

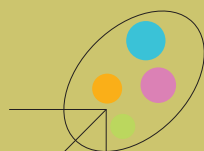
Sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i det første leveår

Temarapport børn født i 2017



Udarbejdet for Databasen
Børns Sundhed af:

Trine Pagh Pedersen
Sofie Weber Pant
Janni Ammitzbøll



**BØRNS
SUNDHED**

Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed

Sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i det første leveår Temarapport børn født i 2017

© Statens Institut for Folkesundhed, 2019

Statens Institut for Folkesundhed

Stu diestræde 6

1455 København K

www.sdu.dk/sif

Udarbejdet for bestyrelsen for Databasen Børns Sundhed af:

Trine Pagh Pedersen, Sofie Weber Pant & Janni Ammitzbøll

Bestyrelsen:

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

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, IBCLC, Sundhedsstyrelsen

Christine Bomholt, praktiserende læge, praksiskonsulent Brøndby Kommune

Eva Borg, centerchef Social og Sundhed, Ballerup Kommune

Helle Erstling Rasmussen, ledende sundhedsplejerske, MPG, Roskilde Kommune

Jonas Wittendorff, centerchef for dagtilbud og Skole, Glostrup Kommune

Karen Marie Olesen, systemansvarlig og sundhedsplejerske, MPH, Aarhus Kommune

Lars Bender, overlæge, Aalborg Universitetshospital

Lene Schack-Nielsen, chefkonsulent, Region Hovedstaden

Lotte Finseth, sundhedsplejerske, Gladsaxe Kommune

Pernille Buhelt, ledende sundhedsplejerske, Brønderslev Kommune

Pernille Fabricius, leder af Sundhedstjenesten, Lyngby-Taarbæk Kommune

Pia Rønne kamp, fagchef i sundhedsplejen, MPG, Brøndby Kommune

Susanne Henriksen, ledende sundhedsplejerske, Aalborg Kommune

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

Ulla Dupont, ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune

Fotoleverandør: Modelbillede fra Colourbox

Publikationen refereres således:

Pedersen TP, Pant SW & Ammitzbøll J. Sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i det første leveår. Temarapport. Børn født i 2017. København. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2019.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Publikationen kan downloades fra internetadressen www.sdu.dk/sif

Elektronisk: ISBN 978-87-7899-463-9

Trykt: ISBN 978-87-7899-464-6

Forord

Motoriske færdigheder er vigtige for barnets øvrige udvikling, både i første leveår og senere. Det skyldes, at nye motoriske færdigheder åbner op for, at barnet kan lære mere om både den fysiske og sociale verden, hvilket påvirker den kognitive, sociale og sproglige udvikling. Tegn på forsinket motorisk udvikling kan hænge sammen med andre udviklingsproblemer, sygdom eller utilstrækkelig stimulation i forhold til barnets behov. Det er derfor vigtigt tidligt at opspore forsinket motorisk udvikling, sådan at indsatser, der kan støtte barnets udvikling, sættes i gang hurtigst muligt. Sundhedsplejersken er en af de første fagpersoner, der møder barnet og dets familie, og sundhedsplejen har derfor en enestående mulighed for at bidrage til en tidlig og forebyggende indsats. Sundhedsplejersken ser tæt mod 100 % af alle nulårige børn og kan derfor opfange tidlige signaler på en forsinket motorisk udvikling samt vejlede nybagte forældre i, hvordan de kan arbejde med og udvikle barnets motorik. Sundhedsplejerskerne i Databasen Børns Sundhed har valgt, at dette års temarapporter skal handle om motorisk udvikling, og i januar 2020 bliver denne rapport fulgt op af en anden rapport fra Databasen Børns Sundhed, der kommer til at omhandle børns motoriske udvikling ved indskolingsalderen. Rapporten om motorisk udvikling ved indskolingsalderen følger op på en tidligere rapport om motorisk udvikling ved indskolingsalderen fra 2012.

Rapporten er baseret på sundhedsplejerskers journaldata og registerdata om 16.686 børn, der er født i 2017. Børnene kommer fra 33 kommuner, der er tilmeldt Databasen Børns Sundhed: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Data er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale, og databasen giver en systematisk og sammenlignelig dokumentation af børns sundhed og sundhedsplejerskernes ydelser.

Databasen ledes af en tværfaglig og tværsektorielt sammensat bestyrelse og et forretningsudvalg, der har ansvaret for, at formålet med databasen udmøntes. Databasen er beliggende på Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet (SDU). SIF er ansvarlig for drift og data, mens kommunerne er ansvarlige for indsamlingen af data.

Temarapporten er udarbejdet af projektleder Trine Pagh Pedersen, videnskabelig assistent Sofie Weber Pant og postdoc Janni Ammitzbøll. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen. Konsulent og sundhedsplejerske med Master i Sundhedspædagogik Hannah Glismann har bistået med sundhedsfaglig gennemlæsning og rådgivning. Tak til børnefysioterapeut og lektor på professionshøjskolen Absalon Helle Stegger samt professor emeritus Bjørn E. Holstein for kritisk gennemlæsning af rapporten.

Vi ønsker at rette en varm tak til alle sundhedsplejerskerne og de ledende sundhedsplejersker i de deltagende kommuner for det positive og engagerede samarbejde – det er helt afgørende for kvaliteten og den fortsatte udvikling af databasen. Det er en stor glæde, at så mange kommuner nu er tilsluttet Databasen Børns Sundhed, og vi vil gerne invitere endnu flere kommuner til at tilslutte sig databasen. Danske regioner opfordrer i deres seneste udspil om børn og unges sundhed, at alle kommuner tilslutter sig databasen.

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



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



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

Indhold

Resumé	3
1 Introduktion	5
2 Motorisk udvikling i det første leveår	6
3 Prædiktorer for forsinket motorisk udvikling	10
4 Formål	12
5 Data og metode	13
5.1 Sundhedsplejerskernes virke	13
5.2 Databasen Børns Sundhed	13
5.3 Datagrundlag	15
5.4 Variabelbeskrivelse	17
5.5 Statistiske analyser	19
6 Resultater	20
6.1 Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling	20
6.2 Sociodemografiske faktorer	24
6.3 Faktorer relateret til graviditet og fødsel	27
6.4 Amning	30
6.5 Barnets trivsel og udvikling	31
6.6 Forældre-barn relation	37
6.7 Efterfødselsreaktioner	40
7 Diskussion	43
8 Inspiration til praksis	49
9 Referencer	50
Bilag 1: Variabeloversigt	53
Bilag 2: Logistiske regressionsanalyser	55

Resumé

Den motoriske udvikling er en af de vigtigste udviklingsmæssige områder i spæd- og småbørnsalderen, og tegn på forsinket motorisk udvikling kan hænge sammen med andre udviklingsproblemer, sygdom eller utilstrækkelig stimulation i forhold til barnets behov. Det er derfor vigtigt med forebyggelse og tidlig opsporing af forsinket motorisk udvikling, sådan at indsatser, der kan støtte barnets udvikling, sættes i gang hurtigst muligt. Derudover er det vigtigt at få mere viden om, hvorvidt andre forhold i barnets første leveår eventuelt kan have betydning for barnets motoriske udvikling.

Sundhedsplejersken er en af de første fagpersoner, der møder barnet og dets familie, og sundhedsplejen har derfor en enestående mulighed for at bidrage til en tidlig og forebyggende indsats. Sundhedsplejersken er uddannet i, hvordan børn bør udvikle sig motorisk, og de ser rigtig mange børn og familier og har derfor erfaring med at identificere børn, der ikke udvikler sig alderssvarende. Sundhedsplejerskens bemærkninger er et udtryk for, at der er *tegn* på forsinket motorisk udvikling, og en bemærkning betyder, at sundhedsplejersken ved sin kontakt med familien har registreret noget, som vækker bekymring eller kræver ekstra indsats eller opfølgning. En bemærkning dækker sædvanligvis over, at den motoriske udvikling ikke opfylder den forventelige udvikling i forhold til barnets alder. Derudover kan sundhedsplejersken give nybagte forældre vejledning i, hvordan forældrene understøtter en god motorisk udvikling.

Formålet med rapporten er 1) at beskrive forekomsten af sundhedsplejerskens bemærkninger til barnets motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen, herunder udviklingen over tid og variationer mellem kommunerne, 2) at undersøge hvilke sociodemografiske karakteristika og forhold relateret til fødslen, der er associeret med bemærkninger til barnets motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen, 3) at analysere om børn, der får bemærkninger til deres trivsel og udvikling inden ottemånedersalderen, i højere grad får bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen, 4) at analysere om børn, der får bemærkning til forældre-barn relationen, eller hvis forældre oplever en efterfødselsreaktion inden ottemånedersalderen, i højere grad får bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen.

Data stammer fra sundhedsplejerskers journaldata på alle undersøgte børn i følgende kommuner: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Valensbæk og Vejle. Der indgår i alt data om 16.686 børn født i 2017. Kommunerne anvender to forskellige journalsystemer: TM Sund og NOVAX.

Resultaterne kan sammenfattes i fire hovedfund: Det **første** hovedfund er, at der er 10,1 % af børnene, der har bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Derudover ses der kommunale forskelle i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. I perioden 2014-2017 har andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen været stabil. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er stabil fra tomånedersalderen og frem. Selv om tidlige motoriske problemer øger risikoen for, at der også er motoriske problemer senere i første leveår, så har de fleste børn med bemærkning til motorik ved et tidligt besøg ikke bemærkning ved et senere besøg.

Det **andet** hovedfund er, at der er få sociodemografiske faktorer, men væsentligt flere graviditets- og fødselsfaktorer, der er risikofaktorer for at have bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Her nævnes kun de risikofaktorer, som er statistisk signifikante i de kontrollerede analyser, det vil sige i de analyser, der er rensset for indflydelse af andre faktorer:

Sociodemografiske faktorer: Der er få sociodemografiske forskelle i hvilke børn, der får bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Der er en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, hvis forældre er 30 år eller ældre, og blandt børn, hvis forældre har grundskolen som højeste uddannelsesniveau.

Faktorer relateret til graviditet og fødsel: Et væsentligt fund er, at der er flere faktorer relateret til graviditet og fødsel, der er risikofaktorer for at få bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Der er en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der er født før uge 37, med en fødselsvægt, der er mindre end 2.500 gram, der er født ved kejsersnit, der er flerfødte, der ikke er deres mors førstefødte og blandt børn, der er født med misdannelser.

Det **trede** hovedfund er, at der er flere trivsels- og udviklingsfaktorer, der er risikofaktorer for at få bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Her nævnes kun de risikofaktorer, som er statistisk signifikante i de kontrollerede analyser, det vil sige i de analyser, der er renset for indflydelse af andre faktorer:

Amning, trivsel og udvikling: Der er en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder. Derudover er der en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, som kan betegnes som overvægtige ved seks- til timånedersalderen, samt blandt børn, der har mindst én bemærkning til sprog, søvn og signaler/reaktioner inden ottemånedersalderen.

Det **fjerde** hovedfund er, at der er flere psykosociale faktorer, der er risikofaktorer for at få bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Her nævnes kun de risikofaktorer, som er statistisk signifikante i de kontrollerede analyser, det vil sige i de analyser, der er renset for indflydelse af andre faktorer:

Forældre-barn relationen og efterfødselsreaktioner: Der er en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, som har mindst én bemærkning til forældre-barn relationen ud fra barnets perspektiv inden ottemånedersalderen. Der er en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, hvor der er mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand inden ottemånedersalderen.

Konklusion: Blandt børn født i 2017 har 10,1 % af spædbørnene bemærkning til deres motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen. Det er ikke tilfældigt hvilke børn, der får bemærkning. Der er få sociodemografiske faktorer, der er risikofaktorer for at få bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen, men det er i høj grad forhold relateret til graviditet og fødsel, der er risikofaktorer. Det er særligt blandt børn, der er født før uge 37, børn født med en fødselsvægt, der er mindre end 2.500 gram og flerfødte, der har bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Derudover er der også en øget forekomst af bemærkninger blandt børn, der er født ved kejsersnit, der ikke er deres mors førstefødte og blandt børn med misdannelser. Faktorer relateret til barnets trivsel og udvikling er ligeledes associeret med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Det er særligt blandt børn, der får bemærkning til deres sprog og kommunikation inden ottemånedersalderen, der får bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Derudover er der også en øget forekomst af bemærkninger blandt børn, der ikke bliver ammet fuldt i mindst fire måneder, børn, der er overvægtige ved seks til timånedersalderen, samt børn med bemærkninger til søvn og signaler/reaktioner. Dertil har børn der får bemærkning til forældre-barn relationen ud fra barnets perspektiv og børn af mødre, der har bemærkning til deres psykiske tilstand en øget forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Rapporten viser, at det er vigtigt med tidlig opsporing og et øget fokus på forsinket motorisk udvikling allerede i barnets første leveår. Der ses derfor et stort behov for at fortsætte og udvikle den indsats, som sundhedsplejersken og andre gør for at afdække forsinket motorisk udvikling. Fremadrettet er det vigtigt at sikre validiteten af sundhedsplejerskernes data og at udvikle ensrettede registreringer og metoder til vurdering af motorisk udvikling i det første leveår.

1 Introduktion

Udviklingen af børns bevægelser starter allerede i fosterlivet, og den motoriske udvikling fortsætter gennem spædbarnsalderen og den tidlige barndom (Bentsen, 2010, Shumway-Cook & Woollacoot, 2012, Stegger & Harboe, 2013). Barnets motoriske udvikling i de første leveår afspejler hjernens modenhed og funktion, og barnet udvikler tiltagende koordinerede motoriske færdigheder sideløbende med udviklingen af kognitive og kommunikative færdigheder (Thomsen & Skovgaard, 2012). Barnets motoriske færdigheder har en betydning for barnets øvrige udvikling i første leveår, og afvigelser i udviklingen kan optræde som tidlige markører for andre former for udviklingsforstyrrelser og barnets senere udvikling (Libertus & Landa, 2013). Man kan ikke forvente, at børn udvikler sig i samme tempo, men udviklingen følger oftest en bestemt rækkefølge – de såkaldte milepæle, hvor barnet oftest sidder, kravler og går, efterhånden som barnet er motorisk parat til det (Bentsen, 2010, Shumway-Cook & Woollacoot, 2012, Stegger & Harboe, 2013). I de første 18 måneder af barnets liv skal barnet nå flere motoriske milepæle, såsom at sidde uden støtte samt kravle, stå og gå alene (WHO, 2006a). Barnets motoriske udvikling i det første år kan veksle mellem, at barnet i en periode står stille i udviklingen, til at barnet pludselig får mange ny færdigheder på én gang. Tidlige tegn på forsinket motorisk udvikling kan være tegn på sygdom, omsorgssvigt eller psykosociale problemer (Kjølbye et al., 2018). Det er derfor vigtigt tidligt at opspore forsinket motorisk udvikling, sådan at indsatser, der kan støtte barnets udvikling, sættes i gang hurtigt. Sundhedsplejersken er en af de første fagpersoner, der møder barnet og dets familie, og sundhedsplejen har derfor en enestående mulighed for at bidrage til en tidlig sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Sundhedsplejersken er uddannet til at vurdere, om barnet udvikler sig alderssvarende og har stor erfaring med at vurdere dette samt vejlede forældrene i, hvordan de kan stimulere barnets udvikling. Det er vigtigt, at sundhedsplejerskerne er ajourført med den nyeste viden, om hvilke grupper af børn og hvilke risikofaktorer de skal være særligt opmærksomme på ved deres besøg i hjemmene. Derfor har de ledende sundhedsplejersker i Databasen Børns Sundhed efterspurgt en rapport om motorisk udvikling i første leveår.

2 Motorisk udvikling i det første leveår

Betydningen af tidlig motorisk udvikling

Barnets motoriske færdigheder er tæt forbundet med barnets øvrige udvikling, og afvigelser i udviklingen af motoriske færdigheder kan være tegn på understimulering af barnet eller være tidlige markører for andre former for udviklingsforstyrrelser (Rudolph et al., 2002). Der er sparsom forskning om, hvorvidt tidlige tegn på motoriske problemer kan være tegn på, at barnet senere diagnosticeres med en motorisk udviklingsforstyrrelse (Faebo Larsen et al., 2013). Motorisk udviklingsforstyrrelse kan kaldes udviklingsmæssig dyspraksi, fumler-tumler-syndrom eller clumsy child syndrom, og diagnosen benævnes developmental coordination disorder (DCD) (Thomsen & Skovgaard, 2012). DCD er en separat neurologisk lidelse, som ofte optræder sammen med andre neurologiske udviklings- og adfærdslidelser, såsom ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder), autismespektrumlidelse, indlæringsvanskeligheder, ordblindhed samt sproglige vanskeligheder (Blank et al., 2019). Udviklingsforstyrrelser forekommer oftere hos for tidligt fødte børn og børn med lav fødselsvægt (Edwards et al., 2011, Blank et al., 2019, Caravale et al., 2019, Faebo Larsen et al., 2013, Bolk et al., 2018). Et dansk studie har fundet, at børn, der først begynder at gå, når de er 15 måneder eller ældre, har en større risiko for at blive diagnosticeret med DCD ved syvårsalderen. Det gælder både for børn, der er født for tidligt og til tiden (Faebo Larsen et al., 2013). I en tidligere rapport fra Databasen Børns Sundhed findes der en højere forekomst af børn med motoriske vanskeligheder ved indskolingen blandt de børn, hvor sundhedsplejerskens observation har givet anledning til bemærkninger til barnets motoriske udvikling ved otte- til tålmånedersalderen (Sjöberg et al., 2011).

Der ses desuden en sammenhæng mellem motoriske problemer og ADHD. En undersøgelse finder at det er over halvdelen af de 6- til 16-årige børn, der diagnosticeres med ADHD, der har problemer med deres grov- og finmotorik (Kaiser et al., 2015). Derudover er der flere studier, der finder sammenhænge mellem forsinket motorisk udvikling i de første leveår og senere diagnosticeret ADHD. Et dansk studie finder en sammenhæng mellem forsinket motorisk udvikling ved 18-månedersalderen og senere diagnosticeret ADHD (Lemcke et al., 2016). Det gælder både for den finmotoriske udvikling, såsom at tegne med en blyant, og for grovmotorisk udvikling, såsom at kravle på trapper uden hjælp (Lemcke et al., 2016). Nogle af de samme danske forskere har efterfølgende gennemført et systematisk litteraturstudie for at undersøge, om de studier, der er gennemført på området, peger i samme retning. De må dog konkludere, at de studier, der er foretaget, peger i forskellige retninger (Havmøller et al., 2018).

Derudover indikerer nyere forskning, at forsinket motorisk udvikling i første leveår kan være tegn på senere autismespektrumlidelse (LeBarton & Landa, 2018, Sacrey et al., 2014, Sacrey et al., 2018, Choi et al., 2018, Elberling et al., 2014). Et dansk studie, der anvender sundhedsplejerske data (The Copenhagen Child Cohort CCC2000), finder, at der blandt børn, der er forsinket i deres orale motoriske udvikling, er fem gange større sandsynlighed for, at de diagnosticeres med autismespektrumlidelse ved fem- til syvårsalderen (Elberling et al., 2014). Disse fund støttes i en litteraturgennemgang af den eksisterende forskning, som finder sammenhæng mellem forsinket gribefunktion og senere diagnosticeret autismespektrumlidelse (Sacrey et al., 2014). Nyere studier finder, at børn, der ved treårsalderen diagnosticeres med autismespektrumlidelse, i højere grad havde forsinket gribefunktion og finmotorik ved 6- til 36-månedersalderen (Sacrey et al., 2018, Choi et al., 2018).

Forsinket motorisk udvikling kan i sjældne tilfælde være et tidligt tegn på cerebral parese. Cerebral parese er en alvorlig diagnose, men bliver i de fleste tilfælde først diagnosticeret omkring halvandet- til toårsalderen (Kwong et al., 2018). Det er vigtigt med tidlige indsatser, og studier finder, at der kan være tegn på cerebral parese allerede i første leveår (Kwong et al., 2018, Novak et al., 2017). I den forbindelse finder et nyligt studie, at tidlige tegn på cerebral parese kan være manglende bevægemønster eller asymmetrisk bevægemønster i

de første måneder (Kwong et al., 2018). Desuden kan forsinket motorisk udvikling være tegn på mental retardering, for eksempel udvikler børn med Downs syndrom sig langsommere end andre børn (Stegger & Harboe, 2013). Derudover kan børn, der er hypermobile, også vise tegn på forsinket motorisk udvikling (Stegger & Harboe, 2013).

At opnå nye motoriske færdigheder kan åbne op for, at barnet lærer mere om den fysiske og sociale verden, og dermed have en effekt på den kognitive, sociale og sproglige udvikling (Iverson, 2010). Med nye tilegnede motoriske færdigheder er det muligt for børn at udforske verden og interagere med deres forældre og andre, hvilket stimulerer til blandt andet sprogudvikling (LeBarton & Landa, 2018, Choi et al., 2018). Flere studier finder en sammenhæng mellem tidlig motorisk udvikling og senere sprogudvikling (Iverson, 2010). Et nyere studie finder, at alderssvarende finmotorisk udvikling ved seks månedersalderen prædikerer bedre sprogudvikling, når barnet er tre år (Choi et al., 2018).

Teoretiske tilgange til motorisk udvikling

Forståelsen af motorisk udvikling har udviklet sig i takt med, at ny viden om krop og nervesystemer er blevet til, og forståelsen af motorisk udvikling er gået fra en meget hierarkisk tankegang til en mere systemisk tankegang (Østergaard, 2008, Piper & Darrah, 1994, Shumway-Cook & Woollacoot, 2012). Den hierarkiske model har fokus på, at de højere hjernecentre styrer de lavere niveauer, såsom reflekser og motorisk udvikling. Dermed følges motorisk udvikling og nervesystemets udvikling ad. Bevægelse udvikler sig fra refleksbetingede bevægelser til viljestyrede bevægelser, og motorisk udvikling betragtes som en trinvis proces, som er ens for alle børn (Piper & Darrah, 1994, Østergaard, 2008, Michels et al., 2017). Teorien giver dog ingen forklaring på, hvordan bevægelse påvirkes ud fra den kontekst, barnet er en del af (Østergaard, 2008). I 1980'erne vandt systemmodellen ind, og denne model tager udgangspunkt i, at motorisk udvikling fremmes i interaktion med omgivelserne (Piper & Darrah, 1994, Sundhedsstyrelsen, 2016, Østergaard, 2008). Systemmodeller har siden udviklet sig, og der er kommet flere teorier til, som ligger til grund for den bevægelsesvidenskab, vi har i dag (Østergaard, 2008). I studiet af helt små børn er det hensigtsmæssigt at kombinere den systemteoretiske og den hierarkiske tilgang for at vurdere eventuel afvigende motorisk udvikling (Piper & Darrah, 1994, Sundhedsstyrelsen, 2016).

Når motorisk udvikling beskrives i fysioterapeutiske lærebøger, er noget af det første, der nævnes, motorisk kontrol, postural kontrol og læring, da disse er afhængige af hinanden. Motorisk kontrol defineres som evnen til at regulere væsentlige mekanismer i relation til bevægelse, og herunder hvordan bevægelsen kontrolleres (Shumway-Cook & Woollacoot, 2012, Stegger & Harboe, 2013). Motorisk kontrol er en overordnet forståelse af udvikling og automatisering af barnets bevægelser og vurderes ud fra interaktionen mellem barnet, opgaven og omgivelserne (Stegger & Harboe, 2013). Det skal forstås som evnen til at regulere og målrette de motoriske funktioner, og for det lille barn er det evnen til at overvinde tyngden. Motorisk kontrol er således barnets evne til at tilpasse sine handlinger efter de udfordringer, det møder i omgivelserne (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Postural kontrol er en del af motorisk kontrol, hvor man ser mere detaljeret på barnets evne til at positionere sig. Postural kontrol defineres af Stegger og Harboe (2013) som den aktivitet, som det sensomotoriske system udfører i forhold til tyngdekraften og andre mekaniske kræfter for at bevare en bestemt kropspose (Stegger & Harboe, 2013). God postural kontrol kaldes også kvaliteten af bevægelsen og er kendetegnet ved, at barnet kan udføre varierende bevægelser (tilpasse vægtoverførsel) og finde tilbage til udgangspunktet, når det for eksempel mister balancen (Sundhedsstyrelsen, 2016). For at barnet kan opnå motorisk kontrol er det en forudsætning, at barnet oplever en *motorisk læring*. Denne læring opnås gennem leg og aktiviteter, hvor barnet prøver sig frem og gentager forskellige bevægelsesmønstre (Stegger & Harboe, 2013). Denne tese om motorisk læring er grundlæggende for sundhedsplejerskers observationer og rådgivning af forældre om det spæde barns motoriske udvikling.

Motoriske milepæle

Udviklingsforskeren Mary Shirley var i 1933 en af de første til at skitsere spædbarnets motoriske milepæle (Piek, 2006). Beskrivelsen ansås som værende konstant og uafhængig af kontekst og kultur (Piek, 2006). Selv

om vi ved, at der er stor variabilitet i den tidlige motoriske udvikling, så er mange af Shirleys beskrivelser og aldersintervaller relevante i dag (Piek, 2006). Når Shirleys beskrivelser sammenholdes med nutidige beskrivelser, kan man se, at børn nu tidligere opnår motoriske milepæle sammenholdt med de tidlige beskrivelser (Piek, 2006).

I uddannelsen af sundhedsplejersker er et af læringsmålene; *at sygeplejersken får viden om børns og unges trivsel og normale fysiske og psykiske udvikling samt faktorer, der påvirker barnets og den unges trivsel og normale udvikling* (Københavns Professionshøjskole & Via University College, 2017). De sundhedsplejerske-studerende undervises på uddannelsen blandt andet i pædiatrisk fysioterapi og praktisk pædiatri (Stegger & Harboe, 2013, Schiøtz & Skovby, 2006). Her uddannes de i at vurdere, om barnet følger en normal motorisk udvikling både grovmotorisk og finmotorisk. I nedenstående tabel er udviklingstrinene i de første 18 måneder kort skitseret (Stegger & Harboe, 2013). Aldersangivelserne ved de forskellige funktioner skal tages med forbehold og forstås som vejledende (Stegger & Harboe, 2013).

Tabel 1. Grov- og finmotorisk udvikling i de første 18 måneder

Alder	Grovmotorisk udvikling
0 måneder	Øget fleksionstonus
2-3 måneder	Hovedløft
5-6 måneder	Rulning
5-6 måneder	Krybefunktion
5-7 måneder	Pivoting udvikles – barnet drejer om sig selv
6-7 måneder	Sidde uden støtte
7-11 måneder	Kravfunktion udvikles, og barnet vil kunne skubbe sig selv til siddende stilling
9-11 måneder	Barnet rejser sig selv til stående stilling
11-13 måneder	Barnet går sidelæns ved møblerne
10-18 måneder	Barnet opnår selvstændig gangfunktion

Alder	Finmotorisk udvikling
0-2 måneder	Ukoordinerede armbevægelser
3-4 måneder	Barnet vil gribe ud efter ophængt legetøj
5-6 måneder	Legetøjet flyttes fra hånd til hånd
8-9 måneder	Pincetgreb
12-15 måneder	Topgreb på fx blyant

Beskrivelsen er fra Stegger & Harboe, 2013

Metoder og skalaer til vurdering af motorisk udvikling

Der er udviklet flere metoder og skalaer til vurdering af børns udvikling, blandt andet skalaen Bayleys Scales of infant and Toddler Development (Bayley, 1969), som er bredt anvendt i forskningslitteraturen. Skalaen er valideret, men valideringen er ikke overbevisende for børn under et år (Kjølbye et al., 2018). Tilbage i 1977 udviklede Britta Holle og kollegaer et dansk skema til vurdering af motorisk og perceptual udvikling (MPU) i alderen 0-7 år (Holle, 1977). Skemaet er standardiseret på 1.206 normale børn og er udviklet til at kunne anvendes af flere faggrupper. Formålet var at udvikle en test, der både kunne anvendes som grundlag for tværfaglig behandling, undervisning og stimulering, og som var standardiseret på danske børn. Der er siden kommet flere forskellige metoder og skalaer til at identificere barnets motoriske udvikling i 0-2 årsalderen (Kjølbye et al., 2018). Kjølbye et al. (2018) har gennemgået de metoder, der foreligger, i et nyligt review med det formål at identificere metoder, der er valideret, og som er mulige at indarbejde i de danske forebyggende helbredsundersøgelser af børn. Forfatterne gennemgår flere forskellige skalaer, blandt andet Alberta Infant Motor Scale, som er meget anvendt i forskningen (Kjølbye et al., 2018, Piper & Darrach, 1994), men testen tager kun højde for grovmotorisk udvikling (Kjølbye et al., 2018). Forfatterne anbefaler, at man i en dansk kontekst gennemfører valideringsstudier af to metoder, som forfatterne vurderer er anvendelige i de danske

forebyggende helbredsundersøgelser af børn: Ages of Stages Questionnaire (Brown & Jonsbo, 2016) og the Early motor Questionnaire (Libertus & Landa, 2013). Et nyere studie konkluderer ligeledes, at der er brug for yderligere skandinaviske valideringsstudier af Ages of Stages Questionnaire (Marks et al., 2018).

Udbredelsen af forsinket motorisk udvikling i det første leveår

I Copenhagen Child Cohort 2000 (CCC2000), der benytter sundhedsplejerskernes observationer i første leveår som baselinedata, er forekomsten af børn, der i de første to måneder har en forsinket grovmotorisk udvikling, 1,9 %, ved to- til seksmånedersalderen er forekomsten 10,4 %, og ved seks- til ottemånedersalderen er forekomsten 6,0 %. Den overordnede forekomst for de første ti måneder estimerer forskerne til 14,1 % (Skovgaard, 2010). Dette estimat er lidt højere end i andre nordiske studier. I et norsk studie, hvor forskerne anvender en standardiseret og valideret skala Ages of Stages Questionnaire, finder de for 12 måneder gamle spædbørn, at der er 3,6 % af børnene, der ligger under de norske cut-off grænser for grovmotorik, mens det er 8,7 %, når der anvendes amerikanske cut-off grænser (Valla et al., 2015).

Hvordan understøttes en god motorisk udvikling

Der er foretaget en del studier, der undersøger effekten af interventioner til fremme af motorisk udvikling hos små børn, men studierne er primært foretaget blandt børn, der er to år eller ældre (Riethmuller et al., 2009, Veldman et al., 2016, Wick et al., 2017). De interventioner, der er beskrevet for spædbørn, har særligt fokus på for tidligt fødte, og en systematisk litteraturgennemgang finder, at tidlige interventioner har en positiv effekt på børnenes motoriske udvikling (Hughes et al., 2016). Litteraturgennemgangen viser, at interventioner, hvor sundhedsprofessionelle vejleder forældre i øvelser, har en positiv effekt på børnenes motoriske udvikling (Hughes et al., 2016). Desuden er det en hjælp, at forældre til for tidligt fødte får råd og idéer til, hvordan de kan interagere med deres spædbarn, da for tidligt fødte ofte opfattes som for sårbare i forhold til leg og andet i månederne efter udskrivning (Hughes et al., 2016). Disse fund understøtter sundhedsplejerskernes vigtige rolle i at understøtte en god motorisk udvikling. Sundhedsplejerskerne observerer barnet ved deres besøg, og de vejleder forældrene i, hvordan de udfordrer barnet motorisk. Barnet kan blandt andet lægges på maven allerede tidligt, og barnet kan udfordres motorisk med forskellige lege.

3 Prædiktorer for forsinket motorisk udvikling

I det følgende gennemgås en række udvalgte studier, der belyser forhold og faktorer, der er associeret med forsinket motorisk udvikling. Litteraturgennemgangen er primært baseret på litteratursøgning i den sundhedsvidenskabelige database PubMed, og der, hvor det er muligt, er der anvendt reviewstudier, der systematisk gennemgår den nyeste forskningslitteratur på området.

For tidlig født

Det kan være svært at vurdere den motoriske udvikling blandt for tidligt fødte børn, da motoriske milepæle i de første to år er udviklet med udgangspunkt i børn, der er født til tiden (Rudolph et al., 2002). Præmature børn er i øget risiko for forsinket motorisk udvikling (Rudolph et al., 2002). Et nyere studie finder, at opnåelse af motoriske milepæle i de første to år af barnets liv i høj grad er afhængig af gestationsalderen. Studiet er foretaget blandt børn, der alle har normal motorisk udvikling ved skolestart. Forskerne finder desuden, at forskellen i den motoriske udvikling mellem for tidligt fødte børn og børn født til tiden fastholdes i længere tid jo lavere gestationsalder. For børn, der har en gestationsalder på mindre end 30 uger, er der stadig forskel i motoriske milepæle ved toårsalderen sammenholdt med børn, der er født til tiden (van Dokkum et al., 2018). I et dansk studie finder Flensborg-Madsen & Lykke (2017), at normal gestationsalder og fødselsvægt er to vigtige prædiktorer for opnåelse af motoriske milepæle i det første leveår (Flensborg-Madsen & Mortensen, 2017).

Køn og kultur

Traditionelt ansås motorisk udvikling som en fast og forudsigelig udvikling, og standardiserede motoriske milepæle kunne anvendes i alle kulturer, men det har løbende været diskuteret, om andre faktorer kan påvirke de motoriske milepæle (Mendonca et al., 2016). World Health Organisation (WHO) undersøgte i 2006, om der var køns- og landeforskelle i motoriske milepæle blandt raske børn og fandt, at dette ikke var tilfældet (WHO, 2006a). Et nyere studie finder det samme i fire kulturelt forskellige lande (Argentina, Indien, Sydafrika og Tyrkiet) (Ertem et al., 2018). Studiet undersøger børns generelle udvikling i alderen nul til tre år og dermed også den motoriske udvikling. Mellem lande er gennemsnitsalderen for opnåelsen af en motorisk milepæl forskellig for kun fire ud af 27 motoriske milepæle for børn i alderen nul til tre år (Ertem et al., 2018). Generelt finder studiet, at der i det første leveår ikke er de store lande- og kønsforskelle i motoriske milepæle, hvilket kan skyldes, at børn i det første leveår ikke i så høj grad påvirkes af deres omgivelser og kultur, som når de bliver ældre (Ertem et al., 2018). Fra to til tre år finder studiet landeforskelle i to grovmotoriske milepæle, hvor det vurderes, hvorvidt barnet kan gå ned og op ad trapper, og i to finmotoriske milepæle, hvor det vurderes, hvorvidt barnet kan holde på en blyant, og senere om barnet kan tegne. Den eneste motoriske milepæl, hvor de finder kønsforskelle, er den, der handler om at holde på en blyant og tegne, hvor pigerne gennemsnitligt er yngre end drengene (henholdsvis gennemsnitsalder 26,5 mdr. og 28,5 mdr.) (Ertem et al., 2018).

Sociodemografiske faktorer

I en litteraturgennemgang fremgår det, at flere studier finder en sammenhæng mellem sociodemografiske faktorer og motorisk udvikling (Golding et al., 2014). I de forskellige studier er der anvendt flere forskellige mål for socioøkonomisk status, såsom forældrenes uddannelse, områdets socioøkonomiske status, socialklasse, indkomst og tilknytning til arbejdsmarkedet, men fælles for studierne er, at lavere socioøkonomisk status er associeret med større forekomst af forsinket motorisk udvikling (Golding et al., 2014). Der er dog ikke enighed i den eksisterende litteratur. I et nyere australsk studie af Veldman et al. (2018) har de ligeledes undersøgt, om socioøkonomisk status er associeret med motorisk udvikling blandt børn i alderen 11-24 måneder (Veldman et al., 2018), men de finder ikke, at lavere socioøkonomisk status er associeret med forsinket motorisk udvikling. De undersøger associationer med flere forskellige mål for socioøkonomisk status, såsom hvor-

vidt det område, man bor i, har en høj socioøkonomisk status, moderens uddannelsesniveau og erhvervstilknytning samt familiens indkomst. Når de undersøger sammenhænge med område socioøkonomisk status, finder de, at børn, der bor i områder med en lav socioøkonomi, scorer højere på motorisk, udviklingsmål sammenholdt med børn fra høj og mellem socioøkonomiske områder. De finder lignende fund for mors uddannelsesniveau, hvor børnene scorer lavere på motoriske udviklingsmål, hvis moderen har en universitetsuddannelse sammenholdt med børn, hvis mor har grundskolen som højeste uddannelsesniveau. For de øvrige mål for socioøkonomisk status finder de ingen signifikante associationer (Veldman et al., 2018). Andre sociodemografiske faktorer har vist at have en betydning for motorisk udvikling. I et dansk studie finder man, at alderen for opnåelse af motoriske milepæle i det første leveår øges, jo ældre faderen er, og jo flere søskende man har (Flensborg-Madsen & Mortensen, 2017).

Amning

I den eksisterende forskning om sammenhænge mellem amning og tidlig motorisk udvikling er der divergerende fund. I et studie, hvor forskere gennemgår den eksisterende forskning på området finder de kun få artikler, der omhandler emnet, og i de fire studier, der er fundet, er der ingen sammenhæng (Golding et al., 2014). I to større engelske kohortestudier findes en sammenhæng mellem amning og opnåelse af motoriske milepæle, og disse analyser er kontrolleret for relevante baggrundsfaktorer (Golding et al., 2014). I et nyere amerikansk kohortestudie af Michels et al. (2017) undersøges sammenhængen mellem amning og den tidlige motoriske udvikling fra 4 til 24 måneder blandt både for tidligt fødte og børn født til tiden. De finder ingen signifikante sammenhænge mellem amning og motoriske milepæle (Michels et al., 2017). I et dansk studie finder Flensborg-Madsen & Lykke (2017), at amning er en vigtig prædikator for opnåelse af motoriske milepæle, såsom at kunne stå og gå i det første leveår (Flensborg-Madsen & Mortensen, 2017).

Psykosociale belastninger

Foreliggende studier af fødselsdepression og motorisk udvikling er primært foretaget i udviklingslande og kan derfor være svære at sammenligne med en dansk kontekst (Golding et al., 2014, Kingston et al., 2012). Der er dog enkelte vestlige studier, der undersøger, om fødselsdepression påvirker den motoriske udvikling. I et australsk studie finder de ingen forskelle i motorisk udvikling ved 18 måneder afhængigt af, om mødrene havde fødselsdepression, når barnet var seks måneder (Piteo et al., 2012). I et græsk studie finder de forskelle i finmotorisk udvikling ved 18 måneder afhængigt af, om mødrene havde fødselsdepression otte- uger efter fødslen (Koutra et al., 2013). Der er ikke megen forskning, der beskæftiger sig med forældre-barn relationen og motorisk udvikling, men en tidligere rapport fra Databasen Børns Sundhed rapporterer en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen i det første leveår (Databasen Børns Sundhed et al., 2018b).

Trivsel og udvikling

Barnets motoriske udvikling hænger ofte sammen med barnets øvrige trivsel og udvikling, og det kan være vanskeligt at udtale sig om hvilke faktorer, der kommer først. I forhold til vægt, så kan der argumentere for, at børn, der vejer mere, end de bør, kan blive forhindret i den motoriske udvikling, men der kan også argumentere for, at forsinket motorisk udvikling kan være medvirkende årsag til udvikling af overvægt, da barnet er senere til at kravle og gå (Shoaibi et al., 2019). Fundene i de studier, der forefindes om spædbørn, er divergerende (Shoaibi et al., 2019). I et WHO-studie finder forskerne, at opnåelsen af seks grovmotoriske milepæle er uafhængige af variationer i den fysiske vækst (WHO, 2006b). Mens forskere i et nyligt studie finder, at spædbørn i alderen 3-12 måneder, der ikke ligger over deres alders og kønsstandardiserede vækstkurver har en højere score på motorisk udvikling sammenholdt med børn, der ligger over deres vækstkurver, om end dette var særligt tydeligt for drengebørn (Shoaibi et al., 2019).

Der findes ikke mange studier om søvn og motorisk udvikling i det første leveår, og et nyligt review beskriver kun to studier, der har undersøgt dette (Chaput et al., 2017). I disse to studier finder de ingen association mellem søvnlængde og grov- og finmotorik blandt børn i alderen 7-14 måneder (Chaput et al., 2017).

4 Formål

De ovenstående afsnit kan give indtryk af, at der allerede findes meget forskning om prædiktorer for forsinket motorisk udvikling. Inden for nogle områder foreligger der megen forskning, men for flere af områderne er forskningen baseret på små studiepopulationer, og der mangler studier af store normalpopulationer af spædbørn. Desuden er der behov for indgående analyser, der kan afdække samspillet mellem flere mulige risikofaktorer på én gang. Denne rapport kan bidrage med data fra en stor normalpopulation af spædbørn med mulighed for at gennemføre detaljerede analyser af hvilke faktorer, der er relateret til forsinket motorisk udvikling. I denne rapport analyserer vi blandt andet i hvilken udstrækning, at den tidlige motoriske udvikling er relateret til sociodemografiske faktorer, perinatale forhold, amning, barnets trivsel og udvikling samt efterfødselsreaktioner. I analyserne til denne rapport vil der være fokus på motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen, da børn i denne alder må forventes at have opnået de forventelige milepæle, og dermed er en mere sammenlignelig gruppe. Formålet med denne rapport er derfor at udnytte sundhedsplejerskebaserede data til at bidrage med ny viden om motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen samt viden om tidlig opsporing af forsinket motorisk udvikling baseret på en stor population af børn. Rapporten har følgende formål:

1. At beskrive forekomsten af sundhedsplejerskens bemærkninger til barnets motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen, herunder udviklingen over tid og variationer mellem kommunerne.
2. At undersøge hvilke sociodemografiske karakteristika og forhold relateret til fødslen, der er associeret med bemærkninger til barnets motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen.
3. At analysere om børn, der får bemærkninger til deres trivsel og udvikling inden ottemånedersalderen, i højere grad får bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen.
4. At analysere om børn, der får bemærkning til forældre-barn relationen, eller hvis forældre oplever en efterfødselsreaktion inden ottemånedersalderen, i højere grad får bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen.

5 Data og metode

5.1 Sundhedsplejerskernes virke

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

5.2 Databasen Børns Sundhed

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

Data i Databasen Børns Sundhed er indhentet ved brug af to sundhedsplejerskejournaler, én udarbejdet til TM Sund-journalsystemet og én udviklet til NOVAX-journalsystemet. I begge journalsystemer følger sundhedsplejerskerne en journalvejledning og noterer systematisk data om barnet, familien og sundhedsplejers ydelser. Brugen af journalerne er beskrevet i detaljerede vejledninger, der løbende justeres og opdateres (Databasen Børns Sundhed, 2018, NOVAX, 2017).

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

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

Datasikkerhed: De indsamlede journaldata indsendes til Statens Institut for Folkesundhed i henhold til Databeskyttelseslovens § 10. Opbevaringen af data på Statens Institut for Folkesundhed er anmeldt til SDU RIO, Syddansk Universitet. Data behandles fortroligt og anvendes udelukkende til forskning og statistiske formål.

Det er således udelukkende udvalgte forskere på Statens Institut for Folkesundhed, som har adgang til data, og formidlingen af resultaterne sker således, at det ikke er muligt at identificere enkeltpersoner. Forskerne har i deres arbejde med data ikke adgang til personidentifikation (CPR-nummer). Dette sikres af en dataadministrator, som er særligt autoriseret til dette. Det datasæt, som benyttes til analyserne, rummer ikke oplysninger om navne eller CPR-numre, hverken om børnene, forældrene eller sundhedsplejerskerne.

I tabel 1 opgøres sundhedsplejens dækningsgrad, hvor der er taget udgangspunkt i hvor mange børn, der får A-besøget. Tabellen viser antal levendefødte opgjort i Danmarks Statistik for de 33 databasekommuner. Tabellen viser også, hvor mange børn i de enkelte kommuner, der har modtaget A-besøget. For nogle kommuner er der flere børn i databasen end antal fødsler i kommunen. Dette skyldes, at der flytter børn til kommunen. Hvis der er væsentligt færre børn i databasen end antal fødsler i kommunen, kan det skyldes stor fraflytning fra kommunen. Andelen, der får A-besøget, svinger fra 85,9 % til over 100 % på grund af tilflyttede børn. Gennemsnittet er der, 96,9 % af børnene, der får A-besøget.

Tabel 2. Antal fødsler samt antal og andel børn i databasekommunerne, der modtager A-besøget			
Kommune	Antal levendefødte 2017 ifølge Danmarks Statistik	Antal børn i kommunen, der har fået A-besøg	Andel børn i kommunen, der har fået A-besøg (%) ^a
Aalborg	2.345	2.276	97,1
Aarhus	4.550	4.405	96,8
Albertslund	285	287	100,7
Allerød	224	229	102,2
Ballerup	499	510	102,2
Bornholm	265	262	98,9
Brøndby	388	385	99,2
Brønderslev	351	367	104,6
Dragør	104	100	96,2
Egedal	402	395	98,3
Fredensborg	352	368	104,5
Frederiksberg	1.532	1.460	95,3
Frederikssund	375	366	97,6
Furesø	356	351	98,6
Gentofte	678	670	98,8
Gladsaxe	777	765	98,5
Glostrup	292	284	97,3
Gribskov	269	251	93,3
Halsnæs	236	237	100,4
Helsingør	496	499	100,6
Herlev	303	293	96,7
Hillerød	466	468	100,4
Høje-Taastrup	559	500	89,4
Ishøj	295	281	95,3
Kalundborg	432	421	97,5
Køge	591	575	97,3
Lyngby-Taarbæk	469	449	95,7
Roskilde	782	738	94,4
Rudersdal	478	443	92,7
Rødovre	464	467	100,6
Tårnby	467	401	85,9
Vallensbæk	199	191	96,0
Vejle	1.248	1.175	94,2
Hele populationen	21.529	20.869	96,9

^aProcent kan være over 100, hvis der er flyttet børn til kommunen

5.3 Datagrundlag

Rapporten bygger på data fra sundhedsplejerskejournaler fra barnets første leveår samt udvalgte registerdata (se bilag 1). Følgende 33 kommuner har indsendt data via udtræk fra elektroniske sundhedsplejerskejournaler: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Disse kommuner har indsendt data om 22.397 nul- til etårige, der er født i 2017, og som har haft kontakt med sundhedsplejen ved mindst ét A-, B-, C- eller D-besøg i første leveår. Det svarer til 36,5 % af alle de 61.397 levendefødte børn i Danmark i 2017 (Danmarks Statistikbank, 2019). Alle disse 22.397 børn indgår i den årlige sundhedsprofil, som er en del af en separat rapport udarbejdet til de deltagende kommuner. Populationen er sammenholdt med børn født i 2017 i forhold til tilgængelige relevante sociodemografiske faktorer, og populationen vurderes til at være repræsentativ for børn født i 2017 i Danmark (Danmarks Statistikbank, 2019).

Temarapporten om motorisk udvikling er baseret på lidt færre børn. I analyserne til denne rapport er der fokus på motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen, da børn i denne alder må forventes at have opnået de forventelige milepæle og dermed er en mere sammenlignelig gruppe. I og med at temarapport fokuserer på motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen (D-besøget), indgår der kun børn, hvor der er noteret oplysninger om barnets motorik ved D-besøget. D-besøget skal gerne foreligge mellem otte- til timånedersalderen, men nogle børn kan også være yngre eller ældre ved D-besøget afhængigt af, hvad der er muligt i kommunerne. I analyserne til denne rapport har vi ekskluderet børn, der er under otte måneder ved D-besøget (N=1.128), da disse børn ikke kan forventes at have opnået de samme motoriske milepæle, som de ældre børn. For at tage højde for, at for tidligt fødte børn kan få deres D-besøg senere end timånedersalderen, har vi derudover medtaget børn, der får deres D-besøg op til 13-månedersalderen (N=232). Temarapporten bygger således på data om 16.686 børn, svarende til 27,2 % af alle levendefødte i Danmark i 2017. Gennemsnitsalderen ved D-besøget er 269,8 dage, hvilket svarer til ni måneder. For at belyse om det er en særlig gruppe børn, der får besøg ved otte- til timånedersalderen, har vi sammenholdt børnene, der ikke får besøget, med børn, der får besøget, efter sociodemografiske variable. Der er en signifikant højere andel af børn, der ikke bor sammen med begge deres forældre, hvis fædre er mellem 20-29 år, hvis forældres højeste uddannelsesniveau er grundskole, hvis forældre ikke er i erhverv, samt børn, hvis forældre begge er indvandrere eller efterkommere, blandt de børn, der ikke får besøg ved otte- til timånedersalderen. De fundne sammenhænge i rapporten bibeholdes, når vi foretager analyserne for børn, der får bemærkninger til motorisk udvikling inden ottemånedersalderen, men betydningen af dette diskuteres yderligere i diskussionsafsnittet.

Af tabel 3 fremgår det hvilke kommuner, der indgår i temarapporten, og hvor mange børn, der indgår fra de enkelte kommuner.

Tabel 3. Antal børn, der indgår i temarapporten, opdelt på kommune

	Antal børn, der er indrapporteret med mindst ét besøg i det første leveår	Antal børn med oplysning om motorik ved otte- til timånedersalderen
TM Sund-kommuner		
Aarhus	4.678	3.771
Albertslund	315	282
Allerød	259	204
Ballerup	538	425
Brøndby	432	363
Dragør	110	99
Gentofte	741	535
Glostrup	307	258
Herlev	324	287
Høje-Taastrup	576	382
Roskilde	857	627
Rødovre	526	461
Tårnby	459	398
Vejle	1.294	936
Total TM Sund-kommuner	11.416	9.028
NOVAX-kommuner		
Aalborg	2.339	1.353
Bornholm	276	225
Brønderslev	380	221
Egedal	413	333
Fredensborg	396	325
Frederiksberg	1547	964
Frederikssund	384	254
Furesø	380	284
Gladsaxe	831	565
Gribskov	259	173
Halsnæs	246	202
Helsingør	527	408
Hillerød	495	367
Ishøj	299	254
Kalundborg	439	345
Køge	609	498
Lyngby-Taarbæk	478	389
Rudersdal	475	344
Vallensbæk	208	154
Total NOVAX-kommuner	10.981	7.658
Hele populationen	22.397	16.686

I denne rapport er der 14 kommuner, der anvender TM Sund-journalsystemet (Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle). Høje-Taastrup Kommune indgår som en TM Sund-kommune, selvom de i 2017 er overgået til NOVAX-journalsystemet. Det skyldes, at de har flest rapporteringer i TM Sund-journalsystemet.

Det er fjerde år, at det er muligt at indrapportere data til Databasen Børns Sundhed for kommuner, der anvender NOVAX-journalsystemet. Af de kommuner, der har indsendt data for børn født i 2017, er der 19 kommuner, der anvender NOVAX-journalsystemet (Aalborg, Bornholm, Brønderslev, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk).

5.4 Variabelbeskrivelse

I både TM Sund- og NOVAX-journalsystemet registrerer sundhedsplejersken i et udviklingsskema i forbindelse med de fire hjemmebesøg, hvorvidt der er en bemærkning til den motoriske udvikling. Sundhedsplejerskernes bemærkninger er et udtryk for, at der er *tegn* på forsinket motorisk udvikling, og en bemærkning betyder, at sundhedsplejersken ved sin kontakt med familien har registreret noget, som vækker bekymring eller kræver ekstra indsats eller opfølgning. En bemærkning dækker sædvanligvis over, at den motoriske udvikling ikke opfylder den forventelige udvikling i forhold til barnets alder. I NOVAX kan bemærkningen sættes som, at der skal følges op, eller at der skal foretages en indsats.

Registreringen af motorisk udvikling er ikke helt ens i de to systemer, da motorisk udvikling og øje-hånd koordination er to selvstændige variable i TM Sund-journalsystemet, mens motorisk udvikling og øje-hånd koordination er samlet i en variabel i NOVAX-journalsystemet. Da motorisk udvikling og øje-hånd koordination er sammenhængende, har vi sammenlagt de to variable i TM Sund. Motorisk udvikling og øje-hånd koordination registreres ved A-besøget (første hjemmebesøg efter barselsbesøget eller første hjemmebesøg efter barnets fødsel), B-besøget (første hjemmebesøg efter barnet er fyldt to måneder, men inden det fylder tre måneder), C-besøget (fire- til seksmånedersalderen) og D-besøget (otte- til timånedersalderen). Udviklingen af variablene i TM Sund er ved databasens start drøftet med en fysioterapeut, der har specialviden inden for børneområdet, og tager udgangspunkt i Holles (1977) standardisering af danske børns udvikling (Lichtenberg, 2003). Udviklingen af variablene til NOVAX er sket i samarbejde med fysioterapeuter og sundhedsplejersker. I tabel 4 ses en beskrivelse af, hvad henholdsvis NOVAX- og TM Sund-journalsystemerne benytter som kriterier for den motoriske udvikling og øje-hånd koordination ved de fire besøg. I denne rapport er der fokus på D-besøget, som er markeret nederst i tabel 4. En beskrivelse af rapportens øvrige variable ses sidst i rapporten i bilag 1.

Tabel 4. Beskrivelse af variabelen motorisk udvikling og øje-hånd koordination i NOVAX- og TM Sund-journalsystemerne

A-besøget	NOVAX: Ligger med alle led flekterede. Løfter hovedet selv kortvarigt. Hænderne er knyttede. I bugleje er bækkenet højest med knæene under maven. Har symmetriske bevægelsesmønstre. TM Sund: Der sættes kryds ved bemærkning, hvis barnet eksempelvis virker påfaldende slapt, spændt eller har en asymmetrisk tonus.
B-besøget	NOVAX: Holder hovedet i midtlinje. Løfter hoved og skuldre i maveleje. Armene er mere udstrakte, benene er bøjede og trukket op under barnet. Prøver at koordinere det, øjnene ser, med armenes bevægelser. TM Sund: Opmærksomhed på muskeltonus, hvis barnet ikke kan løfte hoved og skuldre. Barnet holder hovedet i midtlinjen. Barnet løfter hoved og skuldre i maveleje. Barnet putter sine hænder i munden. Barnet ser sin hånd.
C-besøget	NOVAX: God hovedkontrol i siddende stilling. Griber sikkert efter ting med tvær greb. Flytter ting fra hånd til hånd og putter ting i munden. Øje-hånd koordination. Bevæger øjnene uden at bevæge hovedet. Løfter hovedet i bugleje og støtter på underarmene. Begynder at vende sig fra mave til ryg. Støtter på tæerne viser interesse for egne tæer. Drejer om sin egen akse. Trækker selv med fra liggende til siddende, hvor hovedet føler med. Begynder at spise med ske og drikke af kop. TM Sund: Barnet holder hovedet i midtstilling og har hovedkontrol i siddende stilling, Barnet kan lide at ligge på maven og kan støtte på strakte arme i bugleje. Barnet triller fra mave til ryg og måske fra ryg til mave. Hvis barnet er mellem fire og fem måneder og ikke triller fra mave til ryg, sættes ikke kryds ved feltet "Triller fra mave til ryg". Hvis barnet er mellem fem og seks måneder og ikke triller fra mave til ryg, sættes kryds ved feltet "Triller fra mave til ryg". Barnet kan ved hjælp trække sig op til siddende stilling. Barnet rækker armene frem for at få fat i legetøj og holder fast i det.
D-besøget	NOVAX: Sidder selv. Triller fra ryg til mave. Støtter på flad fod. Kryber – på vej til at kravle. Lægger an til at rejse sig ved støtte. Bedre kontrol over hænder, og fingre holder fast på genstande og slipper. Udvikler pincetgreb. Tygger mad med grovere konsistens, interesserer sig for at spise selv. Vinker og klapper mod slutperioden. TM Sund: Barnet triller fra ryg til mave og omvendt og sidder sikkert selv. Barnet kryber eller kravler forlæns eller baglæns - det er vigtigt, at barnet bevæger sig rundt. Barnet begynder at rejse sig ved støtte og trækker sig op i armene. Omkring ni månedersalderen kan mange børn kravle, kan selv sætte sig op og sidder sikkert. Barnet flytter ting fra hånd til hånd og putter det i munden, kan bevæge øjnene uden at bevæge hovedet. Følger eksempelvis legetøj, der falder inden for synsfeltet. Der er begyndende udvikling af pincetgrebet.

Begge journalsystemer fokuserer på motorisk udvikling og øje-hånd koordination, og der er ligheder i, hvad der registreres i de to systemer. Dog er der ikke helt overensstemmelse mellem de to systemer, da det i TM Sund er muligt at sætte en bemærkning ved specifikke kategorier inden for det enkelte besøg. Det kan for eksempel være ved D-besøget, hvor man kan registrere, hvis barnet ikke er begyndt eller er på vej til at rejse sig ved støtte og trække sig op i armene, eller hvis barnet ikke triller fra ryg til mave. I NOVAX kan sundhedsplejersken kun sætte en overordnet bemærkning for alle de mulige udviklingstrin i otte- til timånedersalderen (D-besøget), hvilket gør det vanskeligt at sammenligne de to systemer. For at styrke sammenligneligheden mellem de to journalsystemer har vi derfor defineret, at der i TM Sund skal sættes mindst to bemærkninger til motorisk udvikling og øje-hånd koordination ved ét besøg for, at der kan være tale om en forsinket motorisk udvikling. Vi har valgt at gennemføre analyserne for systemerne hver for sig for at undersøge, om fundene afviger afhængigt af system, men da dette ikke er tilfældet, har vi sammenlagt de to systemer for at få en samlet variabel for motorisk udvikling og øje-hånd koordination. I rapporten betegner vi variabelen som motorisk udvikling.

Der sker en stor udvikling i barnets motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen, og derfor kan barnets præcise alder ved besøget tænkes at have en betydning for antallet af bemærkninger. Derfor har vi undersøgt, om barnets alder har en betydning for, om der sættes en bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Analyserne viser, at der ikke er signifikant forskel i antallet af bemærkninger afhængigt af barnets alder inden for otte- til timånedersalderen. Dette er også forventeligt, da der i journalvejledningen står, at der skal tages højde for barnets alder i vurderingen af den motoriske udvikling.

5.5 Statistiske analyser

I gennem rapporten anvendes to trin i analysen. **Første trin** i analysen er at sammenligne, om andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling varierer fra den ene befolkningskategori til den anden, for eksempel yngre og ældre mødre. Det angives med en stjerne (*), når forskellene er signifikante med et signifikansniveau på 1 %. **Andet trin** i analyserne er multivariate logistiske regressionsanalyser, hvor det undersøges, om en given statistisk signifikant sammenhæng, for eksempel mellem mors alder og bemærkning til motorisk udvikling, kan forklares af andre forhold, for eksempel mors herkomst. Hver enkelt analyse kontrolleres for relevante faktorer i forhold til den forventede årsagssammenhæng, og der kontrolleres kun for faktorer, der er statistisk signifikant sammenhængende med både den uafhængige og afhængige variabel, for eksempel både mors alder og motorisk udvikling. Resultaterne fra disse analyser formidles som odds ratio (OR). OR giver et mål for, om andelen af børn med bemærkning i den aktuelle gruppe ligger over eller under andelen af børn med bemærkning i en anden gruppe, der benævnes referencegruppen. Værdien 1,0 svarer til andelen af børn med bemærkning i referencegruppen, og hvis OR er højere eller lavere end 1,0, betyder det, at andelen af børn med bemærkning er højere eller lavere i den undersøgte gruppe. Sikkerhedsintervallet viser, om OR er signifikant højere/lavere end 1,0. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0, er OR-værdien ikke signifikant forskellig fra referencegruppen. Disse analyser forefindes i bilag 2.

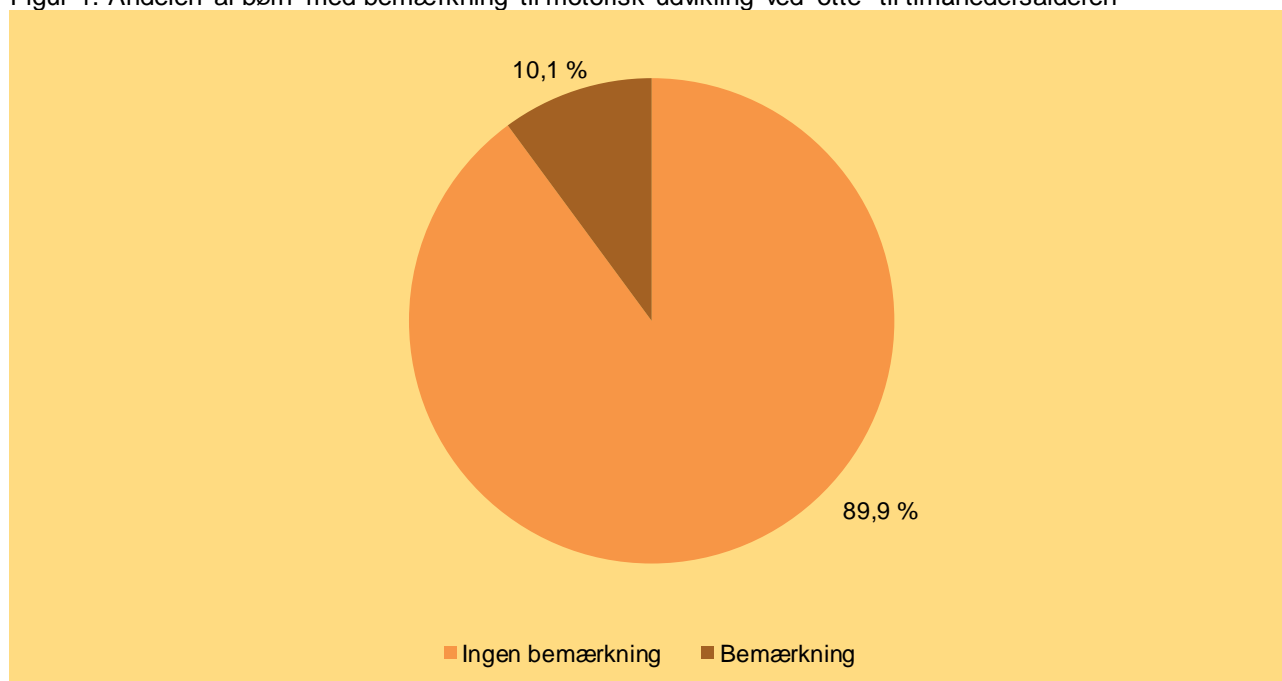
6 Resultater

I dette afsnit præsenteres først andelen og udviklingen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Efterfølgende præsenteres variationen i bemærkning til motorisk udvikling mellem kommunerne. Derefter præsenteres andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling i otte- til timånedersalderen opdelt på sociodemografiske faktorer og faktorer relateret til graviditet og fødsel. Dernæst præsenteres amning samt faktorer relateret til barnets udvikling og trivsel opdelt efter, om der er bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Til sidst i resultatafsnittet præsenteres andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen opdelt efter, om der er bemærkning til forældre-barn relationen, eller om forældrene oplever en efterfødselsreaktion.

6.1 Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling

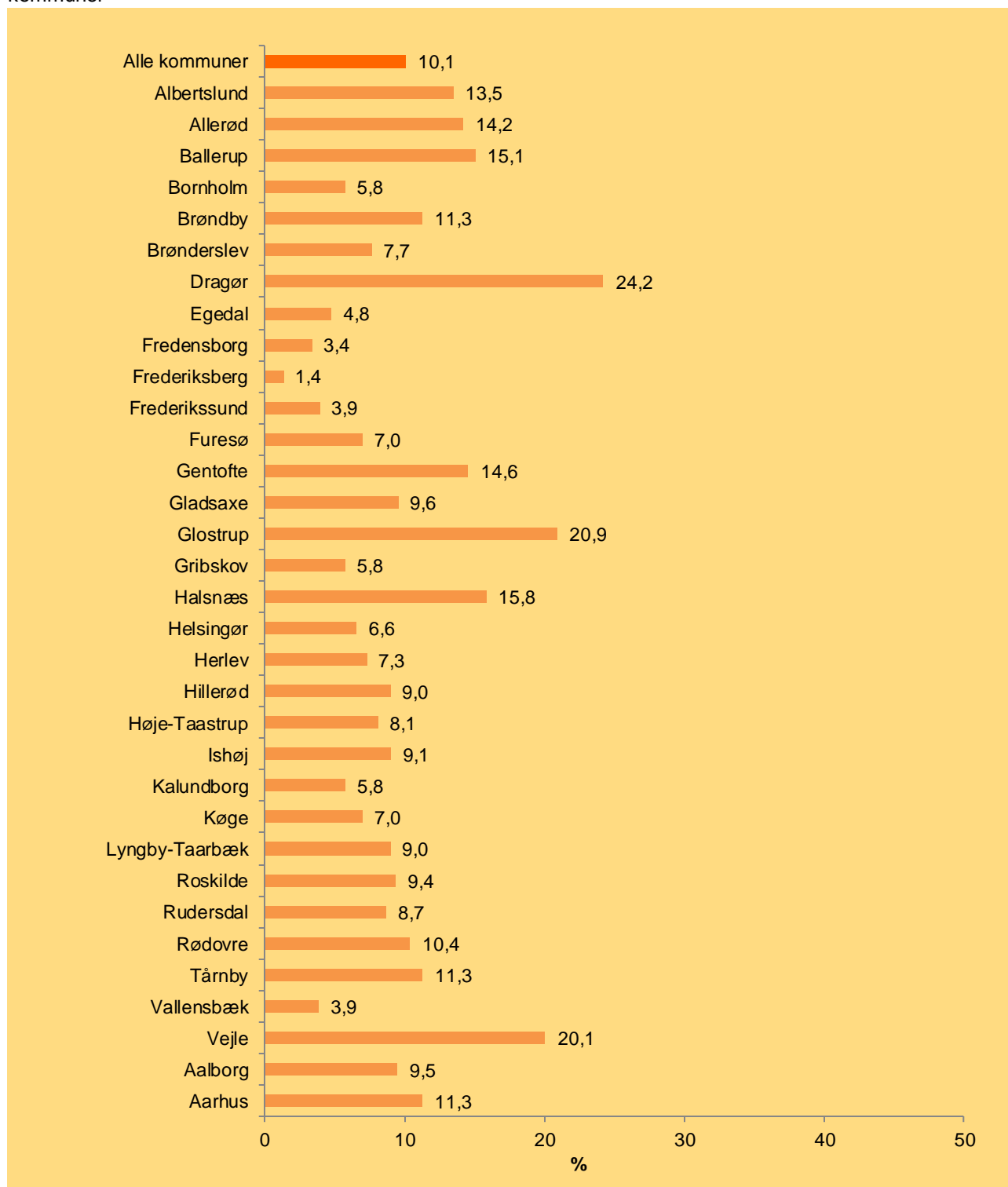
Figur 1 viser fordelingen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Af figur 1 fremgår det, at der er 10,1 % af børnene, der får bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. I TM Sund-data er det muligt at opgøre, hvilke specifikke bemærkninger der er til motorisk udvikling i otte- til timånedersalderen. De hyppigst forekommende bemærkninger er, til om barnet sidder sikkert selv, om barnet lægger an til at kravle, om barnet lægger an til at rejse sig, samt om barnet har pincetgreb.

Figur 1. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen



Figur 2 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen opdelt på kommune. Der er væsentlige kommunale forskelle, og disse diskuteres i den afsluttende diskussion. Dragør, Glostrup og Vejle har den højeste andel af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Derudover viser figuren, at Frederiksberg, Fredensborg, Frederikssund og Vallensbæk har den laveste andel.

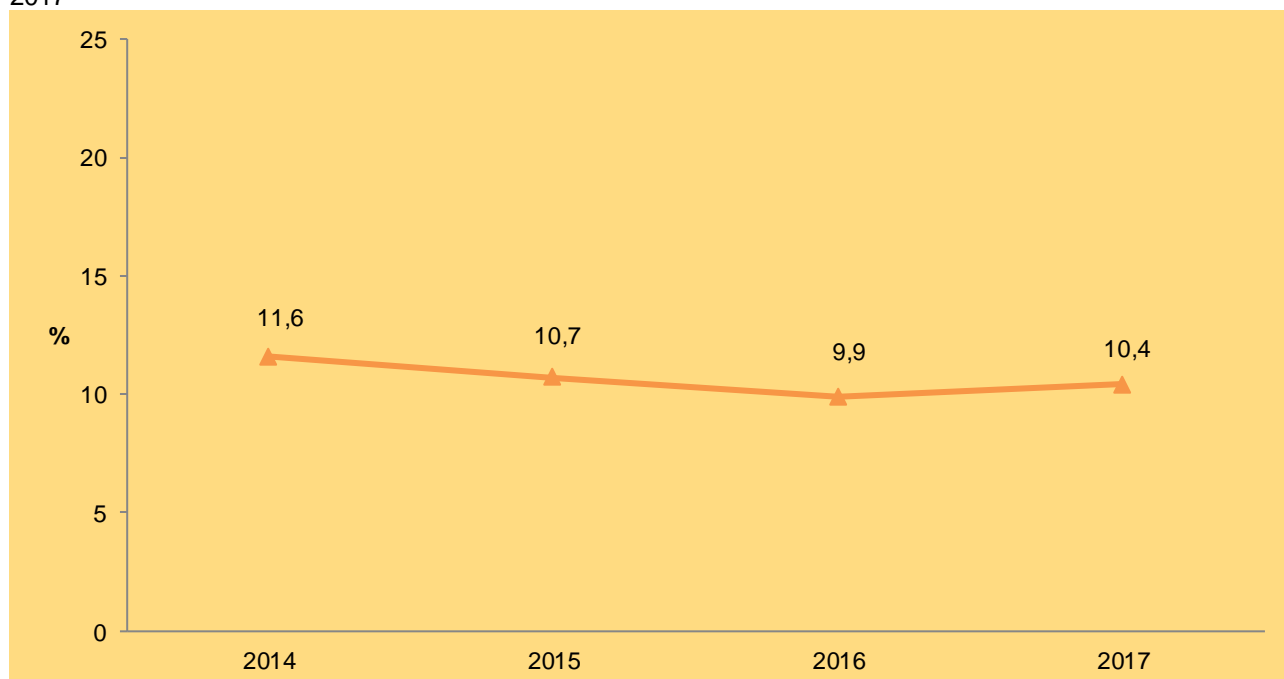
Figur 2. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen opdelt på kommuner



Figur 3 viser udviklingen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen i perioden 2014-2017. Antallet og sammensætningen af deltagende kommuner i Databasen Børns Sundhed har ikke været den samme alle år i databasens historie. Det er derfor ikke muligt at sammenligne hele den undersøgte population fra år til år. For eksempel kan deltagelse af en ny stor kommune med gennemsnitligt flere socioøkonomisk velstillede medføre, at man ser en positiv udvikling i hele populationen på trods af, at udviklingen ikke har ændret sig i de kommuner, der var med året før. Derfor analyseres udviklingen over tid i de 29 kommuner, der har været med i databasesamarbejdet alle de seneste fire år, og derfor er andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen lidt højere (10,4 %) end i populationen, som denne rapport er baseret på (10,1 %).

Figuren viser, at andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen i perioden 2014-2017 har svinget mellem 11,6 % og 9,9 %. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling var højest i 2014 og lavest i 2016. Af figuren ses, at andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen ikke har ændret sig væsentligt de seneste år.

Figur 3. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen fra 2014-2017^a



^a Indbefatter de 29 kommuner, som har deltaget i databasesamarbejdet i de seneste fire fødselsår. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk, Vejle og Aarhus.

Tabel 5 viser antallet og andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved de enkelte besøg i første leveår. Af tabellen fremgår det, at der er 0,9 % af børnene, der har bemærkning til motorisk udvikling ved A-besøget, 9,1 % ved B-besøget, 9,9 % ved C-besøget og 10,1 % ved D-besøget. Tabellen viser dermed, at andelen af børn, der får bemærkning til motorisk udvikling, er stort set den samme fra B-besøget og frem.

Tabel 5. Antallet og andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved A-, B-, C- og D-besøget^a

	Antal børn med oplysninger om motorisk udvikling (N)	Antal børn med bemærkning til motorisk udvikling (N)	Andel børn med bemærkning til motorisk udvikling (%)
A-besøget	18.705	176	0,9
B-besøget	17.863	1.619	9,1
C-besøget	15.336	1.510	9,9
D-besøget	16.686	1.680	10,1

^a Tabel 5 er beregnet ud fra de 22.397 børn, der ifølge tabel 1 har haft mindst ét besøg i første leveår

For at undersøge om det er de samme børn, som får bemærkning til deres motoriske udvikling ved henholdsvis A-, B-, C- og D-besøget, opgøres det, hvor stor en andel af børnene, der får bemærkning ved A-besøget, og som efterfølgende får bemærkning ved B-, C- og D-besøget. I populationen er der 51 børn af de 176 børn, der får bemærkning ved A-besøget, som også får bemærkning ved B-besøget, og 19 børn, der får gentagne bemærkninger ved A-, B- og C-besøget, mens det er under ti børn, som får bemærkninger ved både A-, B-, C og D-besøget. Fra B-besøget og frem er der i populationen 371 børn af de 1.619 børn, der får bemærkning ved B-besøget, som også får bemærkning ved C-besøget, og 125 børn, der får gentagne bemærkninger ved både B-, C og D-besøget. Fra C-besøget er der i populationen 401 børn af de 1.510 børn, der får bemærkning ved C-besøget, som også får bemærkning ved D-besøget. Analyserne viser, at de fleste børn, der har bemærkning til motorik ved et tidligt besøg, ikke har bemærkning ved et senere besøg. Det vil sige, de fleste tidlige motoriske vanskeligheder reduceres i takt med, at barnet bliver mere modent, og/eller at der er foretaget en særlig indsats. Der er dog en øget risiko for en lille gruppe af børn med bemærkninger ved de tidlige besøg for også at have bemærkning ved senere besøg. Det vil sige, at motoriske vanskeligheder for en lille gruppe børn til en vis grad holder ved i løbet af det første leveår.

Opsamling

Samlet har 10,1 % af de undersøgte børn bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen, men der er store kommunale forskelle i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. I perioden 2014-2017 har andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen været stabil. Andelen af børn med bemærkninger til motorisk udvikling er stabil fra tomånedersalderen og frem. De fleste børn, der har bemærkning til motorik ved et tidligt besøg, har ikke bemærkning ved et senere besøg.

6.2 Sociodemografiske faktorer

Dette afsnit præsenterer en samlet tabel, der viser andelen af børn, som har bemærkning til motorisk udvikling i otte- til timånedersalderen for forskellige sociodemografiske grupper af børn. Data til at belyse de sociodemografiske faktorer er hentet fra forskellige registre (se bilag 1).

Køn

I temarapportens population er 49,4 % af børnene piger og 50,6 % af børnene drenge. Tabel 6 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling opdelt på køn. Tabellen viser, at der ikke er en signifikant kønsforskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling.

Familietype

I temarapportens population er der 88,1 % af børnene, der bor med begge forældre, mens 11,9 % kun bor med den ene forælder. Tabel 6 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling opdelt på familietype. Analyserne viser, at der ikke er forskel i bemærkning til motorisk udvikling afhængigt af familietype.

Forældrenes alder

Størstedelen (95,5 %) af børnene i temarapporten har mødre, der er mellem 20-39 år, mens 0,8 % har mødre, der er under 20 år, og 3,7 % har mødre, der er 40 år eller ældre. Der er 87,5 % af børnene, der har fædre, der er mellem 20-39 år, mens der er 0,2 % af børnene, der har fædre, der er under 20 år, og 12,3 % af børnene, der har fædre, der er 40 år eller ældre.

Tabel 6 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter mors og fars alder. Der er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter forældrenes alder. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen er højere blandt børn af mødre, der er 30-39 år (10,6 %) samt 40 år eller ældre (13,1 %), sammenlignet med børn af mødre, der er 20-29 år (9,2 %). Denne øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn af mødre, der er 30 år eller ældre, bibeholdes, når der i analyserne tages højde for relevante sociodemografiske faktorer (bilag 2, tabel 6.2). Blandt de yngste mødre er andelen 10,5 %, men denne andel er ikke signifikant forskellig fra de 20-29-årige. Det samme mønster gør sig gældende for fars alder ved fødslen, hvor den øgede forekomst for de 30-39-årige (10,2 %) samt 40-årige eller ældre (12,0 %) sammenholdt med 20-29-årige (8,7 %) bibeholdes, når der i analyserne tages højde for relevante sociodemografiske faktorer (bilag 2, tabel 6.2). For fædrene er andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling høj for børn med yngre fædre (21,4 %), men denne er ikke signifikant forskellig fra de 20-29-årige, da der er få fædre, der er under 20 år.

Forældrenes herkomst

Personer med dansk herkomst er defineret som personer, hvor mindst én af forældrene er dansk statsborger eller født i Danmark. Indvandrere defineres som børn født i udlandet af forældre, der hverken er danske statsborgere eller er født i Danmark. Efterkommere defineres som personer, der er født i Danmark af forældre, der hverken er danske statsborgere eller født i Danmark. De fleste børn i temarapporten, i alt 71,2 %, er fra familier, hvor begge forældre er af dansk herkomst, 10,6 % har én forælder af dansk herkomst og én forælder, der er indvandrer eller efterkommer, mens 18,2 % er fra familier, hvor begge forældre er indvandrere eller efterkommere. Tabel 6 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling opdelt på forældrenes herkomst. Analyserne viser, at der ikke er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling afhængigt af forældrenes herkomst.

Forældrenes uddannelsesniveau

I temarapportens population har 6,7 % af børnenes forældre grundskoleuddannelse, som højeste fuldførte uddannelsesniveau, 19,2 % har erhvervsfaglig uddannelse, 9,0 % har almen- eller erhvervsfaglig gymnasialuddannelse, 27,3 % har kort eller mellemlang uddannelse, og 37,8 % har lang videregående uddannelse.

Tabel 6 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter forældrenes højst fuldførte uddannelsesniveau. Der er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter forældrenes uddannelsesniveau. I populationen er andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling 12,5 % for børn, hvis forældre har en grundskoleuddannelse som højeste fuldførte uddannelsesniveau. Blandt børn, hvis forældre har en lang videregående uddannelse, er andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling 9,4 %. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling bibeholdes blandt børn, hvor forældrene har fuldført grundskolen som højeste fuldførte uddannelse, når der i analyserne tages højde for relevante sociodemografiske faktorer (bilag 2, tabel 6.2).

Forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet

I temarapportens population var 79,6 % af forældrene begge i erhverv eller under uddannelse året før, at børnene blev født. I 17,0 % af familierne var én forælder i arbejde og én uden for arbejdsmarkedet, og i 3,5 % af familierne var begge forældre hverken i erhverv eller under uddannelse.

Tabel 6 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet. Der er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet. Tabellen viser, at 13,8 % af børnene, hvis forældre hverken var i erhverv eller under uddannelse året før, de blev født, har bemærkning til motorisk udvikling. Denne andel er 9,8 % for børn, hvis forældre var i erhverv eller under uddannelse året før, de blev født. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, hvis forældre hverken er i erhverv eller under uddannelse forsvinder, når der i analyserne tages højde for relevante sociodemografiske faktorer (bilag 2, tabel 6.2).

Tabel 6. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter socio-demografiske faktorer

		Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling (%)
Køn (N=16.685)	Dreng	9,8
	Pige	10,3
Familietype (N=15.898)	Bor med begge forældre	10,0
	Bor ikke med begge forældre	9,7
Mors alder* (N=16.340)	<20 år	10,5
	20-29 år	9,2
	30-39 år	10,6
	40 år eller ældre	13,1
Fars alder* (N=15.899)	<20 år	21,4
	20-29 år	8,7
	30-39 år	10,2
	40 år eller ældre	12,0
Forældrenes herkomst (16.040)	Begge forældre dansk herkomst	9,8
	En forælder dansk herkomst og én forælder indvandrer eller efterkommer	9,5
	Begge forældre indvandrere eller efterkommere	10,8
Forældrenes højeste uddannelsesniveau* (15.616)	Lang videregående uddannelse	9,4
	Kort eller mellemlang videregående uddannelse	10,2
	Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse	9,0
	Erhvervsfaglig uddannelse	10,7
	Grundskole	12,5
Forældrenes erhvervstilknytning* (14.882)	Begge forældre i erhverv/under uddannelse	9,8
	En forælder i erhverv/under uddannelse, én ikke i erhverv/under uddannelse	9,1
	Begge forældre ikke i erhverv/under uddannelse	13,8

* Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er statistisk signifikant. I analyserne, hvor der tages højde for relevante variable, er forskellen i forældrenes erhvervstilknytning ikke signifikant forskellig.

Opsamling

Afsnittet vedrørende de sociodemografiske faktorer viser, at der er få sociale forskelle i hvilke børn, der får bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Når der justeres for relevante sociodemografiske faktorer i analyserne er det børn, hvis forældre er 30 år eller ældre, samt børn, hvis forældre har fuldført grundskolen som højeste uddannelsesniveau, der har en øget forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen.

6.3 Faktorer relateret til graviditet og fødsel

Dette afsnit præsenterer en samlet tabel, der viser andelen af børn, som har bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen for forskellige faktorer relateret til graviditet og fødsel. Data om graviditets- og fødselsrelaterede faktorer er hentet fra register (se bilag 1).

Gestationsalder

I temarapportens population er der 5,8 % af børnene, der er født før 37. gestationsuge. Tabel 7 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter gestationsalder. Der er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter gestationsalder. Blandt børn, der er født før uge 37, har 23,2 % bemærkning til motorisk udvikling. Denne andel er 9,3 % blandt børn, der er født i uge 37 eller senere. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling bibeholdes blandt børn, som er født før 37. gestationsuge, når der i analyserne tages højde for relevante variable (bilag 2, tabel 6.3).

Fødselsvægt

I temarapportens population har størstedelen af børnene en fødselsvægt på mellem 2.500 og 3.999 gram (78,9 %). Der er 4,5 % af børnene, der har en fødselsvægt på under 2.500 gram, og 16,6 %, der har en fødselsvægt på 4.000 gram eller mere. Tabel 7 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter fødselsvægt. Der er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter fødselsvægt. Blandt børn med en fødselsvægt på under 2.500 gram er der 23,8 %, der har bemærkning til deres motoriske udvikling. Denne andel er henholdsvis 9,7 % og 8,1 % blandt børn, der har en fødselsvægt på 2.500-3.999 gram og 4.000 gram eller mere. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, der har en fødselsvægt på under 2.500 gram, bibeholdes, når der i analyserne tages højde for relevante variable (bilag 2, tabel 6.3).

Kejsersnit

I temarapportens population er 19,8 % af børnene født ved kejsersnit. Tabel 7 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter kejsersnit. Der er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter, om børnene er født ved kejsersnit. Blandt børn, der er født ved kejsersnit, er andelen af børn, der får bemærkning til motorisk udvikling, 13,4 %. Denne andel er 9,2 % blandt børnene, der ikke er født ved kejsersnit. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, der er født ved kejsersnit, bibeholdes, når der i analyserne tages højde for relevante variable (bilag 2, tabel 6.3).

Apgarscore

En apgarscore er et mål for barnets tilstand lige efter fødslen. Barnets tilstand vurderes ét, fem og ti minutter efter fødslen af en jordemoder eller børnelæge, som tildeler barnet fra nul til to point på fem områder (vejrtrækning, hudfarve, hjerteslag, reflekser og muskelspændinger). Barnet kan således score fra nul til ti point. En lav apgarscore er her defineret som mindre end ni point fem minutter efter fødslen. De fleste børn i populationen har en apgarscore på mindst ni point fem minutter efter fødslen, kun 2,7 % har en apgarscore på under ni point. Tabel 7 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter barnets apgarscore fem minutter efter fødslen. Der er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter barnets apgarscore. Blandt børn, der har en apgarscore på under ni point ved fødslen, er andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling 14,1 %. Denne andel er 10,0 % blandt børnene, der har en apgarscore på ni eller ti point. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn med en apgarscore på under ni forsvinder, når der i analyserne tages højde for relevante variable (bilag 2, tabel 6.3).

Flerfødsel

I temarapportens population er der 3,3 % af børnene, der er flerfødte. Tabel 7 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter, om barnet er flerfødt. Der er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter, om barnet er flerfødt. Blandt børn, der er flerfødt,

er andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling 19,1 %. Denne andel er 9,8 % blandt børnene, der er enkeltfødt. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, der er flerfødt, bibeholdes, når der i analyserne tages højde for relevante variable (bilag 2, tabel 6.3).

Mors paritet

I temarapportens population er 49,6 % af børnene deres mors førstefødte. Tabel 7 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter, om barnet er det førstefødte. Der er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter, om barnet er deres mors førstefødte. Blandt børn, der ikke er deres mors førstefødte, er andelen af børn, der får bemærkning til motorisk udvikling, 11,1 %. Denne andel er 9,1 % blandt børnene, der er deres mors førstefødte. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, der ikke er deres mors førstefødte, bibeholdes, når der i analyserne tages højde for relevante variable (bilag 2, tabel 6.3).

Medfødte misdannelser

I temarapportens population er der 7,6 % af børnene, der har medfødte misdannelser. Misdannelser ved fødslen er indhentet via Det Medicinske Fødselsregister og indbefatter alle Q-diagnoserne fra WHO's sygdomsklassifikation (ICD-10). De tre hyppigste medfødte misdannelser i 2017 er kort tungebånd (Q381), medfødte misdannelser i hoften (Q658) og forsnævring i nyrebækken (Q620). Tabel 7 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter, om barnet har medfødte misdannelser. Der er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter, om barnet er født med misdannelser. Blandt børn, der er født med misdannelser, er andelen af børn, der får bemærkning til motorisk udvikling, 14,6 %. Denne andel er 9,7 % blandt børnene, der ikke er født med misdannelser. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, der er født med misdannelser, bibeholdes i de logistiske regressionsanalyser (bilag 2, tabel 6.3).

Tabel 7. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter faktorer relateret til graviditet og fødsel

		Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling (%)
Gestationsalder* (N=16.318)	Født i uge 37 eller senere	9,3
	Født før uge 37	23,2
Fødselsvægt* (N=16.315)	Mindre end 2.500 gram	23,8
	2.500-3.999 gram	9,7
	4.000 gram eller mere	8,1
Kejsersnit* (N=16.686)	Ikke kejsersnit	9,2
	Kejsersnit	13,4
Apgarscore* (N=16.213)	Under 9	14,1
	9 eller 10	10,0
Flerfødsel* (N=16.547)	Enkelfødsel	9,8
	Flerfødsel	19,1
Mors paritet* (N=16.299)	Førstefødte	9,1
	Ikke førstefødte	11,1
Medfødte misdannelser* (N=16.686)	Nej	9,7
	Ja	14,6

*Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er statistisk signifikant. I analyserne, hvor der tages højde for relevante variable, er forskellen i apgarscore ikke signifikant forskellig.

Opsamling

Afsnittet vedrørende faktorer relateret til graviditet og fødsel viser, at stort set alle de undersøgte faktorer er sammenhængende med motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Når der i analyserne justeres for relevante sociodemografiske faktorer og faktorer relateret til graviditet og fødsel, er det børn, der er født før uge 37, født med en fødselsvægt, der er mindre end 2.500 gram, født ved kejsersnit, flerfødte, børn, der ikke er deres mors førstefødte, og børn født med misdannelser, der har en øget forekomst af bemærkninger til deres motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen. Det er således tydeligt, at fødselsfaktorer er af væsentlig betydning for den senere motoriske udvikling.

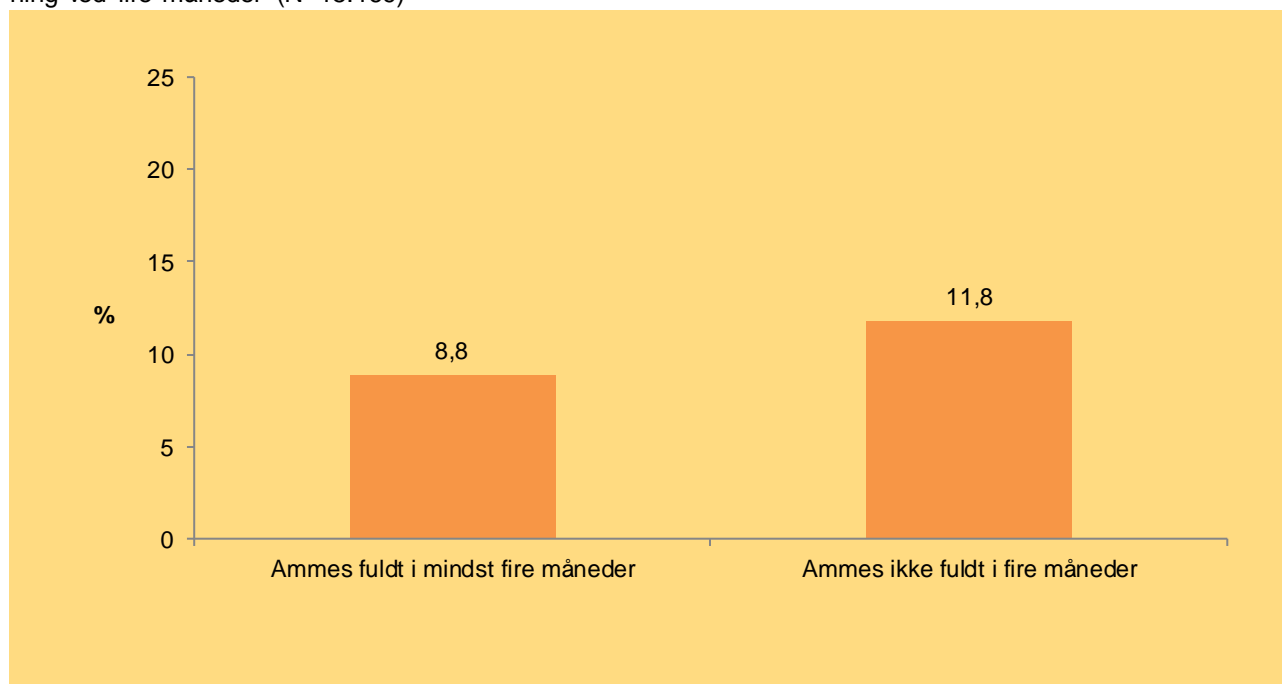
6.4 Amning

I det følgende afsnit undersøges, om børn, der ikke ammes fuldt ved fire måneder, i højere grad får bemærkning til deres motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen.

Fuld amning ved fire måneder

Fuld amning er i sundhedsplejerskernes journaler registeret i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning (Sundhedsstyrelsen, 2011, Sundhedsstyrelsen, 2018). Blandt børnene i populationen er 63,9 % ammet fuldt i mindst fire måneder, hvilket vil sige, at 36,1 % af børnene ikke er ammet fuldt i fire måneder. Figur 4 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter, om barnet er ammet fuldt i mindst fire måneder. Der er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter, om barnet er ammet fuldt i fire måneder. Analyserne viser, at der blandt børn, der ikke ammes fuldt i mindst fire måneder, er 11,8 %, der får bemærkning til deres motoriske udvikling. Denne andel er 8,8 % blandt børn, der ammes i mindst fire måneder. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, der ikke ammes fuldt i fire måneder, bibeholdes, når der i analyserne tages højde for relevante variable (bilag 2, tabel 6.4).

Figur 4. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter fuld amning ved fire måneder (N=15.169)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er statistisk signifikant, og dette bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante variable.

Opsamling

Afsnittet vedrørende amning viser, at der er en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorik blandt børn, der ikke ammes fuldt i mindst fire måneder.

6.5 Barnets trivsel og udvikling

Dette afsnit har til formål at undersøge, om børn med bemærkning til deres motoriske udvikling har flere samtidige udviklingsmæssige problemer. I dette afsnit er der fokus på barnets vækst, sprog, søvn og regulatoriske problemer.

Barnets vækst

Sundhedsstyrelsen anbefaler brug af WHO-vækstreferencer ved monitorering af overvægt blandt små børn, og disse vil derfor blive anvendt i denne rapport. Vægtstatus er beregnet på baggrund af barnets køn, alder, vægt- og længdemål ved brug af BMI z-scores (Sjöberg et al., 2017), beregnet på baggrund af WHO-vækstreferencer til børn i alderen nul til fem år (de Onis et al., 2012). Børnene er inddelt i kategorierne undervægtige, normalvægtige, i risiko for overvægt og overvægtige/svært overvægtige.

I populationen er 2,0 % af børnene undervægtige, 75,7 % normalvægtige, 17,6 % i risiko for overvægt og 4,7 % overvægtige/svært overvægtige beregnet for seks- til timånedersalderen. Tabel 8 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter vægtstatus ved seks- til timånedersalderen. Der er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter vægtstatus. Blandt børn, der klassificeres som henholdsvis undervægtige og overvægtig/svært overvægtig ved seks- til timånedersalderen, er andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling 15,1 % og 12,5 %. Denne andel er 10,0 % blandt børn, der klassificeres som normalvægtige. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, der er overvægtige/svært overvægtige, bibeholdes, når der i analyserne tages højde for relevante variable (bilag 2, tabel 6.5).

Tabel 8. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus (N=15.821)

Vægtstatus*	Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling (%)
Undervægtig	15,1
Normalvægtig	10,0
I risiko for overvægt	10,5
Overvægtig/svært overvægtig	12,5

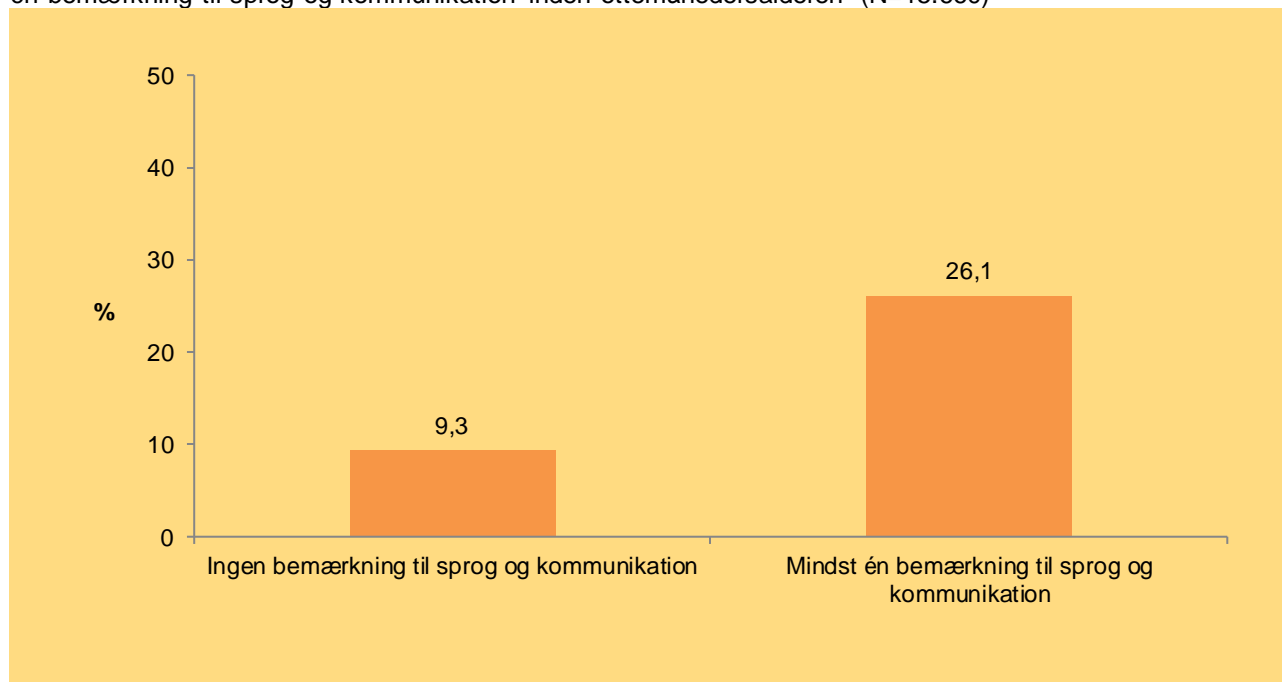
* Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er statistisk signifikant, men dette bibeholdes kun for overvægtig/svært overvægtig i analyserne, hvor der tages højde for relevante variable

Bemærkning til sprog og kommunikation

Sprog- og kommunikationsbemærkninger registreres ved tre besøg i det første leveår. I denne rapport er der fokus på bemærkninger til motorisk udvikling ved D-besøget (otte- til timånedersalderen), og i disse data har vi mulighed for at undersøge, om tidlige sprog, og kommunikationsproblemer kan være prædiktive for bemærkninger til motorisk udvikling ved D-besøget. I analyserne er der derfor fokus på bemærkninger til sprog og kommunikation ved B- (to- til tremånedersalderen) og C-besøget (fire- til seksmånedersalderen). En bemærkning til sprog og kommunikation dækker over, at barnet ikke opfylder den forventelige sprog- og kommunikationsudvikling i forhold til alderstrinnet. I både NOVAX- og TM Sund-journalsystemerne er der opmærksomhed på at observere barnets sproglige og kommunikative udvikling ved hvert besøg. Selvom vejledningen til de to journalsystemer for børn født i 2017 ikke er helt enslydende, er der konsensus om, at det ved B-besøget forventes, at barnet kan pludre med flere lyde. Ved C-besøget forventes det, at barnet pludrer varieret og i dialog, samt at barnet griner og hviner (Databasen Børns Sundhed, 2018, NOVAX, 2017). Der er udarbejdet en fælles journalvejledning til sprog og kommunikation på baggrund af temarapporten om sprog og kommunikation i det første leveår fra 2017 (Databasen Børns Sundhed et al., 2017), men disse tilrettelser er ikke med i data for børn født i 2017. I populationen er der 4,4 %, der får bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét af besøgene inden ottemånedersalderen. Figur 5 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til sprog og kommunikation inden ottemånedersalderen. Der er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter bemærkninger

til sprog og kommunikation. Af figuren fremgår det, at 26,1 % af børnene med bemærkning til sprog og kommunikation inden ottemånedersalderen har bemærkning til motorik ved otte- til timånedersalderen. Denne andel er 9,3 % blandt børn, der ikke har bemærkning til sprog og kommunikation inden ottemånedersalderen. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, der får bemærkning til sprog og kommunikation inden ottemånedersalderen, bibeholdes, når der i analyserne tages højde for relevante variable (bilag 2, tabel 6.5).

Figur 5. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til sprog og kommunikation inden ottemånedersalderen (N=15.660)

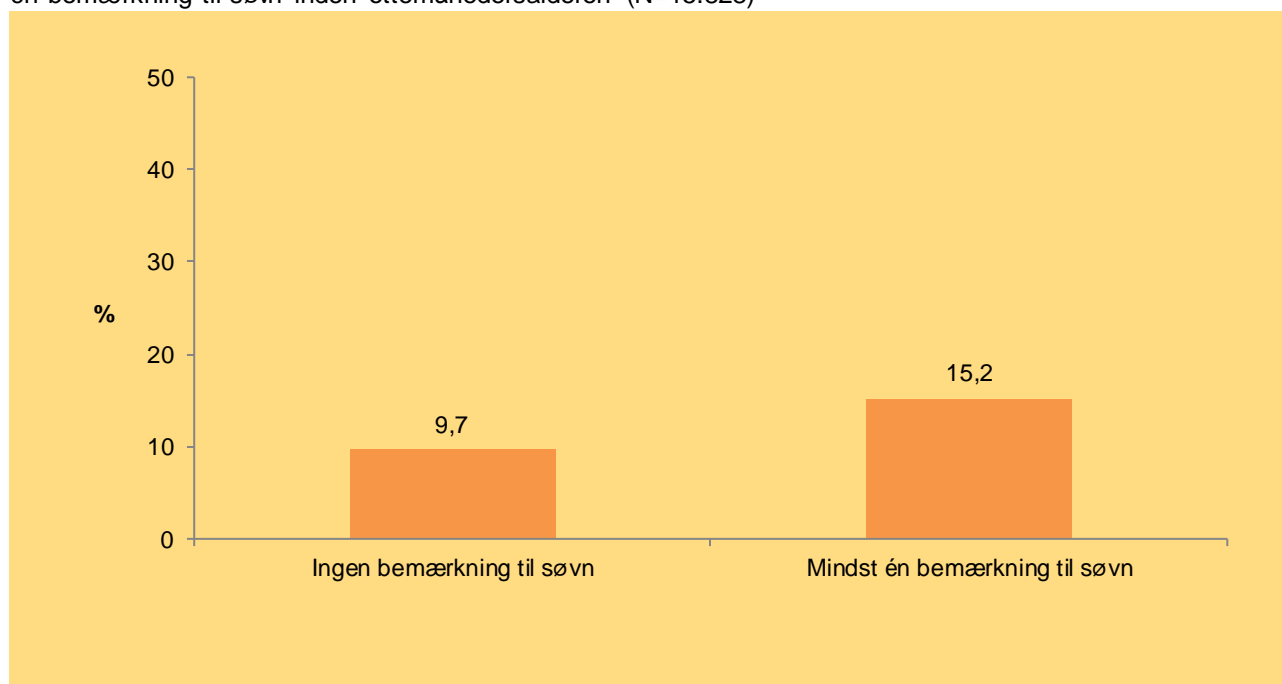


Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er statistisk signifikant, og dette bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante variable.

Bemærkning til søvn

Sundhedsplejersken vurderer barnets døgnrytme og søvnmønster ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. I denne rapport er der fokus på bemærkninger til motorisk udvikling ved D-besøget (otte- til timånedersalderen), og i disse data har vi mulighed for at undersøge, om tidlige søvnproblemer kan være prædiktivt for bemærkninger til motorisk udvikling ved D-besøget. Derfor er der i analyserne fokus på bemærkninger til søvn ved B- (to- til tremånedersalderen) og C-besøget (fire- til seksmånedersalderen). 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 firemånedersalderen, hvis barnet ikke har en begyndende døgnrytme. I populationen er der 8,4 %, der får bemærkning til søvn ved mindst ét af besøgene inden ottemånedersalderen. Figur 6 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til søvn før ottemånedersalderen. Der er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter bemærkning til søvn. Af figuren fremgår det, at 15,2 % af børnene med bemærkning til søvn inden ottemånedersalderen har bemærkning til motorik ved otte- til timånedersalderen. Denne andel er 9,7 % blandt børn, der ikke har bemærkning til søvn inden ottemånedersalderen. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, der får bemærkning til søvn inden ottemånedersalderen, bibeholdes, når der i analyserne tages højde for relevante variable (bilag 2, tabel 6.5).

Figur 6. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til søvn inden ottemånedersalderen (N=15.828)

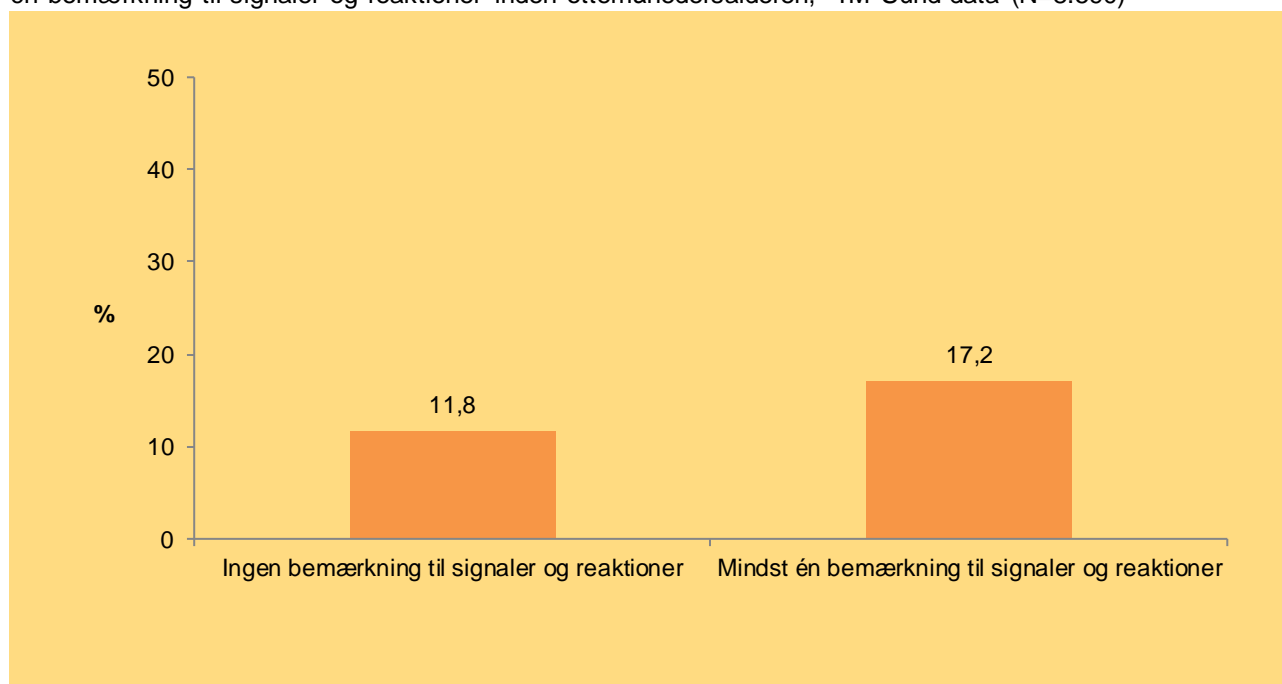


Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er statistisk signifikant, og dette bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante variable.

Bemærkning til barnets signaler/reaktioner

Nogle børn oplever søvnproblemer, spiseproblemer og problemer med gråd og uro. Problemer som disse optræder ofte sammen og betegnes som regulatoriske problemer (Hemmi et al., 2011, Skovgaard, 2012, Wolke D, 2009). For de kommuner, der anvender TM Sund-journalsystemet, registrerer sundhedsplejerskerne, om der er bemærkninger til barnets signaler og reaktioner. Disse oplysninger registreres ikke i NOVAX-journalsystemet, så nedenstående analyser er baseret på TM Sund-data. I denne rapport er der fokus på bemærkninger til motorisk udvikling ved D-besøget (otte- til timånedersalderen), og i disse data har vi mulighed for at undersøge, om tidlige regulatoriske problemer kan være prædiktivt for bemærkninger til motorisk udvikling ved D-besøget. Derfor er der i analyserne fokus på bemærkninger til signaler/reaktioner ved B- (to- til tremånedersalderen) og C-besøget (fire- til seksmånedersalderen). 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 6 og 8. I TM Sund-populationen er der 18,3 % af børnene, der får bemærkning til signaler og reaktioner ved mindst ét af besøgene inden ottemånedersalderen. Figur 7 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til signaler og reaktioner inden ottemånedersalderen. Der er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter bemærkning til signaler og reaktioner. Af figuren fremgår det, at 17,2 % af børnene med bemærkning til signaler og reaktioner har bemærkning til motorik ved otte- til timånedersalderen. Denne andel er 11,8 % blandt børn, der ikke har bemærkning til signaler og reaktioner inden ottemånedersalderen. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, der får bemærkning til signaler og reaktioner inden ottemånedersalderen, bibeholdes, når der i analyserne tages højde for relevante variable (bilag 2, tabel 6.5).

Figur 7. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til signaler og reaktioner inden ottemånedersalderen, TM Sund-data (N=8.590)

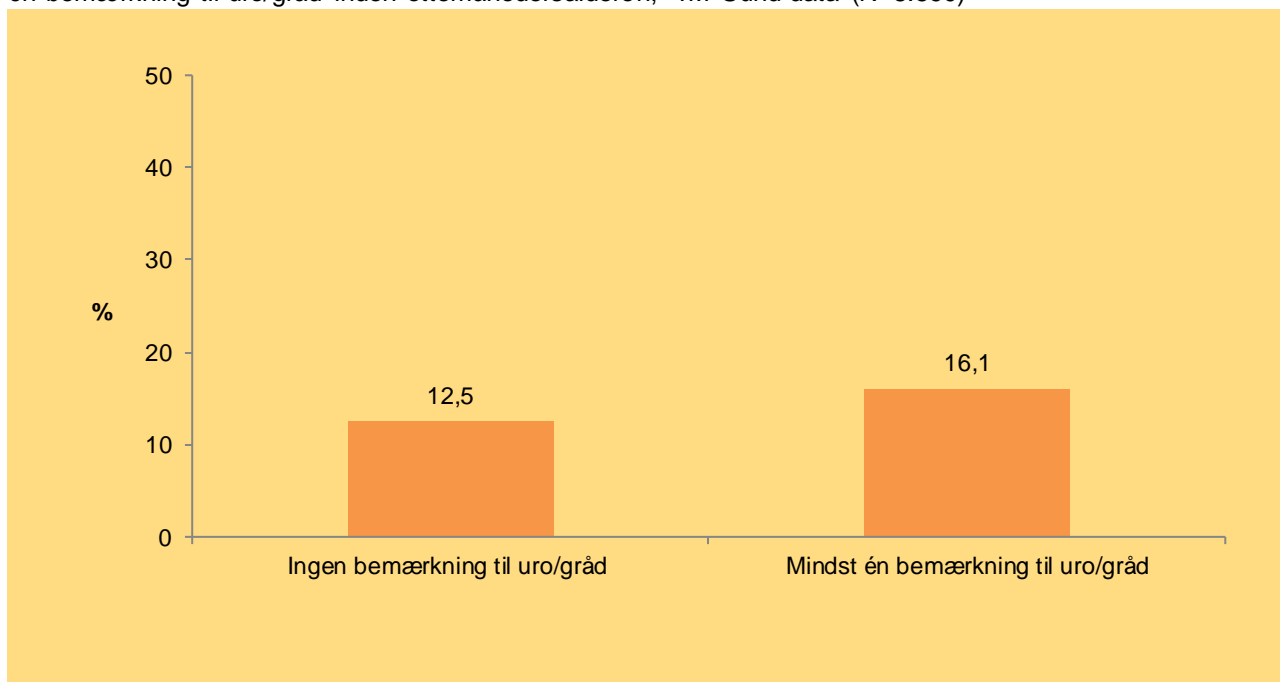


Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er statistisk signifikant, og dette bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante variable.

Bemærkning til uro/gråd

I de kommuner, der anvender TM Sund-journalsystemet, registrerer sundhedsplejerskerne, om der er bemærkning til uro og gråd ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Disse oplysninger registreres ikke i NOVAX-journalsystemet, så nedenstående analyser er baseret på TM Sund-data. I denne rapport er der fokus på bemærkninger til motorisk udvikling ved D-besøget (otte- til timånedersalderen), og i disse data har vi mulighed for at undersøge, om tidlige problemer med uro/gråd kan være prædiktivt for bemærkninger til motorisk udvikling ved D-besøget. Derfor er der i analyserne fokus på bemærkninger til uro/gråd ved B- (to- til tremånedersalderen) og C-besøget (fire- til seksmånedersalderen). En bemærkning til uro/gråd kan eksempelvis betyde, at barnet ofte er utrøsteligt. I TM Sund-populationen er der 6,4 % af børnene, der får bemærkning til uro/gråd ved mindst ét af besøgene inden ottemånedersalderen. Figur 8 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til uro/gråd inden ottemånedersalderen. Af figuren fremgår det, at 16,1 % af børnene med bemærkning til uro/gråd har bemærkning til motorik ved otte- til timånedersalderen. Denne andel er 12,5 % blandt børn, der ikke har bemærkning til uro/gråd inden ottemånedersalderen. Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er ikke statistisk signifikant.

Figur 8. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til uro/gråd inden ottemånedersalderen, TM Sund-data (N=8.590)

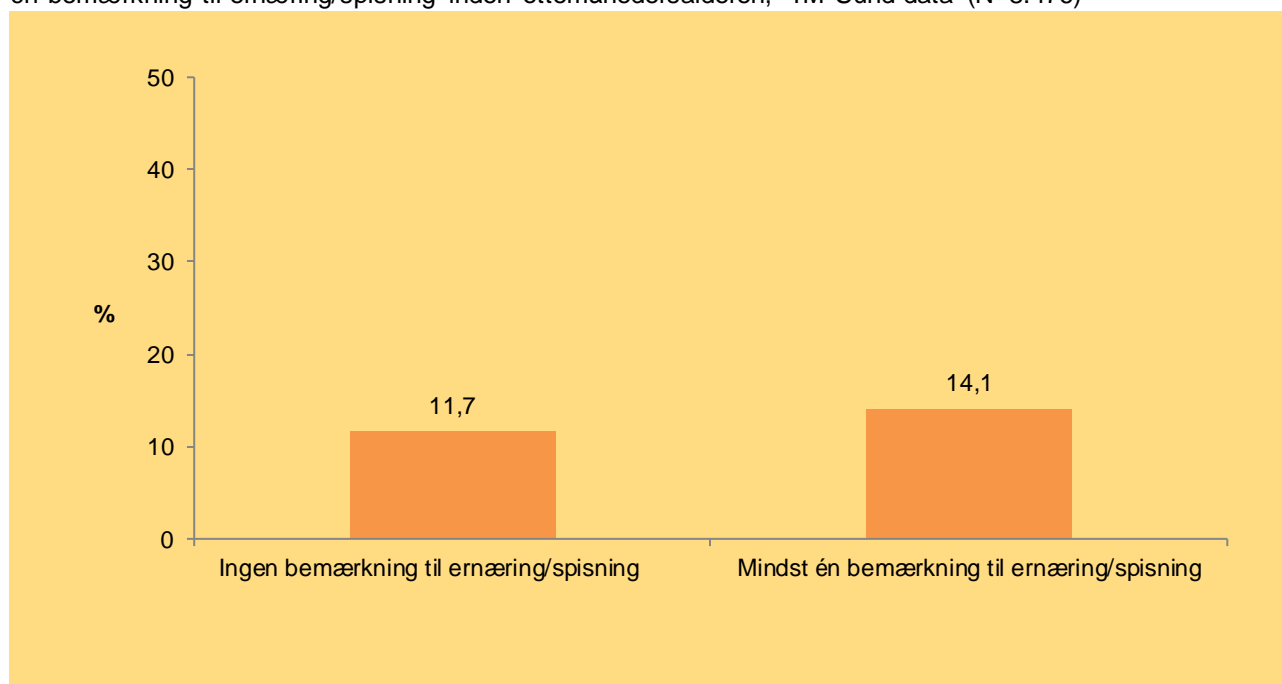


Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er ikke statistisk signifikant

Bemærkning til ernæring/spisning

I kommuner, der anvender TM Sund-journalsystemet, vurderer sundhedsplejersken barnets ernæring og spisning ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. I denne rapport er der fokus på bemærkninger til motorisk udvikling ved D-besøget (otte- til timånedersalderen). Disse oplysninger registreres ikke i NOVAX-journalsystemet, så nedenstående analyser er baseret på TM Sund-data. Så for at undersøge om tidlige problemer med ernæring/spisning kan være prædiktivt for bemærkninger til motorisk udvikling ved D-besøget, er der i analyserne fokus på bemærkninger til ernæring/spisning ved B- (to- til tremånedersalderen) og C-besøget (fire- til seksmånedersalderen). 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). I TM Sund-populationen er der 44,9 %, der får bemærkning til ernæring/spisning ved mindst ét af besøgene inden ottemånedersalderen. Figur 9 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til ernæring/spisning før ottemånedersalderen. Af figuren fremgår det, at 14,1 % af børnene med bemærkning til ernæring/spisning har bemærkning til motorik ved otte- til timånedersalderen. Denne andel er 11,7 % blandt børn, der ikke har bemærkning til ernæring/spisning inden ottemånedersalderen. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, der får bemærkninger til ernæring/spisning inden ottemånedersalderen, forsvinder, når der i analyserne tages højde for relevante variable (bilag 2, tabel 6.5).

Figur 9. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til ernæring/spisning inden ottemånedersalderen, TM Sund-data (N=8.476)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er statistisk signifikant. I analyserne, hvor der tages højde for relevante faktorer, er denne forskel ikke statistisk signifikant.

Opsamling

Afsnittet vedrørende barnets trivsel og udvikling viser, at der er en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, som kan betegnes som overvægtige ved seks, til timånedersalderen, samt blandt børn, der har bemærkninger til sprog/kommunikation, søvn og signaler/reaktioner inden ottemånedersalderen.

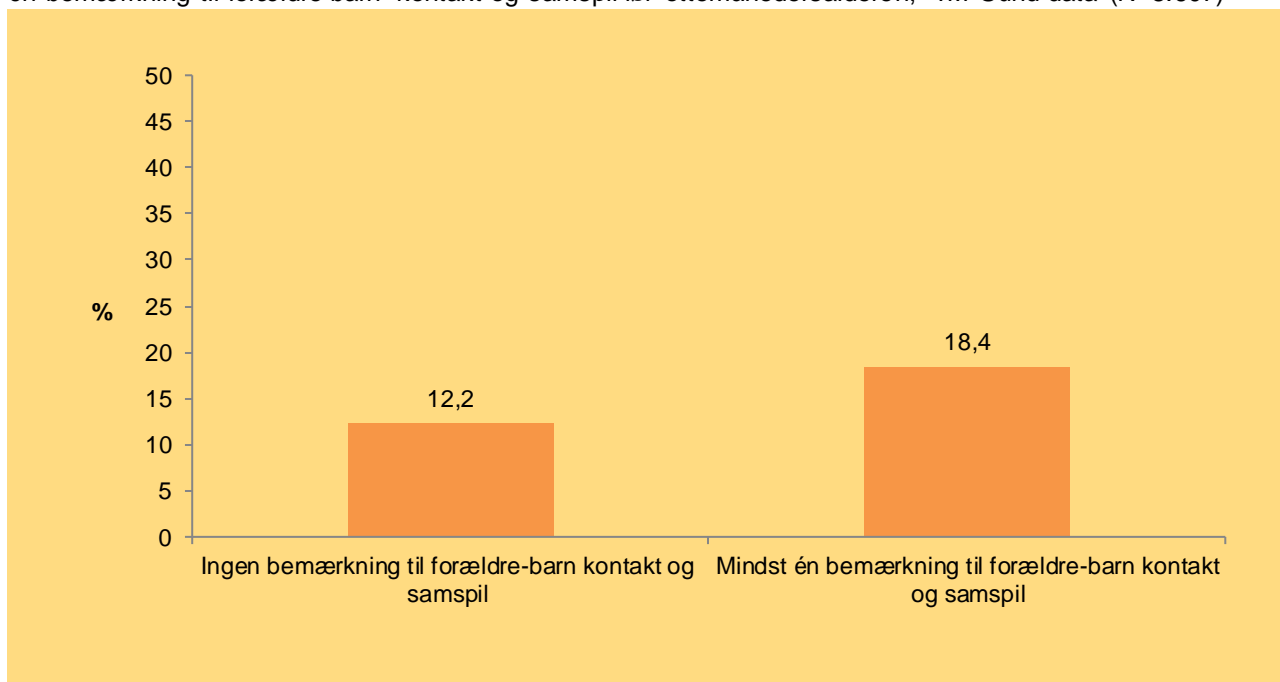
6.6 Forældre-barn relation

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 sine observationer. Forældre-barn relationen registreres af sundhedsplejersken ved fire hjemmebesøg i barnets første leveår. I denne rapport er der fokus på bemærkninger til motorisk udvikling ved D-besøget (otte- til timånedersalderen), og i disse data har vi mulighed for at undersøge, om tidlige problemer med forældre-barn relationen kan være prædiktivt for bemærkninger til motorisk udvikling ved D-besøget. Derfor er der i analyserne fokus på bemærkninger til forældre-barn relationen ved B- (to- til tremånedersalderen) og C-besøget (fire- til seksmånedersalderen). I TM Sund-journalsystemet benævnes forældre-barn relationen som forældre-barn kontakt og samspil, og i NOVAX-journalsystemet benævnes relationen som samvær/kontakt/leg. Begge journalsystemer fokuserer på relationen mellem barnet og forældrene, men på hver sin måde. TM Sund-journalsystemet fokuserer på, om forældrene forstår barnets behov, og NOVAX-journalsystemet 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-journalsystemet angives kontakt ved smil og pludren, hvilket registreres andetsteds i TM Sund-journalsystemet. De to journalsystemer kan derfor siges at fokusere på to forskellige vinkler af forældre-barn relationen og dermed ikke vise præcis det samme. Det giver mulighed for at anskue forældre-barn relationen ud fra to synsvinkler; forældrenes og barnets (Databasen Børns Sundhed et al., 2018a). Derfor præsenteres analyserne adskilt. Der er udarbejdet en fælles journalvejledning til forældre-barn relation på baggrund af temarapporten om forældre-barn relationen i det første leveår fra 2018 (Databasen Børns Sundhed et al., 2018b), men disse tilrettelser er ikke med i data for børn født i 2017.

Forældre-barn kontakt og samspil i TM Sund-data

I TM Sund-populationen er der 8,8 %, der får bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg inden ottemånedersalderen. Figur 10 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil inden ottemånedersalderen. Af figuren fremgår det, at 18,4 % af børnene med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil inden ottemånedersalderen har bemærkning til motorik ved otte- til timånedersalderen. Denne andel er 12,2 % blandt børn, der ikke har bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil inden ottemånedersalderen. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, der får bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil inden ottemånedersalderen, forsvinder, når der i analyserne tages højde for relevante variable (bilag 2, tabel 6.6).

Figur 10. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil før ottemånedersalderen, TM Sund-data (N=8.607)

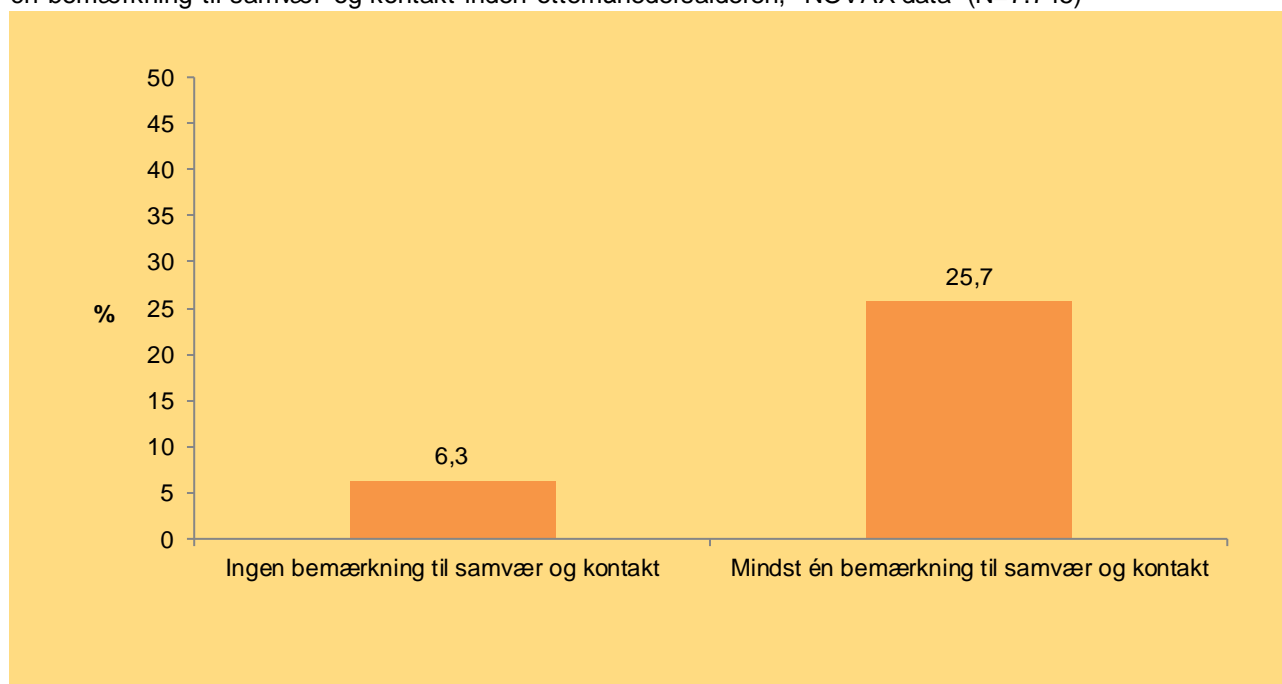


Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er statistisk signifikant. I analyserne, hvor der tages højde for relevante faktorer, er denne forskel ikke statistisk signifikant.

Samvær og kontakt i NOVAX-data

I NOVAX-populationen er der 3,4 %, der får bemærkning til samvær og kontakt ved mindst ét besøg inden ottemånedersalderen. Figur 11 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til samvær og kontakt inden ottemånedersalderen. Af figuren fremgår det, at 25,7 % af børnene med bemærkning til samvær og kontakt har bemærkning til motorik ved otte- til timånedersalderen. Denne andel er 6,3 % blandt børn, der ikke har bemærkning til samvær og kontakt inden ottemånedersalderen. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, der får bemærkninger til samvær og kontakt inden ottemånedersalderen, bibeholdes, når der i analyserne tages højde for relevante variable (bilag 2, tabel 6.6).

Figur 11. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til samvær og kontakt inden ottemånedersalderen, NOVAX-data (N=7.745)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er statistisk signifikant, og dette bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante variable.

Opsamling

Afsnittet vedrørende forældre-barn relationen viser, at der er en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, der har bemærkninger til forældre-barn relationen, hvis forældre-barn relationen anskues ud fra barnets perspektiv, mens dette ikke findes, når forældre-barn relationen anskues ud fra forældrenes perspektiv.

6.7 Efterfødselsreaktioner

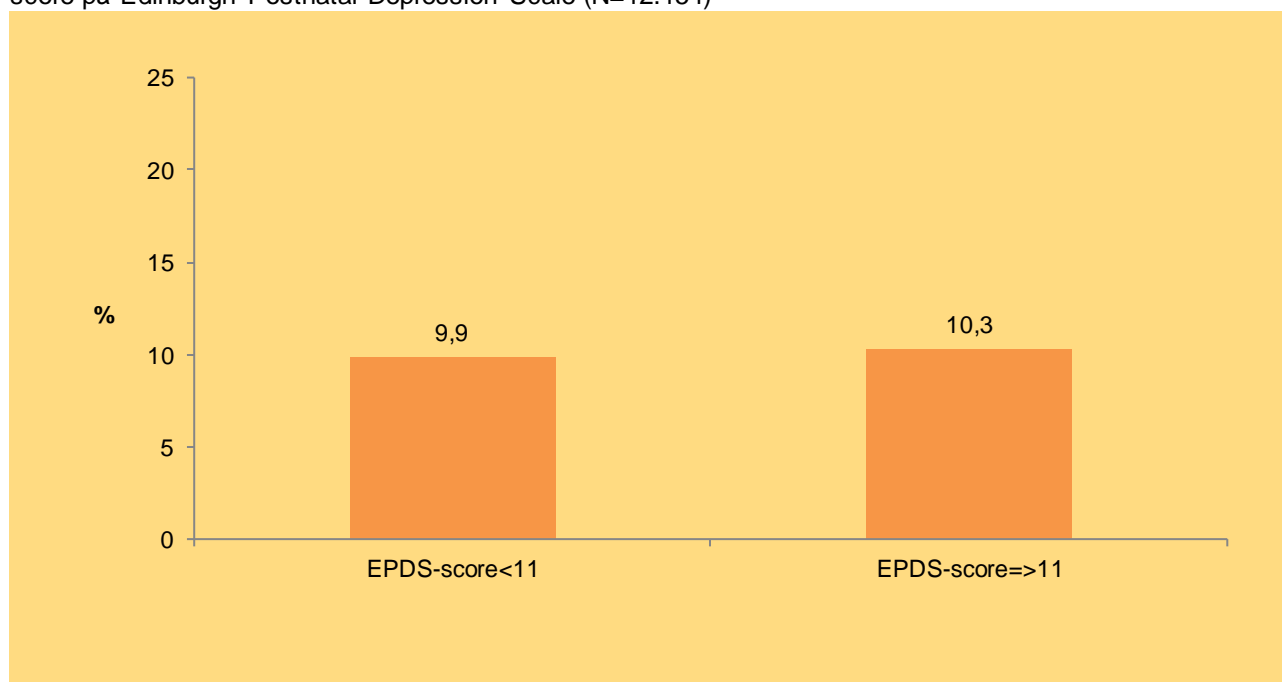
I dette afsnit præsenteres data, der viser andelen af børn, som har bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter, om forældrene har efterfødselsreaktioner.

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Det er en stor omvæltning at blive forælder, og mange oplever at få en efterfødselsreaktion, som kan ende ud i en mulig fødselsdepression. Til vurdering af efterfødselsreaktioner kan sundhedsplejersken anvende The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) og/eller Gotland-spørgeskemaet. I journalvejledningen angives det, at skemaerne kan besvares, indtil barnet er seks måneder. I denne rapport vises kun opgørelser på EPDS. Hvis mødrene på EPDS scorer 11 point eller højere, er det sandsynligt, at de kan have en fødselsdepression (Smith-Nielsen et al., 2018).

I temarapportens population er der blandt de mødre, der har udfyldt EPDS-spørgeskemaet, 6,8 % af mødrene, der har en mulig depression målt ud fra EPDS, defineret som en score på 11 eller højere. Figur 12 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter, om moderen har en mulig depression. Analyserne viser, at der ikke er statistisk signifikant forskel blandt gruppen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter, om moderen har en mulig depression.

Figur 12. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mødres score på Edinburgh Postnatal Depression Scale (N=12.154)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er ikke statistisk signifikant

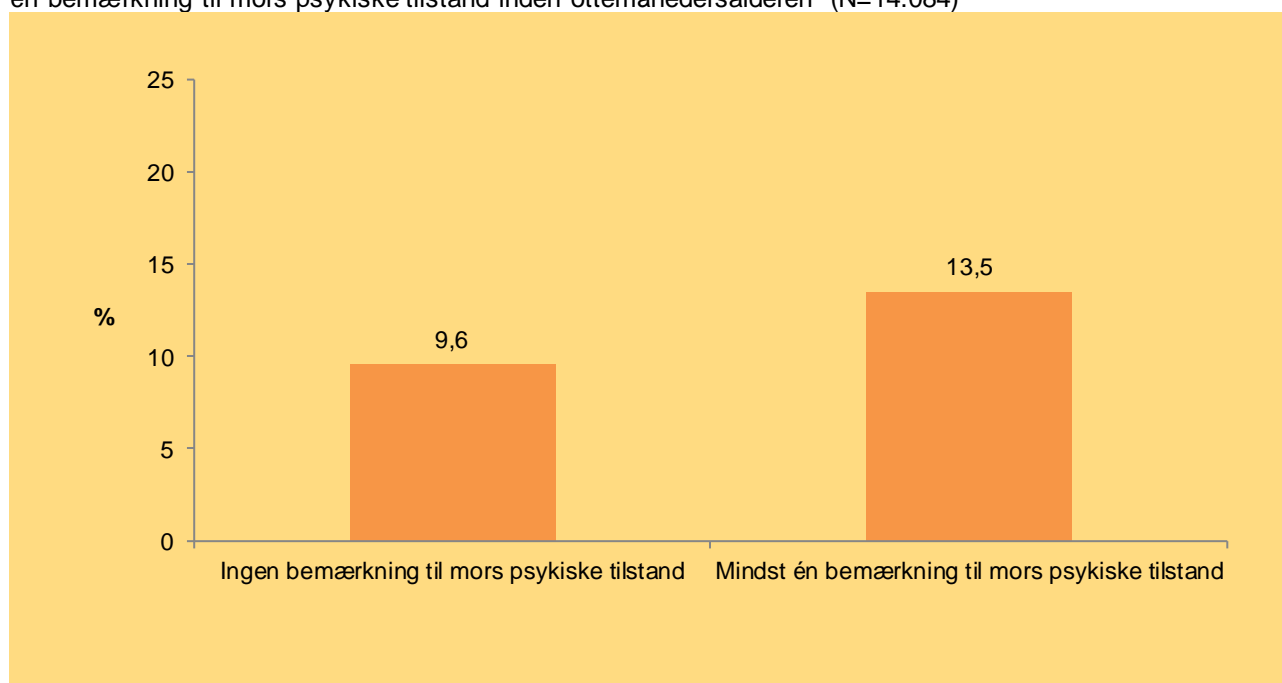
Psykisk tilstand

Ved fire besøg i barnets første leveår vurderer sundhedsplejersken moderens og faderens psykiske tilstand og registrerer, hvis der er bemærkninger. I denne rapport er der fokus på bemærkninger til motorisk udvikling ved D-besøget (otte- til timånedersalderen), og i disse data har vi mulighed for at undersøge, om forældrenes psykiske tilstand, inden barnet er otte måneder, kan være prædiktivt for bemærkninger til motorisk udvikling ved D-besøget. Derfor er der i analyserne fokus på bemærkninger til forældrenes psykiske tilstand ved B- (to- til tremånedersalderen) og C-besøget (fire- til seksmånedersalderen). En bemærkning betyder, at mor eller far 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 åbenlyse problemer negligeres) eller andet.

Moderens og faderens tilstand efter fødslen vurderes både fra deres egen opfattelse, fra familiens opfattelse og ud fra sundhedsplejerskens professionelle bedømmelse.

I populationen er der 23,1 % af børnene, hvor mødre får bemærkning til deres psykiske tilstand ved mindst ét besøg inden ottemånedersalderen. Figur 13 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand inden ottemånedersalderen. Der er forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter bemærkning til mors psykiske tilstand. Af figuren fremgår det, at 13,5 % af børnene, hvor mødre har bemærkning til deres psykiske tilstand inden ottemånedersalderen, har bemærkning til motorik ved otte- til timånedersalderen. Denne andel er 9,6 % blandt børn, hvor moderen ikke har bemærkning til mors psykiske tilstand inden ottemånedersalderen. Den øgede forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, hvis mødre får bemærkninger til deres psykiske tilstand inden ottemånedersalderen, bibeholdes, når der i analyserne tages højde for relevante variable (bilag 2, tabel 6.7).

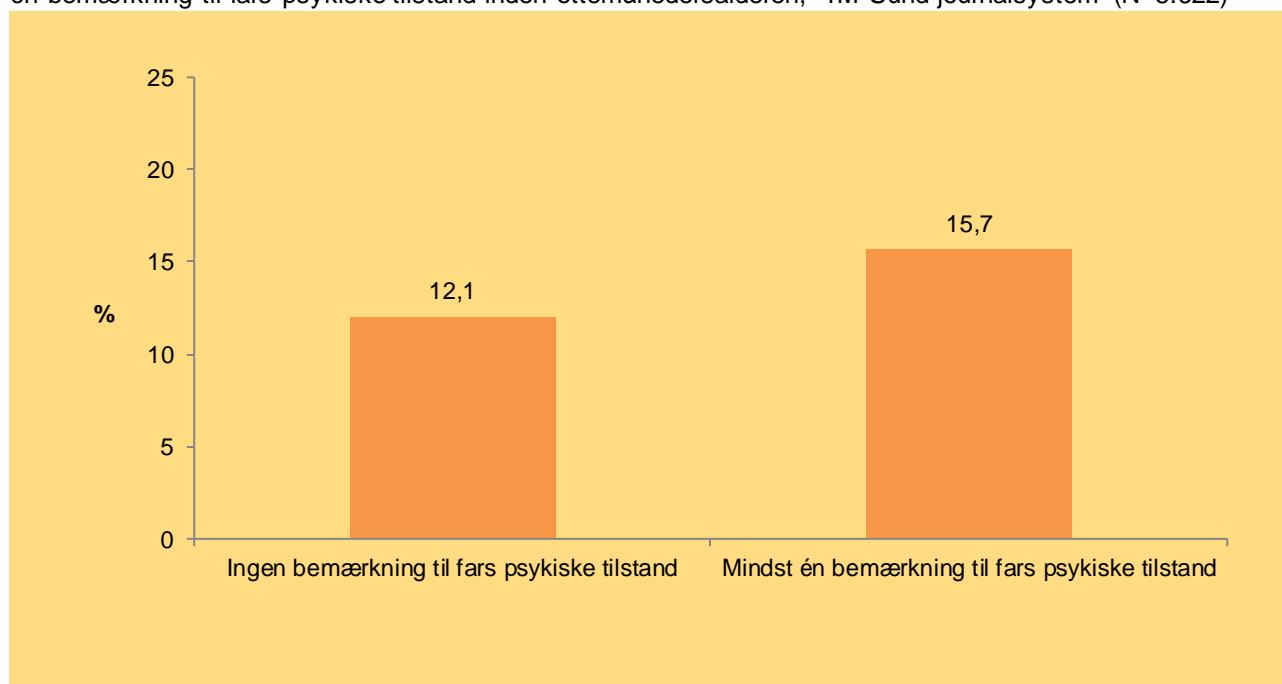
Figur 13. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand inden ottemånedersalderen (N=14.084)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er statistisk signifikant, og dette bibeholdes i analyserne, hvor der tages højde for relevante variable.

I TM-journalsystemet registreres det desuden, hvis der er bemærkning til fars psykiske tilstand ved et af besøgene i barnets første leveår. Igen er det ikke alle fædre, som er til stede ved sundhedsplejebesøgene, og der er derfor en høj missing på denne variabel. Denne variabel er i efteråret 2018 også indsat i NOVAX-journalsystemet og vil indgå i fremtidige rapporter. For 9,2 % af børnene har sundhedsplejersken noteret bemærkning til fars psykiske tilstand ved mindst ét besøg inden ottemånedersalderen. Figur 14 viser andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til fars psykiske tilstand før ottemånedersalderen. Der er ikke statistisk signifikant forskel i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling efter, om der er bemærkning til fars psykiske tilstand.

Figur 14. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til fars psykiske tilstand inden ottemånedersalderen, TM Sund-journalsystem (N=5.622)



Forskellen i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er ikke statistisk signifikant

Opsamling

Afsnittet om efterfødselsreaktioner viser, at der blandt børn, hvor der er bemærkninger til mors psykiske tilstand inden ottemånedersalderen, er en øget forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen.

7 Diskussion

Rapporten har fire hovedfund. Det **første** er, at der er 10,1 % af børnene, der har bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Derudover ses der kommunale forskelle i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. I perioden 2014-2017 har andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen været stabil. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling er stabil fra tomånedersalderen og frem. Selv om tidlige motoriske problemer øger risikoen for, at der også er motoriske problemer senere i første leveår, så har de fleste børn med bemærkning til motorik ved et tidligt besøg ikke bemærkning ved et senere besøg.

Det **andet** hovedfund er, at der er få sociodemografiske faktorer, men væsentligt flere graviditets- og fødselsfaktorer, der er risikofaktorer for at have bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Her nævnes kun de risikofaktorer, som er statistisk signifikante i de kontrollerede analyser, det vil sige i de analyser, der er renset for indflydelse af andre faktorer:

Sociodemografiske faktorer: Der er få sociodemografiske forskelle i hvilke børn, der får bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Der er en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, hvis forældre er 30 år eller ældre, og blandt børn, hvis forældre har grundskolen som højeste uddannelsesniveau.

Faktorer relateret til graviditet og fødsel: Et væsentligt fund i er, at der er flere faktorer relateret til graviditet og fødsel, der er risikofaktorer for at få bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Der er en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der er født før uge 37, med en fødselsvægt, der er mindre end 2.500 gram, der er født ved kejsersnit, der er flerfødte, der ikke er deres mors førstefødte og blandt børn, der er født med misdannelser.

Det **tredje** hovedfund er, at der er flere trivsels- og udviklingsfaktorer, der er risikofaktorer for at få bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Her nævnes kun de risikofaktorer, som er statistisk signifikante i de kontrollerede analyser, det vil sige i de analyser, der er renset for indflydelse af andre faktorer:

Amning, trivsel og udvikling: Der er en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder. Derudover er der en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, som kan betegnes som overvægtige ved seks- til timånedersalderen, samt blandt børn, der har mindst én bemærkning til sprog, søvn og signaler/reaktioner inden ottemånedersalderen.

Det **fjerde** hovedfund er, at der er flere psykosociale faktorer, der er risikofaktorer for at få bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Her nævnes kun de risikofaktorer, som er statistisk signifikante i de kontrollerede analyser, det vil sige i de analyser, der er renset for indflydelse af andre faktorer:

Forældre-barn relationen og efterfødselsreaktioner: Der er en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, som har mindst én bemærkning til forældre-barn relationen ud fra barnets perspektiv inden ottemånedersalderen. Der er en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, hvor der er mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand inden ottemånedersalderen.

Sammenligning med anden forskning

Det første hovedfund viser, at hvert tiende barn ved otte- til timånedersalderen viser tegn på forsinket motorisk udvikling. Det er dog vigtigt at pointere, at det kun er tegn på forsinket motorisk udvikling, og barnet kan inden for de efterfølgende måneder opnå de milepæle, som ikke var alderssvarende ved besøget. I den eksisterende forskning om børns motoriske udvikling i det første leveår anvendes der forskellige skalaer og tests til at vurdere, om børn er motorisk alderssvarende. Vurderingerne kan ligeledes være foretaget på forskellige alderstrin. Derfor kan det være vanskeligt at sammenholde andelen af børn, der ikke er alderssvarende, i det ene studie med et andet, men andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen i denne rapport ligger mellem det danske og norske studie, som har rapporteret andelen af børn med motoriske vanskeligheder i det første leveår (Skovgaard, 2010, Valla et al., 2015).

Sociodemografiske faktorer: Der er ikke enighed i den videnskabelige litteratur vedrørende betydningen af sociodemografiske faktorer, og resultaterne fra rapporten viser, at der er få sociodemografiske faktorer, der er sammenhængende med motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. I de kontrollerede analyser er det kun børn af forældre, der har grundskolen som højeste gennemførte uddannelse, som har en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. I en litteraturgennemgang fremgår det, at flere studier finder en sammenhæng mellem sociodemografiske faktorer og motorisk udvikling, og fælles for studierne er, at lavere socioøkonomisk status er associeret med en større forekomst af forsinket motorisk udvikling (Golding et al., 2014). Nyere forskning finder dog ikke disse sammenhænge (Veldman et al., 2018). I rapporten finder vi en forhøjet forekomst af bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, hvis forældre er 30 år eller ældre. Dette er i overensstemmelse med et tidligere dansk studie, der har fundet, at alderen for opnåelse af motoriske milepæle i det første leveår øges, jo ældre faderen er (Flensborg-Madsen & Mortensen, 2017). De forklarer deres fund med, at yngre fædre kan tænkes at stimulere deres barn mere motorisk end ældre fædre.

Graviditet og fødsel: I rapporten finder vi, at det særligt er graviditets- og fødselsfaktorer, der er risikofaktorer for at få bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Børn, der er for tidligt fødte, samt børn, der vejer mindre end 2.500 gram ved fødslen, har en forhøjet forekomst af bemærkning til motorisk udvikling. Dette fund er ikke overraskende, da børn, der er født for tidligt, og som følge deraf har en lav fødselsvægt, ikke er alderssvarende i deres udvikling. Fundene er i overensstemmelse med foreliggende videnskabelig evidens og etableret viden (Rudolph et al., 2002). Et nyere studie finder, at opnåelse af motoriske milepæle i de første to år af barnets liv i høj grad er afhængigt af gestationsalderen. Studiet finder, at forskellen i den motoriske udvikling mellem for tidligt fødte børn og børn født til tiden fastholdes i længere tid jo lavere gestationsalder. For børn, der har en gestationsalder på mindre end 30 uger, er der stadig forskel i motoriske milepæle ved toårsalderen sammenholdt med børn, der er født til tiden (van Dokkum et al., 2018). Studiet er foretaget blandt børn, der alle har en normal motorisk udvikling ved skolestart, og forskellen mellem for tidligt fødte og børn født til tiden kan dermed udlignes over tid.

I denne rapport finder vi også, at børn, der er født ved kejsersnit eller er flerfødte, har en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Disse fund kan være sammenhængende, da flerfødte ofte fødes ved kejsersnit og har en lavere fødselsvægt. Man kan dog forestille sig, at børn, der er flerfødte, ikke i så høj grad bliver motorisk stimuleret af forældrene som børn, der er enkeltfødte. Dette hænger også sammen med vores fund i forhold til, om barnet er moderens førstefødte eller ej. Vi finder i rapporten, at der er en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der ikke er deres mors førstefødte. Dette er også fundet i et andet dansk studie, og de forklarer deres fund med, at forældrene kan tænkes at have mindre tid til motorisk stimulation, jo flere børn de har (Flensborg-Madsen & Mortensen, 2017).

I rapporten finder vi også, at børn, der er født med misdannelser, har en forhøjet forekomst af bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Dette har vi ikke kunne genfinde i den eksisterende forskningslitteratur, men det er nærliggende at antage, at afhængigt af misdannelsen vil børn, der er født med misdannelser, der påvirker deres bevægelighed, ikke være motorisk alderssvarende.

Amning: I rapporten finder vi en forhøjet forekomst af bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder. I den eksisterende forskning om sammenhænge mellem amning og tidlig motorisk udvikling er der divergerende fund. I et nyere amerikansk kohortestudie af Michels et al. (2017) undersøger de sammenhængen mellem amning og den tidlige motoriske udvikling fra 4 til 24 måneder blandt både for tidligt fødte og børn født til tiden. De finder ingen signifikante sammenhænge mellem amning og motoriske milepæle (Michels et al., 2017). I et dansk studie finder Flensburg-Madsen & Lykke (2017), at amning er en vigtig prædikator for opnåelse af motoriske milepæle såsom at kunne stå og gå i det første leveår (Flensburg-Madsen & Mortensen, 2017). Forskerne bag studiet diskuterer to hypoteser til sammenhængen mellem amning og motorisk udvikling. Den ene hypotese er, at brystmælk indeholder næringsstoffer, som fremmer barnets udvikling, og den anden hypotese er, at den fysiske og psykologiske kontakt mellem mor og barn i amme-situationen påvirker den motoriske udvikling (Flensburg-Madsen & Mortensen, 2017).

Vægtstatus: I rapporten finder vi en forhøjet forekomst af bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, som kan betegnes som overvægtige ved seks- til timånedersalderen. I forhold til vægtstatus kan man argumentere for, at børn, der vejer mere, end de bør, kan blive forhindret i den motoriske udvikling. Men man kan også argumentere for, at forsinket motorisk udvikling kan være en medvirkende årsag til udvikling af overvægt, da barnet er senere til at kravle og gå (Shoaibi et al., 2019). Fundene i de studier, der forefindes for spædbørn, er divergerende (Shoaibi et al., 2019). I et WHO-studie finder forskere, at opnåelsen af seks grovmotoriske milepæle er uafhængige af variationer i den fysiske vækst (WHO, 2006b). Et nyligt studie viser, at spædbørn i alderen 3-12 måneder, der ikke lå over deres alders og kønsstandardiserede vækstkurver havde en højere score på motorisk udvikling sammenholdt med børn, der lå over deres vækstkurver, og dette var særligt tydeligt for drengebørn (Shoaibi et al., 2019).

Trivsel og udvikling: I rapporten finder vi en forhøjet forekomst af bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, der har mindst én bemærkning til sprog, søvn og signaler/reaktioner inden ottemånedersalderen. Barnets motoriske udvikling hænger ofte sammen med barnets øvrige trivsel og udvikling, og det kan være vanskeligt at udtale sig om hvilke faktorer, der kommer først. I vores analyser har det været muligt at undersøge, om bemærkninger til bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen i højere grad forekommer blandt børn, der får bemærkninger til søvn, sprog og signaler/reaktioner inden ottemånedersalderen. Der er ikke meget forskning, der beskæftiger sig med sammenhængen mellem motorisk udvikling og andre udviklingsmæssige forhold. Et nyligt review beskriver kun to studier, der har undersøgt sammenhængen mellem motorik og søvn (Chaput et al., 2017). I disse to studier er der ingen association mellem søvnlængde og grov- og finmotorik blandt børn i alderen 7-14 måneder (Chaput et al., 2017). I en tidligere rapport fra Databasen Børns Sundhed finder vi en sammenhæng mellem bemærkning til sprog i barnets første leveår og bemærkning til motorik i det første leveår, hvor vi finder en forhøjet forekomst af bemærkninger til sprog og kommunikation i det første leveår blandt børn, der får bemærkning til motorisk udvikling i det første leveår (Databasen Børns Sundhed et al., 2017).

Forældre-barn relationen: I rapporten finder vi en forhøjet forekomst af bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, som har mindst én bemærkning til samvær og kontakt inden ottemånedersalderen. Der er i denne variabel fokus på forældre-barn relationen ud fra barnets perspektiv, og den fokuserer på barnets evne til at signalere følelsesmæssige behov samt barnets kontakt og tilknytning til primære omsorgspersoner såsom forældrene. Derimod genfinder vi ikke dette, når der er fokus på forældrenes perspektiv i forældre-barn relationen. Der er ikke megen forskning, der beskæftiger sig med forældre-barn relationen og motorisk udvikling, men i en tidligere rapport fra Databasen Børns Sundhed er der en forhøjet forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling blandt børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen i det første leveår (Databasen Børns Sundhed et al., 2018b). Denne sammenhæng kan skyldes, at den manglende kontakt mellem barn og forældre er et tegn på, at enten forældrene eller barnet er udfordret, og der derfor ikke er fokus på barnets motoriske udvikling.

Efterfødselsreaktion: Vi finder i rapporten, at der er en forhøjet forekomst af bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen blandt børn, hvor der er mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand inden ottemånedersalderen. Der er enkelte vestlige studier, der undersøger, om fødselsdepression påvirker den motoriske udvikling. I et australsk studie findes der ingen forskelle i motorisk udvikling ved 18 måneder, afhængigt af om mødrene havde fødselsdepression, når barnet var seks måneder (Piteo et al., 2012). I et græsk studie findes der forskelle i finmotorisk udvikling ved 18 måneder, afhængigt af om mødrene havde fødselsdepression otte uger efter fødslen (Koutra et al., 2013).

Styrker og svagheder ved data og metode

En styrke ved temarapporten er, at den omfatter et stort og repræsentativt materiale. Der indgår børn fra 33 kommuner fra alle fem regioner og rapporten omfatter 27,2 % af de børn, der blev født i Danmark i 2017. Da næsten alle børn tilses af en sundhedsplejerske i første leveår, er der næsten ingen problemer med bortfald og dertil relateret bias. Det er dog ikke alle børn i databasen, som får besøg i otte- til timånedersalderen, som analyserne til denne rapport er baseret på. For at belyse om det er en særlig gruppe børn, der får besøg ved otte- til timånedersalderen har vi sammenholdt børnene, der ikke får besøget, med børn, der får besøget, efter sociodemografiske variable. Der er en signifikant højere andel af børn, der ikke bor sammen med begge deres forældre, hvis fædre er mellem 20-29 år, hvis forældres højeste uddannelsesniveau er grundskole, hvis forældre ikke er i erhverv, samt børn, hvis forældre begge er indvandrere eller efterkommere, blandt de børn, der ikke får besøg ved otte- til timånedersalderen. Dette kan gøre, at forekomsten af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen eventuelt er underestimeret, da bemærkning til motorisk udvikling er sammenhængende med forældrenes alder og uddannelse. De fundne sammenhænge i rapporten bibeholdes, når vi foretager analyserne for børn, der får bemærkninger til motorisk udvikling inden ottemånedersalderen. Der kan også argumenteres for, at de børn, der modtager besøget i otte- til timånedersalderen, i højere grad er de børn, der tidligere har haft motoriske problemer, og at forekomsten af bemærkninger til motorisk udvikling derfor overestimeres. Analyserne i afsnit 6.1 afslører dog, at det ikke kun er børn, der tidligere har haft bemærkning til motorisk udvikling, der får bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Vi har derfor ikke grund til at tro, at forekomsten af bemærkninger til motorisk udvikling er overestimeret.

Koblingen af journaldata med registre er med til at styrke kvaliteten af data. Koblingen med de sociodemografiske registre betyder, at vi har næsten fuldstændige oplysninger om forældrenes herkomst, uddannelse og arbejdsmarkedstilknudning. Registerkoblingen betyder også, at det har været muligt at kontrollere analyserne for stort set alle vigtige faktorer, hvilket bidrager til validiteten af rapportens fund. Det skal pointeres, at denne kobling sker 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.

En tredje styrke ved datamaterialet er, at data er indsamlet systematisk: Det er sundhedsplejersken og ikke forældrene, der ud fra en standardiseret vejledning og journal vurderer barnets motoriske udvikling. Sundhedsplejerskerne i Databasen Børns Sundhed anvender dog ikke en bestemt skala eller test, men sundhedsplejersken er specialuddannet på børneområdet, og den enkelte sundhedsplejerske ser rigtig mange spædbørn i deres daglige arbejde. Alt dette er, sammen med vejledningen til sundhedsplejerskerne, om hvordan data skal vurderes og registreres, med til at kvalificere deres vurdering af, hvorvidt det enkelte barns motoriske udvikling er alderssvarende. Sundhedsplejerskens vurdering er systematisk og bygger på stor erfaring og må derfor vurderes at være relativt valid sammenlignet med for eksempel selvråportering fra forældre.

Det er et vigtigt skridt for Databasen Børns Sundhed, at det nu er muligt for kommunerne at indsende data via begge de to udbydere af elektroniske journaler til de kommunale sundhedsordninger; NOVAX og TM Sund. Alle de vigtigste kernevariable er belyst i begge journaler, og der arbejdes løbende med at kvalitetssikre og ensrette vejledningerne. I udviklingsarbejdet er der lagt meget stor vægt på, at journalen skal være et brugbart og meningsfuldt redskab for sundhedsplejerskerne. Det er desuden vigtigt, at journalen ikke bliver for omfattende og tidskrævende at anvende.

Kommuneforskelle

I undersøgelsen finder vi meget store kommunale forskelle i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen i de enkelte kommuner. Variationen strækker sig i fra 1,4 % til 27,2 %. En del af denne forskel kan skyldes befolkningssammensætningen i de enkelte kommuner, men det er meget muligt, at flere sundhedsplejersker, som vurderer samme barn, vil komme frem til forskellige konklusioner om barnets motoriske udvikling, ligesom man næsten altid konstaterer interpersonelle variationer i kliniske databaser. En svaghed i datamaterialet er således, at validiteten af sundhedsplejerskernes bemærkninger er ukendt. Databasen Børns Sundhed har i foråret 2019 igangsat en kortlægning af, hvordan motorisk udvikling registreres i de deltagende databasekommuner. Kortlægningen viser, at der på spædbørnsområdet er ganske få kommuner, der anvender en specifik test til vurdering af motorisk udvikling i det første leveår. I vurderingen anvendes de opstillede kriterier i journalsystemerne. Der er forskellig praksis i de forskellige kommuner i forhold til, hvis der er tvivl om, hvorvidt vurderingen af barnets motoriske udvikling er alderssvarende, eller at der skal sættes en bemærkning. I nogle kommuner drøftes det i fælles faglige forum. Hvis spædbarnets motoriske udvikling ikke er alderssvarende, så svarer kommunerne, at der kan aflægges behovsbesøg og derudover henvise til fysioterapeut, ergoterapeut eller egen læge. I nogle af kommunerne har sundhedsplejerskerne desuden mulighed for at henvise til åbent hus med fysioterapeuter, motorikhold og babysvømning. I enkelte kommuner er der desuden mulighed for, at sundhedsplejerskerne kan tage på hjemmebesøg sammen med en fysioterapeut.

Variationen mellem kommunerne skyldes måske, at der er forskellige traditioner for, hvornår man noterer en bemærkning til motorisk udvikling. Et bud på de høje andele i nogle kommuner kan tænkes, ud over forskelle i befolkningssammensætningen, at være påvirket af, hvor meget fokus der er på motorisk udvikling i den enkelte kommune. Vi ved fra vores kortlægning, tidligere rapporter og ikke mindst fra vores diskussioner med de ledende sundhedsplejersker, at jo mere fokus en kommune har på et område, jo højere forekomst af bemærkninger til det givne område er der de efterfølgende år. Nogle kommuner har flere børnefysioterapeuter tilknyttet og dermed større fokus på motorisk udvikling, eller de har måske for nyligt været på kursus i motorisk udvikling. I en sådan situation betyder en høj forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling derfor ikke nødvendigvis, at problemet med motorisk udvikling er større end i andre kommuner, men at der har været fokus på området i kommunen. Ud fra et videnskabeligt perspektiv er det selvfølgelig problematisk, hvis sundhedsplejerskerne i de deltagende kommuner ikke baserer deres vurderinger ud fra de samme standardiserede kriterier. Det er derfor vigtigt at fortsætte arbejdet med at tilpasse journalerne og præcisere vejledningerne, sådan at det så vidt muligt bliver fuldt sammenlignelige informationer, der registreres i alle kommuner.

Rapportens hovedformål er at belyse hvilke faktorer, der øger barnets risiko for at have bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Disse variationer mellem kommunerne har formentlig ingen særlig betydning for analyserne af de faktorer, som er associeret med motorisk udvikling. For at undersøge dette har vi kontrolleret for kommune i analyserne af sammenhænge, og fundene bibeholdes.

Implikationer

Undersøgelsen finder en række risikofaktorer for bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen, men det er vigtigt ikke at overfortolke disse risikofaktorer. Selvom risikoen for at have bemærkning til motorisk udvikling er over to gange større for børn, som er født for tidligt, så er der stadig 9,3 % af børnene, som er født til tiden, der har bemærkning til motorisk udvikling – og det er stadig de fleste for tidligt fødte børn, som ikke har bemærkning. Det er vigtigt at have fokus på den tidlige opsporing af problematikker omkring motorisk udvikling, sådan at man kan forebygge og støtte den motoriske udvikling.

På baggrund af rapporten og kortlægningen af motorikområdet i databasekommunerne anbefales det at gennemgå formuleringer i journalerne og vejledningerne med henblik på behov for justering og præcisering. Begge journalsystemer indfanger milepælene, men for at sikre, at så mange børn som muligt, der kan være i risiko for en forsinket motorisk udvikling, identificeres, er det vigtigt at have opmærksomhed på forebyggelse af forsinket motorisk udvikling. Vi anbefaler derfor, at der nedsættes en arbejdsgruppe for at udarbejde forslag til fælles udformning og metode til identificering af børn, der ikke er motorisk alderssvarende i de to journalsystemer.

Mange af risikofaktorerne handler om forhold, som sundhedsplejersken kan inddrage i sit arbejde; sundhedsplejersken kan prioritere den motoriske udvikling i de typer af familier, hvor en risiko for problemer er størst, for eksempel i familier med forældre med kort uddannelse, familier med for tidligt fødte børn og familier, hvor forældrene har en efterfødselsreaktion. Det er vigtigt, at kommunerne støtter op omkring en sådan prioritering ved at sikre, at der er tilbud til familierne. Behovsbesøg kan være en god løsning for mange familier, men der er også brug for, at sundhedsplejersken har et henvisningstilbud til de familier, hvor der er behov for yderligere hjælp. Den store variation mellem kommunerne tyder på, at motorisk udvikling i første leveår kan anbefales som temaer i den løbende kompetenceudvikling af sundhedsplejerskerne.

Desuden er det vigtigt, at sundhedsplejerskerne vælger de rette indsatser til familier, hvor barnet har en forsinket motorisk udvikling. Ekstra besøg, observation og rådgivning er blandt sundhedsplejerskernes vigtigste værktøjer. En systematisk udveksling af viden og erfaringer mellem sundhedsplejerskerne og fysio- og ergoterapeuter kan bidrage til, at hver eneste sundhedsplejerske får et øget repertoire af handlemuligheder og en større sikkerhed i at skræddersy indsatserne til de familier, der har brug for hjælp. En indsats der centrerer om noget så konkret som et barns motoriske udvikling, kan være noget af det mest enkle for forældre at forholde sig til og forslag til indsats afprøves og beskrives i guidelines for PUF-programmet, som flere af data-base kommunerne er undervist i (Skovgaard & Ammitzbøll, 2018).

Ud over disse implikationer for praksis har undersøgelsen også en række videnskabelige implikationer. En vigtig opgave er at undersøge validiteten og reliabiliteten af sundhedsplejerskernes bemærkninger, for eksempel ved at sammenligne disse bemærkninger med en standardiseret og valideret metode. Det kunne være interessant at udforske, hvornår og hvorfor sundhedsplejerskerne sætter en bemærkning til motorisk udvikling.

Konklusion: Blandt børn født i 2017 har 10,1 % af spædbørnene bemærkning til deres motoriske udvikling ved otte- til timånedersalderen. Det er ikke tilfældigt hvilke børn, der får bemærkning. Der er få sociodemografiske faktorer, der er risikofaktorer for at få bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen, men det er i høj grad forhold relateret til graviditet og fødsel, der er risikofaktorer. Det er særligt blandt børn, der er født før uge 37, børn født med en fødselsvægt, der er mindre end 2.500 gram og flerfødte, der har bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Derudover er der også en øget forekomst af bemærkninger blandt børn, der er født ved kejsersnit, der ikke er deres mors førstefødte og blandt børn med misdannelser. Faktorer relateret til barnets trivsel og udvikling er ligeledes associeret med bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Det er særligt blandt børn, der får bemærkning til deres sprog og kommunikation inden ottemånedersalderen, der får bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Derudover er der også en øget forekomst af bemærkninger blandt børn, der ikke bliver ammet fuldt i mindst fire måneder, børn, der er overvægtige ved seks til timånedersalderen, samt børn med bemærkninger til søvn og signaler/reaktioner. Dertil har børn der får bemærkning til forældre-barn relationen ud fra barnets perspektiv og børn af mødre, der har bemærkning til deres psykiske tilstand en øget forekomst af bemærkninger til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. Rapporten viser, at det er vigtigt med tidlig opsporing og et øget fokus på forsinket motorisk udvikling allerede i barnets første leveår. Der ses derfor et stort behov for at fortsætte og udvikle den indsats, som sundhedsplejersken og andre gør for at afdække forsinket motorisk udvikling. Fremadrettet er det vigtigt at sikre validiteten af sundhedsplejerskernes data og at udvikle ensrettede registreringer og metoder til vurdering af motorisk udvikling i det første leveår.

8 Inspiration til praksis

Rapporten kan på mange måder give inspiration til sundhedsplejens praksis.

- Det er vigtigt, at sundhedsplejen til stadighed har fokus på motorisk udvikling. For det første fordi vi i rapporten finder, at der samlet er 10,1 % af børnene i populationen, der har bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen. For det andet fordi den videnskabelige litteratur understreger vigtigheden af tidlig opsporing af børn med motoriske udfordringer. For det tredje fordi det er sundhedsplejersken, der som den første kan identificere de børn, som har en forsinket motorisk udvikling og iværksætte tiltag og rådgivning, der understøtter den motoriske udvikling.
- Rapporten finder en række risikofaktorer for bemærkning til motorisk udvikling, der kan supplere sundhedsplejerskernes viden og inddrages i deres arbejde. Blandt andet er børn, som er født for tidligt i øget risiko for forsinket motorisk udvikling. Dette er sundhedsplejerskerne allerede opmærksomme på, men det kan give anledning til overvejelser om, hvorvidt denne gruppe skal tilbydes yderligere hjælp.
- Rapporten viser vigtigheden af en systematisk vurdering og intervention i forhold til det lille barns motoriske udvikling. Ekstra besøg, observation og rådgivning er blandt sundhedsplejerskernes vigtigste værktøjer. En systematisk udveksling af viden og erfaringer mellem sundhedsplejerskerne og fysio- og ergoterapeuter kan bidrage til, at hver eneste sundhedsplejerske får et øget repertoire af handlemuligheder og en større sikkerhed i at skræddersy indsatserne til de familier, der har brug for hjælp.
- De to journalsystemer er ikke helt enslydende i beskrivelsen af motorisk udvikling, og der er kommunale forskelle i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling, hvilket kan være et tegn på, at det ikke vurderes ens i alle kommuner. Det er vigtigt, at vurderingen sker ud fra de samme standardiserede kriterier. Det betyder, at arbejdet med at tilpasse journalen og præcisere vejledningerne skal fortsætte, og det anbefales, at der nedsættes en arbejdsgruppe for at ensrette, hvilken metode motorisk udvikling vurderes efter.

Sundhedsplejen opfordres til at drøfte og vurdere behovet for yderligere indsatser og tilbud i egen kommune, samt om samarbejdet med andre relevante tværfaglige grupper skal udvikles yderligere.

9 Referencer

- BAYLEY, N. 1969. *BSID: Birth to Two Years*, New York, Psychological Corporation.
- BENTSEN, B. S. 2010. *Bevægeomsorg: børnemotorik i teori og praksis*, Kbh., Frydenlund.
- BLANK, R., BARNETT, A. L., CAIRNEY, J., GREEN, D., KIRBY, A., POLATAJKO, H., ROSENBLUM, S., SMITS-ENGELSMAN, B., SUGDEN, D., WILSON, P. & VINCON, S. 2019. International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychosocial aspects of developmental coordination disorder. *Dev Med Child Neurol*, 61, 242-285.
- BOLK, J., FAROOQI, A., HAFSTRÖM, M., ADEN, U. & SERENIUS, F. 2018. Developmental Coordination Disorder and Its Association With Developmental Comorbidities at 6.5 Years in Apparently Healthy Children Born Extremely Preterm. *JAMA Pediatr*, 172, 765-774.
- BROWN, A. K. & JONSBO, F. 2016. *Ages and Stages Questionnaire III, Dansk udgave*, Copenhagen, Danish Psychological Publishing.
- CARAVALE, B., HERICH, L., ZOIA, S., CAPONE, L., VOLLER, F., CARROZZI, M., CHIANDOTTO, V., BALOTTIN, U., LACCHEI, M., CROCI, I. & CUTTINI, M. 2019. Risk of Developmental Coordination Disorder in Italian very preterm children at school age compared to general population controls. *Eur J Paediatr Neurol*.
- CHAPUT, J. P., GRAY, C. E., POITRAS, V. J., CARSON, V., GRUBER, R., BIRKEN, C. S., MACLEAN, J. E., AUBERT, S., SAMPSON, M. & TREMBLAY, M. S. 2017. Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC Public Health*, 17, 855.
- CHOI, B., LEECH, K. A., TAGER-FLUSBERG, H. & NELSON, C. A. 2018. Development of fine motor skills is associated with expressive language outcomes in infants at high and low risk for autism spectrum disorder. *J Neurodev Disord*, 10, 14.
- DANMARKS STATISTIKBANK 2019. FODIE: Levendefødte efter kommune, moders herkomst, moders oprindelsesland, moders statsborgerskab, moders alder og barnets køn. Link: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1920>.
- DATABASEN BØRNS SUNDHED 2018. Vejledning til den kvalitetssikrede sundhedsplejerskejournale. Link: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger.
- DATABASEN BØRNS SUNDHED, JOHANSEN, A., PANT, S. W. & HOLSTEIN, B. E. 2018a. Forældre-barn relationen. Temarapport og årsrapport, skoleåret 2016/17. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- DATABASEN BØRNS SUNDHED, PANT, S. W. & 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, SDU.
- DATABASEN BØRNS SUNDHED, PEDERSEN, T. P., PANT, S. W., HOLSTEIN, B. E., AMMITZBØLL, J. & DUE, P. 2018b. Sundhedsplejerskers bemærkninger til forældre-barn relationen i barnets første leveår. Børn født i 2016. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- DE ONIS, M., ONYANGO, A., BORGHI, E., SIYAM, A., BLOSSNER, M. & LUTTER, C. 2012. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. *Public Health Nutr*, 15, 1603-10.
- EDWARDS, J., BERUBE, M., ERLANDSON, K., HAUG, S., JOHNSTONE, H., MEAGHER, M., SARKODEE-ADOO, S. & ZWICKER, J. G. 2011. Developmental coordination disorder in school-aged children born very preterm and/or at very low birth weight: a systematic review. *J Dev Behav Pediatr*, 32, 678-87.
- ELBERLING, H., LINNEBERG, A., OLSEN, E. M., HOUMANN, T., RASK, C. U., GOODMAN, R. & SKOVGAARD, A. M. 2014. Infancy predictors of hyperkinetic and pervasive developmental disorders at ages 5-7 years: results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000. *J Child Psychol Psychiatry*, 55, 1328-35.
- ERTEM, I. O., KRISHNAMURTHY, V., MULAUDZI, M. C., SGUASSERO, Y., BALTA, H., GULUMSER, O., BILIK, B., SRINIVASAN, R., JOHNSON, B., GAN, G., CALVOCORESSI, L., SHABANOVA, V. & FORSYTH, B. W. C. 2018. Similarities and differences in child development from birth to age 3 years by sex and across four countries: a cross-sectional, observational study. *Lancet Glob Health*, 6, e279-e291.
- FAEBO LARSEN, R., HVALMORTENSEN, L., MARTINUSSEN, T. & NYBO ANDERSEN, A. M. 2013. Determinants of developmental coordination disorder in 7-year-old children: a study of children in the Danish National Birth Cohort. *Dev Med Child Neurol*, 55, 1016-22.
- FLENSBORG-MADSEN, T. & MORTENSEN, E. L. 2017. Predictors of motor developmental milestones during the first year of life. *Eur J Pediatr*, 176, 109-119.
- GOLDING, J., EMMETT, P., ILES-CAVEN, Y., STEER, C. & LINGAM, R. 2014. A review of environmental contributions to childhood motor skills. *J Child Neurol*, 29, 1531-47.
- HAVMØLLER, S. R., THOMSEN, P. H. & LEMCKE, S. 2018. The early motor development in children diagnosed with ADHD: a systematic review. *Atten Defic Hyperact Disord*.

- HEMMLI, M. H., 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.
- HOLLE, B. 1977. *Motorisk-perceptuel udvikling 0-7 år : tværfagligt behandlingsgrundlag standardiseret på 1206 normale børn*, Kbh., Munksgaard.
- HUGHES, A. J., REDSELL, S. A. & GLAZEBROOK, C. 2016. Motor Development Interventions for Preterm Infants: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*, 138.
- IVERSON, J. M. 2010. Developing language in a developing body: the relationship between motor development and language development. *J Child Lang*, 37, 229-61.
- KAISER, M. L., SCHOEMAKER, M. M., ALBARET, J. M. & GEUZE, R. H. 2015. What is the evidence of impaired motor skills and motor control among children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Systematic review of the literature. *Res Dev Disabil*, 36c, 338-357.
- KINGSTON, D., TOUGH, S. & WHITFIELD, H. 2012. Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev*, 43, 683-714.
- KJØLBYE, C. B., DRIVSHOLM, T. B., ERTMANN, R. K., LYKKE, K. & RASMUSSEN, R. K. 2018. Motor function tests for 0-2-year-old children - a systematic review. *Dan Med J*, 65.
- KOUTRA, K., CHATZI, L., BAGKERIS, M., VASSILAKI, M., BITSIOS, P. & KOGEVINAS, M. 2013. Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48, 1335-45.
- KWONG, A. K. L., FITZGERALD, T. L., DOYLE, L. W., CHEONG, J. L. Y. & SPITTLE, A. J. 2018. Predictive validity of spontaneous early infant movement for later cerebral palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*, 60, 480-489.
- KØBENHAVNS PROFESSIONSHØJSKOLE & VIA UNIVERSITY COLLEGE 2017. Uddannelsesordning for Specialuddannelsen til sundhedsplejerske.
- LEBARTON, E. S. & LANDA, R. J. 2018. Infant motor skill predicts later expressive language and autism spectrum disorder diagnosis. *Infant Behav Dev*, 54, 37-47.
- LEMCKE, S., PARNER, E. T., BJERRUM, M., THOMSEN, P. H. & LAURITSEN, M. B. 2016. Early development in children that are later diagnosed with disorders of attention and activity: a longitudinal study in the Danish National Birth Cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25, 1055-66.
- LIBERTUS, K. & LANDA, R. J. 2013. The Early Motor Questionnaire (EMQ): a parental report measure of early motor development. *Infant Behav Dev*, 36, 833-42.
- LICHTENBERG, A. 2003. Database som grundlag for vidensudvikling – data fra sundhedsplejerskernes daglige virksomhed. In: LORENSEN, M. & ØSTERGAARD-NIELSEN, G. (eds.) *Forskning i klinisk sygepleje 2. Metoder og vidensudvikling*. København: Akademisk forlag.
- MARKS, K. P., MADSEN SJÖ, N. & WILSON, P. 2018. Comparative use of the Ages and Stages Questionnaires in the USA and Scandinavia: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*.
- MENDONCA, B., SARGENT, B. & FETTERS, L. 2016. Cross-cultural validity of standardized motor development screening and assessment tools: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*, 58, 1213-1222.
- MICHELS, K. A., GHASSABIAN, A., MUMFORD, S. L., SUNDARAM, R., BELL, E. M., BELLO, S. C. & YEUNG, E. H. 2017. Breastfeeding and motor development in term and preterm infants in a longitudinal US cohort. *Am J Clin Nutr*, 106, 1456-1462.
- NOVAK, I., MORGAN, C., ADDE, L., BLACKMAN, J., BOYD, R. N., BRUNSTROM-HERNANDEZ, J., CIONI, G., DAMIANO, D., DARRAH, J., ELIASSON, A. C., DE VRIES, L. S., EINSPIELER, C., FAHEY, M., FEHLINGS, D., FERRIERO, D. M., FETTERS, L., FIORI, S., FORSSBERG, H., GORDON, A. M., GREAVES, S., GUZZETTA, A., HADDERS-ALGRA, M., HARBOURNE, R., KAKOOZA-MVESIGE, A., KARLSSON, P., KRUMLINDE-SUNDHOLM, L., LATAL, B., LOUGHRAN-FOWLDS, A., MAITRE, N., MCINTYRE, S., NORITZ, G., PENNINGTON, L., ROMEO, D. M., SHEPHERD, R., SPITTLE, A. J., THORNTON, M., VALENTINE, J., WALKER, K., WHITE, R. & BADAWI, N. 2017. Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA Pediatr*, 171, 897-907.
- NOVAX 2017. Obligatoriske registreringer i Novax journalen med henblik på deltagelse i Databasen Børns Sundhed. Link: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger.
- PIEK, J. P. 2006. *Infant motor development*, Champaign, IL, Human Kinetics.
- PIPER, M. C. & DARRAH, J. 1994. *Motor assessment of the developing infant*, Philadelphia, Pa, W.B. Saunders.
- PITEO, A. M., YELLAND, L. N. & MAKRIDES, M. 2012. Does maternal depression predict developmental outcome in 18 month old infants? *Early Hum Dev*, 88, 651-5.
- RIETHMULLER, A. M., JONES, R. & OKELY, A. D. 2009. Efficacy of interventions to improve motor development in young children: a systematic review. *Pediatrics*, 124, e782-92.
- RUDOLPH, A. M., KAMEI, R. K. & OVERBY, K. J. 2002. *Rudolph's Fundamentals of pediatrics*, New York, McGraw-Hill.
- SACREY, L. A., GERMANI, T., BRYSON, S. E. & ZWAIGENBAUM, L. 2014. Reaching and grasping in autism spectrum disorder: a review of recent literature. *Front Neurol*, 5, 6.

- SACREY, L. R., ZWAIGENBAUM, L., BRYSON, S., BRIAN, J. & SMITH, I. M. 2018. The reach-to-grasp movement in infants later diagnosed with autism spectrum disorder: a high-risk sibling cohort study. *J Neurodev Disord*, 10, 41.
- SCHIØTZ, P. O. & SKOVBY, F. 2006. *Praktisk pædiatri*, Kbh., Munksgaard Danmark.
- SHOAIBI, A., NEELON, B., ØSTBYE, T. & BENJAMIN-NEELON, S. E. 2019. Longitudinal associations of gross motor development, motor milestone achievement and weight-for-length z score in a racially diverse cohort of US infants. *BMJ Open*, 9, e024440.
- SHUMWAY-COOK, A. & WOOLLACOOT, M. H. 2012. *Motor control : translating research into clinical practice*, Philadelphia, Wolters Kluwer.
- SJÖBERG, C. B., JOHANSEN, A., RASMUSSEN, M. & DUE, P. 2017. Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014 Kbh.: Statens Institut for Folkesundhed.
- SJÖBERG, C. B., SVENDSEN, M. & HOLSTEIN, B. E. 2011. Motoriske vanskeligheder - Sundhedsplejerskernes undersøgelser af motorik ved indskolingen. Statens Institut for Folkesundhed: Databasen Børns Sundhed & Statens Institut for Folkesundhed.
- SKOVGAARD, A. M. 2010. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Dan Med Bull*, 57, B4193.
- SKOVGAARD, A. M. 2012. Spiseproblemer og spiseforstyrrelser hos små børn. *Månedsskrift for almen praksis*, 90, 1013-21.
- SKOVGAARD, A. M. & AMMITZBØLL, J. 2018. PUF 2018 Guidelines - vejledning til undersøgelse, tilbagemelding og indsats. Statens Institut for Folkesundhed.
- SMITH-NIELSEN, J., MATTHEY, S., LANGE, T. & VÆVER, M. S. 2018. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry*, 18, 393.
- STEGGER, H. & HARBOE, H. 2013. *Pædiatrisk fysioterapi*, Kbh., Munksgaard.
- SUNDHEDSSTYRELSEN 2011. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen.
- SUNDHEDSSTYRELSEN 2016. Motorik, fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos 0-6-årige børn. København: Sundhedsstyrelsen.
- SUNDHEDSSTYRELSEN 2018. Amning – en håndbog for sundhedspersonale. 4. udgave, 1. oplag. ed. København: Sundhedsstyrelsen.
- THOMSEN, P. H. & SKOVGAARD, A. M. 2012. *Børne- og ungdomspsykiatri. en lærebog om børn og unges psykiske sygdomme*, København, FADL's Forlag.
- VALLA, L., WENTZEL-LARSEN, T., HOFLOSS, D. & SLINNING, K. 2015. Prevalence of suspected developmental delays in early infancy: results from a regional population-based longitudinal study. *BMC Pediatr*, 15, 215.
- VANDOKKUM, N. H., DE KROON, M. L. A., BOS, A. F., REJNEVELD, S. A. & KERSTJENS, J. M. 2018. Attainment of gross motor milestones by preterm children with normal development upon school entry. *Early Hum Dev*, 119, 62-67.
- VELDMAN, S. L., JONES, R. A. & OKELY, A. D. 2016. Efficacy of gross motor skill interventions in young children: an updated systematic review. *BMJ Open Sport Exerc Med*, 2, e000067.
- VELDMAN, S. L. C., JONES, R. A., SANTOS, R., SOUSA-SA, E. & OKELY, A. D. 2018. Gross motor skills in toddlers: Prevalence and socio-demographic differences. *J Sci Med Sport*, 21, 1226-1231.
- WHO 2006a. Assessment of sex differences and heterogeneity in motor milestone attainment among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatr Suppl*, 450, 66-75.
- WHO 2006b. Relationship between physical growth and motor development in the WHO Child Growth Standards. *Acta Paediatr Suppl*, 450, 96-101.
- WICK, K., LEEGER-ASCHMANN, C. S., MONN, N. D., RADTKE, T., OTT, L. V., REBHOLZ, C. E., CRUZ, S., GERBER, N., SCHMUTZ, E. A., PUDER, J. J., MUNSCH, S., KAKEBEEKE, T. H., JENNI, O. G., GRANACHER, U. & KRIEMLER, S. 2017. Interventions to Promote Fundamental Movement Skills in Childcare and Kindergarten: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*, 47, 2045-2068.
- WOLKE D, S. G., SCHREIR 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: 226-38.
- ØSTERGAARD, H. 2008. *Motorisk usikre børn*, Kbh., Munksgaard Danmark.

Bilag 1: Variabeloversigt

Tabel 11. Variabeloversigt		
Variabel	Data stammer fra	Kategorier
Kommune	Kommune der har indsendt data	Kommune
Sociodemografiske faktorer		
Barnets køn	Udregnet via cpr. nr.	Dreng Pige
Familietype	Hentet via familieregisteret	Bor med begge forældre Bor ikke med begge forældre
Mors alder ved fødslen	Udregnet via cpr. nr.	<20 år 20-29 år 30-39 år 40 år eller ældre
Fars alder ved fødslen	Udregnet via cpr. nr.	<20 år 20-29 år 30-39 år 40 år eller ældre
Forældrenes herkomst	Hentet via indvandringregisteret (IEPE)	Begge forældre dansk herkomst En forælder dansk herkomst og én forælder indvandrer eller efterkommer Begge forældre indvandrere eller efterkommere
Mors herkomst	Hentet via indvandringregisteret (IEPE)	Dansk herkomst Indvandrer Efterkommer
Fars herkomst	Hentet via indvandringregisteret (IEPE)	Dansk herkomst Indvandrer Efterkommer
Forældrenes højeste gennemførte uddannelsesniveau	Hentet via uddannelsesregisteret (UDDA)	Lang videregående uddannelse Kort eller mellemlang videregående uddannelse Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse Erhvervsfaglig uddannelse Grundskole
Mors højeste gennemførte uddannelsesniveau	Hentet via uddannelsesregisteret (UDDA)	Lang videregående uddannelse Kort eller mellemlang videregående uddannelse Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse Erhvervsfaglig uddannelse Grundskole
Fars højeste gennemførte uddannelsesniveau	Hentet via uddannelsesregisteret (UDDA)	Lang videregående uddannelse Kort eller mellemlang videregående uddannelse Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse Erhvervsfaglig uddannelse Grundskole
Forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet	Hentet via indkomstregisteret (INDH)	Begge forældre i erhverv En forælder i erhverv, én ikke i erhverv Begge forældre ikke i erhverv
Mors tilknytning til arbejdsmarkedet	Hentet via indkomstregisteret (INDH)	I erhverv Ikke i erhverv
Fars tilknytning til arbejdsmarkedet	Hentet via indkomstregisteret (INDH)	I erhverv Ikke i erhverv
Faktorer relateret til fødslen		
Gestationsalder	Hentet via medicinsk fødselsregisteret	Født uge 37 eller senere Født før uge 37
Fødselsvægt	Hentet via medicinsk fødselsregisteret	<2.500 gram 2.500-3.999 gram >3.999 gram
Flerfødt	Hentet via medicinsk fødselsregisteret	Enkeltfødt Flerfødt
Kejsersnit	Hentet via medicinsk fødselsregisteret	Ja Nej
Mors paritet	Hentet via medicinsk fødselsregisteret	Førstegangsfødende Flergangsfødende

Apgarscore femmin. efter fødslen	Hentet via medicinsk fødselsregisteret	<9 9 eller 10
Mædfødte misdannelser	Hentet via medicinsk fødselsregisteret	Ja Nej
Amning		
Fuld amning	Er registreret i begge journaler	< 4 måneder 4 måneder eller mere
Faktorer relateret til barnets trivsel og udvikling		
Vægt ud fra WHO's definition af vægtstatus	Er registreret i begge journaler	Undervægtige Normalvægtige I risiko for overvægt Overvægtige/svært overvægtige
Bemærkning til søvn	Er registreret i begge journaler ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til sprog og kommunikation	Er registreret i begge journaler ved B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
TM-data		
Bemærkning til uro/gråd	Er registreret i TM Sund-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til barnets signaler og reaktioner	Er registreret i TM Sund-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til barnets ernæring og spisning	Er registreret i TM Sund-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Forældre-barn relationen		
Bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i TM Sund	Er registreret i TM Sund-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til samvær og kontakt i NOVAX	Er registreret i NOVAX-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget	Bemærkning Ingen bemærkning
Faktorer relateret til efterfødselsreaktioner		
Edinburgh-skalaen mor	Er registreret i begge journaler	<11 point 11 point eller mere
Bemærkning til mors psykiske tilstand i første leveår	Er registreret i begge journaler	Bemærkning Ingen bemærkning
Bemærkning til fars psykiske tilstand i første leveår	Er registreret i TM-journalen	Bemærkning Ingen bemærkning

Bilag 2: Logistiske regressionsanalyser

6.2 Sociodemografiske faktorer

Tabel 6.2. OR (99 % CI) for at have bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter sociodemografiske faktorer

	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR (99 % CI)
Mors alder ved fødslen		
<20 år	1,15 (0,55-2,40)	0,94 (0,42-2,10)
20-29 år	1 (reference)	1 (reference) ^a
30-39 år	1,17 (1,02-1,35)	1,24 (1,06-2,44)
>39 år	1,50 (1,08-2,08)	1,55 (1,10-2,19)
Fars alder ved fødslen		
<20 år	2,85 (0,86-9,40)	2,82 (0,85-9,29)
20-29 år	1 (reference)	1 (reference) ^b
30-39 år	1,19 (1,02-1,39)	1,17 (1,00-1,37)
>39 år	1,42 (1,14-1,77)	1,39 (1,11-1,74)
Forældrenes uddannelse		
Lang videregående uddannelse	1 (reference)	1 (reference) ^c
Kort eller mellemlang videregående uddannelse	1,10 (0,92-1,31)	1,14 (0,95-1,36)
Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse	0,96 (0,73-1,25)	1,01 (0,75-1,35)
Erhvervsfaglig uddannelse	1,15 (0,95-1,39)	1,20 (0,98-1,47)
Grundskole	1,38 (1,06-1,80)	1,43 (1,02-2,01)
Forældrenes erhvervstilknytning		
Begge forældre i erhverv eller under uddannelse	1 (reference)	1 (reference) ^d
Begge forældre uden erhverv	1,48 (1,06-2,08)	1,36 (0,89-2,09)
En forælder i erhverv eller under uddannelse, én uden erhverv	0,93 (0,77-1,13)	0,93 (0,76-1,15)

^aJusteret for relevante variable: mors uddannelsesniveau

^bJusteret for relevante variable: fars herkomst

^cJusteret for relevante variable: mors alder ved fødsel, fars alder ved fødsel

^dJusteret for relevante variable: mors alder ved fødsel, fars alder ved fødsel, forældrenes uddannelse

6.3 Faktorer relateret til graviditet og fødsel

Tabel 6.3. OR (99 % CI) for at have bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter forhold relateret til graviditet og fødsel

	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR (99 % CI)
Gestationsalder		
Født uge 37 eller senere	1 (reference)	1 (reference) ^a
Født før uge 37	2,95 (2,39-3,65)	2,69 (2,15-3,37)
Fødselsvægt		
Under 2.500 gram	3,54 (2,66-4,72)	1,88 (1,26-2,79)
2.500-3.999 gram	1,22 (1,00-1,49)	1,17 (0,95-1,45)
4.000 gram eller mere	1 (reference)	1 (reference) ^b
Kejsersnit		
Nej	1 (reference)	1 (reference) ^c
Ja	1,53 (1,31-1,78)	1,31 (1,10-1,56)
Apgarscore		
9 eller 10	1 (reference)	1 (reference) ^d
Under 9	1,48 (1,03-2,13)	1,14 (0,78-1,66)
Flerfødt		
Enkeltfødt	1 (reference)	1 (reference) ^e
Flerfødt	2,18 (1,63-2,91)	2,09 (1,46-2,76)
Paritet		
Førstefødte	1 (reference)	1 (reference) ^e
Ikke førstefødte	1,25 (1,10-1,43)	1,20 (1,03-1,39)
Medfødte misdannelser		
Nej	1 (reference)	^f
Ja	1,59 (1,28-1,97)	

^aJusteret for relevante variable: mors alder, flerfødt og medfødte misdannelser

^bJusteret for relevante variable: gestationsalder, flerfødt, medfødte misdannelser, mors alder ved fødsel og mors uddannelse

^cJusteret for relevante variable: gestationsalder, flerfødt, fødselsvægt, medfødte misdannelser, mors alder ved fødsel og mors uddannelse

^dJusteret for relevante variable: gestationsalder, flerfødt, fødselsvægt, medfødte misdannelser og kejsersnit

^eJusteret for relevante variable: mors alder ved fødsel og mors uddannelse

^fDer er ikke foretaget justerede analyser, da ingen sociodemografiske faktorer er associeret med medfødte misdannelser og alle fødselsfaktorerne kan betragtes som medierende faktorer mellem medfødte misdannelser og motorisk udvikling

6.4. Amning

Tabel 6.4. OR (99 % CI) for at få bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter om barnet ammes fuldt ved fire måneder

	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR (99 % CI)
Amning		
Ammes fuldt i mindst fire måneder	1 (reference)	1 (reference) ^a
Ammes ikke fuldt i fire måneder	1,38 (1,19-1,59)	1,20 (1,02-1,42)

^aJusteret for relevante variable: mors alder, fars alder, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, kejsersnit, flerfødt, medfødte misdannelser

6.5 Barnets trivsel og udvikling

Tabel 6.5. OR (99 % CI) for at få bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter barnets trivsel og udvikling

	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR (99 % CI)
Vægtstatus ved seks- til timånedersalderen		
Undervægtig	1,60 (1,06-2,43)	1,35 (0,82-2,21)
Normalvægtig	1 (reference)	1 (reference) ^a
I risiko for overvægt	1,07 (0,89-1,27)	1,13 (0,93-1,37)
Overvægtig/svært overvægtig	1,30 (0,97-1,74)	1,43 (1,04-1,98)
Mindst én bemærkning til sprog og kommunikation ved B- og/eller C-besøget		
Nej	1 (reference)	1 (reference) ^b
Ja	3,44 (2,72-4,36)	2,50 (1,87-3,35)
Mindst én bemærkning til søvn ved A-, B- og/eller C-besøget		
Nej	1 (reference)	1 (reference) ^c
Ja	1,68 (1,36-2,07)	1,55 (1,22-1,97)
TM Sund-data		
Mindst én bemærkning til signaler og reaktioner ved A-, B- og/eller C-besøget		
Nej	1 (reference)	1 (reference) ^d
Ja	1,55 (1,27-1,89)	1,46 (1,18-1,82)
Mindst én bemærkning til ernæring/spisning ved A-, B- og/eller C-besøget		
Nej	1 (reference)	1 (reference) ^e
Ja	1,24 (1,05-1,47)	1,10 (0,91-1,33)

^aJusteret for relevante variable: flerfødt, fødselsvægt, medfødte misdannelser, fuld amning ved fire måneder og forældrenes uddannelse.

^bJusteret for relevante variable: mors alder, fars alder, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, fødselsvægt og gestationsalder, kejsersnit, flerfødt og medfødte misdannelser.

^cJusteret for relevante variable: mors alder, fars alder, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, fødselsvægt og gestationsalder.

^dJusteret for relevante variable: forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, mors paritet.

^eJusteret for relevante variable: mors alder, fars alder, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, fødselsvægt og gestationsalder, kejsersnit, flerfødt, medfødte misdannelser og mors paritet.

6.6 Forældre-barn relation

Tabel 6.6. OR (99 % CI) for bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter mindst én bemærkning til forældre-barn relationen indtil otte-månedersalderen

	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR (99 % CI)
TM Sund-data		
Bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil		
Nej	1 (reference)	1 (reference) ^a
Ja	1,62 (1,25-2,09)	1,31 (0,95-1,79)
NOVAX-data		
Bemærkning til samvær og kontakt		
Nej	1 (reference)	1 (reference) ^b
Ja	5,13 (3,49-7,54)	2,86 (1,71-4,78)

^aJusteret for relevante variable: mors alder, fars alder, familiens uddannelse, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, flerfødt, fødselsvægt, kejsersnit, mors paritet og medfødte misdannelser

^bJusteret for relevante variable: mors alder, fars alder, familiens uddannelse, familiens erhvervstilknytning, gestationsalder, flerfødt, fødselsvægt, kejsersnit, og medfødte misdannelser

6.7 Efterfødselsreaktioner

Tabel 6.7. OR (99 % CI) for bemærkning til motorisk udvikling ved otte- til timånedersalderen efter forældrenes efterfødselsreaktioner

	Ujusteret OR (99 % CI)	Justeret OR (99 % CI)
Mindst én bemærkning til mors psykiske tilstand		
Nej	1 (reference)	1 (reference) ^a
Ja	1,47 (1,26-1,72)	1,41 (1,19-1,67)

^aJusteret for relevante variable: mors alder, mors uddannelsesniveau, gestationsalder, fødselsvægt, kejsersnit, medfødte misdannelser og mors paritet