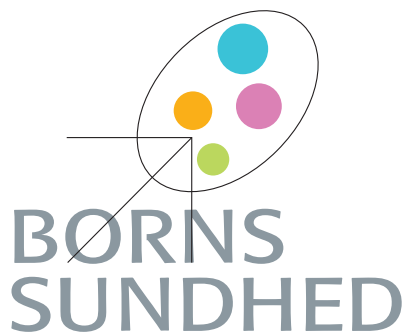




BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed

Xxxxx Kommune

Kommunal temarapport -
Forældre-barn relationen
Sundhedsprofil for børn født i 2016 fra
Databasen Børns Sundhed

Sofie Weber Pant og
Trine Pagh Pedersen

Børn født
i 2016



Xxxxxx Kommune

Kommunal temarapport - Forældre-barn relationen Sundhedsprofil for børn født i 2016 fra Databasen Børns Sundhed

© Statens Institut for Folkesundhed, august 2018

Statens Institut for Folkesundhed

Stuadiestræde 6

1455 København K

www.sdu.dk/sif

Udarbejdet for bestyrelsen for Databasen

Børns Sundhed af: Sofie Weber Pant & Trine

Pagh Pedersen

Fotoleverandør: Modelbilleder fra Colourbox

Publikationen kan downloades fra internet-

adressen www.sdu.dk/sif

Bestyrelsen:

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

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP,
IBCLC, Sundhedsstyrelsen

Bjørn E. Holstein, professor emeritus,

Statens Institut for Folkesundhed

Helle Erstling Rasmussen,

ledende sundhedsplejerske, MPG,

Roskilde Kommune

Karen Marie Olesen, systemansvarlig og

sundhedsplejerske, MPH, Aarhus Kommune

Lars Bender, overlæge,

Aalborg Universitetshospital

Lene Møller, ledende sundhedsplejerske, MSP,

Rødovre Kommune

Lene Schack-Nielsen, specialkonsulent,

Region Hovedstaden

Lotte Finseth, sundhedsplejerske,

Gladsaxe Kommune

Pernille Buhelt, ledende sundhedsplejerske,

Brønderslev Kommune

Pernille Due, forskningsleder, professor, dr.med.,

Statens Institut for Folkesundhed

Pernille Fabricius, leder af Sundhedstjenesten,

Lyngby-Taarbæk Kommune

Pia Rønnenkamp, fagchef i sundhedsplejen,

MPG, Brøndby Kommune

Tine Juhl, centerchef for Center for Familie og

Forebyggelse, Glostrup Kommune

Tove Kepp, praktiserende læge

Ulla Dupont, ledende sundhedsplejerske,

Vejle Kommune

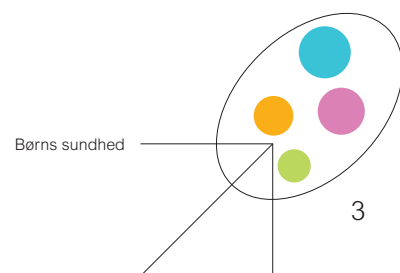
Ulla Nordtorp, ledende sundhedsplejerske,

Aalborg Kommune

Indholdsfortegnelse



Forord	side 4	Sundhedsprofil for børn født i 2016 fra Databasen Børns Sundhed	
Introduktion	6	1. Introduktion	20
		2. Resultater	23
Forældre-barn relationen i Xxxxx Kommune		3. Opsamling	69
1. Introduktion	7	4. Manglende registreringer	70
2. Resultater	12	Sundhedsprofil for børn født i 2016 i Xxxxx Kommune	71
3. Diskussion	17		
4. Konklusion	19	Referencer	74



Forord

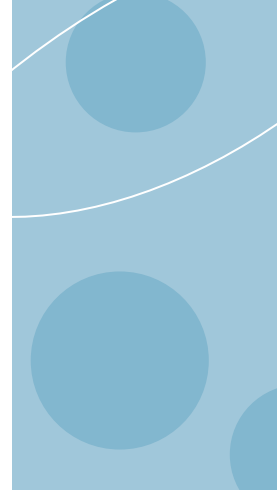


Denne rapport fra Databasen Børns Sundhed indeholder én kommunedel for børn født i 2016 i Xxxxx Kommune og én sundheds-profil for alle børn født i 2016 i de 34 kommuner, der har indsendt data til Databasen Børns Sundhed.

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

hver kommune om kommunens egne børn. Med en øget interesse i forældre-barn relationen har sundhedsplejersker i Databasen Børns Sundhed valgt, at denne kommunedel skal fokusere på forældre-barn relationen i første leveår.

Den tidlige relation mellem børn og forældre er en af de vigtigste udviklingsmæssige milepæle i spæd- og småbørnsalderen. Det skyldes, at det er på baggrund af de erfaringer som barnet får fra det tidlige samspil med de primære omsorgspersoner, at barnet vil udvikle en opfattelse af sig selv, sine omsorgspersoner, og hvad det kan forvente af sig selv og andre. Et problematisk



forældre-barn samspil kan i værste tilfælde påvirke barnets udvikling i en sådan grad, at barnet får kognitive og følelsesmæssige problemer såvel som adfærds- og relationsproblemer. Vigtigheden af dette fokus tydeliggøres desuden i de nyeste forebyggelsespakker fra Sundhedsstyrelsen, hvor den tidlige forældre-barn relation også er nævnt som en vigtig faktor for børns sundhed. Rapporten følger op på den seneste rapport fra Databasen Børns Sundhed, der omhandlede forældre-barn relationen blandt indskolings- og udskolingsbørn, og databasen kan dermed give fyldestgørende viden om forældre-barn relationen fra fødsel til udskoling.

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 problematiske forældre-barn forhold samt vejlede nybagte forældre i, hvordan de skaber en tæt relation til deres barn.

Den kommunespecifikke del omhandlende forældre-barn relationen er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om xxx børn født i 2016 i Xxxxx Kommune. Sundhedsprofilen om børn født i 2016 fra Databasen Børns Sundhed indeholder data om 23.480 børn født i 2016 i de 34 kommuner, der indgår i databasen.

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

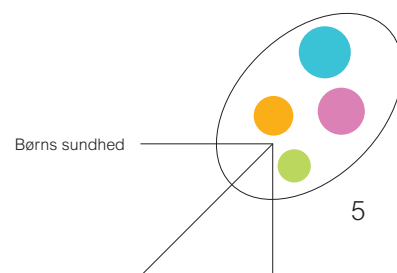
kommunerne er ansvarlige for indsamlingen af data. Det er de ledende sundhedsplejersker, der bestemmer temaerne for de årlige rapporter.

Rapporten er udarbejdet af videnskabelig assistent Sofie Weber Pant og projektleder Trine Pagh Pedersen. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen. Konsulent og sundhedsplejerske Lisbeth Wilms har bistået med sundhedsfaglig gennemlæsning, rådgivning, layout og opsætning 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 flere kommuner til at tilslutte sig databasen.

Lene Møller
Ledende sundhedsplejerske, MSP
Formand for Databasen Børns Sundhed

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



Introduktion

Som noget nyt i år er der lavet en fælles rapport for det, der tidligere blev kaldt kommunerapporten og årsrapporten. Fremadrettet vil det blive sådan, at der, ud over temarapporten, laves en samlet rapport, hvori der er en kommunespecifik del omhandlende temarapportens tema, samt en del, der tegner en sundhedsprofil for alle børn i Databasen Børns Sundhed. Denne rapport indeholder derfor flere dele.

Første del er en kommunespecifik del omhandlende forældre-barn relationen. Denne del af rapporten har til formål at beskrive forekomsten af bemærkninger til forældre-barn relationen i første leveår i Xxxxx Kommune og udviklingen over tid. Derudover undersøger denne del af rapporten, hvilke forhold i barnets første leveår der er associeret med bemærkninger til forældre-barn relationen, samt om børn i Xxxx Kommune, der har bemærkninger til forældre-barn relationen, gennemsnitligt har flere bemærkninger til udvikling og trivsel end børn fra XxxxxxKommune, der ikke har bemærkninger til forældre-barn relationen. Samtidig undersøger denne del af rapporten, om der er en sammenhæng mellem mors og fars psykiske tilstand og forældre-barn relationen i første leveår.

Anden del er en sundhedsprofil for børn født i 2016 i en af de deltagende kommuner i Databasen Børns Sundhed, hvor den enkelte kommune kan sammenligne sig med hele populationen og de andre kommuner. Databasen Børns Sundhed har udvalgt en række indikatorer til måling af børnenes sundhed og udvikling samt til måling af kvaliteten af ydelser, indsatser og resultater inden for sundhedsplejen. Disse kvalitetsindikatorer anvendes i sundhedsprofilen til at beskrive udvalgte områder af børnenes

sundhed og udvikling i hele populationen og i den enkelte kommune.

Derudover indeholder denne del et afsnit, der viser omfanget af missing data i Xxxxx Kommune sammenlignet med hele databasepopulationen. Formålet med dette afsnit er at nedbringe andelen af manglende data i den enkelte kommune og i den samlede population.

Tredje del er en sundhedsprofil for børn født i 2016 i Xxxxx Kommune, der viser forekomsten af en række sociodemografiske faktorer, faktorer relateret til fødslen og faktorer relateret til barnets første leveår, for Xxxxx Kommune og for hele populationen. Formålet med dette afsnit er at give et hurtigt overblik over, hvordan kommunen placerer sig på en række centrale variable set i forhold til hele databasepopulationen.

Procenterne i de forskellige dele af rapporten er beregnet på et forskelligt antal af spædbørn. Det skyldes, at første del omhandlende forældre-barn relationen i Xxxxx Kommune kun inddrager børn, hvor der er oplysninger om forældre-barn relationen. Derudover er børn, der er flyttet mellem to kommuner med forskelligt journalsystem, udtaget af denne del, da de to systemer ikke er direkte sammenlignelige. I anden og tredje del, der ikke omhandler forældre-barn relationen, indgår der flere børn. Det skyldes, at det kun er børn, der ikke har haft kontakt med sundhedsplejen ved A-, B-, C- og/eller D-besøget i første leveår, der er udtaget. Det betyder, at der indgår færre børn i første del af rapporten end i anden og tredje del af rapporten, og at procenttallene i de to dele af rapporten kan være forskellige.

1. Introduktion

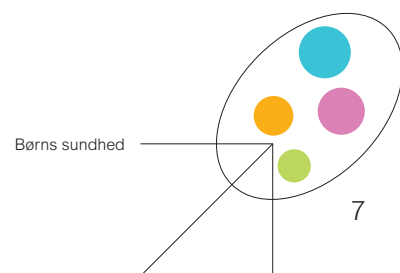


Allerede når barnet bliver født, indledes forældre-barn samspillet. Et godt forældre-barn samspil er vigtigt for barnets udvikling både socialt og psykisk (Hart 2013, KL 2015). Det skyldes, at det er i relationen mellem barnet og forældrene, at spædbarnets biologiske affektive disposition bliver trænet og stimuleret, og herigennem udvikles barnets sociale kompetencer og personlighed (Hart 2013).

I løbet af det første leveår udvikler barnet nogle forventninger til det relationelle samspil. Disse forventninger opbygges på baggrund af de erfaringer, som barnet har fra samspillet med de primære omsorgspersoner (Bowlby 2008, Hart 2013, Væver 2015). Blandt andet vil børn, der oplever at have tilgængelige forældre, der dækker deres behov, forvente, at dette vil forsætte, da deres erfaringer fortæller dem således. Det betyder også, at børn, der ikke oplever at blive trøstet og set, vil have nogle andre forventninger til det relationelle samspil (Bowlby 2008, Killén 2003). På baggrund af de erfaringer, som barnet får fra det tidlige samspil med de primære omsorgspersoner, udvikler barnet en opfattelse af sig selv, sine omsorgspersoner, og hvad det kan

forvente af sig selv og andre (Killén et al. 2006). Et problematisk forældre-barn samspil kan i værste fald påvirke barnets udvikling i en sådan grad, at barnet får kognitive og følelsesmæssige problemer såvel som adfærds- og relationsproblemer, og det er derfor vigtigt med forebyggelse og tidlig opsporing (Killén et al. 2006).

Forældre-barn relationen er et centralt tema i sundhedsplejerskens arbejde, og sundhedsplejersken spiller en vigtig rolle i opsporingen og vejledningen af familier med problematiske forældre-barn relationer. Det skyldes, at 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 rigtig mange børn og familier, og har derfor erfaring med, hvordan det tidlige samspil mellem barn og forældre bør udvikle sig. Derudover kan sundhedsplejersken give nybagte forældre vejledning i børns trivsel, og hvordan de udvikler og forbedrer relationen mellem barnet og omsorgspersonerne (KL 2015).





Alle børn knytter sig til deres primære omsorgspersoner, men der er forskel på, hvordan de knytter sig. Tilknytningen er afhængig af det følelsesmæssige samspil, der er mellem barnet og dets omsorgsgiver. Især omsorgsgiverens sensitivitet spiller en afgørende rolle for den relation, der vil blive dannet. Børn, hvis forældre er sensitive, tilgængelige og omsorgsfulde, vil ofte udvikle en tryk tilknytning, mens børn, der ikke oplever, at deres forældre er tilgængelige, risikerer at udvikle en utryk tilknytning (Killén 2003). Undersøgelser peger på, at børn i en tryk relation til deres forældre trives bedre på en lang række parametre både socialt og følelsesmæssigt, hvilket tydeliggør vigtigheden af at hjælpe familierne til at opbygge en god relation (Væver et al. 2016, Lind 2003, Væver 2015).

Forældre-barn relationen kan undersøges ved at observere forældres sensitivitet over for barnets signaler. Herunder om forældrene er i stand til at

øge barnets velvære og reducere dets fortvivelse (Killén et al. 2006). Derudover bliver barnets forventninger til og erfaringer med tilknytningen tydelige gennem barnets adfærd. Forældre-barn relationen kan derfor også undersøges ved at observere barnets reaktion over for de primære omsorgspersoner (Væver 2015, Hart 2013).

Mens der er meget forskning, der belyser vigtigheden af forældres sensitivitet og barnets tilknytningsadfærd, er der mindre forskning om betydningen af andre forhold (fx perinatale og sociodemografiske forhold) for opbygningen af trykke forældre-barn relationer. Det er vigtigt at undersøge risikofaktorer for en problematisk forældre-barn relation, fordi det kan informere valg af indsats i det sundhedsfremmende arbejde.

Prædiktorer for relationsproblemer: Der er en del videnskabelige studier om faktorer, der viser en sammenhæng med relationsvanskeligheder





hos børn. Opsummerende viser disse, at drengebørn er i øget risiko for at få relationsvanskeligheder (Thomson et al. 2014). Derudover kan børn, der er født for tidligt eller født med fysiske og/eller psykiske funktionsnedsættelser, være i øget risiko for at få et problematisk forældre-barn samspil (Bunkholdt 2003). Også en række sociodemografiske og psykosociale faktorer viser en sammenhæng med relationsvanskeligheder. Blandt andet viser undersøgelser, at lavtuddannede forældre har en øget risiko for få en problematisk relation til deres børn (Thomson et al. 2014, Bryanton et al. 2009, Killén et al. 2006). Derudover viser undersøgelser, at forældres netværk har betydning for sensitiviteten og interaktionen mellem barnet og forældrene (Thomson et al. 2014, Killén et al. 2006, Bryanton et al. 2009, Bryanton et al. 2008). I sammenhæng hermed viser flere undersøgelser, at partnerens støtte og forældrenes indbyrdes relation har stor betydning for forældrenes adfærd over for barnet (Bryanton et al. 2009, Bryanton et al. 2008, Harold et al. 2016). Derudover viser undersøgelser, at der er en stærk sammenhæng mellem mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakten (Databasen Børns Sundhed 2012, Hossain et al. 1995, Killén et al. 2006). Omsorgspersoner, der er opvokset i en utryk tilknytningsrelation, kan have svært ved at indgå i et tæt samspil med barnet. Det skyldes, at forældrenes egne tilknytningserfaringer har stor betydning for deres sociale kompetencer og deres evne til at kunne være sensitiv (Væver 2015, Fonagy & Allison 2012).

Mange af de omtalte studier baseres på små kliniske studiepopulationer, der kun fokuserer på én eller nogle få risikofaktorer. Derfor er der brug for studier af større normalpopulationer og studier, som har mulighed for mere indgående

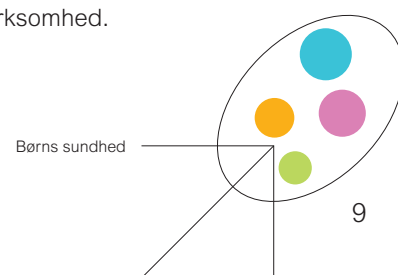
analyser af sådanne prædiktorer. Analyser, som kan afdække samspillet mellem mange mulige risikofaktorer på én gang.

Kapitlet om forældre-barn relationen i Xxxxxx Kommune har til formål at undersøge de kortsigtede følger af et problematisk forældre-barn samspil samt at gå et skridt videre og undersøge, om de kortsigtede virkninger i virkeligheden afspejler andre risikofaktorer indvirken, fx risikofaktorer, som svækker både forældre-barn samspillet og barnets udvikling. Vi analyserer blandt andet, i hvilken udstrækning den tidlige forældre-barn relation er relateret til sociodemografiske faktorer, perinatale forhold, amning, barnets trivsel og udvikling samt efterfødselsreaktioner.

Formål

Formålet med denne del, omhandlende forældre-barn relationen i Xxxxxx Kommune, er 1) at beskrive forekomsten af bemærkninger til forældre-barn relationen i første leveår i Xxxxxx Kommune og udviklingen over tid, 2) at undersøge, hvilke forhold i barnets første leveår der er associeret med bemærkninger til forældre-barn relationen i første leveår, 3) at undersøge om børn, der har bemærkninger til forældre-barn relationen i første leveår, gennemsnitligt har flere bemærkninger til deres trivsel og udvikling end børn fra Xxxxxx Kommune, der ikke har bemærkninger, og 4) at undersøge, om der er en sammenhæng mellem efterfødselsreaktioner og bemærkninger til mors og fars psykiske tilstand og forældre-barn relationen i første leveår.

Databasen Børns Sundhed er tilrettelagt således, at den kan beskrive børns sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskens virksomhed.





Databasen Børns Sundhed indeholder data om nulårige børn fra 2002 og frem. Fra 2007 er databasen suppleret med data om indskolingsbørn og fra 2017 med udskolingsbørn. Formålet med databasen er 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af den kommunale sundhedsplejes ydelser, og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter.

Data i Databasen Børns Sundhed er indhentet ved brug af to kvalitetsudviklede sundhedsplejerskejournaler, én udarbejdet til TM Sund-journalsystemet og én udviklet til NOVAX-journalsystemet. Data til denne del er indsamlet via NOVAX-journalsystemet. I begge journaler følger sundhedsplejerskerne en ensartet praksis og noterer systematisk sammenlignelige data om barnet, familien og sundhedsplejens ydelser. Brugen af journalerne er beskrevet i en detaljeret vejledning, der løbende justeres og opdateres. Begge vejledninger foreligger på databasens hjemmeside.

I første leveår indsamles data ved fire sundhedsplejerskebesøg, som er placeret på centrale tidspunkter for spædbarnets udvikling og tilknytning. Det er frivilligt, om familier ønsker at benytte sig af sundhedsplejetilbud. Hvis familierne anvender tilbuddene, er der lovpligtig journalføring af sundhedsplejerskerne. Det medfører, at familier i databasekommunerne automatisk indgår i Databasen Børns Sundhed.

Datasikkerhed: De indsamlede journaldata indsendes til Statens Institut for Folkesundhed i henhold til databeskyttelseslovens § 10. Opbevaringen af data på Statens Institut for Folkesundhed er anmeldt til Syddansk Universitets fortegnelse. Data behandles fortroligt og anvendes udelukkende til forskning. 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.

Data og metode

Datagrundlag: Denne del af rapporten omhandlende forældre-barn relationen i Xxxxx Kommune bygger på data fra sundhedsplejerskejournaler og registerdata fra barnets første leveår i Xxxxx Kommune. Børn, der er flyttet mellem to kommuner, og som følge deraf indgår i begge journalsystemer, indgår ikke i denne del. Derudover indgår børn, for hvem der ikke er noteret oplysninger om forældre-barn relationen, heller ikke. Fem børn i kommunen, svarende til 0,9 %, har ikke oplysninger om forældre-barn relationen. Dermed bygger denne del om forældre-barn relationen i Xxxxx Kommune på data om xxx børn født i 2016 fra Xxxxx Kommune.

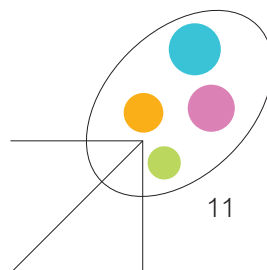
Resultaterne i denne del angives blandt andet i figurer, som både indeholder resultater for Xxxxx Kommune og for det samlede antal spædbørn i NOVAX-kommunerne.

Bemærkning til forældre-barn relationen registreres ved fire besøg, A- (første hjemmebesøg efter barselsbesøget eller i kommuner uden barselsbesøg første hjemmebesøg efter

barnets fødsel), B- (to- til tremånedersalderen), C- (fire- til seksmånedersalderen) og D-besøget (otte- til timånedersalderen). I NOVAX benævnes forældre-barn relationen som samvær/kontakt/leg, og fokuserer på barnets evne til at signalere følelsesmæssige behov, samt barnets kontakt og tilknytning til primære omsorgspersoner såsom forældrene (NOVAX 2018). Sundhedsplejersken registrerer i forbindelse med de fire hjemmebesøg, hvorvidt der er en bemærkning til relationen mellem forældre og barn. En bemærkning betyder, at sundhedsplejersken ved mindst ét af hjemmebesøgene i barnets første leveår har registreret noget bemærkelsesværdigt i forhold til relationen mellem barnet og forældrene, som kræver opmærksomhed, opfølgning eller henvisning til et relevant kommunalt tilbud eller til yderligere udredning. I tabel 1 ses en beskrivelse af, hvad NOVAX-journalsystemet er opmærksom på, når relationen mellem barnet og forældrene observeres ved hvert af de fire besøg. Kapitel 5 i temarapporten beskriver data og metode, hvor man kan læse mere detaljeret om data og analyser. Kapitel 5 i temarapporten beskriver data og metode, hvor man kan læse mere detaljeret om data og analyser.

Tabel 1. Beskrivelse af variablen forældre-barn relationen i NOVAX-journalsystemet

A-besøget	Barnet etablerer kortvarig øjenkontakt. Søger tilknytning til primær omsorgsperson. Barnet signalerer følelsesmæssige behov. Relaterer sig til eventuelle søskende.
B-besøget	Smiler bevidst og tager initiativ til kontakt. Pludrer ved kontakt. Kan fastholde øjenkontakt i kortere perioder. Signalerer følelsesmæssige behov.
C-besøget	Smiler selektivt. Interesseret i omgivelserne. Sikker i kontakten med omverden. Interesseret i og følger genstande. Nyder kontakt. Søger primære omsorgspersoner. Udtrykker følelser som glæde, uro og afsky med mimik og kropssprog. Skelner fremmede fra primære omsorgspersoner. Signalerer følelsesmæssige behov.
D-besøget	Er sikker i kontakten med omverden. Følger efter primære omsorgspersoner. Interesserer sig for sine omgivelser. Kan være angst for separation. Udforsker forældres ansigt og egen krop. Forstår årsag-virkningssammenhænge. Viser interesse for andre børn, besvarer kontakt og tager initiativ til leg. Har fælles opmærksomhed. Signalerer følelsesmæssige behov.



2. Resultater

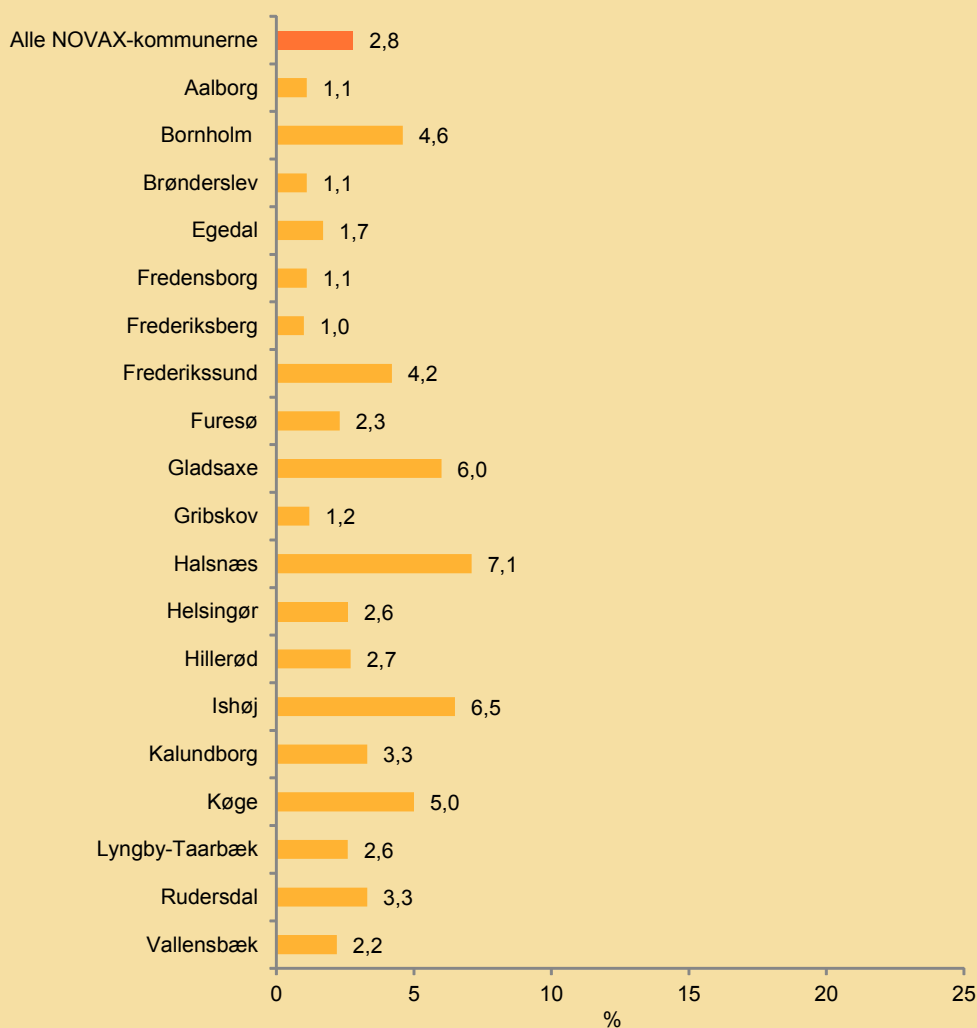
Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen

Figur 1 viser andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår opdelt på kommune. Figuren viser, at x,x % af børnene i Xxxxx Kommune har bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår, svarende til xx børn. Blandt alle NOVAX-

kommunerne er andelen af børn med mindst ét besøg med bemærkning til forældre-barn relationen 2,8 %.

I den samlede population med alle NOVAX-kommunerne er der sket et lille fald i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen, fra 3,1 % i 2015 til 2,8 % i 2016. Det

Figur 1. Andelen af børn med mindst ét besøg med bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår opdelt på kommune



samme gør sig gældende i Xxxxx Kommune, hvor andelen er faldet fra x,x % i 2015 til x,x % i 2016.

Figur 2 viser andelen af børn med én eller to eller flere bemærkninger til forældre-barn relationen i Xxxxx Kommune og i hele NOVAX-populationen. Af figuren fremgår det, at 2,1 % af børnene i Xxxxx Kommune har bemærkning til forældre-barn relationen ved ét besøg i første leveår. Derudover viser figuren, at der er 0,6 %, der har bemærkning til forældre-barn relationen ved to eller flere besøg i første leveår, hvilket svarer til xx børn i Xxxxx Kommune. Blandt børn med bemærkning til forældre-barn relationen er der i hele NOVAX-populationen og i Xxxxx Kommune flest børn med kun ét besøg med bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår.

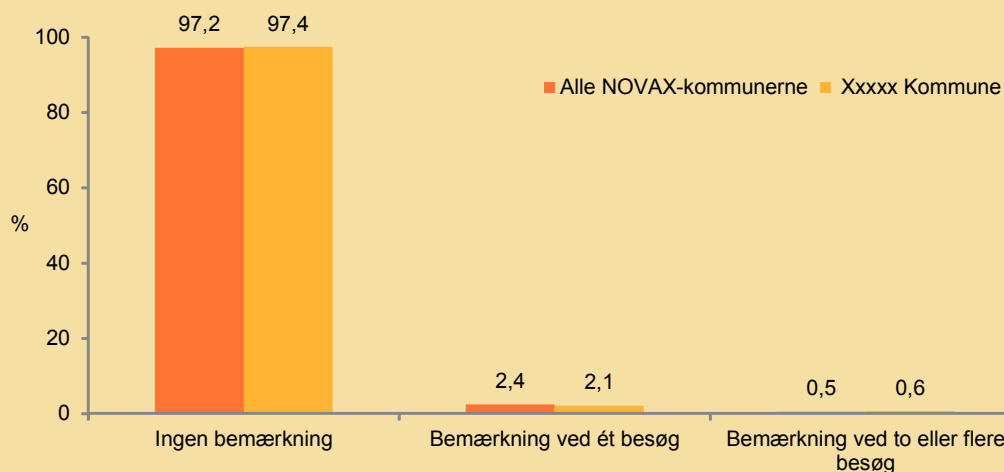
Vi har derudover undersøgt antallet og andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved hvert besøg. I Xxxxx Kommune er der flest børn med bemærkning til forældre-barn

relationen ved B-besøget, hvor der er xx børn, svarende til 2,1 %, med bemærkning til forældre-barn relationen. I hele NOVAX-populationen er der flest børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved B-besøget, idet der er 0,8 % af børnene, der har bemærkning til forældre-barn relationen ved A-besøget, 2,2 % ved B-besøget, 0,8 % ved C-besøget og 0,9 % ved D-besøget.

Karakteristik af børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen

Dette afsnit præsenterer de subgrupper af børn i hele NOVAX-populationen og i Xxxx Kommune, der gennemsnitligt har en højere forekomst af bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår. Der præsenteres kun analyser, hvor der er nok børn i de enkelte kategorier til, at det er statistisk forsvarligt at lave analyser. Hvis der er for få tilfælde, bliver analyserne for usikre, og der kan endvidere være risiko for at identificere barnet/familierne.

Figur 2. Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen i Xxxxx Kommune og i hele NOVAX-populationen





Sociodemografiske faktorer

I hele NOVAX-populationen finder vi, at risikoen for at få bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår er størst for børn, der ikke bor med begge forældre, børn, hvis forældres højest gennemførte uddannelse er grundskolen, og børn, hvor begge forældre er uden for erhverv.

For børn født i 2016 i Xxxxx Kommune finder vi en højere forekomst af børn med bemærkning til forældre-barn relationen blandt børn, hvis ene eller begge forældre ikke var i erhverv eller under uddannelse et år inden barnet blev født. Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen i Xxxxx Kommune er 6,0 % blandt børn, hvis ene eller begge forældre ikke var i erhverv eller under uddannelse et år inden barnet blev født. Blandt børn, hvor begge forældre var i erhverv eller under uddannelse et år inden barnet blev født, er denne andel 1,8 %.

Faktorer relateret til graviditet og fødsel

I hele NOVAX-populationen finder vi, at risikoen for at få bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår er størst for børn, hvor der er registreret komplikationer i graviditeten, børn, der er flerfødt, børn, der er født før uge 37, børn med en fødselsvægt på mindre end 2.500 gram, børn, der er født ved kejsersnit, og børn, der har en apgarscore på under ni point.

For børn født i 2016 i Xxxxx Kommune finder vi en højere forekomst af børn med bemærkning til forældre-barn relationen blandt børn, der er født før uge 37, og blandt børn med en fødselsvægt på under 2.500 gram. Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen i Xxxxx

Kommune er 23,1 % blandt børn, der er født før uge 37, og 1,6 % blandt børn, der er født i uge 37 eller derefter. Derudover viser analyserne, at 13,6 % af børnene i Xxxxx Kommune, der har en fødselsvægt på under 2.500 gram, har bemærkning til forældre-barn relationen. Denne andel er henholdsvis 2,0 % og 3,1 % blandt børn med en fødselsvægt på 2.500-3.999 gram og 4.000 gram eller mere.

Amning

I hele NOVAX-populationen finder vi, at risikoen for ikke at blive ammet fuldt i mindst fire måneder er størst for børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår. For børn født i 2016 i Xxxxx Kommune er det ikke muligt at dokumentere en statistisk sikker sammenhæng mellem børn med bemærkning til forældre-barn relationen og andelen af børn, der ikke ammes fuldt i mindst fire måneder.

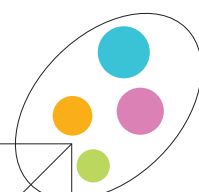
Barnets trivsel og udvikling

I hele NOVAX-populationen finder vi, at børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår har en øget risiko for at være undervægtige ved seks- til timånersalderen, for at få bemærkning til søvn og/eller sprog ved mindst ét besøg i første leveår og til deres motorik ved mindst to besøg i første leveår.

For børn født i 2016 i Xxxxx Kommune finder vi ligeledes en højere forekomst af børn med bemærkning til søvn, sprog og motorik blandt børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår. Blandt børn med bemærkning til forældre-barn relationen er der 50,0 %, der har bemærkning til søvn ved mindst ét besøg i første leveår. Denne andel



Børns sundhed





er 5,2 % blandt børn uden nogen bemærkning til forældre-barn relationen. Blandt børn med bemærkning til forældre-barn relationen er der 64,3 %, der har bemærkning til sprog ved mindst ét besøg i første leveår. Denne andel er 2,3 % blandt børn uden nogen bemærkning til forældre-barn relationen. Derudover viser analyserne, at der blandt børn med bemærkning til forældre-barn relationen er 50,0 %, der har bemærkning til deres motorik ved mindst to besøg i første leveår. Blandt børn uden bemærkning til forældre-barn relationen er der 0,8 % af børnene, der har mindst to bemærkninger til deres motorik i første leveår.

Behovssundhedspleje

I hele NOVAX-populationen finder vi, at børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår, har en øget risiko for at modtage behovssundhedspleje, hvilket i denne rapport er defineret som over syv sundhedsplejebesøg i barnets første leveår.

I Xxxxx Kommune ses der ligeledes en sammenhæng mellem forældre-barn relationen og forekomsten af børn, der modtager behovssundhedspleje. Analyserne viser, at 53,9 % af børnene i Xxxxx Kommune, der har bemærkning til forældre-barn relationen, modtager behovssundhedspleje i første leveår. Blandt børn uden bemærkning til forældre-barn relationen har 21,3 % af børnene i Xxxxx Kommune modtaget behovssundhedspleje i første leveår.

Efterfødselsreaktioner

I hele NOVAX-populationen finder vi, at der er en sammenhæng mellem mors og fars mentale helbred og risikoen for at have bemærkning til forældre-barn relationen. Børn, hvis mødre

og/eller fædre har en mulig efterfødselsreaktion -vurderet ud fra The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)- har en øget risiko for at have bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår. Derudover finder vi i temarapporten, at børn, hvis mødre har mindst én bemærkning til deres psykiske tilstand i første leveår, ligeledes har en større risiko for at have bemærkning til forældre-barn relationen.

I Xxxxx Kommune finder vi en højere forekomst af børn med bemærkning til forældre-barn relationen blandt børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand. Af analyserne ses, at andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen er 7,3 % blandt børn med én eller flere bemærkninger til mors psykiske tilstand, og 2,3 % blandt børn, hvor der ikke er noteret bemærkning til mors psykiske tilstand.



3. Diskussion

Opsummering af resultater

I Xxxxx Kommune er der 2,6 % af børnene, der har mindst ét besøg med bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår. I Xxxxx Kommune er der flest børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved B-besøget. Størstedelen af børnene i Xxxxx Kommune med bemærkning til forældre-barn relationen har kun ét besøg med bemærkning. Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår er faldet lidt fra 2015 til 2016 i Xxxxx Kommune.

Der er flere subgrupper af børn, hvor der ses en højere forekomst af børn med bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår i Xxxxx Kommune. Blandt børn, hvis ene eller begge forældre ikke var i erhverv eller under uddannelse et år inden barnet blev født, børn, der er født før uge 37, og børn, der har en fødselsvægt på under 2.500 gram, ses der en højere forekomst af børn med bemærkning til forældre-barn relationen. Derudover ses der en højere forekomst af børn med bemærkning til forældre-barn relationen blandt børn, hvor der er registreret mindst én bemærkning til deres mors psykiske tilstand.

Derudover viser analyserne, at børnene i Xxxxx Kommune med bemærkning til forældre-barn relationen har en øget risiko for at få bemærkning til deres søvn og sprog ved mindst ét besøg i første leveår og til deres motorik ved mindst to besøg i første leveår. Desuden ses en større risiko for at få behovssundhedspleje for de børn, der har bemærkning til forældre-barn relationen. Analyserne i temarapporten viser derudover en øget risiko for at have en bemærkning til forældre-barn relationen blandt børn, der kun

bor med den ene forælder, børn, hvis forældres højest fuldførte uddannelse er grundskolen, børn, hvor der er registreret graviditetskomplikationer, børn, der er flerfødt, børn der er født ved kejsersnit, børn med en apgarscore på under ni point og børn, hvor mor og/eller far har en mulig efterfødselsreaktion, vurderet ud fra The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Derudover viser analyserne i temarapporten, at der blandt børn med bemærkning til forældre-barn relationen er en øget risiko for ikke at blive ammet fuldt i fire måneder og at være undervægtig.

Stærke og svage sider ved data og metode

En af de stærke sider ved denne rapport er, at den omfatter næsten alle børn, der er født i 2016 i Xxxxx Kommune og i de andre deltagende kommuner. Da næsten alle børn tilses af en sundhedsplejerske i første leveår, er der næsten ingen problemer med bortfald og dertil relateret bias. En anden stærk side ved datamaterialet er, at data er indsamlet systematisk; det er sundhedsplejersken og ikke forældrene, der ud fra en standardiseret vejledning og journal vurderer relationen mellem barnet og forældrene. Den enkelte sundhedsplejerske ser rigtig mange spædbørn i deres daglige arbejde, hvilket sammen med vejledningen til sundhedsplejerskerne, om hvordan data skal vurderes og registreres, er med til at kvalificere deres vurdering af, hvorvidt samspillet mellem barnet og forældrene er alderssvarende. Derudover er koblingen af journaldata med registre ligeledes med til at styrke kvaliteten af data. Koblingen med de sociodemografiske registre og Det Medicinske Fødselsregister betyder, at vi har næsten fuldstændige oplysninger om forældrenes herkomst,



uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet samt om forhold vedrørende barnets fødsel.

Som alle andre undersøgelser har denne også sine svage sider. Der er forskel på sundhedsplejersker, og det er muligt, at flere sundhedsplejersker, som vurderer samme barn, vil komme frem til forskellige konklusioner om forældre-barn relationen. Den interpersonelle variation kan være et metodemæssigt problem, som man også ser i andre kliniske databaser. Det er vigtigt at få mere viden om validiteten af data, og hvordan man eventuelt kan styrke denne.

Samtidig finder vi en stor variation i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen mellem kommunerne. Det skyldes måske, at der er forskellige traditioner for, hvornår man noterer en bemærkning til forældre-barn relationen. Ét 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 forældre-barn relationen i den enkelte kommune. Vi ved fra 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. I en sådan situation betyder en høj forekomst af bemærkninger til forældre-barn relationen derfor ikke nødvendigvis, at problemer med forældre-barn relationen er dårligere 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.

4. Konklusion

Temarapporten og denne del af rapporten tyder på, at det er ikke tilfældigt, hvilke børn der får bemærkninger til forældre-barn relationen i første leveår. Flere sociodemografiske faktorer og forhold relateret til fødslen viser en sammenhæng med bemærkninger fra sundhedsplejersken om forældre-barn relationen. Børn med en bemærkning til forældre-barn relationen ved mindst ét besøg i første leveår har gennemsnitligt flere bemærkninger til deres trivsel og udvikling end



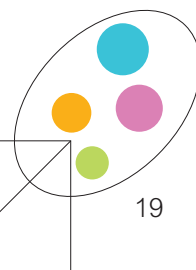
børn, der ikke har bemærkninger til forældre-barn relationen. Opgørelsen tyder på, at det er vigtigt med et øget fokus på samspillet mellem barnet og forældre. Der ses derfor et stort behov for at fortsætte med at sikre kvaliteten af den indsats, som sundhedsplejersken og andre gør for at fremme og fastholde den gode relation mellem barnet og forældrene.

Konkrete indsatser

I Xxxxx Kommune har xx børn bemærkning til forældre-barn relationen.

Det er vores håb, at rapporten vil give inspiration til sundhedsplejens praksis og til det tværfaglige samarbejde.

- Det er vigtigt, at sundhedsplejen fortsat har fokus på relationen mellem barnet og forældrene, at sundhedsplejerskernes viden løbende opdateres, og at praksis for observationer og registrering drøftes.
- Rapporten finder en række risikofaktorer for bemærkninger til forældre-barn relationen i Xxxxx Kommune og i hele populationen. Denne viden kan sundhedsplejerskerne inddrage i deres arbejde.
- Sundhedsplejen opfordres til at drøfte og vurdere indsatser og tilbud i egen kommune i tæt samarbejdet med andre faggrupper.



1. Introduktion



Formål og opbygning af sundhedsprofilen

Formålet med denne del af rapporten er at tegne en sundhedsprofil for børn født i 2016 i de 34 kommuner, der har indsendt data til Databasen Børns Sundhed om børn født i 2016. Databasen

har udvalgt en række indikatorer til måling af børnenes sundhed og udvikling samt til måling af kvaliteten af ydelser, indsatser og resultater inden for sundhedsplejen. Disse kvalitetsindikatorer anvendes i sundhedsprofilen til at beskrive udvalgte områder af børnenes sundhed og udvikling. Sundhedsplejerskerne registrerer i



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

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

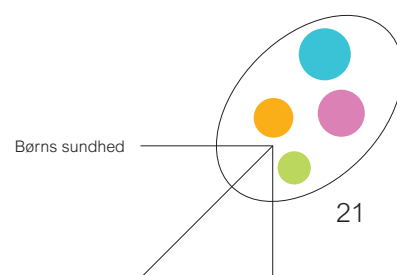
Procenterne i figurene er beregnet for de spædbørn, hvor data findes, altså med en forudgående frasortering af børn, der ikke har haft kontakt med sundhedsplejen ved A-, B-, C- eller D-besøget i første leveår. Temarapporten om forældre-barn relationen, der er en separat rapport, inddrager kun børn, hvor der er noteret oplysninger om forældre-barn relationen. Derudover indgår de børn, der er flyttet mellem to kommuner, og som følge deraf indgår i begge journalsystemer, ikke i temarapporten (N=488).

Det betyder, at der indgår færre børn i temarapporten end i sundhedsprofilen, og at procenttallene i de to rapporter derfor kan være forskellige.

For enkelte variable er der en høj forekomst af manglende registreringer, hvilket kan medføre usikkerhed i resultaterne. I de fleste tilfælde dækker manglende registreringer sandsynligvis over, at der ikke er noget at bemærke -at familie og barn trives. I de tilfælde, hvor andelen af manglende registreringer er så høj, at det medfører for stor usikkerhed (missing over 40 %), er kommunen taget ud af analyserne og den samlede population, hvilket er markeret med en stjerne (*). Andelen af manglende registreringer fremgår af figur 36a.

Antal børn, der indgår i sundhedsprofilen

Sundhedsprofilen er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 23.480 børn, der er født i 2016, hvilket svarer til 38,1 % af alle levende-fødte børn i Danmark i 2016 (Statistikbanken.dk). Børnene i sundhedsprofilen stammer fra: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Tabel 1a viser antallet af børn, der indgår i sundhedsprofilen fra de enkelte kommuner.





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

Kommune	Antal børn, der indgår i sundhedsprofilen
Aalborg	2.474
Aarhus	4.813
Albertslund	298
Allerød	214
Ballerup	511
Bornholm	263
Brøndby	456
Brønderslev	375
Dragør	134
Egedal	432
Fredensborg	384
Frederiksberg	1.668
Frederikssund	369
Furesø	422
Gentofte	696
Gladsaxe	882
Glostrup	275
Gribskov	296
Halsnæs	261
Helsingør	543
Herlev	346
Hillerød	514
Hvidovre	645
Høje-Taastrup	578
Ishøj	330
Kalundborg	458
Køge	549
Lyngby-Taarbæk	547
Roskilde	796
Rudersdal	496
Rødovre	480
Tårnby	482
Vallensbæk	197
Vejle	1.296
Hele populationen	23.480

2. Resultater

Tabel 2a. Andelen af børn, hvor A-D-besøget er registreret, opdelt på kommune (N=23.480)

	Andelen af børn, hvor det respektive besøg er registreret			
	A-besøg (0-2 mdr.)	B-besøg (2-3 mdr.)	C-besøg (4-6 mdr.)	D-besøg (8-10 mdr.)
Aalborg	96,6	92,4	77,0	58,7
Aarhus	94,1	90,7	17,8	87,2
Albertslund	92,0	86,9	87,9	89,3
Allerød	86,5	79,0	83,6	89,7
Ballerup	94,3	90,4	91,0	89,4
Bornholm	92,8	90,1	95,1	94,3
Brøndby	91,0	78,5	83,1	81,8
Brønderslev	96,8	89,9	95,2	70,9
Dragør	90,3	92,5	91,8	96,3
Egedal	94,0	94,9	94,2	94,0
Fredensborg	92,5	92,2	92,5	90,4
Frederiksberg	95,2	92,3	90,4	86,5
Frederikssund	94,3	87,0	86,7	81,3
Furesø	93,6	92,4	94,8	96,0
Gentofte	89,2	85,3	87,5	78,0
Gladsaxe	89,9	88,6	90,7	85,5
Glostrup	93,1	89,1	85,5	86,2
Gribskov	96,3	86,5	94,3	87,5
Halsnæs	94,6	95,0	95,0	94,6
Helsingør	95,0	89,0	91,5	86,6
Herlev	90,2	87,3	89,3	89,3
Hillerød	95,3	89,3	89,3	88,1
Hvidovre	91,0	83,6	85,7	79,8
Høje-Taastrup	86,7	84,4	83,2	73,9
Ishøj	95,8	93,3	93,9	91,2
Kalundborg	96,3	93,2	93,9	14,0
Køge	29,5	46,1	66,7	92,2
Lyngby-Taarbæk	92,3	91,2	92,9	93,1
Roskilde	84,2	74,8	76,5	79,5
Rudersdal	92,3	90,1	94,0	90,9
Rødovre	92,3	88,5	90,0	87,5
Tårnby	84,2	82,8	85,9	82,8
Vallensbæk	93,9	91,9	94,4	85,3
Vejle	88,6	83,7	55,9	83,0
Hele populationen	91,3	87,8	71,0	81,9

I tabel 2a ses forekomsten af registrerede A-, B-, C- og D-besøg for de enkelte kommuner og for den samlede population. Af tabellen fremgår det, at der for 91,3 % af børnene i populationen er registreret et A-besøg, for 87,8 % et B-besøg, for 71,0 % et C-besøg og for 81,9 % et D-besøg. Grunden til, at alle besøg ikke er registreret for alle børn, skyldes mange forskellige forhold, fx familier, der er flyttet og ikke længere bor i én af databasekommunerne. For børn født i 2016 i

Aarhus Kommune har C-besøget eksempelvis ikke været et tilbud til alle børn, men i 2017 indførte kommunen en forsøgsordning med tilbud om C-besøg til førstegangsfødende. I Vejle Kommune tilbydes C-besøget kun til førstegangsfødende, mens D-besøget i Aalborg Kommune har været erstattet af en konsultation på grund af perioder med ubesatte stillinger eller langtidssygdom.



Graviditetsbesøg

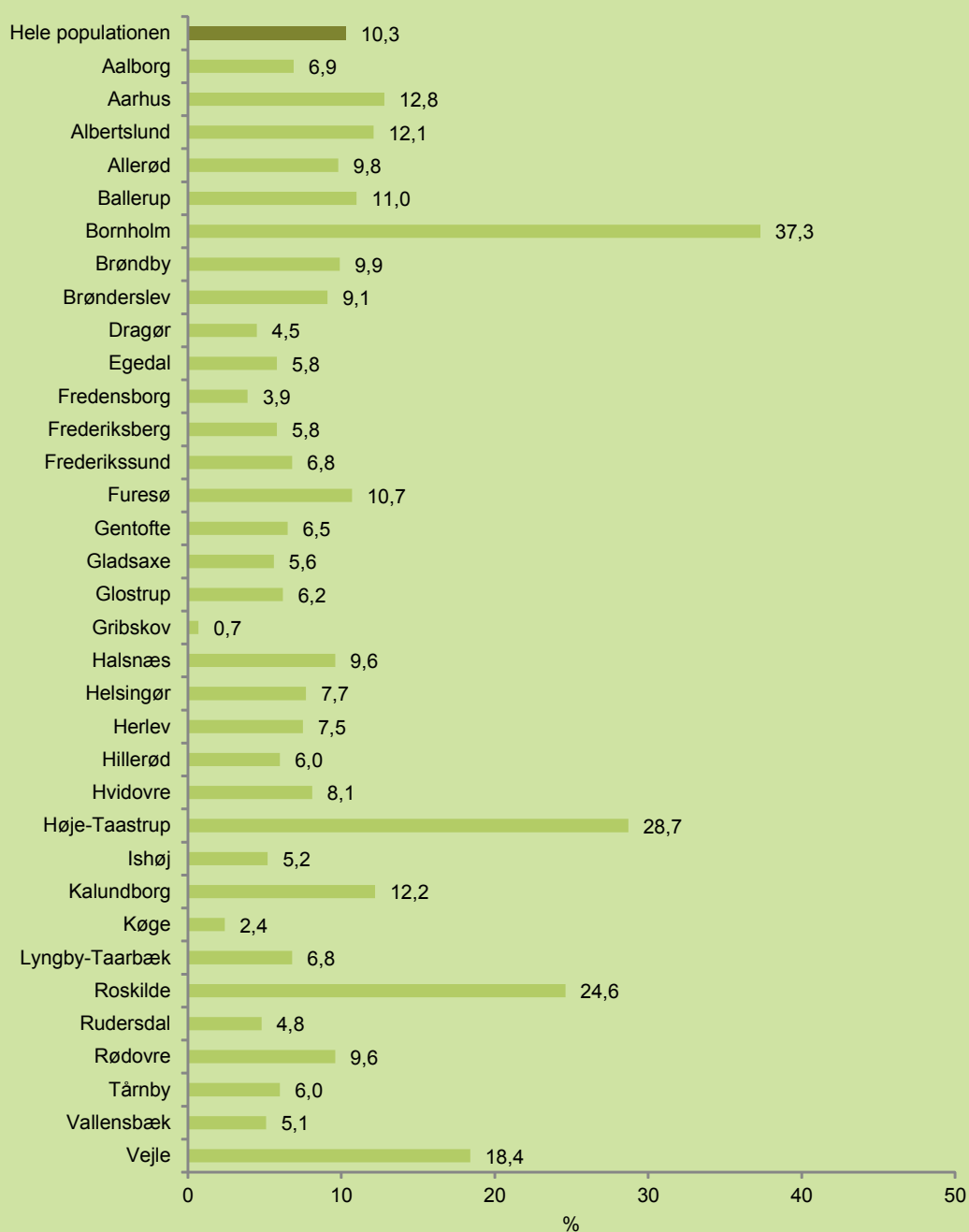
I nogle kommuner tilbydes besøg af sundhedsplejersken under graviditeten til alle som en del af det kommunale servicetilbud, i andre kommuner tilbydes graviditetsbesøg kun til førstegangsfødende eller gravide med særlige behov. Figur 1a viser andelen af børn, for hvem der er registeret graviditetsbesøg i journalen. Blandt

børn født i 2016 modtog 10,3 % ét eller flere graviditetsbesøg. Der er stor variation kommunerne imellem. Ud over servicetilbuddet i den enkelte kommune afhænger antallet af graviditetsbesøg også af samarbejdet mellem kommune og fødested (fx om der er jordemoderkonsultation i kommunen).



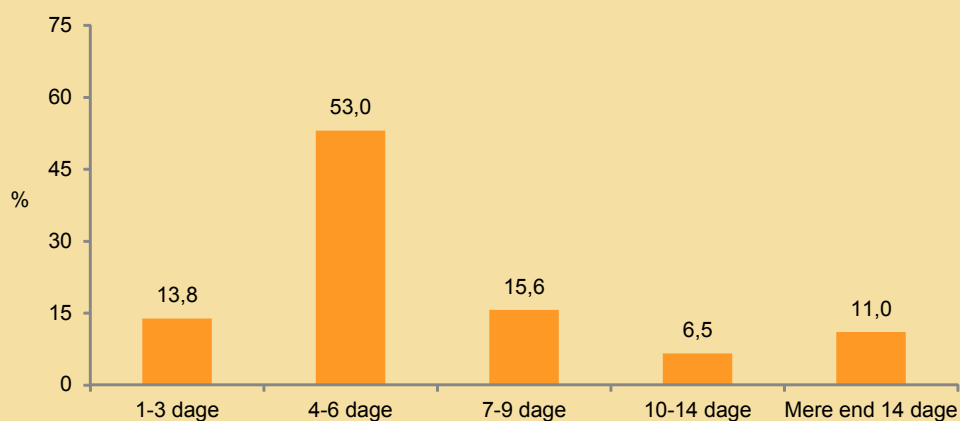


Figur 1a. Andelen af børn, hvor der er registreret graviditetsbesøg, opdelt på kommune (N=23.480)





Figur 2a. Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejersken (N=23.467)



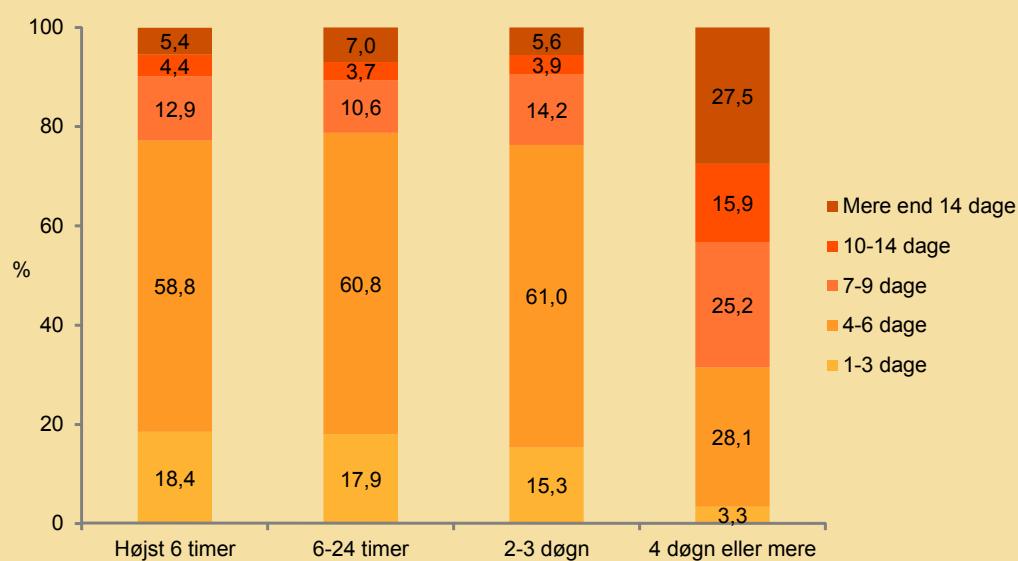
Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen

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

Af figur 2a ses, at 66,8 % af børnene havde det første besøg af sundhedsplejersken, inden de var en uge gamle. Denne andel var 36,4 % for børn født i 2010. Derudover viser figuren, at 11,0 % af børnene modtog deres første besøg, da de var mere end 14 dage gamle. Denne gruppe indeholder blandt andet tilflyttere samt børn, der har været indlagt længe efter fødslen.



Figur 3a. Den procentvise fordeling af børn efter alder ved første besøg af sundhedsplejen opdelt efter indlæggelseslængden (N=22.919)



Figur 3a viser fordelingen af børn efter deres alder ved første besøg af sundhedsplejen opdelt på indlæggelseslængden. Af figuren ses, at andelen af børn, der får deres første besøg af sundhedsplejersken efter 14 dage, er højest blandt børn, der har været indlagt i fire døgn eller mere.



Tabel 3a. Den procentvise fordeling efter alder ved første besøg af sundhedsplejersken opdelt på kommune (N=23.467)

	1-3 dage	4-6 dage	7-9 dage	10-14 dage	Over 14 dage
Aalborg	2,3	32,1	43,2	12,1	10,2
Aarhus	17,7	63,0	7,8	4,9	6,6
Albertslund	15,8	32,9	16,8	14,4	20,2
Allerød	5,6	74,3	7,5	3,3	9,4
Ballerup	23,9	54,6	9,2	5,1	7,2
Bornholm	11,4	52,5	19,8	6,8	9,5
Brøndby	17,8	54,5	9,7	6,4	11,7
Brønderslev	12,8	58,9	15,5	3,7	9,1
Dragør	12,7	64,9	11,9	3,0	7,5
Egedal	16,4	56,3	13,4	4,6	9,3
Fredensborg	8,6	66,4	9,4	5,2	10,4
Frederiksberg	11,9	58,3	15,1	5,3	9,4
Frederikssund	3,8	59,6	18,7	7,1	10,8
Furesø	20,6	56,4	7,1	4,3	11,6
Gentofte	18,3	55,8	9,1	6,5	10,4
Gladsaxe	9,8	50,6	18,8	6,7	14,2
Glostrup	14,6	57,1	16,4	4,4	7,6
Gribskov	10,8	57,1	15,5	5,1	11,5
Halsnæs	11,9	58,2	17,6	3,1	9,2
Helsingør	8,7	64,3	12,9	4,6	9,6
Herlev	22,5	53,2	9,5	5,2	9,5
Hillerød	9,9	65,6	11,3	4,3	9,0
Hvidovre	19,1	51,6	12,9	6,1	10,4
Høje-Taastrup	25,5	41,4	16,3	7,8	9,0
Ishøj	13,9	52,1	17,0	9,4	7,6
Kalundborg	7,4	53,5	20,5	9,2	9,4
Køge	0,4	6,9	12,4	5,8	74,5
Lyngby-Taarbæk	13,5	57,8	7,9	7,3	13,5
Roskilde	23,6	39,8	16,3	8,2	12,1
Rudersdal	22,6	53,4	8,3	3,8	11,9
Rødovre	18,2	61,0	10,2	4,0	6,7
Tårnby	19,5	50,2	12,2	7,3	10,8
Vallensbæk	17,8	49,2	19,8	3,1	10,2
Vejle	10,1	56,2	16,2	8,0	9,5
Hele populationen	13,8	53,0	15,6	6,5	11,0

Tabel 3a viser barnets alder ved første besøg opdelt på kommune. Det fremgår af tabellen, at der er stor variation i, hvornår første besøg ligger, kommunerne imellem. Som vist i figur 3a kan nogle af forskellene skyldes variation i indlæggelseslængden. Vi har erfaret, at nogle kommuner registrerer deres tidlige hjemmebesøg forskelligt. Det betyder, at ikke alle data bliver indrapporteret til Databasen Børns Sundhed. Selvom kommunerne er blevet opmærksomme

på dette, kan efterslæbet efter denne registrering godt være årsag til de store kommunale forskelle og den sene placering af første besøg.

Indlæggelseslængde

Tabel 4a viser den procentvise fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen. Af tabellen ses, at over en fjerdedel af børnene bliver udskrevet inden for seks timer efter fødslen (26,3 %). Derudover viser figuren, at

Tabel 4a. Den procentvise fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen opdelt på kommune (N=22.930)

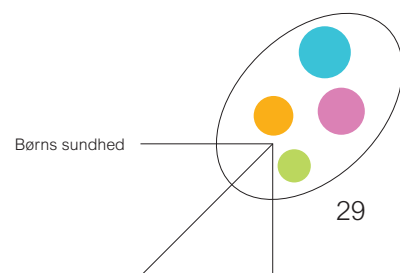
	Højest 6 timer	6-24 timer	2-3 døgn	4-6 døgn	>6 døgn
Aalborg	27,1	5,6	40,7	16,2	10,5
Aarhus	27,5	7,8	46,2	11,0	7,5
Albertslund	28,4	7,0	46,0	10,5	8,1
Allerød	32,1	11,3	44,8	7,6	4,3
Ballerup	22,2	14,2	44,1	13,2	6,4
Bornholm	12,4	16,7	41,5	17,4	12,0
Brøndby	24,9	8,0	50,3	11,1	5,6
Brønderslev	51,9	5,4	23,0	11,1	8,7
Dragør	31,5	8,7	43,3	12,6	3,9
Egedal	29,3	10,7	44,1	9,5	6,4
Fredensborg	28,0	17,1	36,5	12,3	6,1
Frederiksberg	24,1	10,0	46,4	13,3	6,2
Frederikssund	31,9	11,8	39,8	8,2	8,2
Furesø	32,7	10,1	39,9	10,1	7,2
Gentofte	25,9	13,4	43,5	11,9	5,4
Gladsaxe	22,6	12,7	44,9	11,8	8,1
Glostrup	21,0	10,7	52,4	11,4	4,4
Gribskov	27,9	13,1	37,9	13,8	7,2
Halsnæs	26,2	13,9	48,0	7,5	4,4
Helsingør	22,6	11,3	49,6	11,3	5,3
Herlev	22,8	14,2	43,2	12,1	7,7
Hillerød	27,5	13,5	43,5	10,0	5,5
Hvidovre	26,0	8,9	46,0	13,9	5,2
Høje-Taastrup	25,7	10,0	43,9	13,9	6,6
Ishøj	19,0	11,4	50,3	12,0	7,4
Kalundborg	24,4	19,2	34,5	15,3	6,6
Køge	21,4	16,7	40,9	12,7	8,3
Lyngby-Taarbæk	24,6	11,2	44,7	11,6	8,0
Roskilde	23,3	16,4	39,4	10,8	10,0
Rudersdal	32,3	8,9	42,2	9,5	7,2
Rødovre	23,4	12,1	44,3	13,8	6,4
Tårnby	28,1	11,2	44,2	9,7	6,8
Vallensbæk	21,4	9,4	53,1	12,0	4,2
Vejle	24,6	11,0	33,4	20,2	10,8
Hele populationen	26,3	10,4	43,2	12,6	7,6

den højeste andel af børnene bliver udskrevet to til tre døgn efter fødslen (43,2 %).

Gestationsalder

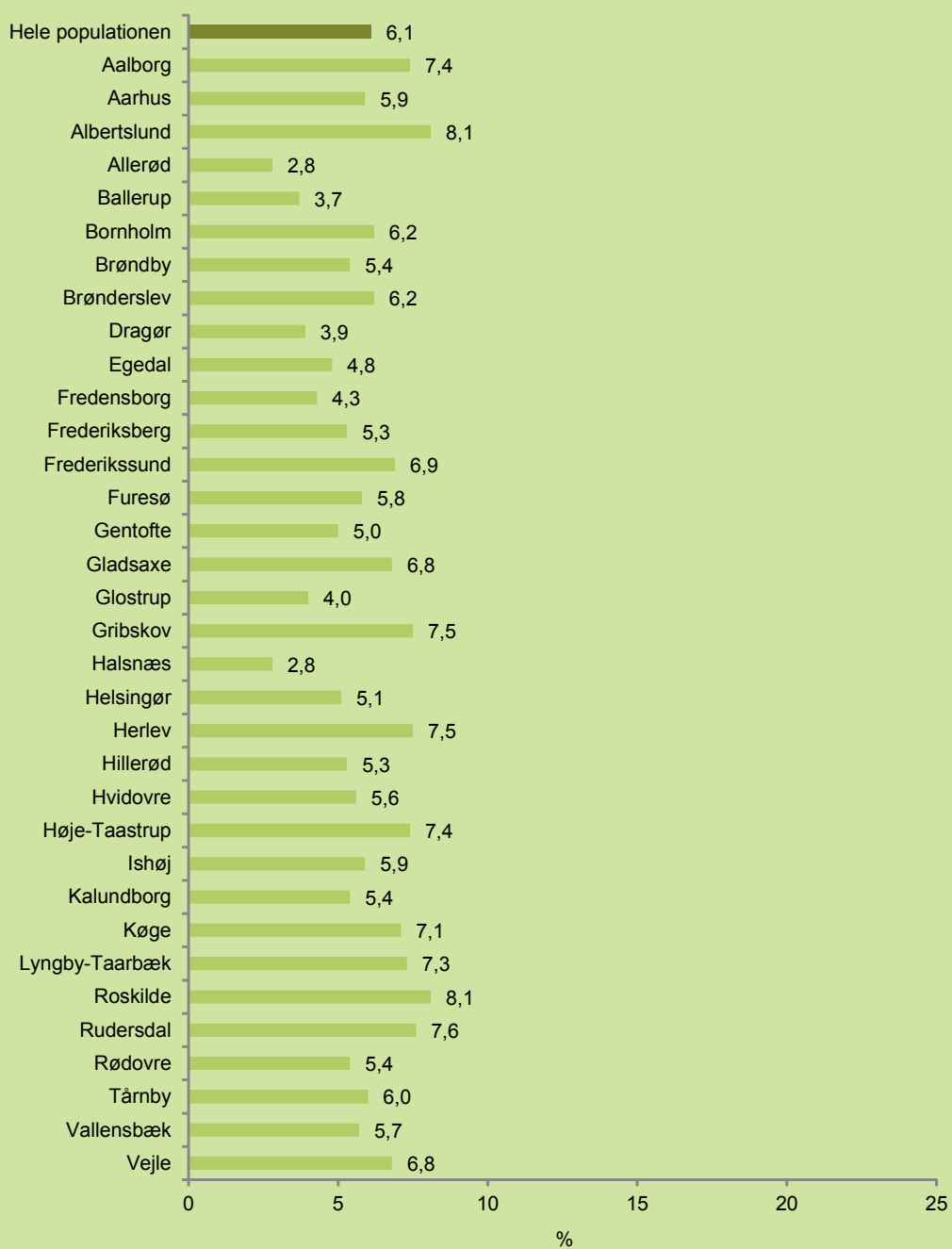
Langt hovedparten af børnene (93,9 %) er født til tiden, her defineret som 37.- 44. graviditetsuge. Gestationsalderen for de resterende børn fordeler sig således, at 4,9 % er født i uge 33-36 (tidligt født), mens 1,2 % er født i uge 20-32 (ekstremt tidligt eller meget tidligt født).

Figur 4a viser andelen af tidligt fødte børn (før uge 37) i hele populationen og for den enkelte kommune. I hele populationen er 6,1 % af børnene født før uge 37. Andelen af tidligt fødte børn varierer fra 2,8 % til 8,1 %.





Figur 4a. Andelen af tidligt fødte børn (før uge 37) efter kommune (N=22.847)

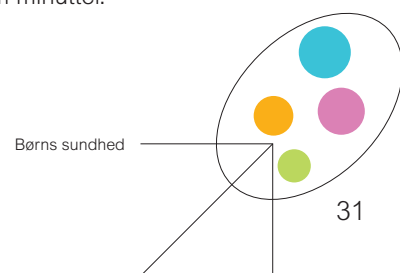




Apgarscore

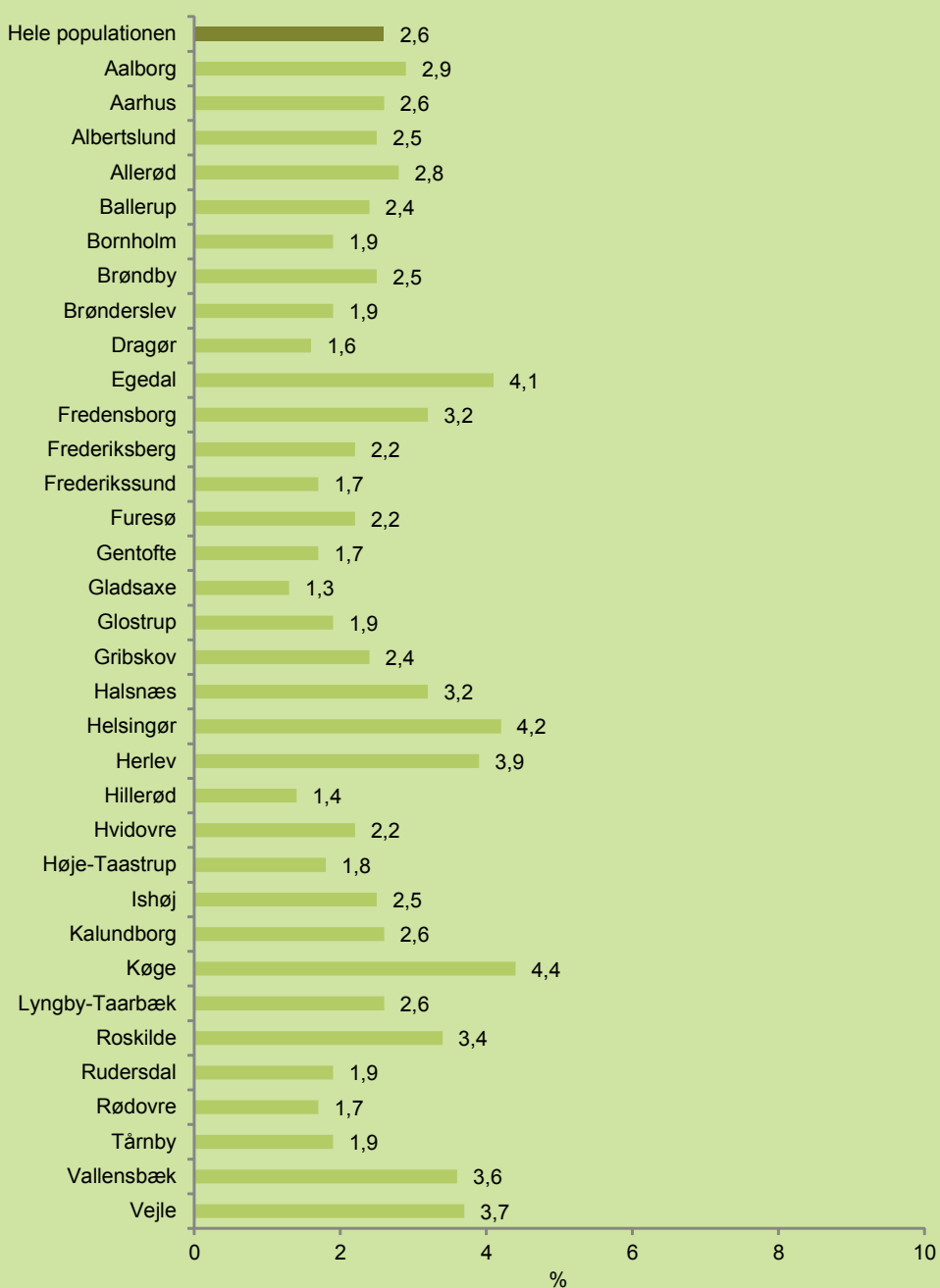
En apgarscore er et mål for barnets tilstand lige efter fødslen. Barnets tilstand vurderes ét, fem og ti minutter efter fødslen af en jordemoder eller børnelæge, som tildeler barnet fra nul til to point på fem områder (vejrtrækning, hudfarve, hjertereslag, reflekser og muskelspændinger). Barnet kan således score fra nul til ti point. En

lav apgarscore er her defineret som mindre end ni point fem minutter efter fødslen. Figur 5a viser andelen af børn med en apgarscore på under ni point fem minutter efter fødslen blandt hele populationen og opdelt på kommune. I den samlede population har 2,6 % af børnene en apgarscore på under ni point efter fem minutter.



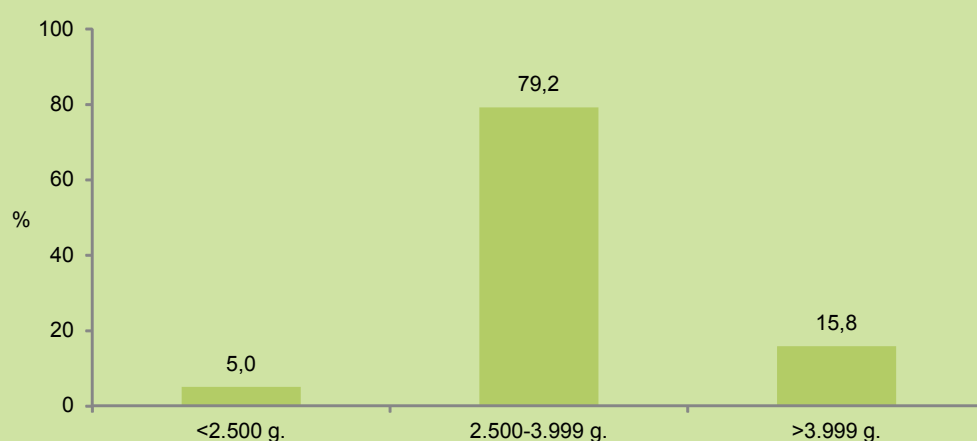


Figur 5a. Andelen af børn med en apgarscore på under ni point fem minutter efter fødslen efter kommune (N=22.650)





Figur 6a. Den procentvise fordeling af børn efter fødselsvægt (N=22.792)

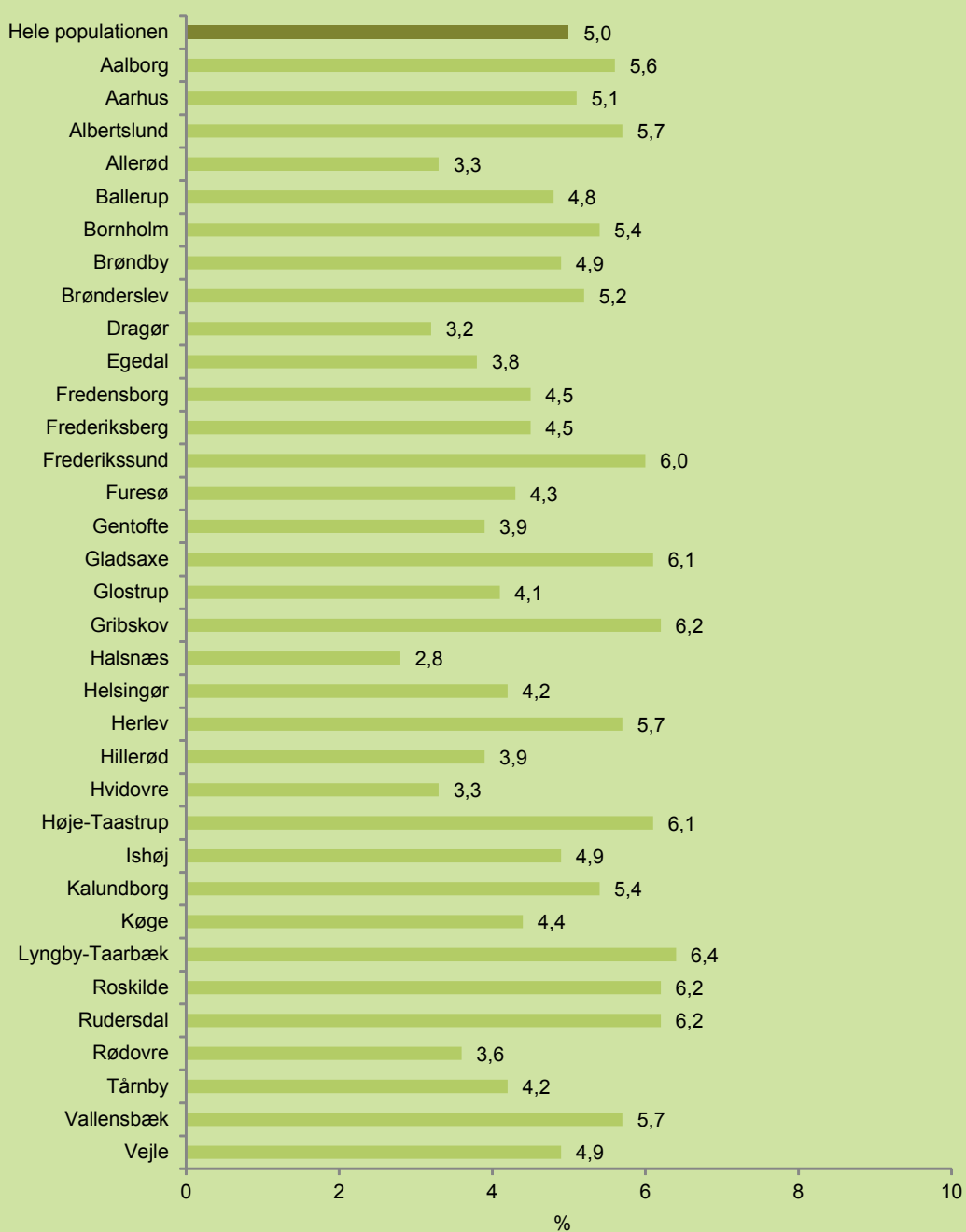


Fødselsvægt

Oplysningerne om fødselsvægt er hentet via Det Medicinske Fødselsregister. Af figur 6a fremgår det, at 5,0 % af børnene i hele populationen er født med en fødselsvægt på mindre end 2.500 gram, at 79,2 % er født med en fødselsvægt på mellem 2.500 gram og 3.999 gram, og at 15,8 % er født med en fødselsvægt på 4.000 gram eller mere. Figur 7a viser andelen af børn med en fødselsvægt på under 2.500 gram opdelt på kommune og for den samlede population. Af figuren fremgår det, at andelen af børn med en lav fødselsvægt varierer meget kommunerne imellem – fra 2,8 % til 6,4 %.



Figur 7a. Andelen af børn med en fødselsvægt på under 2.500 gram i hele populationen og opdelt på kommune (N=22.792)

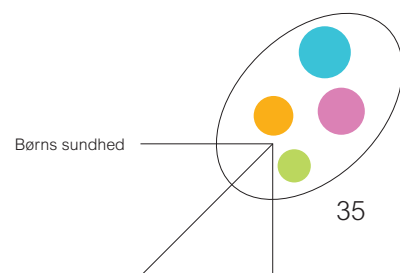




Medfødte misdannelser

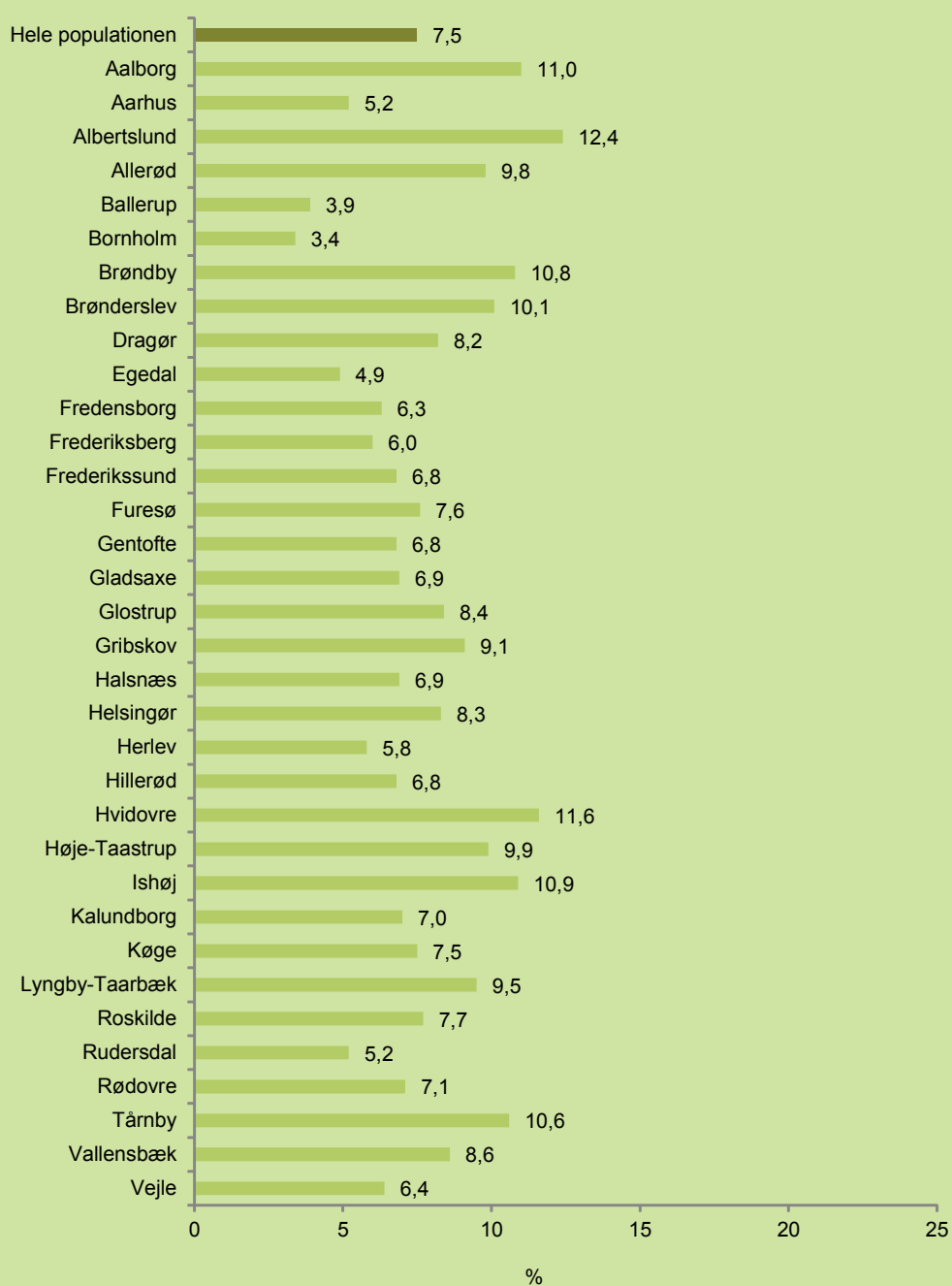
Misdannelser ved fødslen er indhentet via Det Medicinske Fødselsregister og indbefatter alle Q-diagnoserne fra WHO's sygdomsklassifikation (ICD-10). Ifølge registeret havde 7,5 % af børnene i hele populationen én eller flere misdannelser ved fødslen. De tre hyppigste medfødte misdannelser i 2016 er kort tungebånd (Q381),

asymmetrisk hovedform (Q673) og medfødte misdannelser i hoften (Q658). Figur 8a viser andelen af børn med en medfødt misdannelse opdelt på kommune og for den samlede population. Af figuren fremgår det, at andelen af børn med en medfødt misdannelse varierer kommunerne imellem – fra 3,4 % til 12,4 %.





Figur 8a. Andelen af børn med en medfødt misdannelse efter kommune (N=23.480)

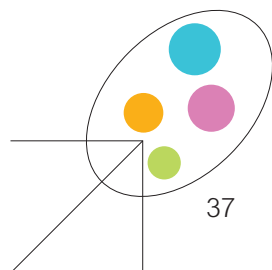




Forekomsten af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet

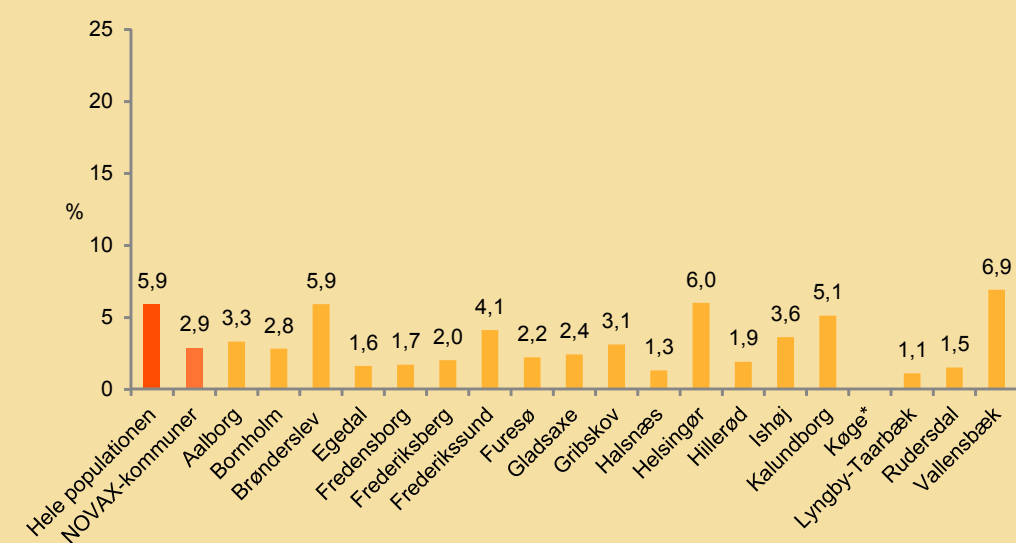
Børn er særligt sårbare over for tobaksrøg, fordi deres lunger ikke er færdigudviklet, og fordi de har en højere respirationsrate. Det betyder, at børn optager flere gange en dosis af røgens stoffer end voksne, der befinder sig i de samme tobaksforurenede omgivelser. Derudover tilbringer børn det meste af deres første leveår inden døre og undersøger ting ved at putte dem i munden. Dermed indånder/indtager de røgens stoffer, der sidder på gulve, møbler og legetøj. Børn er endvidere i tæt fysisk kontakt med rygende voksnes tøj, hår og hænder. Børn, der er udsat for tobaksrøg, bliver oftere syge og rammes hårdere af en lang række sygdomme end andre børn (U.S. Department of Health and Human Services 2010, Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen 2013).

Sundhedsplejersken registrerer i journalen, hvorvidt barnet er udsat for tobaksrøg i hjemmet. Ved udsættelse for tobaksrøg i hjemmet menes, at mindst én person, som barnet bor sammen med, ryger inde i boligen mindst én gang ugentligt, også selvom barnet ikke er til stede i rummet (jf. Sundhedsstyrelsens vejledning). Figur 9a og 10a viser forekomsten af børn, der er udsat for tobaksrøg i hjemmet, i henholdsvis NOVAX- og TM Sund-kommunerne. Kommunerne med stjerne indgår ikke, da antallet af børn med oplysninger om tobaksrøg i hjemmet er meget lille. I hele populationen er 5,9 % af børnene udsat for tobaksrøg i hjemmet. I NOVAX-populationen er det 2,9 % og i TM Sund-populationen er det 8,7 %. Den store variation kommunerne og journalsystemerne imellem er også set i de tidligere rapporter (figur 11a og 12a) på trods af, at vejledningen til journalerne definerer udsættelsen for tobaksrøg ens.

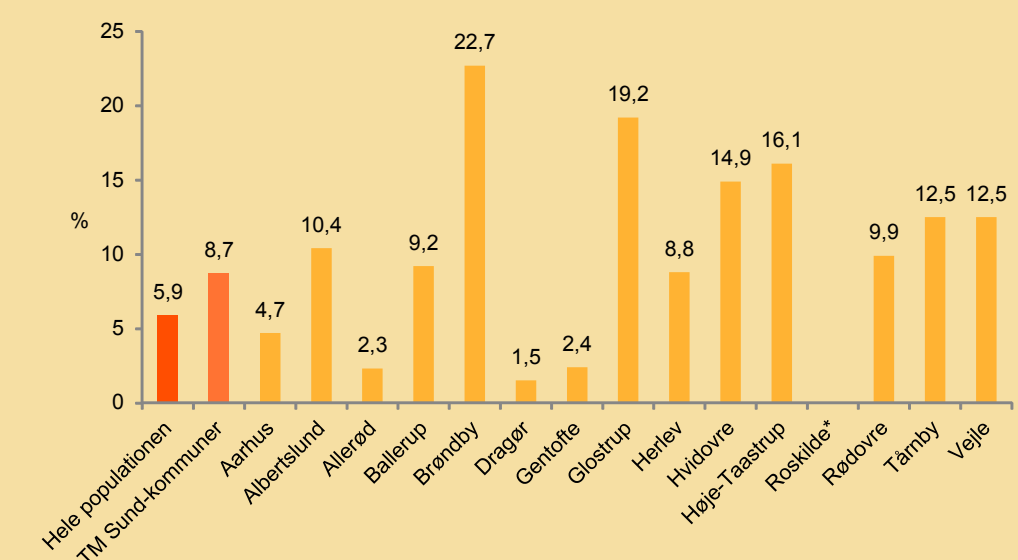




Figur 9a. Andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i NOVAX-kommunerne (N=8.966)



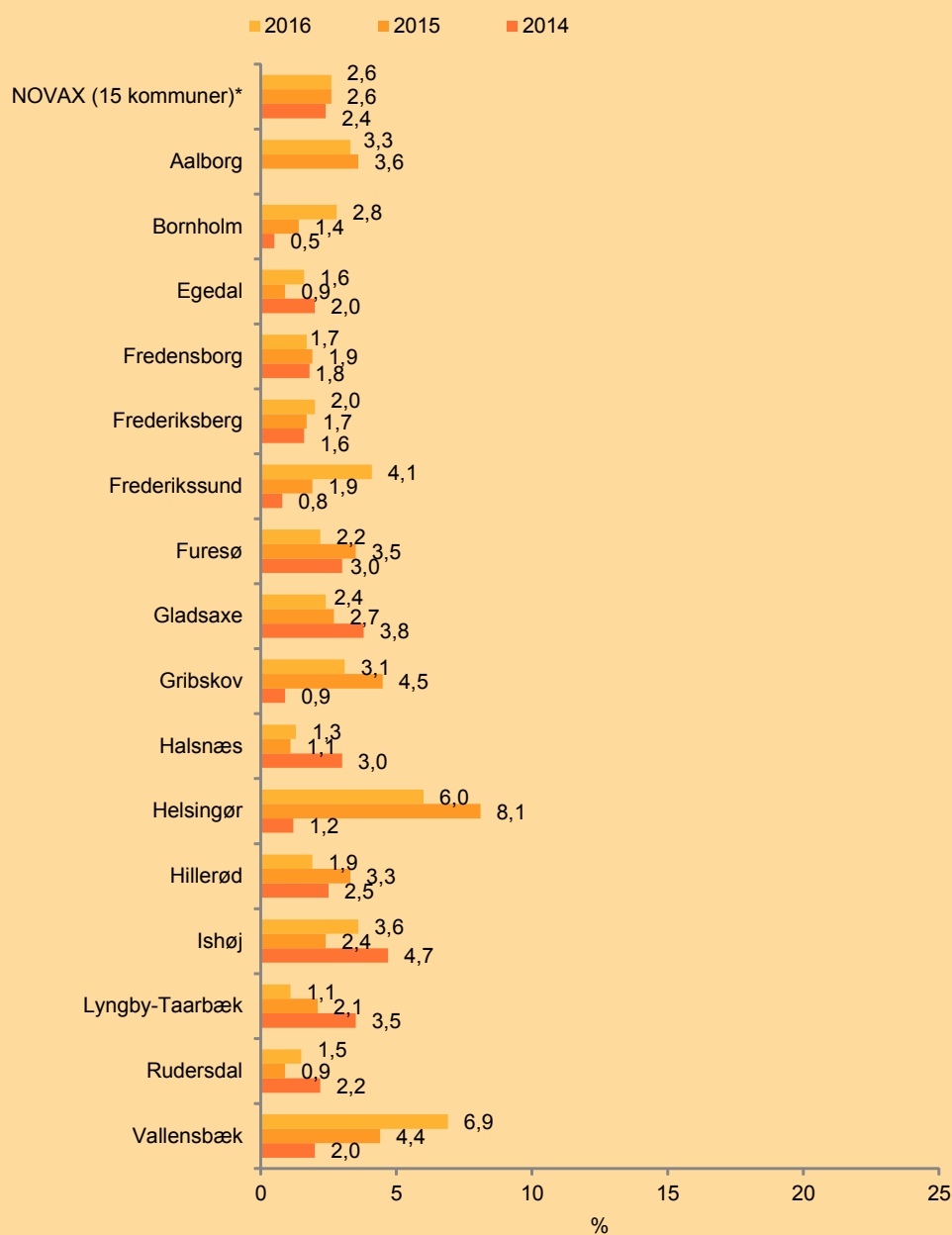
Figur 10a. Andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i TM Sund-kommuner (N=9.352)



Figur 11a viser udviklingen fra 2014 til 2016 i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, samlet i de 15 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de sidste tre år, og for hver NOVAX-kommune, hvor der er oplysninger om

tobaksrøg i hjemmet fra mindst to år. Af figuren ses, at andelen, der udsættes for tobaksrøg, er steget fra 2,4 % i 2014 til 2,6 % i 2015 og i 2016.

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



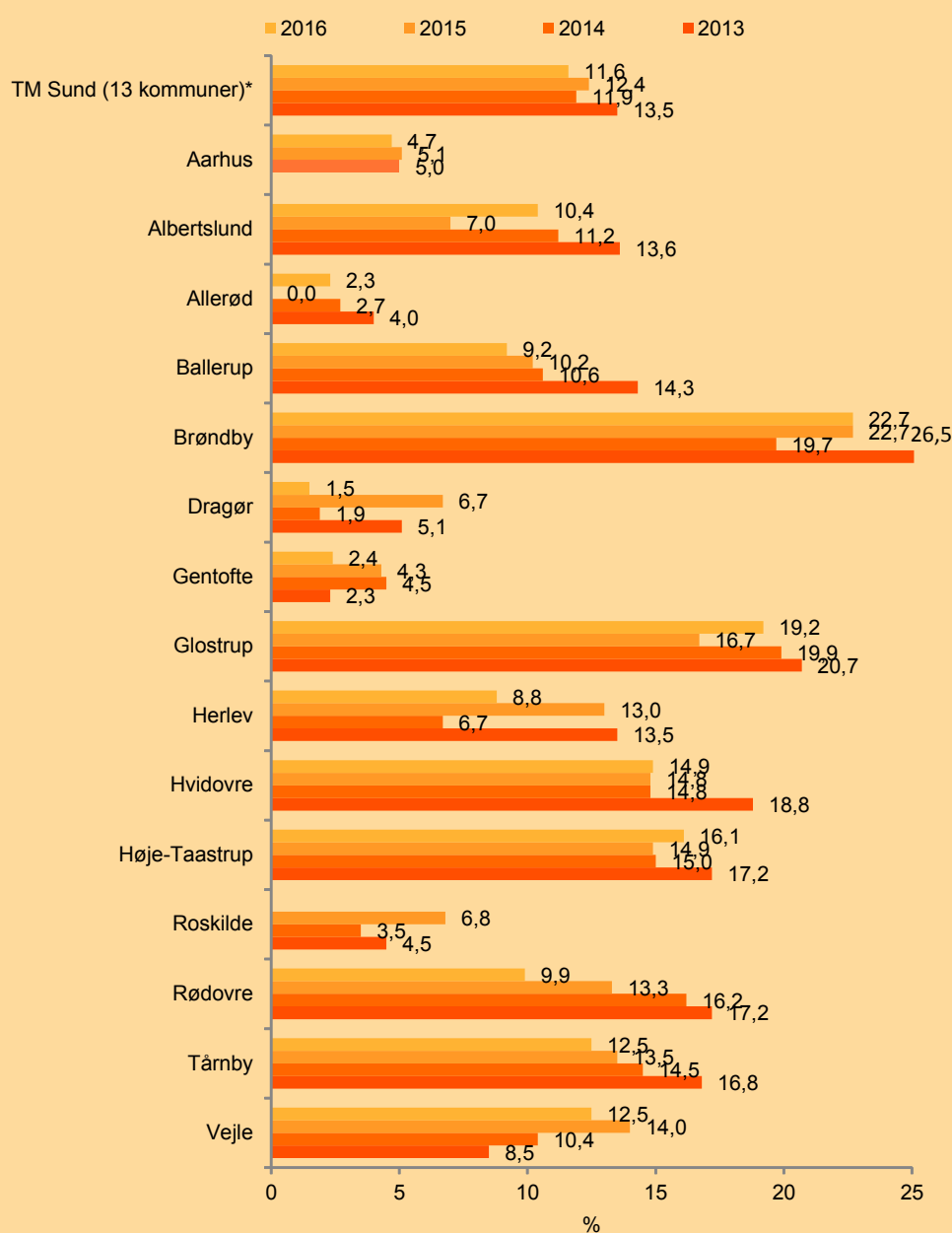
*NOVAX (15 kommuner) indbefatter de 15 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de sidste tre år. Det vil sige Bornholm, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk.



Figur 12a viser udviklingen i forekomsten af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i de 13 TM Sund-kommuner, der har oplysninger om tobaksrøg i hjemmet fra de sidste fire år, og i de TM Sund-kommuner, hvor der er oplysninger om tobaksrøg i hjemmet fra mindst to år. Af figuren ses, at andelen af børn, der udsættes for

tobaksrøg i hjemmet, har svinget mellem 13,5 % i 2013 til 11,6 % i 2016. Det kan dog være lidt problematisk at sammenligne tallene fra 2013 med de senere år, da sundhedsplejersken tidligere ikke skulle notere tobaksrøg i hjemmet, men hvorvidt barnet boede sammen med mindst én ryger.

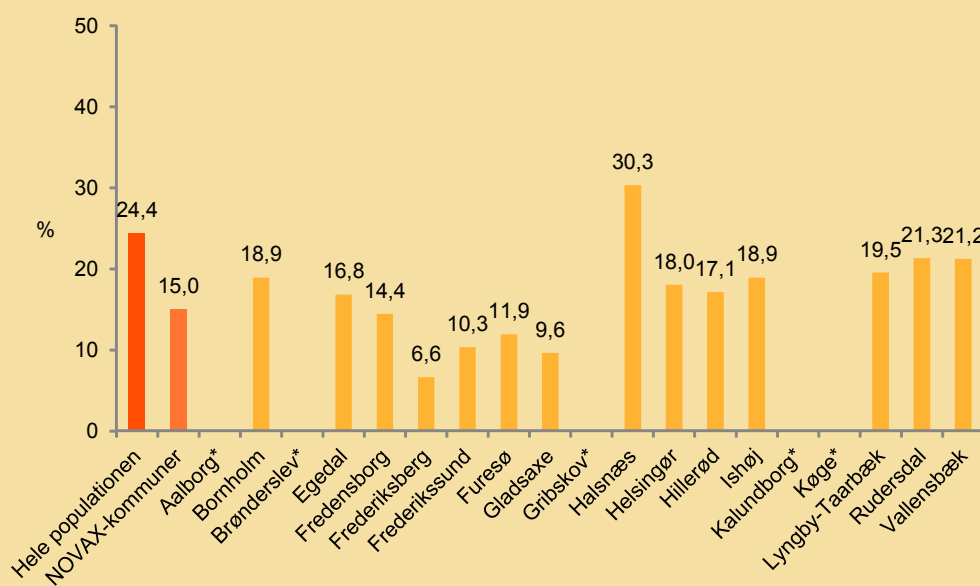
Figur 12a. Udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i TM Sund-kommunerne



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



Figur 13a. Andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i NOVAX-kommunerne (N=5.970)



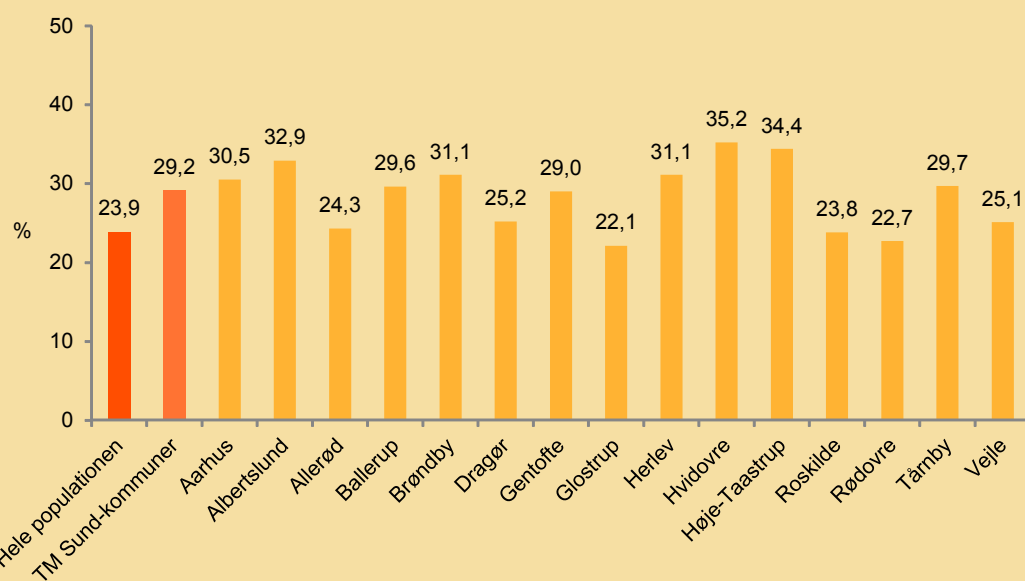
Mors psykiske tilstand

Sundhedsplejersken vurderer mors psykiske tilstand ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Figur 13a viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i NOVAX-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 15,0 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg. Andelen varierer mellem 6,6 % til 30,3 % kommunerne imellem. I den samlede population med både TM Sund-kommunerne og NOVAX-kommunerne er andelen 24,4 %. Kommunerne med stjerne indgår ikke, da antallet af børn med oplysninger om mors psykiske tilstand er meget lille.





Figur 14a. Andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i TM Sund-kommunerne (N=11.874)

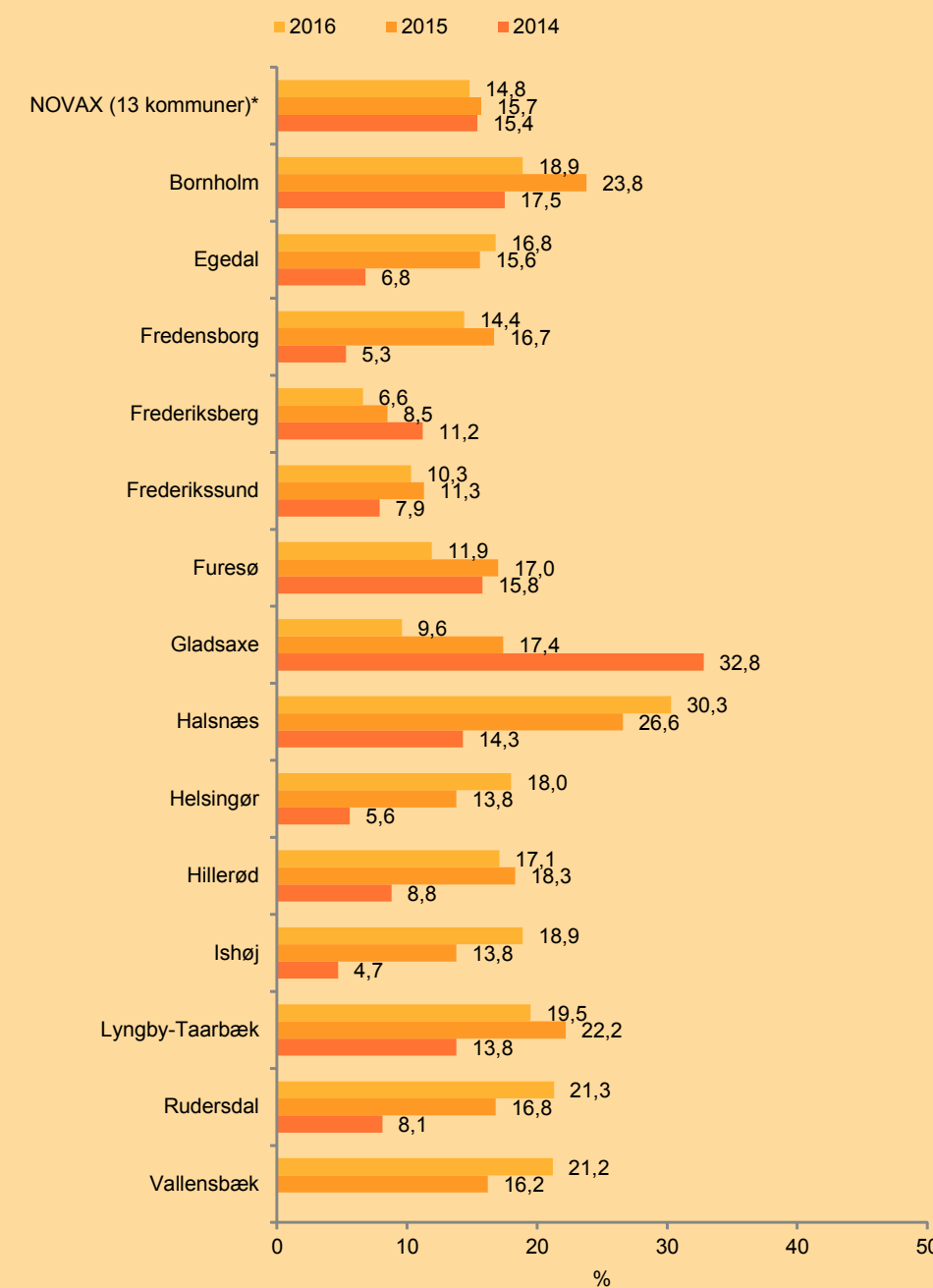


Figur 14a viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i TM Sund-kommunerne. Af figuren ses, at der i næsten en tredjedel af TM Sund-journalerne (29,2 %) er rapporteret bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår. Forekomsten varierer mellem 22,1 % og 35,2 % kommunerne imellem.

Figur 15a viser udviklingen fra 2014 til 2016 i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i de 13 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra alle tre år, samlet og for hver NOVAX-kommune, hvor der er oplysninger om mors psykiske tilstand fra mindst to år. Af figuren ses, at andelen med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i NOVAX-kommunerne er faldet fra 15,7 % i 2015 til 14,8 % i 2016.



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



*NOVAX (13 kommuner) indbefatter de 13 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de sidste tre år. Det vil sige Bornholm, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal.



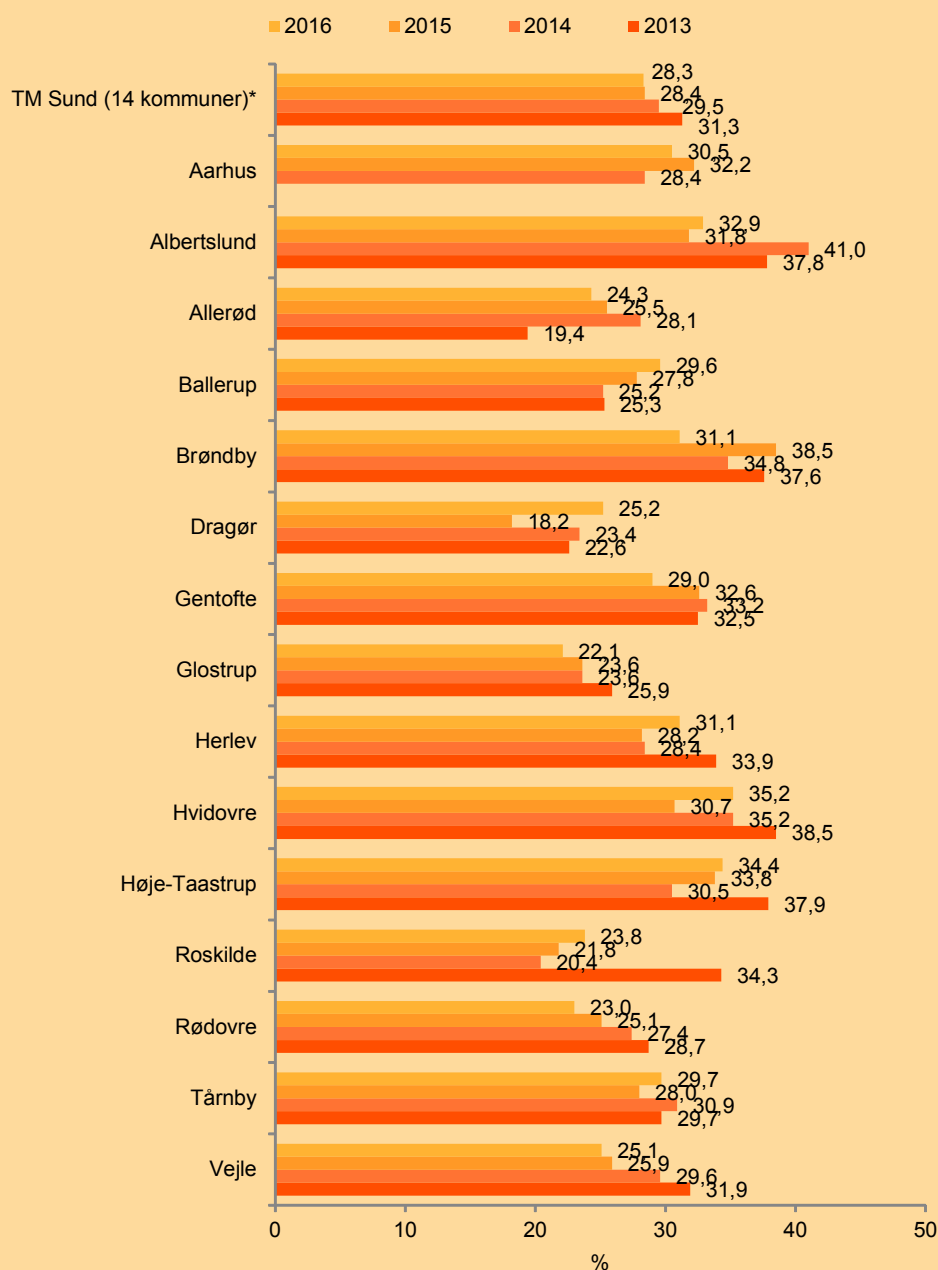
Figur 16a viser udviklingen i forekomsten af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i de 14 TM Sund-kommuner, der har oplysninger om mors psykiske tilstand alle fire år, og i de TM Sund-kommuner, hvor der er

oplysninger om mors psykiske tilstand fra mindst tre år. Af figuren ses, at andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand har svinget mellem 31,3 % til 28,3 % i de seneste fire år med en lille faldende tendens.



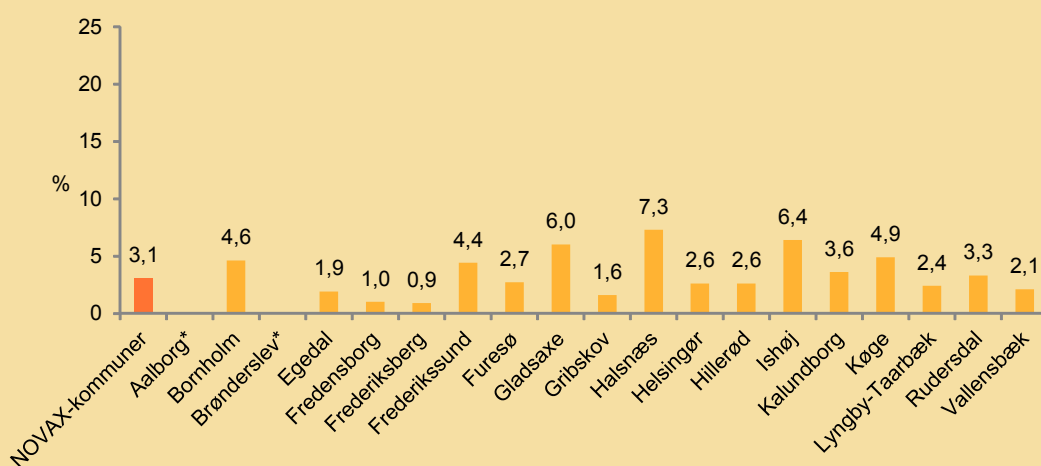


Figur 16a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i TM Sund-kommunerne



*TM Sund (14 kommuner) indbefatter de 14 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.

Figur 17a. Andelen af børn med bemærkning til samvær/kontakt/leg i første leveår, i NOVAX-kommunerne (N=8.058)



Forældre-barn relationen

Både TM Sund- og NOVAX-journalen fokuserer på kontakten mellem barnet og forældrene. Dog ses der en forskel i, hvad de to journalsystemer lægger vægt på i afrapporteringen (Databasen Børns Sundhed 2018a tabel 3). I NOVAX-journalen benævnes forældre-barn relationen samvær/kontakt/leg og fokuserer på barnets evne til at signalere følelsesmæssige behov samt barnets kontakt og tilknytning til primære omsorgspersoner, såsom forældrene. I TM-Sund-journalen benævnes forældre-barn relationen som forældre-barn kontakt og samspil, og fokuserer på forældrenes kontakt og samspil med barnet i forhold til, om de forstår barnets behov.

Samvær, kontakt og leg i kommuner, der benytter NOVAX-journalen

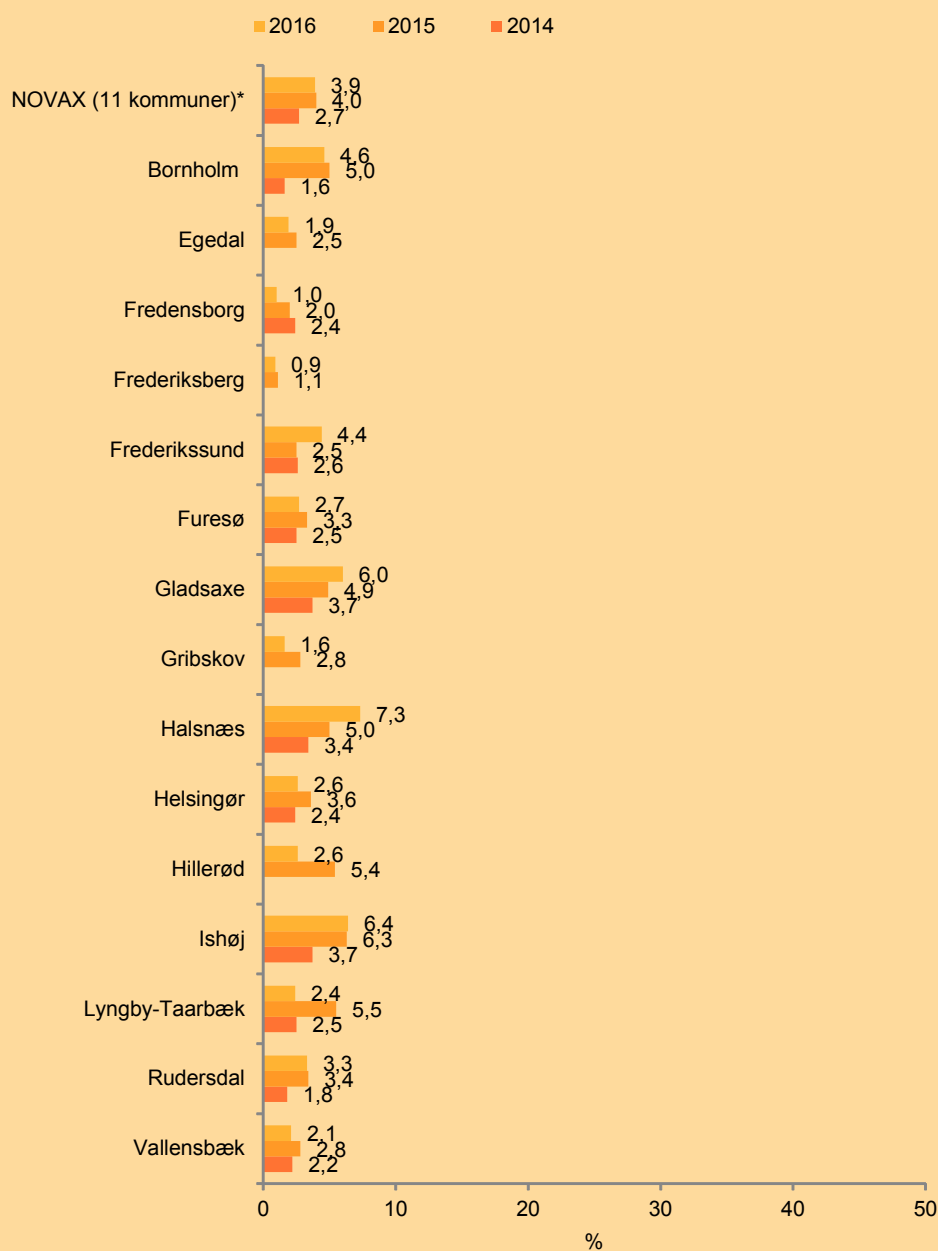
Figur 17a viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til samvær/kontakt/leg ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i NOVAX-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 3,1 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til samvær/kontakt/leg ved mindst ét besøg. Andelen varierer mellem 0,9 % og 7,3 %

kommunerne imellem. Kommunerne med stjerne indgår ikke, da antallet af børn med oplysninger om samvær/kontakt/leg er meget lille. Andelene i figur 17a kan være forskellige fra andelene, der vises i temarapporten omhandlerende forældre-barn relationen. Det skyldes, at der indgår færre børn i temarapporten, da temarapporten kun inddrager børn, hvor der er noteret oplysninger om forældre-barn relationen, samt fjerner børn, der er flyttet mellem to kommuner, og som følge deraf indgår i begge journalsystemer. Derudover indgår alle NOVAX-kommuner i temarapporten, hvor kommuner med høj missing er taget ud af analysen af den samlede populationen i sundhedsprofilen.

Figur 18a viser udviklingen i fra 2014 til 2016 i andelen af børn med bemærkning til samvær/kontakt/leg ved mindst ét besøg i de 11 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra alle tre år, samlet og for hver NOVAX-kommune, hvor der er oplysninger om samvær/kontakt fra mindst to år. Figuren viser, at forekomsten i de 11 NOVAX-kommuner, der har indgået alle tre år, har svinget mellem 2,7 % i 2014 og 4,0 % i 2015.



Figur 18a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til samvær/kontakt, i første leveår i NOVAX-kommunerne



*NOVAX (11 kommuner) indbefatter de 11 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de sidste tre år. Det vil sige Bornholm, Fredensborg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Halsnæs, Helsingør, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk.

Figur 19a. Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår, i TM Sund-kommunerne (N=12.109)



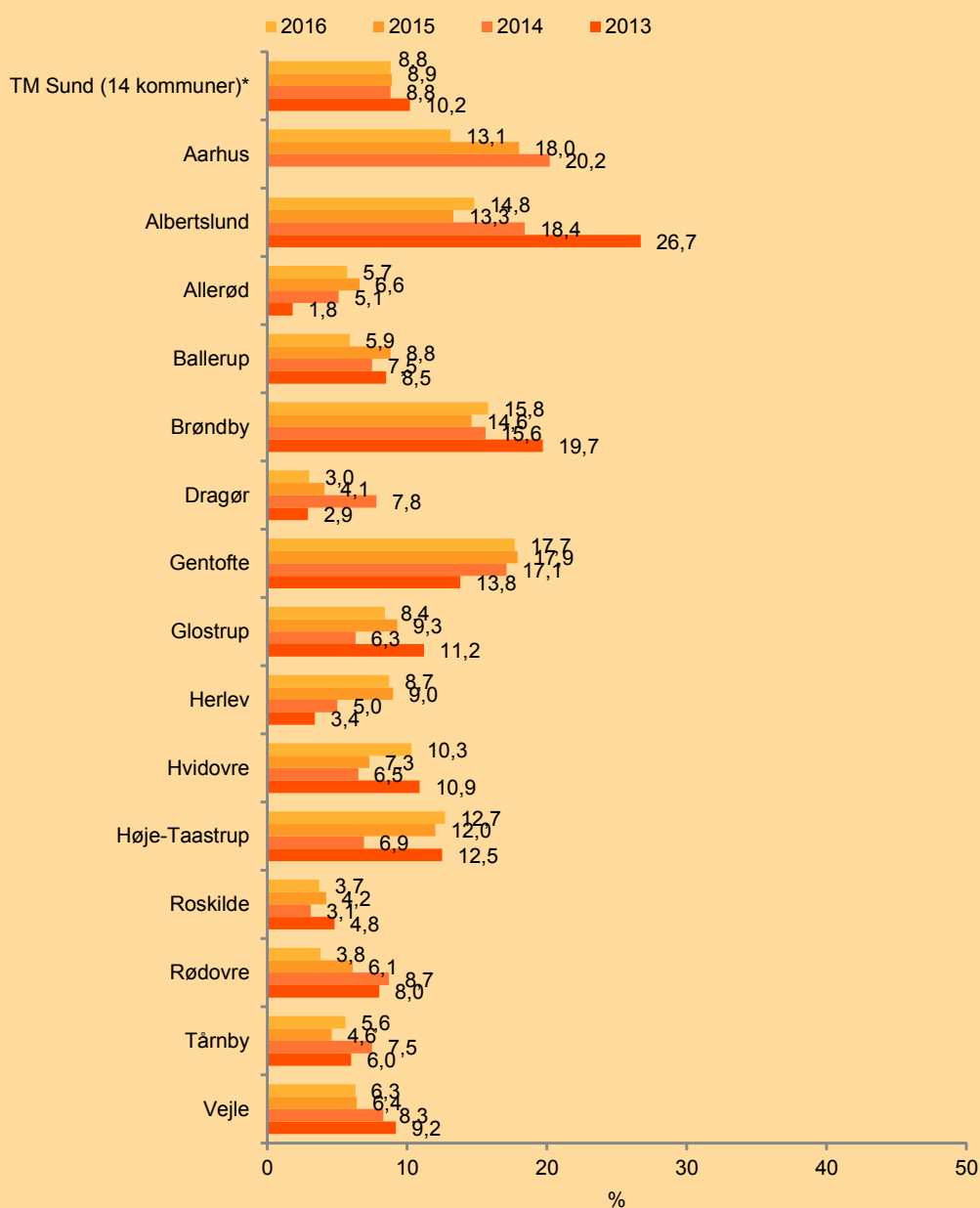
Forældre-barn kontakt og samspil i kommuner, der benytter TM Sund-journalen

Figur 19a viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i TM Sund-kommunerne. Af figuren ses, at der i 10,5 % af journalerne er rapporteret bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg. Forekomsten varierer mellem 3,0 % og 17,7 % kommunerne imellem.

Figur 20a viser udviklingen fra 2013 til 2016 i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i TM Sund-populationen. Figuren viser, at forekomsten i de 14 TM Sund-kommuner, der har været med i Databasen Børns Sundhed alle fire år, har svinget mellem 10,2 % og 8,8 % de seneste fire år. Figuren viser, at forekomsten i de 11 NOVAX-kommuner, der har indgået alle tre år, har svinget mellem 2,7 % i 2014 og 4,0 % i 2015.



Figur 20a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår, i TM Sund-kommunerne



*TM Sund (14 kommuner) indbefatter de 14 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.



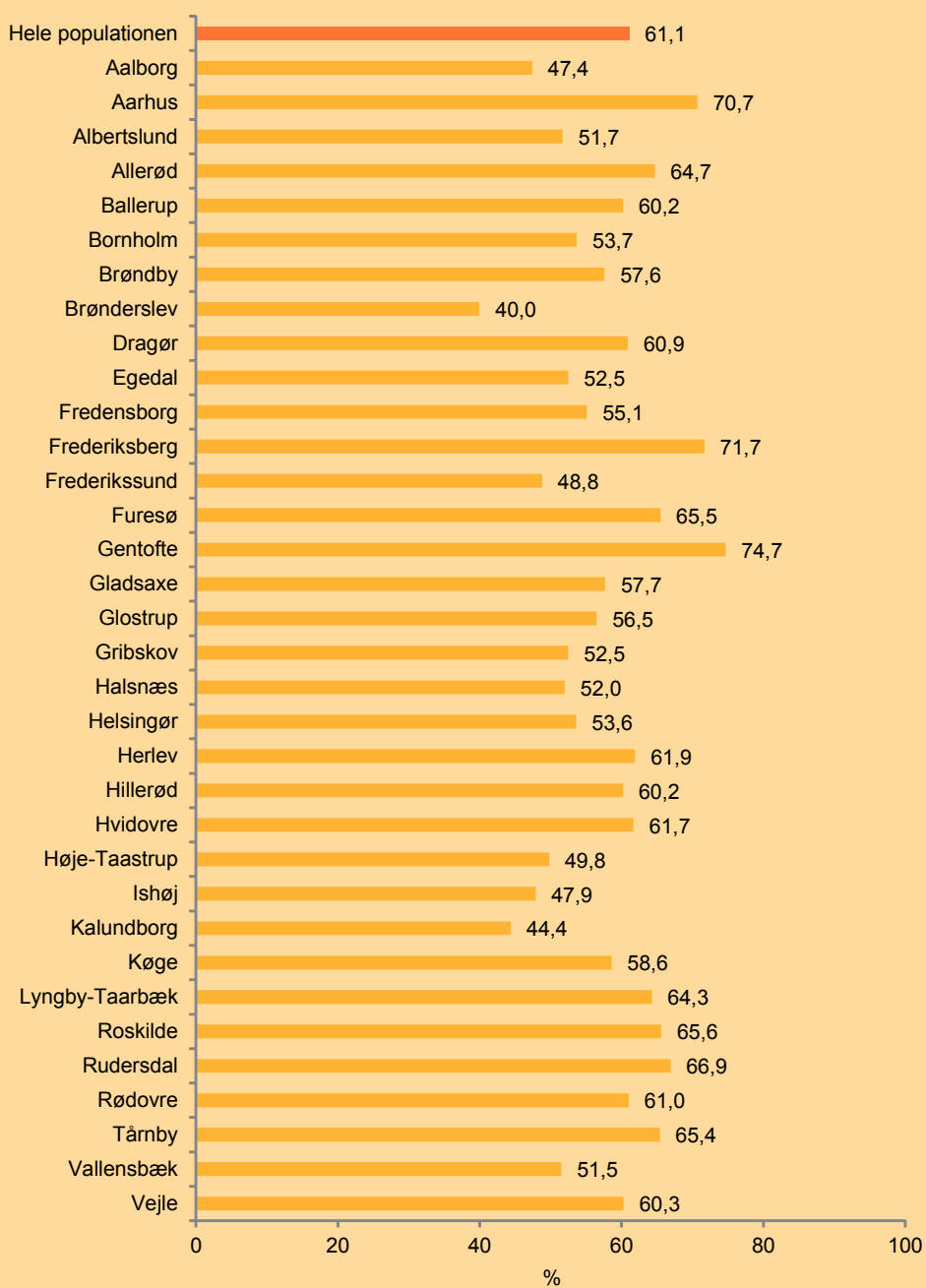
Fuld amning i mindst fire måneder

Fuld amning er i TM Sund-journalen registreret ved, at sundhedsplejersken noterer fuld amning efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger i måneder og uger. I NOVAX-journalen registrerer sundhedsplejersken en start- og slutdato for fuld amning, og analyserne vedrørende amning inkluderer derfor kun børn, der har en slutdato for fuld amning. Det betyder, at børn, hvor der ikke er noteret en slutdato, eventuelt fordi de ikke har haft et besøg efter endt amning, ikke inkluderes i analyserne, hvilket kan medføre en undervurdering i andelen af børn, der ammes fuldt i mindst fire måneder.

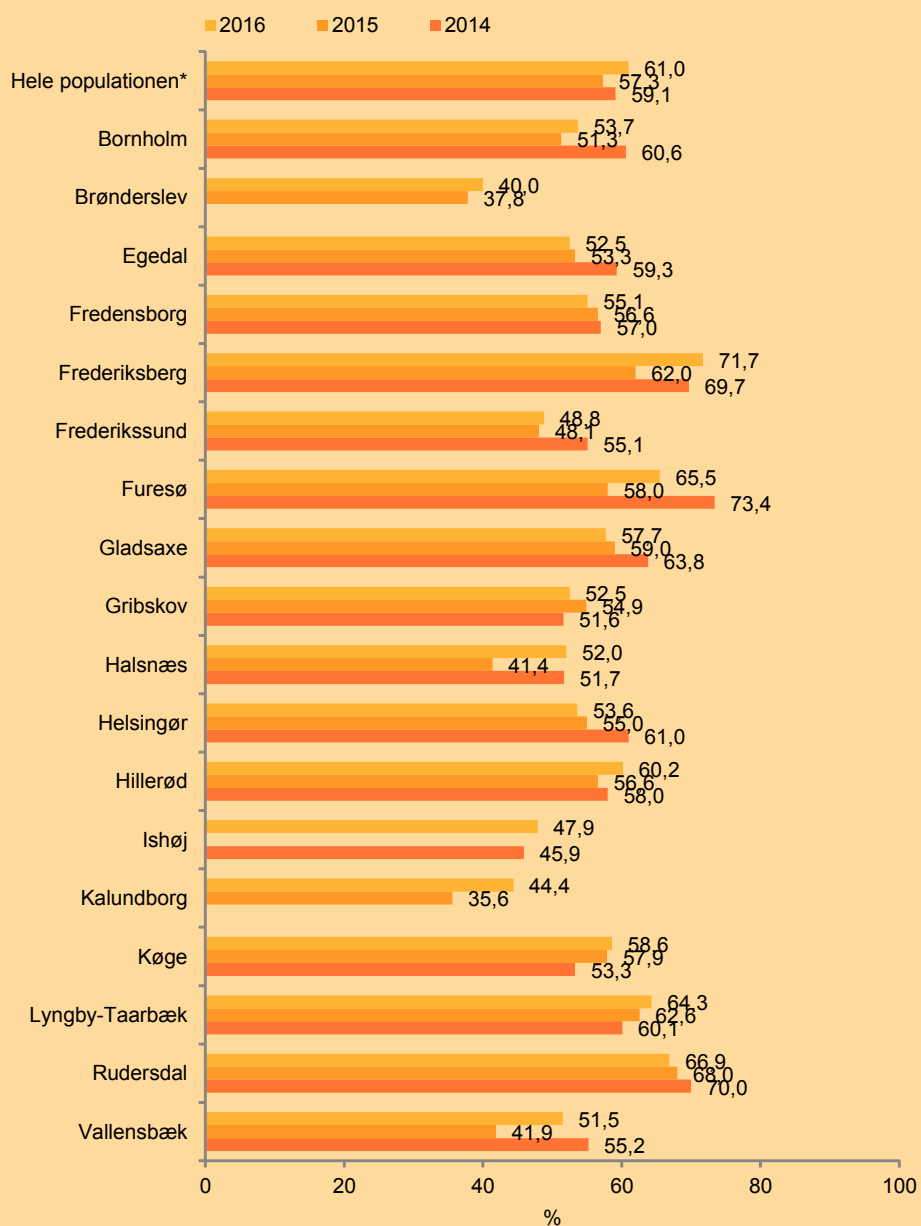
Figur 21a viser forekomsten af børn, der er ammet i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefaling om fuld amning i mindst fire måneder (Sundhedsstyrelsen 2018). Blandt børnene i sundhedsprofilen blev 61,1 % ammet fuldt i mindst fire måneder, hvilket vil sige, at 38,9 % af børnene ikke blev ammet fuldt i fire måneder. Figur 22a og 23a viser udviklingen fra 2014 til 2016 i andelen af børn, der bliver ammet fuldt i mindst fire måneder for de kommuner, der har oplysninger fra alle tre år, samlet og for hver kommune, hvor der er oplysninger om amning fra mindst to år. På grund af vanskeligheder med data vedrørende amning for børn født i 2015 er andelen af børn, der er ammet fuldt i mindst fire måneder, revideret og derfor ikke sammenlignelig med årsrapporten for børn født i 2015. Figurerne viser, at andelen af børn, der bliver ammet i mindst fire måneder, har svinget mellem 57,3 % i 2015 til 61,0 % i 2016.



Figur 21a. Andelen af børn, der bliver ammet fuldt i mindst fire måneder (N=19.308)



Figur 22a. Udviklingen i andelen af børn, der er ammet fuldt i mindst fire måneder, i hele populationen og i NOVAX-kommunerne

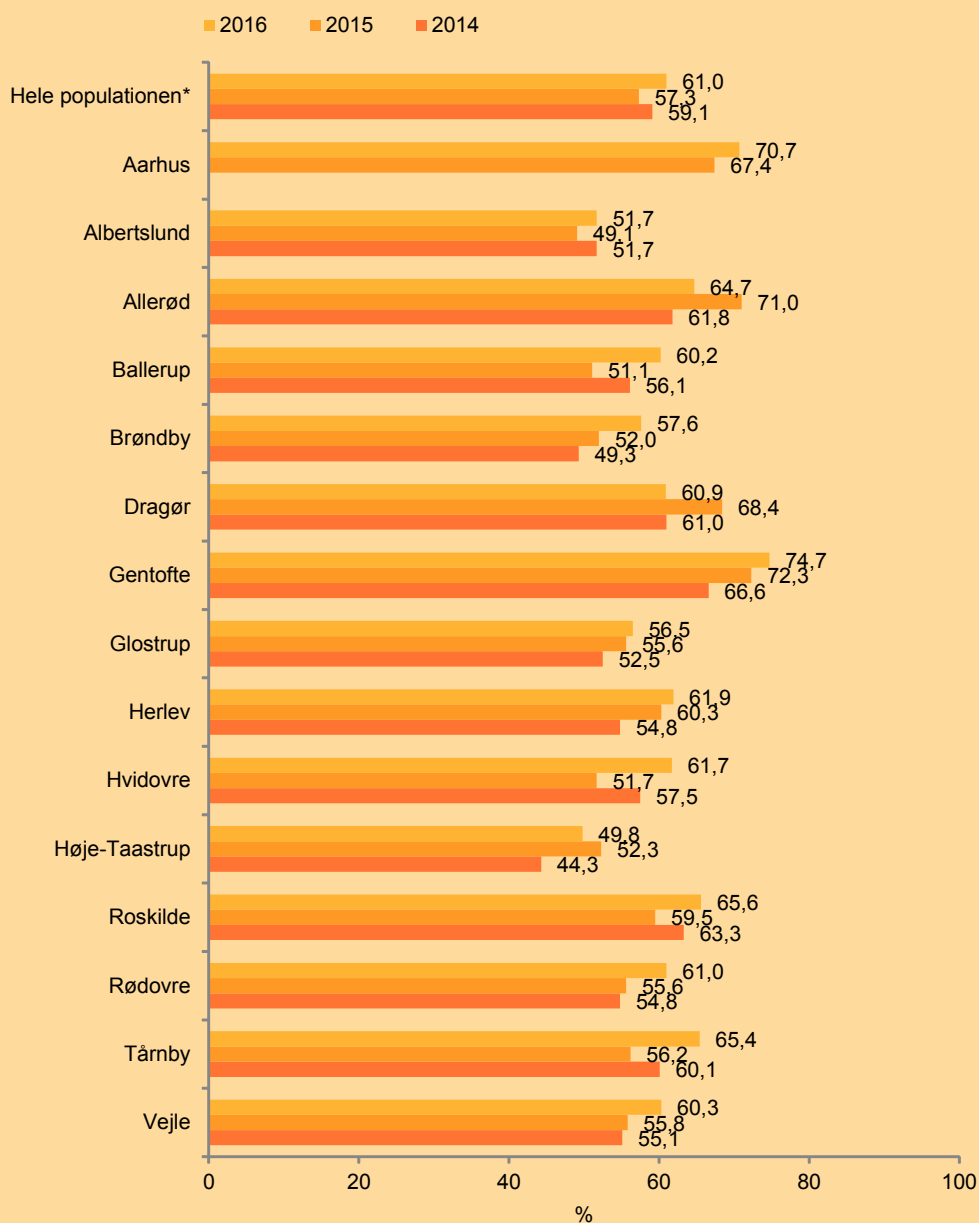


*Hele populationen indbefatter de 29 kommuner, der har oplysninger fra de sidste tre år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

Børns sundhed



Figur 23a. Udviklingen i andelen af børn, der er ammet fuldt i mindst fire måneder, i hele populationen og i TM Sund-kommunerne



*Hele populationen indbefatter de 29 kommuner, der har oplysninger fra de sidste tre år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.



Motorik

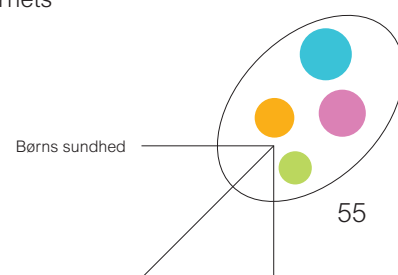
Barnets motoriske færdigheder danner grundlag for dets bevægelsesmuligheder og er derfor afgørende for barnets interaktion med omverdenen. Evnen til at bevæge sig påvirker udviklingen af andre egenskaber, herunder kognitive, følelsesmæssige og sociale færdigheder (Haywood 2001, Payne & Isaacs 2011, Sigmundsson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

Da der er en meget stor gruppe af børn (25,3 %), der har bemærkning til motorik ved mindst ét besøg i første leveår, har vi valgt at se på den lidt mindre gruppe af børn, hvor de motoriske problemer fremtræder lidt mere tydelige, nemlig børn der har bemærkning til deres motorik ved mindst to besøg i første leveår.

Figur 24a viser forekomsten af to eller flere besøg med bemærkninger til barnets motorik i første leveår i NOVAX-kommunerne. Af figuren

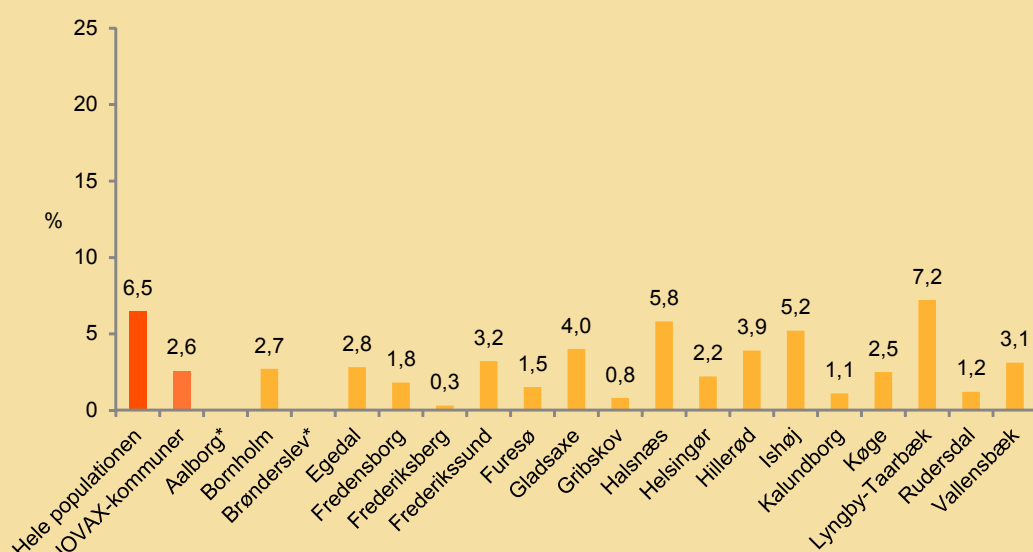
fremgår det, at 2,6 % af børnene i NOVAX-kommunerne har mindst to besøg med bemærkninger til deres motorik i første leveår. Andelen varierer fra 0,3 % til 7,2 %. I den samlede population med både NOVAX- og TM Sund-kommunerne har 6,5 % af børnene mindst to besøg med bemærkninger til motorik i første leveår. Kommunerne med stjerne indgår ikke, da antallet af børn med oplysninger om motorik er meget lille.

Figur 25a viser forekomsten af to eller flere besøg med bemærkninger til barnets motorik i første leveår i TM Sund-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 9,2 % af børnene i TM Sund-kommunerne har mindst to besøg med bemærkninger til deres motorik i første leveår. Andelen varierer fra 5,2 % til 23,9 %. Forskellen i andelen af børn med bemærkninger til motorik mellem kommunerne og de to journalsystemer er også set i de foregående år (figur 26a og 27a), og kan være et udtryk for, at der anvendes flere forskellige metoder til vurdering af barnets motoriske færdigheder.

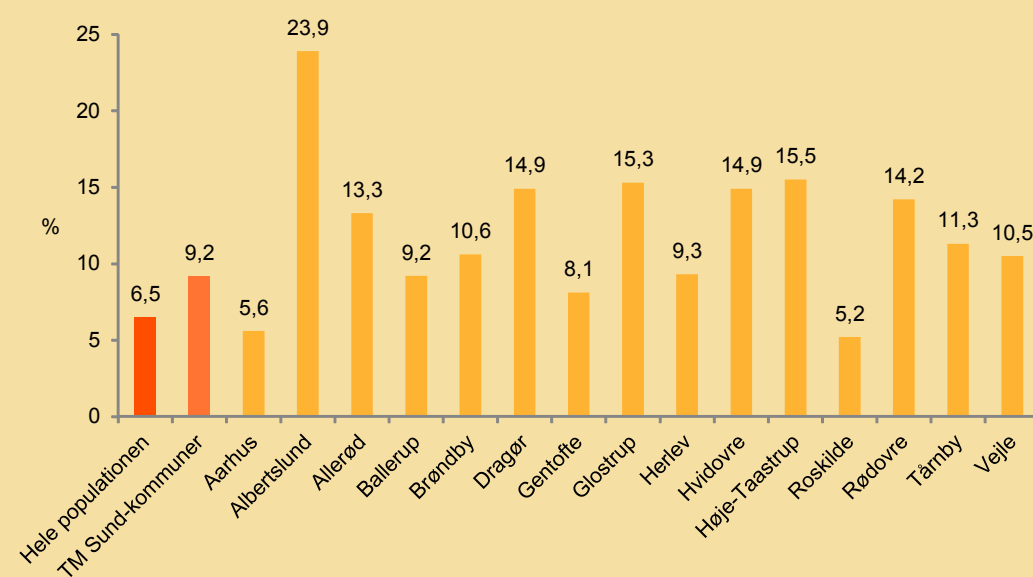




Figur 24a. Andelen af børn med to eller flere bemærkninger til motorik i første leveår, i NOVAX-kommunerne (N=8.073)



Figur 25a. Andelen af børn med to eller flere bemærkninger til motorik i første leveår i TM Sund-kommunerne (N=11.961)





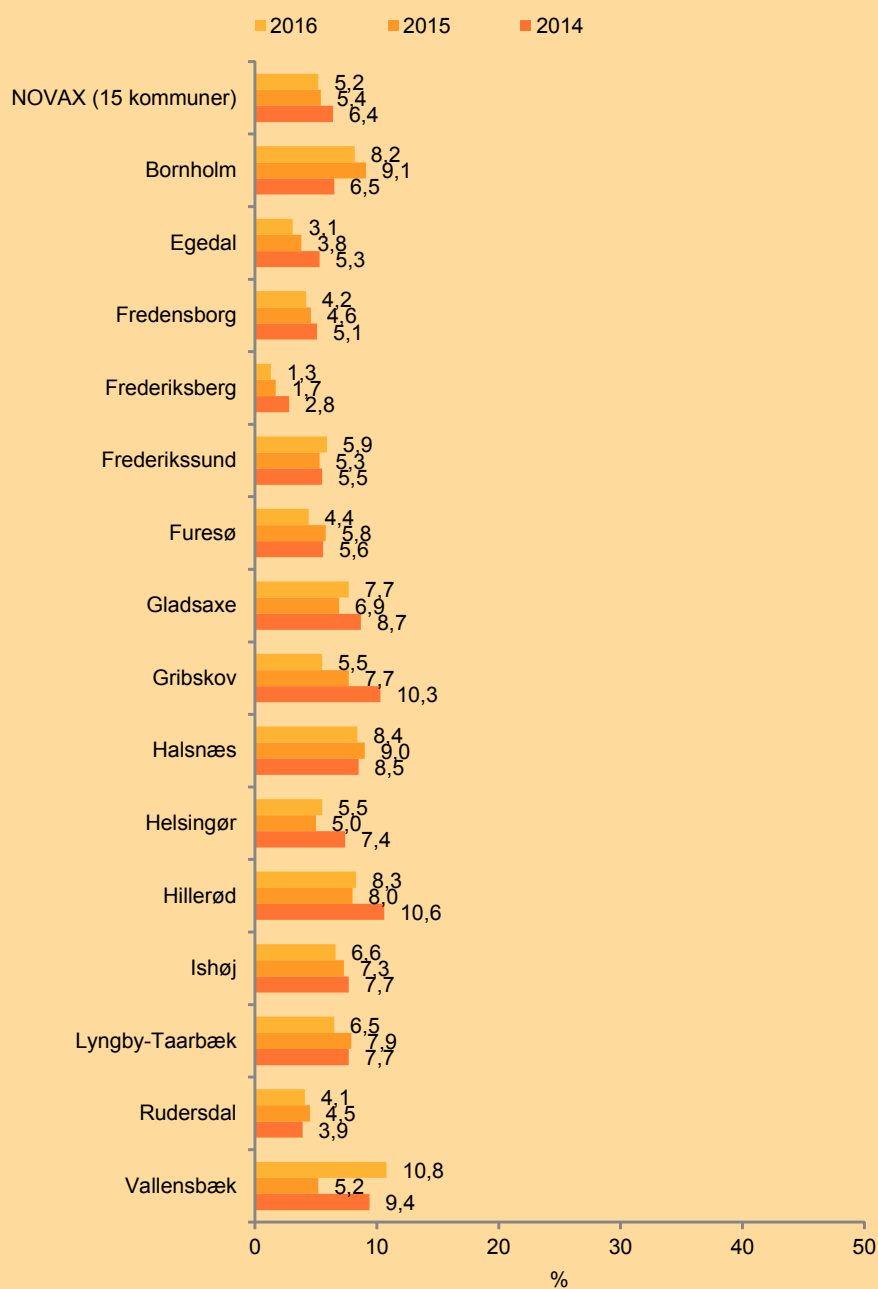
Figur 26a viser udviklingen fra 2014 til 2016 i andelen af børn med én bemærkning til motorik i otte- til timånedersalderen (D-besøget) for de 15 NOVAX-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed alle tre år, samlet og for hver enkel kommune, hvor der er oplysninger fra alle tre år. Af figuren ses, at andelen af børn med én bemærkning til motorik ved D-besøget er faldet fra 6,4 % i 2014 til 5,2 % i 2016.

Figur 27a viser udviklingen i forekomsten af børn med én bemærkning til motorik ved D-besøget i de 14 TM Sund-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed alle fire år, og i de TM Sund-kommuner, hvor der er oplysninger om motorik fra mindst tre år. Forekomsten af børn med én bemærkning til motorik ved D-besøget har været faldende fra 25,1 % i 2013 til 23,3 % i 2016.

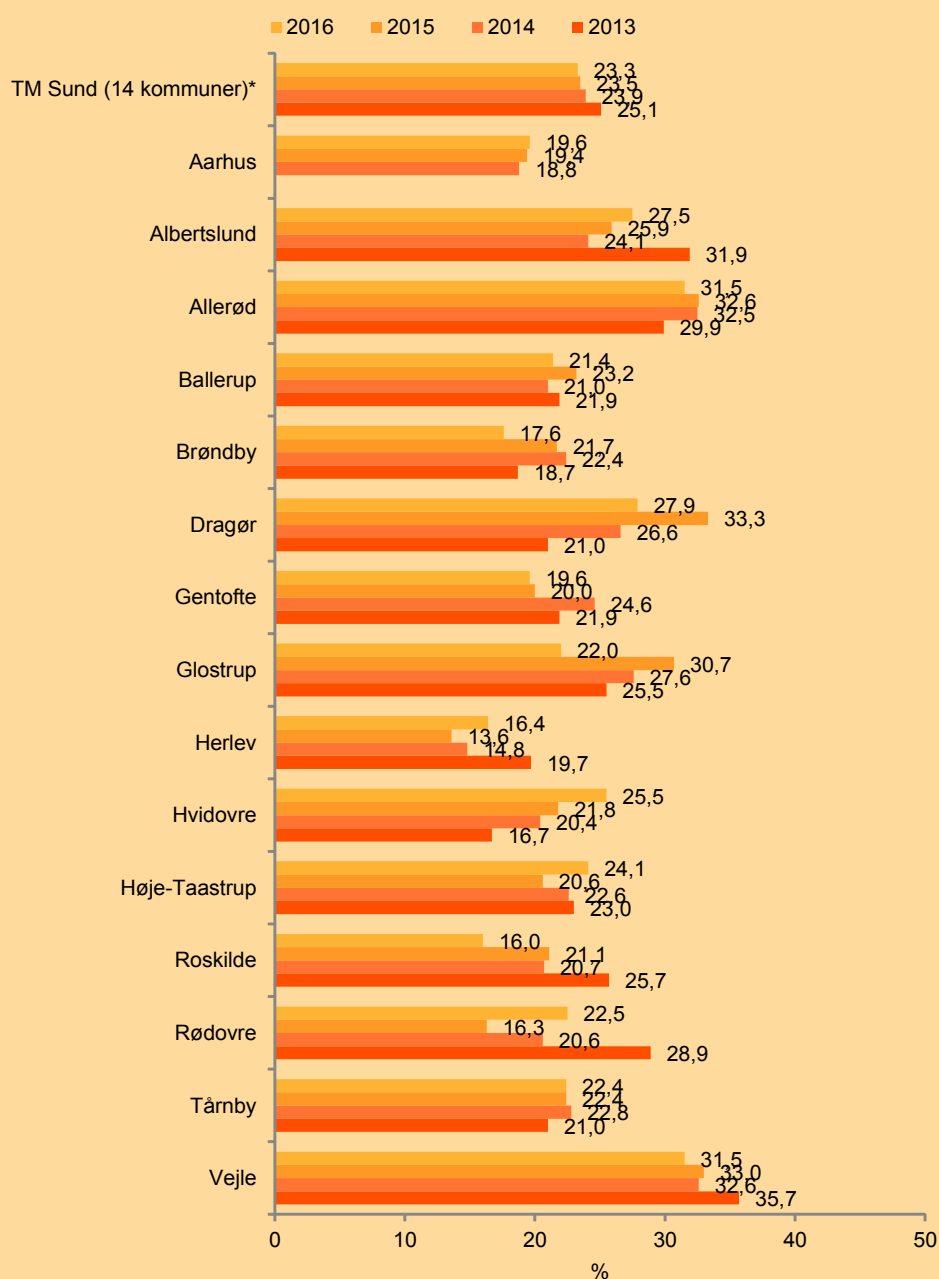




Figur 26a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til barnets motorik i otte- til timånedersalderen, i NOVAX-kommunerne



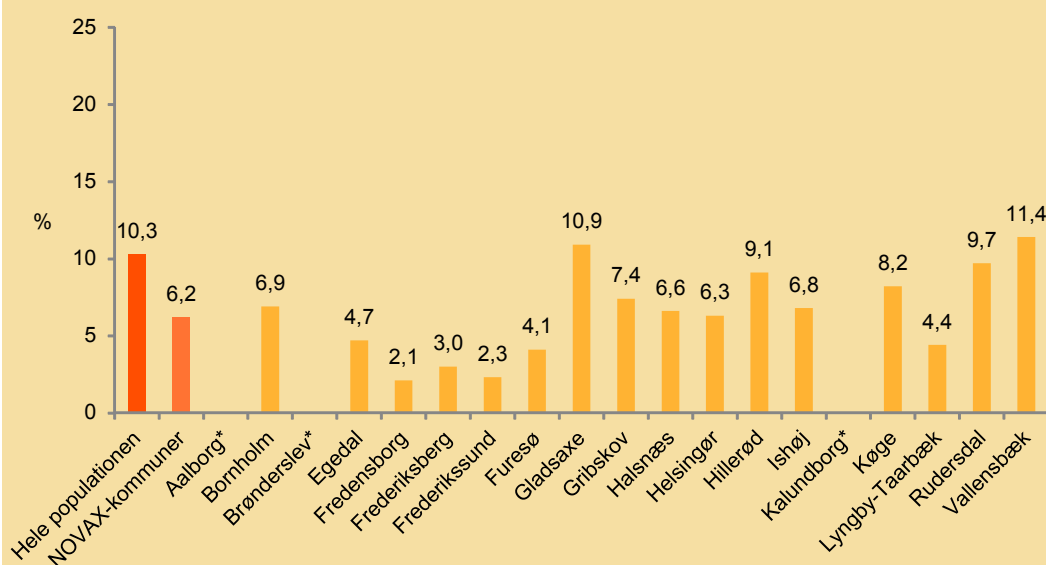
Figur 27a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til barnets motorik i otte- til timånedersalderen, i TM Sund-kommunerne



*TM Sund (14 kommuner) indbefatter de 14 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.



Figur 28a. Andelen af børn med bemærkning til søvn ved mindst ét af de fire besøg i første leveår, i NOVAX-kommunerne (N=7.791)



Søvn

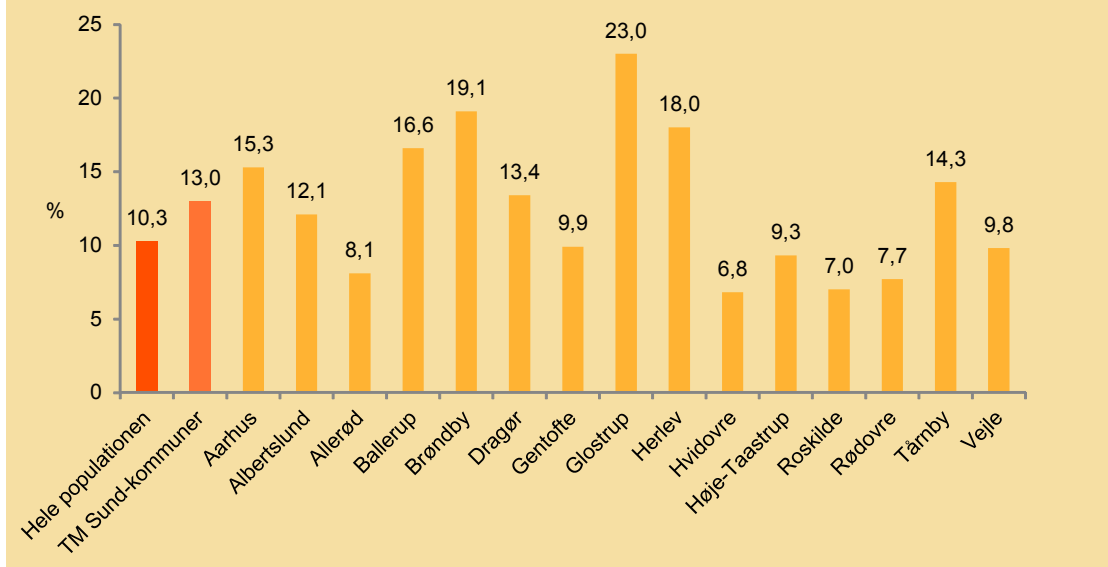
Sundhedsplejersken vurderer barnets døgnrytme og søvnmønster ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Det registreres i journalen, om barnets døgnrytme og søvnmønster lever op til den alderstilsvarende udvikling og barnets behov.

Figur 29a viser forekomsten af børn med bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår i TM Sund-kommunerne. Af figuren ses, at 13,0 % af børnene i TM Sund-kommunerne har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg. Forekomsten svinger mellem 6,8 % og 23,0 %.

Figur 28a viser forekomsten af børn med bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår i NOVAX-kommunerne. Figuren viser, at 6,2 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg. Forekomsten svinger mellem 2,1 % og 11,4 % kommunerne imellem. I den samlede population med både TM Sund- og NOVAX-kommunerne har 10,3 % af børnene bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår (figur 28a og figur 29a). Kommunerne med stjerne indgår ikke, da antallet af børn med oplysninger om søvn er meget lille.



Figur 29a. Andelen af børn med bemærkning til søvn ved mindst ét af de fire besøg i første leveår, i TM Sund-kommunerne (N=11.994)

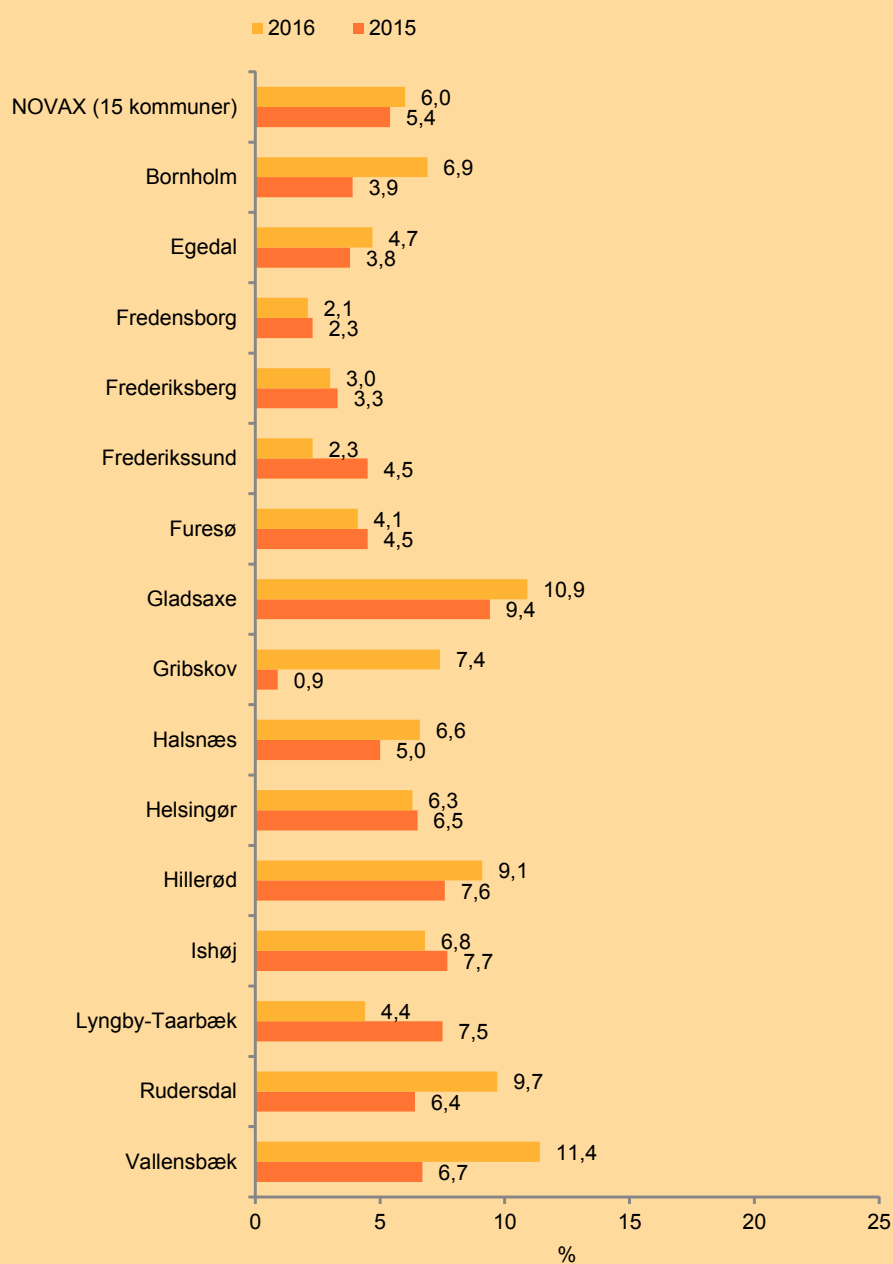


Figur 30a viser udviklingen i forekomsten af børn med bemærkning til søvn ved mindst ét besøg i første leveår i de 15 NOVAX-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed i 2015 og 2016. Forekomsten af børn med bemærkning til søvn i 2014 fremgår ikke af figuren, da NOVAX-data vedrørende søvn fra 2014 ikke er valide. Det skyldes, at det var første år NOVAX-kommunerne indgik i Databasen Børns Sundhed og registrering af søvn ikke blev foretaget systematisk. Forekomsten af børn med bemærkning til søvn har varieret fra 5,4 % i 2015 til 6,0 % i 2016.

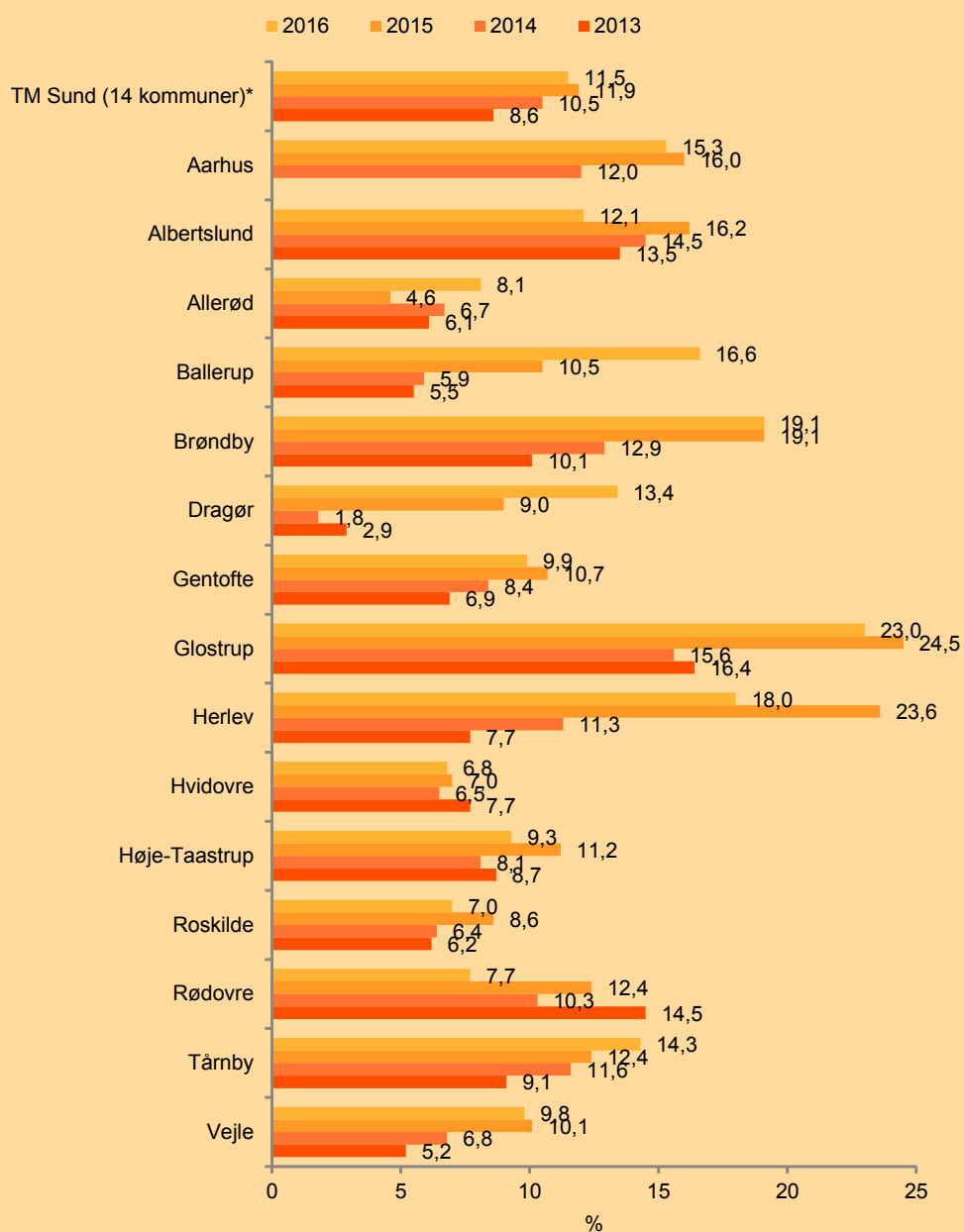
Figur 31a viser udviklingen i forekomsten af børn med bemærkning til søvn ved mindst ét besøg i første leveår i de 14 TM Sund-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed alle fire år, og i de TM Sund-kommuner, hvor der er oplysninger om søvn fra mindst tre år. Forekomsten af børn med bemærkninger til søvn har varieret fra 8,6 % i 2013 til 11,9 % i 2015.



Figur 30a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til søvn ved mindst ét besøg i første leveår, i NOVAX-kommunerne



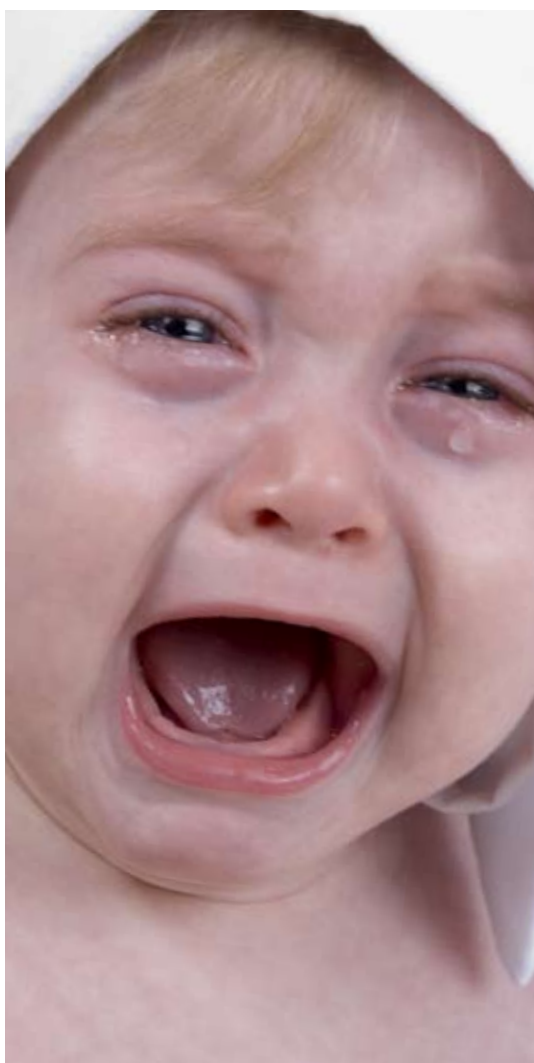
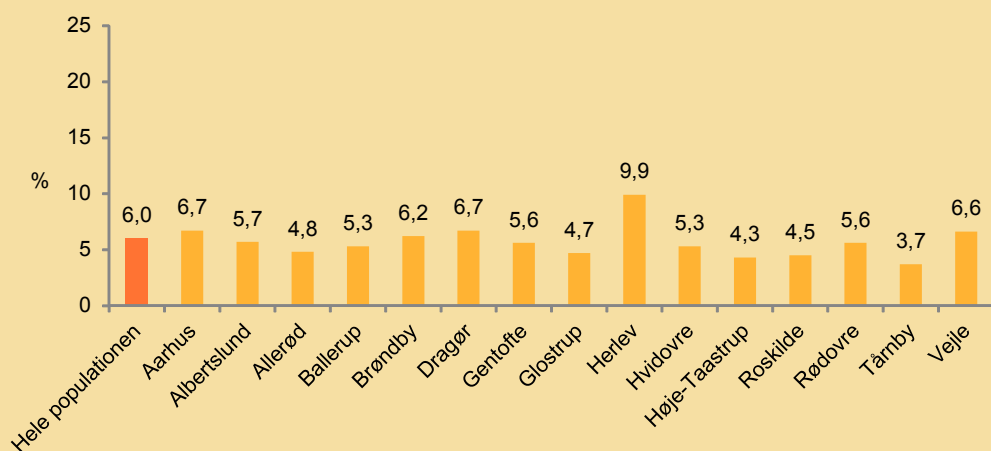
Figur 31a. Udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til søvn ved mindst ét besøg i første leveår, i TM Sund-kommunerne



*TM Sund (14 kommuner) indbefatter de 14 TM Sund-kommuner, der har oplysninger fra de sidste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.



Figur 32a. Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved mindst ét besøg i første leveår opdelt på kommune (N=11.988)



Uro/gråd

I TM Sund-journalen registreres det, om der er bemærkning til uro/gråd. Figur 32a viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd. Figuren viser, at 6,0 % af børnene har bemærkning til uro/gråd ved mindst ét af de fire besøg i barnets første leveår. Andelen varierer fra 3,7 % til 9,9 % kommunerne imellem.

Vækst

Når man monitorerer små børns vækst, er det vigtigt, at man bruger den optimale vækst som reference. Den optimale vækst beskrives med en standardkurve baseret udelukkende på raske børn. I 2006 udgav WHO en ny vækstreference til børn i alderen nul til fem år baseret på The WHO Multicentre Growth Reference Study (WHO 2006). Denne vækstreference er baseret på en population af sunde og ammede spædbørn, der er vokset op i et miljø, der ikke begrænser børnenes vækst. Denne vækstreference er implementeret som standardreference for



Tabel 5a. Procentfordeling af børn efter WHO's definition af vægtstatus i seks- til timånedersalderen (N=19.905)

	Samlet		Drenge		Piger	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Undervægtig	373	1,9	237	2,3	136	1,4
Normalvægtig	15.070	75,7	7.622	74,7	7.448	76,8
I risiko for overvægt	3.496	17,6	1.808	17,7	1.688	17,4
Overvægtig	845	4,3	461	4,5	384	4,0
Svært overvægtig	121	0,6	77	0,8	44	0,5

børns vækst i adskillige lande, og Sundhedsstyrelsen anbefaler brug af denne vækstreference ved monitorering af overvægt blandt små børn (Sjöberg et al. 2017), den vil derfor også blive anvendt i denne rapport.

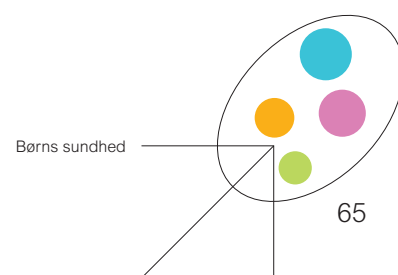
Med brug af WHO-vækstreferencer udregnes en z-score også kaldet en standardafvigelsesscore. Denne kan benyttes til at beskrive, hvor meget et barns vækst afviger fra gennemsnittet. En z-score på 0 svarer til gennemsnitsværdien, og jo højere eller lavere en z-score, jo længere ligger målingen fra gennemsnittet.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

I tabel 5a ses fordelingen af børn født i 2016 i forhold til WHO's definition af undervægt, normalvægt og overvægt. Af tabellen ses, at

1,9 % af børnene i sundhedsprofilen ud fra WHO's definition af vægtstatus er undervægtige, 75,7 % er normalvægtige, 17,6 % er i risiko for overvægt, 4,3 % er overvægtige, og 0,6 % er svært overvægtige. Samtidig viser tabellen, at fordelingen er næsten ens for drenge og piger.

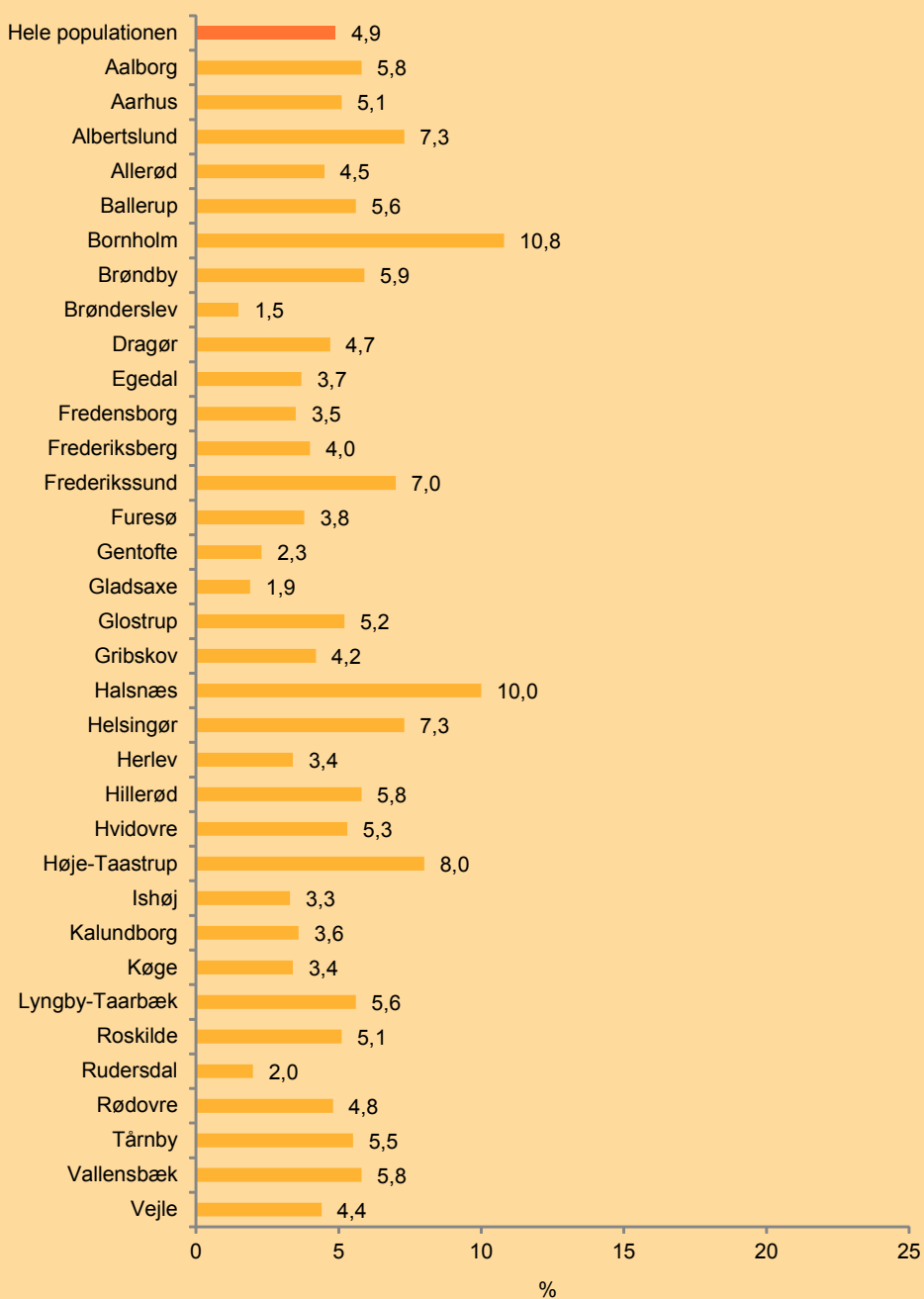
Figur 33a viser forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus i hele populationen og i kommunerne. Figuren viser, at andelen af børn med overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus er 4,9 % i hele populationen. Denne andel varierer fra 1,5 % til 10,8 % kommunerne imellem.

Derudover viser figur 34a og 35a udviklingen fra 2014 til 2016 i andelen af børn med overvægt/svær overvægt i henholdsvis NOVAX- og TM Sund-kommunerne hver for sig og for hele populationen samlet med de kommuner, der har oplysninger fra alle tre år. Andelen af børn med overvægt/svær overvægt har varieret fra 4,7 % i 2014 til 4,9 % i 2016.

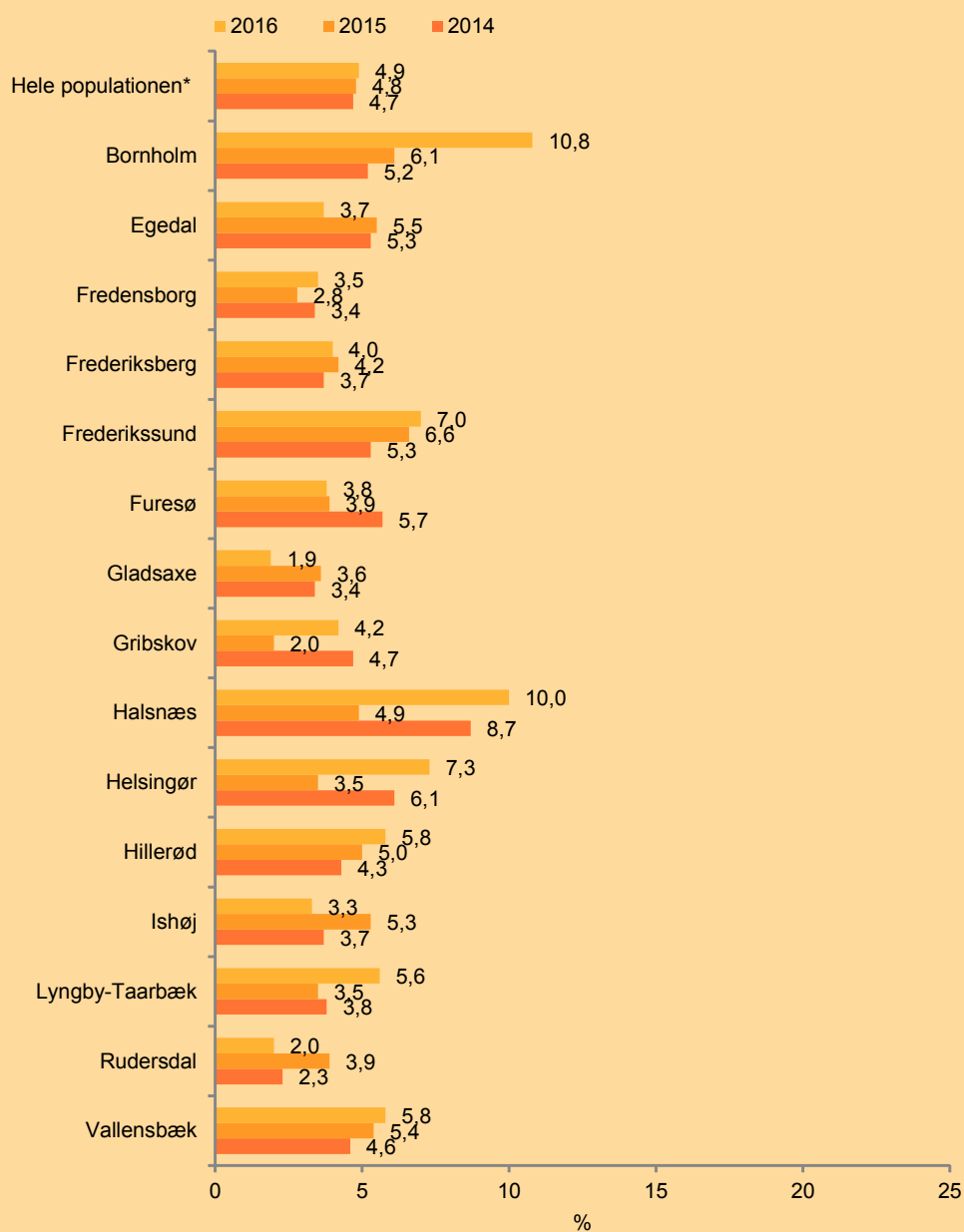




Figur 33a. Forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus opdelt på kommuner (N=19.905)



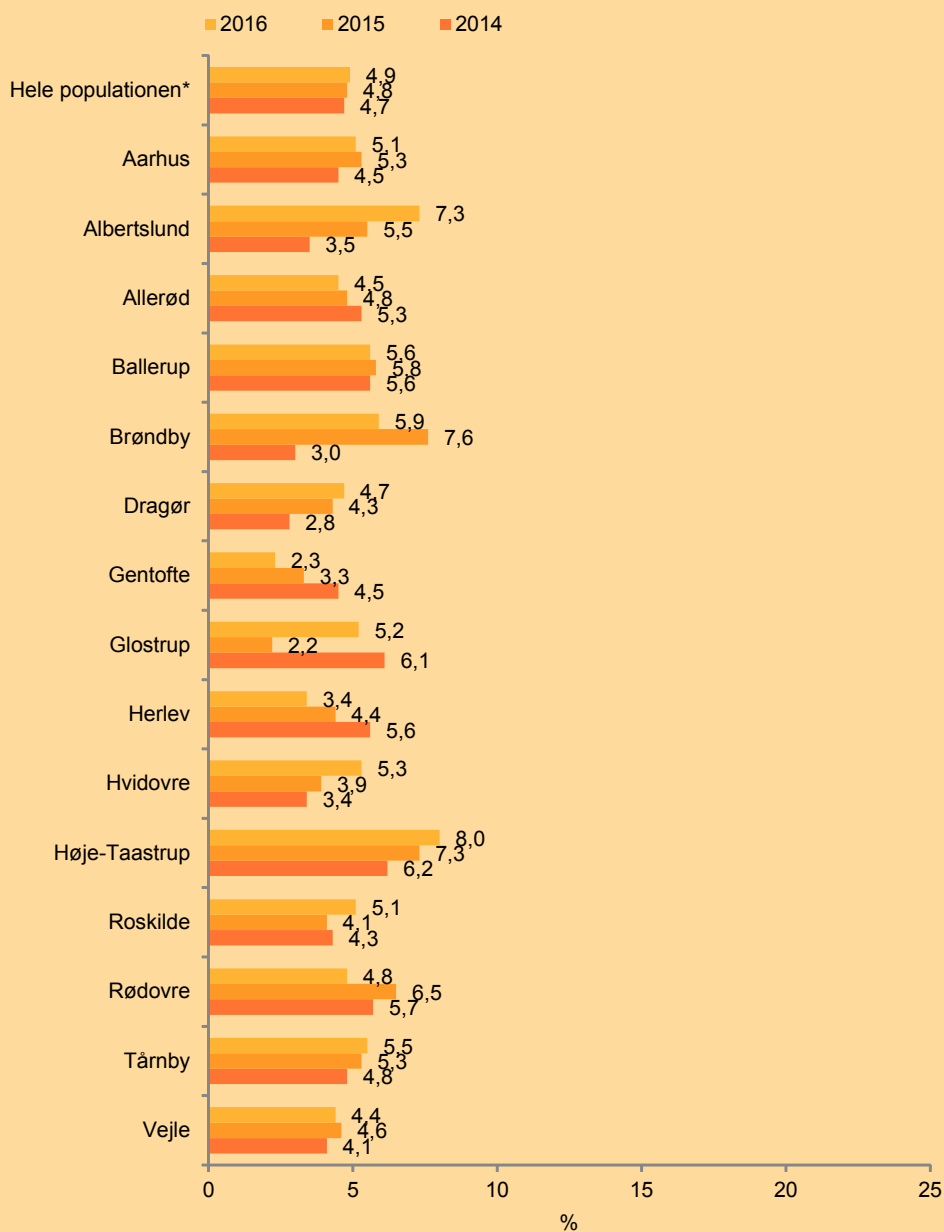
Figur 34a. Udviklingen i forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus i hele populationen og i hver NOVAX-kommune



*Hele populationen indbefatter de 31 kommuner, der har oplysninger fra de sidste tre år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.



Figur 35a. Udviklingen i forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus i hele populationen og i hver TM Sund-kommune



*Hele populationen indbefatter de 31 kommuner, der har oplysninger fra de sidste tre år. Det vil sige Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

3. Opsamling

Denne sundhedsprofil for børn født i 2016 fra Databasen Børns Sundhed er baseret på journal- og registeroplysninger om 23.480 børn fra 34 kommuner.

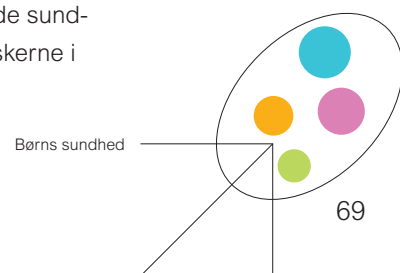
Rapporten viser, at:

- 10,3 % af børnene har modtaget ét eller flere graviditetsbesøg.
- 6,1 % af børnene var for tidligt fødte (født før uge 37).
- 97,4 % af børnene havde en apgarscore på ni eller ti point fem minutter efter fødslen.
- 5,0 % af børnene vejede under 2.500 gram, da de blev født, 79,2 % vejede 2.500-3.999 gram og 15,8 % vejede over 3.999 gram.
- 26,3 % af børnene blev udskrevet senest seks timer efter fødslen, mens 43,2 % blev udskrevet, da de var 2-3 døgn. Indlæggelseslængden har i denne sammenhæng betydning for, hvornår det første besøg af sundhedsplejersken aflægges.
- 66,8 % af børnene havde deres første besøg af sundhedsplejersken, inden de var en uge gamle.
- 91,3 % af børnene har modtaget A-besøget, 87,8 % af børnene har modtaget B-besøget, 71,0 % af børnene har modtaget C-besøget, og 81,9 % har modtaget D-besøget. Der kan være mange grunde til, at ikke alle børn modtager alle besøg. Eksempelvis tilbyder nogle kommuner kun C-besøget til førstegangsfødende.
- 61,1 % af børnene blev ammet i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefaling om fuld amning i fire måneder.
- 1,9 % af børnene var undervægtige ved seks- til timånedersalderen, 75,7 % var normalvægtige, 17,6 % var i risiko for overvægt, 4,3 % var overvægtige, og 0,6 % var svært overvægtige.



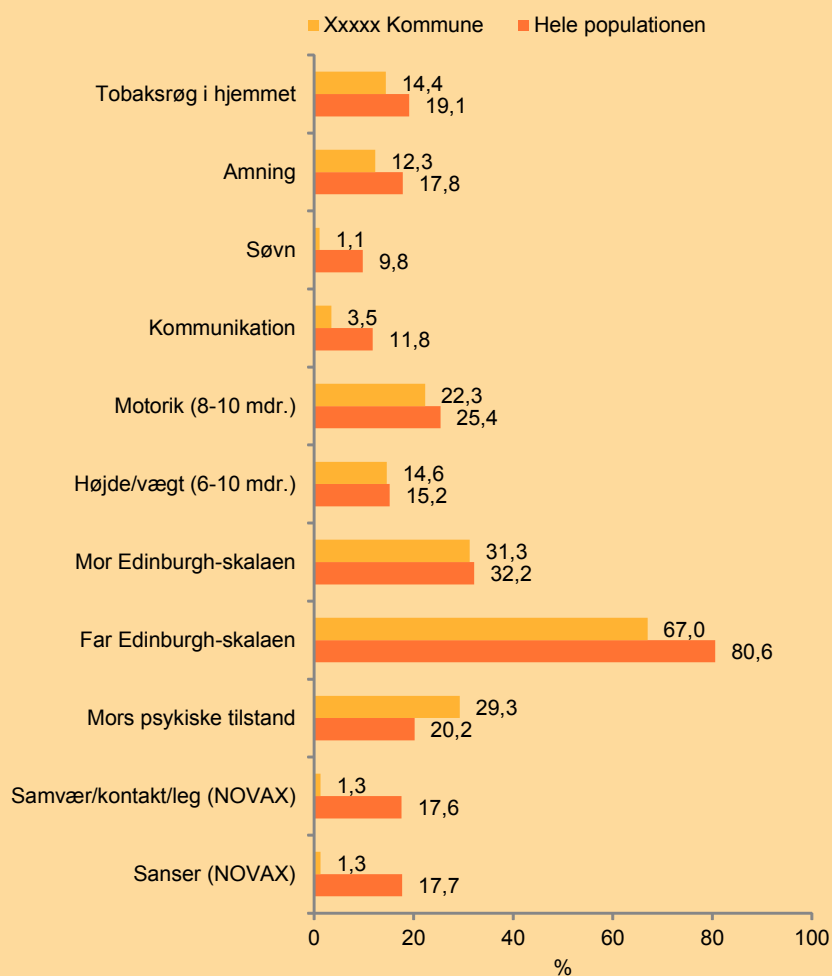
Sundhedsprofilen viser også, at der for nogle faktorer er variation i, hvor mange bemærkninger sundhedsplejersken har registreret i de to journalsystemer. Det gælder for bemærkning til tobaksrøg i hjemmet, mors psykiske tilstand, forældre-barn relationen, motorik og søvn. Der kan være mange mulige forklaringer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

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



4. Manglende registreringer

Figur 36a. Andelen af manglende oplysninger i Xxxxx Kommune og i hele populationen

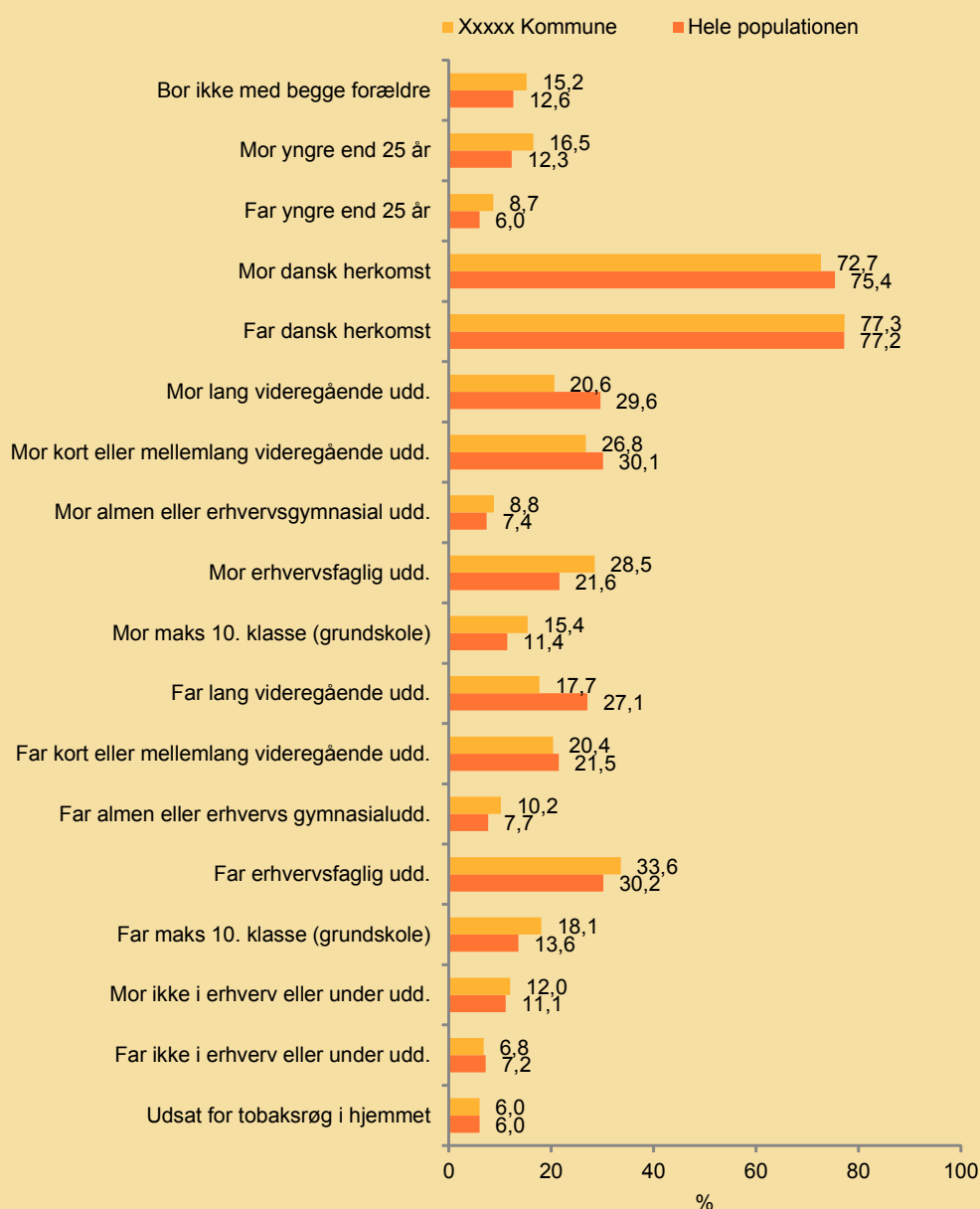


Omfanget af missing data er et udtryk for databasens kvalitet. I en klinisk database som Databasen Børns Sundhed kan man næppe opnå 100 % udfyldelse af journalen. Sundhedsplejen arbejder løbende på at nedbringe andelen af manglende data. Det er vores erfaring, at der er mange missing data i det første år eller to, en kommune er med i Databasen Børns Sundhed, og at data bliver mere og mere komplette jo flere år, man har været med. Figur 36a viser

forekomsten af manglende data for enkelte variable i Xxxxx Kommune og i hele populationen. Figuren viser, at de fleste data i Xxxxx Kommune er flot dokumenteret, men at andelen af manglende oplysninger især er høj for far Edinburgh-skalaen. Det kan blandt andet skyldes, at Edinburgh-skalaen, i nogle kommuner, kun udfyldes af dansk-talende forældre og af fædre, der er til stede ved sundhedsplejerskebesøget.

Sundhedsprofil for børn født i 2016 i Xxxxx Kommune

Figur 1b. Forekomsten af sociodemografiske data for spædbørn født i 2016 i Xxxxx Kommune og for hele populationen

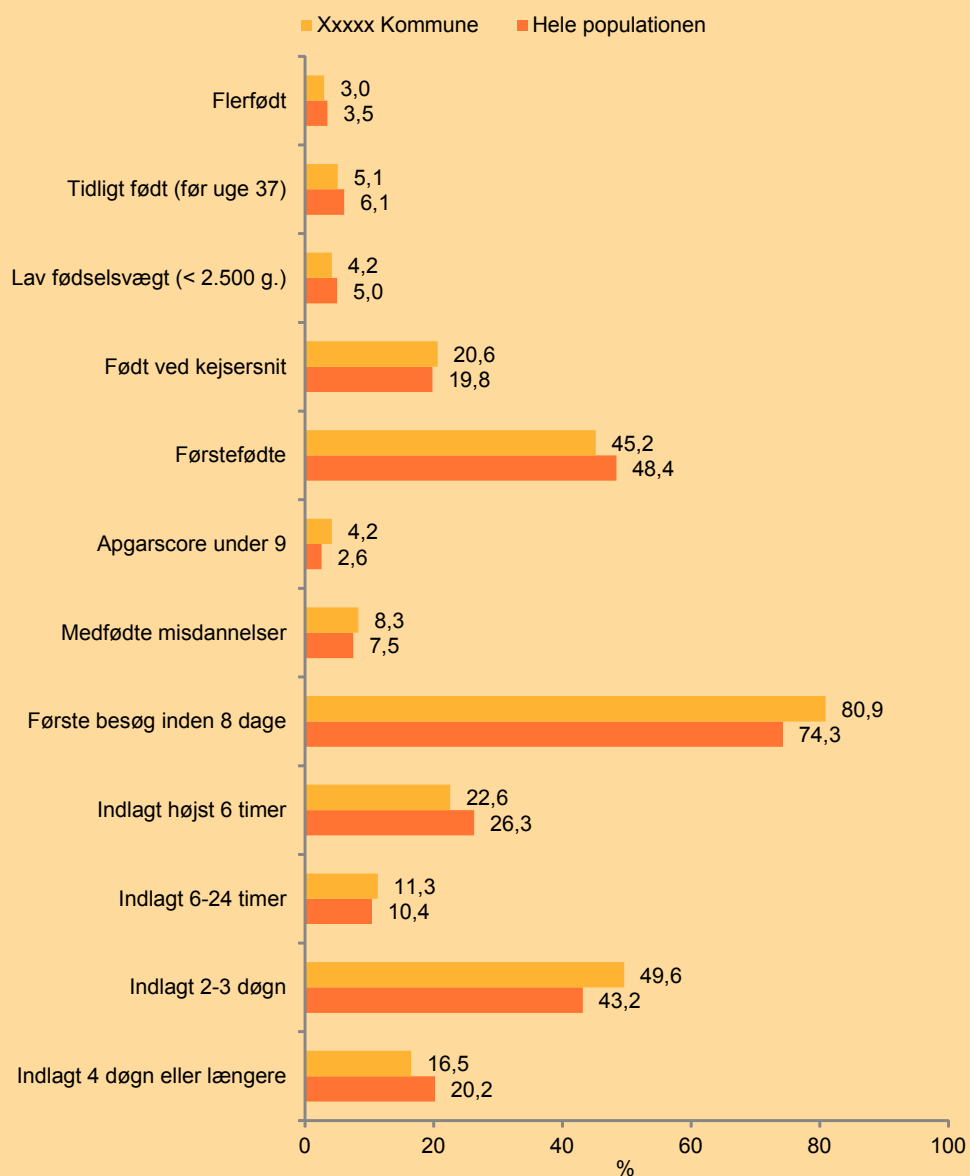


Figur 1b til 3b viser forekomsten af de centrale data i Databasen Børns Sundhed for Xxxx

Kommune og i hele populationen. I figur 3b, hvor der for nogle af variablene ses en stor forskel



Figur 2b. Forekomsten af faktorer relateret til fødslen for spædbørn født i 2016 i Xxxxx Kommune og for hele populationen

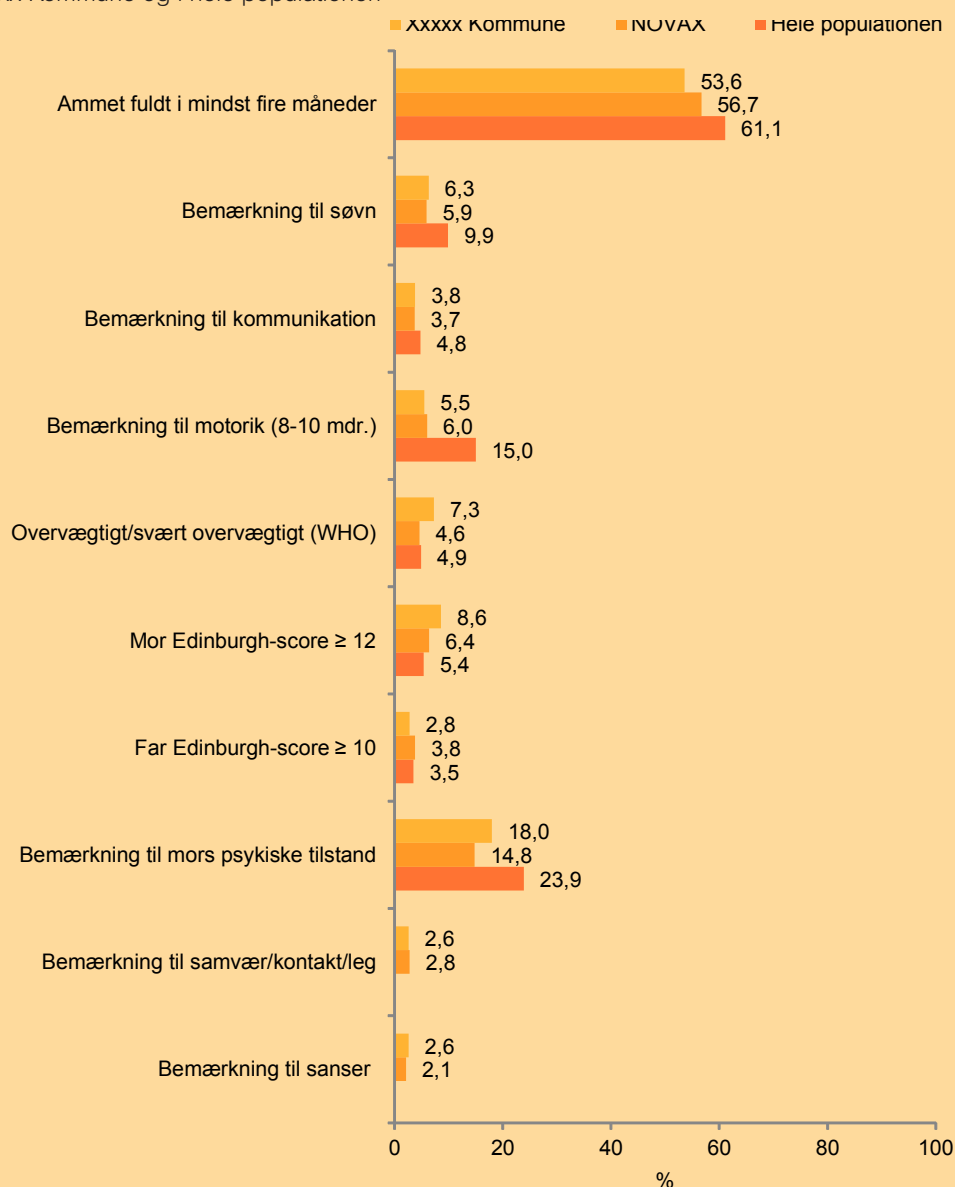


mellem TM Sund-kommunerne og NOVAX-kommunerne, vises desuden den samlede andel i NOVAX-kommunerne, det som i figuren

benævnes "NOVAX". Procenterne i figuren er beregnet for alle spædbørn, der er blevet undersøgt i 2016, og kan derfor afvige fra procenterne

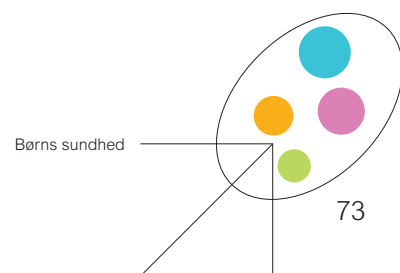


Figur 3b. Forekomsten af faktorer relateret til barnets første leveår for spædbørn født i 2016 i Xxxxx Kommune og i hele populationen



i temarapporten og fra forrige afsnit, hvor færre børn indgår. Fra Xxxxx Kommune indgår der 543 børn i datasættet. I sundhedsprofilen kan

udviklingen de seneste fire år ses for udvalgte indikatorer.



Referencer

Bowlby J (2008): En sikker base – Tilknytnings-teoriens kliniske anvendelser. København: Det lille forlag, 7. oplag.

Brixval CS, Svendsen M & Holstein BE (2012). Motoriske vanskeligheder – Sundhedsplejerskernes undersøgelser af motorik ved indskolingen. Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Bryanton J, Gagnon AJ, Hatem M & Johnston C (2009): Does Perception of the Childbirth Experience Predict Women's Early Parenting Behaviors? *Research in Nursing & Health* 32:191-203.
Bryanton J, Gagnon AJ, Hatem M & Johnston C (2008): Predictors of Early Parenting Self-efficacy: Results of a Prospective Cohort Study. *Nursing Research*, 57, 52-59.

Bunkholdt V (2003): Tilknytning og tilknytningsproblemer. Oslo: Norsk Fosterhjemforening, temahæfte nr. 6.

Databasen Børns Sundhed, Pedersen TP, Pant SW, Holstein BE, Ammitzbøll J & Due P (2018a): Sundhedsplejerskers bemærkninger til forældre-barn relationen i første leveår. Temarapport. Børn født i 2016. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Databasen Børns Sundhed, Svendsen M, Brixval CS & Holstein BE (2012): Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand. Temarapport om børn født i 2010. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Fonagy P & Allison E (2012): What is Mentalization? The concept and its foundations in developmental research i Midgley N & Vrouva I (red.): *Minding the Child: Mentalization-Based Interventions with Children, Young People and Their Families*. New York: Routledge.

Harold G, Acquah D, Sellers R & Chowdry H (2016): What Works to Enhance Inter-Parental Relationships and Improve Outcomes for Children. London: Early Intervention Foundation and Department for Work and Pensions.

Hart S (2013): *Udviklingspsykopatologi i Schwartz & Hart: Barnet og dets relationelle miljø*. København Hans Reitzels Forlag.

Haywood KM (2001): Fundamental concepts: Life span motor development, 3rd ed. Champaign: Human Kinetics.

Hossain Z, Field T, Pickens J & Gonzales J (1995): Infants of depressed mothers interact better with their non-depressed fathers. *Infant Mental Health Journal*, 15:318-57.

Killén K (2003): Barns tilknytning. *Psyke & Logos*, 24:573-87.

Killén K, Klette T & Arnevik E (2006): Tidlig mor-barn-samspill i norske familier. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43, 7:694-701.

KL (2015): De udsatte børn – Fremtiden er deres. KL-udspil om udsatte børn og unge.



Kræftens Bekæmpelse & Sundhedsstyrelsen (2013): Ren luft til ungerne – Beskyt børn mod tobaksrøg. Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse.

Lind D (2003): Tilknytningsforskningens bidrag til forståelsen af psykopatologi hos børn. Psyke & Logos, 24:686-718.

NOVAX 2018: Obligatoriske registreringer i Novax journalen med henblik på deltagelse i Databasen Børns Sundhed. Link: [//www.si-folkesundhed.dk/Links/Databasen%20B%C3%B8rns%20Sundhed/Vejledninger.aspx](http://www.si-folkesundhed.dk/Links/Databasen%20B%C3%B8rns%20Sundhed/Vejledninger.aspx).

Payne VG & Isaacs LD (2011): Human motor development: A lifespan approach. 8th ed. New York: McGraw-Hill.

Sigmundsson H & Haga M (2007): Udvikling af færdigheder hos børn. Virum: Dansk Psykologisk Forlag.

Sjöberg CB, Johansen A, Rasmussen M & Due P (2017): Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014. Statens Institut for Folkesundhed.

Statistikbanken.dk www.statistikbanken.dk/statbank5a/.

Sundhedsstyrelsen (2011): Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. 1. udgave, 1. oplag. København.

Sundhedsstyrelsen (2013): Anbefalinger for svangreomsorgen. 2. udgave, 1. oplag. København.

Sundhedsstyrelsen (2018): Amning – en håndbog for sundhedspersonale. 4. udgave, 1. oplag. København.

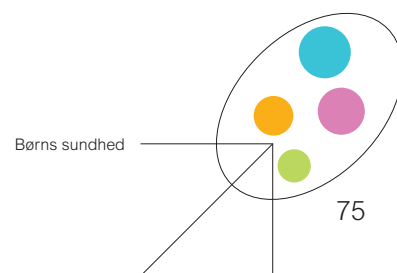
Thomson RM, Allely CS, Purves D, Puckering C, McConnachie A, Johnson PCD, Golding J, Gillberg C & Wilsin P (2014): Predictors of positive and negative parenting behaviours: evidence from the ALSPAC cohort. BMC Pediatrics, 14:247.

U.S Department of Health and Human Service (2010).

Væver MS (2015): Tilknytningsvanskeligheder og udsathed i spæd- og småbørnsalderen i Erlandsen T, Jensen NR, Langager S & Petersen KE (red.): Udsatte børn og unge – En grundborg. København: Hans Reitzels Forlag.

Væver MS, Smith-Nielsen J, Wøwern RV, Wendelboe K & Lavalley ML (2016): Sikre metoder til at spore tidlig mistrivsel og stress hos spædbørn. Sundhedsplejersken, 3:6-12.

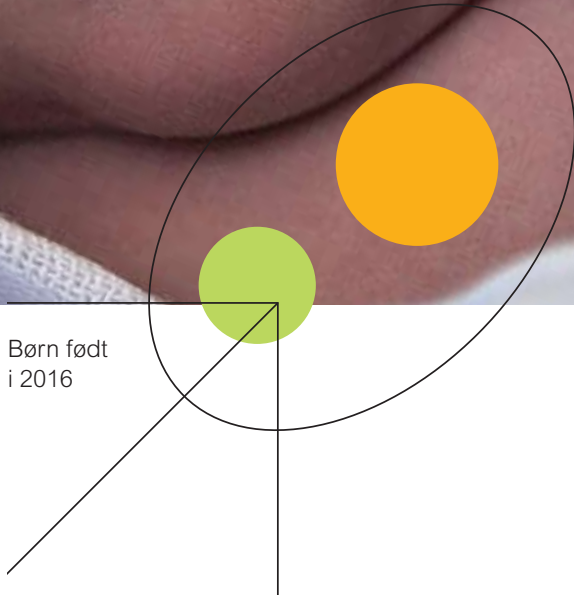
WHO (2006): Child growth standards based on length/height, weight and age. Multicentre Growth Reference Study Group. Acta Paediatr, Suppl 450: 76-85.





BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed



Børn født
i 2016