, der anvender TM Sund-journalsystemet).
- Hos 5,5 % af børnene i Region Hovedstaden har sundhedsplejersken angivet en bemærkning til gråd og uro i første leveår (kun data fra kommuner, der anvender TM Sund-journalsystemet).
- Hos 51,4 % af børnene i Region Hovedstaden har sundhedsplejersken angivet en bemærkning til ernæring og spisning i første leveår (kun data fra kommuner, der anvender TM Sund-journalsystemet).

I det første år af barnets liv gennemgår barnet mange udviklingstrin og sundhedsplejerskerne undersøger systematisk og ud fra en ensartet praksis barnets ernæring, vækst og udvikling. Sundhedsplejersken registrerer "en bemærkning", hvis sundhedsplejersken i sin kontakt med familien har registreret noget bemærkelsesværdigt til det pågældende udviklingsområde, det vil sige forhold, som vækker bekymring eller kræver ekstra indsats eller opfølgning.

Amning

Amning er ikke kun kilde til næring for barnet. Amning har også en række positive fysiologiske, psykologiske, immunologiske og udviklingsmæssige fordele for barnet – også efter ammeophør. Derfor er fremme af gode ammevaner et vigtigt tema inden for sundhedsfremme og folkesundhed. Den officielle anbefaling fra Sundhedsstyrelsen er, at spædbørn skal ammes fuldt, til de er omkring seks måneder. Delvis amning anbefales indtil barnet er 12 måneder eller ældre⁽²³⁾. Full amning defineres af Sundhedsstyrelsen som, at barnet efter udskrivelsen fra hospitalet udelukkende ernæres af modermælk. Moderens mælk kan dog suppleres med vand eller lignende og maksimalt ét måltid med modermælkserstatning om ugen. Et fravalg af amning, enten på informeret grundlag eller af praktiske årsager, udgør dog ingen sundhedsrisiko for barnet⁽²³⁾.

Temaet om amning er ganske godt belyst i den videnskabelige litteratur, og der er en grundig gennemgang af emnet i Sundhedsstyrelsens publikation: "Amning – en håndbog for sundhedspersonale"⁽²³⁾. En ny metaanalyse⁽²⁴⁾ viser, at amning giver barnet en vis beskyttelse mod infektionssygdomme i barndommen, giver en bedre udvikling af barnets intelligens og sandsynligvis en vis beskyttelse mod overvægt og diabetes (både type 1- og type 2-diabetes)^(25, 26). En anden ny oversigt over den videnskabelige litteratur fastslår, at fuld amning ser ud til at mindske risikoen for, at barnet får mellemørebetændelse, mavebesvær, diarre, alvorlige infektioner i de nedre luftveje, pludselig uventet spædbarnsdød og svær overvægt⁽²⁷⁾. Det er en klassisk viden inden for sundhedsplejefaget, at amning har stor betydning for mor-barn relationen. Dette er igen blevet bekræftet af Kronborg et al.⁽²⁸⁾ og i en stor og grundig amerikansk undersøgelse⁽²⁹⁾, som viser, at mødre, som ammer, udvikler en øget sensitivitet over for deres børn, og at kvaliteten af

mor-barn relationen herved styrkes – især fordi mødrene forstår deres børn bedre og reagerer bedre på deres signaler.

Amning i Region Hovedstaden

Fuld amning er i kommuner, der anvender TM Sund-journalen, registreret ved, at sundhedsplejersken noterer fuld amning i måneder og uger⁽²³⁾. I kommuner, der anvender NOVAX-journalen, registrerer sundhedsplejersken en start- og slutdato for fuld amning, og analyserne vedrørende amning inkluderer derfor kun børn, der har en slutdato for fuld amning. Det betyder, at børn, hvor der ikke er noteret en slutdato, eventuelt fordi de ikke har haft et besøg efter endt amning, ikke inkluderes i analyserne, hvilket kan medføre en underestimering i andelen af børn, der ammes fuldt i mindst fire måneder. Sundhedsstyrelsen anbefaler fuld amning i mindst seks måneder. Det er dog individuelt, hvor længe det er hensigtsmæssigt, at barnet ikke får anden føde end modermælk, og fra fire- til seksmånedersalderen kan det være hensigtsmæssigt at supplere med skemad frem for flaske, hvis barnet har brug for et supplement til modermælken⁽²³⁾. I sundhedsprofilen ser vi derfor på andelen af børn, der ikke bliver ammet fuldt i mindst fire måneder.

I Region Hovedstaden er der 39,5 % af børnene, der ikke bliver ammet fuldt i mindst fire måneder. Der er en højere forekomst af børn, der ikke ammes fuldt i mindst fire måneder, blandt børn, der er født før uge 37, der har en fødselsvægt på under 2.500 gram, hvis mor er førstegangsfødende, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv, der ikke bor sammen med begge forældre, samt blandt børn, hvis forældre er efterkommere eller indvandrere. Desuden er der en tydelig social gradient, når andelen af børn, der ikke ammes fuldt i mindst fire måneder, fordeles på forældrenes uddannelsesniveau. Lidt mere end en fjerdedel (27,0 %) af børnene, hvis forældre har en lang videregående uddannelse, ammes ikke fuldt i fire måneder, og derefter stiger forekomsten med fald i uddannelsesniveau og er højest blandt børn af forældre, der har grundskolen som højest fuldførte uddannelsesniveau. I denne gruppe er det mere end halvdelen af børnene (60,4 %), der ikke ammes fuldt i fire måneder (se tabel 3.2).

Blandt kommunerne i Region Hovedstaden svinger andelen af børn, der ikke ammes fuldt i mindst fire måneder, mellem 25,3 % i Gentofte Kommune og 52,2 % i Ishøj Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der i Frederiksberg, Gentofte og Rudersdal en statistisk signifikant lavere andel af børn, der ikke bliver ammet fuldt i mindst fire måneder, mens der i Albertslund, Egedal, Frederikssund, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Høje-Taastrup, Ishøj og Vallensbæk er en statistisk signifikant højere andel (se figur 3.3). Figur 3.4 viser et kort over forekomsten af børn i Region Hovedstaden, der ikke ammes fuldt i mindst fire måneder.

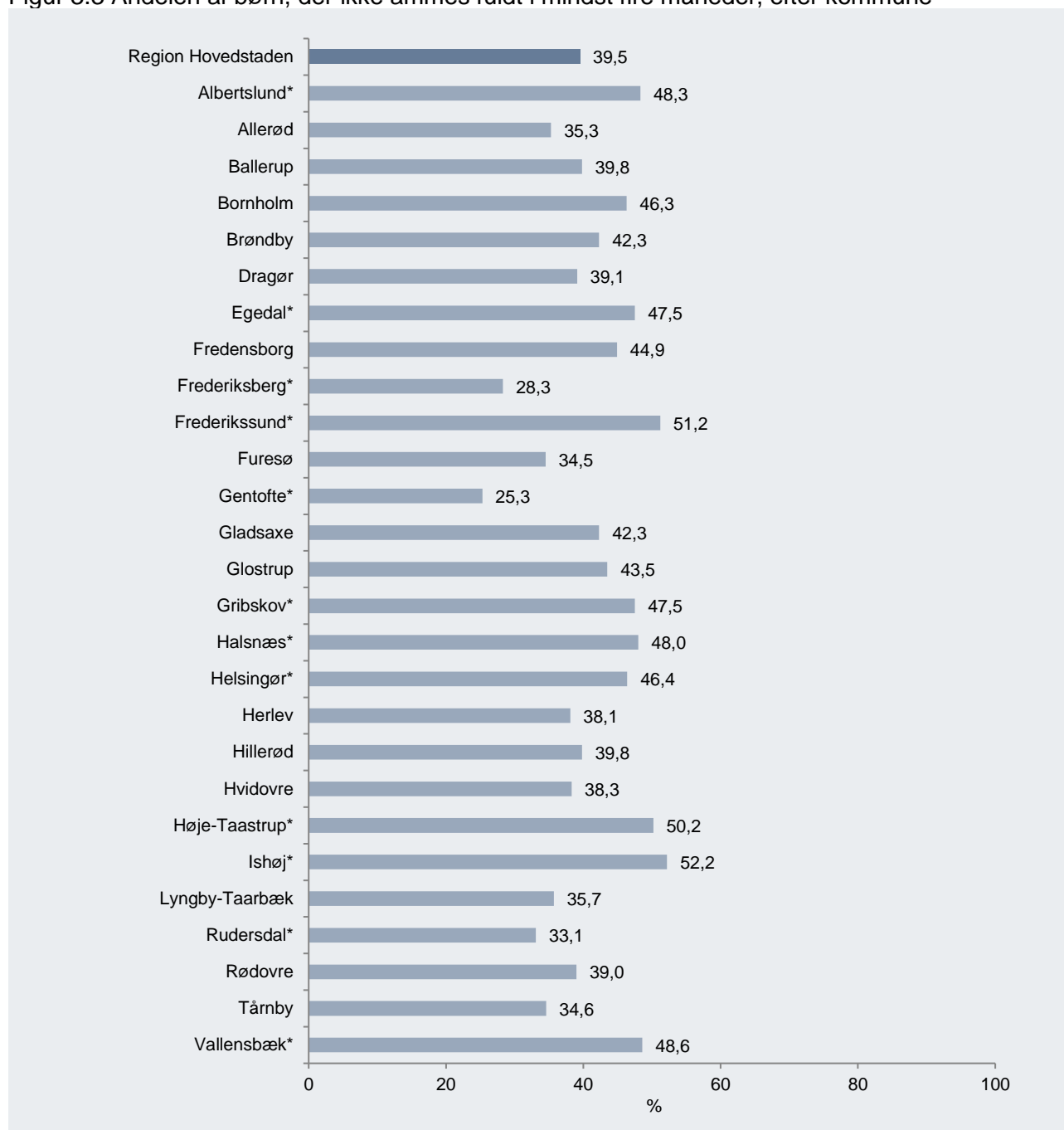
Tabel 3.2 Andelen af børn, der ikke ammes fuldt i mindst fire måneder, efter køn, gestationsalder, fødselsvægt, mors paritet, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Ikke ammet fuldt i mindst fire måneder
	%
Region Hovedstaden	39,5
Køn (N=11.150)	
Dreng	40,3
Pige	38,6
Gestationsalder* (N=10.907)	
Født før uge 37	52,1
Født uge 37 eller senere	38,8
Fødselsvægt* (N=10.902)	
Mindre end 2.500 gram	55,0
2.500-3.999 gram	39,5
4.000 gram og over	35,4
Mors paritet* (N=10.909)	
Førstegangsfødende	42,6
Flergangsfødende	37,0
Forældres uddannelsesniveau* (N=10.404)	
Lang videregående	27,0
Kort eller mellemlang videregående	39,6
Almen- eller erhvervsgymnasial	44,2
Erhvervsfaglig	54,0
Grundskole	60,4
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet* (N=9.603)	
Begge forældre i erhverv	37,0
Én i erhverv, én ikke i erhverv	47,8
Begge forældre ikke i erhverv	52,7
Familietype* (N=10.553)	
Bor med begge forældre	37,3
Bor ikke med begge forældre	50,6
Forældres herkomst* (N=10.663)	
Begge forældre dansk herkomst	37,6
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	35,3
Begge efterkommere eller indvandrere	45,3

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

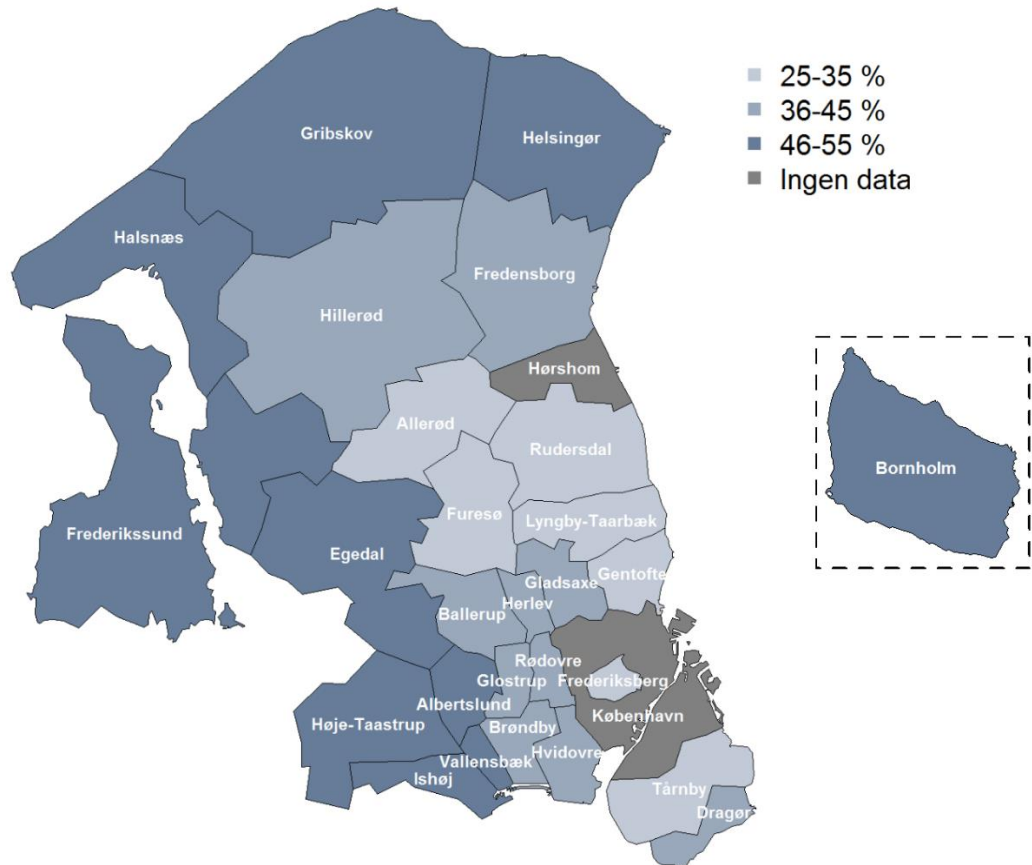
Region Hovedstaden indbefatter de 27 kommuner, der har indsendt data om de nul- til etårige børn født i 2016: Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Rødovre, Tårnby og Vallensbæk.

Figur 3.3 Andelen af børn, der ikke ammes fuldt i mindst fire måneder, efter kommune



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

Figur 3.4 Andelen af børn, der ikke ammes fuldt i mindst fire måneder, efter kommune



Overvægt

Både internationalt og i Danmark er der forskning, der har fundet en sammenhæng mellem vægtstatus og vækstmønster tidligt i livet og overvægt senere i barndommen⁽³⁰⁻³³⁾. Derfor er det vigtigt at være opmærksom på forebyggelse af overvægt tidligt i livet. Hvis der ikke sættes tidligt ind, kan barnet risikere, at overvægten medfører psykosociale belastninger, der blandt andet inkluderer lavere livskvalitet, isolering, manglende social tilpasning samt psykiske effekter af mobning og nederlag, eksempelvis trøstespisning og tilbagetrækning fra deltagelse i fysisk udfoldelse^(31, 34). Derudover kan barnet opleve fysiske konsekvenser, der inkluderer forhøjede niveauer af risikofaktorer for senere hjertekarsygdomme, eksempelvis forhøjet kolesterolniveau, forhøjet blodtryk⁽³¹⁾ samt forøget risiko for at få type 2-diabetes og flere cancerformer i voksenlivet⁽³⁵⁾. Herudover kan overvægtige børn opleve smerter i bevægeapparatet samt søvnforstyrrelser, der kan medføre nedsat indlæring. Overvægtige børn har desuden en generelt øget forekomst af astma og kan have svært ved at deltage i fysiske aktiviteter med deres normalvægtige kammerater⁽³⁶⁾.

Overvægt i Region Hovedstaden

Når man monitorerer små børns vækst, er det vigtigt, at man bruger den optimale vækst som reference. Den optimale vækst beskrives med en standardkurve baseret udelukkende på raske børn. I 2006 udgav WHO en ny vækstreference til børn i alderen nul til fem år baseret på The WHO Multicentre Growth Reference Study⁽³⁷⁾. Denne vækstreference er baseret på en population

af sunde og ammede spædbørn, der er vokset op i et miljø, der ikke begrænser børnenes vækst. Denne vækstreference er implementeret som standardreference for børns vækst i adskillige lande, og Sundhedsstyrelsen anbefaler brug af denne vækstreference ved monitorering af overvægt blandt små børn⁽¹²⁾. Den vil derfor også blive anvendt i denne rapport.

Med brug af WHO-vækstreferencer udregnes en z-score, også kaldet en standardafvigelsesscore. Denne kan benyttes til at beskrive, hvor meget et barns vækst afviger fra gennemsnittet. En z-score på 0 svarer til gennemsnitsværdien, og jo højere eller lavere en z-score, jo længere ligger målingen fra gennemsnittet. På baggrund af z-scores kan børnene indplaceres efter vægtstatus. Ud fra disse WHO-referencer vurderes et nul- til femårigt barn som undervægtigt med en z-score på mindre end -2, normalvægtigt med en z-score mellem -2 og +1, i risiko for overvægt med en z-score mellem +1 og +2, overvægtigt med en z-score mellem +2 og +3, og svært overvægtigt med en z-score på over +3⁽³⁸⁾.

I Region Hovedstaden er der 4,9 % af børnene, der ved seks- til timånedersalderen kan karakteriseres som overvægtig eller svært overvægtig. Der er en højere forekomst af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige, blandt børn, der har en fødselsvægt på 4.000 gram eller mere. Desuden er der en social gradient, det vil sige, at den laveste forekomst af overvægtige/svært overvægtige ses blandt børn af forældre med en lang videregående uddannelse (3,4 %), og derefter stiger forekomsten og er højest blandt børn af forældre, der har grundskolen som højest fuldførte uddannelse (8,7 %) (se tabel 3.3).

Blandt kommunerne i Region Hovedstaden svinger andelen af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige, mellem 1,9 % i Gladsaxe Kommune og 10,8 % i Bornholms Regionskommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der i Gentofte, Gladsaxe og Rudersdal en statistisk signifikant lavere andel af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige, mens der i Bornholm, Halsnæs og Høje-Taastrup er en statistisk signifikant højere andel (se figur 3.5). Figur 3.6 viser et kort over forekomsten af børn i Region Hovedstaden, der er overvægtige eller svært overvægtige.

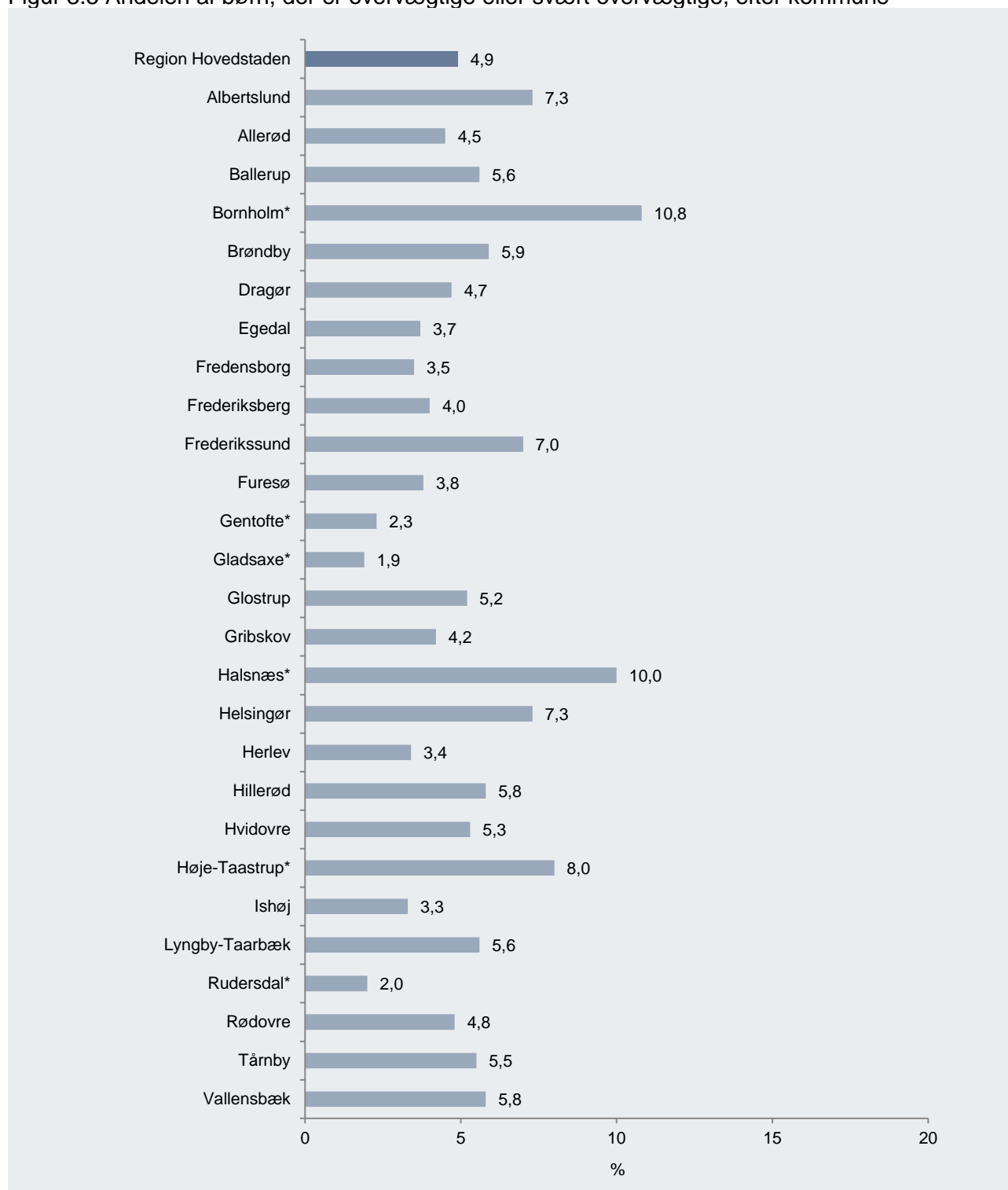
Tabel 3.3 Andelen af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige ved seks- til timånedersalderen, efter køn, gestationsalder, fødselsvægt, mors paritet, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Overvægtig eller svært overvægtig %
Region Hovedstaden	4,9
Køn (N=11.284)	
Dreng	5,4
Pige	4,4
Gestationsalder (N=11.030)	
Født før uge 37	3,7
Født uge 37 eller senere	5,0
Fødselsvægt* (N=11.031)	
Mindre end 2.500 gram	2,0
2.500-3.999 gram	4,6
4.000 gram og over	7,3
Mors paritet (N=11.036)	
Førstegangsfødende	4,8
Flergangsfødende	5,0
Forældres uddannelsesniveau* (N=10.545)	
Lang videregående	3,4
Kort eller mellemlang videregående	5,1
Almen- eller erhvervsgymnasial	6,3
Erhvervsfaglig	6,3
Grundskole	8,7
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet (N=9.730)	
Begge forældre i erhverv	4,5
Én i erhverv, én ikke i erhverv	6,2
Begge forældre ikke i erhverv	6,3
Familietype (N=10.685)	
Bor med begge forældre	4,6
Bor ikke med begge forældre	5,9
Forældres herkomst (N=10.790)	
Begge forældre dansk herkomst	4,9
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	5,1
Begge efterkommere eller indvandrere	4,1

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

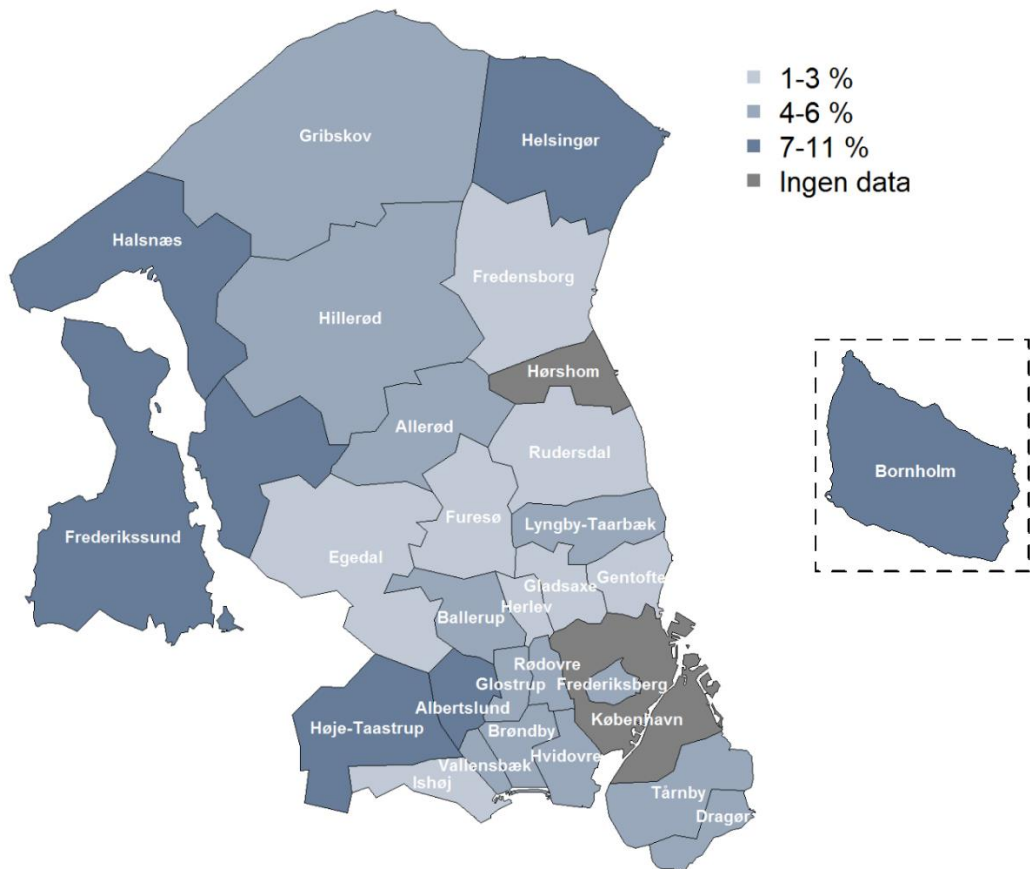
Region Hovedstaden indbefatter de 27 kommuner, der har indsendt data om de nul- til etårige børn født i 2016: Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Rødovre, Tårnby og Vallensbæk.

Figur 3.5 Andelen af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige, efter kommune



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

Figur 3.6 Andelen af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige, efter kommune



Sprog og kommunikation

Børns kommunikative evner begynder at udvikle sig i det første leveår. Allerede når nyfødte babyer kommer til verden, har de erfaring med sproglyde, da fosteret i de sidste måneder af graviditeten begynder at registrere deres mors stemme, intonation og rytme^(39, 40). Spædbørns før-sproglige kommunikation er nonverbal og udviklingen af denne er vigtig for barnets kommunikationsudvikling og sprogindlæring⁽⁴¹⁻⁴³⁾. Tidlig sprogforsinkelse øger chancen for vedvarende sproglige problemer. Forskningen viser desuden, at der er en sammenhæng mellem barnets tidlige sprogegenskaber og hvordan, barnet klarer sig uddannelsesmæssigt⁽⁴⁴⁾. Derudover er kommunikations- og sprogegenskaber vigtige for at kunne indgå i sociale fællesskaber og undgå social isolation⁽⁴⁵⁾.

Sprog og kommunikation i Region Hovedstaden

Sundhedsplejersken registrerer i forbindelse med hjemmebesøgene, hvorvidt der er en bemærkning til barnets sprog og kommunikation. En bemærkning dækker over, at barnet ikke opfylder den forventelige sprog- og kommunikationsudvikling i forhold til alderen.

I Region Hovedstaden er der 4,7 % af børnene, der har mindst én bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår. Der er en højere forekomst af børn, der har en bemærkning til sprog og kommunikation, blandt børn, der er født før uge 37, der har en fødselsvægt på under 2.500 gram, hvis forældres højest fuldførte uddannelse er lavere end en lang videregående uddannelse, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv samt blandt børn, hvis forældre er efterkommere og/eller indvandrere (se tabel 3.4).

Når man opdeler andelen af børn med bemærkninger til sprog og kommunikation på journalsystem, ses der en forskel i forekomstniveau (se figur 3.7). Det skyldes til dels, at de to journalsystemer ikke er helt enslydende. Journalsystemerne er begge tilrettelagt således, at barnet ved to- til tremånedersalderen skal kunne pludre med flere lyde, ved fire- til seksmånedersalderen skal kunne pludre varieret og være i dialog, samt grine og hvine, og at barnet ved otte- til timånedersalderen skal kunne pludre med mange lyde, i to stavelser og i varieret styrke og længde. Desuden forventes det ved otte- til timånedersalderen, i begge journalsystemer, at barnet skal kunne reagere på sit eget navn, gentage forældrenes lyde og forstå enkelte ord og lyde, samt at barnet gennem mimik skal kunne give tydeligt udtryk for glæde og utilfredshed. Journalsystemerne adskiller sig eksempelvis ved, at det i NOVAX, ved to- til tremånedersalderen, allerede forventes, at barnet giver tydelige tegn på sult, træthed og ønske om kontakt, mens det i TM Sund-journalsystemet forventes, at barnet i fire- til seksmånedersalderen eksperimenterer med høje lyde.

Blandt de kommuner, der anvender TM Sund-journalsystemet svinger andelen af børn, der har mindst én bemærkning til deres sprog og kommunikation i første leveår, mellem 2,3 % i Dragør Kommune og 14,1 % i Albertslund Kommune. Set i forhold til TM Sund-gennemsnittet er der i Ballerup og Tårnby en statistisk signifikant lavere andel af børn med mindst én bemærkning til deres sprog og kommunikation, mens der i Albertslund Kommune er en statistisk signifikant højere andel (se figur 3.7). Blandt de kommuner, der anvender NOVAX-journalsystemet svinger andelen af børn, der har mindst én bemærkning til deres sprog og kommunikation i første leveår, mellem 1,2 % i Frederiksberg Kommune og 6,6 % i Ishøj Kommune. Set i forhold til NOVAX-gennemsnittet er der i Frederiksberg Kommune en statistisk signifikant lavere andel af børn med mindst én bemærkning til deres sprog og kommunikation, mens der i Gladsaxe og Ishøj er en statistisk signifikant højere andel (se figur 3.7).

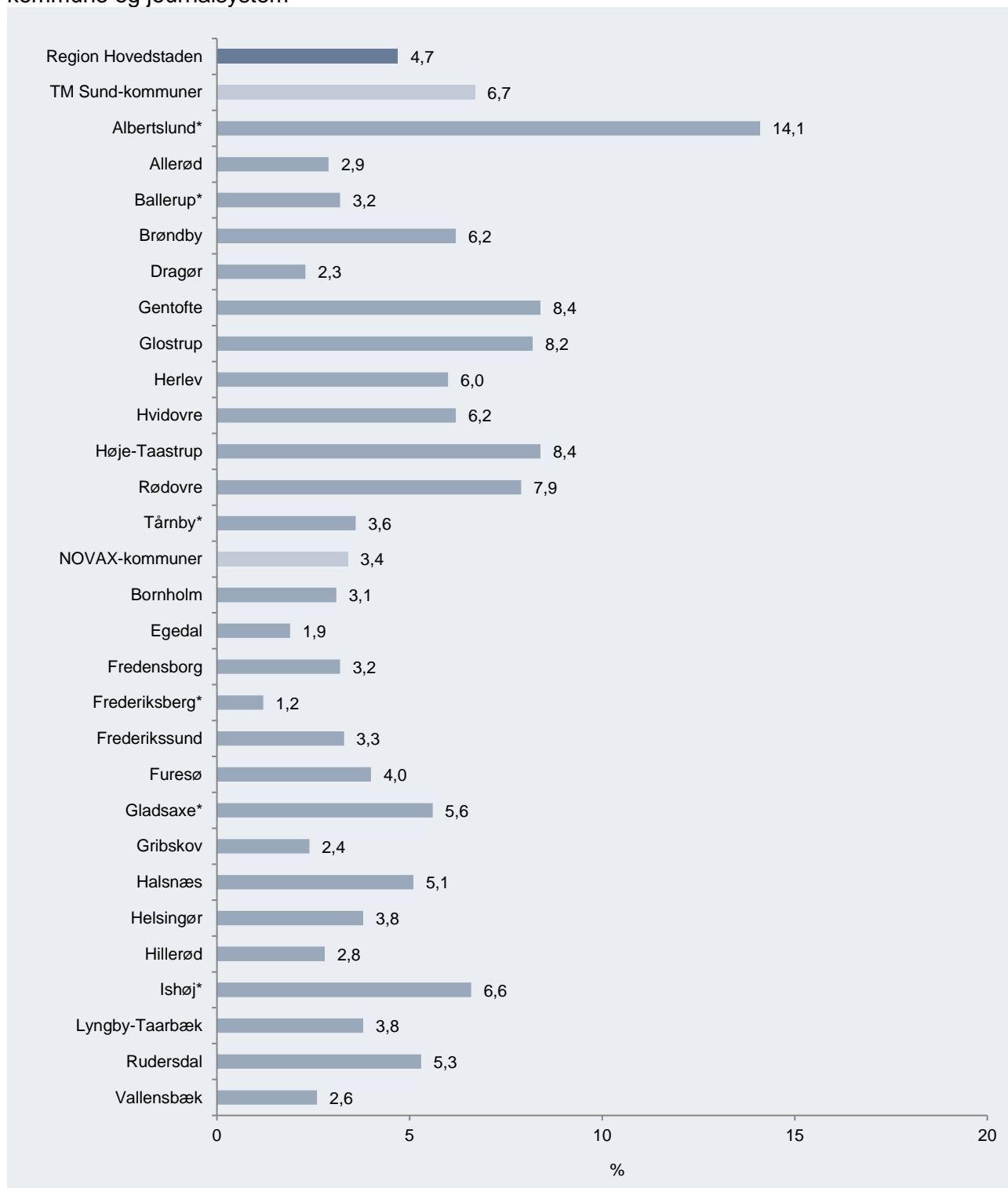
Tabel 3.4 Andelen af børn, der har mindst én bemærkning til sprog og kommunikation, efter køn, gestationsalder, fødselsvægt, mors paritet, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Mindst én bemærkning til sprog og kommunikation
	%
Region Hovedstaden	4,7
Køn (N=12.038)	
Dreng	5,1
Pige	4,3
Gestationsalder* (N=11.758)	
Født før uge 37	19,7
Født uge 37 eller senere	3,8
Fødselsvægt* (N=11.747)	
Mindre end 2.500 gram	22,1
2.500-3.999 gram	4,1
4.000 gram og over	2,7
Mors paritet (N=11.760)	
Førstegangsfødende	4,7
Flergangsfødende	4,7
Forældres uddannelsesniveau* (N=11.208)	
Lang videregående	3,5
Kort eller mellemlang videregående	4,8
Almen- eller erhvervsgymnasial	5,8
Erhvervsfaglig	4,6
Grundskole	8,3
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet* (N=10.292)	
Begge forældre i erhverv	4,2
Én i erhverv, én ikke i erhverv	5,5
Begge forældre ikke i erhverv	7,5
Familietype* (N=11.358)	
Bor med begge forældre	4,4
Bor ikke med begge forældre	6,4
Forældres herkomst* (N=11.481)	
Begge forældre dansk herkomst	4,0
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	5,0
Begge efterkommere eller indvandrere	6,6

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 27 kommuner, der har indsendt data om de nul- til etårige børn født i 2016: Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Rødovre, Tårnby og Vallensbæk.

Figur 3.7 Andelen af børn, der har mindst én bemærkning til sprog og kommunikation, efter kommune og journalsystem



*Signifikant forskellig fra hhv. TM Sund-kommuner eller NOVAX-kommuner ($p \leq 0,01$)

Signaler og regulatoriske vanskeligheder

Mange børn og familier lider under uspecifikke problemer, såsom søvnproblemer, spiseproblemer og problemer med gråd og uro. Problemer som disse optræder ofte sammen og betegnes som regulatoriske problemer⁽⁴⁶⁻⁵⁰⁾. Det er vigtigt at afhjælpe disse problemer, fordi de kan skabe stor utryghed, være en stor belastning for familierne og kan risikere at give barnet problemer på længere sigt.

Alle spædbørn er urolige og græder. Gråd og uro har sædvanligvis ikke en sygelig karakter eller en biologisk baggrund, men anses som en naturlig del af barnets udvikling. Barnet bruger gråden til at kommunikere og signalere behov⁽⁵¹⁾. Der er dog nogle børn, der er usædvanligt urolige eller græder mere end normalt. Kun hos 1 % af børnene skyldes dette en biologisk baggrund. Et utrusteligt barn med meget langvarige udbrud med høj og intens gråd kan være utroligt belastende for forældrene, og mange forældre tror fejlagtigt, at det er deres svigtende forældreevner, der er årsag til, at barnet græder meget⁽⁵¹⁾. Omfattende gråd og uro øger blandt andet risikoen for omsorgssvigt og ruskede børn⁽⁴⁹⁾. Derudover har børn, der er præget af omfattende gråd og uro i de første levemåneder, øget risiko for senere adfærdsproblemer, problemer med deres sociale udvikling samt emotionelle og kognitive problemer^(46, 49, 50, 52-54).

I løbet af det første år sover spædbarnet en stor del af tiden^(55, 56). Søvn har afgørende betydning for barnets udvikling⁽¹²⁾, og problemer og bekymringer i forhold til barnets søvn og søvnrytme er meget udbredt i barnets første leveår. 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^(57, 58).

Begrebet *spiseproblemer i første leveår* dækker over mange forskellige problemer: at spædbarnet ikke spiser og drikker nok, spiser meget langsomt, at der er problemer med at sutte, synke, bruge mund og tunge, at barnet skubber skeen væk, vender hovedet bort, lader være med at synke maden, gylper eller kaster maden op samt vanskeligheder ved at etablere gode spise- og måltidsrutiner^(47, 49, 59).

Forskningen om tidlige spiseproblemer er begrænset og bygger ofte på små kliniske studiepopulationer. Det betyder, at man ikke har den store indsigt i de processer, der udvikler sig i normale børnepopulationer og senere i barndommen. Der tegner sig dog et forholdsvis tydeligt billede af en række alvorlige mulige følgevirkninger af spiseproblemer i første leveår: Forsinket motorisk, sprogligt, kognitivt og vægtudvikling er blandt de oftest nævnte⁽⁴⁹⁾. Der ses også en nedsat risiko for autonomi hos barnet, når det bliver lidt ældre⁽⁶⁰⁾, risiko for belastet mor-barnkontakt⁽⁶⁰⁾, øget risiko for omsorgssvigt og rusketure⁽⁴⁹⁾, øget risiko for psykiske vanskeligheder og adfærdsvanskeligheder senere i barndommen⁽⁶¹⁾ samt øget risiko for, at barnet udvikler lav social kompetence⁽⁶¹⁾. For moderen øges risikoen for lav selvtillid og lavt selvværd⁽⁶⁰⁾. Disse risici bliver større, jo flere regulatoriske problemer der er i første leveår⁽⁴⁹⁾.

Søvn i Region Hovedstaden

Sundhedsplejersken vurderer barnets døgnrytme og søvnmønster ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Det registreres i journalen, hvis der er bemærkninger til barnets søvn. En bemærkning dækker over, at barnet har en døgnrytme, der giver anledning til problemer, eller fra fire månedersalderen, hvis barnet ikke har en begyndende døgnrytme.

For alle 27 kommuner i Region Hovedstaden, der har indsendt data om de nul- til etårige børn født i 2016 om søvn, er der 8,7 % af børnene, der har mindst én bemærkning til deres søvn i første leveår. Der er en højere forekomst af børn, der har en bemærkning til deres søvn, blandt børn, der er født før uge 37, der har en fødselsvægt på mindre end 2.500 gram, og blandt børn, hvis

forældre har en kort eller mellemlang videregående uddannelse, almen eller erhvervsgymnasial uddannelse eller en erhvervsfaglig uddannelse (se tabel 3.5).

Når man opdeler andelen af børn med bemærkning til søvn på journalsystem, ses der en forskel på trods af, at de to journalsystemer har stort set ens ordlyd (se figur 3.8). Blandt kommunerne i Region Hovedstaden, der anvender TM Sund-journalsystemet, svinger andelen af børn, der har mindst én bemærkning til deres søvn i første leveår mellem 6,8 % og 23,0 %. Set i forhold til TM Sund-gennemsnittet er der i Ballerup, Brøndby, Glostrup og Herlev en statistisk signifikant højere andel af børn med bemærkning til søvn, mens der i Hvidovre og Rødovre er en statistisk signifikant lavere andel (se figur 3.8). Blandt kommunerne i Region Hovedstaden, der anvender NOVAX-journalsystemet, svinger andelen af børn, der har mindst én bemærkning til deres søvn i første leveår, mellem 2,1 % og 11,4 %. Set i forhold til NOVAX-gennemsnittet er der i Gladsaxe, Hillerød, Rudersdal og Vallensbæk en statistisk signifikant højere andel af børn med bemærkning til søvn, mens der i Fredensborg, Frederiksberg og Frederikssund er en statistisk signifikant lavere andel (se figur 3.8).

Spisning i Region Hovedstaden

I kommuner, der anvender TM Sund-journalsystemet, vurderer sundhedsplejersken barnets ernæring og spisning ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Det registreres i journalen som en bemærkning, hvis barnets ernæring og spisning ikke er alderssvarende. I de første levemåneder kan en bemærkning betyde, at barnet ikke ammes svarende til Sundhedsstyrelsen anbefaling, og at der er problemer med spisningen, mens en bemærkning i ottende til tiende måned kan betyde, at der er problemer med spisningen (måden barnet spiser på), at barnet ikke har lært at drikke af kop, eller at barnets hovedernæring ikke er skemad (barnets ernæring ikke svarer til anbefalingerne).

For de 12 kommuner i Region Hovedstaden, der anvender TM Sund-journalsystemet, er der 51,7 % af børnene, der har mindst én bemærkning til spisning i barnets første leveår. Der er en højere forekomst af børn, der får bemærkninger til spisning, blandt børn, der er født før uge 37, der har en fødselsvægt på under 2.500 gram ved fødslen, hvis forældres højeste fuldførte uddannelse er lavere end en lang videregående uddannelse, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv samt blandt børn, hvis forældre er efterkommere eller indvandrere (se tabel 3.5).

Blandt de kommuner i Region Hovedstaden, der anvender TM Sund-journalsystemet, svinger andelen af børn, der har mindst én bemærkning til spisning i første leveår, mellem 41,4 % i Allerød Kommune og 62,8 % i Albertslund Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der i Allerød og Gentofte en statistisk signifikant lavere andel af børn med bemærkning til spisning, mens der i Albertslund og Brøndby er en statistisk signifikant højere andel (se figur 3.9).

Gråd og uro i Region Hovedstaden

For de kommuner, der anvender TM Sund-journalsystemet registrerer sundhedsplejerskerne, om der er bemærkning til gråd og uro. En bemærkning kan eksempelvis betyde, at barnet ofte er utrøsteligt.

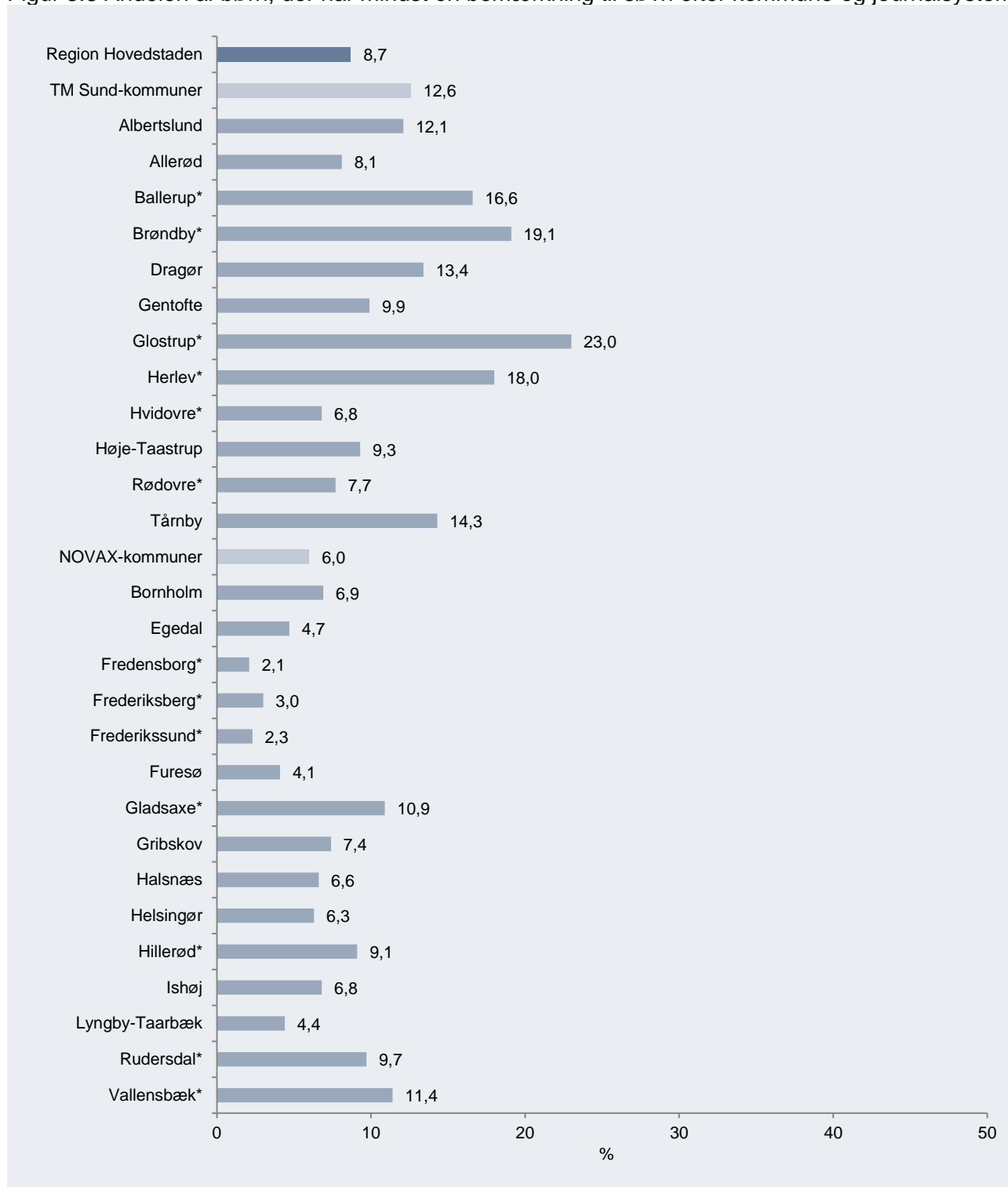
For de kommuner i Region Hovedstaden, der anvender TM Sund-journalsystemet, er der 5,5 % af børnene, der har mindst én bemærkning til gråd og uro i barnets første leveår. Der er en højere forekomst af børn med bemærkning til gråd og uro blandt børn af førstegangsfødende mødre (se tabel 3.5). Blandt kommunerne i Region Hovedstaden, der anvender TM Sund-journalsystemet, svinger andelen af børn, der har mindst én bemærkning til gråd og uro i deres første leveår, mellem 3,7 % i Tårnby Kommune og 9,9 % i Herlev Kommune. Sidstnævnte andel er statistisk signifikant større end gennemsnittet for Region Hovedstaden (se figur 3.10).

Tabel 3.5 Andelen af børn, der har mindst én bemærkning til søvn, spisning og gråd og uro, efter køn, gestationsalder, fødselsvægt, mors paritet, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Mindst én bemærkning til søvn	Mindst én bemærkning til spisning	Mindst én bemærkning til gråd og uro
	%	%	%
Region Hovedstaden	8,7	51,7	5,5
Køn	(N=12.383)	(N=5.075)	(N=5.101)
Dreng	8,8	51,3	5,6
Pige	8,6	52,1	5,4
Gestationsalder	(N=12.069)*	(N=4.926)*	(N=4.948)
Født før uge 37	12,2	64,5	8,4
Født uge 37 eller senere	8,5	51,2	5,4
Fødselsvægt	(N=12.057)*	(N=4.929)*	(N=4.952)
Mindre end 2.500 gram	13,6	62,1	9,1
2.500-3.999 gram	8,5	52,2	5,4
4.000 gram og over	8,4	46,8	5,8
Mors paritet	(N=12.071)	(N=4.926)*	(N=4.948)*
Førstegangsfødende	9,3	54,0	6,5
Flergangsfødende	8,3	50,3	4,7
Forældres uddannelsesniveau	(N=11.485)*	(N=4.706)*	(N=4.730)
Lang videregående	7,4	41,7	4,6
Kort eller mellemlang videregående	10,1	50,8	6,6
Almen- eller erhvervsgymnasial	10,7	54,6	4,9
Erhvervsfaglig	9,2	62,1	5,2
Grundskole	8,4	63,0	5,6
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet	(N=10.516)	(N=4.187)*	(N=4.206)
Begge forældre i erhverv	8,6	49,1	5,7
Én i erhverv, én ikke i erhverv	10,3	61,5	5,9
Begge forældre ikke i erhverv	7,0	71,3	5,6
Familietype	(N=11.636)	(N=4.689)*	(N=4.713)
Bor med begge forældre	8,6	50,4	5,5
Bor ikke med begge forældre	10,4	59,1	6,4
Forældres herkomst	(N=11.763)	(N=4.736)*	(N=4.760)
Begge forældre dansk herkomst	8,5	49,0	5,8
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	8,6	49,5	4,3
Begge efterkommere eller indvandrere	9,9	58,3	5,8

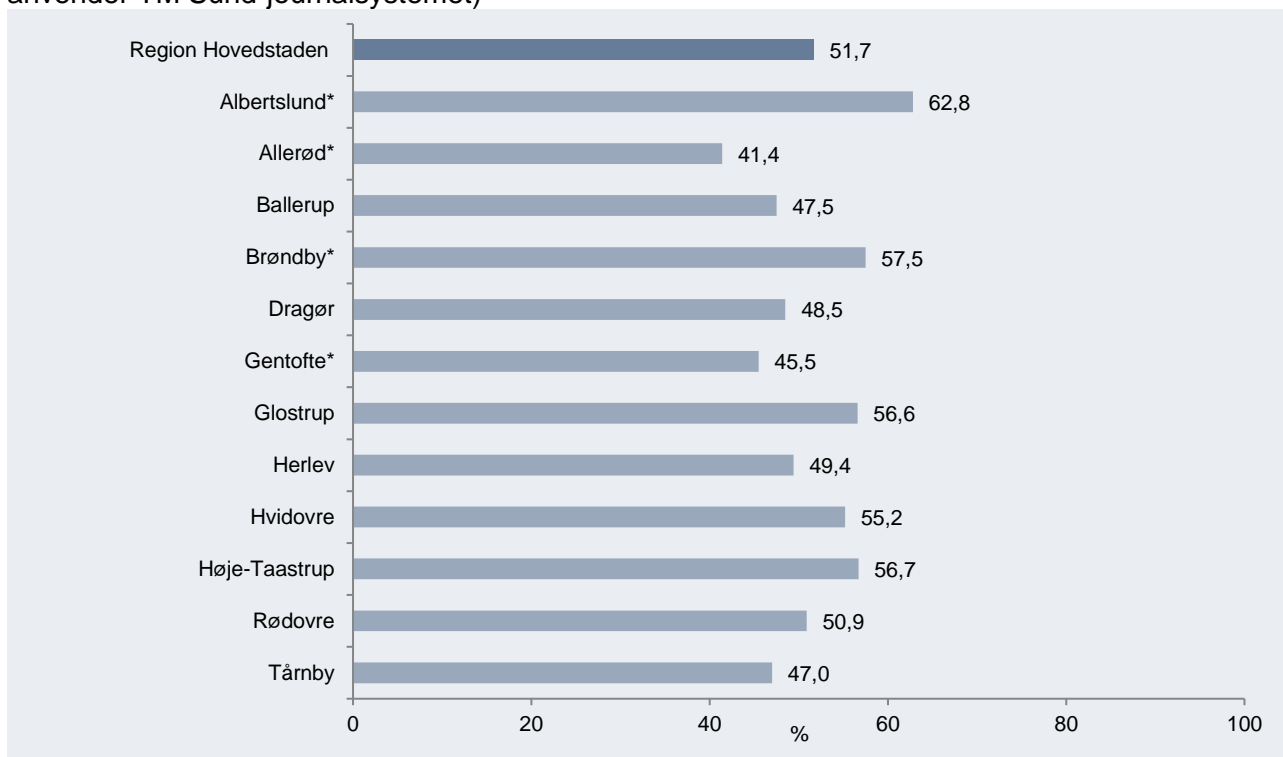
*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Figur 3.8 Andelen af børn, der har mindst én bemærkning til søvn efter kommune og journalsystem



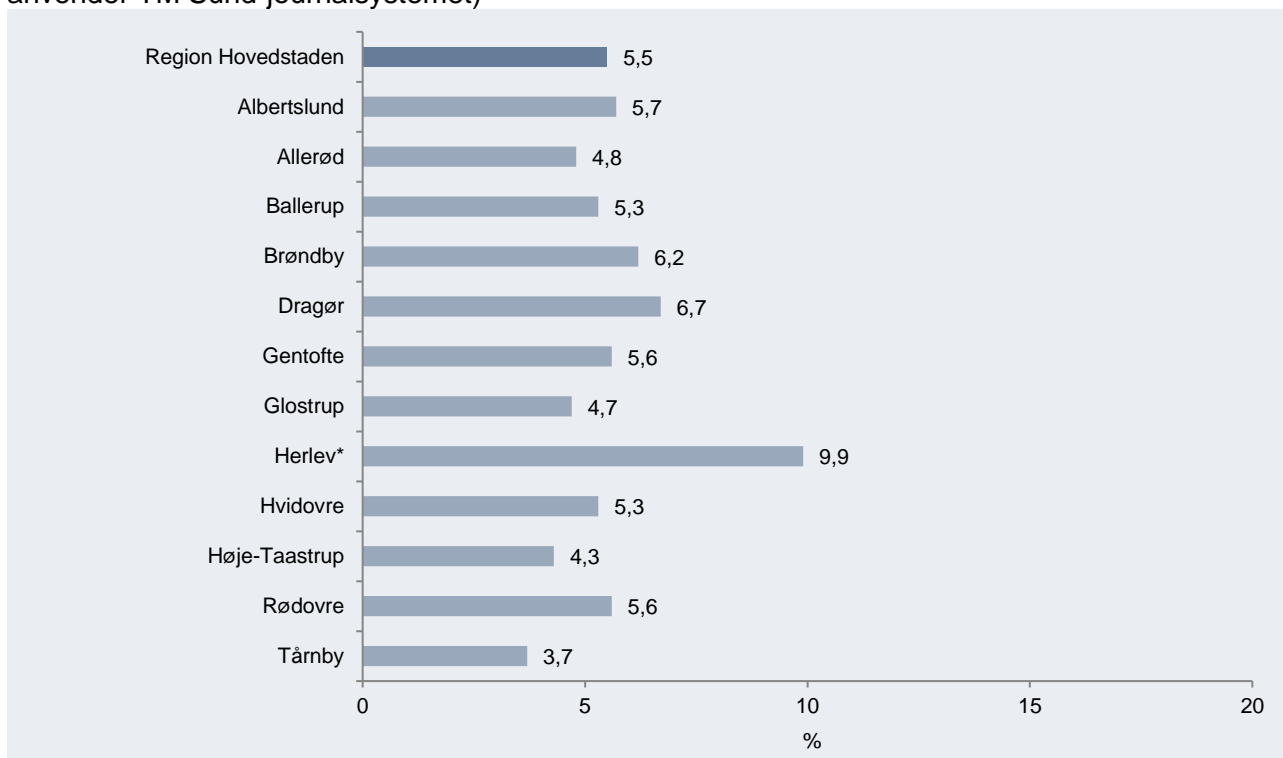
*Signifikant forskellig fra hhv. TM Sund-kommuner eller NOVAX-kommuner ($p \leq 0,01$)

Figur 3.9 Andelen af børn, der har mindst én bemærkning til spisning (kun kommuner, der anvender TM Sund-journalsystemet)



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

Figur 3.10 Andelen af børn, der har mindst én bemærkning til gråd og uro (kun kommuner, der anvender TM Sund-journalsystemet)



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p < .01$)

Barnets signaler og reaktioner i Region Hovedstaden

For de kommuner, der anvender TM Sund-journalsystemet, registrerer sundhedsplejerskerne, om der er bemærkninger til barnets signaler og reaktioner. En bemærkning til barnets signaler og reaktioner kan skyldes, at barnets døgnrytme giver anledning til problemer, at barnets søvnmønster har negativ indflydelse på barnets spisning og trivsel, at barnet ikke kan trøstes, at barnet er anspændt og pirreligt, at barnet opleves trist og opgivende, eller hvis der er andre problematiske forhold vedrørende barnets signaler og reaktioner. Barnets signaler og reaktioner rummer således også bemærkninger til søvn og uro/gråd, som er vist selvstændigt i figur 3.8 og 3.10.

For de kommuner i Region Hovedstaden, der anvender TM Sund-journalsystemet, er der 21,2 % af børnene, der har mindst én bemærkning til deres signaler og reaktioner i første leveår. Der er en højere forekomst af børn med bemærkning til deres signaler og reaktioner blandt børn, der ikke bor sammen med begge forældre (se tabel 3.6).

Blandt kommunerne i Region Hovedstaden, der anvender TM Sund-journalsystemet, svinger andelen af børn, der har mindst én bemærkning til deres signaler og reaktioner i første leveår, mellem 12,7 % i Rødovre Kommune og 29,9 % i Herlev Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der i Rødovre Kommune en statistisk signifikant lavere andel af børn med bemærkning til deres signaler og reaktioner, mens der i Brøndby, Glostrup og Herlev er en statistisk signifikant højere andel (se figur 3.11).

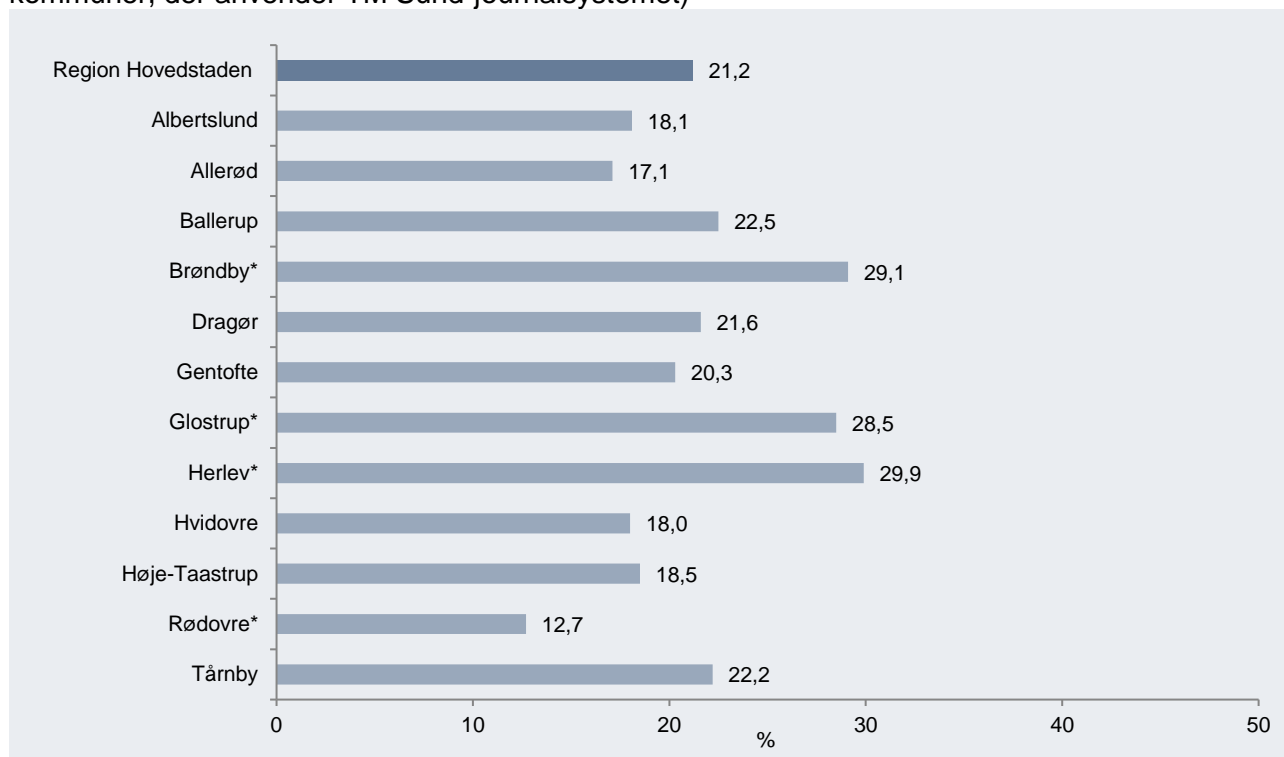
Tabel 3.6 Andelen af børn, der har mindst én bemærkning til signaler og reaktioner, efter køn, gestationsalder, fødselsvægt, mors paritet, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Mindst én bemærkning til signaler og reaktioner
	%
Region Hovedstaden	21,2
Køn (N=5.101)	
Dreng	22,1
Pige	20,1
Gestationsalder (N=4.948)	
Født før uge 37	24,8
Født uge 37 eller senere	21,0
Fødselsvægt (N=4.952)	
Mindre end 2.500 gram	27,7
2.500-3.999 gram	21,2
4.000 gram og over	20,4
Mors paritet* (N=4.948)	
Førstegangsfødende	22,9
Flergangsfødende	19,8
Forældres uddannelsesniveau (N=4.730)	
Lang videregående	18,9
Kort eller mellemlang videregående	23,7
Almen- eller erhvervsgymnasial	23,5
Erhvervsfaglig	21,5
Grundskole	21,2
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet (N=4.206)	
Begge forældre i erhverv	21,2
Én i erhverv, én ikke i erhverv	25,1
Begge forældre ikke i erhverv	17,6
Familietype* (N=4.713)	
Bor med begge forældre	20,9
Bor ikke med begge forældre	25,4
Forældres herkomst (N=4.760)	
Begge forældre dansk herkomst	21,3
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	21,5
Begge efterkommere eller indvandrere	21,5

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 12 kommuner fra Region Hovedstaden, der anvender TM Sund-journalsystemet, og derfor har oplysninger om denne variabel. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 3.11 Andelen af børn, der har mindst én bemærkning til signaler og reaktioner (kun kommuner, der anvender TM Sund-journalsystemet)



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

3.3 Relationer

- 10,2 % af børnene i Region Hovedstaden, der bor i en kommune, der anvender TM Sund-journalsystemet, har bemærkninger til forældre-barn relationen i første leveår.
- 3,0 % af børnene i Region Hovedstaden, der bor i en kommune, der anvender NOVAX-journalsystemet, har bemærkninger til forældre-barn relationen i første leveår.
- For 21,8 % af børnene i Region Hovedstaden er der registreret bemærkninger til mors psykiske tilstand i barnets første leveår.

Forældre-barn relation

I det første år af barnets liv har barnets relationer til forældrene stor betydning for barnets udvikling, og sundhedsplejerskerne registrerer systematisk og ud fra en ensartet praksis, hvordan det går med disse relationer. Sundhedsplejersken registrerer en bemærkning, hvis sundhedsplejersken i sin kontakt med familien har registreret noget bemærkelsesværdigt, det vil sige forhold, som vækker bekymring eller kræver ekstra indsats eller opfølgning.

Allerede i graviditeten knytter forældrene psykiske relationer til det ufødte barn, og når barnet bliver født, indledes forældre-barn relationen. En god forældre-barn relation er vigtig for barnets udvikling både socialt og psykisk^(62, 63). Det skyldes, at det er i relationen mellem barnet og forældrene, at spædbarnets biologiske affektive disposition bliver udviklet og stimuleret, og herigennem udvikles barnets sociale kompetencer og personlighed⁽⁶²⁾.

Både danske og internationale undersøgelser peger på, at børn i en tryk relation til deres forældre trives bedre på en lang række parametre både socialt og følelsesmæssigt, hvilket tydeliggør vigtigheden af at hjælpe familierne til at opbygge en god relation⁽⁶⁴⁻⁶⁶⁾. Blandt andet viser en rapport fra Databasen Børns Sundhed (2018), at børn med relationsproblemer i første leveår oftere har en problematisk forældre-barn relation ved indskolingsundersøgelsen. Derudover viser rapporten, at børn med en problematisk forældre-barn relation ved indskolingsundersøgelsen oftere trives dårligere i skolen samt oftere får diagnosticeret en psykisk sygdom i skoleårene⁽⁶⁷⁾.

Alle børn knytter sig til deres primære omsorgspersoner, men der er forskel på, hvordan de knytter sig. Tilknytningen er afhængig af den følelsesmæssige relation, der er mellem barnet og dets omsorgsgiver. Især omsorgsgiverens sensitivitet spiller en afgørende rolle. Børn, hvis forældre er omsorgsfulde, vil ofte udvikle en tryk tilknytning, mens børn, der ikke oplever, at deres forældre er tilgængelige, risikerer at udvikle en utryk tilknytning⁽⁶⁸⁾.

Forældre-barn relationen i Region Hovedstaden

Forældre-barn relationen registreres af sundhedsplejersken ved fire hjemmebesøg i barnets første leveår. I TM Sund-journalsystemet benævnes forældre-barn relationen som forældre-barn kontakt og samspil, og i NOVAX-journalsystemet benævnes relationen som samvær/kontakt/leg. Sundhedsplejersken registrerer i forbindelse med de fire hjemmebesøg, hvorvidt der er en bemærkning til relationen mellem forældre og barn. En bemærkning betyder, at sundhedsplejersken ved sin kontakt med familien har registreret noget bemærkelsesværdigt til forældre-barn relationen, det vil sige forhold, som vækker bekymring eller kræver ekstra indsats eller opfølgning.

Begge journalsystemer fokuserer på relationen mellem barnet og forældrene, men på hver sin måde. TM Sund fokuserer på, om forældrene forstår barnets behov, og NOVAX fokuserer i højere grad på barnets evne til at signalere følelsesmæssige behov samt barnets kontakt og tilknytning til primære omsorgspersoner såsom forældrene. En væsentlig forskel er også, at der i NOVAX angives kontakt ved smil og pludren, hvilket registreres andetsteds i TM Sund. De to journalsystemer kan derfor siges at fokusere på to forskellige vinkler af forældre-barn relationen og dermed ikke vise præcis det samme. Det muliggør, at forældre-barn relationen kan ansues ud fra to synsvinkler; forældrenes og barnets⁽⁶⁹⁾.

Forældre-barn relationen (TM Sund)

Blandt de 12 kommuner i Region Hovedstaden, der anvender TM Sund-journalsystemet, er der 10,2 % af børnene, hvor der er registreret en bemærkning til forældre-barn relationen. Der er en højere forekomst af børn med bemærkning til forældre-barn relationen i TM Sund-kommunerne blandt børn, hvis forældres højeste fuldførte uddannelse er grundskolen, hvis forældre ikke er i erhverv og blandt børn, hvis forældre er efterkommere og/eller indvandrere (se tabel 3.7).

Blandt kommunerne, der anvender TM Sund-journalsystemet, svinger andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen mellem 3,0 % i Dragør Kommune og 17,7 % i Gentofte Kommune. Set i forhold til TM Sund-gennemsnittet er der i Albertslund, Brøndby og Gentofte en statistisk signifikant højere andel af børn med bemærkning til forældre-barn relationen, mens der i Ballerup, Dragør, Rødovre og Tårnby er en statistisk signifikant lavere andel (se figur 3.12).

Forældre-barn relationen (NOVAX)

Blandt de 15 kommuner, der anvender NOVAX-journalsystemet, er der 3,0 % af børnene, hvor der er registreret en bemærkning til forældre-barn relationen. Der er en højere forekomst af børn med bemærkning til forældre-barn relationen i NOVAX-kommunerne blandt børn, der er født før uge 37, der har en fødselsvægt på under 2.500 gram, hvis forældres højeste fuldførte uddannelse er

grundskolen, hvis forældre ikke er i erhverv, og blandt børn, der ikke bor med begge forældre (se tabel 3.7).

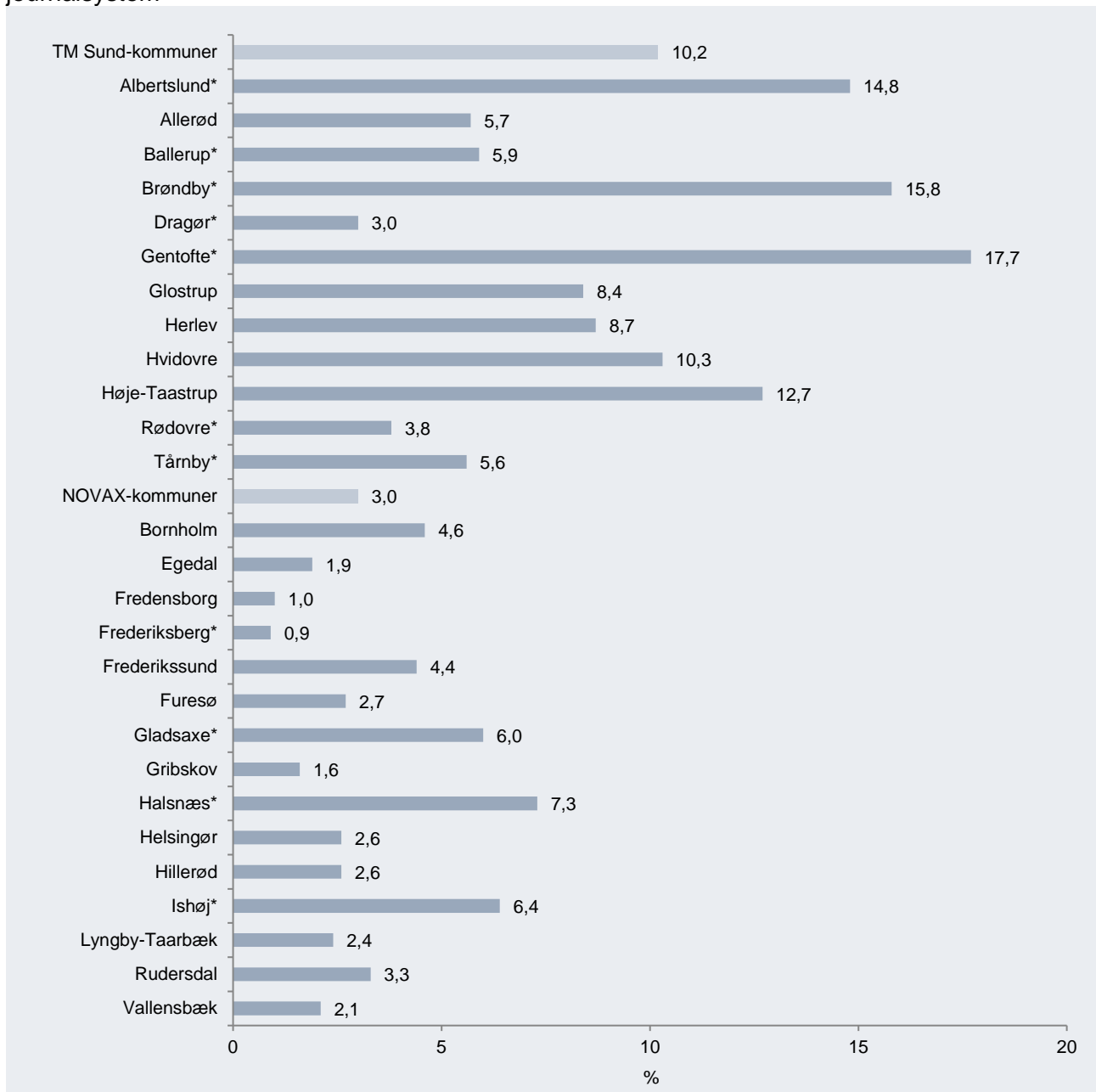
Blandt kommunerne, der anvender NOVAX-journalsystemet, svinger andelen af børn med bemærkninger til forældre-barn relationen mellem 0,9 % i Frederiksberg Kommune og 7,3 % i Halsnæs Kommune. Set i forhold til NOVAX-gennemsnittet er der i Gladsaxe, Halsnæs og Ishøj en statistisk signifikant højere andel af børn med bemærkning til forældre-barn relationen, mens der i Frederiksberg Kommune er en statistisk signifikant lavere andel (se figur 3.12).

Tabel 3.7 Andelen af børn, der har mindst én bemærkning til forældre-barn relationen, i hhv. TM Sund- og NOVAX-kommunerne efter køn, gestationsalder, fødselsvægt, mors paritet, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Mindst én bemærkning til forældre-barn relationen (TM Sund)	Mindst én bemærkning til forældre-barn relationen (NOVAX)
	%	%
Region Hovedstaden	10,2	3,0
Køn	(N=5.103)	(N=7.270)
Dreng	10,6	2,9
Pige	9,9	3,1
Gestationsalder	(N=4.950)	(N=7.110)*
Født før uge 37	9,5	16,2
Født uge 37 eller senere	10,2	2,2
Fødselsvægt	(N=4.954)	(N=7.094)*
Mindre end 2.500 gram	10,9	16,5
2.500-3.999 gram	10,4	2,4
4.000 gram og over	8,3	1,9
Mors paritet	(N=4.950)	(N=7.112)
Førstegangsfødende	11,4	3,5
Flergangsfødende	9,2	2,6
Forældres uddannelsesniveau	(N=4.732)*	(N=6.746)*
Lang videregående	10,0	2,1
Kort eller mellemlang videregående	8,1	2,5
Almen- eller erhvervsgymnasial	8,3	4,0
Erhvervsfaglig	9,2	4,1
Grundskole	18,0	6,2
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet	(N=4.207)*	(N=6.305)*
Begge forældre i erhverv	8,5	2,4
Én i erhverv, én ikke i erhverv	12,9	4,0
Begge forældre ikke i erhverv	16,7	9,3
Familietype	(N=4.714)	(N=6.913)*
Bor med begge forældre	9,6	2,7
Bor ikke med begge forældre	12,7	5,0
Forældres herkomst	(N=4.761)*	(N=6.993)
Begge forældre dansk herkomst	7,8	2,8
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	10,2	2,5
Begge efterkommere eller indvandrere	15,3	3,3

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p < .01$)

Figur 3.12 Andelen af børn, der har bemærkninger til forældre-barn relationen, efter kommune og journalsystem



*Signifikant forskellig fra hhv. TM Sund-kommuner eller NOVAX-kommuner ($p \leq 0,01$)

Mors psykiske tilstand

Det ses ofte, at kvinder oplever efterfødselsreaktioner. Reaktionen kan spænde fra meget milde reaktioner i den første uge efter fødslen til egentlig fødselsdepression⁽⁷⁰⁾. De milde reaktioner er karakteriseret ved udmattelse, sorg eller gråd, tudeture, ustabil humør, bekymring samt forvirring⁽⁷¹⁻⁷³⁾. Tilstanden starter typisk mellem anden- og femtedagen efter fødslen og varer fra få timer til nogle enkelte dage⁽⁷³⁾ og betragtes som en reaktion på fødslen⁽⁷⁰⁾. Omkring 50 % af alle fødende oplever en sådan reaktion⁽⁷³⁾.

En egentlig fødselsdepression debuterer sommetider allerede under graviditeten, men ses oftest efter fødslen. Fødselsdepressionen kan bryde ud kort efter fødslen eller udvikle sig over uger eller måneder⁽⁷⁰⁾. Adskillige studier har vist, at hvis moderen er depressiv i barnets første måneder, har

det en række negative konsekvenser for barnet – både på kort og på længere sigt. Blandt andet viser undersøgelser, at børn til mødre med psykiske vanskeligheder i forbindelse med fødslen oftere har problemer med deres kognitive og emotionelle udvikling⁽⁷⁴⁾ samt betydelige psykiske forstyrrelser⁽⁷⁵⁾. Derudover viser studier, at mødre med en fødselsdepression har højere risiko for at stoppe amning før de anbefalede fire måneders fuld amning⁽⁷⁶⁾. Ligeledes viser et studie, at spædbørn af mødre, der tre måneder efter fødslen har depressive symptomer, har flere søvnproblemer og græder mere end børn af mødre uden depressive symptomer⁽⁷⁶⁾. Endeligt viser adskillige studier desuden, at mores psykiske helbred påvirker den tidlige interaktion og tilknytning mellem mor og spædbarn⁽⁷¹⁻⁷³⁾.

Mors psykiske tilstand i Region Hovedstaden

Ved fire besøg i barnets første leveår vurderer sundhedsplejersken morens psykiske tilstand og registrerer, hvis der er bemærkninger. En bemærkning betyder, at mor ikke har det godt psykisk og ikke er psykisk velbefindende. I TM Sund-journalen eksemplificeres det yderligere med tristhed, angst, søvnproblemer, problemløs (det vil sige, at moren negligerer åbenlyse problemer) eller andet. Morens tilstand efter fødslen skal ses både fra morens egen opfattelse, fra hendes families opfattelse og ud fra sundhedsplejerskens professionelle bedømmelse. Fars psykiske tilstand indgår ikke i denne sundhedsprofil, da det tidligere kun var i TM Sund-journalen, at dette blev registreret. Fremadrettet vil det dog være muligt også at afrapportere fars psykiske tilstand via NOVAX-journalsystemet.

I Region Hovedstaden er der 21,8 % af børnene, hvor mødrene har haft mindst én bemærkning til deres psykiske tilstand i barnets første leveår. Der er en højere forekomst af børn med mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand blandt børn, der er født før uge 37, hvis forældre højst har gennemført grundskolen, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv, samt blandt børn, der ikke bor med begge forældre (se tabel 3.8).

Når man opdeler andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand på journalsystemerne, ses der en forskel på trods af, at ordlyden i de to journalsystemer er stort set ens. Blandt kommunerne i Region Hovedstaden, der anvender TM Sund-journalsystemet, svinger andelen af børn, der har mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand i første leveår, mellem 22,1 % i Glostrup og 35,2 % i Hvidovre Kommune. I Hvidovre Kommune er der statistisk signifikant flere børn med bemærkning til mors psykiske tilstand, mens der i Glostrup og Rødovre er statistisk signifikant færre set i forhold til TM Sund-gennemsnittet (se figur 3.13).

Blandt kommunerne i Region Hovedstaden, der anvender NOVAX-journalsystemet svinger andelen af børn, der har mindst én bemærkning til deres mors psykiske tilstand, mellem 6,6 % i Frederiksberg Kommune og 30,3 % i Halsnæs Kommune. Set i forhold til NOVAX-gennemsnittet er der i Halsnæs, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal en statistisk signifikant højere andel af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand, mens der i Frederiksberg og Gladsaxe er en statistisk signifikant lavere andel (se figur 3.13).

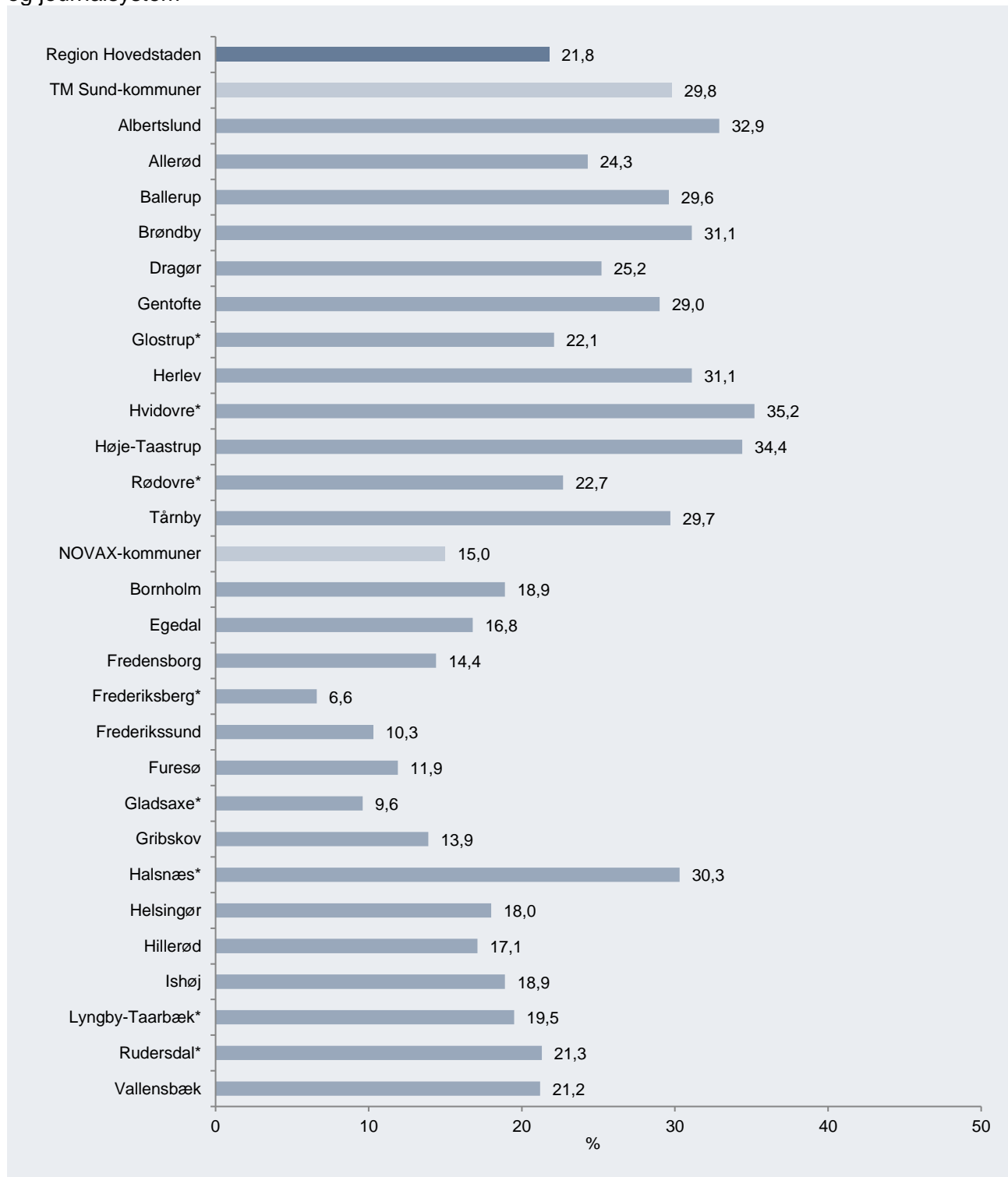
Tabel 3.8 Andelen af børn, hvor sundhedsplejersken har bemærkninger til mors psykiske tilstand, efter køn, gestationsalder, fødselsvægt, mors paritet, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand
	%
Region Hovedstaden	21,8
Køn (N=11.057)	
Dreng	22,1
Pige	21,4
Gestationsalder* (N=10.822)	
Født før uge 37	27,2
Født uge 37 eller senere	21,6
Fødselsvægt (N=10.811)	
Mindre end 2.500 gram	26,6
2.500-3.999 gram	21,8
4.000 gram og over	21,1
Mors paritet (N=10.822)	
Førstegangsfødende	22,6
Flergangsfødende	21,3
Forældres uddannelsesniveau* (N=10.285)	
Lang videregående	18,3
Kort eller mellemlang videregående	23,1
Almen- eller erhvervsgymnasial	22,5
Erhvervsfaglig	25,9
Grundskole	29,5
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet* (N=9.439)	
Begge forældre i erhverv	20,9
Én i erhverv, én ikke i erhverv	27,0
Begge forældre ikke i erhverv	26,1
Familietype* (N=10.407)	
Bor med begge forældre	20,9
Bor ikke med begge forældre	26,8
Forældres herkomst (N=10.532)	
Begge forældre dansk herkomst	21,9
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	20,5
Begge efterkommere eller indvandrere	21,2

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 27 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om de nul- til etårige børn født i 2016: Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Rødovre, Tårnby og Vallensbæk.

Figur 3.13 Andelen af børn med mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand efter kommune og journalsystem



*Signifikant forskellig fra hhv. TM Sund-kommuner eller NOVAX-kommuner ($p \leq 0,01$)

4 Børn indskolingsundersøgt i 2016/2017

Denne del af rapporten omhandler 5.308 børn, der er indskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017. Der er 12 kommuner, der har leveret data til Databasen Børns Sundhed om de indskolingsundersøgte børn. Det gælder følgende 12 kommuner fra Region Hovedstaden: Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

4.1 Udvikling

- 8,6 % af de indskolingsundersøgte børn i Region Hovedstaden har bemærkninger til deres sprog.
- 12,6 % af de indskolingsundersøgte børn i Region Hovedstaden er overvægtige eller svært overvægtige.

Sprog

Flere studier viser, at børns sprogudvikling er vigtig for barnets senere færdigheder, både i skolen og socialt⁽⁷⁷⁻⁸⁰⁾. Børn, der starter i skole med veludviklede sprog- og læsefærdigheder, har bedre forudsætninger for at klare sig godt i skolen. Børnenes tidlige sprog- og læsefærdigheder har ligeledes stor betydning for deres senere uddannelsesmæssige resultater^(45, 77, 80). Blandt børn med forsinket sprogudvikling ses der en signifikant højere andel med senere læsevanskeligheder, arbejdsløshed og lav socioøkonomisk status i forhold til den generelle befolkning^(77, 78). Sproget er ligeledes en vigtig forudsætning for at kunne indgå i sociale fællesskaber, og de fleste sprogafvigelser kan behandles effektivt logopædisk⁽⁴⁵⁾.

Sprog i Region Hovedstaden

Ved indskolingsundersøgelsen observerer sundhedsplejersken barnets sprog og registrerer, hvis der er en bemærkning. En bemærkning kan betyde, at barnet har en problematisk udtale ved eksempelvis at stamme, at barnets ordforråd ikke er alderssvarende, eller at barnet ikke er i stand til at bruge sproget og stille relevante spørgsmål til undersøgelsen.

Blandt de indskolingsundersøgte børn i sundhedsprofilen er der 8,6 %, der har bemærkninger til sprog. Der er en højere forekomst af børn med bemærkning til sproget blandt børn, der er drenge, hvis forældre højst har fuldført grundskolen eller en erhvervsfaglig uddannelse, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv, og blandt børn, hvis forældre er efterkommere og/eller indvandrere (se tabel 4.1).

Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af indskolingsundersøgte børn, der har en bemærkning til sprog, mellem 4,0 % blandt børn fra skoler i Allerød Kommune og 17,3 % blandt børn fra skoler i Brøndby Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der blandt børnene på skolerne i Albertslund og Brøndby en statistisk signifikant højere andel af børn, der har en bemærkning til sprog, mens der i Allerød og Ballerup er en statistisk signifikant lavere andel (se figur 4.1).

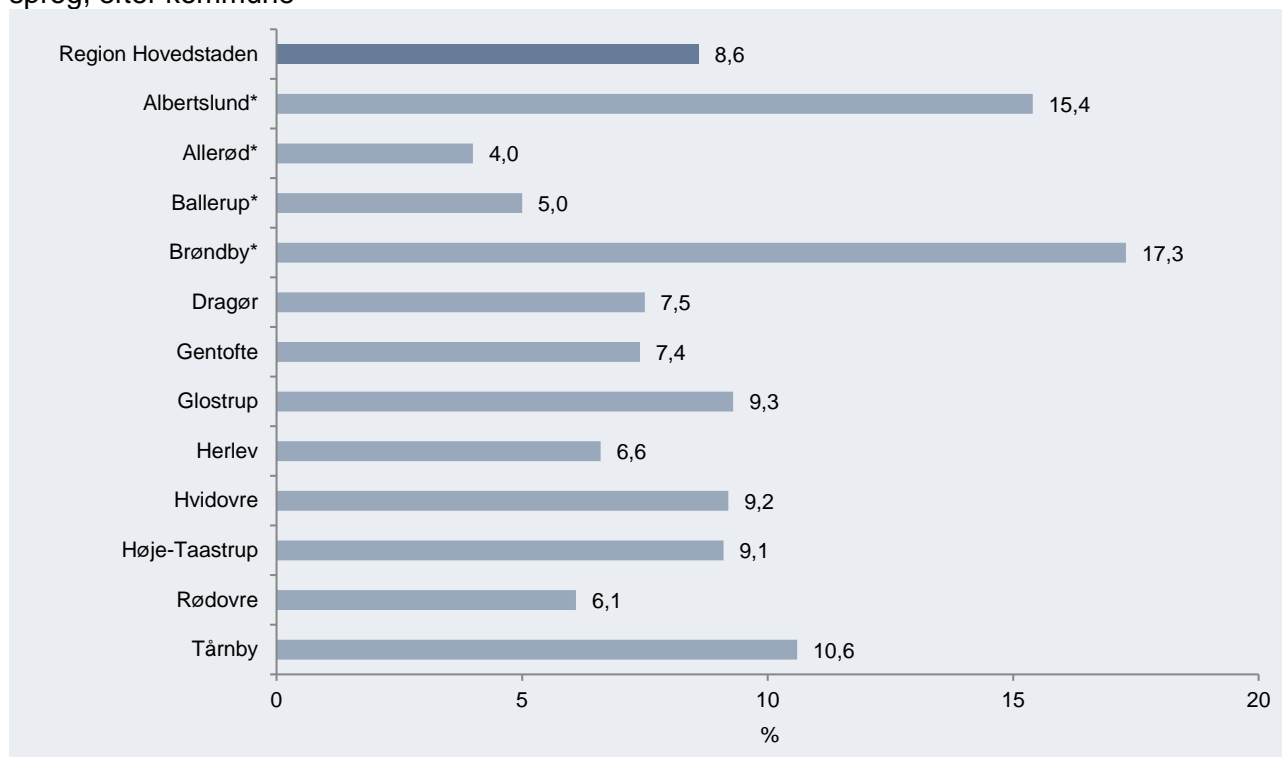
Tabel 4.1 Andelen af børn, hvor sundhedsplejersken har registreret bemærkninger til barnets sprog, efter køn, alder ved indskolingsundersøgelsen, forældrenes uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Bemærkning til barnets sprog
	%
Region Hovedstaden	8,6
Køn* (N=4.555)	
Dreng	10,9
Pige	6,3
Alder ved indskolingsundersøgelsen (N=4.555)	
< 6 år	8,1
6-7 år	8,3
> 7 år	11,9
Forældres uddannelsesniveau* (N=4.222)	
Lang videregående	6,3
Kort eller mellemlang	8,7
Almen- eller erhvervsgymnasial	6,0
Erhvervsfaglig	9,6
Grundskole	11,9
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet* (N=3.874)	
Begge i erhverv eller uddannelse	7,2
Én i erhverv, én ikke i erhverv	11,2
Begge ikke i erhverv	11,7
Familietype (N=4.517)	
Bor med begge forældre	8,2
Bor ikke med begge forældre	9,0
Forældres herkomst* (N=4.153)	
Begge forældre dansk herkomst	7,2
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	7,4
Begge efterkommere eller indvandrere	14,1

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 12 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om børn indskolet i 2016/2017. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 4.1 Andelen af børn, hvor sundhedsplejersken har registreret en bemærkning til barnets sprog, efter kommune



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

Overvægt

Andelen af overvægtige børn i indskolingsalderen har været nogenlunde stabil de seneste fem år, alligevel er der stadig grund til bekymring, da næsten hvert ottende indskolingsbarn er overvægtigt, og overvægt blandt børn er et alvorligt problem⁽⁶⁷⁾. Overvægt blandt børn har en række negative konsekvenser, både fysiske og psykiske⁽³⁸⁾. Ud over, at overvægt øger risikoen for blandt andet type 2-diabetes, visse kræftformer og hjertekarsygdomme^(31, 35), så øger overvægt i barndommen ligeledes risikoen for overvægt i ungdomsårene og voksenlivet markant^(32, 33, 38). Derudover oplever overvægtige børn ofte psykosociale belastninger i form af lavere livskvalitet, isolering, mobning og manglende social tilpasning^(31, 34, 38). Der er således mange både kort- og langsigtede folkesundhedsskadelige effekter af overvægt.

Overvægt i Region Hovedstaden

Information om vægt og højde stammer fra sundhedsplejerskernes registreringer fra vækstmålinger i forbindelse med indskolingsundersøgelsen. Sundhedsplejersken vejer og måler børnene uden sko og overtøj. Højde og vægt er, sammen med barnets køn og præcise alder for målingerne, anvendt til at definere vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen. Vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen er kategoriseret i henhold til grænseværdierne udarbejdet af International Obesity Task Force. Børnene er inddelt i kategorierne "normalvægtig" (inklusive undervægtige), "overvægtig" og "svært overvægtig" i henhold til de samme BMI-grænser, der benyttes for voksne, men korrigeret for barnets alder og køn^(81, 82).

Blandt de indskolingsundersøgte børn i sundhedsprofilen er der 12,6 %, der er overvægtige eller svært overvægtige. Der er en højere forekomst af overvægt/svær overvægt blandt børn, der er piger, hvis forældre har en uddannelse, der er kortere end en lang videregående uddannelse, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv, og blandt børn, hvis forældre er efterkommere og/eller indvandrere (se tabel 4.2).

Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af børn, der er overvægtige/svært overvægtige, mellem 7,4 % blandt børn fra skoler i Gentofte Kommune og 19,2 % blandt børn fra skoler i Høje-Taastrup Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der blandt børnene fra skoler i Allerød og Gentofte en statistisk signifikant lavere andel af børn, der er overvægtige/svært overvægtige, mens der i Høje-Taastrup Kommune er en statistisk signifikant højere andel (se figur 4.2).

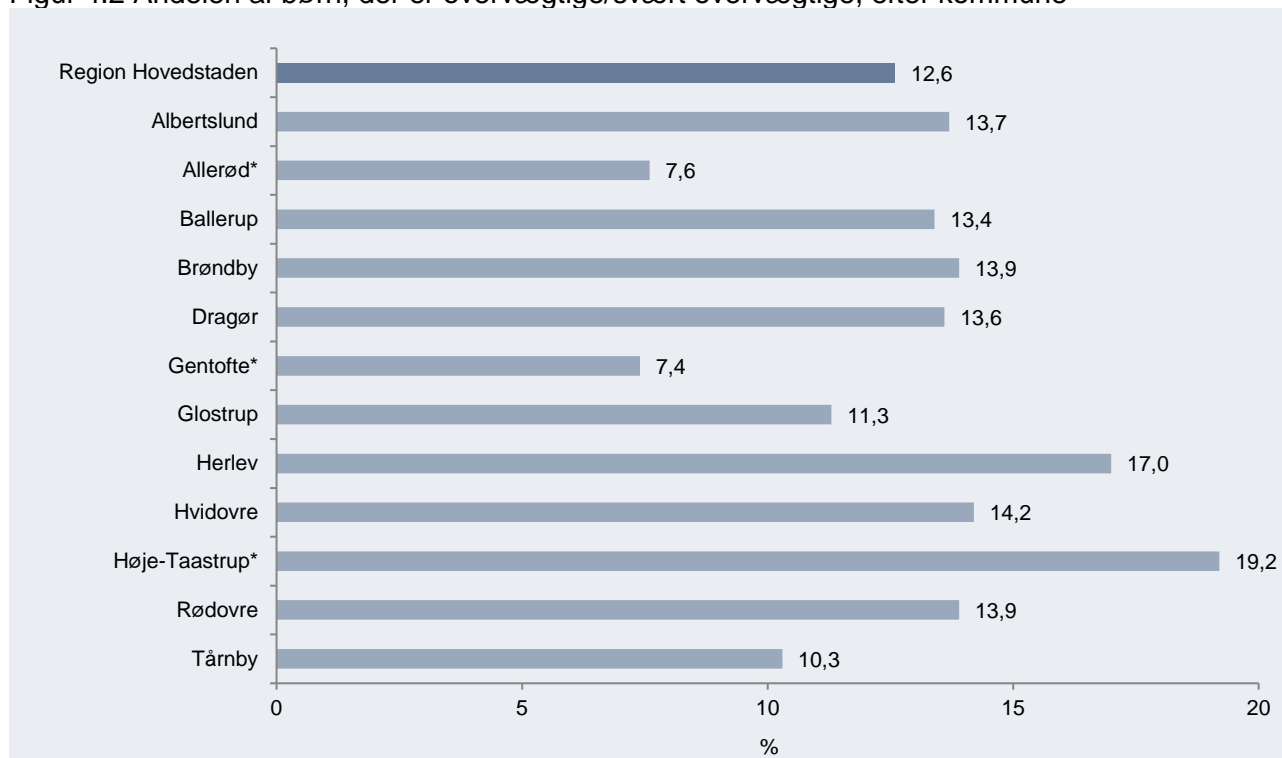
Tabel 4.2 Andelen af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige, efter køn, alder ved indskolingsundersøgelsen, forældrenes uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Overvægtig eller svært overvægtig
	%
Region Hovedstaden	12,6
Køn* (N=5.251)	
Dreng	10,7
Pige	14,5
Alder ved indskolingsundersøgelsen (N=5.251)	
< 6 år	10,1
6-7 år	12,9
> 7 år	12,6
Forældres uddannelsesniveau* (N=4.887)	
Lang videregående	8,2
Kort eller mellemlang	12,2
Almen- eller erhvervsgymnasial	14,9
Erhvervsfaglig	15,1
Grundskole	21,8
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet* (N=4.502)	
Begge i erhverv eller uddannelse	11,1
Én i erhverv, én ikke i erhverv	17,7
Begge ikke i erhverv	21,9
Familietype* (N=5.212)	
Bor med begge forældre	11,7
Bor ikke med begge forældre	16,6
Forældres herkomst* (N=4.809)	
Begge forældre dansk herkomst	10,1
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	9,3
Begge efterkommere eller indvandrere	22,9

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 12 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om børn indskolet i 2016/2017. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 4.2 Andelen af børn, der er overvægtige/svært overvægtige, efter kommune



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

4.2 Trivsel

- 4,8 % af de indskolingsundersøgte børn i Region Hovedstaden har en lav selv vurderet generel trivsel.
- 11,0 % af de indskolingsundersøgte børn i Region Hovedstaden har en lav selv vurderet skoletrivsel.

Trivsel har mange fællestræk med det overordnede begreb *mental sundhed*, og de to begreber bruges ofte synonymt. Mental sundhed defineres som en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskab med andre mennesker. Definitionen kan siges at rumme to dimensioner – én oplevelsesdimension og én funktionsdimension⁽⁸³⁾. I denne sundhedsprofil ser vi på oplevelsesdimensionen, herunder hvordan de indskolingsundersøgte børn oplever at have det i deres liv i det hele taget (generelt) og i skolen.

De fleste indskolingsundersøgte børn trives godt, men der er stadig et mindretal, der har trivselproblemer^(67, 84, 85). Mistrivsel ved indskolingsalderen kan have omfattende konsekvenser både for barnet selv men også for barnets omgivelser, da det kan være en stor belastning for familien at have et barn, der mistrives⁽⁸⁶⁾. Undersøgelser viser, at skolebørn, der ikke trives, klarer sig dårligere i skolen, idet de har ringere læring og meget fravær^(87, 88). På sigt kan den ringere trivsel resultere i selvskadende og selvmordsrelateret adfærd^(89, 90). Derudover kan den dårlige trivsel risikere at følge barnet ind i voksenlivet, idet børn med mentale helbredsproblemer har en øget risiko for at have en dårlig mental sundhed i voksenlivet samt for at begå selvmord⁽⁸⁹⁻⁹²⁾. Mistrivsel er dermed en alvorlig og selvstændig risikofaktor, der i stigende grad er blevet en del af den sundhedspolitiske dagsorden⁽⁸³⁾.

Generel trivsel og skoletrivsel i Region Hovedstaden

Ved indskolingsundersøgelsen spørger sundhedsplejersken ind til barnets selvvalgte trivsel. Ved hjælp af små billeder af fire forskellige smiley'er (fra meget glad til meget sur) svarer barnet på spørgsmålene: "Sådan har jeg det for det meste" (generel trivsel) og "Sådan har jeg det for det meste i skolen" (skoletrivsel).

Blandt de indskolingsundersøgte børn i sundhedsprofilen er der 4,8 %, der har en lav selvvalgt generel trivsel. Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af indskolingsundersøgte børn med en lav generel trivsel mellem 2,5 % i Tårnby Kommune og 8,6 % i Rødovre Kommune. Set i forhold til regions gennemsnittet er andelen af børn med en lav generel trivsel statistisk signifikant højere i Rødovre Kommune (se figur 4.3).

Blandt de indskolingsundersøgte børn i sundhedsprofilen er der 11,0 %, der har en lav skoletrivsel. Der er en højere forekomst af indskolingsundersøgte børn med lav skoletrivsel blandt drenge. Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af indskolingsundersøgte børn, der ikke trives i skolen, mellem 5,3 % blandt børn fra skoler i Dragør Kommune og 18,4 % blandt børn fra skoler i Glostrup Kommune. Set i forhold til regions gennemsnittet er andelen af børn med lav skoletrivsel statistisk signifikant højere blandt børnene fra skoler i Glostrup Kommune (se figur 4.3).

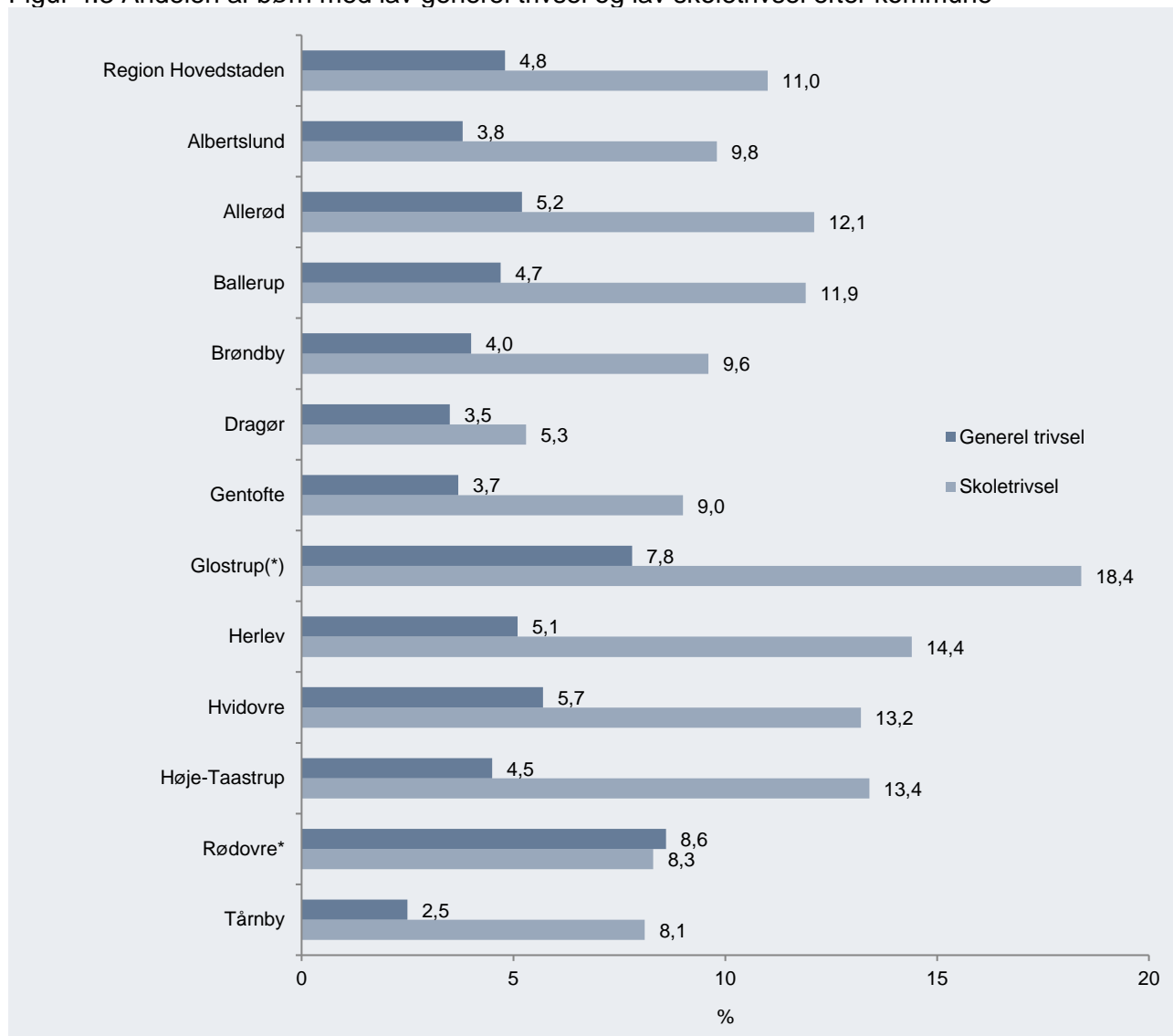
Tabel 4.3 Andelen af børn med lav generel trivsel og lav skoletrivsel efter køn, alder ved indskolingsundersøgelsen, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Lav generel trivsel	Lav skoletrivsel
	%	%
Region Hovedstaden	4,8	11,0
Køn	(N=5.002)	(N=5.002)*
Dreng	5,5	13,6
Pige	4,0	8,4
Alder ved indskolingsundersøgelsen	(N=5.002)	(N=5.002)
< 6 år	4,3	12,4
6-7 år	4,9	10,7
> 7 år	3,9	12,4
Forældres uddannelsesniveau	(N=4.672)	(N=4.672)
Lang videregående	5,9	11,6
Kort eller mellemlang	4,8	9,5
Almen- eller erhvervsgymnasial	4,7	10,0
Erhvervsfaglig	3,9	12,3
Grundskole	2,8	10,0
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet	(N=4.311)	(N=4.311)
Begge i erhverv eller uddannelse	5,0	11,2
Én i erhverv, én ikke i erhverv	4,8	10,3
Begge ikke i erhverv	-	15,6
Familietype	(N=4.963)	(N=4.963)
Bor med begge forældre	4,9	10,6
Bor ikke med begge forældre	4,5	13,3
Forældres herkomst	(N=4.603)	(N=4.603)
Begge forældre dansk herkomst	4,8	10,9
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	5,9	13,6
Begge efterkommere eller indvandrere	4,1	9,0

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 12 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om børn indskolet i 2016/2017. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 4.3 Andelen af børn med lav generel trivsel og lav skoletrivsel efter kommune



* Variablen generel trivsel signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

(*) Variablen skoletrivsel signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

4.3 Relationer

- 6,7 % af de indskolingsundersøgte børn i Region Hovedstaden har problemer i forholdet til jævnaldrende.
- 5,6 % af de indskolingsundersøgte børn i Region Hovedstaden har bemærkning til forældre-barn kontakten.

Venner

De relationer og omgivelser, som barnet befinder sig i til hverdag, er alle vigtige medspillere, når det gælder om at udvikle barnet til et selvstændigt individ, der er i stand til at imødekomme udfordringer og udvikle sig til et glad barn⁽⁹³⁾. Det betyder også, at barnets relationer til de jævnaldrende klassekammerater har en stor betydning for barnets trivsel. Analyser viser blandt andet, at der blandt børn med dårlig kontakt til vennerne er cirka dobbelt så mange, der har en dårlig psykisk trivsel i form af for eksempel nervøsitet, ensomhed og hjælpeløshed^(94, 95). I denne sammenhæng er mobning et velkendt folkesundhedsproblem, som har store konsekvenser for barnet, der bliver mobbet⁽⁹⁶⁾. Blandt andet viser en ny undersøgelse, at børn, der bliver mobbet, har øget risiko for vedvarende skader i form af dårlig mental sundhed, spiseforstyrrelser og sociale problemer⁽⁹⁷⁾.

Venner i Region Hovedstaden

I et spørgeskema forud for indskolingsundersøgelsen besvarer forældrene følgende fem spørgsmål vedrørende barnets forhold til jævnaldrende med "passer ikke", "passer delvist" eller "passer godt":

- Er lidt af en enspænder, leger mest alene
- Har mindst én god ven
- Er generelt vellidt af andre børn
- Bliver mobbet eller drillet af andre børn
- Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn.

Spørgsmålene stammer fra den danske version af det validerede og internationalt anvendte spørgeskema The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Svarene opgøres ved, at hvert spørgsmål giver mellem nul og to point, hvor nul point betyder ingen problemer. Svarene summeres til en samlet score fra nul til ti point. En score på nul til to point defineres som "ingen tegn på problemer", en score på tre point som "grænseområdet" og en score på fire til ti point som "tegn på problemer". Dette afsnit fokuserer på børn i grænseområdet eller med tegn på problemer i forholdet til jævnaldrende og omtales "børn med problemer i forholdet til jævnaldrende".

Blandt de indskolingsundersøgte børn i sundhedsprofilen er der 6,7 %, der har problemer i forholdet til jævnaldrende. Ved indskolingsundersøgelsen er der en højere forekomst af børn, der har problemer i forholdet til jævnaldrende, blandt børn, der er over syv år ved indskolingsundersøgelsen, hvis forældre højst har fuldført grundskolen eller en erhvervsfaglig uddannelse, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv, der kun bor med den ene forælder, og blandt børn, hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere (se tabel 4.4).

Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af indskolingsundersøgte børn med problemer i forholdet til jævnaldrende mellem 3,0 % blandt børn fra skoler i Gentofte Kommune og 12,7 % blandt børn fra skoler i Høje-Taastrup Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der blandt børnene fra skoler i Gentofte Kommune en statistisk signifikant lavere andel af børn

med problemer i forholdet til jævnaldrende, mens der i Herlev og Høje-Taastrup Kommune er en statistisk signifikant højere andel (se figur 4.4).

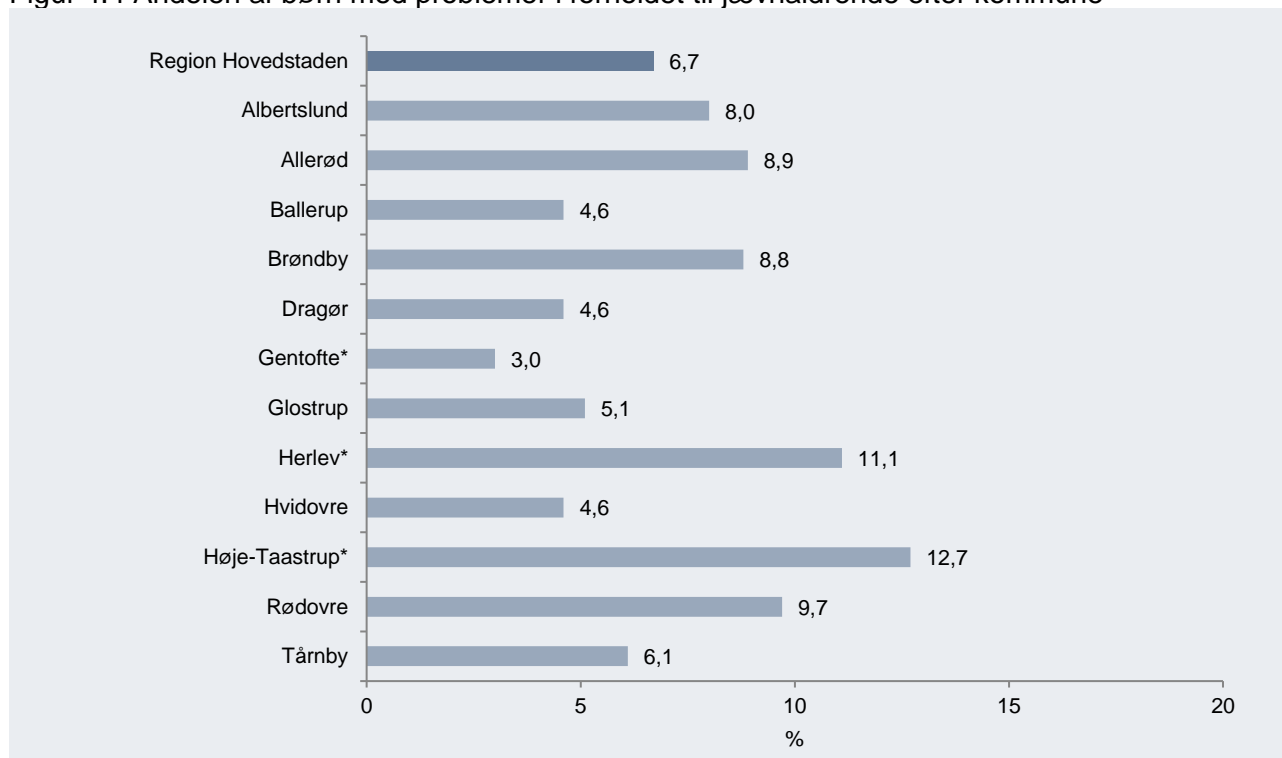
Tabel 4.4 Andelen af børn med problemer i forholdet til jævnaldrende efter køn, alder ved indskolingsundersøgelsen, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Problemer i forholdet til jævnaldrende %
Region Hovedstaden	6,7
Køn (N=4.759)	
Dreng	7,1
Pige	6,3
Alder ved indskolingsundersøgelsen* (N=4.759)	
< 6 år	5,8
6-7 år	6,3
> 7 år	12,6
Forældres uddannelsesniveau* (N=4.445)	
Lang videregående	4,3
Kort eller mellemlang	4,5
Almen- eller erhvervsgymnasial	6,5
Erhvervsfaglig	8,9
Grundskole	13,9
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet* (N=4.106)	
Begge i erhverv eller uddannelse	4,7
Én i erhverv, én ikke i erhverv	14,5
Begge ikke i erhverv	11,1
Familietype* (N=4.724)	
Bor med begge forældre	6,2
Bor ikke med begge forældre	9,3
Forældres herkomst* (N=4.370)	
Begge forældre dansk herkomst	4,6
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	5,1
Begge efterkommere eller indvandrere	14,7

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 12 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om børn indskolet i 2016/2017. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårby.

Figur 4.4 Andelen af børn med problemer i forholdet til jævnaldrende efter kommune



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

Forældre-barn relationen

Sociale relationer og et godt socialt netværk er grundlæggende for et godt børneliv, idet støttende sociale relationer fremmer en sund personlig udvikling⁽⁵⁾. Blandt andet har relationen mellem barnet og forældrene stor betydning for barnets udvikling og trivsel^(5, 65). Det skyldes, at familien er den første sociale sammenhæng, som et barn indgår i, og det er igennem de oplevelser og erfaringer, barnet får herfra, at barnet udvikler en opfattelse og forståelse af sig selv og andre, der blandt andet ruster barnet til at skabe nye kontakter^(5, 62, 95).

Når barnet starter i skolen, opstår der en masse nye forventninger til barnet, både emotionelle, sociale og indlæringsmæssige, og forældrenes støtte og stimulering vil i den forbindelse have stor betydning for barnets indlæringsmuligheder og sociale kompetence⁽⁶³⁾. Når barnet indgår i et positivt samspil med støttende omsorg, skaber det positive forventninger til sig selv og andre^(62, 98). Hvis relationen mellem barnet og forældrene er problematisk, kan det påvirke barnets udvikling, give barnet kognitive og følelsesmæssige problemer, øge risikoen for angst og depression samt adfærds- og relationsproblemer^(5, 99-102).

Forældre-barn relationen i Region Hovedstaden

Ved indskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken, hvorvidt der er bemærkninger til forældre-barn relationen. En bemærkning kan betyde, at forældrene ikke reagerer hensigtsmæssigt på barnets signaler, eller at barnet ikke er velpasset ved eksempelvis at være snavset eller ikklædt tøj, der ikke passer til årstiden.

Blandt de indskolingsundersøgte børn i sundhedsprofilen er der 5,6 %, der har en bemærkning til forældre-barn relationen. Ved indskolingsundersøgelsen er der en højere forekomst af børn, der har en bemærkning til forældre-barn relationen blandt børn, hvis forældre har et lavere uddannelsesniveau end en lang videregående uddannelse, hvis ene eller begge forældre ikke er i

erhverv, kun bor med den ene forælder, og blandt børn, hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere (se tabel 4.5).

Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af indskolingsundersøgte børn med en bemærkning til forældre-barn relationen mellem 2,0 % blandt børn fra skoler i Herlev Kommune og 14,4 % blandt børn fra skoler i Brøndby Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der blandt børnene fra skoler i Allerød, Ballerup og Herlev en statistisk signifikant lavere andel af børn med en bemærkning til forældre-barn relationen, mens der i Albertslund, Brøndby og Hvidovre er en statistisk signifikant højere andel (se figur 4.5). I Brøndby Kommune har sundhedsplejerskerne ofte, men ikke altid, registreret en bemærkning til forældre-barn relationen, hvis forældrene ikke deltog i indskolingsundersøgelsen, hvilket forklarer, hvorfor Brøndby Kommune ligger betydeligt højere end de resterende kommuner.

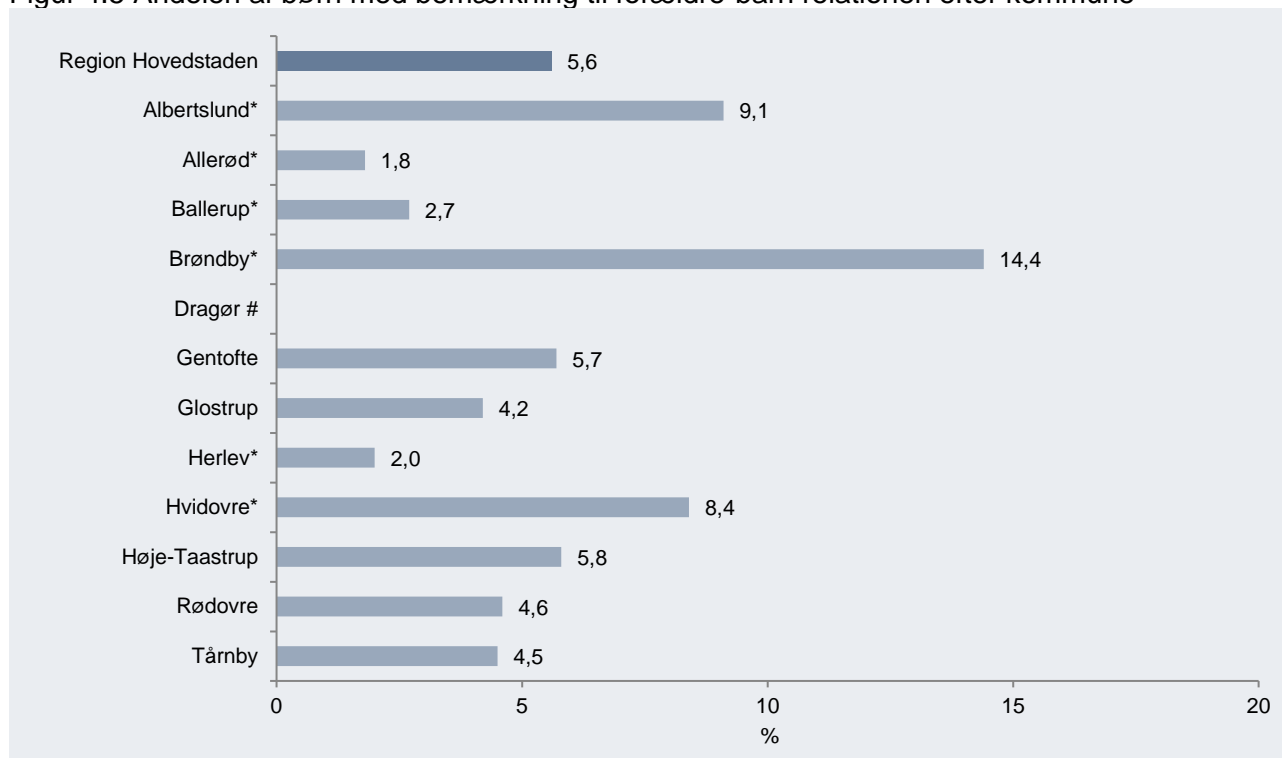
Tabel 4.5 Andelen af børn med en bemærkning til forældre-barn relationen efter køn, alder ved indskolingsundersøgelsen, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Bemærkning til forældre-barn relationen
	%
Region Hovedstaden	5,6
Køn (N=4.870)	
Dreng	5,9
Pige	5,3
Alder ved indskolingsundersøgelsen (N=4.870)	
< 6 år	5,3
6-7 år	5,5
> 7 år	7,2
Forældres uddannelsesniveau* (N=4.548)	
Lang videregående	3,5
Kort eller mellemlang	5,8
Almen- eller erhvervsgymnasial	7,4
Erhvervsfaglig	6,5
Grundskole	10,6
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet* (N=4.205)	
Begge i erhverv eller uddannelse	4,3
Én i erhverv, én ikke i erhverv	11,1
Begge ikke i erhverv	11,3
Familietype*(N=4.835)	
Bor med begge forældre	4,5
Bor ikke med begge forældre	11,0
Forældres herkomst* (N=4.483)	
Begge forældre dansk herkomst	4,9
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	5,2
Begge efterkommere eller indvandrere	8,3

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 12 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om børn indskolet i 2016/2017. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 4.5 Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen efter kommune



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

4.4 Sundhedsadfærd

- 21,3 % af de indskolingsundersøgte børn i Region Hovedstaden har bemærkning til mad og måltider.
- 4,6 % af de indskolingsundersøgte børn i Region Hovedstaden har bemærkning til fysisk aktivitet.

Mad- og måltidsvaner

Sunde mad- og måltidsvaner er vigtige for barnets sunde udvikling, og børns spising er et emne, der vækker stor bekymring hos forældre til børn i indskolingsalderen⁽¹⁰³⁾. Spiseproblemer skal i denne sammenhæng ikke forstås som spiseforstyrrelser, men omfatter kræsenhed, manglende lyst til at smage på nye madvare, og børn, der spiser for lidt eller overspiser^(103, 104). En undersøgelse finder i denne sammenhæng, at børns temperament er forbundet med deres spiseadfærd. Blandt andet har børn, der ifølge forældrene er følsomme, oftere en negativ måltidsadfærd og madvægring⁽¹⁰⁵⁾. Der er dog uenighed om, hvorvidt spiseproblemer i den tidlige barndom er prædiktive for spiseproblemer i ungdomsårene⁽¹⁰⁶⁻¹⁰⁸⁾.

Børns kostvaner har ligeledes en stor betydning for deres sundhed og trivsel, hvorfor det er vigtigt, at de støttes til at udvikle nogle sunde mad- og måltidsvaner. Det skyldes, at sunde madvaner i barndommen bidrager til at forebygge alvorlig sygdom og helbredsproblemer tidligt og senere i livet. Derudover er der en stor sandsynlighed for, at dårlige kostvaner, fastlagt i barndommen, videreføres i voksenlivet⁽⁵⁾. Af kortsigtede konsekvenser af forkert sammensat kost kan blandt andet nævnes caries, fedme, træthed og manglende indsats i skolen, mens de langsigtede konsekvenser kan være kostrelateret sygdomme såsom hjertekarsygdomme, sukkersyge og flere former for kræft^(5, 109).

Mad og måltider i Region Hovedstaden

Ved indskolingsundersøgelsen vurderer sundhedsplejersken, med udgangspunkt i samtalen med forældre og barn, om der er bemærkninger til barnets mad og måltidsvaner. En bemærkning kan skyldes, at barnet ikke spiser morgenmad og/eller frokost, at mellemmåltiderne skønnes at tage appetitten fra de øvrige måltider, at barnet indtager store mængder af sukker/slik og sukkerholdige væsker, at barnet ikke spiser frugt/grønt efter anbefalingerne, at barnet ikke indtager mælkeprodukter dagligt, at barnet er kræsente, eller at der er andre forhold, som gør, at sundhedsplejersken mener, at der er grund til bekymring og opfølgning.

Blandt de indskolingsundersøgte børn i sundhedsprofilen er der 21,3 %, der har bemærkning til mad og måltider. Ved indskolingsundersøgelsen er der en højere forekomst af børn, der har en bemærkning til mad og måltider, blandt børn, hvis forældre højst har fuldført grundskolen, en erhvervsuddannelse eller en almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse, hvor kun den ene forælder er i erhverv, og blandt børn, hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere (se tabel 4.6).

Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af indskolingsundersøgte børn med bemærkninger til mad og måltider mellem 9,3 % blandt børn fra skoler i Herlev Kommune og 36,8 % blandt børn fra skoler i Albertslund Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der blandt børnene fra skoler i Allerød, Ballerup og Herlev en statistisk signifikant lavere andel af børn med bemærkninger til mad og måltider, mens der i Albertslund, Brøndby og Høje-Taastrup er en statistisk signifikant højere andel (se figur 4.6).

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er defineret ved enhver bevægelse, der øger energiomsætningen. Fysisk aktivitet dækker således over et bredt spektrum af aktiviteter, både bevidste og organiserede aktiviteter, såsom den ugentlige fodboldtræning, og ustrukturerede aktiviteter i forbindelse med leg eller aktiv transport. En inaktiv person er dermed en person, der hverken udøver organiseret eller ustruktureret fysisk aktivitet⁽⁵⁾. Der er mange kendte og veldokumenterede helbreds-mæssige gevinster ved at være fysisk aktiv som barn. Blandt andet påvirkes hjertet, kredsløbet, muskelstyrken, balancen, hormonsystemet og immunforsvaret positivt, men også barnets trivsel og muligheder for læring påvirkes^(4, 34, 5). Derudover kan gode fysiske vaner, der er grundlagt i barndommen, forebygge livsstilssygdomme, såsom overvægt, type 2-diabetes, hjertekarsygdomme og visse kræftformer, på længere sigt^(4, 110).

Fysisk aktivitet i Region Hovedstaden

Ved indskolingsundersøgelsen vurderer sundhedsplejersken, med udgangspunkt i samtalen med forældre og barn, barnets fysiske aktivitetsniveau. Sundhedsplejersken registrerer en bemærkning, hvis barnet er fysisk aktiv i mindre end én time dagligt. Blandt de indskolingsundersøgte børn i sundhedsprofilen er der 4,6 %, der er fysisk aktive i mindre end én time dagligt. Ved indskolingsundersøgelsen er der en højere forekomst af børn, der er fysisk aktive i mindre end én time dagligt, blandt børn, der er ældre end syv år, hvis forældre højst har fuldført grundskolen, hvis forældre ikke er i erhverv, og blandt børn, hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere (se tabel 4.6).

Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af indskolingsundersøgte børn, der er fysisk aktive i mindre end én time dagligt, mellem 1,8 % blandt børn fra skoler i Allerød Kommune og 12,0 % blandt børn fra skoler i Hvidovre Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der blandt børnene fra skoler i Gentofte og Tårnby en statistisk signifikant lavere andel af børn, der er fysisk aktive i mindre end én time dagligt, mens der i Albertslund, Hvidovre og Rødovre er en statistisk signifikant højere andel (se figur 4.6).

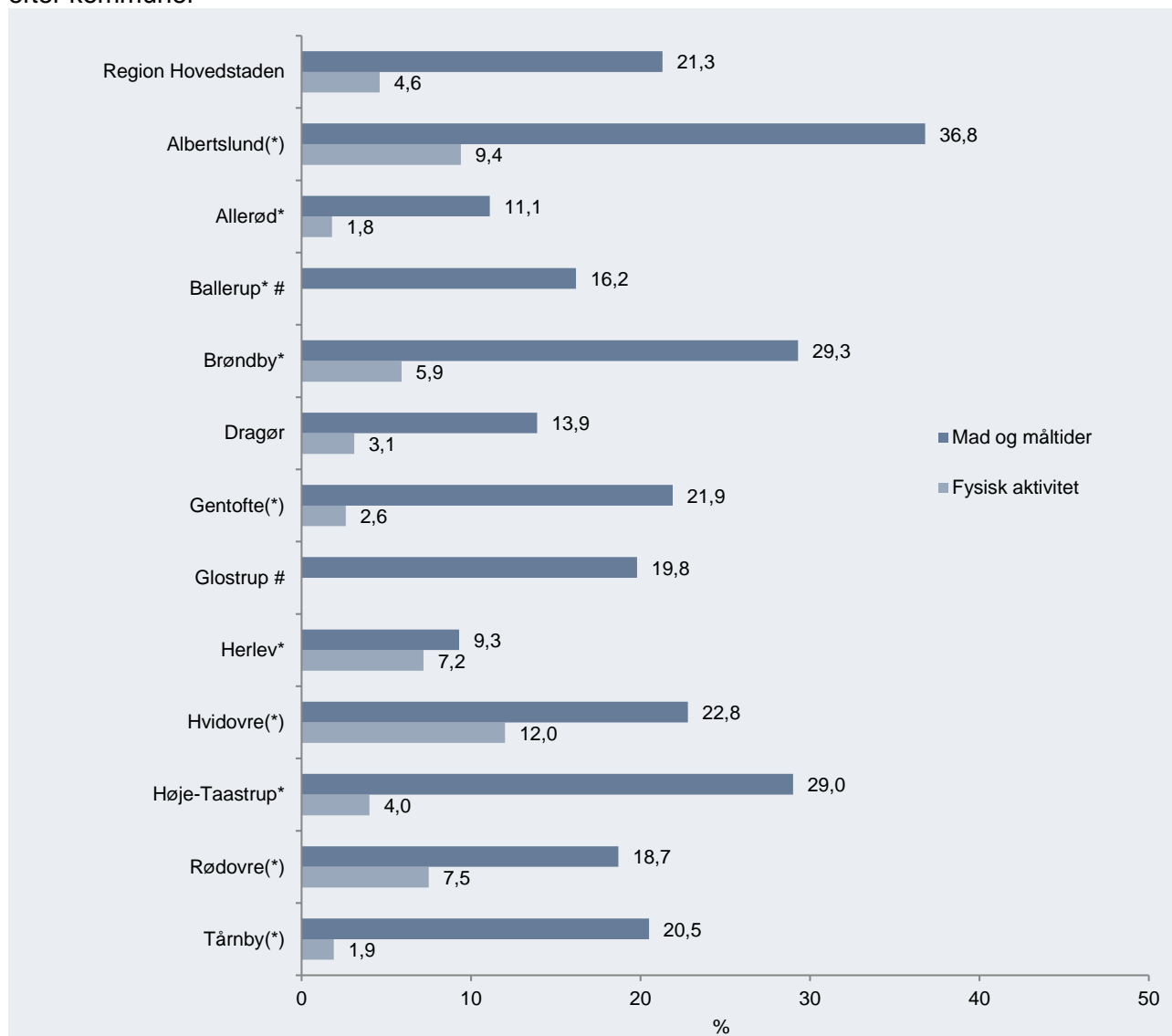
Tabel 4.6 Andelen af børn med mindst én bemærkning til mad og måltider og fysisk aktivitet efter køn, alder ved indskolingsundersøgelsen, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Bemærkning til mad og måltider	Bemærkning til fysisk aktivitet
	%	%
Region Hovedstaden	21,3	4,6
Køn	(N=4.828)	(N=4.662)
Dreng	21,3	4,6
Pige	21,2	4,5
Alder ved indskolingsundersøgelsen	(N=4.828)	(N=4.662)*
< 6 år	20,0	3,3
6-7 år	21,4	4,3
> 7 år	22,6	10,4
Forældres uddannelsesniveau	(N=4.513)*	(N=4.350)*
Lang videregående	18,2	2,9
Kort eller mellemlang	19,8	4,3
Almen- eller erhvervsgymnasial	25,7	5,1
Erhvervsfaglig	23,7	5,7
Grundskole	28,3	7,7
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet	(N=4.166)*	(N=4.014)*
Begge i erhverv eller uddannelse	19,5	3,8
Én i erhverv, én ikke i erhverv	27,6	5,5
Begge ikke i erhverv	25,7	10,5
Familietype	(N=4.793)	(N=4.629)
Bor med begge forældre	21,1	4,2
Bor ikke med begge forældre	22,2	5,8
Forældres herkomst	(N=4.450)*	(N=4.287)*
Begge forældre dansk herkomst	18,1	3,0
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	21,6	5,6
Begge efterkommere eller indvandrere	34,5	11,5

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 12 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om børn indskolet i 2016/2017. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 4.6 Andelen af børn, der har mindst én bemærkning til mad og måltider og fysisk aktivitet, efter kommuner



*Variablen mad og måltider signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

(*)Variablen fysisk aktivitet signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

Viser ikke for fysisk aktivitet, da antallet af observationer i kommunen er for få.

5 Unge udskolingsundersøgt i 2016/2017

Denne del af rapporten omhandler 3.296 unge, der er udskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017. Der er 11 kommuner, der har leveret data til Databasen Børns Sundhed om de udskolingsundersøgte unge. Det gælder følgende 11 kommuner fra Region Hovedstaden: Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

5.1 Udvikling

- 17,9 % af de udskolingsundersøgte unge i Region Hovedstaden er overvægtige/svært overvægtige

Overvægt

Både nationalt og globalt set er overvægt blandt børn og unge et stort folkesundhedsproblem. På trods af, at der i Skolebørnsundersøgelsen sås en stagnation i forekomsten af overvægt/svært overvægt blandt 15-årige fra 2010 til 2014, er der stadig en tiendedel af de unge, der er overvægtige⁽⁵⁾. Overvægt i ungdommen kan have en række fysiske og psykiske konsekvenser på både kort og lang sigt^(31, 34, 35, 38). Blandt andet kan overvægt/svært overvægt medføre svagere sociale relationer⁽¹¹¹⁾, social isolation, manglende social tilpasning samt psykiske effekter af mobning og nederlag, der kan indebære trøstespisning og tilbagetrækning fra deltagelse i fysisk udfoldelse^(31, 34, 38). Derudover øger overvægt risikoen for en række sygdomme, herunder blandt andet diabetes, visse kræftformer og hjertekarsygdomme^(4, 31, 35, 112). Overvægt i ungdomsårene øger desuden risikoen for overvægt i voksenlivet^(4, 5).

Overvægt i Region Hovedstaden

Ligesom ved indskolingsundersøgelsen måler og vejer sundhedsplejersken den unge uden sko og overtøj ved udskolingsundersøgelsen og registrerer den unges højde og vægt, hvorudfra den unges vægtstatus udregnes. For en nærmere uddybning af, hvordan vægtstatus er kategoriseret, se afsnit 4.1 under "Vægtstatus i Region Hovedstaden".

Blandt de udskolingsundersøgte unge i sundhedsprofilen er der 17,9 %, der er overvægtige eller svært overvægtige. Der er en højere forekomst af overvægt/svært overvægt blandt unge, der er over 16 år ved udskolingsundersøgelsen, hvis forældre højst har fuldført en uddannelse, der er kortere end en lang videregående uddannelse, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv og blandt unge, hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere (se tabel 5.1).

Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af unge, der er overvægtige/svært overvægtige, mellem 8,2 % blandt unge fra skoler i Gentofte Kommune og 27,8 % blandt unge fra skoler i Brøndby Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der blandt de unge fra skoler i Allerød og Gentofte en statistisk signifikant lavere andel af unge, der er overvægtige/svært overvægtige, mens der i Brøndby og Høje-Taastrup er en statistisk signifikant højere andel (se figur 5.1).

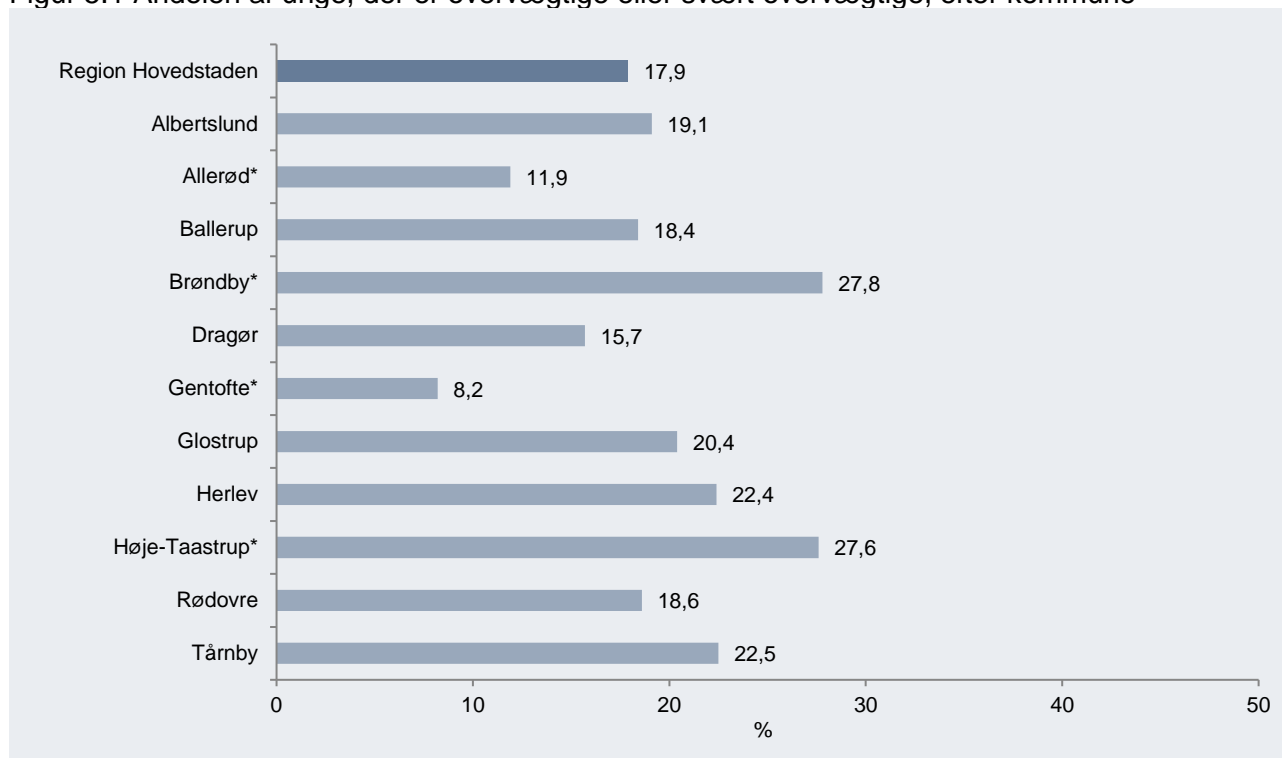
Tabel 5.1 Andelen af unge med overvægt eller svært overvægt efter køn, alder ved udskolingsundersøgelsen, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Overvægtig eller svært overvægtig %
Region Hovedstaden	17,9
Køn (N=3.151)	
Dreng	17,5
Pige	18,3
Alder ved udskolingsundersøgelsen* (N=3.151)	
< 15 år	14,7
15-16 år	19,3
>16 år	24,3
Forældres uddannelsesniveau* (N=2.930)	
Lang videregående	11,1
Kort eller mellemlang	15,9
Almen- eller erhvervsgymnasial	23,9
Erhvervsfaglig	22,7
Grundskole	27,0
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet* (N=2.712)	
Begge i erhverv eller uddannelse	15,7
Én i erhverv, én ikke i erhverv	24,3
Begge ikke i erhverv	30,7
Familietype (N=3.134)	
Bor med begge forældre	17,2
Bor ikke med begge forældre	20,4
Forældres herkomst* (N=2.845)	
Begge forældre dansk herkomst	14,5
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	13,6
Begge efterkommere eller indvandrere	32,1

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 11 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om unge udskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017: Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 5.1 Andelen af unge, der er overvægtige eller svært overvægtige, efter kommune



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

5.2 Trivsel

- 13,2 % af de udskolingsundersøgte unge i Region Hovedstaden har en bemærkning til deres trivsel.
- 15,2 % af de udskolingsundersøgte unge i Region Hovedstaden har bemærkning til mentale helbredsproblemer.
- 17,3 % af de udskolingsundersøgte unge i Region Hovedstaden har en bemærkning til deres relationer og netværk, som sundhedsplejersken oplever påvirker den unges trivsel.

Trivsel og psykiske vanskeligheder

Trivsel har mange fællestræk med det overordnede begreb *mental sundhed*, og de to begreber bruges ofte synonymt. Mental sundhed defineres som en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskab med andre mennesker. Definitionen kan siges at rumme to dimensioner – én oplevelsesdimension og én funktionsdimension⁽⁸³⁾. I denne sundhedsprofil ser vi på begreberne trivsel og psykiske vanskeligheder, hvor trivsel defineres som at være glad og have det godt med familie og venner, mens psykiske vanskeligheder dækker over, hvorvidt den unge har psykiske vanskeligheder og/eller lidelser.

Selvom de fleste unge trives, er der stadig et mindretal, der ikke trives⁽¹⁾. Trivselsproblemer udgør en stor del af sygdomsbyrden blandt børn og unge⁽¹¹³⁾. På både kort og lang sigt har unges trivsel og mentale sundhed stor betydning for deres helbred, sundhed, evne til at klare sig godt socialt, uddannelsesmæssigt, arbejdsmæssigt og økonomisk^(1, 114). Blandt andet viser undersøgelser, at

skolebørn, der ikke trives, klarer sig dårligere i skolen, idet de har ringere læring og højere fravær^(87, 88). Ligeledes kan den ringere trivsel resultere i selvskadende og selvmordsrelateret adfærd^(89, 90), og risikere at følge den unge ind i voksenlivet⁽⁸⁹⁻⁹²⁾. Lav mental sundhed og mistrivsel er dermed en alvorlig og selvstændig risikofaktor, der i stigende grad er blevet en del af den sundhedspolitiske dagsorden⁽⁸³⁾.

Trivsel i Region Hovedstaden

På baggrund af sundhedssamtalen med den unge ved udskolingsundersøgelsen vurderer sundhedsplejersken den unges trivsel. Hvis sundhedsplejersken mener, at der er bekymring for den unges overordnede trivsel, registreres dette som en bemærkning. En bemærkning kan for eksempel afspejle, at den unge ikke er glad for at gå i skole, at den unge ikke har det godt med sin familie, eller at den unge ikke har det godt med jævnaldrende.

Blandt de udskolingsundersøgte unge i sundhedsprofilen er der 13,2 %, der har en bemærkning til deres trivsel. Heraf er andelen af bemærkninger til trivsel i skolen højest (5,6 %), efterfulgt af bemærkninger til trivsel i hjemmet (5,1 %). Der er en højere forekomst af unge med lav trivsel blandt unge, der er piger, der er over 16 år ved udskolingsundersøgelsen, hvis forældre har en erhvervsfaglig uddannelse eller en kort eller mellemlang videregående uddannelse, hvis ene forælder ikke er i erhverv, og blandt unge, der kun bor hos den ene forælder (se tabel 5.2).

Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af unge, der har en bemærkning til trivsel mellem 7,5 % blandt unge fra skoler i Gentofte Kommune og 22,2 % blandt unge fra skoler i Brøndby Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der blandt de unge fra skoler i Gentofte Kommune en statistisk signifikant lavere andel af unge, der har en bemærkning til trivsel, mens der i Albertslund, Ballerup, Brøndby og Tårnby er en statistisk signifikant højere andel (se figur 5.2).

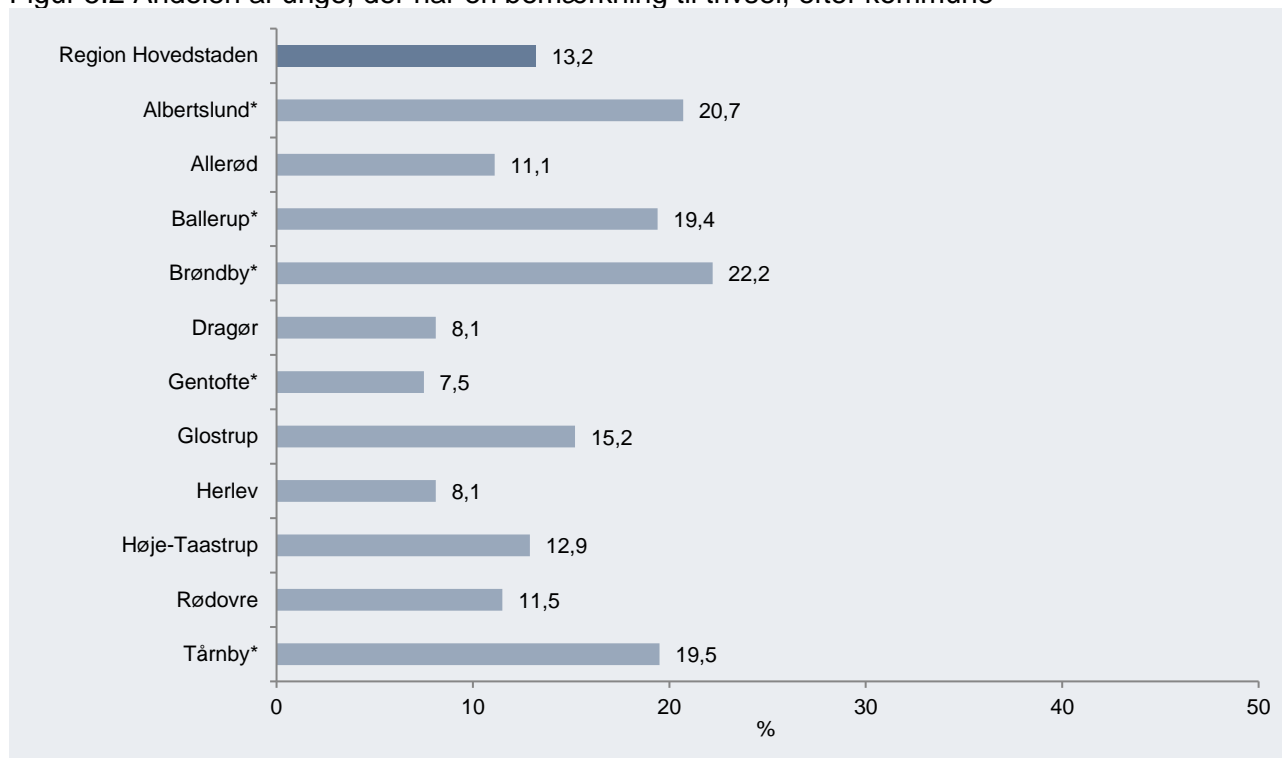
Tabel 5.2 Andelen af unge, der har bemærkninger til trivsel, efter køn, alder ved udskolingsundersøgelsen, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Bemærkning til den unges trivsel
	%
Region Hovedstaden	13,2
Køn* (N=3.277)	
Dreng	9,4
Pige	16,9
Alder ved udskolingsundersøgelsen* (N=3.277)	
< 15 år	10,4
15-16 år	14,4
>16 år	19,1
Forældres uddannelsesniveau* (N=3.049)	
Lang videregående	9,9
Kort eller mellemlang	14,2
Almen- eller erhvervsgymnasial	5,7
Erhvervsfaglig	18,7
Grundskole	13,3
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet* (N=2.819)	
Begge i erhverv eller uddannelse	11,3
Én i erhverv, én ikke i erhverv	22,2
Begge ikke i erhverv	11,9
Familietype* (N=3.259)	
Bor med begge forældre	10,9
Bor ikke med begge forældre	20,5
Forældres herkomst (N=2.957)	
Begge forældre dansk herkomst	13,5
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	12,5
Begge efterkommere eller indvandrere	11,3

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 11 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om unge udskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017: Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 5.2 Andelen af unge, der har en bemærkning til trivsel, efter kommune



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

Psykiske vanskeligheder i Region Hovedstaden

På baggrund af sundhedssamtalen med den unge ved udskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken, om der er en bemærkning til den unges psykiske helbred. "En bemærkning" betyder, at den unge har psykiske vanskeligheder og/eller lidelser, såsom adfærdsvanskeligheder, stress, diagnosticeret psykisk sygdom, psykisk sårbarhed, depressive tanker, angst, eller at den unge ikke kan overkomme sit liv.

Blandt de unge i sundhedsprofilen, der er udskolingsundersøgt, er der 15,2 %, der har psykiske vanskeligheder. Heraf er andelen af bemærkninger højest til kategorien psykisk sårbarhed (4,0 %), efterfulgt af bemærkninger til stress (3,6 %). Der er en højere forekomst af unge med psykiske vanskeligheder blandt unge, der er piger, der er over 16 år ved udskolingsundersøgelsen, hvis forældre har en erhvervsfaglig uddannelse eller en kort eller mellemlang videregående uddannelse, hvis ene forælder ikke er i erhverv, og blandt unge, der kun bor hos den ene forælder (se tabel 5.3).

Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af unge, der har en bemærkning til psykiske vanskeligheder, mellem 5,7 % blandt unge fra skoler i Herlev Kommune og 27,3 % blandt unge fra skoler i Brøndby Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der blandt de unge fra skoler i Gentofte og Herlev en statistisk signifikant lavere andel af unge, der har en bemærkning til psykiske vanskeligheder, mens der i Albertslund, Brøndby og Tårnby er en statistisk signifikant højere andel (se figur 5.3).

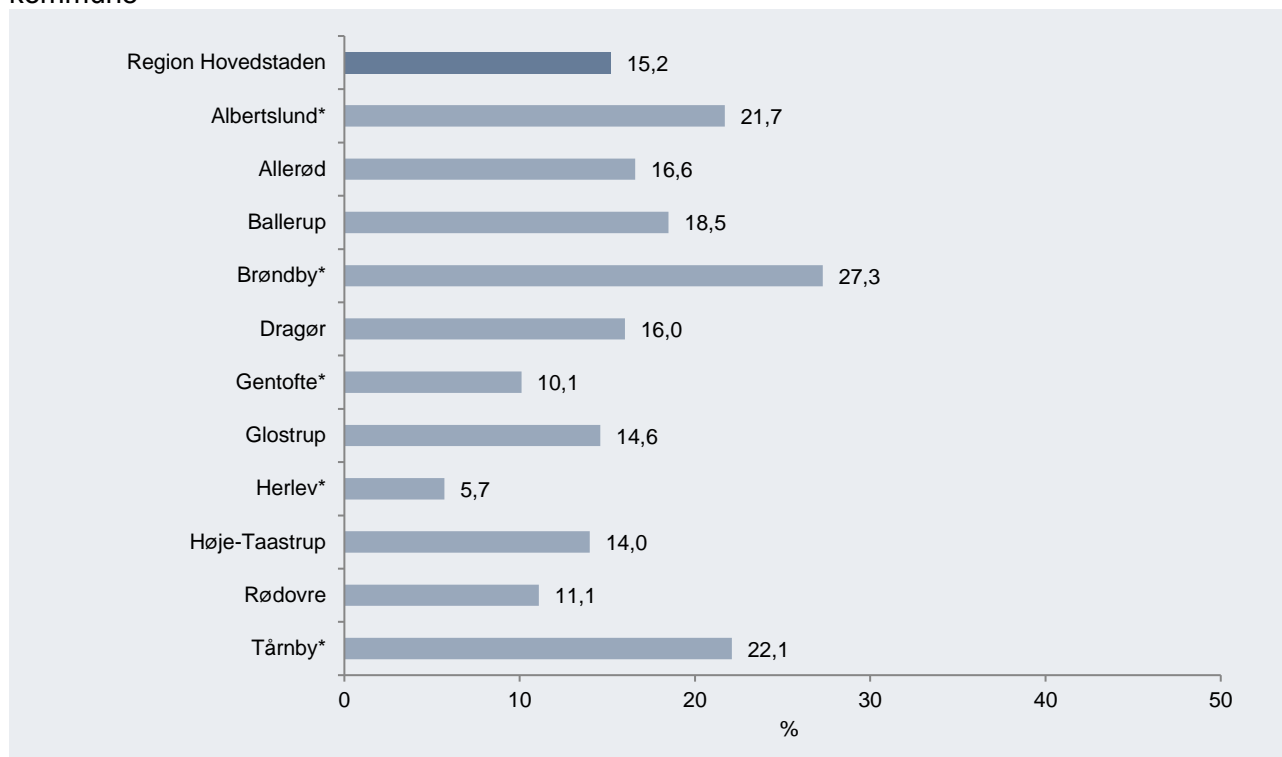
Tabel 5.3 Andelen af unge, der har en bemærkning om psykiske vanskeligheder, efter køn, alder ved udskolingsundersøgelsen, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Bemærkning om psykiske vanskeligheder %
Region Hovedstaden	15,2
Køn* (N=3.187)	
Dreng	10,4
Pige	19,8
Alder ved udskolingsundersøgelsen* (N=3.187)	
< 15 år	12,7
15-16 år	16,6
>16 år	18,0
Forældres uddannelsesniveau* (N=2.966)	
Lang videregående	12,5
Kort eller mellemlang	15,6
Almen- eller erhvervsgymnasial	12,2
Erhvervsfaglig	19,4
Grundskole	12,7
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet* (N=2.744)	
Begge i erhverv eller uddannelse	13,8
Én i erhverv, én ikke i erhverv	22,1
Begge ikke i erhverv	12,1
Familietype* (N=3.170)	
Bor med begge forældre	14,1
Bor ikke med begge forældre	18,8
Forældres herkomst (N=2.874)	
Begge forældre dansk herkomst	16,1
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	15,4
Begge efterkommere eller indvandrere	10,8

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 11 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om unge udskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017: Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 5.3 Andelen af unge med mindst én bemærkning om psykiske vanskeligheder efter kommune



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

5.3 Relationer

Sociale relationer og dét at være integreret i et godt socialt netværk er ligeledes vigtigt for et godt ungdomsliv⁽⁵⁾. Det skyldes blandt andet, at puberteten medfører nogle hormonelle forandringer samt psykiske og sociale udfordringer⁽¹¹⁵⁾, der kan have implikationer for den unges mentale helbred og udvikling⁽¹¹³⁾. Med støttende og omsorgsfulde sociale relationer kan den unge få tiltro og kompetence til at kunne håndtere de psykiske og sociale udfordringer, som puberteten kan medføre⁽⁶²⁾. Puberteten indbefatter en løsrivelses- og selvstændighedsfase, der medfører ændringer i de nære sociale relationer. Barnets stærke tilknytning til dets forældre skifter karakter, og relationerne til vennerne begynder at fylde mere og mere^(5, 6, 112).

Relationer og socialt netværk i Region Hovedstaden

På baggrund af sundhedssamtalen med den unge ved udskolingsundersøgelsen vurderer sundhedsplejersken den unges relationer og netværk. Hvis sundhedsplejersken oplever, at den unges trivsel er påvirket af relationsproblematikker, registreres dette som en bemærkning. En bemærkning kan for eksempel skyldes skilsmisse, sorg/død, manglende socialt netværk, vanskeligheder i forhold til at enes med andre, ensomhed, mobning, og at den unge ikke har venner og familie at tale med om svære ting.

Blandt de udskolingsundersøgte unge i sundhedsprofilen er der 17,3 %, der har en bemærkning til sociale relationer og netværk. Heraf er andelen af unge med bemærkninger til skilsmisse højest (8,7 %), efterfulgt af unge med bemærkninger til ikke at have nogen at tale med om svære ting (4,3 %). Der er en højere forekomst af bemærkninger blandt unge, der er piger, hvis forældre højst har fuldført grundskolen, en erhvervsfaglig uddannelse eller en kort eller mellemlang videregående uddannelse, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv, og blandt unge, der kun bor hos den ene forælder (se tabel 5.4).

Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af unge, der har en bemærkning til deres relationer og netværk, mellem 7,7 % blandt unge fra skoler i Herlev Kommune og 32,4 % blandt unge fra skoler i Brøndby Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der blandt de unge fra skoler i Gentofte og Herlev en statistisk signifikant lavere andel af unge, der har en bemærkning til deres relationer og netværk, mens der i Albertslund, Allerød, Brøndby og Tårnby er en statistisk signifikant højere andel (se figur 5.4).

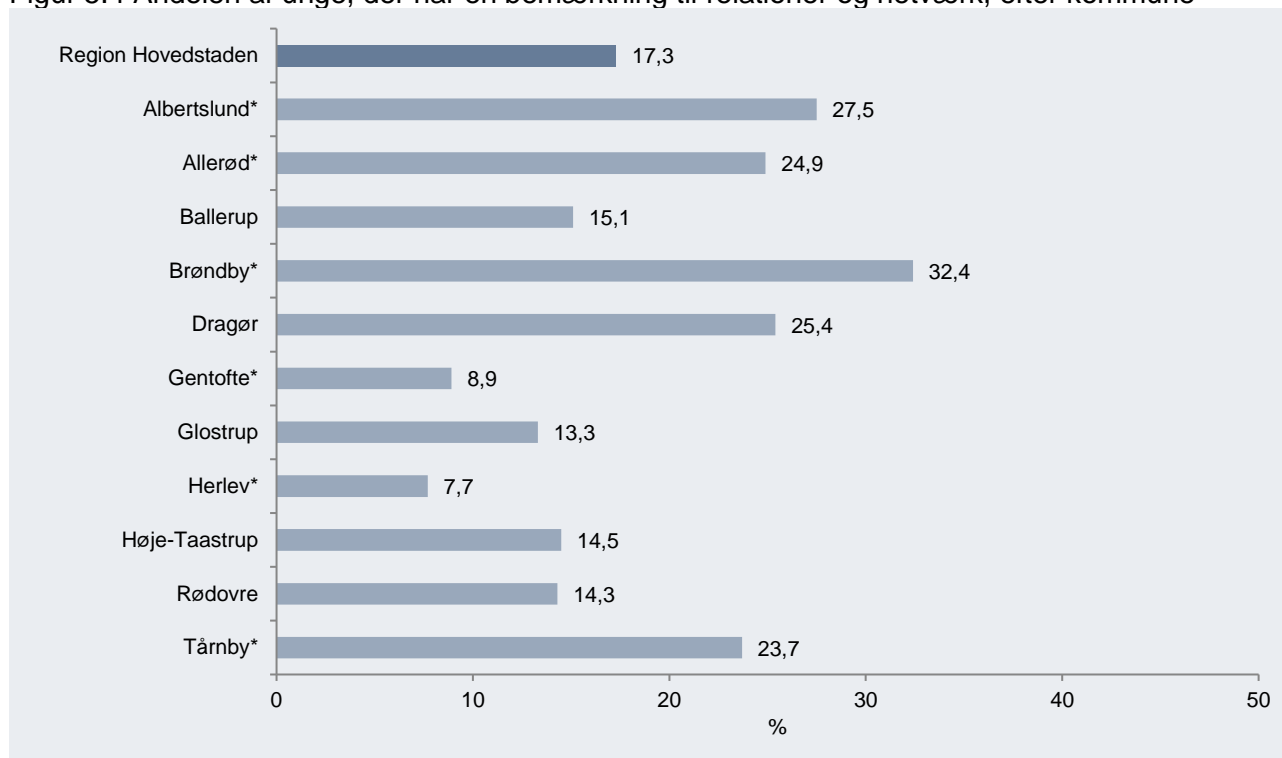
Tabel 5.4 Andelen af unge, der har en bemærkning til relationer og netværk, efter køn, alder ved udskolingsundersøgelsen, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Bemærkning til relationer og netværk
	%
Region Hovedstaden	17,3
Køn* (N=3.230)	
Dreng	14,5
Pige	20,1
Alder ved udskolingsundersøgelsen (N=3.230)	
< 15 år	16,3
15-16 år	17,6
>16 år	20,8
Forældres uddannelsesniveau* (N=3.009)	
Lang videregående	12,1
Kort eller mellemlang	16,8
Almen- eller erhvervsgymnasial	13,8
Erhvervsfaglig	23,5
Grundskole	20,4
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet* (N=2.784)	
Begge i erhverv eller uddannelse	14,5
Én i erhverv, én ikke i erhverv	26,2
Begge ikke i erhverv	20,5
Familietype* (N=3.212)	
Bor med begge forældre	11,7
Bor ikke med begge forældre	35,3
Forældres herkomst (N=2.917)	
Begge forældre dansk herkomst	17,3
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	15,5
Begge efterkommere eller indvandrere	14,0

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 11 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om unge udskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017: Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 5.4 Andelen af unge, der har en bemærkning til relationer og netværk, efter kommune



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

5.4 Sundheds- og risikoadfærd

- 6,1 % af de udskolingsundersøgte unge i Region Hovedstaden er fysisk inaktive.
- 18,0 % af de udskolingsundersøgte unge i Region Hovedstaden har bemærkning til deres søvn.
- 12,0 % af de udskolingsundersøgte unge i Region Hovedstaden springer måltider over.
- 5,8 % af de udskolingsundersøgte unge i Region Hovedstaden har usunde kostvaner.
- 12,3 % af de udskolingsundersøgte unge i Region Hovedstaden har en bemærkning til deres kropsofattelse.
- 7,0 % af de udskolingsundersøgte unge i Region Hovedstaden har bemærkning til deres rygevaner, det vil sige ryger dagligt eller til fester.
- 9,9 % af de udskolingsundersøgte unge i Region Hovedstaden har bemærkning til deres alkoholvaner.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har mange og veldokumenterede helbredsmæssige gevinster i form af en positiv effekt på vægt, kredsløb, muskel- og knoglestyrke, hormon- og immunsystem og kondition. Herudover har fysisk aktivitet positive konsekvenser for læring og en række psykosociale faktorer, for eksempel generel trivsel^(116, 117). Sundhedsadfærd, inklusive fysisk aktivitet, i de tidligste ungdomsår har stor betydning for sundhedsadfærd i de sene ungdomsår⁽¹¹⁸⁾, og på længere sigt

er der en sammenhæng mellem fysisk inaktivitet og en lang række sygdomme som hjertekarsygdom, type 2-diabetes, depression, en lang række kræftsygdomme samt tidlig død⁽¹¹⁸⁻¹²⁰⁾. Fysisk aktivitet dækker over alle former for bevægelse, der øger energiforbruget, og omfatter alle former for aktivitet, både strukturerede aktiviteter som for eksempel idræt, sport og motion, samt ustrukturerede dagligdagsaktiviteter som cykling og gåture^(5, 116, 117). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn og unge mellem fem og sytten år er fysisk aktive mindst én time om dagen, og at aktiviteten er af moderat eller høj intensitet og ligger ud over almindelige kortvarige dagligdagsaktiviteter⁽¹¹⁶⁾.

Fysisk aktivitet i Region Hovedstaden

På baggrund af sundhedssamtalen med den unge ved udskolingsundersøgelsen vurderer sundhedsplejersken den unges aktivitetsniveau. Hvis sundhedsplejersken oplever, at den unges sundhedstilstand og trivsel er påvirket af inaktivitet, registreres dette som en bemærkning.

Blandt de udskolingsundersøgte unge i sundhedsprofilen er der 6,1 %, der har en bemærkning til fysisk inaktivitet. Der er en højere forekomst af inaktive unge, der er piger, hvis forældre højst har fuldført grundskolen, en erhvervsfaglig uddannelse eller en almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv, og blandt unge, hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere (se tabel 5.5).

Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af unge, der har en bemærkning til fysisk inaktivitet, mellem 2,1 % blandt unge fra skoler i Gentofte Kommune og 16,9 % blandt unge fra skoler i Brøndby Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der blandt de unge fra skoler i Gentofte og Allerød en statistisk signifikant lavere andel af unge, der har en bemærkning til fysisk inaktivitet, mens der i Brøndby Kommune er en statistisk signifikant højere andel (se figur 5.5).

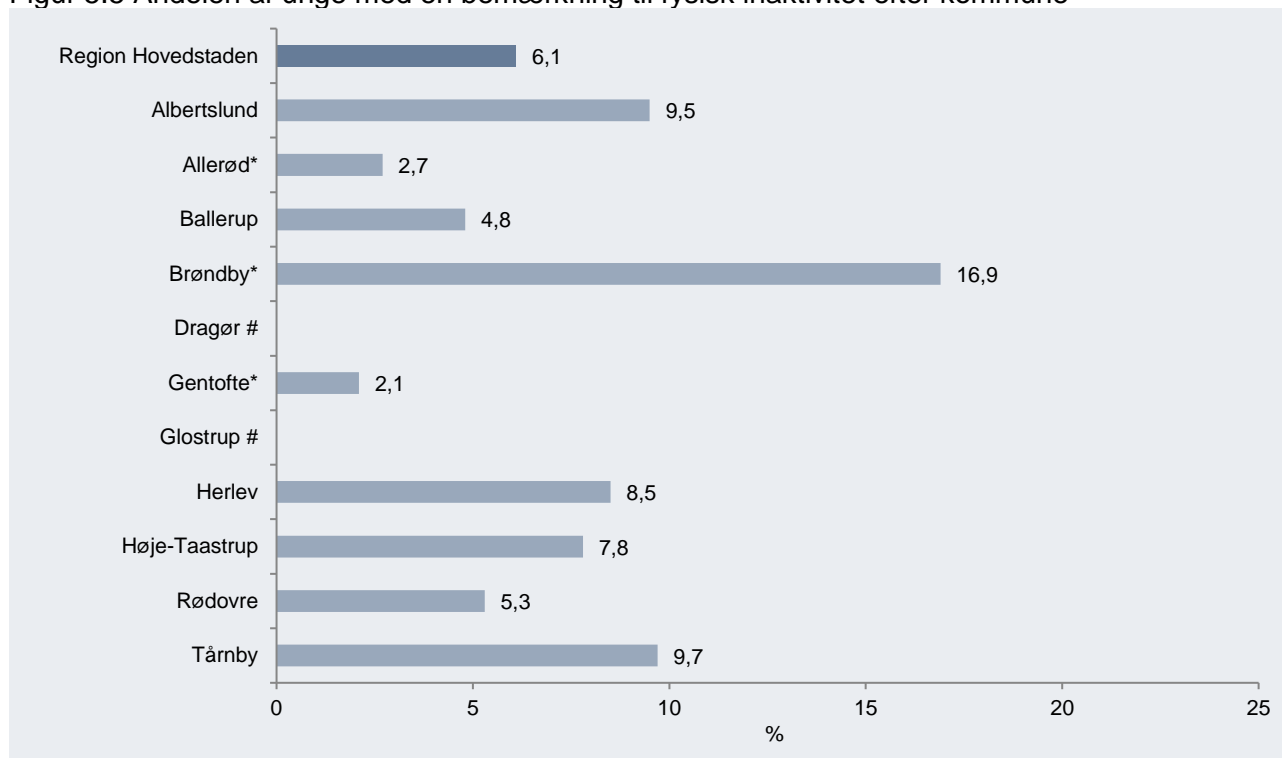
Tabel 5.5 Andelen af unge med en bemærkning til fysisk inaktivt, efter, køn, alder ved udskolingsundersøgelsen, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Bemærkning til fysisk inaktivitet
	%
Region Hovedstaden	6,1
Køn* (N=3.238)	
Dreng	4,7
Pige	7,5
Alder ved udskolingsundersøgelsen (N=3.238)	
< 15 år	5,7
15-16 år	5,9
>16 år	10,4
Forældres uddannelsesniveau* (N=3.010)	
Lang videregående	4,4
Kort eller mellemlang	4,9
Almen- eller erhvervsgymnasial	6,8
Erhvervsfaglig	7,9
Grundskole	9,5
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet* (N=2.784)	
Begge i erhverv eller uddannelse	5,2
Én i erhverv, én ikke i erhverv	8,9
Begge ikke i erhverv	9,0
Familietype (N=3.220)	
Bor med begge forældre	6,1
Bor ikke med begge forældre	6,4
Forældres herkomst* (N=2.916)	
Begge forældre dansk herkomst	4,5
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	7,9
Begge efterkommere eller indvandrere	11,9

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 11 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om unge udskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017: Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 5.5 Andelen af unge med en bemærkning til fysisk inaktivitet efter kommune



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

Søvn

Søvn og søvnkvalitet har betydning for børn og unges sundhed, trivsel og udvikling. Hvor en tilstrækkelig og god søvnkvalitet har en positiv effekt på børn og unges generelle fysiske og psykiske velbefindende, øger mangel på søvn risikoen for mistrivsel, udvikling af overvægt, koncentrationsbesvær, nedsat skolepræstation, udvikling af stress og depression, samt øger risikoen for skader og involvering i ulykker⁽⁵⁾.

Søvn og træthed i Region Hovedstaden

På baggrund af sundhedssamtalen med den unge ved udskolingsundersøgelsen vurderer sundhedsplejersken den unges søvnvaner. Hvis sundhedsplejersken oplever, at den unges trivsel er påvirket af søvnproblematikker, registreres dette som en bemærkning. En bemærkning kan for eksempel skyldes, at den unge ikke møder udhvilet om morgenen til undervisningen og er påvirket af træthed i sin hverdag.

Blandt de udskolingsundersøgte unge i sundhedsprofilen er der 18,0 %, der har en bemærkning til søvn og træthed. Der er en højere forekomst af bemærkninger blandt unge, der er piger, og blandt unge, hvis forældre højst har fuldført grundskolen, en erhvervsfaglig uddannelse eller en kort eller mellemlang videregående uddannelse (se tabel 5.6).

Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af unge, der har en bemærkning til deres søvnvaner, mellem 8,1 % blandt unge fra skoler i Herlev Kommune og 42,1 % blandt unge fra skoler i Tårnby Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der blandt de unge fra skoler i Gentofte og Herlev en statistisk signifikant lavere andel af unge, der har en bemærkning til deres søvnvaner, mens der i Albertslund, Brøndby og Tårnby er en statistisk signifikant højere andel (se figur 5.6).

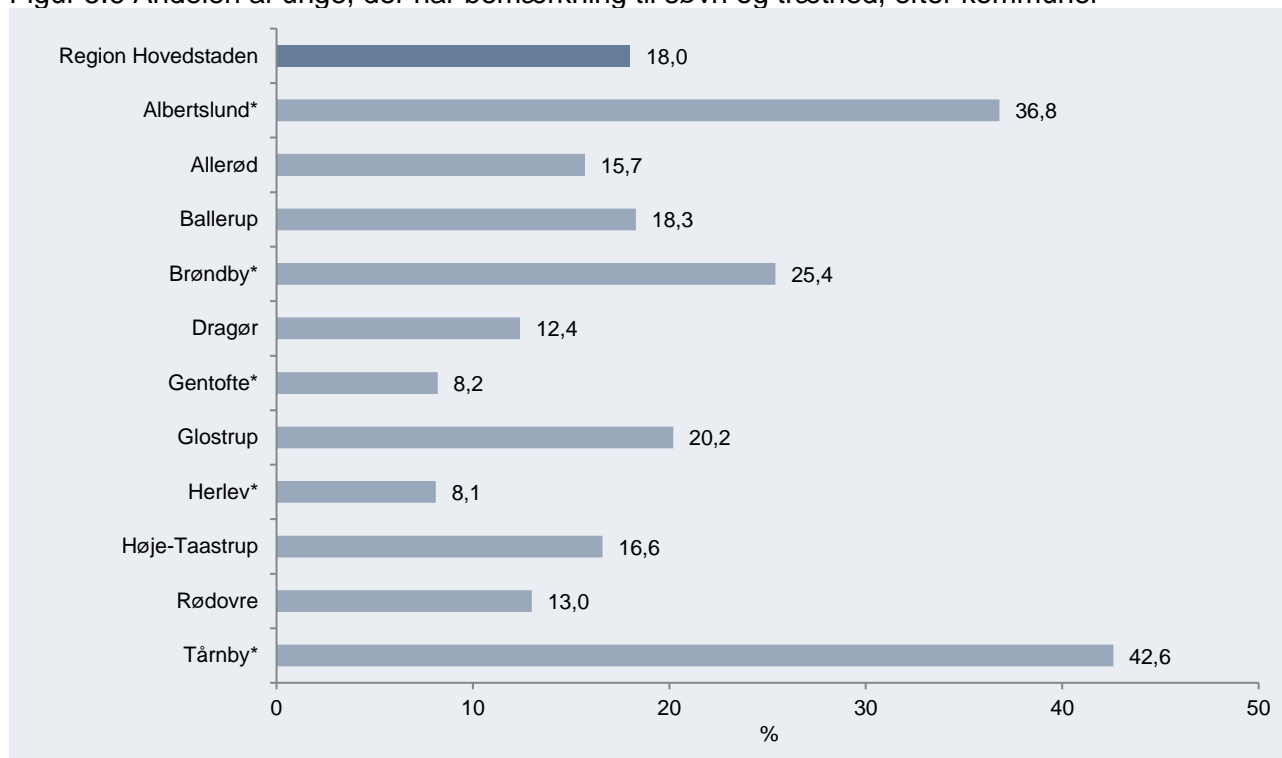
Tabel 5.6 Andelen af unge, der har bemærkning til søvn og træthed, efter, køn, alder ved udskolingsundersøgelsen, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Bemærkning til søvn og træthed
	%
Region Hovedstaden	18,0
Køn* (N=3.221)	
Dreng	16,0
Pige	20,0
Alder ved udskolingsundersøgelsen* (N=3.221)	
< 15 år	15,1
15-16 år	19,3
>16 år	23,6
Forældres uddannelsesniveau* (N=2.997)	
Lang videregående	11,7
Kort eller mellemlang	19,7
Almen- eller erhvervsgymnasial	12,9
Erhvervsfaglig	23,6
Grundskole	22,0
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet (N=2.777)	
Begge i erhverv eller uddannelse	17,1
Én i erhverv, én ikke i erhverv	22,4
Begge ikke i erhverv	21,2
Familietype (N=3.203)	
Bor med begge forældre	17,7
Bor ikke med begge forældre	19,0
Forældres herkomst (N=2.907)	
Begge forældre dansk herkomst	17,6
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	14,0
Begge efterkommere eller indvandrere	20,8

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 11 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om unge udskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017: Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 5.6 Andelen af unge, der har bemærkning til søvn og træthed, efter kommuner



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

Mad- og måltidsvaner

Sunde mad- og måltidsvaner har – i samspil med fysisk aktivitet – stor betydning i forhold til at fremme og bevare et godt helbred på kort sigt i forhold til at forebygge for eksempel caries, overvægt, mangel på mikronæringsstoffer og underernæring og på længere sigt fedme, livsstilsrelaterede sygdomme som hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, knogleskørhed og flere kræftformer^(5, 121). Måltidet er daglige begivenheder, og de fysiske og sociale rammer for måltidet kan være medvirkende til at skabe et socialt tilhørsforhold. Hermed er måltidet et sted, hvor fællesskaber og sociale relationer kan etableres og styrkes^(5, 121).

Mad- og måltidsvaner i Region Hovedstaden

På baggrund af sundhedssamtalen med den unge ved udskolingsundersøgelsen vurderer sundhedsplejersken den unges spise- og kostvaner. Hvis sundhedsplejersken oplever, at den unges sundhed og trivsel er påvirket af spiseproblematikker, registreres dette som en bemærkning. En bemærkning kan for eksempel skyldes, at den unge springer måltider over eller har usunde kostvaner.

Blandt de udskolingsundersøgte unge i sundhedsprofilen er der 12,0 %, hvor sundhedsplejersken registrerer, at de springer måltider over, og 5,8 %, der har usunde kostvaner. Der er en højere forekomst af unge, der springer måltider over, blandt unge, der er piger, der er over 16 år, hvis forældre højst har fuldført grundskolen, en erhvervsfaglig uddannelse, almen- eller gymnasial uddannelse, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv, og blandt unge, hvis forældre er efterkommere og/eller indvandrere. Derudover er der en højere forekomst af unge med usunde kostvaner blandt unge, hvis forældre har mindre end en lang videregående uddannelse, hvis ene eller begge ikke er i erhverv, der kun bor hos den ene forælder, hvis forældre er efterkommere og/eller indvandrere (se tabel 5.7).

Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af unge, der springer måltider over, mellem 2,5 % blandt unge fra skoler i Gentofte Kommune og 24,1 % blandt unge fra skoler i Brøndby Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der blandt de unge fra skoler i Gentofte Kommune en statistisk signifikant lavere andel af unge, der springer måltider over, mens der i Albertslund, Brøndby og Glostrup er en statistisk signifikant højere andel (se figur 5.7).

Blandt kommunerne svinger andelen af unge, der har usunde kostvaner, mellem 1,4 % blandt unge fra skoler i Gentofte Kommune og 16,9 % blandt unge fra skoler i Albertslund Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der blandt de unge fra skoler i Gentofte en statistisk signifikant lavere andel af unge, der har usunde kostvaner, mens der i Albertslund og Brøndby er en statistisk signifikant højere andel (se figur 5.7).

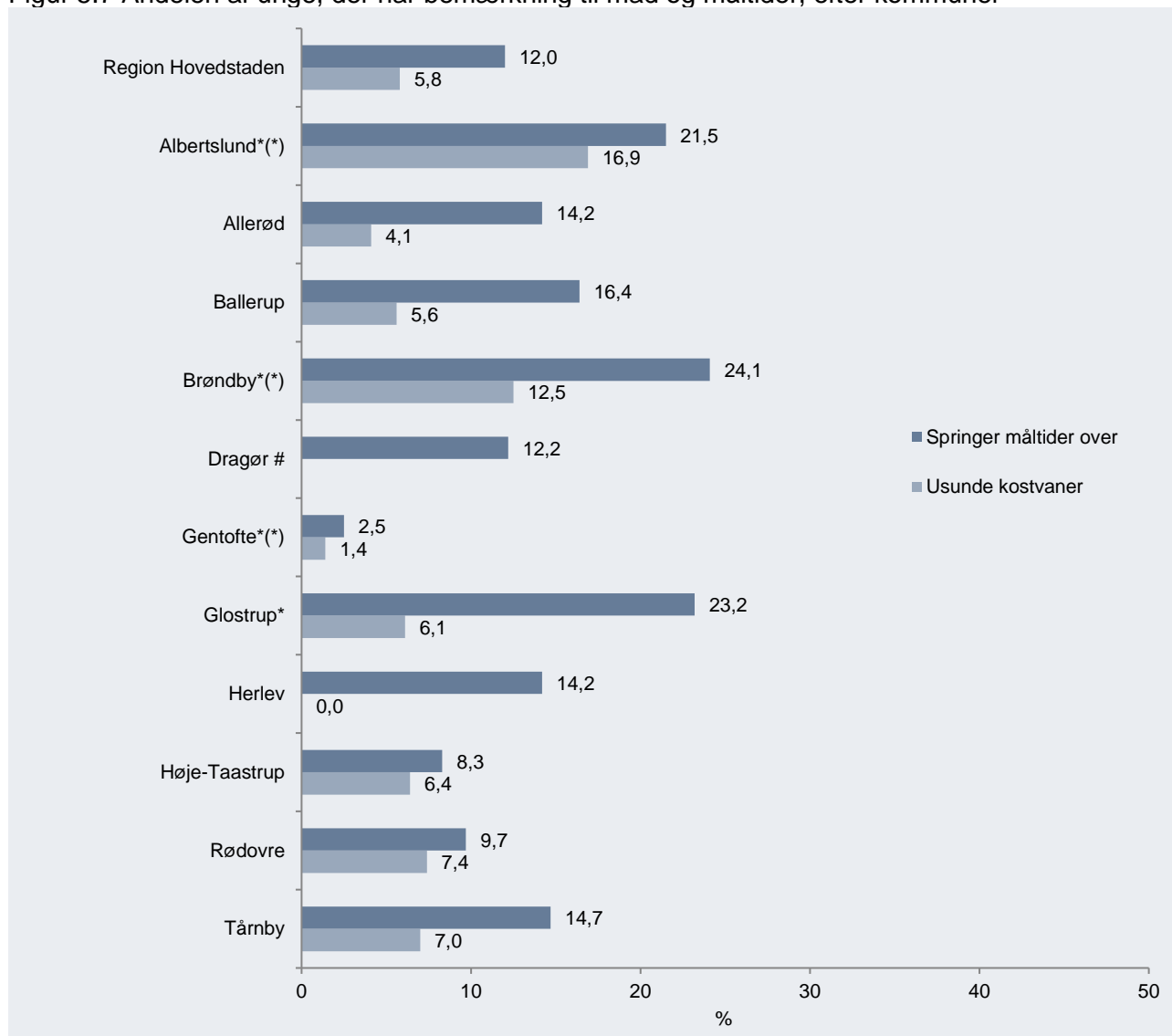
Tabel 5.7 Andelen af unge, der har bemærkning til mad og måltider, efter køn, alder ved udskolingsundersøgelsen, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Springer måltider over	Usunde kostvaner
	%	%
Region Hovedstaden	12,0	5,8
Køn	(N=3.238)*	(N=3.238)
Dreng	9,6	6,5
Pige	14,4	5,2
Alder ved udskolingsundersøgelsen	(N=3.238)*	(N=3.238)
< 15 år	10,4	6,1
15-16 år	12,3	5,4
>16 år	19,1	7,4
Forældres uddannelsesniveau	(N=3.010)*	(N=3.010)*
Lang videregående	5,6	2,0
Kort eller mellemlang	10,7	4,9
Almen- eller erhvervsgymnasial	12,9	6,8
Erhvervsfaglig	18,7	8,0
Grundskole	17,1	13,8
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet	(N=2.784)*	(N=2.784)*
Begge i erhverv eller uddannelse	10,5	4,5
Én i erhverv, én ikke i erhverv	18,6	10,2
Begge ikke i erhverv	21,6	12,7
Familietype	(N=3.220)	(N=3.220)
Bor med begge forældre	11,4	5,4
Bor ikke med begge forældre	14,5	7,3
Forældres herkomst	(N=2.916)*	(N=2.916)*
Begge forældre dansk herkomst	10,0	3,7
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	12,8	7,9
Begge efterkommere eller indvandrere	20,9	13,2

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 11 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om unge udskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017: Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 5.7 Andelen af unge, der har bemærkning til mad og måltider, efter kommuner



* Variablen springer måltider over signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

(*) Variablen usunde kostvaner signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få

Kropsopfattelse

Kroppen udvikler sig drastisk i de tidlige ungdomsår, og omgivelsernes idealer påvirker den unges opfattelse af egen krop⁽⁵⁾. En dansk undersøgelse af 16-20-åriges opfattelse af køn, krop og seksualitet, at normalvægtige og overvægtige unge, der i mindre grad er tilfredse med deres krop, generelt er mindre tilfredse med livet og i højere grad har psykiske lidelser. Derudover oplever unge, der er overvægtige, og som samtidig er utilfredse med deres krop, i højere grad at være ensomme, ligesom der i denne gruppe er flere, der er droppet ud af deres uddannelse⁽¹²²⁾. I gruppen af normalvægtige unge er der flere piger end drenge, der er utilfredse med deres krop^(5, 122), hvorimod der er flere drenge i gruppen af undervægtige, der er moderat utilfredse med deres krop⁽¹²²⁾. Uoverensstemmelse mellem den faktiske vægt og opfattelsen af egen krop er bekymrende og kan være udtryk for en følelse af utilstrækkelighed og mistro, og kan i nogle tilfælde være tidlige tegn på en begyndende spiseforstyrrelse⁽⁵⁾.

Kropsopfattelse i Region Hovedstaden

På baggrund af sundhedssamtalen med den unge ved udskolingsundersøgelsen vurderer sundhedsplejersken den unges kropsopfattelse. Hvis sundhedsplejersken oplever, at den unge har en forvrænget og ikke-realistisk opfattelse af egen krop, registreres dette som en bemærkning.

Blandt de udskolingsundersøgte unge i sundhedsprofilen er der 12,3 %, der har en bemærkning til deres kropsopfattelse. Der er en højere forekomst af bemærkninger blandt unge, der er piger, hvis forældre har mindre end en lang videregående uddannelse, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv, og blandt unge, hvis forældre er efterkommere og/eller indvandrere (se tabel 5.8).

Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af unge, der har en bemærkning til deres kropsopfattelse, mellem 2,9 % blandt unge fra skoler i Herlev Kommune og 26,5 % blandt unge fra skoler i Albertslund Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der blandt de unge fra skoler i Gentofte, Herlev og Rødovre en statistisk signifikant lavere andel af unge, der har en bemærkning til deres kropsopfattelse, mens der i Albertslund, Ballerup og Brøndby er en statistisk signifikant højere andel (se figur 5.8).

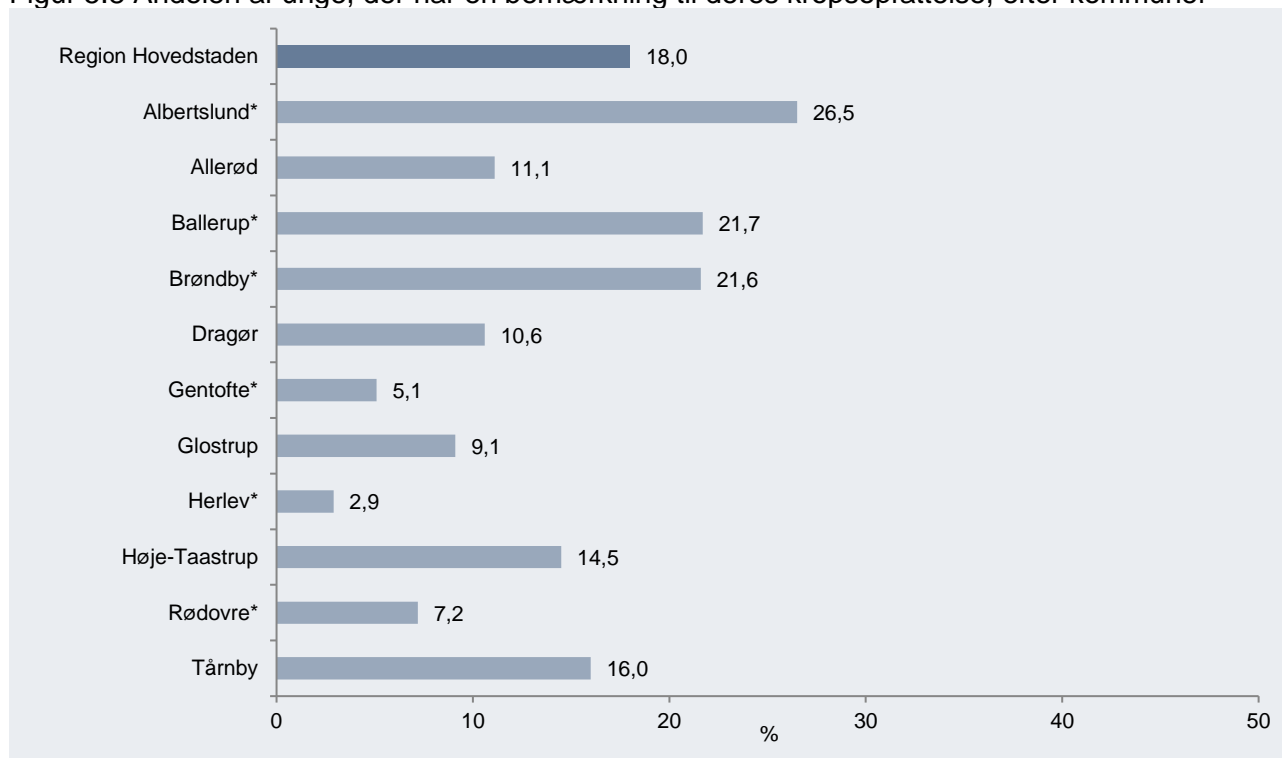
Tabel 5.8 Andelen af unge, der har en bemærkning til deres kropsopfattelse, efter, køn, alder ved udskolingsundersøgelsen, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Bemærkning til kropsopfattelse
	%
Region Hovedstaden	12,3
Køn* (N=3.234)	
Dreng	8,5
Pige	15,9
Alder ved udskolingsundersøgelsen (N=3.234)	
< 15 år	11,4
15-16 år	12,6
>16 år	15,2
Forældres uddannelsesniveau* (N=3.009)	
Lang videregående	7,6
Kort eller mellemlang	12,7
Almen- eller erhvervsgymnasial	11,2
Erhvervsfaglig	15,5
Grundskole	17,7
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet* (N=2.783)	
Begge i erhverv eller uddannelse	10,6
Én i erhverv, én ikke i erhverv	20,4
Begge ikke i erhverv	16,7
Familietype (N=3.218)	
Bor med begge forældre	12,2
Bor ikke med begge forældre	13,0
Forældres herkomst* (N=2.917)	
Begge forældre dansk herkomst	10,8
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	11,5
Begge efterkommere eller indvandrere	18,6

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 11 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om unge udskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017: Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 5.8 Andelen af unge, der har en bemærkning til deres kropsofattelse, efter kommuner



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

Ryging

Ryging er fortsat et stort problem, og dagligt begynder mange børn og unge at ryge. Jo tidligere den unge begynder at ryge, jo større er risikoen for, at den unge bliver dagligryger og storryger som voksen. Tidlig rygedebut fører til øget nikotinafhængighed, som i løbet af kort tid gør det vanskeligt at stoppe og på længere sigt øger risikoen for sygdom og tidlig død^(5, 123). Andelen af 16-24-årige dagligrygere i Danmark er markant højere end i de andre nordiske lande⁽¹²³⁾. Årsagerne til, at børn og unge begynder at ryge, er mange, blandt andet bidrager rygeadfærd blandt familiemedlemmer eller kammerater til at de unge begynder at ryge⁽⁵⁾. Andre tobaks- og nikotinprodukter, som for eksempel e-cigaretter, røgfri tobak og vandpibe, er de senere år blevet mere populære blandt de helt unge⁽¹²⁴⁾. Røgfri tobak, som for eksempel snus, er stærkt afhængighedsskabende og øger risikoen for hjertekarsygdom. Der er fortsat usikkerhed om de helbredsmæssige konsekvenser af e-cigaretter og vandpibe, men det tyder på, at risikoen for at ryge cigaretter er større for unge, der i forvejen ryger e-cigaretter og/eller vandpibe^(5, 124).

Ryging i Region Hovedstaden

På baggrund af sundhedssamtalen med den unge ved udskolingsundersøgelsen vurderer sundhedsplejersken den unges rygevaner. Hvis den unge ryger, registreres dette som en bemærkning. En bemærkning betyder, at den unge ryger dagligt eller til fester, og det omfatter tobak, vandpibe og e-cigaretter.

Blandt de udskolingsundersøgte unge i sundhedsprofilen er der 7,0 %, der har en bemærkning til rygning. Der er en højere forekomst af bemærkninger blandt unge, der er over 16 år, hvis forældre højst har fuldført grundskolen eller en erhvervsfaglig uddannelse, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv og blandt unge, hvis forældre er efterkommere og/eller indvandrere (se tabel 5.9).

Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af unge, der har en bemærkning til rygning, mellem 2,4 % blandt unge fra skoler i Gentofte Kommune og 15,4 % blandt unge fra

skoler i Tårnby Kommune. Set i forhold til regionsgennemsnittet er der blandt de unge fra skoler i Allerød, og Gentofte en statistisk signifikant lavere andel af unge, der har en bemærkning til rygning, mens der i Herlev, Høje-Taastrup og Tårnby er en statistisk signifikant højere andel (se figur 5.9).

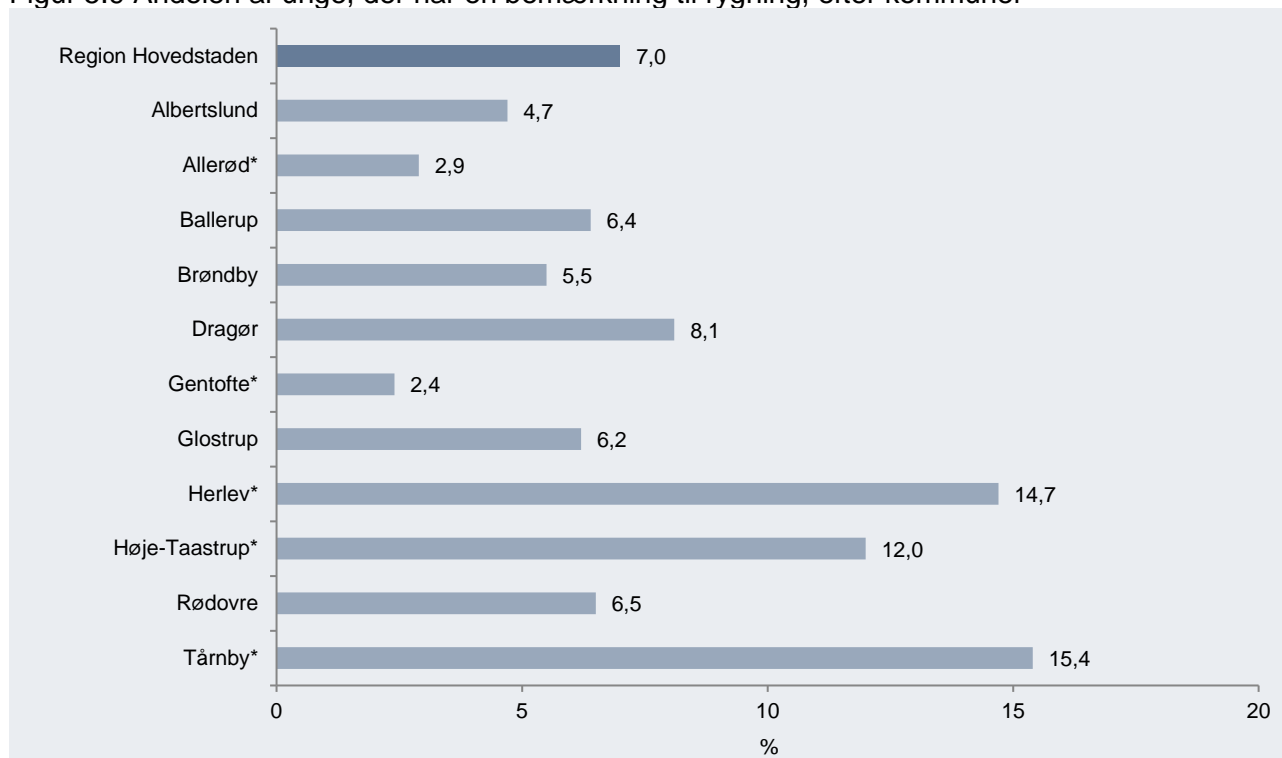
Tabel 5.9 Andelen af unge, der har en bemærkning til rygning, efter køn, alder ved udskolingsundersøgelsen, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Bemærkning til rygning
	%
Region Hovedstaden	7,0
Køn (N=3.225)	
Dreng	7,2
Pige	6,9
Alder ved udskolingsundersøgelsen* (N=3.225)	
< 15 år	2,9
15-16 år	8,8
>16 år	15,1
Forældres uddannelsesniveau* (N=2.999)	
Lang videregående	2,5
Kort eller mellemlang	5,6
Almen- eller erhvervsgymnasial	7,4
Erhvervsfaglig	11,4
Grundskole	10,8
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet* (N=2.776)	
Begge i erhverv eller uddannelse	5,9
Én i erhverv, én ikke i erhverv	10,4
Begge ikke i erhverv	8,5
Familietype (N=3.207)	
Bor med begge forældre	6,7
Bor ikke med begge forældre	8,2
Forældres herkomst* (N=2.909)	
Begge forældre dansk herkomst	5,7
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	10,0
Begge efterkommere eller indvandrere	10,0

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 11 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om unge udskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017: Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 5.9 Andelen af unge, der har en bemærkning til rygning, efter kommuner



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

Alkohol

Alkohol er en del af ungdomslivet, og danske børn og unge drikker primært til fester, i weekenden, og når de er sammen med andre unge. Selv om der gennem en årrække har været et fald i andelen af unge, som har haft deres alkohol- og fuldskabsdebut tidligt, drikker danske unge relativt meget sammenlignet med unge i andre lande, og danske unge drikker sig oftere fulde^(5, 125). I Danmark er langt de fleste alkoholforbrugende unge ofte sammen med deres kammerater, de er veltilpassede, har gode relationer til deres forældre og trives godt i skolen⁽⁵⁾. Selv om disse unge trives godt, har det høje alkoholforbrug dog en række konsekvenser på kort og lang sigt. Unge, der drikker meget, er i øget risiko for at blive involveret i ulykker, slagsmål, at have ubeskyttet samleje og at blive alvorligt alkoholforgiftet. På lang sigt har unge, der starter tidligt og drikker meget, øget risiko for at få alkoholrelaterede helbredsproblemer senere i livet^(5, 125).

Alkohol i Region Hovedstaden

På baggrund af sundhedssamtalen med den unge ved udskolingsundersøgelsen vurderer sundhedsplejersken den unges risikoadfærd i forhold til alkohol. Hvis sundhedsplejersken oplever, at den unges adfærd i forhold til alkohol er problematisk, registreres dette som en bemærkning. En bemærkning kan for eksempel skyldes manglende aftaler med forældrene, at den unge drikker regelmæssigt, at den unge ikke kender sine grænser, at den unge drikker sig fuld gang på gang og mere end fem genstande på én gang, eller at den unge drikker i hverdagen.

Blandt de udskolingsundersøgte unge i sundhedsprofilen er der 9,9 %, der har en bemærkning til alkohol. Der er en højere forekomst af unge, der er 15 år eller mere, hvis forældre har en erhvervsfaglig uddannelse, og blandt unge, hvis ene eller begge forældre er af dansk herkomst (se tabel 5.10).

Blandt kommunerne i sundhedsprofilen svinger andelen af unge, der har en bemærkning til alkohol, mellem 7,0 % blandt unge fra skoler i Gentofte Kommune og 25,2 % blandt unge fra skoler

i Dragør Kommune. Set i forhold til regions gennemsnittet er der blandt de unge fra skoler i Gentofte Kommune en statistisk signifikant lavere andel af unge, der har en bemærkning til alkohol, mens der i Dragør og Høje-Taastrup er en statistisk signifikant højere andel (se figur 5.10).

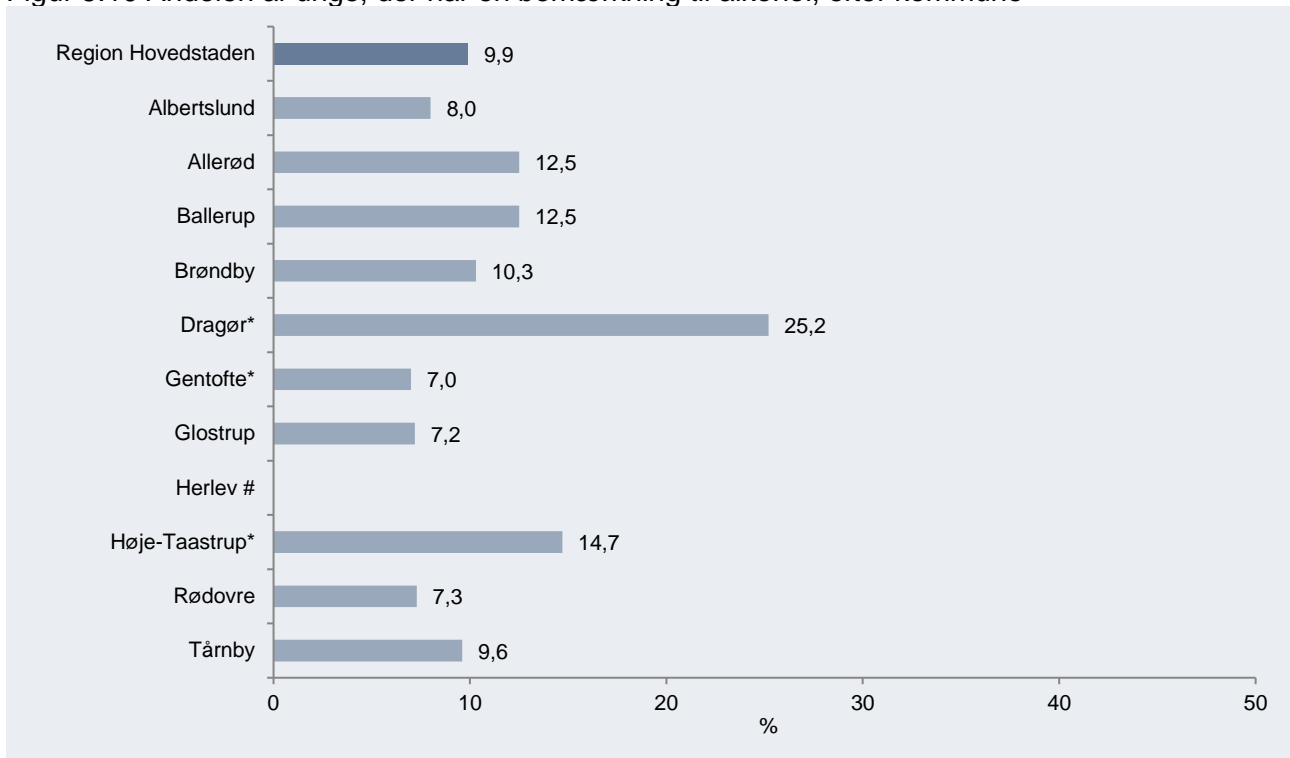
Tabel 5.10 Andelen af unge, der har en bemærkning til alkohol, efter, køn, alder ved udskolingsundersøgelsen, forældres uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, familietype og herkomst

	Bemærkning til alkohol
	%
Region Hovedstaden	9,9
Køn (N=3.214)	
Dreng	11,1
Pige	8,7
Alder ved udskolingsundersøgelsen* (N=3.214)	
< 15 år	6,7
15-16 år	11,7
>16 år	11,8
Forældres uddannelsesniveau* (N=3.989)	
Lang videregående	7,4
Kort eller mellemlang	9,7
Almen- eller erhvervsgymnasial	9,2
Erhvervsfaglig	13,6
Grundskole	7,8
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet (N=2.764)	
Begge i erhverv eller uddannelse	10,4
Én i erhverv, én ikke i erhverv	8,6
Begge ikke i erhverv	5,5
Familietype (N=3.196)	
Bor med begge forældre	9,6
Bor ikke med begge forældre	10,9
Forældres herkomst* (N=2.897)	
Begge forældre dansk herkomst	11,2
Én dansk og én efterkommer eller indvandrer	12,9
Begge efterkommere eller indvandrere	3,3

*Statistisk signifikante forskelle mellem grupperne ($p \leq 0,01$)

Region Hovedstaden indbefatter de 11 kommuner fra Region Hovedstaden, der har indsendt data om unge udskolingsundersøgt i skoleåret 2016/2017: Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

Figur 5.10 Andelen af unge, der har en bemærkning til alkohol, efter kommune



*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)

Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

6 Sammenfatning og diskussion

Undersøgelsens omfang og hovedresultater

Formålet med denne sundhedsprofil har været at producere en systematisk oversigt over børn og unges sundhed, trivsel og udvikling i Region Hovedstaden baseret på de data sundhedsplejerskerne indsamler i deres møde med børnene og deres familier. Undersøgelsen bygger på data om 12.719 nul- til etårige fra 27 af de 29 kommuner i regionen, 5.308 børn undersøgt af sundhedsplejersken ved indskoling fra skoler i 12 af kommunerne i regionen og 3.296 unge undersøgt ved udskoling fra skoler i 11 af kommunerne i regionen. De overordnede fund viser, at de fleste børn og unge er sunde, trives godt og udvikler sig, som de skal. Men der er et betydeligt mindretal af børn og unge, som trives dårligt, ikke udvikler sig, som de skal, eller som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Desuden er der en gennemgribende social ulighed med ophobning af sundhedsproblemer blandt børn og unge, hvis forældre har en kort uddannelse, ikke er i arbejde, ikke bor sammen, og blandt børn og unge, hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere.

Nul- til etårige børn født i 2016

Fødslen: Langt hovedparten af nyfødte har mødre (88,6 %) og fædre (94,8), der ved fødslen er 25 år eller mere. I alt blev 5,7 % af børnene født for tidligt, det vil sige før 37. svangerskabsuge. Blandt børn født for tidligt er der en højere forekomst af børn med en fødselsvægt på under 2.500 gram, førstefødte og børn af eneforsørgere. Andelen af børn født før 37. svangerskabsuge i Region Hovedstaden svarer til forekomsten i andre studier⁽¹⁸⁾.

I alt er 4,8 % af de nyfødte født med en fødselsvægt under 2.500 gram, og der er en højere forekomst af lav fødselsvægt blandt førstefødte, børn af forældre med en erhvervsfaglig uddannelse som højest fuldførte uddannelse og blandt børn af eneforsørgere. Resultaterne bekræfter fund fra andre studier, som viser en øget forekomst af for tidlig fødsel og lav fødselsvægt blandt mødre med kortvarig uddannelse^(18, 126).

Amning: Der er 39,5 %, som ikke ammes fuldt, når de er fire måneder. En kortvarig ammeperiode ses især blandt børn, der er født for tidligt, der har en fødselsvægt på under 2.500 gram, der er førstefødte, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv, der ikke bor sammen med begge forældre, og blandt børn, hvis forældre er efterkommere og/eller indvandrere. Forekomsten af en kortvarig ammeperiode falder med stigende uddannelsesniveau, fra 60,4 % blandt børn af forældre med grundskolen som højest fuldførte uddannelse til 27,0 % blandt børn af forældre med en lang videregående uddannelse, hvilket svarer til fund fra andre studier⁽¹²⁷⁻¹³²⁾.

Vægtudvikling: Blandt de seks til ti måneder gamle børn er 4,9 % overvægtige eller svært overvægtige. Der er en højere forekomst af overvægtige blandt børn med en fødselsvægt på 4.000 gram eller mere og blandt børn af forældre med grundskolen som højest fuldførte uddannelse. Forekomsten af overvægt og svær overvægt svarer til forekomsten i en tidligere undersøgelse, hvor den forhøjede forekomst blandt børn af forældre med en kort uddannelse bekræftes⁽³⁸⁾.

Udvikling og trivsel: I barnets første leveår havde sundhedsplejersken bemærkninger til barnets sprog for 4,7 % af børnene, til barnets søvn for 8,7 % af børnene, til barnets reaktioner og signaler for 21,1 % af børnene og til vedvarende gråd og uro for 5,5 % af børnene. Sundhedsplejersken havde bemærkninger til forældre-barn relationen for 10,2 % af børnene, når sundhedsplejersken

vurderer, om forældrene forstår barnets behov, og for 3,0 % af børnene, når sundhedsplejersken vurderer barnets evne til at kommunikere følelsesmæssige behov. For 51,4 % havde sundhedsplejersken bemærkninger til barnets ernæring og spisning.

De nævnte problemer med udvikling og trivsel findes oftere blandt børn, der er født før uge 37, med en fødselsvægt under 2.500 gram, og blandt børn i familier, hvor forældrene for eksempel har kort uddannelse, ingen tilknytning til arbejdsmarkedet, er eneforsørgere eller er indvandrere og/eller efterkommere. Tidligere analyser af sundhedsplejerskedata i regionen har vist de samme resultater^(69, 127, 133-135).

Mors psykiske tilstand: Sundhedsplejersken observerer mors psykiske tilstand og registrerer bemærkninger, hvis der er grund til bekymring eller opfølgning. Der foretages ikke en egentlig diagnosticering, men en angivelse af det, man kalder en fødselsreaktion, "maternity blues". Sundhedsplejersken noterede en bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg for 21,8 % af børnene. Der er en højere forekomst blandt børn, der er født før uge 37, hvis forældre højst har gennemført grundskolen, hvis den ene eller begge forældre ikke er i erhverv, samt blandt børn, der ikke bor med begge forældre. Disse resultater bekræfter viden fra andre undersøgelser i Finland og Danmark^(136, 137).

Børn indskolingsundersøgt i 2016/2017

Denne aldersgruppe undersøges sjældent, og der foreligger derfor ikke mange andre undersøgelser af aldersgruppen end de undersøgelser, der er baseret på data fra Databasen Børns Sundhed. Sammenligning med tidligere studier relaterer sig derfor overvejende til undersøgelser foretaget på tidligere generationer af børn fra Databasen Børns Sundhed.

Sprog: I alt har 8,6 % af de indskolingsundersøgte børn i Region Hovedstaden en bemærkning til sprog, ofte benævnt forsinket sprogudvikling. Der er en højere forekomst af forsinket sprogudvikling blandt børn, der er drenge, hvis forældre højst har fuldført grundskolen eller en erhvervsfaglig uddannelse, hvis forældre ikke er i erhverv, og blandt børn, hvis forældre er efterkommere og/eller indvandrere. Den sociale ulighed i sprogkundskaber genfindes i tidligere danske undersøgelser og på data fra Databasen Børns Sundhed^(127, 138).

Vægtstatus: Der er 12,6 % af de indskolingsundersøgte børn, som er overvægtige eller svært overvægtige. Forekomsten er højest blandt børn, der er piger, hvis forældre ikke har en lang videregående uddannelse, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv, og blandt børn, hvis forældre er efterkommere og/eller indvandrere. Den sociale ulighed i overvægt findes også i undersøgelser baseret på tidligere data fra Databasen Børns Sundhed⁽³⁸⁾.

Generel trivsel og skoletrivsel: Ved indskolingsundersøgelsen spørger sundhedsplejersken børnene om deres trivsel, 4,8 % markerer en lav selv vurderet generel trivsel og 11,0 % en lav selv vurderet skoletrivsel. Disse tal svarer nogenlunde til fundene i en tidligere undersøgelse af data fra Databasen Børns Sundhed⁽⁸⁵⁾.

Sociale relationer: Ved indskolingsundersøgelsen spørger sundhedsplejersken forældrene om barnets forhold til jævnaldrende. I alt angiver 6,7 % af de indskolingsundersøgte børn eller deres forældre problemer i forholdet til jævnaldrende. Der er højere forekomst af sådanne problemer blandt børn, der er over syv år ved indskolingsundersøgelsen, hvis forældre højst har fuldført grundskolen eller en erhvervsfaglig uddannelse, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv, der kun bor med den ene forælder, og blandt børn, hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere. Forekomsten svarer nogenlunde til det, der er fundet i andre undersøgelser blandt danske og hollandske børn^(30, 139).

Ved indskolingsundersøgelsen vurderer sundhedsplejersken relationen mellem barnet og dets forældre, og i 5,6 % af børnenes journaler har sundhedsplejersken angivet en bemærkning til forældre-barn relationen. Forekomsten er højere blandt børn, hvis forældre højst har fuldført en mellemlang videregående uddannelse, hvis ene eller begge forældre ikke er i erhverv, der kun bor med den ene forælder, og blandt børn, hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere. Disse fund svarer nogenlunde til det, der ses i tidligere studier baseret på data fra Databasen Børns Sundhed⁽¹²⁷⁾.

Sundhedsadfærd: Ved indskolingsundersøgelsen vurderer sundhedsplejersken på baggrund af en samtale med barnet og dets forældre barnets mad- og måltidsvaner og fysiske aktivitet. På det grundlag har 21,3 % af de indskolingsundersøgte børn bemærkning til mad og måltider. Der er en højere forekomst af bemærkninger blandt børn, hvis forældre højst har fuldført en almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse, hvis ene forælder ikke er i erhverv, og blandt børn, hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere. Disse fund er i overensstemmelse med det, der er kendt fra tidligere undersøgelser på data fra Databasen Børns Sundhed⁽¹⁴⁰⁾.

Der er 4,6 % af de indskolingsundersøgte børn, der er fysisk aktive mindre end én time dagligt. Forekomsten er højest blandt børn, der er over syv år ved indskolingsundersøgelsen, hvis forældre højst har fuldført grundskolen, hvis forældre ikke er i erhverv, og blandt børn, hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere. Sammenlignet med undersøgelser af større børn⁽⁵⁾ er andelen af indskolingsbørn, der er for lidt aktive, meget lav, hvilket må formodes at være et udtryk for, at mindre børn er langt mere fysisk aktive end store børn.

Børn udskolingsundersøgt i 2016/2017

Sundhed og udvikling: Sundhedsplejersken har en grundig samtale med den unge ved udskolingsundersøgelsen, oftest i 8. eller 9. klasse. Undersøgelsen skal tage udgangspunkt i de emner, den unge ønsker at tale om. Desuden bliver de unge målt og vejjet og undersøgt for problemer med syn og hørelse.

I alt er 17,9 % af de udskolingsundersøgte unge overvægtige eller svært overvægtige. Forekomsten af overvægt er højere blandt unge, der er over 16 år, hvis forældre har kort uddannelse og ingen tilknytning til arbejdsmarkedet, og blandt unge, hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere. Forekomsten af overvægt er som forventet højere end det, der ses i Skolebørnsundersøgelsen⁽⁵⁾. Dette skyldes, at Skolebørnsundersøgelsen er baseret på selvrapporterede spørgeskemadata, som man ved giver en underrapportering af overvægt, mens tallene i disse data er rapporteret af sundhedsplejersken på baggrund af en objektiv måling af højde og vægt. Den sociale ulighed i overvægt genfindes i undersøgelser af både selvrapporterede data og objektive data i denne aldersgruppe^(141, 142).

Trivsel: På baggrund af samtalen med den unge noterer sundhedsplejersken, hvis der er en bemærkning til den unges trivsel. Hos 13,2 % af de udskolingsundersøgte unge, har sundhedsplejersken registreret en bemærkning til den unges trivsel, hos 15,2 % af de unge har sundhedsplejersken registreret en bemærkning til mentale helbredsproblemer og en bemærkning til sociale relationer og socialt netværk hos 17,3 % af de unge. Forekomsten af sådanne bemærkninger er højest blandt piger, blandt unge over 16 år, blandt unge, hvis forældre har en kort uddannelse, ingen tilknytning til arbejdsmarkedet, og blandt unge, der ikke bor sammen med begge forældre.

Forekomsten kan ikke direkte sammenlignes med andre undersøgelser, som typisk benytter andre målinger og opgørelsesmetoder. Skolebørnsundersøgelsen, som er baseret på 11-15-årige elevers egne besvarelser af spørgeskemaer, viser at 15,0-20,0 % af eleverne i danske skoler har

mentale sundhedsproblemer, og at omkring 20,0 % af eleverne har svage eller problematiske sociale relationer^(5, 84), hvilket stemmer nogenlunde overens med tallene i denne sundhedsprofil.

Mad, måltider og fysisk aktivitet: På baggrund af samtalen med den unge noterer sundhedsplejersken, at 12,0 % af de unge springer måltider over, at 5,8 % af de unge har usunde kostvaner, og at 6,1 % af de unge er inaktive. Der er en højere forekomst af sådanne bemærkninger blandt piger, unge over 16 år, unge, hvis forældre har en kort uddannelse og ingen tilknytning til arbejdsmarkedet, og unge, hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere. De nævnte forekomster er væsentligt lavere end det, man finder i undersøgelser, hvor de unge selv anonymt oplyser om deres sundhedsadfærd^(5, 143, 144). Det kan skyldes, at de øvrige studier er baseret på selvrapporterede data, mens data i denne sundhedsprofil er sundhedsplejerskens registrering på baggrund af dialog med den unge.

Søvn og træthed: Sundhedsplejersken registrerer en bemærkning hos 18,0 % af de unge på grund af, at deres søvn og træthed påvirker deres trivsel. Der er en højere forekomst af bemærkninger blandt piger, og forekomsten falder med stigende uddannelsesniveau hos forældrene. Forekomsten på 18,0 % afviger meget fra de oplysninger, der kommer fra undersøgelser, hvor unge selv besvarer spørgeskemaer om søvn og træthed. Her er observationen, at de fleste sover for lidt, og de fleste er trætte, når de skal i skole om morgenen⁽⁵⁾. Denne forskel kan skyldes, at der i sundhedssamtalen er fokus på andre problemstillinger, der fylder mere for den unge. Forskellen kan også skyldes, at sundhedsplejersken foretager en helhedsvurdering af, om den unge møder udhullet om morgenen, og om den unge fungerer i hverdagen.

Kropsopfattelse: Hvis sundhedsplejersken oplever, at den unge har en forvrænget og ikke-realistisk opfattelse af egen krop, registrerer hun en bemærkning til den unges kropsopfattelse i journalen. Sådanne bemærkninger findes for 12,3 % af de unge, hyppigst blandt piger, unge, hvis forældre har kort uddannelse, ikke er i erhverv, og hvis forældre er efterkommere og/eller indvandrere. Forekomsten er lav sammenlignet med Skolebørnsundersøgelsen⁽⁵⁾, hvor over halvdelen af de 15-årige piger og over en femtedel af de 15-årige drenge føler sig for tykke, ofte uden at være overvægtige. Her kan forskellen igen skyldes, at sundhedsplejersken på baggrund af sin viden kan spørge mere specifikt til den unges opfattelse af egen krop og på den baggrund vurdere, om den unge har en forvrænget og ikke-realistisk opfattelse af egen krop.

Ryge- og drikkevaner: Sundhedsplejersken skriver en bemærkning i journalen, hvis den unge ryger. Der er bemærkninger om rygning hos 7,0 % af de udskolingsundersøgte unge, og forekomsten er højest blandt unge, der er over 16 år, hvis forældre har kort uddannelse, er uden arbejde, hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere, og blandt unge, som ikke bor sammen med begge forældre. Forekomsten er lavere end i Skolebørnsundersøgelsen, som finder, at 18,0 % af de 15-årige ryger dagligt, ugentligt eller lejlighedsvist⁽⁵⁾. Den store forskel kan skyldes underreportering, fordi den unge i mindre omfang oplyser om rygevaner i en samtale med sundhedsplejersken end i en anonymiseret spørgeskemaundersøgelse. Men det kan også skyldes, at sundhedsplejersken ikke medregner unge, som ryger meget sjældent.

Sundhedsplejersken skriver en bemærkning i journalen, hvis den unge har en risikabel adfærd i forhold til alkohol. Det omfatter for eksempel manglende aftaler med forældrene om drikkevaner, at den unge drikker regelmæssigt, at den unge ikke kender sine grænser, at den unge drikker sig fuld gang på gang og drikker mere end fem genstande på én gang, eller at den unge drikker i hverdagen. En sådan bemærkning findes i 9,9 % af journalerne. Der er en højere forekomst af bemærkninger blandt unge, der er 15 år eller mere, hvis forældre har en erhvervsfaglig uddannelse, og hvis den ene eller begge forældre er af dansk herkomst.

Det er vigtigt at bemærke, at der ikke er tale om en måling af alkoholforbrug, men om sundhedsplejerskens vurdering af den unges risikoadfærd i forhold til indtag af alkohol. Mens der er flere undersøgelser af unges drikkevaner, så har vi ikke kunnet finde sammenlignelige undersøgelser af denne indkredsning af alkoholproblemer, som blandt andet omfatter aftaler med forældre, om den unge drikker regelmæssigt, kender sine grænser, drikker sig fuld gang på gang og mere end fem genstande på én gang, samt om den unger drikker i hverdagen.

Fund i de forskellige aldersgrupper

Det kan være vanskeligt at sammenholde fundene i nul- til etårsalderen med fundene i indskolings- og udskolingsalderen, da flere mål ikke er præcis de samme, men med hensyn til overvægt viser rapporten, at andelen af overvægtige børn stiger med alderen. Dette er overensstemmende med en tidligere regionsrapport om overvægt baseret på data fra Databasen Børns Sundhed fra årgangene 2002-2014⁽³⁸⁾. Den tidligere overvægtsrapport viser desuden, at nul- til etårige børn, der er overvægtige ved seks- til timånedersalderen har en væsentlig forøget risiko for at være overvægtig ved indskolingsalderen. Disse analyser er mulige at gennemføre på Databasen Børns Sundheds data, da databasen rummer data for børnene både i det første leveår, ved indskolingsalderen og ved udskolingsalderen. Desuden viser de indledende analyser i sundhedsprofilen, at andelen af børn, der udsættes for passiv røg i hjemmet, stiger fra barnets første leveår til indskolingsalderen. Noget af denne udvikling kan til dels forklares med, at det er to aldersgrupper, der er undersøgt samme år, og dermed kan det være svært at sammenholde prævalensen af rygning. Med hensyn til trivsel, så viser sundhedsprofilen, at der blandt de udskolingsundersøgte unge er en højere forekomst af unge med bemærkning til deres trivsel end blandt de indskolingsundersøgte børn. Dog er der her tale om forskellige måleredskaber.

Kommuneforskelle

I næsten alle de temaer, der gennemgås i rapporten, er der store variationer fra kommune til kommune. Disse variationer afspejler reelle forskelle i forekomst, og en del af forskellene kan forklares af tre forhold:

1) Forskellen kan være en refleksion af de socioøkonomiske variationer mellem kommunerne. Der er for eksempel kommuner, hvor en betydelig del af forældrene har kort uddannelse og er ramt af arbejdsløshed. I disse kommuner vil man derfor, alene på grund af den sociale ulighed i forekomsten af de undersøgte helbredsrelaterede faktorer, forvente en højere forekomst blandt børn og unge. Der er kommuner, hvor langt over halvdelen af børnene kommer fra ikke-danske familier, og andre kommuner, hvor næsten alle har dansk herkomst. Sådanne socioøkonomiske forskelle vil med stor sikkerhed resultere i forskelle i forekomsten af børns sundhedsrelaterede problemer (se for eksempel bilag 1).

2) Variationerne kan skyldes forskellig opmærksomhed på særlige faktorer indenfor sundhedsplejen i de enkelte kommuner. Sundhedsplejerskerne er organiseret kommunevis, og kommunerne kan i visse tilfælde udvikle en særlig praksis for anvendelse af journalerne. Når en kommune for eksempel foretager en indsats overfor særlige aspekter af børns sundhed, for eksempel sprogudvikling og motorik, vil sundhedsplejerskerne normalt være særligt opmærksomme på disse indsatser. Det kan medføre en større opmærksomhed og flere bemærkninger i journalerne. Der kan også være sundhedsplejersker med særlige interesser eller ekspertiser, som resulterer i øget opmærksomhed og flere bemærkninger. Det betyder, at nogle af de observerede forskelle mellem kommunerne kan tilskrives forskelle i registreringspraksis.

3) De fleste af de kommuner, der har lave andele af børn med bemærkninger, er nye deltagere i databasesamarbejdet. Det er muligt, at sundhedsplejerskerne i de nye kommuner ikke har samme tradition og erfaring med at registrere bemærkninger som sundhedsplejersker fra kommuner, der

har anvendt standardiserede journalobservationer i længere tid, og at der derfor i disse kommuner er en underrapportering af de faktorer, som indgår i sundhedsplejerskejournalerne.

Ud fra et videnskabeligt perspektiv er det en styrke, at sundhedsplejerskerne baserer deres observationer og vurderinger på oftest mangeårig klinisk erfaring og ud fra de samme standardiserede kriterier. Det er vigtigt, at disse kriterier er så specifikke og ens som muligt i de anvendte journalsystemer. Arbejdet med udvikling og harmonisering af journalerne og tilhørende vejledninger er derfor vigtigt, og det tages meget alvorligt i den kommunale sundhedspleje, således at man i stigende grad og med stigende validitet kan sammenligne informationer på tværs af kommuner og journalsystemer.

Undersøgelsens metoder og data

Styrkesider: Det er en styrke, at undersøgelsen bygger på sundhedsplejerskens journaler, idet mere end 95 % af alle børn i deltagerkommunerne får besøg af sundhedsplejersken. Sundhedsplejersker skal føre journal over deres observationer og det, de lærer om barnet ved samtale med forældrene, og deres særlige indsigt i børns sundhed og udvikling er et afgørende parameter, når det gælder tilvejebringelsen af sundhedsdata med stor klinisk relevans. Desuden tilser sundhedsplejerskerne de nyfødte ved hjemmebesøg flere gange i første leveår. Data stammer desuden fra en stor undersøgelsespopulation, som omfatter mere end 21.000 børn i spædbarns, ind- og udskolingsalderen, og som dækker spædbarnspopulationen i næsten hele Region Hovedstaden.

Sundhedsplejersker ser også næsten alle børn ved indskolingsundersøgelsen, normalt sammen med en af forældrene, og også her skal de føre journal om deres observationer, samtale med barnet og samtale med forældrene. Endeligt ser næsten alle unge en sundhedsplejerske igen ved udskolingen i forbindelse med udskolingsundersøgelsen. Også her findes journaloplysninger over sundhedsplejerskens observationer og samtale med den unge. Det betyder, at der ikke er de store problemer med bortfald og dertil relateret bias.

Koblingen med registre betyder, at sundhedsprofilen har næsten fuldstændige oplysninger om forældrenes herkomst, uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning.

Data om barnets og den unges udvikling og trivsel er særlige for Databasen Børns Sundhed. Sådanne oplysninger findes ikke i centrale registre, og objektive undersøgelser foretaget af en sundhedsplejerske med stor klinisk erfaring er en styrke for data. At oplysningerne er indsamlet af sundhedsplejersken betyder også, at undersøgelsen dækker befolkningsgrupper, som ofte ikke besvarer spørgeskemaer. Samtidig har sundhedsplejersken kontakt med mange børn og unge, og har med sin professionelle tilgang til børnene og de unge mulighed for at give en kvalificeret vurdering af barnets eller den unges udvikling. Det er de forhold, der gør Databasen Børns Sundhed særlig værdifuld. Som i andre kliniske databaser skal man være opmærksom på intersubjektiv variation, det vil sige, at forskellige fagpersoner vurderer et givent barn forskelligt. Dette pålidelighedsproblem bliver håndteret ved en grundig beskrivelse af kriterierne for registrering af hvert eneste af de forskellige problemstillinger, som indgår som data.

Begrænsninger: Der er naturligvis også begrænsninger ved at benytte sundhedsplejerskernes journaler som grundlag for en sundhedsprofil. Sundhedsprofilen er begrænset af de temaer, der indgår i journalerne. Der er en række sundhedsproblemer, som er almindelige blandt skolebørn, men som ikke indgår i denne sundhedsprofil, for eksempel forekomsten af kronisk sygdom, smerter, svag kondition og flere typer af sundhedsrelevant adfærd, for eksempel tandplejevaner og brug af lægemidler.

Som de fleste andre sundhedsprofiler fokuserer også denne sundhedsprofil på sundhedsrelaterede problemer. Man kunne også rette opmærksomheden mod styrkesider, såsom psykisk robusthed, positiv trivsel og god fysisk form.

I sundhedsprofilens figurer rapporteres den overordnede andel af udfordrede børn for den aktuelle variabel i Region Hovedstaden og andelen af udfordrede børn i de enkelte kommuner. Det giver den enkelte kommune mulighed for at vurdere, om andelen af børn i deres kommune adskiller sig signifikant fra det samlede gennemsnit af udfordrede børn i resten af Region Hovedstaden. Men sammenligningen af forekomsten i én kommune med det samlede gennemsnit fra alle børn i de andre kommuner giver ikke svar på, om forekomsten er på et sundhedsmæssigt acceptabelt niveau, men alene på om forekomsten er forskellig fra gennemsnittet.

To forskellige journalsystemer: Sundhedsplejerskerne benytter to journalsystemer afhængig af, hvilken kommune, de arbejder i. Det er et vigtigt skridt for Databasen Børns Sundhed, at det er muligt for kommunerne at indsende data via begge de to udbydere af elektroniske journalsystemer til de kommunale sundhedsordninger: TM-Sund, som har været en del af Databasen Børns Sundhed siden etablering af Databasen Børn Sundhed i 2002, og NOVAX, som har haft mulighed for at levere data til databasen siden 2014. De vigtigste variable er belyst i begge journaler, og der arbejdes løbende med at kvalitetssikre og standardisere variable og de tilhørende vejledninger. I udviklingsarbejdet er der lagt vægt på, at journalen skal være et brugbart redskab for sundhedsplejerskerne i deres daglige arbejde, uden at kravene om præcise data tager for meget af den tid, sundhedsplejerskerne tilbringer sammen med børn og forældre.

Begge journalsystemer leverer gode data om børns sundhed og trivsel, og der er et betydeligt overlap i de data, der kan uddrages af de to journalsystemer. Desuden kan begge journalsystemer kobles til registerdata. Begge journalsystemer har en vejledning til sundhedsplejersken om, hvorledes man skal fortolke journalens forskellige temaer, og i hvilke tilfælde man skal notere en bemærkning om observationer, der volder bekymring eller skal følges op senere. Disse vejledninger sikrer sammenlignelighed og validitet i data.

Men selv om der er overlap mellem de to journaler, så er de ikke fuldkommen ens. Det kan være en styrke, fordi de to journalsystemer i visse tilfælde supplerer hinanden, så de giver en mere nuanceret beskrivelse. Det er for eksempel tilfældet med data om forældre-barn relationen i første leveår. Men det kan også være en svaghed og give et forskelligt indtryk af børns sundhed og trivsel i TM-Sund- og NOVAX-kommunerne. Arbejdet med udvikling og harmonisering af journalerne og tilhørende vejledninger er derfor vigtigt, og det tages meget alvorligt i den kommunale sundhedspleje, således at man i stigende grad og med stigende validitet kan sammenligne informationer på tværs af kommuner og journalsystemer. Der er i den forbindelse allerede arbejdet med at harmonisere beskrivelsen af sprog, som vil slå igennem i data fra børn født i 2017. Aktuelt arbejdes der med en harmonisering af forældre-barn relationen. Derudover er planen løbende at harmonisere de øvrige variable.

Implikationer

Tallene i Sundhedsprofilen peger på nødvendigheden af indsatser, som vil kunne styrke det sundhedsfremmende arbejde med børn og unge. En indsats er *gensidig læring*: De store forskelle i børnesundhed mellem kommunerne kan dække over variationer i den sundhedsfremmende indsats, og jo mere man kan lære af hinanden om sundhedsfremmende initiativer og indsatser, desto bedre. Sundhedsprofilen er en direkte opfordring til kommunerne om at styrke denne gensidige læring.

Sundhedsplejerskerne organiserer sig forskelligt i kommunerne og har udviklet forskellig praksis på en række områder. Igen vil det være til stor nytte for børnesundheden med vidensdeling: Hvilken organisering af og praksis i sundhedsplejen er bedst for børnesundheden på kort og lang sigt. Tallene fra sundhedsprofilen kan skabe et udgangspunkt for en sådan diskussion.

Vi trænger til bedre redskaber til at *prioritere* og *dimensionere* indsatsen for børn og unges sundhed. Data fra sundhedsprofilen har ikke blot interesse for den kommunale indsats, men også for den regionale. Denne sundhedsprofil omhandler børn og unge i Region Hovedstaden, men data fra andre regioner og andre kommuner vil kunne give et mere samlet billede af den nationale børnesundhed.

Arbejdet med sundhedsprofilen har givet tillid til journalerne som kilde til viden om børns sundhed, men har også peget på, at der er mangler, og at det i nogle tilfælde er vanskeligt at sammenligne de data, der kommer fra de to forskellige journalsystemer. Der pågår løbende initiativer til at styrke kvaliteten af de data, der opsamles i journalerne. Det er både fornuftigt og nødvendigt, at data som indsamles af højspecialiserede professionelle, som de danske sundhedsplejersker, skal kunne bruges til at skabe viden, som kan give grundlag for sundhedsmæssige initiativer og indsatser i kommunerne.

Sundhedsprofilen rejser en række spørgsmål, som trænger til nærmere videnskabelig afklaring. Det ville være en styrke for det sundhedsfremmende arbejde, hvis man kunne indkredse *årsagerne til den store sociale ulighed i sundhed*. Børn, hvis forældre har en kort uddannelse, mangler kontakt til arbejdsmarkedet og bor hver for sig, har mange flere sundhedsproblemer end andre børn, men hvorfor? Skyldes det utilstrækkelig viden i familier med få socioøkonomiske ressourcer, skyldes det relativ fattigdom, skyldes det en ophobning af udfordringer, skyldes det, at man lever og prioriterer på helt andre måder? Jo mere viden man kan få om disse forskelle, desto bedre kan sundhedsplejersker og andre aktører tilrettelægge tilbud, som styrker børns sundhed og reducerer social ulighed i sundhed.

Ligeledes vil det have stor betydning at få *mere viden om de store kommunale forskelle i børnesundhed*. Skyldes det forskelligt niveau af belastninger i kommunerne, skyldes det forskel i tilbud og sundhedsfremmende indsats, skyldes det kulturelle forskelle i befolkningen? Jo mere viden man kan opnå om disse forskelle, desto bedre kan man tilrettelægge den lokale indsats for at styrke børns sundhed.

Endelig er det vigtigt at fortsætte den allerede igangsatte videnskabelige afklaring af *validiteten af data* i sundhedsplejerskernes journaler. Der er mange indikationer på, at netop sundhedsplejerskerne med deres indsigt i børnesundhed og deres arbejdsmetoder med hjemmebesøg og dialog er gode kilder til data om børns sundhed. Det ville være en styrke at kunne henvise til videnskabelige studier af validiteten af disse data.

Konklusion

De fleste børn og unge er sunde, trives godt og udvikler sig, som de skal. Men der er betydelige mindretal af børn og unge, som trives dårligt, ikke udvikler sig, som de skal, eller som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Blandt nul- til etårige børn er der især mange, som ikke ammes så længe som Sundhedsstyrelsen anbefaler, og mange, der har problemer med psykosocial udvikling og funktion. Derudover er der mange mødre, der har en efterfødselsreaktion, som kan skade barnets udvikling.

Blandt de indskolingsundersøgte børn er der et betydeligt mindretal, som er overvægtige, og betydelige mindretal med problemer med sprog, spisning og trivsel. Blandt de

udskolingsundersøgte unge er der mange overvægtige og mange, som har problemer med trivsel, mental sundhed, søvn, træthed og sundhedsadfærd.

I alle tre aldersgrupper er der en gennemgribende social ulighed med ophobning af sundhedsproblemer blandt børn, hvis forældre har en kort uddannelse, mangler arbejde, ikke bor sammen, eller hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere. Sammenhængen er ofte reflekteret i en gradient over uddannelsesspekteret. Det er nødvendigt med større fokus på den sociale ulighed og med nogle målrettede indsatser, som søger at kompensere for denne uretfærdige skævvridning af mulighederne for at have det samme udgangspunkt helbredsmæssigt, når man vokser op i et land, som Danmark og i et område, som Region Hovedstaden.

Sundhedsprofilen kan stimulere til gensidig læring i kommunerne, til bedre prioritering og dimensionering af den sundhedsfremmende indsats, og til kvalitetsudvikling af data og sundhedsfremmende indsatser. Rapporten viser, at sundhedsplejerskernes journaler rummer data, som er velegnede til udarbejdelse af en sundhedsprofil for børn og unge. Dette taler for, at man bør fortsætte bestræbelserne for at få flere kommuner til at deltage i samarbejdet Databasen Børns Sundhed.

7 Referencer

1. Lau CJ, Lykke MB, Bekker-Jepesen M, Buhelt LP, Andreasen AH & Johansen NB (2018) Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 - Sundhedsadfærd og risikofaktorer. Frederiksberg, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse og Center for Sundhed, Region Hovedstaden.
2. Sundhedsstyrelsen (2018) Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København.
3. Skajaa E (1994) Sundhedsprofil af småbørn og småbørnsfamilier i Århus: en deskriptiv undersøgelse af 3383 børn i 8-måneders alderen. Aarhus, Dansk Institut for Sundheds- og Sygeplejeforskning.
4. Johansen A, Jespersen LN, Davidsen M, Michelsen SI, Morgen CS, Helweg-Larsen K, et al. (2009) Danske børns sundhed og sygelighed. København, Statens Institut for Folkesundhed.
5. Rasmussen M, Pedersen TP & Due P (2015) Skolebørnsundersøgelsen 2014. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
6. Ottosen M, Andersen D, Dahl K, Hansen A, Lausten M & Østergaard S (2014) Børn og unge i Danmark - Velfærd og trivsel 2014. København, SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
7. Region Nordjylland (2012) Børn og unges sundhed og trivsel. Aalborg, Region Nordjylland.
8. Odense Kommune (2017) Sundhedsprofil for børn og unge - Odense Kommune 2017. Odense, Odense Kommune.
9. Databasen Børns Sundhed:
https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/publikationer/rapporter
10. Johansen A, Holstein B & Andersen AMN (2007) Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
11. Maughan B & Kim-Cohen J (2005) Continuities between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry*, 187:301-3.
12. Sundhedsstyrelsen (2011) Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. København, Sundhedsstyrelsen.
13. Sundhedsstyrelsen (2017) Tidlig indsats for sårbare familier - Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser. København, Sundhedsstyrelsen.
14. Sundhedsstyrelsen (2013) Skolesundhedsarbejde - håndbog til skolesundhedstjenesten. København, Sundhedsstyrelsen.
15. Databasen Børns Sundhed: Vejledning til sundhedsplejerskejournalen (NOVAX)
https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger
16. Databasen Børns Sundhed: Vejledning til sundhedsplejerskejournalen (TM Sund)
https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger
17. Delnord M, Blondel B & Zeitlin J (2015) What contributes to disparities in the preterm birth rate in European countries? *Curr Opin Obstet Gynecol.*, 27(2):133-42.
18. Delnord M, Zeitlin J (2018) Epidemiology of late preterm and early term births - An international perspective. *Semin Fetal Neonatal Med.*, doi: 10.1016/j.siny.2018.09.001.
19. Glass HC, Costarino AT, Stayer SA, Brett CM, Cladis F & Davis PJ (2015) Outcomes for extremely premature infants. *Anesth Analg.*, 120(6):1337-51.
20. Wilcox AJ (2010) Fertility and Pregnancy: An Epidemiologic Perspective. New York: Oxford University Press.
21. Grane E & Grytter C (2010) Epidemiologi, morbiditet og mortalitet ved fødsel ved gestationsalder på 24-31 uger. *Ugeskr Læger*, 172(7):519-24.

22. Risnes KR, Vatten LJ, Baker JL, Jameson K, Sovio U, Kajantie E, et al. (2011) Birthweight and mortality in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*, 40(3):647-61.
23. Sundhedsstyrelsen (2018) Amning – en håndbog for sundhedspersonale. København, Sundhedsstyrelsen.
24. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, Franca GV, Horton S, Krasevec J, et al. (2016) Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387(10017):475-90.
25. Al Mamun A, O'Callaghan MJ, Williams GM, Najman JM, Callaway L & McIntyre HD (2015) Breastfeeding is protective to diabetes risk in young adults: a longitudinal study. *Acta Diabetol.*, 52(5):837-44.
26. Horta BL, Loret de Mola C & Victora CG (2015) Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta paediatr.*, 104(467):30-7.
27. Salone LR, Vann WF & Dee DL (2013) Breastfeeding: an overview of oral and general health benefits. *J Am Dent Assoc*, 144(2):143-51.
28. Kronborg H, Harder I & Hall EO (2015) First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn. *Sex Reprod Health.*, 6(2):82-7.
29. Papp LM (2014) Longitudinal associations between breastfeeding and observed mother-child interaction qualities in early childhood. *Child Care Health Dev.*, 40(5):740-6.
30. Jørgensen SE, Rayce SB, Brixval CS, Denbæk AM, Svendsen M & Holstein BE (2013) Sundhed blandt børn i Region Hovedstaden: data fra sundhedsplejen om graviditet, spædbørn og indskolingsbørn. Hillerød, Region Hovedstaden.
31. Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, et al. (2003) Health consequences of obesity. *Arch Dis Child*, 88(9):748-52.
32. Stocks T, Renders CM, Bulk-Bunschoten AM, Hirasings RA, van Buuren S & Seidell JC (2011) Body size and growth in 0- to 4-year-old children and the relation to body size in primary school age. *Obes Rev.*, 12(8):637-52.
33. Svendsen M, Brixval CS & Holstein BE (2013) Vægtstatus i det første leveår og overvægt i indskolingsalderen. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed.
34. Mølgaard C DF, Froberg K, Heitmann BL, Holm L, Holstein BE, et al. (2007) Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge - oplæg til strategi. *Ugeskr Laeger*, 169 (24):2314-6.
35. Reilly JJ & Kelly J (2011) Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *Int J Obes.*, 35(7):891-8.
36. Must A & Strauss RS (1999) Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.*, 23 Suppl 2:S2-11.
37. World Health Organization. Multicentre Growth Reference Study Group (2006) "Child Growth Standards based on length/height, weight and age". *Acta paediatr.*, Suppl 450:76-85.
38. Brixvall CS, Johansen A, Rasmussen M & Due P (2017) Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
39. Servicestyrelsen. Bleses D, Højen A, Lum J, Markussen-Brown J & Andersen MK (2011) Forskningskortlægning: Behov for sprogvurdering, effektive sprogindsatser og pædagogisk efteruddannelse.
40. Madsen T (2009) Tidlig perspektion og production af sproglyde. I: Bleses D & Højen A. Når barnet lærer sprog. Odense, Odense Universitetes Forslag.
41. Bavin EL, Prior M, Reilly S, Bretherton L, Williams J, Eadie P, et al. (2008) The Early Language in Victoria Study: predicting vocabulary at age one and two years from gesture and object use. *J Child Lang.*, 35(3):687-701.
42. Iverson JM & Goldin-Meadow S (2005) Gesture paves the way for language development. *Psychol Sci.*, 16(5):367-71.

43. Kawai E, Takagai S, Takei N, Itoh H, Kanayama N & Tsuchiya KJ (2017) Maternal postpartum depressive symptoms predict delay in non-verbal communication in 14-month-old infants. *Infant behav Dev.*, 46:33-45.
44. Bleses D (2010) Sundhedsplejerskens rolle i forbindelse med tidlig sprogtilegnelse og tidlig indsats. *Sundhedsplejersken*, 1:12-20.
45. Kristensen K (2016) Tale- og sprogforstyrrelser hos børn: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/boern/sygdomme/vaekst-og-udvikling/tale-og-sprogforstyrrelser-hos-boern>
46. Hemmi MH, Wolke D & Schneider S (2011) Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Arch Dis Child*, 96:622-9.
47. Skovgaard A (2012) Spiseproblemer og spiseforstyrrelser hos små børn. *Månedsskrift for almen praksis*, Dec:1013-21.
48. von Kries R, Kallies H & Papousek M (2006) Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiple regulatory problems. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 160:508-11.
49. Winsper C & Wolke D (2013) Infant and toddler crying, sleeping and feeding problems and trajectories of dysregulated behaviour across childhood. *J Abnorm Child Psychol.*, 42(5):831-43.
50. Wolke D, Schmid G, Schreier A & Meyer R (2009) Crying and feeding problems in infancy and cognitive outcome in preschool children born at risk: a prospective population study. *J Dev Behav Pediatr.*, 30(3):226-38.
51. Skovgaard AM. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Dan Med Bull.* 2010;57: B4193.
52. Douglas P & Hill P (2011) Managing infants who cry excessively in the first few months of life. *BMJ*, 343: d7772.
53. Sidor A, Fischer C, Eifkhorst A & Cierpka M (2013) Influence of early regulatory problems in infants on their development at 12 months: a longitudinal study in a high-risk sample. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health*, 7(1):35.
54. Wolke D, Rizzo P & Woods S (2002) Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatr.*, 109:1054-60.
55. Jennum P (2013) *Søvn*. København: Munksgaard.
56. Ednick M, Cohen AP, McPhail GL, Beebe D, Simakajornboon N & Amin RS (2009) A review of the effects of sleep during the first year of life on cognitive, psychomotor, and temperament development. *Sleep*, 32(11):1449-58.
57. Sadeh A, FlintOfir E, Tirosh T & Tikotzky L (2007) Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *J Fam Psychol*, 21(1):74-87.
58. Sheridan A, Murrey L, Cooper PJ, Evangeli M, Byram V & Halligan SL (2013) A longitudinal study of child sleep in high and low risk families: relationship to early maternal settling strategies and child psychological functioning. *Sleep Med.*, 14(3):266-73.
59. Schmid G, Schreier A, Meyer R & Wolke D (2011) Predictors of crying, feeding and sleeping problems: a prospective study. *Child Care Health Dev.*, 37(4):493-502.
60. Farrow C & Blissett J (2006) Maternal cognitions, psychopathologic symptoms, and infant temperament as predictors of early infant feeding problems: a longitudinal study. *Int J Eat Disord.*, 39(2):128-34.
61. Schmid G, Schreier A, Meyer R & Wolke D (2010) A prospective study on the persistence of infant crying, sleeping and feeding problems and preschool behaviour. *Acta Paediatr.*, 99(2):286-90.
62. Hart S (2013) *Udviklingspsykopatologi. I: Schwartz R & Hart S. Barnet og dets relationelle miljø*. København, Hans Reitzels Forlag.
63. Thomsen PH & Skovgaard AM (2012) *Psykiske forstyrrelser i de første leveår. I: Børne- og ungdomspsykiatri*. København, FADL'S Forlag.
64. Lind D (2003) Tilknytningsforskningens bidrag til forståelsen af psykopatologi hos børn. *Psyke & Logos*, 24:686-718.

65. Væver MS (2015) Tilknytningsvanskeligheder og udsathed i spæd- og småbørnsalderen. I: Erlandsen T, Jensen NR, Langager S & Petersen KE. Udsatte børn og unge - En grundbog. København, Hans Reitzels Forlag.
66. Væver MS, Smith-Nielsen J, Wowern RV, Wendelboe K & Lavalley ML (2016) Sikre metoder til at spore tidlig mistrivsel og stress hos spædbørn. *Sundhedsplejersken*, 3:6-12.
67. Databasen Børns Sundhed, Johansen A, Weber SP & Holstein BE (2018) Forældre-barn relationen. Temarapport og årsrapport, skoleåret 2016/17. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
68. Killén K (2003) Barns tilknytning. *Psyke & Logos*, 24:573-87.
69. Databasen Børns Sundhed, Pedersen TP, Pant SW, Holstein BE, Ammitzbøll J & Due P (2018) Forældre-barn relationen i første leveår. Temarapport. Børn født i 2016. København. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
70. Gullestrup L & Terp I (2008) Fødselsdepression. København: Psykiatrifondens Forlag.
71. Grace SL, Evindar A & Stewart DE (2003) The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health*, 6(4):263-74.
72. Martins C & Gaffan EA (2000) Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry*, 41(6):737-46.
73. Reck C, Hunt A, Fuchs T, Weiss R, Noon A, Moehler E, et al. (2004) Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology*, 37(6):272-80.
74. Beck CT (1998) The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs.*, 12(1):12-20.
75. Eiberling H (2012) Prevalence and predictors of mental health problems and disorders in a general population of 5-7-year-old children. Copenhagen: University of Copenhagen.
76. Righetti-Veltama M, Conne-Perréard E, Bousquet A & Manzano J (2002) Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord.*, 70(3):291-306.
77. Bleses D, Højen A, Dybdal L, Dale P, Justice L, Piasta S, et al. (2014) A randomized controlled trial of a large scale systematic and explicit language and literacy intervention in Danish daycares: The SPELL study. *British Journal of Education, Society & Behavioural science*, 4(11):504-1524.
78. Elbro C, Dalby M & Maarbjerg S (2011) Language-learning impairments: a 30-year follow-up of language-impaired children with and without psychiatric, neurological and cognitive difficulties. *Intr J Lang Commun Disord.*, 46(4):437-48.
79. Windsor J, Reichle J & Mahowald MC (2009) Communication Disorders. I: Zeanah C. *Handbook of Infant Mental Health*. New York, The Guilford Press.
80. Whitehouse AJ, Line EA, Watt HJ & Bishop DV (2009) Qualitative aspects of developmental language impairment relate to language and literacy outcome in adulthood. *Int J Lang Commun Disord.*, 44(4):489-510.
81. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM & Dietz WH (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320(7244):1240-3.
82. Cole TJ & Lobstein T (2012) Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric obesity*, 7(4):284-94.
83. Sundhedsstyrelsen (2018) Forebyggelsespakke - Mental sundhed. København, Sundhedsstyrelsen.
84. Holstein BE, Damsgaard MT, Henriksen PW, Kjær C, Meilstrup C, Nelausen MK, Nielsen L, Rayce SB & Due P (2011) Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige - Bidrag til belysning af skolebørns mentale sundhed. København, Sundhedsstyrelsen.
85. Jørgensen SE, Svendsen M & Holstein BE (2014) Børns trivsel ved indskoling. København, Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

86. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009) Promoting young people's social and emotional wellbeing in secondary education. London, National Institute for Health and Clinical Excellence.
87. DeSocio J & Hootman J (2004) Children's mental health and school success. *J Sch Nurs*, 20(4):189-96.
88. Puskar KR & Bernardo LM (2007) Mental health and academic achievement: role of school nurses. *J Spec Pediatr Nurs*, 12(4):215-23.
89. Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, et al. (2001) The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res.*, 36(6 Pt 1):987-1007.
90. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S & McGorry P (2007) Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369(9569):1302-13.
91. Colman I, Murray J, Abbott RA, Maughan B, Kuh D, Croudace TJ, et al. (2009) Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *BMJ*, 338:a2981.
92. Osler M, Andersen AMN & Nordentoft M (2008) Impaired childhood development and suicidal behaviour in a cohort of Danish men born in 1953. *J Epidemiol Community Health*, 62(1):23-8.
93. Due P, Johansen A, Henriksen PW & Rasmussen M (2007) Sociale relationer og skolens betydning for social ulighed i adfærd og helbred. I: Johansen A, Holstein BE & Andersen AMN. *Social ulighed i sundhed blandt børn og unge*. København, Statens Institut for Folkesundhed.
94. Due P, Lynch J, Holstein B & Modvig J (2003) Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *J Epidemiol Community Health*, 57(9):692-8.
95. Due P, Holstein BE & Jørgensen PS (2004) Børns sociale relationer. I: Jørgensen PS, Holstein BE & Due P.. *Sundhed på vippen - En undersøgelse af de store skolebørns sundhed, trivsel og velfærd*. København, Hans Reitzels Forlag.
96. Due P, Holstein BE & Jørgensen PS (2004) Mobning har alvorlige konsekvenser. I: Jørgensen PS, Holstein BE & Due P. *Sundhed på vippen - En undersøgelse af de store skolebørns sundhed, trivsel og velfærd*. København, Hans Reitzels Forlag.
97. deLara EW (2018) Consequences of Childhood Bullying on Mental Health and Relationships for Young Adults. *J Child Fam Stud*, doi.org/10.1007/s10826.
98. Sørensen S (2017) Relation og tilknytning. Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker: <http://www.sundhedsplejersken.nu/boern-0-5-aar/relationer/relation-og-tilknytning/>
99. Colonnese C, Draijer EM, Jan JM, Stams G, Van der Bruggen CO, Bögels SM & Noom MJ (2011) The relation between insecure attachment and child anxiety: a meta-analytic review. *J Clin Child Adolesc Psychol.*, 40(4):630-45.
100. Damsgaard MT, Holstein BE, Koushede V, Madsen KR, Meilstrup C, Nelausen MK, et al. (2014) Close relations to parents and emotional symptoms among adolescents: beyond socio-economic impact? *Int J Public Health*, 59(5):721-6.
101. Killén K, Klette T & Arnevik (2006) Tidlig mor-barn samspil i norske familier. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43(7):694-701.
102. Thomson RM, Allely CS, Purves D, Puckering C, McConnachie A, Johnson PC, et al. (2014) Predictors of positive and negative parenting behaviours: evidence from the ALSPAC cohort. *BMC pediatr.*, 14:247.
103. Micali N, Simonoff E, Elberling H, Rask CU, Olsen EM & Skovgaard AM (2011) Eating patterns in a population-based sample of children aged 5 to 7 years: association with psychopathology and parentally perceived impairment. *J Dev Behav Pediatr.*, 32(8):572-80.
104. Databasen Børns Sundhed. Johansen A & Holstein BE (2017) Bemærkninger til mad og måltider. Temarapport og årsrapport. Børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2015-2016. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
105. Haycraft E, Farrow C, Meyer C, Powell F & Blissett J (2011) Relationships between temperament and eating behaviours in young children. *Appetite*, 56(3):689-92.

106. Hafstad GS, von Soest T & Torgersen L (2013) Early childhood precursors for eating problems in adolescence: a 15-year longitudinal community study. *J Eat Disord*, 1:35.
107. Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS & Walsh BT (2001) Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(12):1434-40.
108. Munkholm A, Olsen EM, Rask CU, Clemmensen L, Rimvall MK, Jeppesen P, et al. (2016) Early Predictors of Eating Problems in Preadolescence-A Prospective Birth Cohort Study. *J Adolesc Health*, 58(5):533-42.
109. Willett WC & Stampfer MJ (2013) Current evidence on healthy eating. *Annu Rev Public Health*, 34:77-95.
110. Kjølner M, Juul K & Kamper-Jørgensen F (2007) Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007. København, Statens Institut for Folkesundhed.
111. Kjelgaard HH, Holstein BE, Due P, Brixval CS & Rasmussen M (2017) Adolescent Weight Status: Associations With Structural and Functional Dimensions of Social Relations. *J Adolesc Health*, 60(4):460-8.
112. Llewellyn A, Simmonds M, Owen CG & Woolacott N (2016) Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.*, 17(1):56-67.
113. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C & Sandbæk A (2014) Børn og unges mentale helbred : forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser. København, Vidensråd for Forebyggelse.
114. Koushede V (2015) For mental sundhed - et nyt perspektiv. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
115. Thomsen PH & Skovgaard AM (2012) Børne- og ungdomspsykiatri. En lærebog om børn og unges psykiske sygdomme. København, FADL's Forlag.
116. Pedersen B & Andersen L (2011) Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København, Sundhedsstyrelsen.
117. World Health Organization (WHO) (2018) Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. World Health Organization.
118. Lawrence EM, Mollborn S & Hummer RA (2017) Health lifestyles across the transition to adulthood: Implications for health. *Soc Sci Med.*, 193:23-32.
119. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. (2016) Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen.
120. Sundhedsstyrelsen (2018) Forebyggelsespakke - Fysisk Aktivitet. København, Sundhedsstyrelsen.
121. Sundhedsstyrelsen (2018) Forebyggelsespakke - Mad & måltider. København, Sundhedsstyrelsen.
122. Dahl K, Henze-Pedersen S, Østergaard S & Østergaard J (2018) Unges opfattelse af køn, krop og seksualitet. København, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
123. Vestbo J, Pisinger C, Bast LS & Gyrd-Hansen (2018) Forebyggelse af rygning blandt børn og unge. Hvad virker? København, Vidensråd for Forebyggelse.
124. Sundhedsstyrelsen (2018) Forebyggelsespakke - Tobak. København: Sundhedsstyrelsen.
125. Sundhedsstyrelsen (2018) Forebyggelsespakke - Alkohol. København, Sundhedsstyrelsen.
126. Morgen CS, Bjork C, Andersen PK, Mortensen LH & Andersen AMN (2008) Socioeconomic position and the risk of preterm birth--a study within the Danish National Birth Cohort. *Int J Epidemiol.*, 37(5):1109-20.
127. Ammitzbøll J, Pant SW, Johansen A & Holstein BE (2018) Herkomst og sundhed. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
128. Busck-Rasmussen M, Villadsen SF, Norsker FN, Mortensen L & Andersen AM (2014) Breastfeeding practices in relation to country of origin among women living in Denmark: a population-based study. *Matern Child Health J.*, 18(10):2479-88.

129. Databasen Børns Sundhed, Johansen A, Krogh C, Pant SW & Holstein BE (2016) Amning: Temarapport og årsrapport. Børn født i 2014. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
130. Kronborg H, Foverskov E & Væth M (2015) Breastfeeding and introduction of complementary food in Danish infants. *Scand J Public Health*, 43(2):138-45.
131. Mathews ME, Leerkes EM, Lovelady CA & Labban JD (2014) Psychosocial predictors of primiparous breastfeeding initiation and duration. *J Hum Lact.*, 30(4):480-7.
132. Meedya S, Fahy K & Kable A (2010) Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth*, 23(4):135-45.
133. Databasen Børns Sundhed, Weber Pant S & Johansen A (2017) Sundhedsplejerskers bemærkninger til sprog og kommunikation. Temarapport og årsrapport. Børn født i 2015. København, Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
134. Johansen A & Holstein BE (2014) Gråd, uro og spiseproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
135. Rayce SB, Ellegaard Jørgensen S & Holstein BE (2013) Søvnproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker. København, Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
136. Kettunen P & Hintikka J (2017) Psychosocial risk factors and treatment of new onset and recurrent depression during the post-partum period. *Nord J Psychiatry*, 71(5):355-61.
137. Svendsen M, Brixval CS & Holstein BE (2012) Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand – Temarapport fra Databasen Børns Sundhed om børn født i 2010. København, Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
138. Højen A & Bleses D (2012) Hvilke tosprogede har problemer med dansk? - En foreløbig rapport om sprog-vurdering af tosprogede. Working papers in Language Acquisition. Syddansk Universitet.
139. Bot M, de Leeuw den Bouter BJ & Adriaanse MC (2011) Prevalence of psychosocial problems in Dutch children aged 8-12 years and its association with risk factors and quality of life. *Epidemiol Psychiat Sci.* 20(4):357-65.
140. Johansen A, Holstein BE & Møller L (2017) Mad og måltider: Hvad observerer sundhedsplejerskerne ved indskoling? *Sundhedsplejersken*, 39(3):6-10.
141. Bendtsen P, Mikkelsen S & Tolstrup J (2005) Ungdomsprofilen. København, Statens Institut for Folkesundhed; Syddansk Universitet.
142. Due P, Damsgaard MT, Rasmussen M, Holstein BE, Wardle J, Merlo J et al. (2009) Socioeconomic position, macroeconomic environment and overweight among adolescents in 35 countries. *Int J Obes.*, 33:1084-1093.
143. Mogen CS, Mortensen LH, Rasmussen M, Andersen AMN, Sørensen TIA & Due P (2010) Parental socioeconomic position and development of overweight in adolescence: longitudinal study of Danish adolescents. *BMC Public Health*, 10:520
144. Christensen L, Kørup K, Trolle E, Matthiessen J & Fagt S (2012) Børn og unges måltidsvaner 2005-2008. København, DTU Fødevarerinstitutionen.

8 Bilag

Bilag 1. Andelen af nul- til etårige børn, hvor forældrenes højest fuldførte uddannelsesniveau er grunduddannelse, lang videregående uddannelse, ikke er i erhverv eller under uddannelse, mor er under 25 år, og begge forældre er indvandrere og/eller efterkommere fordelt efter kommune

	Højest gennemført grunduddannelse	Lang videregående uddannelse	Begge forældre ikke i erhverv eller uddannelse	Bor ikke med begge forældre	Mors alder <25 år	Begge forældre indvandrere og/eller efterkommere
	%	%	%	%	%	%
Region	7,2	38,8	4,6	13,5	11,4	21,3
Hovedstaden						
Albertslund	15,0*	20,7*	5,8	15,6	13,5	42,1*
Allerød	2,0*	49,8*	4,7	7,7	6,6	11,9*
Ballerup	10,0	24,9*	5,2	16,0	16,4*	21,4
Bornholm	6,1	13,5*	9,3*	17,0	21,0*	7,8*
Brøndby	18,1*	18,4*	6,5	17,1	16,0*	46,7*
Dragør	4,7	41,7	4,6	8,8	6,9	5,6*
Egedal	4,2	32,3*	4,0	7,8*	8,1	11,8*
Fredensborg	6,3	37,4	4,7	16,4	10,0	27,2*
Frederiksberg	2,5*	68,9*	2,3*	12,7	4,6*	12,1*
Frederikssund	6,8	21,1*	7,8*	16,7	15,2	9,4*
Furesø	6,0	53,3*	5,8	8,5*	9,2	21,7
Gentofte	1,9*	66,7*	3,0	11,5	4,4*	14,8*
Gladsaxe	6,0	45,7*	2,6*	11,8	10,0	23,4
Glostrup	8,6	25,8*	2,6	15,6	13,9	29,8*
Gribskov	8,5	15,1*	6,2	16,8	19,9*	11,5*
Halsnæs	11,2	12,9*	7,5	20,7*	27,7*	15,0*
Helsingør	8,9	27,8*	4,5	15,2	16,5*	17,0*
Herlev	9,9	28,3*	7,3	14,2	12,5	27,3
Hillerød	6,1	33,1*	5,6	14,9	12,3	16,3*
Hvidovre	7,6	26,6*	4,6	15,3	11,8	23,5
Høje-Taastrup	14,4*	18,5*	7,6*	13,2	16,7*	42,8*
Ishøj	10,5	14,0*	7,8*	18,1	16,3*	63,4*
Lyngby-Taarbæk	4,7	56,7*	3,4	10,0	6,8*	17,3
Rudersdal	3,0*	63,9*	2,3	10,5	8,4	10,5*
Rødovre	12,2*	25,5*	4,9	16,3	14,0	26,9
Tårnby	7,6	28,4*	4,0	11,3	10,4	9,6*
Vallensbæk	6,9	32,0	3,1	9,4	10,0	39,7*

*Signifikant forskellig fra Region Hovedstaden ($p \leq 0,01$)