

Årsberetning

om børn født i 2010

Databasen Børns Sundhed



Databasen Børns Sundhed 2012

Et tværkommunalt samarbejde med Region Hovedstaden og
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Forfattere: Carina Sjöberg Brixval, Maria Svendsen og Bjørn E. Holstein

Årsberetning Databasen Børns Sundhed - børn født 2010

© Statens Institut for Folkesundhed 2012.

Statens Institut for Folkesundhed

Øster Farimagsgade 5A

1353 København K

www.si-folkesundhed.dk

Udarbejdet for Styregruppen for Databasen Børns Sundhed af:

Carina Sjöberg Brixval, Maria Svendsen og Bjørn E. Holstein, alle fra Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed og Trivsel, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Styregruppe:

Anne Lichtenberg, udviklingskonsulent, Region Hovedstaden

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

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, Sundhedsstyrelsen

Birgitte Weile, overlæge, Region Hovedstaden

Bjørn Holstein, professor, Statens Institut for Folkesundhed

Inga Jacobsen, sundhedsplejerske, Gentofte Kommune

Jens Thrane, afdelingschef for Børne- og Familieafdelingen, Albertslund Kommune

Lene Møller, leder af sundhedsplejen, Rødovre Kommune

Lone Dahlstrøm, leder af sundhedsplejen, Høje-Taastrup Kommune

Pia Rønneknamp, ledende sundhedsplejerske, Brøndby Kommune

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

Tove Kepp, praktiserende læge, Rødovre Kommune

Publikationen citeres således:

Brixval CS, Svendsen M, Holstein BE. Årsberetning Databasen Børns Sundhed - børn født 2010.

København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2012.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Tryk: Region Hovedstaden

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

Elektronisk ISBN 978-87-7899-221-5

Forord

Denne årsberetning fra databasen Børns Sundhed er baseret på sundhedsplejerskernes journaldata om 6.140 børn i alderen nul til et år, født fra den 1. januar 2010 til den 31. december 2010. Børnene er fordelt på tolv kommuner; Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Køge, Lyngby-Taarbæk, Rødovre og Tårnby. Årsberetningen rapporterer resultater om den samlede population og de tolv kommuner.

Den kliniske kvalitetsdatabase Børns Sundhed beskriver børns sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskernes virksomhed. Databasen Børns Sundhed indeholder data om nul til etårige børn fra 2002 og frem, og fra 2007 er databasen suppleret med data fra sundhedsplejerskernes undersøgelser af indskolingsbørn. Formålet med databasen er 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra Den Kommunale Sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af sundhedsplejens ydelser og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter.

Data er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale. Dette betyder ensartet praksis samt en systematisk og sammenlignelig dokumentation af sundhedsplejerskernes ydelser. De kommuner, der er tilsluttet databasen, modtager årsrapporter med bearbejdede data samt egne rådata fra journalerne. Data kan anvendes til at orientere kommunens politiske og administrative ledelse samt til at planlægge og drøfte nye initiativer eller ændringer af den daglige praksis samt følge børns sundhed lokalt. Alle kommuner, der anvender elektroniske journaler, der er godkendt til at levere data til Børns Sundhed, kan tilslutte sig databasen og indgå i samarbejdet.

Resultaterne fra Databasen Børns Sundhed har blandt andet bevirket, at flere af kommunerne har indført barselsbesøg, screening for efterfødselsreaktioner, styrket indsats til for tidligt fødte børn og systematiske besøg i småbørnsalderen.

Databasen ledes af en tværfaglig og tværsektorielt sammensat Styregruppe, 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 den daglige drift af databasen. Årligt foretages udtræk af data om spædbørn og et tilsvarende udtræk af børn, der er indskolet det pågældende skoleår. På grundlag af disse udtræk udarbejdes rapporter om spædbørn og indskolingsbørn samt rapporter til hver af de deltagende kommuner.

Årsberetningen er udarbejdet af videnskabelig assistent Carina Sjöberg Brixval, videnskabelig assistent Maria Svendsen samt professor Bjørn E. Holstein. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen og videnskabelig assistent Maria Svendsen, alle fra SIF.

En særlig stor tak til alle sundhedsplejerskerne og de ledende sundhedsplejersker i de deltagende kommuner for det positive og engagerede samarbejde – det er helt afgørende for den fortsatte udvikling af databasen.

Lone Dahlstrøm, Formand for Styregruppen

Resumé

Denne årsberetning rummer ligesom de foregående årsrapporter data om populationen i databasen Børns Sundhed. Årsberetning rapporterer om de 6.140 børn i databasen, der er født i 2010. Årsberetningen beskriver sundhedsplejerskens arbejde, sociodemografiske faktorer, graviditet, fødsel samt familiens sygdomme, livsstil og sociale netværk. De fleste resultater ligner resultaterne fra årsrapporten om børn født i 2008 og 2009, men der er undtagelser:

- Andelen af børn, der er udskrevet inden for seks timer efter fødsel (ambulant fødsel), er steget markant. I 2008 og 2009 blev 12,9 % af børnene udskrevet før seks timer, mens det for børn født i 2010 gælder 23,6 %.
- Andelen af børn, der har besøg af sundhedsplejersken inden for første leveuge er steget fra 24,9 % i 2008 og 2009 til 36,6 % i 2010.

Af øvrige resultater kan nævnes, at:

- En stor andel af børnene (38,9 %) har haft to besøg af sundhedsplejen inden for den første levemåned.
- Ved barnets fødsel er gennemsnitsalderen for mor 31,2 år, mens gennemsnitsalderen for far er 34,0 år.
- 13,3 % af mødrene og 12,3 % af fædrene har maksimalt 10. klasse som uddannelsesniveau.
- Andelen af børn, der er udsat for passiv rygning er 15,9 %.
- 12,2 % af mødrene og 9,8 % af fædrene har anden etnisk baggrund end dansk.
- 93,5 % af børnene var født inden for normal gestationsalder (graviditetsuge 37-44).
- Knap 94 % af børnene scorede 10 point i apgarscore fem minutter efter fødslen.

I årsberetningen rapporteres en række indikatorer for kvaliteten af ydelser, indsats og resultater inden for sundhedsplejen. Indikatorerne viser andelen af børn, der har bemærkninger, det vil sige, hvor barnet har en reaktion, der ikke er forventelig i forhold til alderstrinnet eller som kræver yderligere observation eller handling. Ved otte til ti måneders alderen (D-besøget) ses, at der for:

- 9,0 % er bemærkninger til barnets signaler og reaktioner.
- 5,0 % er bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil.
- 2,3 % er bemærkninger til barnets kommunikation.
- 26,2 % er bemærkninger til barnets motorik.
- 8,7 % er bemærkninger til barnets øje-hånd-koordination.

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	5
1.1 Sundhedsplejerskernes virksomhed	5
1.2 Den kliniske kvalitetsdatabase Børns Sundhed.....	5
1.3 Formål og datagrundlag.....	6
2. Prognostiske faktorer og baggrundsvariable	7
2.1 Sundhedsplejerskens arbejde	7
2.2 Sociodemografiske faktorer.....	13
2.3 Graviditet og fødsel	16
2.4 Sygdom, livsstil samt socialt netværk	23
3. Indikatorer	28
4. Manglende oplysninger.....	36
5. Referencer.....	39
6. Bilag.....	40

1. Introduktion

1.1 Sundhedsplejerskernes virksomhed

Sundhedsloven angiver rammerne for sundhedsplejerskearbejdet. Der stilles lovgivningsmæssige krav om almen indsats til alle børn og yderligere indsats til børn med særlige behov. På skoleområdet stilles endvidere krav om undersøgelse ved ind- og udskolingen samt regelmæssige undersøgelser og samtaler gennem hele skoleforløbet. Indsatsen kan starte i graviditeten og fortsættes, afbrydes eller genoptages, indtil barnet ikke længere er undervisningspligtigt. Den behovsorienterede indsats ydes ofte i samarbejde med andre faggrupper som for eksempel praktiserende læger, sagsbehandlere og psykologer. Sundhedsstyrelsen udarbejder anbefalinger for den kommunale indsats. Sundhedsstyrelsen anbefaler minimum fem hjemmebesøg i barnets første leveår til familier med almene behov samt et tidligt besøg, der sikrer barnets trivsel efter tidlig udskrivelse fra fødestedet. Det anbefales ydermere, at familier med særlige behov tilbydes ekstra ydelser (Sundhedsstyrelsen, 2011). Kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune fastsætter sundhedsplejens servicetilbud. Dette betyder, at antallet af besøg af sundhedsplejersken varierer fra kommune til kommune.

1.2 Den kliniske kvalitetsdatabase Børns Sundhed

Databasen er tilrettelagt således, at den kan beskrive børns sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskernes virksomhed. Databasen Børns Sundhed indeholder data om nul til et årige børn fra 2002 og frem, og fra 2007 er databasen suppleret med data om indskolingsbørn. Formålet med databasen er 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af sundhedsplejens ydelser og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter.

I perioden 2002-2007 er der lavet årlige rapporter om børn i Databasen Børns Sundhed. For fødselsårgangene 2008 og 2009 er der lavet en samlet rapport om spædbørn, der indeholder en årsberetning og en temarapport om amning (Christensen et al. 2011). På samme vis er der for indskolingsbørn i skoleårene 2009-2010 og 2010-2011 lavet en indskolingsrapport bestående af en årsberetning samt en temarapport om motoriske vanskeligheder (Brixval et al. 2011).

Data i Databasen Børns Sundhed er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale, hvor sundhedsplejerskerne følger en ensartet praksis og systematisk noterer sammenlignelige data om barnet, familien og sundhedsplejerskernes ydelser. Brugen af journalen er beskrevet i en detaljeret manual.

Data stammer fra fire sundhedsplejerskebesøg placeret på centrale tidspunkter for det nul til etårige barns tilknytning og udvikling: A er etableringsbesøget, der bortset fra barselsbesøget, er det første besøg, der aflægges efter fødslen; B er det første besøg, efter barnet er fyldt to måneder, og inden det fylder tre måneder; C er det første besøg, efter barnet er fyldt fire måneder, og inden det fylder seks måneder, og D er det første besøg, efter barnet er fyldt otte måneder, og inden det fylder ti måneder.

1.3 Formål og datagrundlag

Formålet med denne årsberetning er at give et statusbillede af de børn, der er født i 2010 i en af de 12 kommuner, der aktuelt indgår i Databasen Børns Sundhed. Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Køge, Lyngby-Taarbæk, og Tårnby kommuner har indsendt data via udtræk fra elektroniske sundhedsplejerskejournaler, mens papirjournaler er scannet ind for Albertslund Kommune. Rødovre Kommune indgår både med papirjournaler og elektroniske journaler.

Det samlede antal registrerede journaler for nyfødte i de tolv kommuner i 2010 er 6.189. Dette svarer til 111,7 % af det samlede antal nyfødte børn i de tolv kommuner i 2010 ifølge udtræk fra Danmarks Statistik, og forskellen kan blandt andet skyldes flytning til og fra kommunerne. En kommune vil derfor kunne have data om både tilflyttede og fraflyttede børn. Data er ordnet, så hvert barn kun indgår i databasen én gang. Der har over årene været en mindre udskiftning i deltagende kommuner i databasen.

Børn med ugyldige cpr-numre (n=49) udgår, og det samlede antal børn i årsberetningen er herefter 6.140. I temarapporten om mors psykiske tilstand (Svendsen et al. 2012) er børn uden oplysninger om mors psykiske tilstand ekskluderet. Der kan derfor forekomme forskellige forekomster og fordelinger, idet antallet af børn er forskelligt mellem de to rapporter.

I tabellen nedenfor ses forekomsten af registrerede A-, B-, C- og D-besøg for de enkelte kommuner og den samlede population.

Tabel 1.a. Antal nyfødte og forekomst af besøg A-D

	Procent af børnene, der har haft det respektive besøg			
	A-besøg	B-besøg	C-besøg	D-besøg
Albertslund (n=308)	97,7	92,5	92,2	91,2
Ballerup (n=576)	84,0	82,5	83,5	83,9
Brøndby (n=428)	85,1	78,5	78,7	81,3
Dragør (n=143)	79,7	79,7	75,5	79,0
Gentofte (n=884)	83,8	81,1	83,6	78,7
Glostrup (n=331)	85,2	83,7	76,4	74,3
Herlev (n=293)	84,0	74,1	77,5	77,5
Høje-Taastrup (n=714)	84,6	81,2	82,6	80,8
Køge (n=734)	84,7	79,7	66,5	55,7
Lyngby-Taarbæk (n=676)	80,5	77,8	75,4	77,4
Rødovre (n=528)	80,9	79,2	81,1	78,8
Tårnby (n=525)	80,2	74,9	79,1	80,1
Hele populationen (n=6.140)	83,9	80,2	79,2	77,3

Af rækken for den samlede populationen i tabellen ses det, at andelen med registreret besøg er højest for A-besøget (83,9 %) og falder herefter stødt frem til D-besøget (77,3 %). En del af de indsendte journaler indeholder kun stamdata, og for knap ti procent af børnene er der ingen besøgsregistreringer.

I forhold til årsrapporten om børn født i 2008 og 2009 er der sket ændringer i forhold til andelen med registrerede besøg. For børn født i 2008/09 var forekomsten en smule højere for A-, C- og D-besøget, mens forekomsten var lavere for B-besøget i forhold til børn født i 2010. Dette kan både skyldes udskiftning i kommunerne i databasen og omlægninger i besøgstilbud til familierne i de enkelte kommuner.

Der kan være mange grunde til, at besøg ikke er registreret. Det kan eksempelvis skyldes, at et planlagt besøg ikke kunne gennemføres, og at barnets alder så faldt uden for det givne aldersinterval, besøget skal aflægges i eller, at der har været forskellige typer registreringsfejl. Et manglende besøg kan også skyldes, at barnet ikke var bosiddende i kommunen på det givne tidspunkt.

I de følgende afsnit gennemgås en række beskrivende variable, omhandlende sundhedsplejerskernes arbejde, sociodemografiske faktorer, fertilitetsbehandling, graviditet, fødsel samt familiens sygdomme, livsstil og socialt netværk. Variablene stammer fortrinsvis fra stamdata, som indeholder oplysninger om barnet, familien, sundhedsforhold og risikofaktorer. Der rapporteres for de børn, der har registrerede oplysninger om den enkelte variabel. For mange variable er der høj forekomst af manglende registreringer, hvilket kan medføre usikkerhed i nogle resultater. Andelen af uoplyste vil være opgivet for hver variabel undervejs, og problematikken omtales samlet sidst i årsberetningen i afsnit 4.

I denne rapport angives resultaterne i tabeller og diagrammer, som både indeholder resultat for den samlede population født i 2010 og for de enkelte kommuner. Teksten og kommentarerne handler oftest kun om den samlede population. Udvalgte resultater sammenlignes med årsberetningen om de børn, der var født i databasen Børns Sundhed i 2008 og 2009 (Christensen et al. 2011). Der har mellem de to rapporter været en mindre udskiftning i deltagende kommuner i databasen, hvilket kan have indflydelse, når resultater i de to rapporter sammenlignes.

For børn født i 2010 er der desuden udarbejdet en temarapport om mors psykiske tilstand (Svendsen et al. 2012). Analyserne i temarapporten og i denne årsrapport baseres på lidt forskelligt antal børn, hvilket betyder, at der kan være mindre afvigelser i tallene mellem de to rapporter.

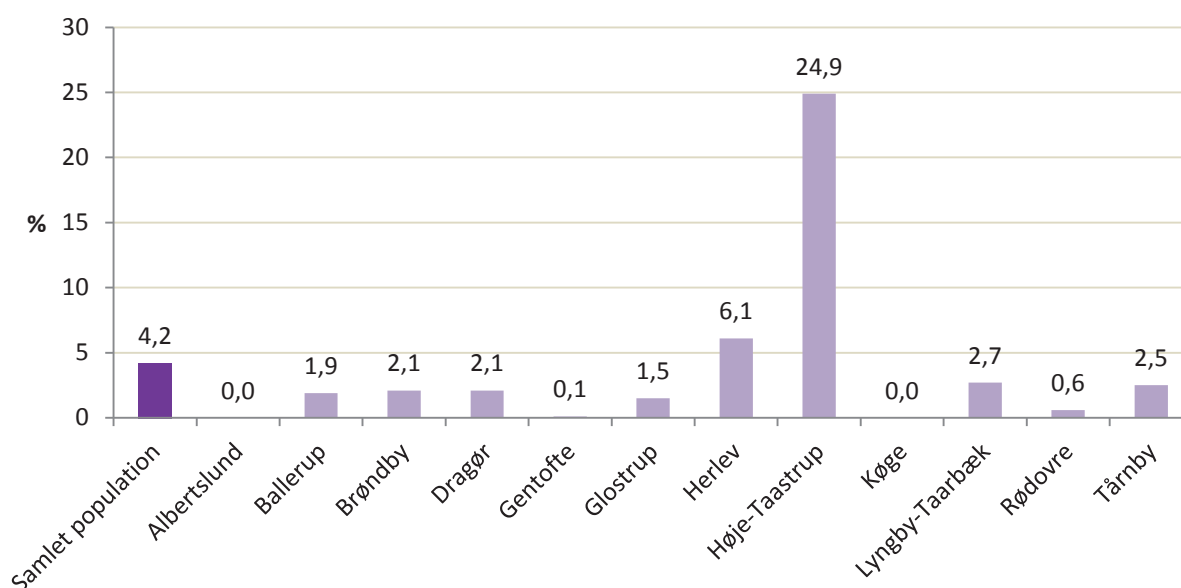
2. Prognostiske faktorer og baggrundsvARIABLE

2.1 Sundhedsplejerskens arbejde

Graviditetsbesøg

I nogle kommuner tilbydes besøg af sundhedsplejersken under graviditeten som en del af tilbuddet fra den kommunale sundhedspleje. I forbindelse med besøget udfylder sundhedsplejersken et besøgsark. Der er udfyldt et ark fra graviditetsbesøg for 4,2 % af børnene født i 2010. Blandt børn født i 2008 og 2009 havde 4,5 % et udfyldt ark fra graviditetsbesøg.

Figur 2.a. Forekomst af journaler med udfyldt ark fra graviditetsbesøg



Indlæggelseslængde

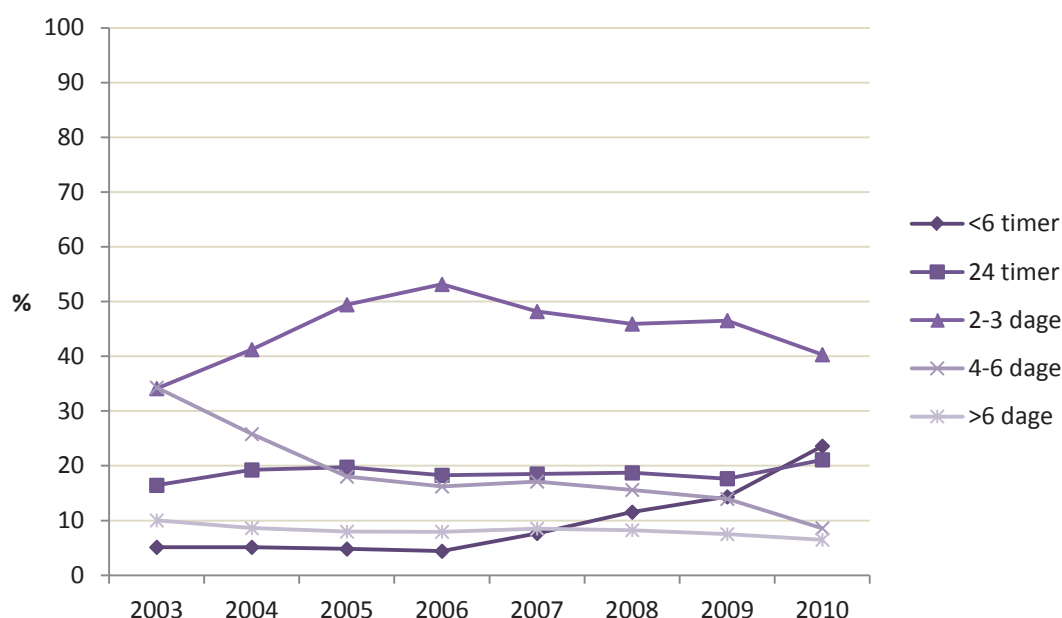
Hvor længe barnet er indlagt efter fødslen afspejler ikke sundhedsplejerskernes virke, men indlæggelseslængden har betydning for sundhedsplejerskernes arbejde. Nedenstående tabel (2.a) viser fordelingen af indlæggelseslængde. Af tabellen ses det, at størstedelen af børnene født i 2010 udskrives to til tre dage efter fødslen (40,3 %). Der er 19,9 % af journalerne, der ikke indeholder oplysninger om indlæggelseslængde.

Tabel 2.a. Fordeling af fødslerne efter indlæggelseslængde

	Pct., der er indlagt mindre end 6 timer	Pct., der er indlagt 24 timer	Pct., der er indlagt 2-3 dage	Pct., der er indlagt 4-6 dage	Pct., der er indlagt mere end 6 dage
Albertslund (n=308)	26,7	24,8	37,4	6,1	5,0
Ballerup (n=576)	25,1	26,9	33,4	9,2	5,5
Brøndby (n=428)	22,0	23,7	39,6	7,6	7,1
Dragør (n=143)	32,1	12,3	46,2	4,7	4,7
Gentofte (n=884)	21,5	18,9	46,6	8,8	4,3
Glostrup (n=331)	21,5	20,8	40,5	9,7	7,5
Herlev (n=293)	28,2	21,6	41,1	6,2	2,9
Høje-Taastrup (n=714)	26,6	22,1	37,9	5,0	8,4
Køge (n=734)	16,5	20,4	40,5	13,8	8,8
Lyngby-Taarbæk (n=676)	23,0	18,3	43,6	8,3	6,8
Rødovre (n=528)	24,1	23,4	36,8	8,9	6,9
Tårnby (n=525)	27,9	17,3	38,9	9,1	6,8
Hele populationen (n=6.140)	23,6	21,1	40,3	8,6	6,5

I figur 2.b nedenfor ses det, hvordan fordelingen af indlæggelseslængden har ændret sig i årene 2003-2010. Samlet set ses en forskydning i indlæggelseslængden, således at mor og barn gennem perioden udskrives stadig tidligere fra fødestedet. Sammenholdt med årsrapporten om børn født i 2008 og 2009 er der sket markante ændringer i indlæggelseslængden for børn født i 2010. Andelen af børn udskrevet inden for seks timer er steget markant på et enkelt år – fra 14,3 % i 2009 til 23,6 % i 2010. Fra 2009 til 2010 er andelen, der er udskrevet efter 24 timer steget lidt, mens andelen af børn, der er udskrevet senere end 24 timer er faldet. Andelen, der er indlagt seks dage eller mere er stort set konstant i perioden 2003-2010. Denne gruppe indeholder en del for tidligt fødte børn og børn, hvor der har været svære komplikationer i forbindelse med fødslen.

Figur 2.b. Fordeling af indlæggelseslængde 2003-2010*



*Der mangler data fra 2002, hvor der ikke er oplysninger om indlæggelseslængden.

Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen

Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen er defineret som alder ved første registrerede besøg i journalen.

I tabel 2.b nedenfor ses det, at de fleste af børnene født i 2010 har det første besøg af sundhedsplejen, når de er mellem syv og ni dage gamle (29,4 %). Samlet set har mere end 36 % af de nyfødte deres første besøg af sundhedsplejen, inden de er en uge gamle. En forholdsvis høj andel af børnene har først deres første besøg, når de er over 14 dage gamle (12,9 %). Denne gruppe indeholder blandt andre tilflyttere samt børn, der har været indlagt længe efter fødslen, eksempelvis for tidligt fødte. Der er 8,3 % af børnene, der ikke har oplysning om alder ved første besøg.

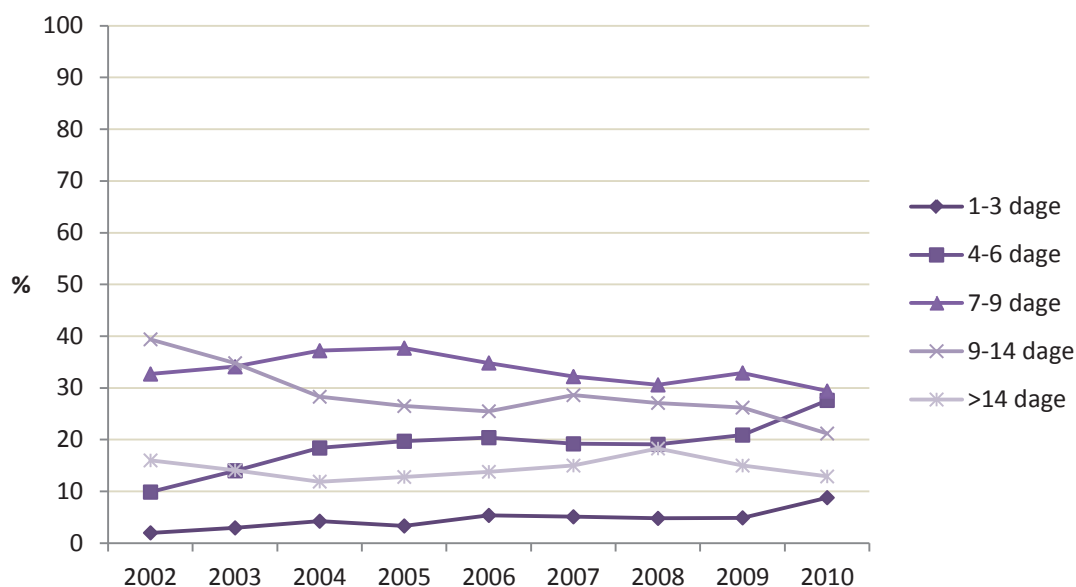
Tabel 2.b. Fordeling af barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen

	Pct. med første besøg, når de er 1-3 dage	Pct. med første besøg, når de er 4-6 dage	Pct. med første besøg, når de er 7-9 dage	Pct. med første besøg, når de er 10-14 dage	Pct. med første besøg, når de er over 14 dage
Albertslund (n=308)	2,0	28,0	39,8	21,4	8,9
Ballerup (n=576)	9,1	31,5	24,5	22,6	12,3
Brøndby (n=428)	9,8	29,5	24,3	23,3	13,3
Dragør (n=143)	8,6	46,9	24,2	9,4	10,9
Gentofte (n=884)	18,2	25,8	22,7	20,5	12,8
Glostrup (n=331)	7,2	19,3	35,0	24,8	13,7
Herlev (n=293)	14,2	42,7	25,8	11,9	5,4
Høje-Taastrup (n=714)	11,3	31,2	29,4	15,5	12,6
Køge (n=734)	0,7	12,8	36,2	34,5	15,8
Lyngby-Taarbæk (n=676)	8,8	21,6	25,0	28,0	16,6
Rødovre (n=528)	5,8	44,9	30,0	10,9	8,4
Tårnby (n=525)	4,6	23,4	39,8	15,8	16,4
Hele populationen (n=6.140)	8,8	27,6	29,4	21,2	12,9

Lovmæssigt set er det regionerne, der har ansvaret for barselsplejen og omsorg for det nyfødte barn, indtil barnet er syv dage gammelt, eller til første besøg af sundhedsplejersken er aflagt. Første besøg i databasesamarbejdet er A-besøget, men flere kommuner aflægger et barselsbesøg, når barnet er to til fem dage gammelt.

Nedenfor vises udviklingen i barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen i perioden 2002 til 2010.

Figur 2.c. Fordeling af barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen 2002-2010



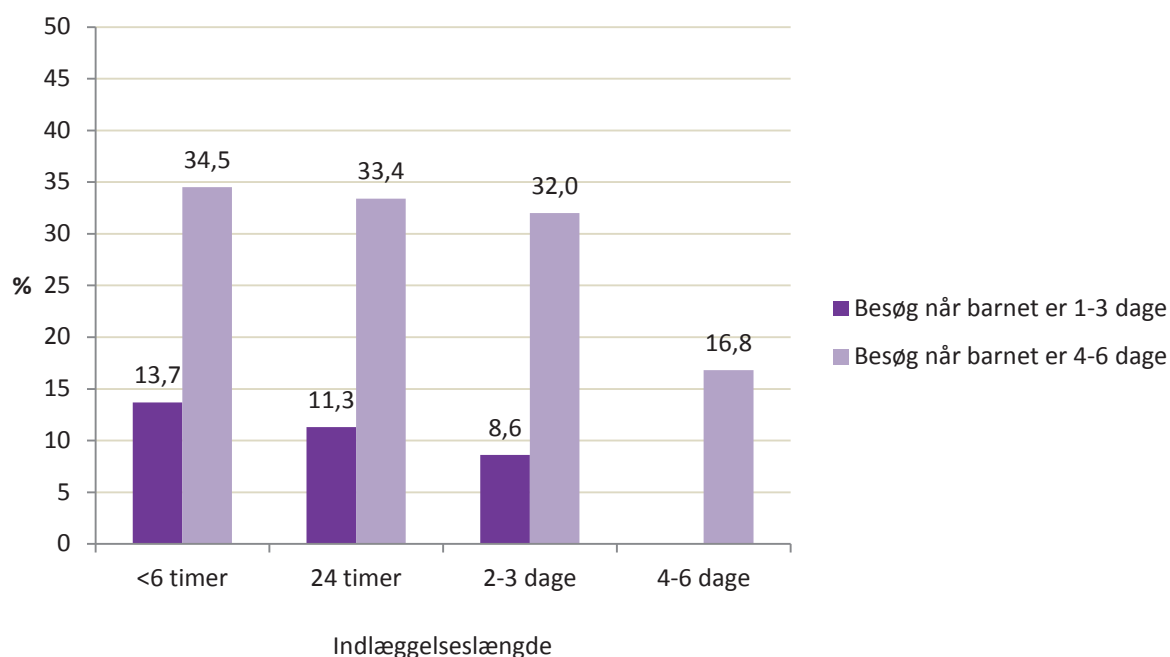
I figur 2.c ses over årene 2002 til 2009 en svag stigning i andelen, der har deres første besøg af sundhedsplejen, når de er en til tre dage gamle. Fra 2009 til 2010 næsten fordobles andelen, der får

tidligt besøg – fra 4,9 % til 8,8 %. Ligeledes ses der fra 2009 til 2010 en kraftig stigning i andelen af børn, der har deres første besøg, når de er fire til seks dage gamle fra 20,9 % til 27,6 %. Samtidig ses et fald i andelen af børn, der har deres første besøg, når de er 7-9 dage, 9-14 dage og over 14 dage gamle. Det kan derfor konkluderes, at flere børn i 2010 er blevet besøgt tidligt af sundhedsplejersken end i de foregående år.

Sammenhæng mellem indlæggelseslængde og alder ved første besøg

Figur 2.b viste, at der fra 2009 til 2010 er sket en kraftig stigning i andelen, der blev udskrevet inden for seks timer efter fødslen. Samtidig ses en stigning i andelen af nyfødte, der tidligt har første besøg af sundhedsplejersken (figur 2.c). Sundhedsstyrelsen anbefaler et tidligt hjemmebesøg hos de kvinder, der er udskrevet tidligt fra fødestedet – særligt hvis der er tale om en ambulant fødsel (Sundhedsstyrelsen, 2011). Ud fra denne anbefaling må man forvente flere tidlige besøg hos de tidligt udskrevne. I figuren nedenfor (2.d) vises forekomsten af tidlige besøg af sundhedsplejen i forhold til indlæggelseslængde i 2010.

Figur 2.d. Forekomst af tidligt besøg af sundhedsplejen, opdelt efter indlæggelseslængde



Af figur 2.d ses en svag tendens til, at de tidligt udskrevne i højere grad har tidligt besøg af sundhedsplejen. Der er 13,7 % af de børn, der er udskrevet inden for seks timer, der har besøg af sundhedsplejersken, når barnet er en til tre dage gammelt. Andelen med besøg af sundhedsplejersken, når barnet er en til tre dage gammelt er lidt lavere ved udskrivelse efter 24 timer (11,3 %) og to til tre dage (8,6 %). Samme tendens gør sig gældende ved besøg af sundhedsplejersken, når barnet er fire til

seks dage gammelt. Lidt flere får besøg i denne periode, når de er udskrevet inden for seks timer efter fødslen (34,5 %) end blandt de, som er udskrevet efter 24 timer (33,4 %), efter to til tre dage (32,0 %) og efter fire til seks dage (16,8 %).

Antal besøg af sundhedsplejersken de første 30 dage

Antallet af besøg af sundhedsplejersken i de første 30 dage er defineret ud fra antallet af registreringer i journalen på forskellige datoer. I tabel 2.c nedenfor vises fordelingen af børnene efter antal besøg i de første 30 dage af barnets liv.

Tabel 2.c. Fordeling af børnene efter antal besøg af sundhedsplejersken de første 30 dage

	Pct. uden besøg	Pct. med et besøg	Pct. med to besøg	Pct. med tre besøg	Pct. med fire eller flere besøg
Albertslund (n=308)	3,9	17,2	55,5	17,2	6,2
Ballerup (n=576)	14,9	5,0	33,9	30,9	15,3
Brøndby (n=428)	15,0	8,6	34,8	33,2	8,4
Dragør (n=143)	16,1	8,4	21,0	35,7	18,9
Gentofte (n=884)	14,0	12,9	37,9	28,3	6,9
Glostrup (n=331)	14,8	8,2	50,5	17,8	8,8
Herlev (n=293)	13,0	13,0	38,9	22,9	12,3
Høje-Taastrup (n=714)	14,3	9,7	42,9	24,4	8,8
Køge (n=734)	15,7	38,3	33,5	9,7	2,9
Lyngby-Taarbæk (n=676)	20,3	38,7	26,8	9,5	4,7
Rødovre (n=528)	15,0	6,6	41,7	28,0	8,7
Tårnby (n=525)	18,3	9,9	52,8	13,5	5,5
Hele populationen (n=6.140)	15,1	16,4	38,9	21,6	7,9

Af tabellen ses det, at størstedelen af børnene (38,9 %) har fået to besøg af sundhedsplejersken i de første 30 levedage. Det ses også, at godt 15 % ikke har fået nogen besøg; denne gruppe kan dække over børn, der er indlagt i den første del af deres liv, samt tilflyttere, der ikke har været tilknyttet en af databasens kommuner de første 30 dage af barnets liv. Gruppen af børn, der har fået fire eller flere besøg er formentlig børn med svære helbredsmæssige problemer, store vanskeligheder med amning eller vægtudvikling eller børn, hvor der er alvorlige sociale problemer i hjemmet.

Der er sket ændringer i fordelingen af antal besøg i forhold til årsrapporten om børn født i 2008 og 2009. I 2008/09 havde langt flere børn (24,8 %) kun ét besøg i de første 30 dage mod 16,4 % af børnene født i 2010. Der var også lidt flere børn med to besøg i den første måned i 2008/09 end i 2010. Derimod er der sket en stigning i andelen af børn, der har henholdsvis tre og fire eller flere besøg i første levemåned fra 2008/09 til 2010. Andelen af børn, der havde fået tre besøg var i 2008/09 14,7 %, mens andelen med fire eller flere besøg var 4,8 %. Denne stigning kan muligvis skyldes, at flere nyfødte udskrives tidligere og derfor skal have aflagt et barselsbesøg, end det var tilfældet i 2008/09 (jvf. figur 2.b).

2.2 Sociodemografiske faktorer

Forældrenes alder

Tabel 2.d viser gennemsnitsalderen for mor og far ved barnets fødsel, mens tabel 2.e viser fordelingen af børnene efter mors og fars alder i grupper.

Tabel 2.d. Forældrenes gennemsnitsalder ved barnets fødsel (år)

	Mor (alle fødsler)	Mor (førstegangs-fødende)	Far (alle fødsler)
Albertslund (n=308)	30,2	26,9	33,1
Ballerup (n=576)	30,7	29,3	33,8
Brøndby (n=428)	29,8	28,3	33,0
Dragør (n=143)	32,6	31,9	35,4
Gentofte (n=884)	33,6	32,2	36,7
Glostrup (n=331)	30,1	28,3	32,6
Herlev (n=293)	30,7	29,0	33,2
Høje-Taastrup (n=714)	30,1	28,4	33,6
Køge (n=734)	30,5	29,1	32,8
Lyngby-Taarbæk (n=676)	32,5	31,4	35,3
Rødovre (n=528)	30,8	29,4	33,2
Tårnby (n=525)	31,6	30,4	33,8
Hele populationen (n=6.140)	31,2	29,8	34,0

Tabel 2.e. Fordeling af børnene efter forældrenes alder i grupper

	Mor				Far			
	Pct., der er under 20 år	Pct., der er 20-29 år	Pct., der er 30-39 år	Pct., der er 40 år eller derover	Pct., der er under 20 år	Pct., der er 20-29 år	Pct., der er 30-39 år	Pct., der er 40 år eller derover
Albertslund (n=308)	1,7	48,2	46,5	3,7	0,4	31,8	55,9	11,9
Ballerup (n=576)	2,1	40,4	54,6	3,0	0,0	10,2	57,9	15,3
Brøndby (n=428)	0,9	52,4	43,4	3,3	0,5	34,5	53,1	12,0
Dragør (n=143)	0,0	22,7	73,8	3,6	0,0	16,2	64,7	19,1
Gentofte (n=884)	0,3	21,1	70,5	8,1	0,1	12,1	61,7	26,1
Glostrup (n=331)	2,2	46,0	50,0	1,8	0,0	33,3	56,9	9,8
Herlev (n=293)	1,7	42,1	53,8	2,4	1,1	26,2	64,2	8,5
Høje-Taastrup (n=714)	2,3	46,8	47,8	3,1	0,0	29,2	56,1	14,7
Køge (n=734)	2,3	43,0	50,3	3,8	0,7	30,3	58,0	11,0
Lyngby-Taarbæk (n=676)	0,6	29,1	65,7	4,6	0,2	17,5	61,5	20,8
Rødovre (n=528)	0,8	42,5	52,8	4,0	0,2	29,6	59,2	10,9
Tårnby (n=525)	0,6	37,4	57,9	4,2	0,2	23,9	63,3	12,7
Hele populationen (n=6.140)	1,4	38,5	55,9	4,2	0,3	25,1	59,2	15,4

Mødrenes gennemsnitsalder ved barnets fødsel er 31,2 år (variation 16,0 – 50,7 år). For førstegangsfødende mødre (n=2.965) er gennemsnitsalderen 29,8 år (variation: 16,0 – 49,0 år). Fædrenes gennemsnitsalder ved barnets fødsel er 34,0 år (variation: 18,3 – 66,8 år). Sammenholdt med landsgennemsnittet er mødres alder ved barnets fødsel lidt højere i databasen. I følge Danmarks Statistiks registrering af forældres alder ved fødsel fra 2010 var gennemsnitsalderen for mødre 30,6 år (førstegangsfødende: 29,1 år). Af tabel 2.e ses det, at 1,4 % af mødrene i den samlede population er under 20 år. For 1,2 % af mødrene og 7,2 % af fædrene til børn født i 2010 mangler angivelse af cpr-nummer, hvorfor alderen ikke har kunnet beregnes. Derudover var der fejl med enkelte cpr-numre, hvilket medførte, at alderen antog urealistiske værdier. Disse informationer er slettet af datamaterialet.

Forældres uddannelse og erhvervsstatus

Sundhedsplejersken har registreret oplysninger om forældrenes skolegang og aktuelle erhvervsstatus i stamdata. I nedenstående tabel vises andelen af mødre og fædre med 10. klasse som højeste uddannelsesniveau og andelen af mødre og fædre uden arbejde.

Tabel 2.f. Forældres uddannelse og erhvervsstatus

	Uddannelse Pct. med max 10. klasse		Erhvervsstatus Pct. uden aktuelt arbejde	
	Mor	Far	Mor	Far
Albertslund (n=308)	23,6	19,1	38,5	19,1
Ballerup (n=576)	13,8	11,0	23,2	7,6
Brøndby (n=428)	17,7	18,2	31,2	11,4
Dragør (n=143)	10,0	13,8	22,0	7,6
Gentofte (n=884)	2,7	2,3	10,9	3,2
Glostrup (n=331)	12,9	18,2	21,0	7,7
Herlev (n=293)	14,9	10,6	24,4	7,0
Høje-Taastrup (n=714)	19,1	21,4	27,7	8,1
Køge (n=734)	20,4	14,1	29,2	18,5
Lyngby-Taarbæk (n=676)	5,7	3,7	23,8	8,6
Rødovre (n=528)	17,1	20,4	26,0	11,3
Tårnby (n=525)	10,7	6,7	15,4	3,4
Hele populationen (n=6.140)	13,3	12,3	24,2	9,5

Af de, der er registreret med oplysning om skolegang, har 13,3 % af mødrene og 12,3 % af fædrene maksimalt 10. klasse som deres uddannelsesniveau. Der mangler registrering af uddannelsesniveau for 34,1 % af mødrene og 47,2 % af fædrene.

En andel på 24,2 % af mødrene og 9,5 % af fædrene er registreret uden aktuelt arbejde. Der mangler oplysninger om erhvervsstatus for 42,2 % af mødrene og 52,1 % af fædrene.

Familietype

Sundhedsplejerskerne registrerer i stamdata, om barnet bor sammen med begge forældre, i en sammenbragt familie eller med en enlig forælder. Tabellen nedenfor viser, at størstedelen af børnene bor sammen med både mor og far (94,9 %), mens 3,7 % bor i en sammenbragt familie, og 1,4 % bor sammen med kun den ene forælder. For 16,1 % af børnene er der ingen oplysning om familietype.

Tabel 2.g. Fordeling af børnene efter familietype

	Pct., der bor med både mor og far	Pct., der bor i sammenbragt familie	Pct., der bor med den ene forælder
Albertslund (n=308)	92,4	6,2	1,4
Ballerup (n=576)	95,2	1,0	3,8
Brøndby (n=428)	93,3	1,6	5,1
Dragør (n=143)	96,2	2,9	1,0
Gentofte (n=884)	97,0	1,0	2,0
Glostrup (n=331)	92,2	1,4	6,4
Herlev (n=293)	96,0	0,0	4,0
Høje-Taastrup (n=714)	94,0	1,1	4,8
Køge (n=734)	94,4	0,8	4,9
Lyngby-Taarbæk (n=676)	95,3	0,8	4,0
Rødovre (n=528)	95,6	1,9	2,6
Tårnby (n=525)	95,8	0,9	3,3
Hele populationen (n=6.140)	94,9	3,7	1,4

Forældres etniske baggrund

I tabel 2.h nedenfor vises fordelingen af mødre og fædres etniske baggrund. Ifølge journalerne har 12,2 % af børnene i den samlede population en mor med anden etnisk baggrund end dansk. Heraf er 3,0 procentpoint anden- eller tredjegerationsindvandrere. Ligeledes har 9,8 % af fædrene anden etnisk baggrund end dansk, og 2,4 procentpoint af disse er anden- eller tredjegerationsindvandrere. Information om forældres etniske baggrund er ikke udfyldt for 87,8 % af mødrene og 90,3 % af fædrene. Feltet om etnisk baggrund skal kun udfyldes, hvis forældrene har anden etnisk baggrund end dansk, og derfor dækker de fleste manglende oplysninger formentlig over forældre med etnisk dansk baggrund. I forhold til årsrapporten om børn født i 2008 og 2009 er andelen af mødre og fædre med anden etnisk baggrund end dansk en smule højere blandt børn født i 2010 (ca. to procentpoint for både mor og far). Denne forskel kan skyldes, at der er kommuner, der er gået ud af databasesamarbejdet i den mellemliggende periode.

Tabel 2.h. Fordeling af børnene efter forældres etniske baggrund

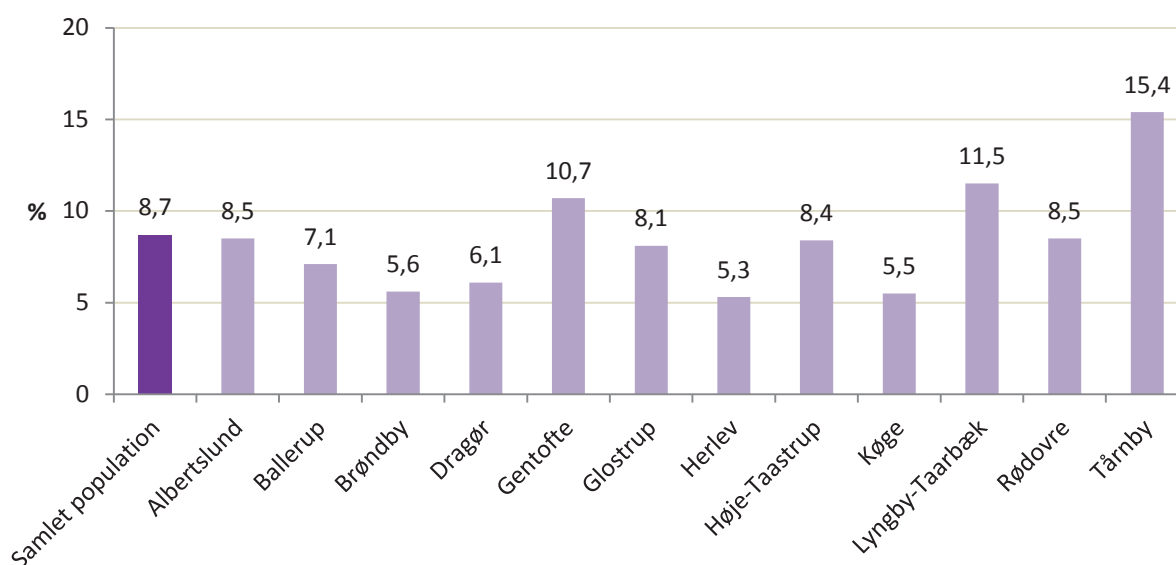
	Mor			Far		
	Pct. med dansk baggrund	Pct. første-generations indvandrere	Pct. anden-/tredjegenerations-indvandrere	Pct. med dansk baggrund	Pct. første-generations indvandrere	Pct. anden-/tredjegenerations-indvandrere
Albertslund (n=308)	69,4	21,2	9,5	71,7	19,9	8,5
Ballerup (n=576)	91,8	6,6	1,6	92,7	5,4	1,9
Brøndby (n=428)	81,3	15,2	3,5	83,6	13,8	2,6
Dragør (n=143)	95,1	4,9	0	97,9	2,1	0
Gentofte (n=884)	94,8	5,1	0,1	95,9	3,7	0,3
Glostrup (n=331)	87,0	10,0	3,0	89,7	7,6	2,7
Herlev (n=293)	84,3	12,0	3,8	87,0	9,9	3,1
Høje-Taastrup (n=714)	74,3	17,1	8,6	80,9	13,8	5,3
Køge (n=734)	91,1	6,3	2,6	93,1	5,3	1,6
Lyngby-Taarbæk (n=676)	92,8	5,8	1,5	95,3	3,6	1,2
Rødovre (n=528)	86,9	9,9	3,2	88,8	8,3	2,8
Tårnby (n=525)	96,6	3,2	0,2	98,1	1,5	0,4
Hele populationen (n=6.140)	87,8	9,2	3,0	90,3	7,4	2,4

2.3 Graviditet og fødsel

Fertilitetsbehandling

En andel på 8,7 % af børnene født i 2010 er født efter fertilitetsbehandling. I årsrapporten fra 2008 og 2009 var denne andel 9,3 %. Information om fertilitetsbehandling mangler for 30,1 % af børnene.

Figur 2.e. Forekomst af børn født efter fertilitetsbehandling

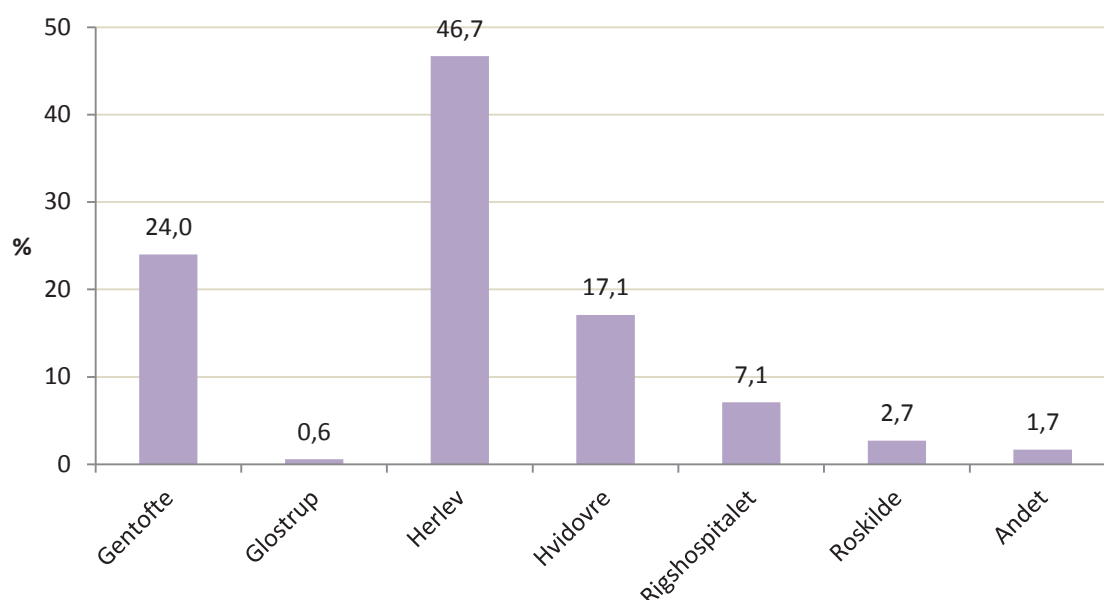


Det er interessant at bemærke de store kommunale variationer i fertilitetsbehandling. De kommuner, der har høje forekomster er sammenfaldende med de kommuner, hvor mors alder ved barnets fødsel er højere end gennemsnittet (jf. tabel 2.d). Det er kendt, at kvinders fertilitet sænkes med alderen, og det kan blandt andet være det, der giver sig udslag i de kommunale variationer i fertilitetsbehandling.

Fødested, fødselsforløb og indlæggelseslængde

De fleste danske kvinder føder på hospital, og nedenfor vises fordelingen af fødsler på forskellige fødesteder.

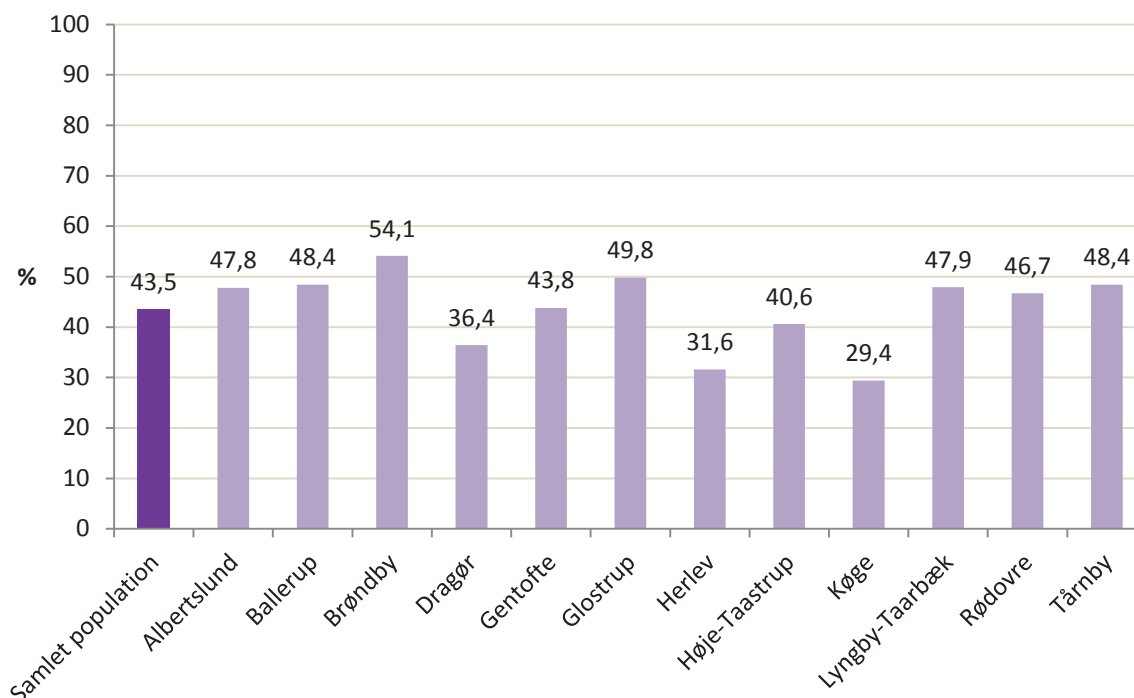
Figur 2.f. Fordeling af børn efter fødested



Af figuren ses det, at databasen rummer en høj andel børn født på hospitalerne i Herlev og Gentofte. Kategorien "Andet" dækker over et antal fødesteder, hvor kun få af databasens børn er født. I 38,5 % af journalerne er der ikke oplysninger om, hvilket sygehus børnene er født på. I forhold til årsrapporten for børn født i 2008 og 2009 er der meget få fødsler på Glostrup Hospital og mange flere på Herlev Hospital i 2010. Det skyldes, at disse to fødeafdelinger fusionerede på Herlev i starten af 2010. Desuden blev der i 2008/09, men ikke i 2010, født børn på Kolding Sygehus. Det skyldes, at Vejle Kommune nu er trådt ud af databasen.

Ved etableringsbesøget registrer sundhedsplejerskerne, om der er bemærkninger i forbindelse med fødslen. I figur 2.g vises forekomsten af bemærkninger til fødslen.

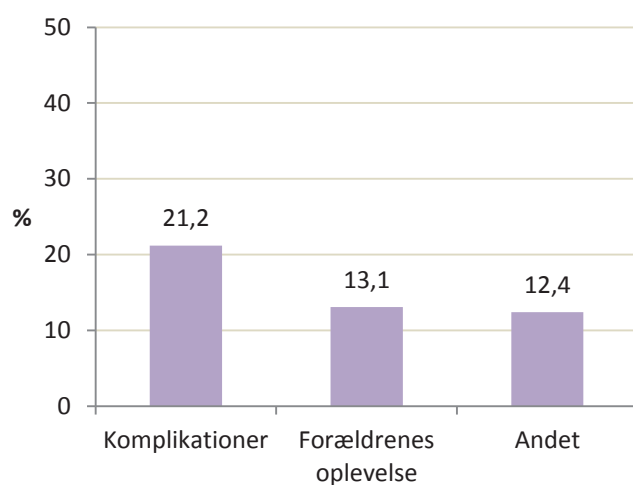
Figur 2.g. Forekomst af bemærkninger til fødslen



Forekomsten af bemærkninger i forbindelse med fødslen er 43,5 %, hvilket er cirka tre procentpoint lavere end i årsrapporten om børn født i 2008 og 2009. For 22,9 % af børnene er der ikke information om bemærkninger i forbindelse med fødslen.

Nedenstående figur (2.h) viser forekomsten af de forskellige bemærkninger til fødslen for den samlede population.

Figur 2.h. Forekomst af bemærkninger i forbindelse med fødslen

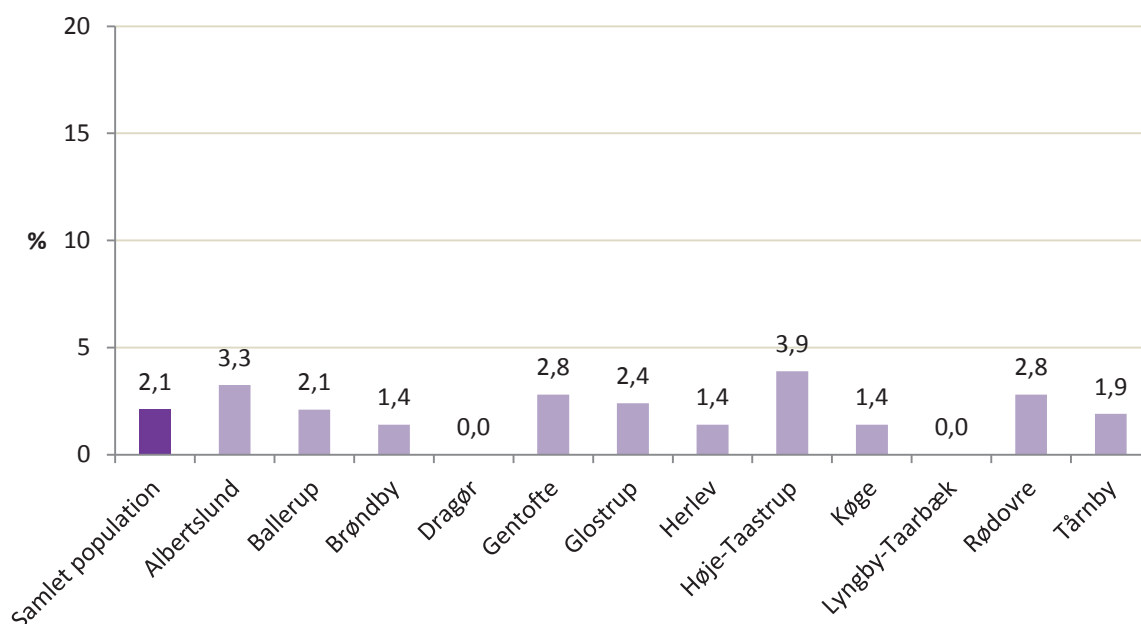


Køn, flerfødsel og paritet

Der er født 138 flere drenge end piger i 2010, svarende til en fordeling på 48,9 % piger og 51,1 % drenge. Denne fordeling stemmer godt overens med registreringen fra Danmarks Statistik for fødsler i 2010.

I figuren nedenfor vises andelen af børn, der er flerfødt; det vil sige tvillinger eller trillinger. For den samlede population født i 2010 er 2,1 % flerfødt. Denne andel svarer til landsgennemsnittet, registreret af Danmarks Statistik for fødsler i 2010.

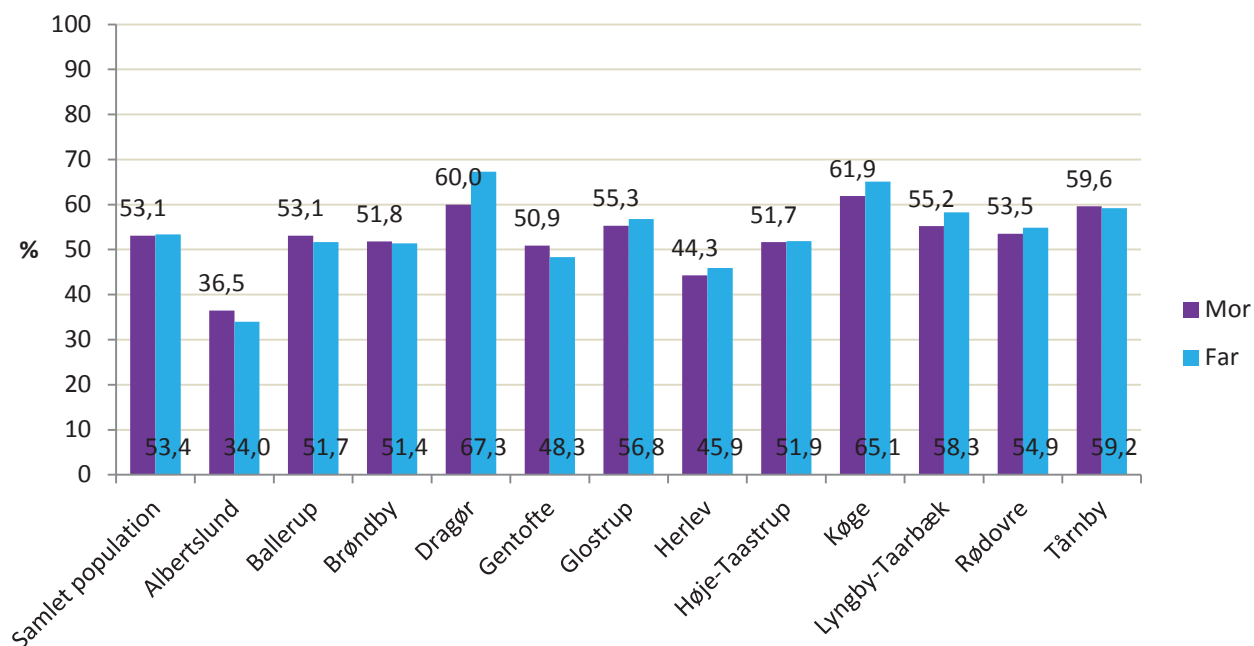
Figur 2.i. Forekomst af flerfødsler



Fordelingen af fødsler efter mors barn-nummer er følgende i den samlede population: mors første barn 53,1 %, mors andet barn 30,8 %, mors tredje barn 12,3 %, mors fjerde barn 2,9 % og mors barn nummer fem eller højere 0,9 %. Fordelingen af fødsler efter fars barn nummer er følgende: fars første barn 53,4 %, fars andet barn 29,8 %, fars tredje barn 12,4 %, fars fjerde barn 3,3 % og fars barn nummer fem eller højere 1,1 %. Andelen ligger på niveau med årsrapporten om børn født i 2008 og 2009. Der mangler oplysninger om paritet (antallet af fødsler) for 7,3 % af mødrene og for 9,3 % af fædre.

Nedenstående figur viser andelen af førstegangsmødre og førstegangsfædre.

Figur 2.j. Forekomst af førstegangsmødre og -fædre



For den samlede population af børn født i 2010 er 53,1 % af mødrene førstegangsfødende, mens det for 53,4 % af fædrene er deres første barn.

Gestationsalder

Gestationsalder er den graviditetsuge, hvor barnet er født. Denne information er indhentet fra fødselsanmeldelsen, og tabellen nedenfor viser fordelingen af børnene efter gestationsalder.

Tabel 2.i. Fordeling af børnene efter gestationsalder

	Pct., der er født i 20.-28. uge	Pct., der er født i 29.-32. uge	Pct., der er født i 33.-36. uge	Pct., der er født i 37.-44. uge
Albertslund (n=308)	0,0	1,0	5,0	94,0
Ballerup (n=576)	0,6	0,9	10,3	91,5
Brøndby (n=428)	1,1	0,7	6,4	91,8
Dragør (n=143)	0,0	0,0	6,9	93,1
Gentofte (n=884)	0,0	0,3	3,3	96,5
Glostrup (n=331)	0,8	1,2	7,3	90,7
Herlev (n=293)	0,0	0,4	2,6	97,0
Høje-Taastrup (n=714)	0,2	1,8	5,5	92,6
Køge (n=734)	0,3	1,8	6,0	92,0
Lyngby-Taarbæk (n=676)	0,0	1,2	4,3	94,5
Rødovre (n=528)	0,2	0,2	4,8	94,7
Tårnby (n=525)	0,8	1,1	6,1	92,1
Hele populationen (n=6.140)	0,3	1,0	5,2	93,5

Det ses af tabel 2.i, at langt hovedparten af børnene (93,5 %) er født inden for normalområdet (37-44 uger). Gestationsalderen for de resterende børn fordeler sig på følgende måde: 0,3 % er født i uge 20-28 (ekstremt tidligt født), 1,0 % er født i uge 29-33 (meget tidligt født), mens 5,2 % er født i uge 33-36 (tidligt født). Denne fordeling adskiller sig ikke væsentligt fra årsberetningen om børn født i 2008 og 2009. En andel på 24,0 % af børnene har ikke oplysninger om gestationsalder eller har urealistiske oplysninger, det vil sige var ikke født mellem uge 20 og 44 (n=30).

Apgarscore

Apgarscore er et mål for vurdering af barnets tilstand lige efter fødslen. Fem minutter efter fødslen vurderer jordemoderen eller en børnelæge barnet og tildeler fra nul til to point på fem områder (vejtrækning, hudfarve, hjerteslag, reflekser og muskelspændinger). Således kan barnet score fra nul til ti point i apgarscore. En apgarscore under syv efter fem minutter er som regel tegn på iltmangel under fødslen, hvilket kan føre til neurologiske skader (Sundhedsstyrelsen, 2008). Oplysninger om apgarscore er hentet fra fødselsanmeldelsen til sundhedsplejerskernes journal.

Tabel 2.j. Fordeling af børnene efter apgarscore

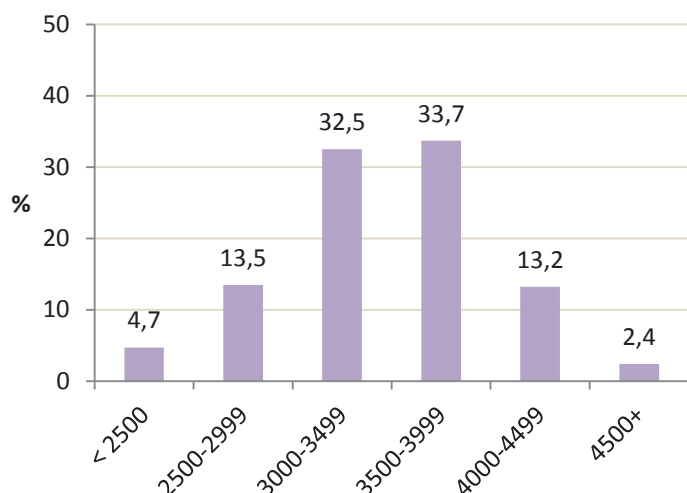
	Pct. med 1-4 point	Pct. med 5-6 point	Pct. med 7-9 point	Pct. med 10 point
Albertslund (n=308)	0,0	1,0	5,0	94,0
Ballerup (n=576)	0,6	0,9	10,3	91,5
Brøndby (n=428)	1,1	0,7	6,4	91,8
Dragør (n=143)	0,0	0,0	6,9	93,1
Gentofte (n=884)	0,0	0,3	3,3	96,5
Glostrup (n=331)	0,8	1,2	7,3	90,7
Herlev (n=293)	0,0	0,4	2,6	97,0
Høje-Taastrup (n=714)	0,2	1,8	5,5	92,6
Køge (n=734)	0,3	1,8	6,0	92,0
Lyngby-Taarbæk (n=676)	0,0	1,2	4,3	94,5
Rødovre (n=528)	0,2	0,2	4,8	94,7
Tårnby (n=525)	0,8	1,1	6,1	92,1
Hele populationen (n=6.140)	0,2	0,5	5,8	93,6

Fordelingen af apgarscore efter fem minutter er som følgende: 0,2 % har scoret 1-4 point, 0,5 % har scoret 5-6 point, 5,8 % har scoret 7-9 point, mens 93,6 % har scoret 10 point. Langt hovedparten af børnene – næsten 94 % - opnår altså maksimal apgarscore fem minutter efter fødslen. Disse andele er i overensstemmelse med årsrapporten om børn født i 2008 og 2009. For 23,9 % af børnene var apgarscore uoplyst eller højere end 10 (n=4).

Fødselsvægt

Oplysninger om fødselsvægt i journalerne er hentet fra fødselsanmeldelsen, og fordelingen for den samlede population ses i nedenstående figur 2.k

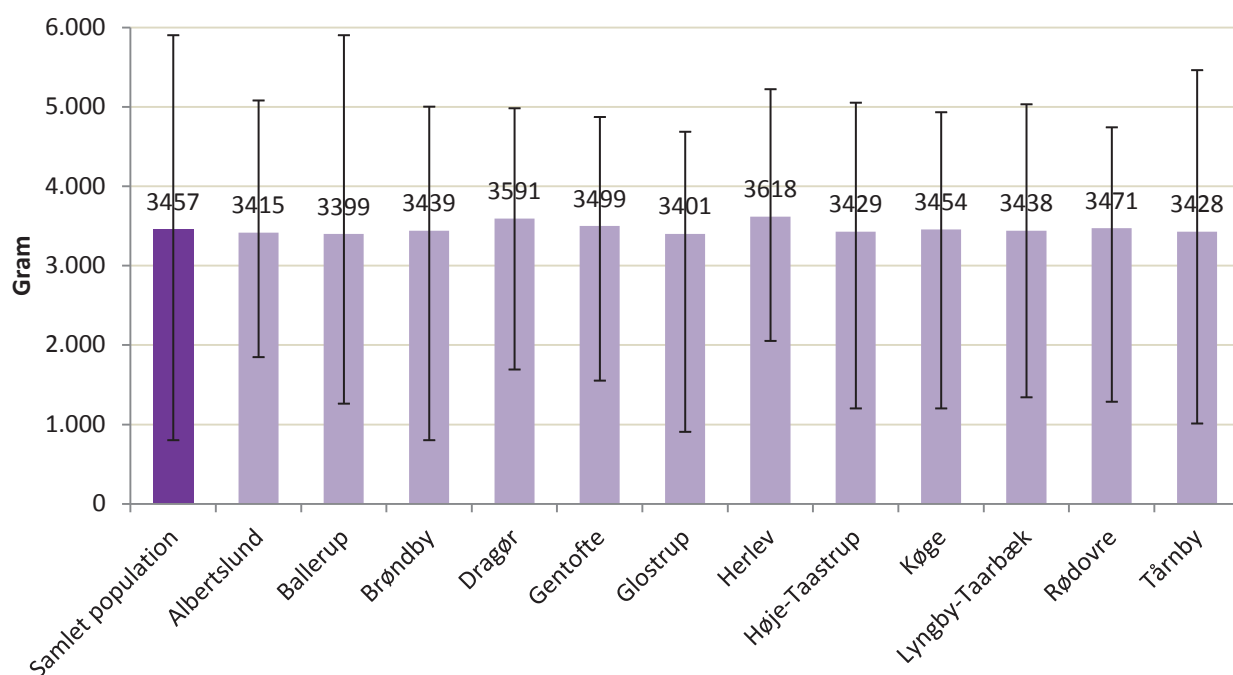
Figur 2.k. Fordeling af fødselsvægt



Fordelingen af fødselsvægt adskiller sig ikke væsentligt fra fødselsvægten i årsberetningen om børn født i 2008 og 2009. For 26,9 % af børnene, er der ikke information om fødselsvægt.

I figur 2.1 ses børnenes gennemsnitsvægt ved fødslen. De lodrette sorte pinde repræsenterer spændet mellem den højeste og den laveste fødselsvægt. For den samlede population var gennemsnitsvægten 3457 gram (variation: 800 gram – 5900 gram), hvilket er tilsvarende årsrapporten om børn født i 2008 og 2009, hvor gennemsnitsvægten var 3455 gram.

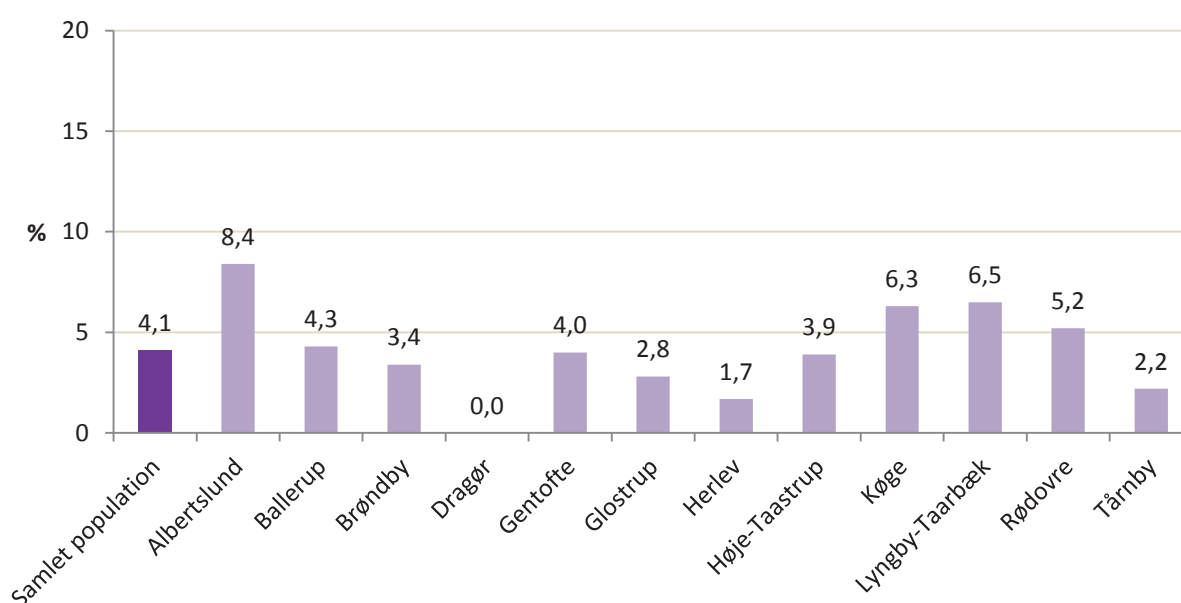
Figur 2.1. Gennemsnitlig fødselsvægt



Handicap og misdannelser ved fødslen

Der er 4,1 % af børnene, der er registreret i journalen som havende et medfødt handicap eller misdannelse. Med handicap menes anomalier, der forventes at give barnet tab eller begrænsninger i mulighederne for at deltage på lige fod med andre, men det er ikke registreret, hvilke handicap og misdannelser det drejer sig om. Det kan således være lige fra små til vidtgående handicap. Andelen af børn med handicap og misdannelser er næsten uændret fra de tidligere årsrapporter. I figuren nedenfor vises forekomsten af handicap og misdannelser ved fødslen. I 49,4 % af journalerne er information om medfødte handicap eller misdannelser ikke oplyst.

Figur 2.m. Forekomst af handicap og misdannelser ved fødslen

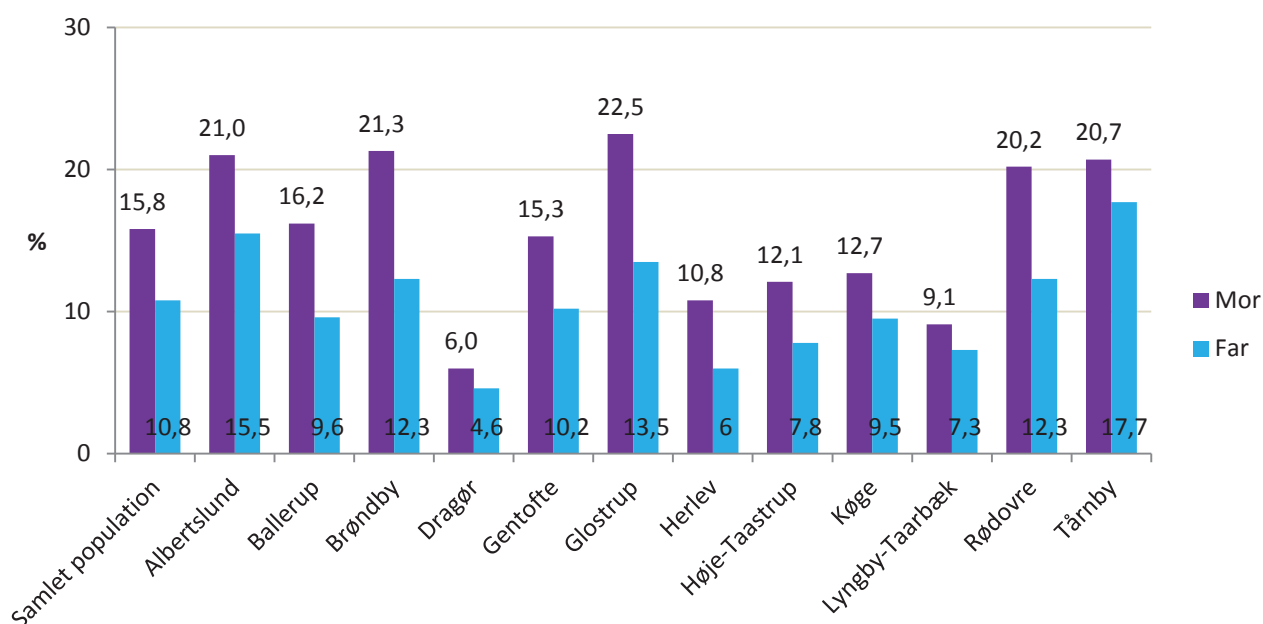


2.4 Sygdom, livsstil samt socialt netværk

Sygdom og handicap hos forældrene

I manualen til journalen er det angivet, at der skal noteres sygdomme og handicap hos forældrene samt arvelige dispositioner, der kan have indflydelse på barnets udvikling. Ved sygdomme og handicap forstås både fysiske og psykiske lidelser. Blandt mødrene er 15,8 % registreret med sygdomme/handicap, mens dette er tilfældet for 10,8 % af fædrene. Hos 3,6 % af børnene var begge forældre registreret som havende en sygdom eller et handicap, der kan have indflydelse på barnets udvikling. For 19,0 % af mødrene og 25,3 % af fædrene findes ikke oplysninger i journalen om sygdom og handicap.

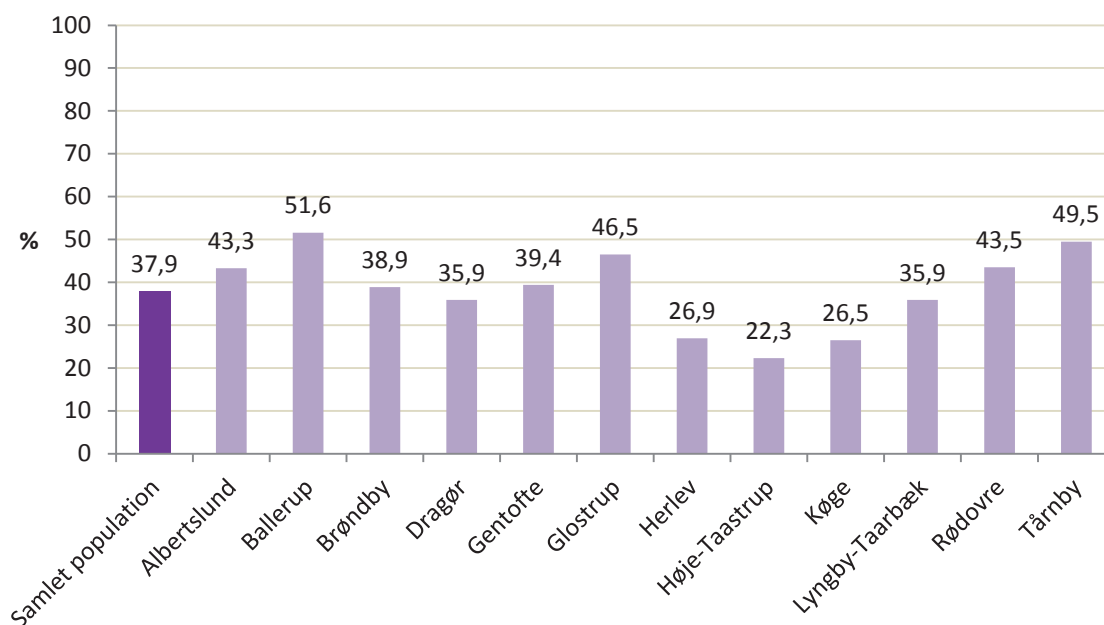
Figur 2.n. Forekomst af sygdomme og handicap hos mor og far



Allergi i familien

I journalerne er det oplyst, at der er lægediagnosticeret allergi hos mor, far og/eller søskende for 37,9 % af børnene født i 2010, mens allergisk disponering ikke kendes for 6,3 % af børnene. I figuren nedenfor vises forekomsten af allergi hos mor, far eller søskende. Der mangler oplysninger om allergisk disponering fra mor, far og/eller søskende for 16,5 % af børnene.

Figur 2.o. Forekomst af allergi i familien



Rygning

Der er 15,9 % af børnene født i 2010, der ifølge journalen er udsat for passiv rygning. I årsrapporten om børn født i 2008 og 2009 var 14,8 % udsat for passiv rygning. I 25,0 % af journalerne, er der ikke registreret oplysninger om, hvorvidt barnet er udsat for passiv rygning. I figuren nedenfor ses andelen af spædbørnene, der er udsat for passiv rygning.

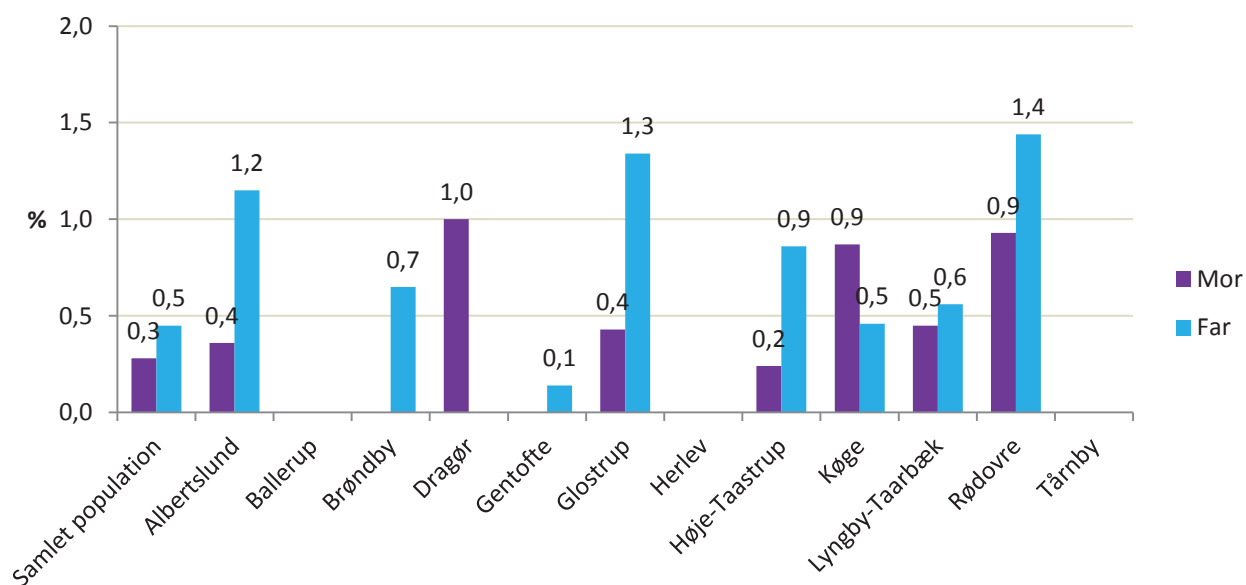
Figur 2.p. Forekomst af udsættelse for passiv rygning



Nedsat omsorgsevne på grund af alkohol eller andet misbrug

Sundhedsplejerskerne vurderer, om forældrenes omsorgsevne er nedsat på grund af alkohol eller andet misbrug. I alt er 12 mødre (0,3 %) og 22 fædre (0,5 %) registreret til at have nedsat omsorgsevne på grund af alkohol og/eller andet misbrug. Seks børn har både en mor og en far med nedsat omsorgsevne. Nedenstående figur viser forekomsten af nedsat omsorgsevne på grund af alkohol eller andet misbrug. Hvor forekomsten er 0 % indgår søjlen ikke i figuren. Der mangler oplysning om nedsat omsorgsevne for 31,2 % af mødrene og 34,5 % af fædrene.

Figur 2.q. Forekomst af nedsat omsorgsevne på grund af alkohol eller andet misbrug for mor og far



Socialt netværk

Et godt socialt netværk er en beskyttende faktor i forhold til blandt andet sundhedsproblemer. Sundhedsplejerskerne registrerer den del af familiernes sociale netværk, der støtter og hjælper forældrene i forhold til barnet. Langt de fleste forældre har støtte fra flere dele af netværket, hvoraf familien tegner sig for størstedelen. I tabel 2.k nedenfor vises, hvor mange procent af mødrene, der i følge registreringerne i journalen har støtte fra bedsteforældre, anden familie, venner og andre, samt hvor mange, der intet socialt netværk har. Resultaterne i denne tabel kan ikke sammenlignes med de foregående årsberetninger, da fordelingerne her, i modsætning til tidligere, kun dækker børn *med* information om socialt netværk.

Tabel 2.k. Forekomst af støtte fra familiernes sociale netværk

	Pct. med støtte fra bedsteforældre	Pct. med støtte fra anden familie	Pct. med støtte fra venner	Pct. med støtte fra andre	Pct. uden støtte fra netværk
Albertslund (n=308)	86,4	74,4	46,8	5,1	0,0
Ballerup (n=576)	94,2	88,6	83,9	11,2	0,0
Brøndby (n=428)	88,2	81,8	59,7	2,6	1,3
Dragør (n=143)	92,0	76,0	86,0	36,0	0,0
Gentofte (n=884)	88,5	68,0	66,2	6,3	2,1
Glostrup (n=331)	93,0	67,3	66,2	1,6	0,0
Herlev (n=293)	87,1	83,8	82,9	23,8	0,4
Høje-Taastrup (n=714)	89,5	73,9	75,1	7,6	0,6
Køge (n=734)	92,3	63,9	71,9	19,4	0,7
Lyngby-Taarbæk (n=676)	85,6	64,7	76,4	1,5	0,6
Rødovre (n=528)	87,1	75,9	64,5	1,7	1,7
Tårnby (n=525)	95,1	87,3	82,4	1,3	0,0
Hele populationen (n=6.140)	89,6	74,6	71,0	7,3	0,8

I tabellen ses det, at 89,6 % af populationen i følge registreringerne i journalen har støtte fra bedsteforældre; 74,6 % har støtte fra anden familie, 71,0 % har støtte fra venner, mens 7,3 % har støtte fra andre. Andelen med ingen netværk er ifølge journalen 0,8 %.

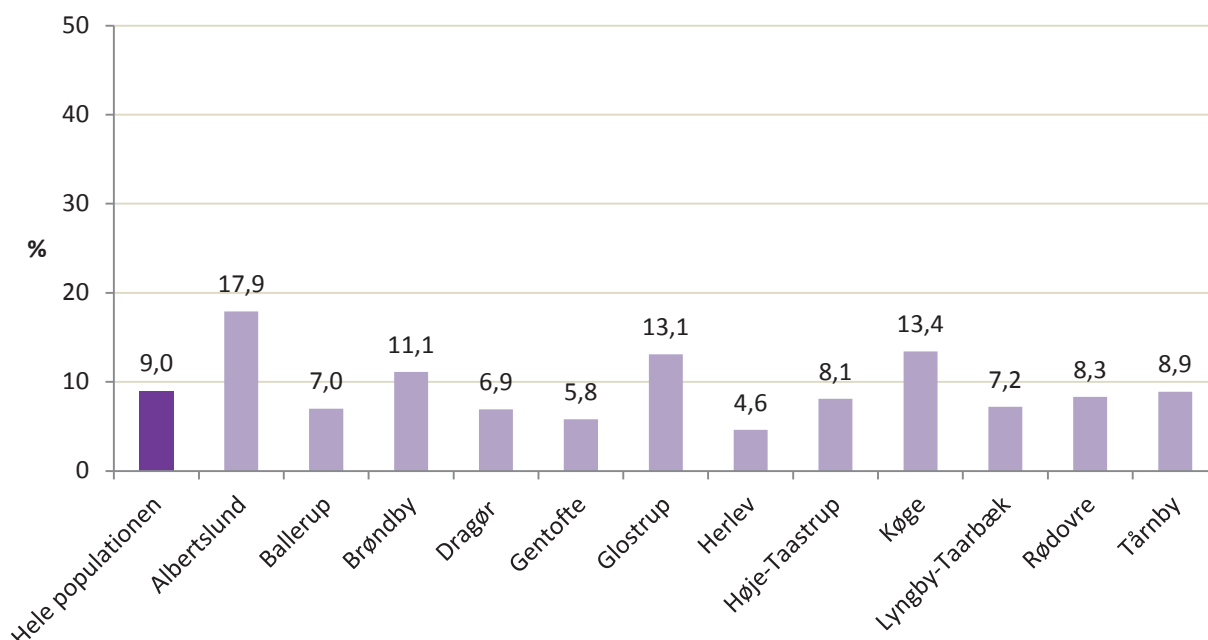
3. Indikatorer

I forbindelse med den kliniske kvalitetsdatabase Børns Sundhed er der udvalgt en række indikatorer med henblik på måling af kvaliteten af ydelser, indsats og resultater inden for sundhedsplejen. Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med deres besøg, hvorvidt der 'ingen bemærkninger' er til en indikator (f.eks. barnets signaler og reaktioner). Generelt for de forskellige indikatorer gælder det, at bemærkninger dækker over, at der er en reaktion, der ikke forventes i forhold til alderstrinnet eller forhold, der kræver yderligere observation, undersøgelse eller behandling. For hver indikator registrerer sundhedsplejerskerne desuden, hvilke bemærkninger der er tale om (f.eks. bemærkninger til barnets døgnrytme, søvn eller gråd). Udvalgte kvalitetsindikatorer fra databasen anvendes i årsberetningen til at beskrive udvalgte områder af sundhed og udvikling blandt børnene. I det følgende rapporteres forekomsten af bemærkninger for børn ved D-besøget, der aflægges, når barnet er otte til ti måneder gammelt.

Barnets signaler og reaktioner

Bemærkninger om barnets signaler og reaktioner dækker over bemærkninger til døgnrytme, søvn, uro/gråd, pirrelighed, tristhed, differentiering mellem forældre og andre personer, andet samt hvorvidt der er lavet en henvisning. Nedenstående figur (3.a) viser forekomsten af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved D-besøget.

Figur 3.a. Forekomst af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner



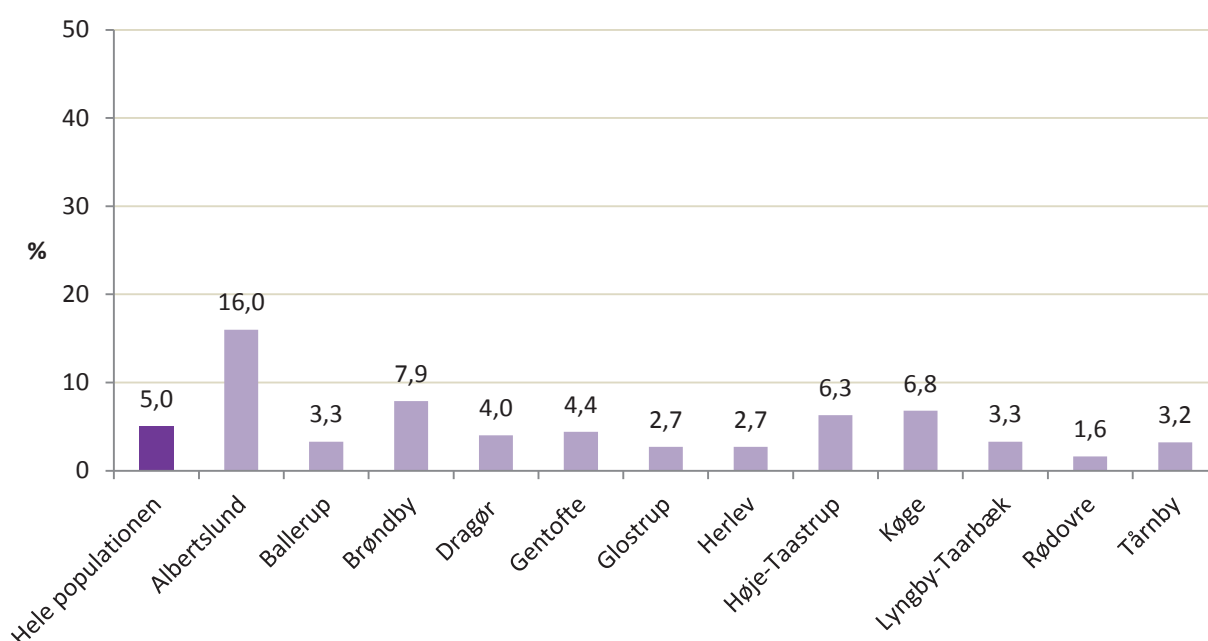
Forekomsten af bemærkninger ved D-besøget er 9,0 %, hvilket er en smule højere end i årsberetningen om børn født i 2008 og 2009, hvor forekomsten var 8,1 %. For 26,8 % af børnene mangler der oplysning

om barnets signaler og reaktioner ved D-besøget. Dette dækker primært over børn uden registrering om det pågældende besøg.

Forældre-barn kontakt og samspil

Bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil dækker over bemærkninger til barnets pasning og pleje, afpasning af aktiviteter efter barnets behov, forståelse og handling på henholdsvis barnets og søskendes signaler og følelsesmæssige behov, andet og henvist. Nedenstående figur (3.b) viser forekomsten af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved D-besøget.

Figur 3.b. Forekomst af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil

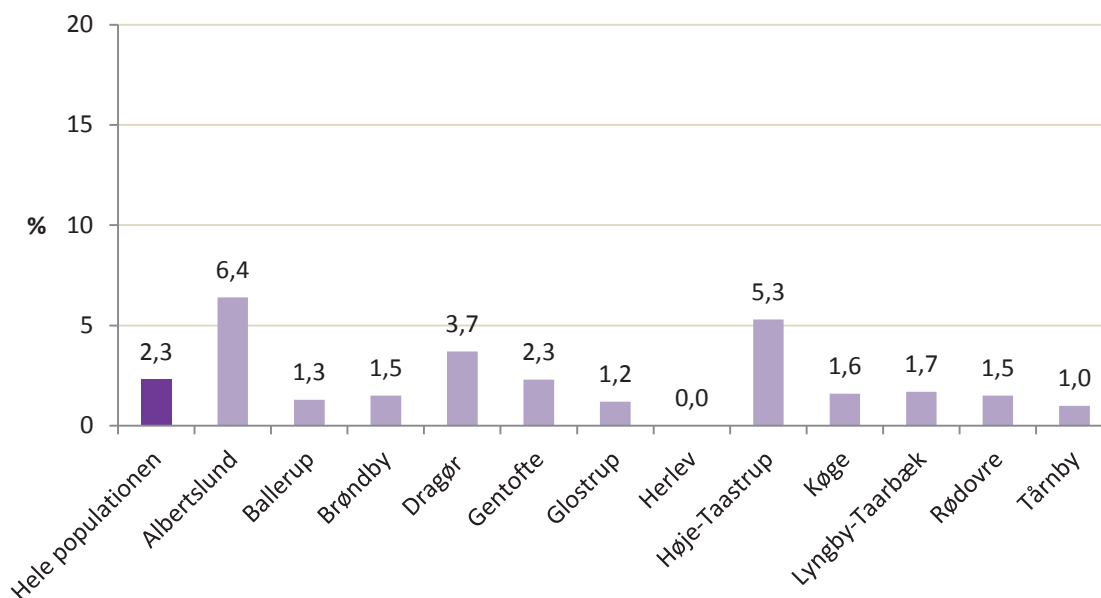


For den samlede population er forekomsten af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil 5,0 %, hvilket svarer til årsrapporten om børn født i 2008 og 2009 (5,1 %). For 27,0 % af børnene mangler der oplysning om forældre-barn kontakt og samspil ved D-besøget, hvilket primært dækker over børn uden registrering om det pågældende besøg.

Kommunikation

Ved D-besøget dækker bemærkninger til kommunikation over, om barnet smiler, om det pludrer samt, hvorvidt barnet pludrer i dialog, og nedenstående figur (3.c) viser forekomsten af bemærkninger til kommunikation ved D-besøget.

Figur 3.c. Forekomst af bemærkninger til barnets kommunikation

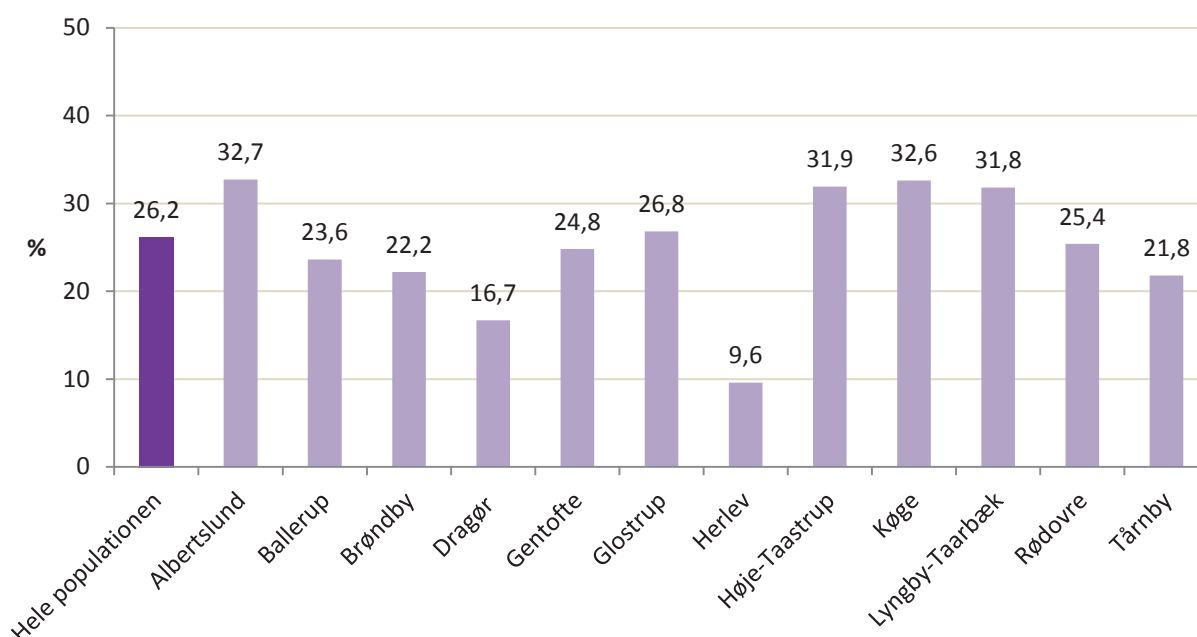


Forekomsten af bemærkninger til kommunikation ved D-besøget på 2,3 % i denne årsberetning er noget lavere end i årsberetningen om børn født i 2008 og 2009, hvor 4,2 % af børnene havde bemærkninger. Der er 26,1 % af børnene, der mangler oplysning om barnets kommunikation ved D-besøget, hvilket primært dækker over børn uden registrering om det pågældende besøg.

Motorik

Bemærkninger til barnets motorik ved D-besøget dækker over bemærkninger til, hvorvidt barnet holder hovedet i midtlinjen, om det løfter hoved og skuldre i maveleje, hvorvidt barnet støtter på strakte arme i maveleje, om det triller fra mave til ryg, om det trækker sig op i armene til siddende stilling, om barnet triller fra ryg til mave, om det støtter på flad fod, om det sidder sikkert selv, om det lægger an til at kravle, samt om det lægger an til at rejse sig ved støtte. Nedenstående figur (3.d) viser forekomsten af bemærkninger til barnets motorik ved D-besøget.

Figur 3.d. Forekomst af bemærkninger til barnets motorik

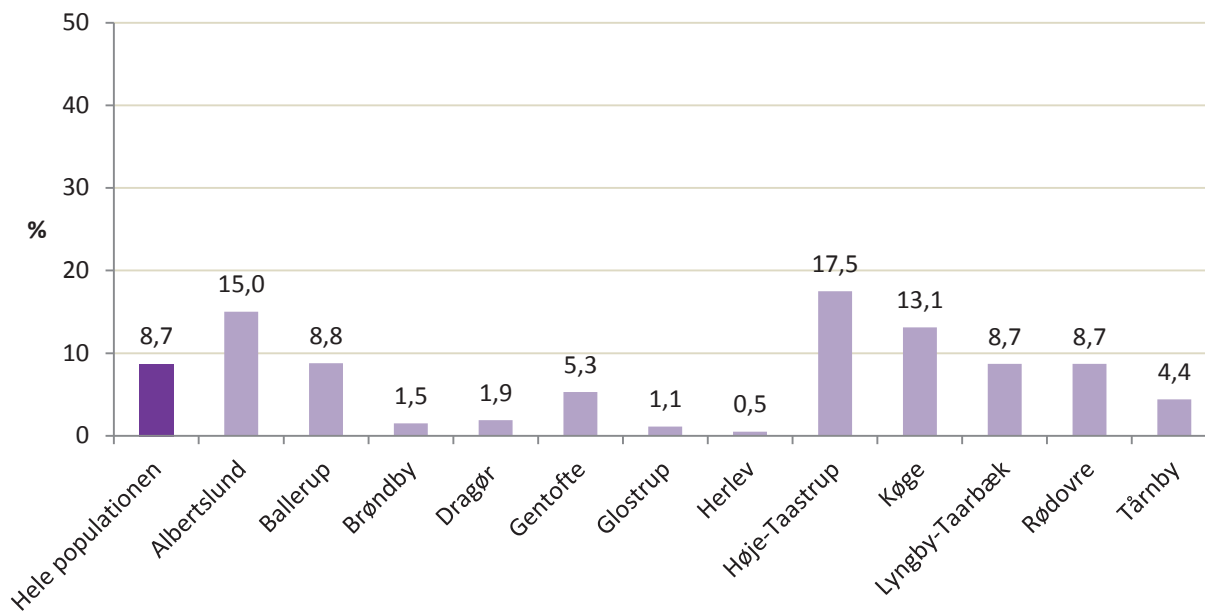


Andelen af bemærkninger for børn født i 2010 på 26,2 % er lidt lavere end i årsberetningen om børn født i 2008 og 2009, hvor 30,9 % af børnene havde bemærkninger til deres motorik ved D-besøget. Der mangler oplysninger om bemærkninger til motorik ved D-besøget for 26,0 % af børnene, hvilket primært skyldes, at der ikke er registreret noget D-besøg.

Øje/hånd-koordination

Ved D-besøget dækker bemærkninger til øje/hånd koordination over, om barnet putter hånden i munden, om barnet ser hånden, om barnet griber ud efter ting, hvorvidt barnet slipper ting og laver pincetgreb, og figur 3.e viser forekomsten af bemærkninger til øje/hånd-koordination ved D-besøget.

Figur 3.e. Forekomst af bemærkninger til barnets øje/hånd-koordination

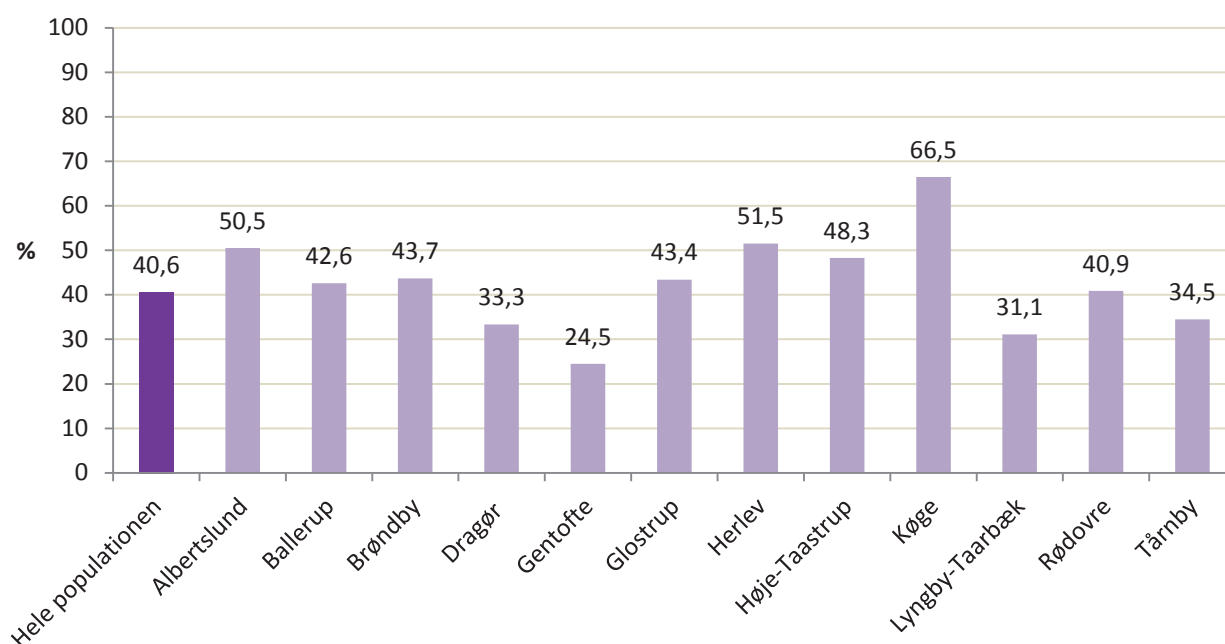


Andelen af bemærkninger (8,7 %) i denne årsberetning er noget lavere end i årsrapporten om børn født i 2008 og 2009, hvor 11,3 % af børnene havde bemærkninger til deres øje/hånd-koordination ved D-besøget. Der mangler oplysninger om bemærkninger til øje/hånd-koordination ved D-besøget for 26,0 % af børnene, og dækker primært over, at der ikke er registreret noget D-besøg.

Fuld amning ved fire måneder

Til angivelse af fuld amning er variabelen *ammelængde* fra stamdata benyttet. Denne angiver barnets alder ved ophør af fuld amning i måneder og uger. Sundhedsstyrelsens definition af fuld amning benyttes, hvilket betyder, at barnet ernæres udelukkende af modermælk efter udskrivelse fra hospitalet. Herved forstås i Danmark, at der udover moderens mælk kan suppleres med vand eller lignende og/eller maksimalt ét måltid med modermælkserstatning om ugen. Nedenstående figur 3.f viser forekomsten af børn, der ikke er ammet i henhold til anbefalingen om fuld amning i fire måneder (17 uger).

Figur 3.f. Forekomst af børn, der *ikke* er ammet fuldt i mindst fire måneder

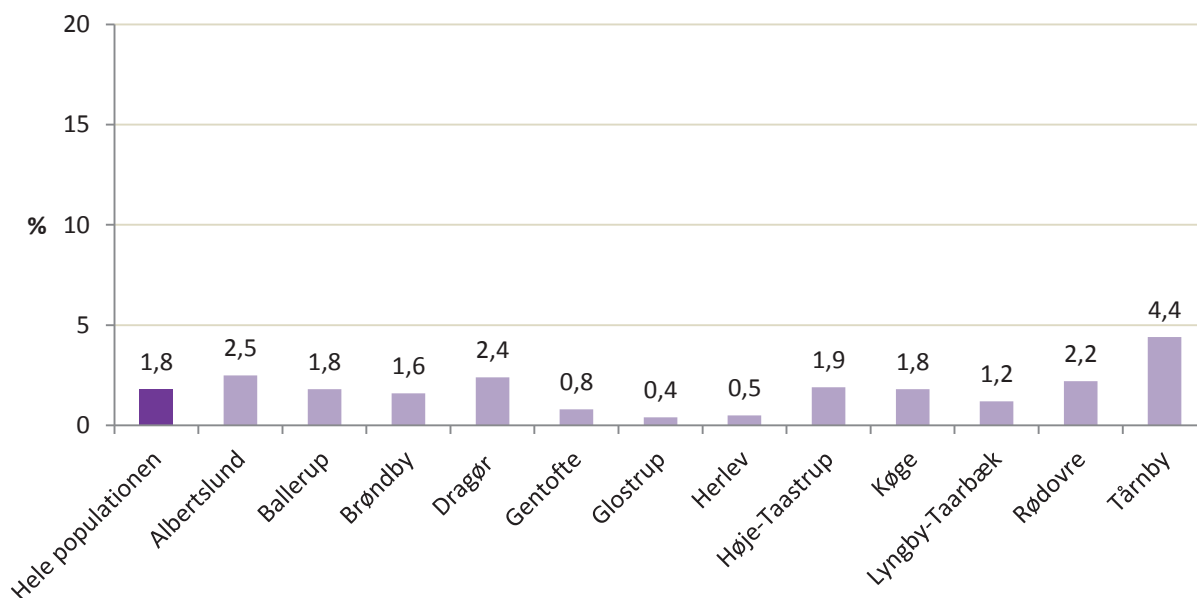


Blandt børnene født i 2010, blev 40,6 % ikke ammet fuldt i mindst fire måneder. I årsrapporten om børn født i 2008 og 2009 var amning tema for rapporten, og her var det 40,2 % af børnene, der ikke blev ammet fuldt i mindst fire måneder. Der ses således ikke nogen væsentlig ændring i ammelængden fra 2008/09 til 2010. Der mangler information om ammelængde for 35,7 % af børnene.

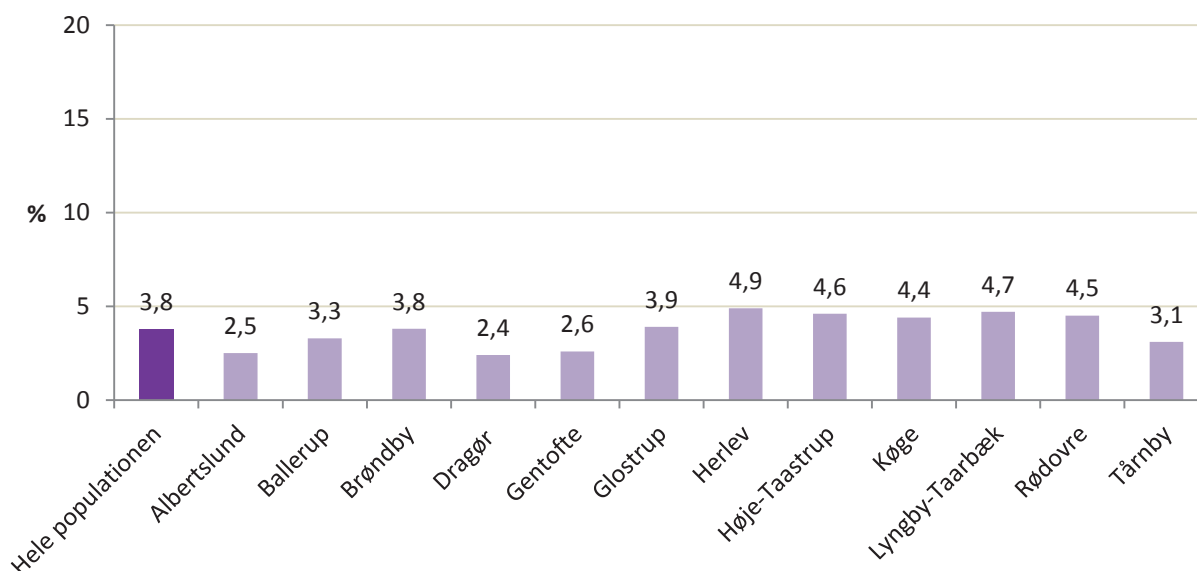
Vægt og længde

Ved de forskellige besøg måler og vejer sundhedsplejerskerne børnene og registrerer længde og vægt i journalen. Nedenstående figurer (3.g og 3.h) viser forekomsten af børn med en vægt henholdsvis under 3 % percentilen og over 97 % percentilen ved D-besøget.

Figur 3.g. Forekomst af børn med vægt under 3 % percentilen



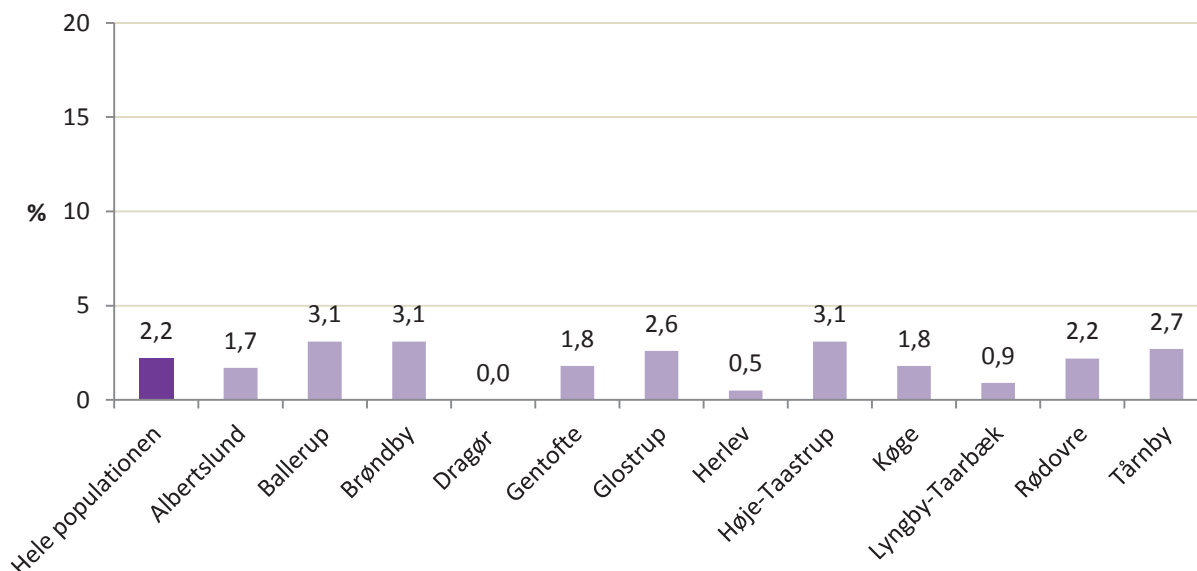
Figur 3.h. Forekomst af børn med vægt over 97 % percentilen



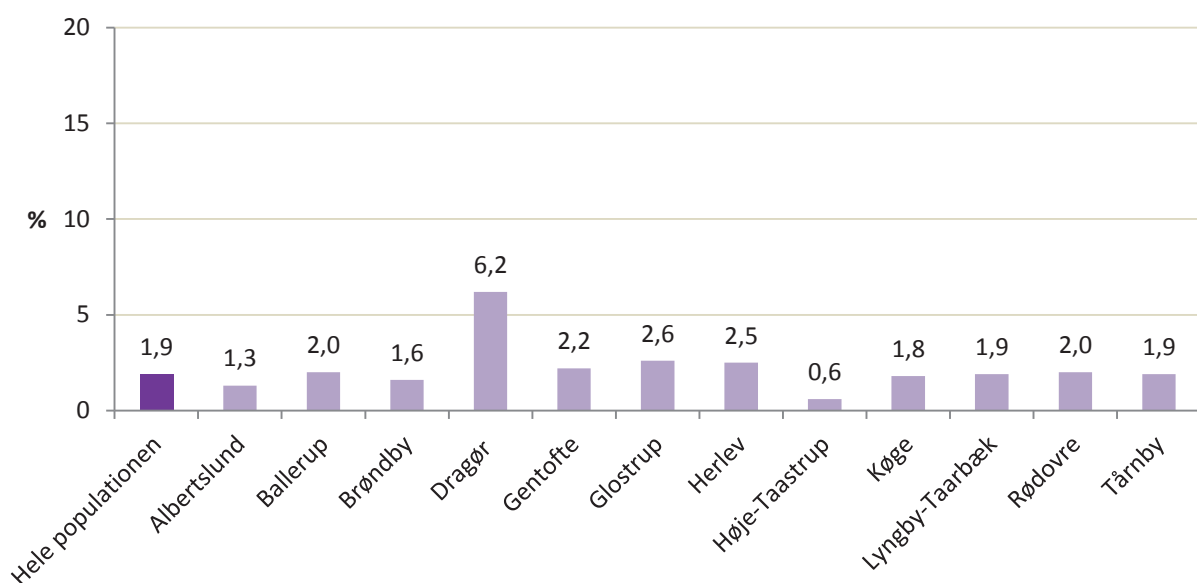
Af figur 3.g. ses det, at 1,8 % af børnene født i 2010 har en vægt under 3 % percentilen. Dette er lavere end de forventede 3 %. Samtidig ses det figur 3.h, at forekomsten af børn med en vægt over 97 % percentilen ved D-besøget er noget højere end 3 %. Dette kan skyldes, at de anvendte grænseværdier for vægt stammer fra 1982, og at børn i dag er større, end de var i 1982. Nye og mere tidssvarende referenceværdier er under udarbejdelse. I årsrapporten om børn født i 2008 og 2009 var forekomsten af børn med en vægt under 3 % percentilen 2,3 % mens forekomsten med en vægt over 97 % percentilen var 3,5 %. Information om vægt er ikke oplyst for 27,6 % ved D-besøget, hvilket primært skyldes, at der ikke er registreret noget D-besøg.

I figurerne nedenfor (3.i og 3.j) ses forekomsten af børn med en længde henholdsvis under 3 % percentilen og over 97 % percentilen ved D-besøget.

Figur 3.i. Forekomst af børn med længde under 3 % percentilen



Figur 3.j. Forekomst af børn med længde over 97 % percentilen

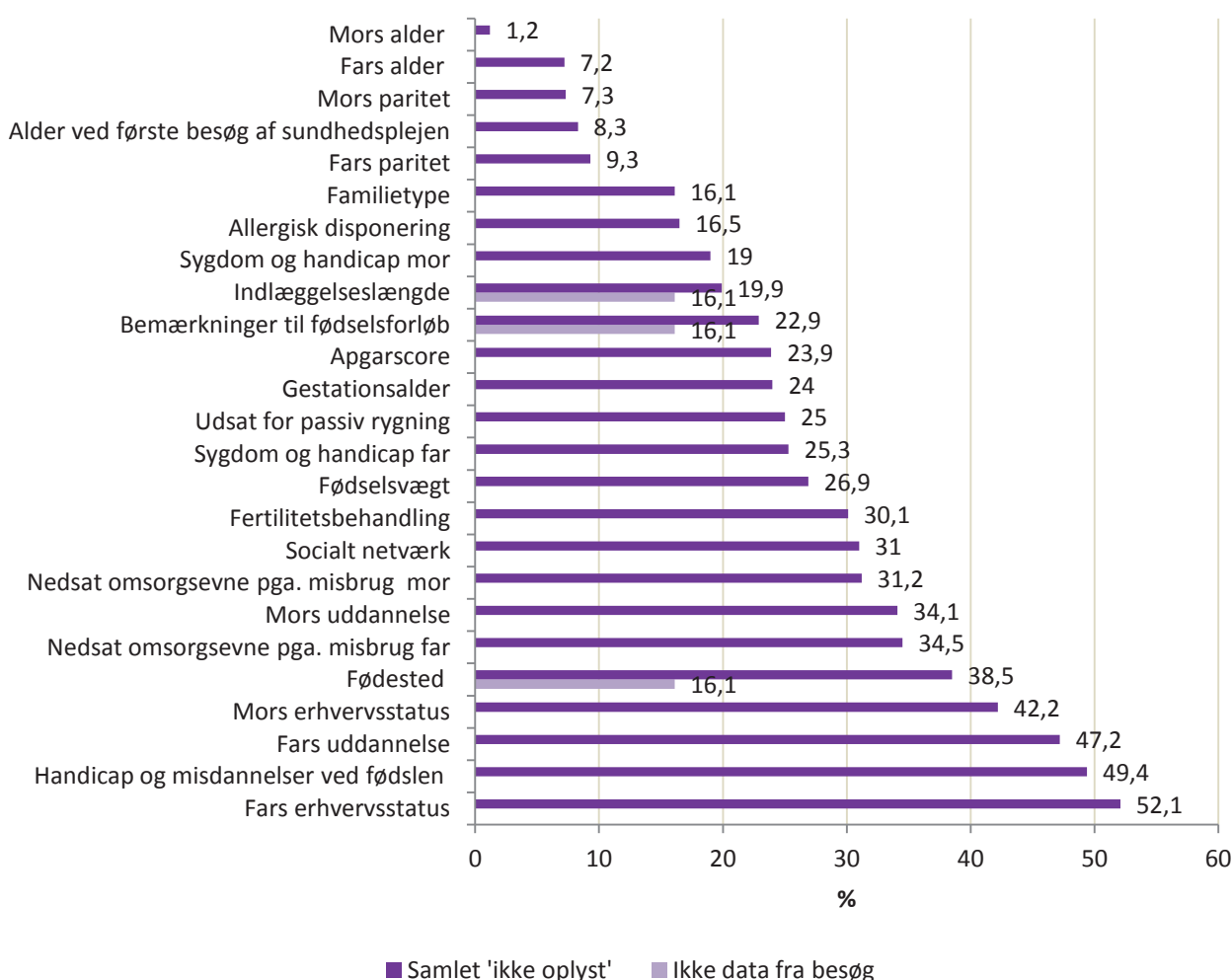


I figur 3.i ses det, at 2,2 % af børnene født i 2010 har en længde under 3 % percentilen, mens figur 3.j viser, at 1,9 % har en længde over 97 % percentilen. Begge tal er under de forventede 3 %. I årsrapporten om børn født i 2008 og 2009 havde 2,6 % en længde under 3% percentilen, mens 1,7 % havde en længde over 97 % percentilen. Information om længde er ikke oplyst for 30,5 % af børnene ved D-besøget, hvilket primært skyldes, at der ikke er registreret noget D-besøg.

4. Manglende oplysninger

Det er en svaghed ved Databasen Børns Sundhed, at der er en høj forekomst af manglende data. Manglende data medfører eksempelvis problemer, når man skal beregne forekomsten af et fænomen. Man kan beregne forekomsten i procent af alle børn eller i procent af de børn, hvorman har oplysninger. I denne rapport rapporteres forekomsten i procent af de børn, der har oplysninger. Figur 4.a viser andelen af ikke oplyst for de baggrundsvariable, der er benyttet i årsberetningen for den samlede population født i 2010, og figur 4.b viser andelen af ikke oplyst for de valgte indikatorer, ligeledes for den samlede population. I bilag findes de tilsvarende figurer over manglende oplysninger separat for hver kommune sammenlignet med den samlede population.

Figur 4.a. Andelen af manglende oplysninger for årsberetningsvariablene

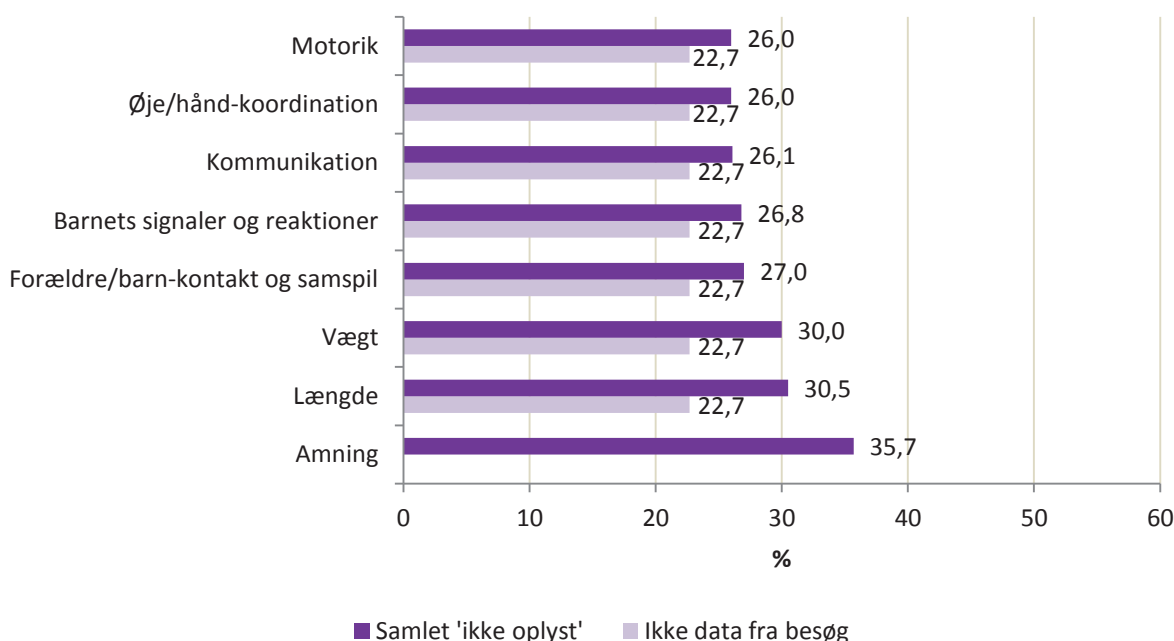


De lyse bjælker i figur 4.a viser andelen af børn uden A-besøget, som er det besøg, hvor information om indlæggelseslængde, bemærkninger til fødselsforløb samt fødested stammer fra. Der er 16,1 % af børnene, der ikke har registreret et A-besøg. Som eksempel kan nævnes, at 19,9 % af børnene mangler

information om indlæggelseslængde, hvoraf de 16,1 procentpoint skyldes, at der ikke er registreret et A-besøg.

Det ses af figuren, at der er store forskelle mellem variablene i forhold til, hvor mange ikke oplyste de indeholder; variationen er fra 1,2 % ikke oplyste for mors alder til 52,1 % for fars erhvervsstatus. I forhold til årsberetningen fra 2008 og 2009 er andelen af manglende oplysninger lavere i denne årsberetning for nogle faktorer, mens andelen er højere end i 2008 og 2009 for andre.

Figur 4.b. Andelen af ikke oplyst for indikatorerne



De lyse bjælker i figur 4.b viser andelen af børn uden D-besøget, som er det besøg, information om indikatorerne stammer fra. Der er 22,7 % af børnene, der ikke har registreret et D-besøg, og langt de fleste af de ikke oplyste for indikatorerne dækker således over, at børnene ikke har modtaget D-besøget. Amning indsamles gennem stamdata, og manglende oplysning kan derfor ikke forklares ved et specifikt manglende besøg.

Forekomsten af manglende oplysninger er høj for flere af variablene i databasen. Dette er et alvorligt problem, der gør det vanskeligt at give en tilstrækkelig god kvantificering af de vilkår, der har betydning for barnets sundhed og udvikling. I årsrapporten om børn født i 2007 blev der sat fokus på denne problematik, og siden er der foregået et stort arbejde med at udrede og forbedre indsamlingen af data; bl.a. benytter flere kommuner nu elektroniske journaler. Det er derfor forventeligt, at de kommende årsrapporter vil have en væsentlig lavere andel af manglende oplysninger.

Denne årsberetning illustrerer vigtigheden af at have databasen Børns Sundhed som et instrument til monitorering af børns sundhed.

Databasen gør det muligt at sammenligne børns sundhed på tværs af kommuner og over tid.

Gennem monitoreringen af specifikke faktorer, bliver det muligt at udpege områder, der fortjener prioritering for at nå målet om en høj sundhedstilstand blandt danske børn. Samtidig er det muligt at evaluere, om en særlig indsats eller anden ændring kan spores i udviklingen.

En af de mest markante observationer i denne årsrapport er de ofte meget store forskelle fra kommune til kommune. Disse forskelle kan være reelle, fordi der nu engang er store forskelle i befolkningen i de deltagende kommuner. Men en del af forskellen kan også tilskrives forskellig registreringspraksis hos sundhedsplejerskerne. Forskelle i registreringspraksis er forventelige, dels fordi hver kommune har særlige prioriteringer og temaer, de går ekstra meget op i, og dels fordi mange sundhedsplejersker har særlige interesser og kompetencer. Vi ser disse forskelle som et positivt grundlag for kvalitetsudvikling: Det er vores håb, at resultater fra databasen danner grundlag for faglige drøftelser, prioritering og udviklingsarbejde – både i sundhedsplejen og i det bredere arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen.

5. Referencer

Brixval CS, Svendsen, M, Holstein BE. Årsrapport for børn indskolet i skoleårene 2009/10 og 2010/11 fra Databasen Børns Sundhed: Motoriske vanskeligheder. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2011.

Christensen AM, Brixval CS, Svendsen M, Laursen B, Holstein BE. Årsrapport for børn født i 2008 og 2009 fra Databasen Børns Sundhed: Amning i 14 kommuner. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2011.

Sundhedsstyrelsen 2008. Fødselsregisteret 1. halvår 2008 (foreløbig opgørelse) København, Sundhedsstyrelsen.

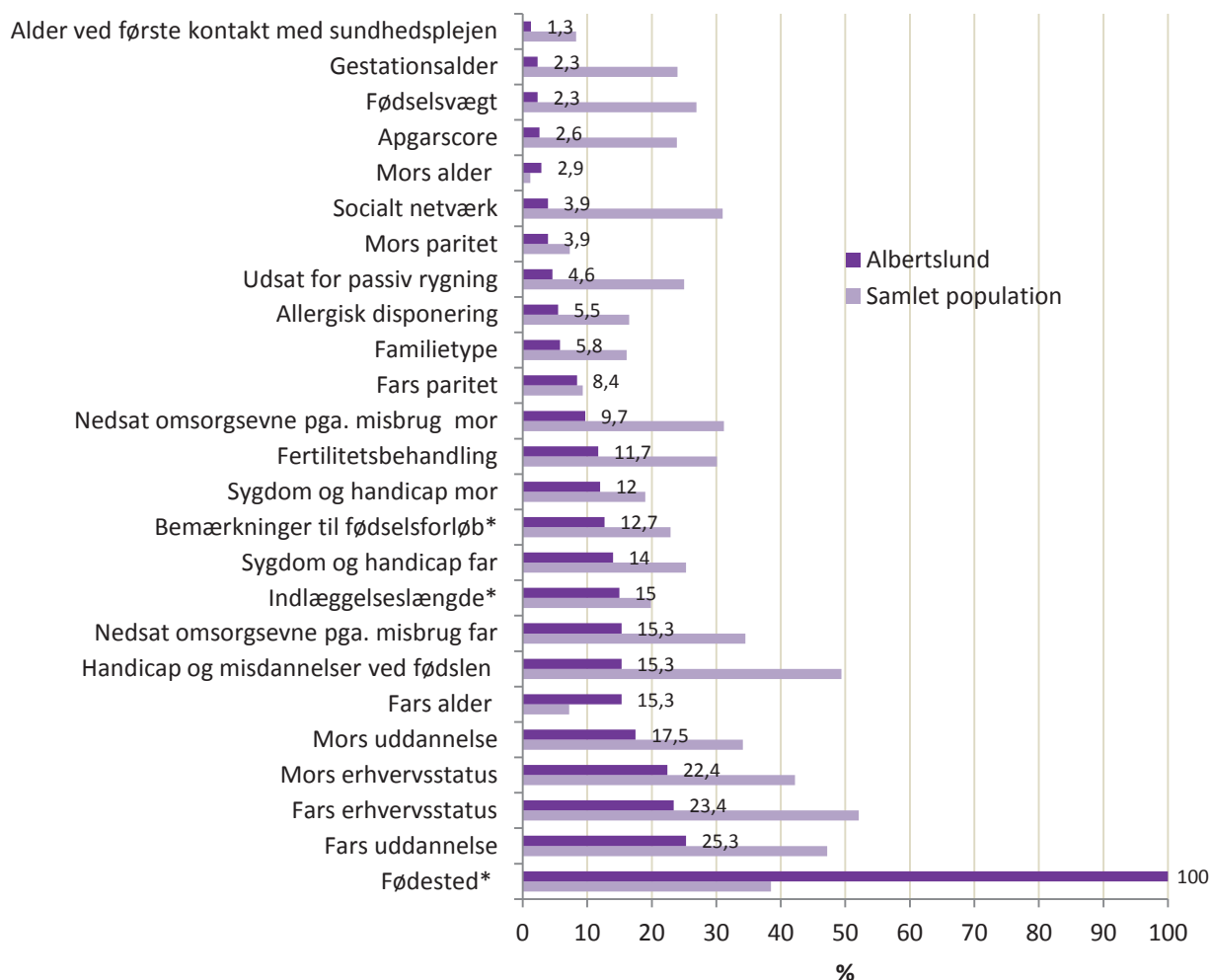
Sundhedsstyrelsen: Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen, 2011

Svendsen M, Brixval CS, Holstein BE. Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand - Temarapport fra Databasen Børns Sundhed om børn født 2010. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2012.

6. Bilag

Albertslund

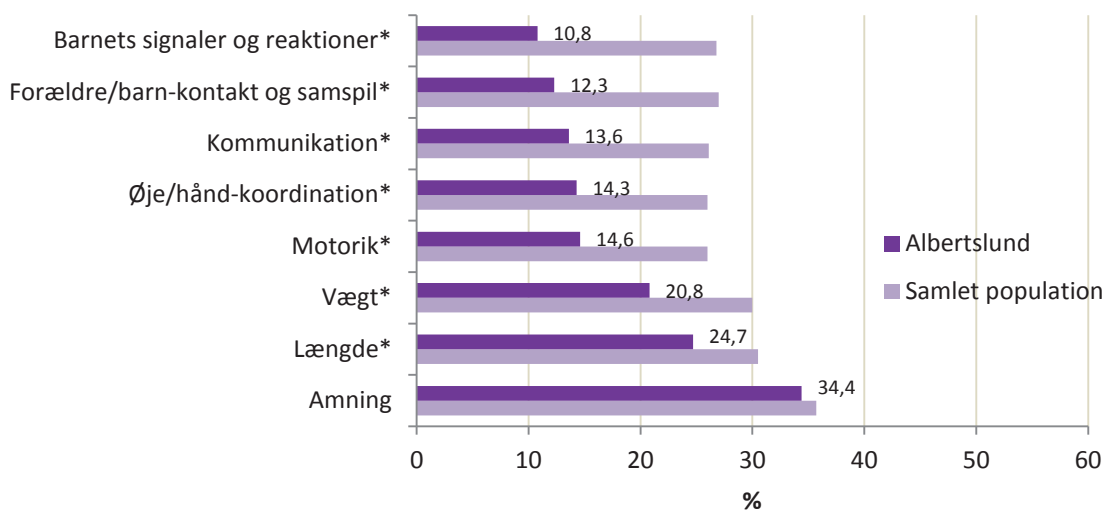
Figur 6.a. Andelen af manglende oplysninger for årsberetningsvariablene



* Information om indlæggelseslængde, bemærkninger til fødselsforløb samt fødested stammer fra A-besøget. Der er 2,3 % af børnene i Albertslund Kommune, der ikke har registreret et A-besøg.

Alle journaler fra Albertslund mangler registrering af fødested. Dette kan skyldes, at denne variabel er en tekstvariabel. Da Albertslund Kommune benytter papirjournaler, medfører utydelig skrift, at skanneren ikke kan aflæse det noterede og registreringen udgår. Dette medfører mange manglende oplysninger på tekstvariable.

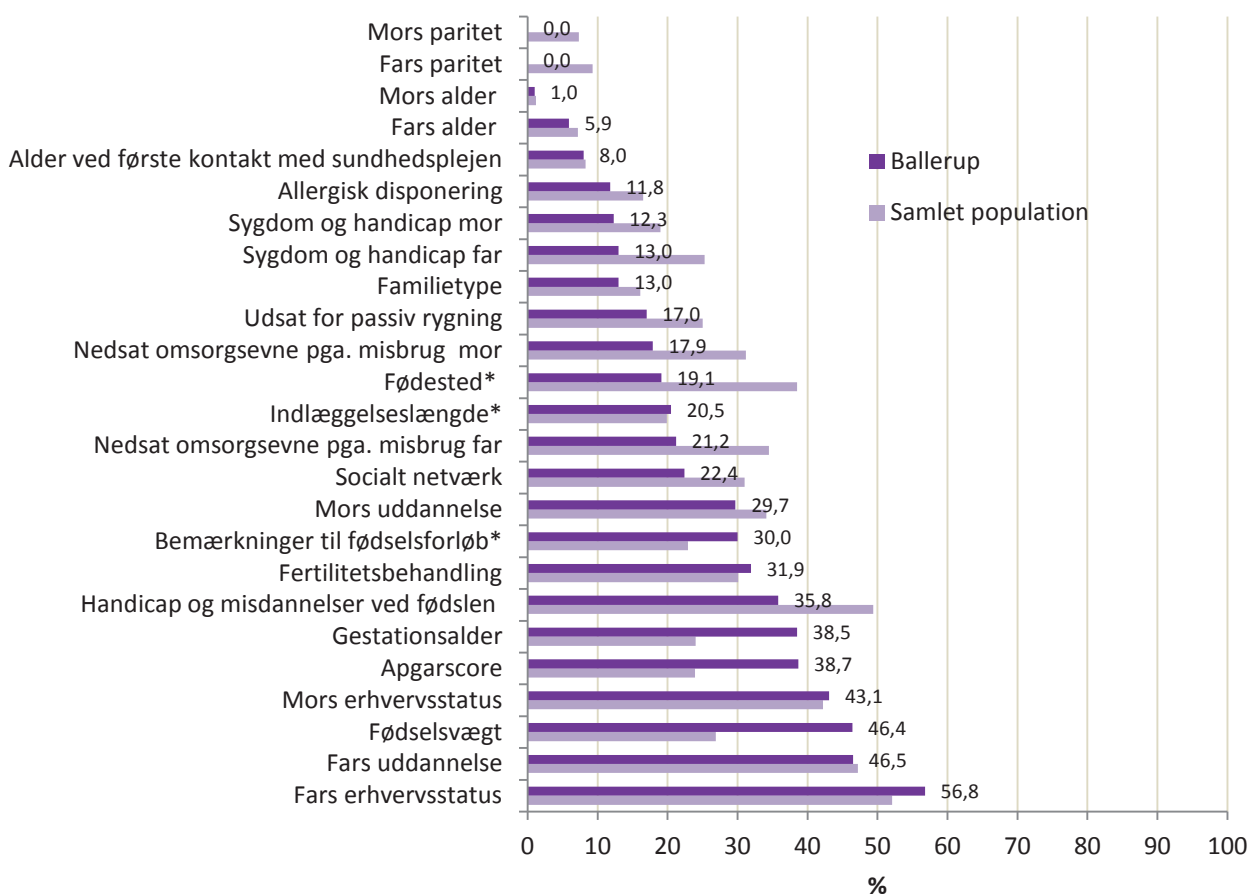
Figur 6.b. Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne



* Information om disse indikatorer stammer fra D-besøget. Der er 8,8 % af børnene i Albertslund Kommune, der ikke har registreret et D-besøg.

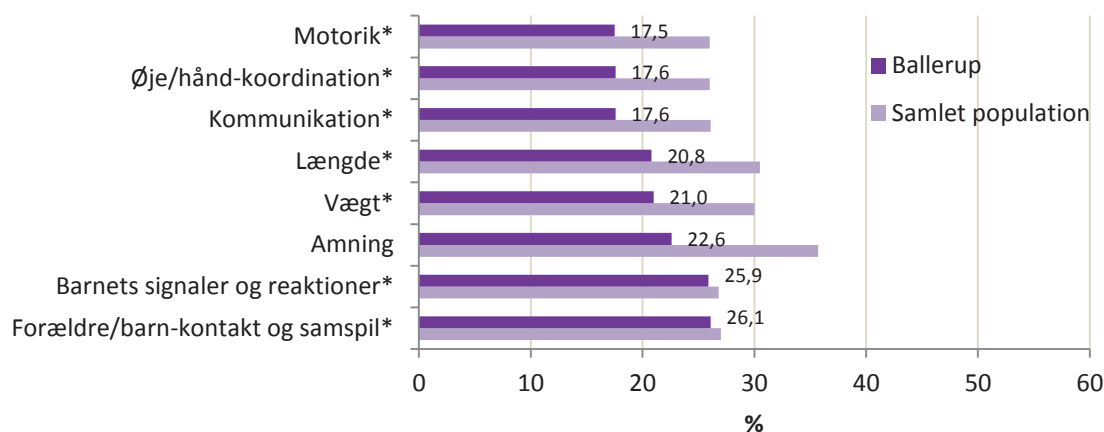
Ballerup

Figur 6.c. Andelen af manglende oplysninger for årsberetningsvariablene



* Information om indlæggelseslængde, bemærkninger til fødselsforløb samt fødested stammer fra A-besøget. Der er 16,0 % af børnene i Ballerup Kommune, der ikke har registreret et A-besøg.

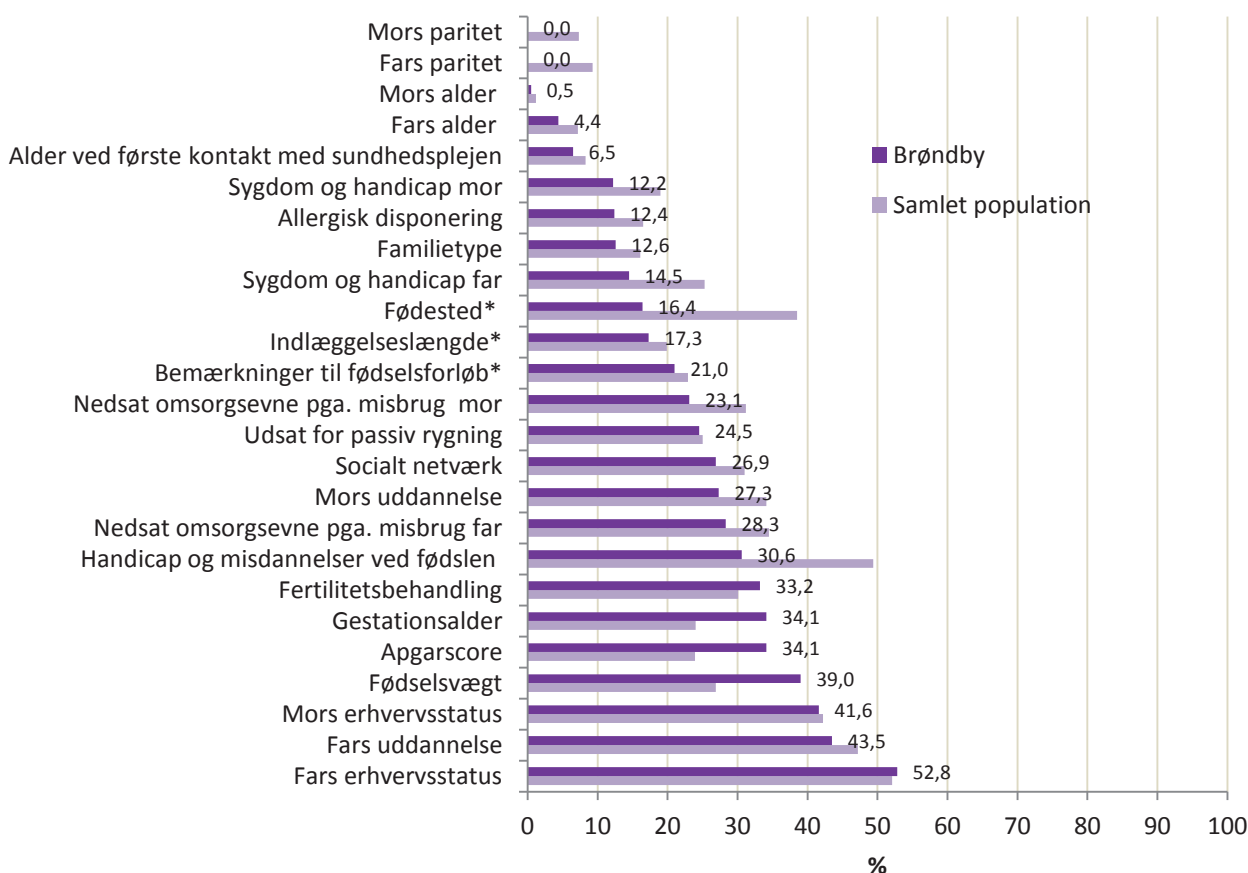
Figur 6.d. Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne



* Information om disse indikatorer stammer fra D-besøget. Der er 16,2 % af børnene i Ballerup Kommune, der ikke har registreret et D-besøg.

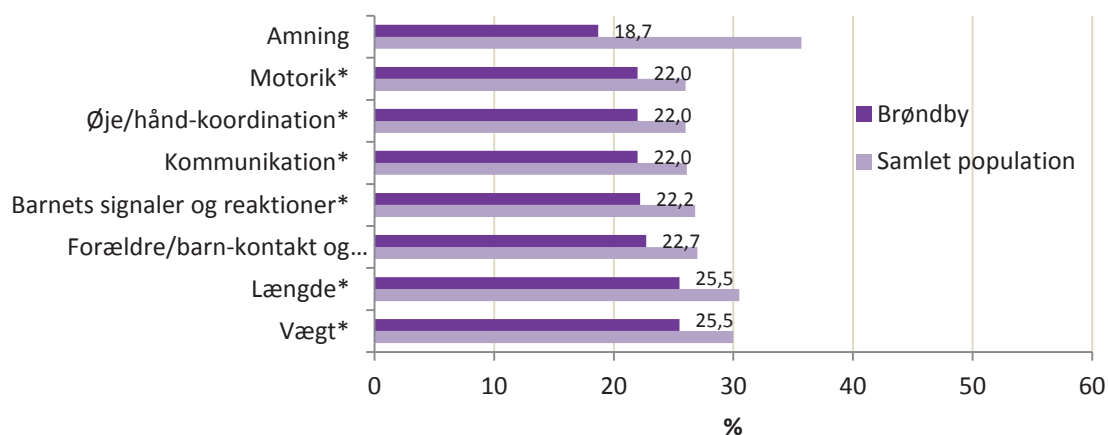
Brøndby

Figur 6.e. Andelen af manglende oplysninger for årsberetningsvariablene



* Information om indlæggelseslængde, bemærkninger til fødselsforløb samt fødested stammer fra A-besøget. Der er 15,0 % af børnene i Brøndby Kommune, der ikke har registreret et A-besøg.

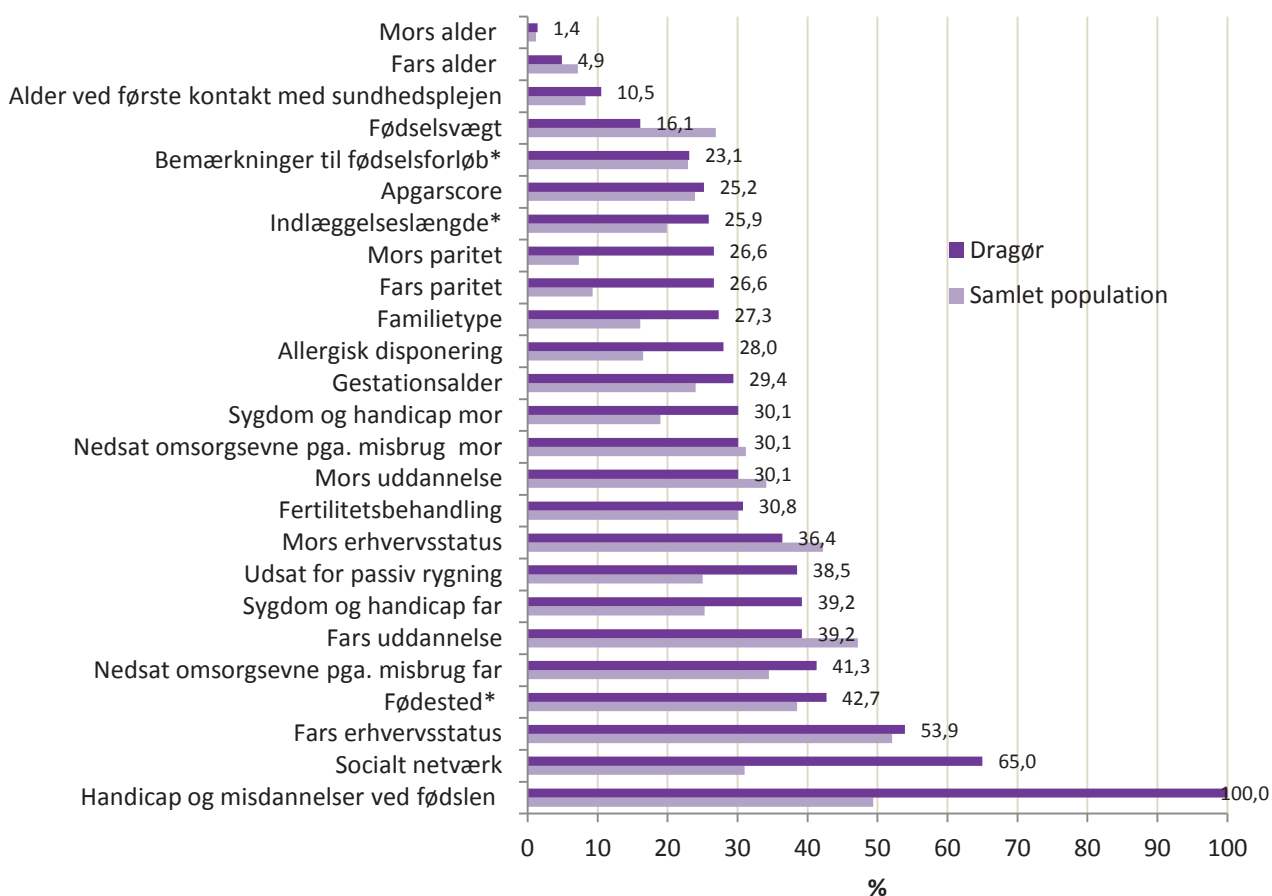
Figur 6.f. Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne



* Information om disse indikatorer stammer fra D-besøget. Der er 18,7 % af børnene i Brøndby Kommune, der ikke har registreret et D-besøg.

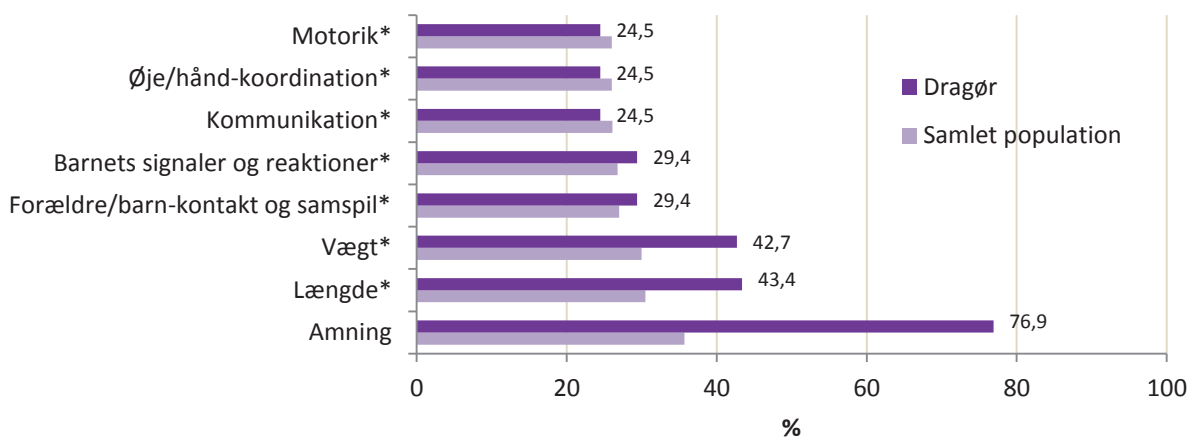
Dragør

Figur 6.g. Andelen af manglende oplysninger for årsberetningsvariablene



* Information om indlæggelseslængde, bemærkninger til fødselsforløb samt fødested stammer fra A-besøget. Der er 20,3 % af børnene i Dragør Kommune, der ikke har registreret et A-besøg.

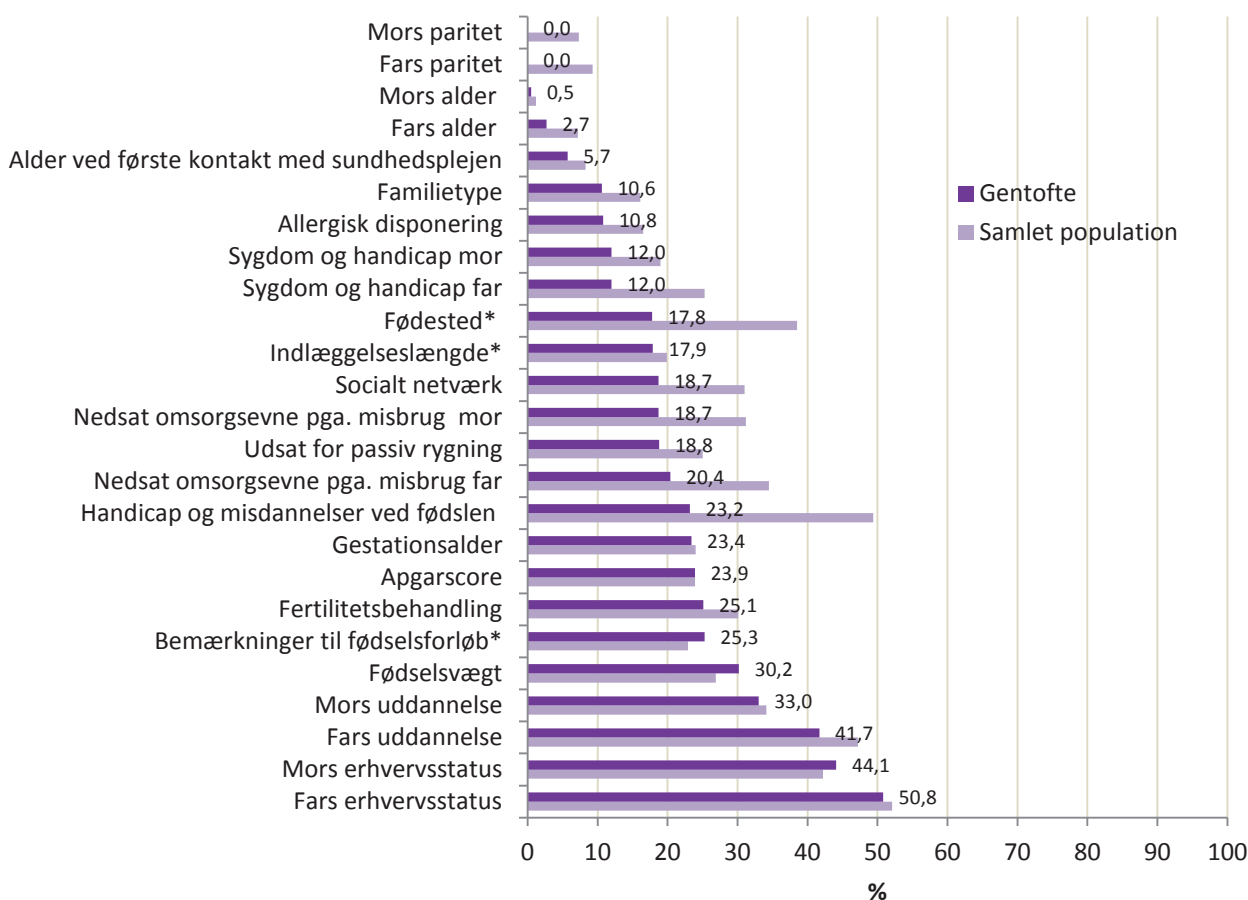
Figur 6.h. Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne



* Information om disse indikatorer stammer fra D-besøget. Der er 21,0 % af børnene i Dragør Kommune, der ikke har registreret et D-besøg.

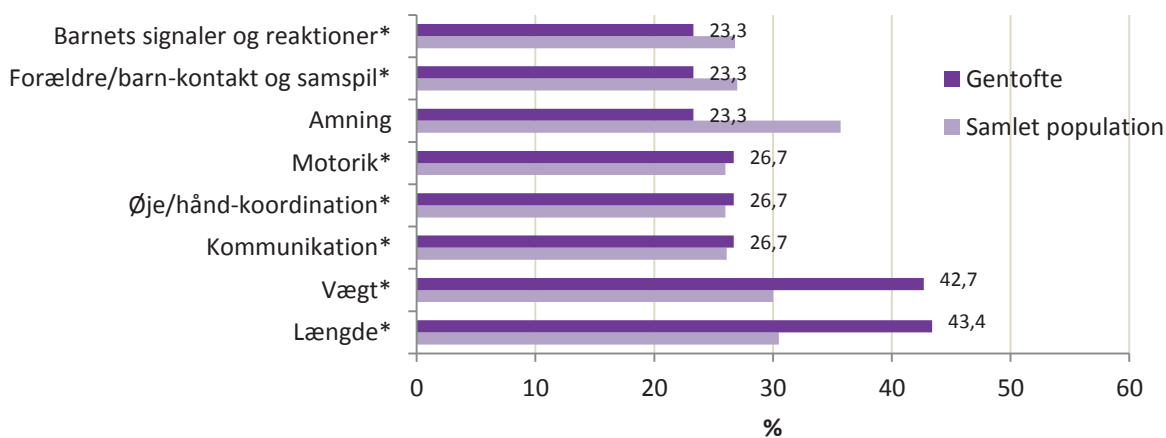
Gentofte

Figur 6.i. Andelen af manglende oplysninger for årsberetningsvariablene



* Information om indlæggelseslængde, bemærkninger til fødselsforløb samt fødested stammer fra A-besøget. Der er 16,2 % af børnene i Gentofte Kommune, der ikke har registreret et A-besøg.

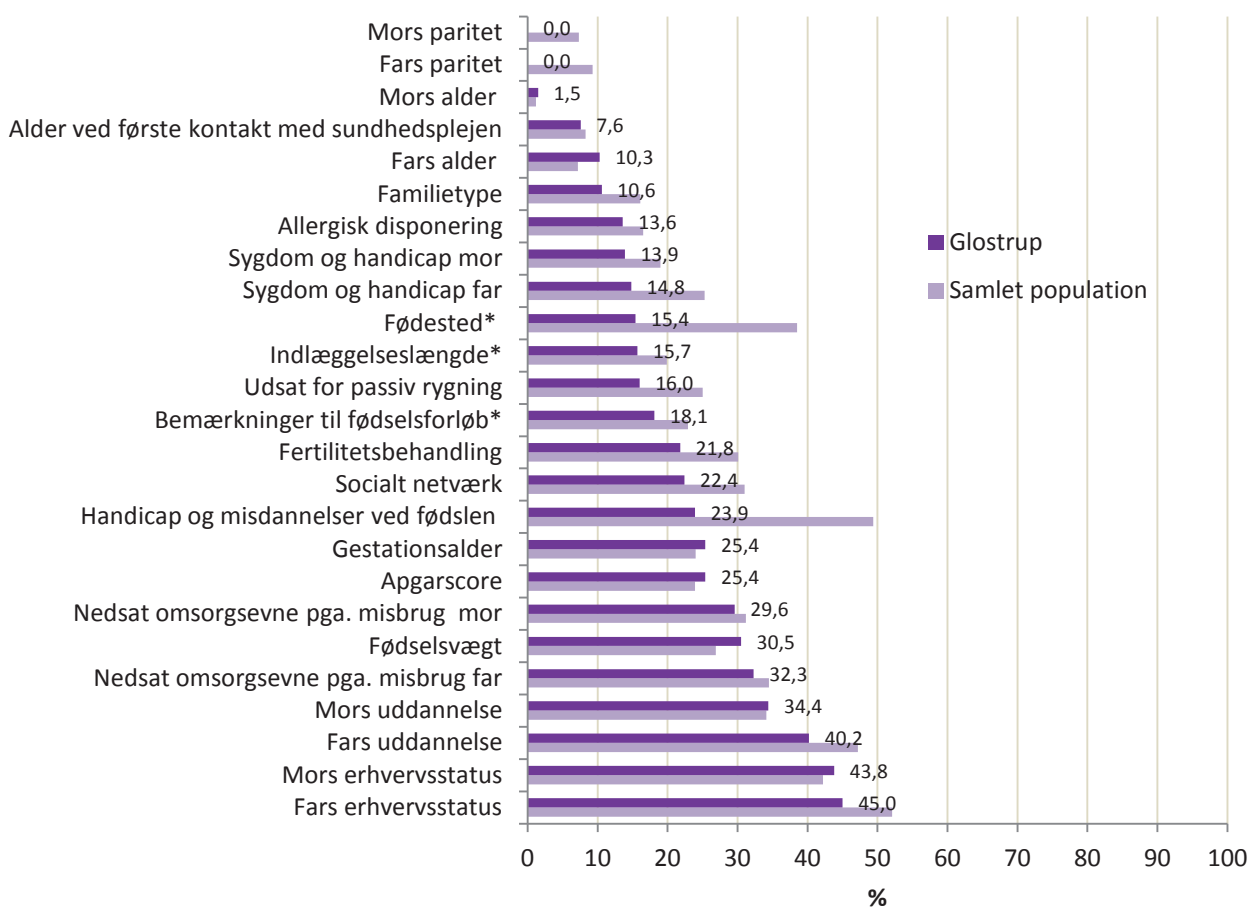
Figur 6.j. Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne



* Information om disse indikatorer stammer fra D-besøget. Der er 21,3 % af børnene i Gentofte Kommune, der ikke har registreret et D-besøg.

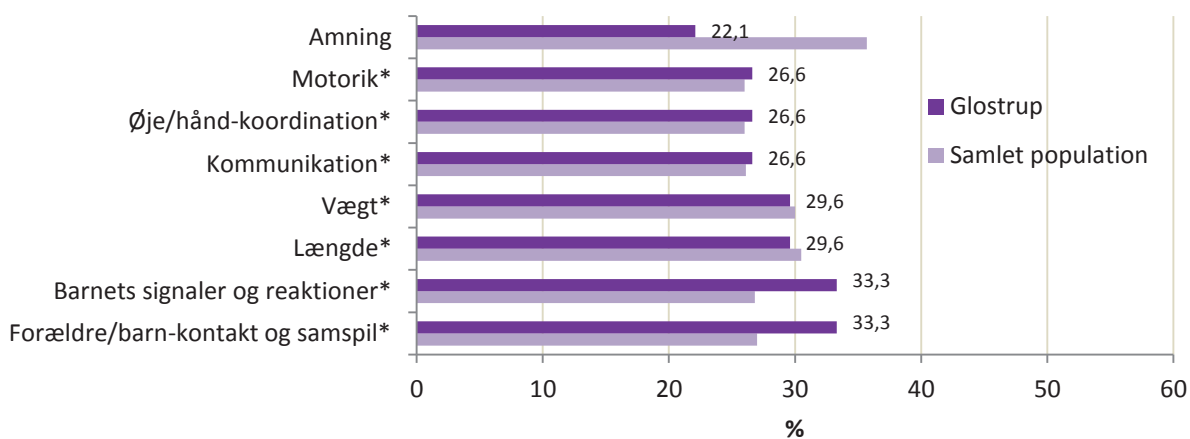
Glostrup

Figur 6.k. Andelen af manglende oplysninger for årsberetningsvariablene



* Information om indlæggelseslængde, bemærkninger til fødselsforløb samt fødested stammer fra A-besøget. Der er 14,8 % af børnene i Glostrup Kommune, der ikke har registreret et A-besøg.

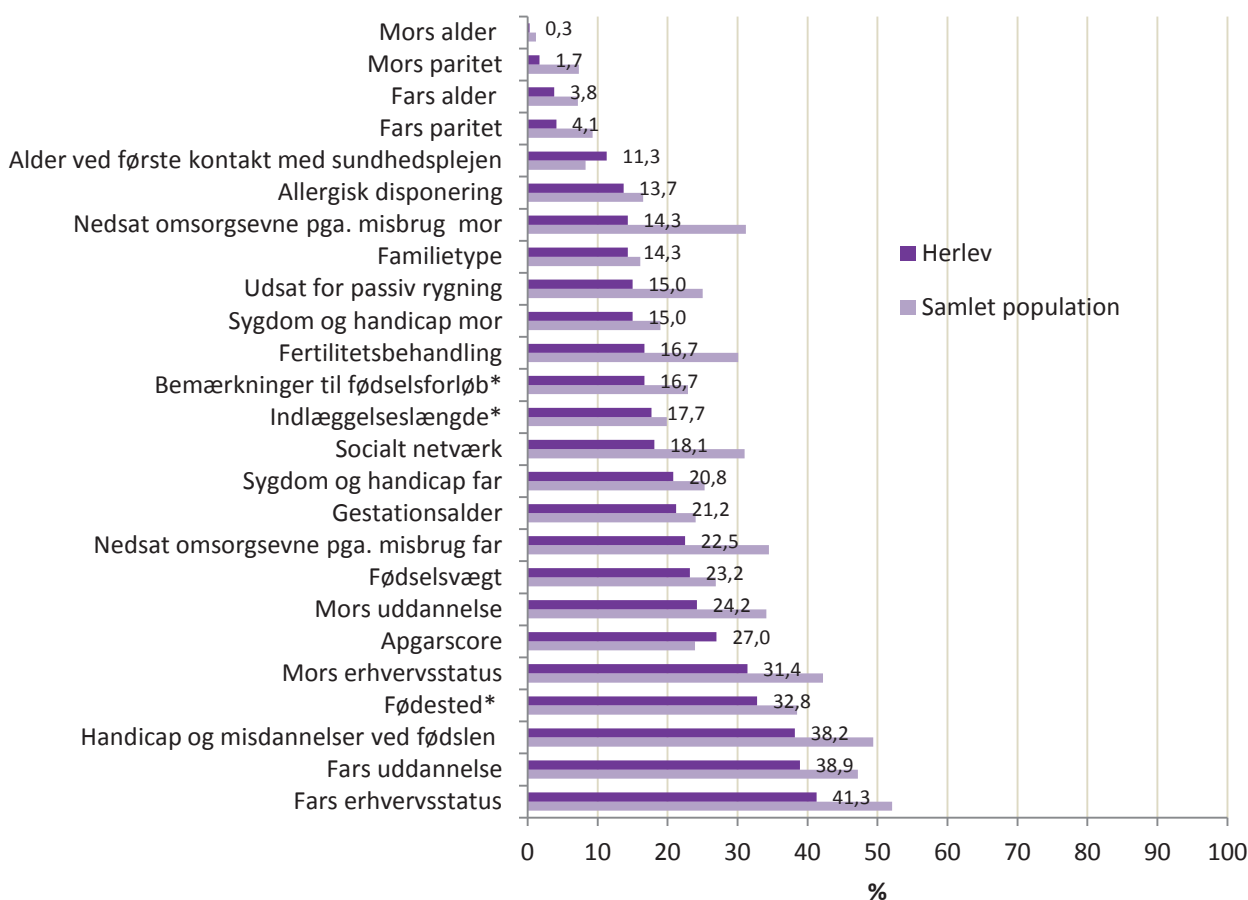
Figur 6.l. Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne



* Information om disse indikatorer stammer fra D-besøget. Der er 25,7 % af børnene i Glostrup Kommune, der ikke har registreret et D-besøg.

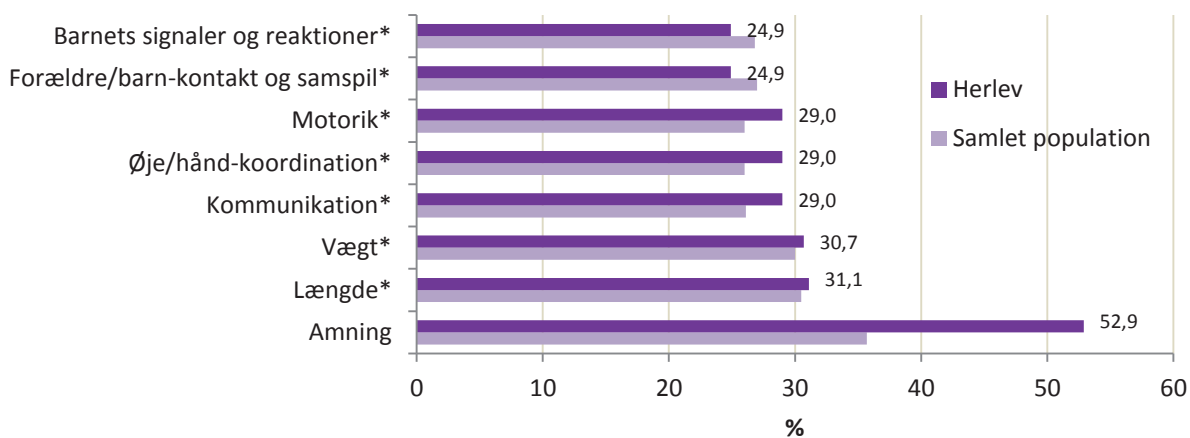
Herlev

Figur 6.m. Andelen af manglende oplysninger for årsberetningsvariablene



* Information om indlæggelseslængde, bemærkninger til fødselsforløb samt fødested stammer fra A-besøget. Der er 16,0 % af børnene i Herlev Kommune, der ikke har registreret et A-besøg.

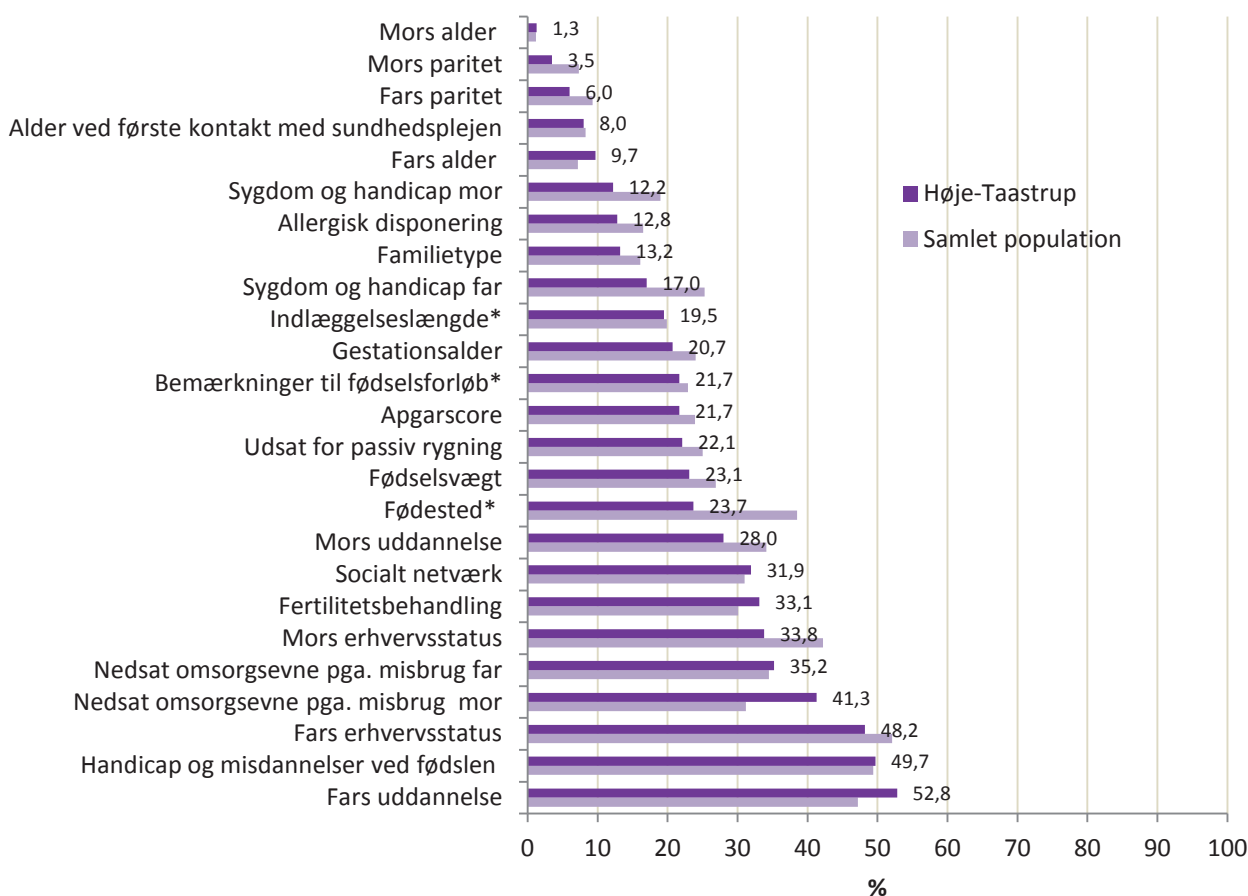
Figur 6.n. Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne



* Information om disse indikatorer stammer fra D-besøget. Der er 22,5 % af børnene i Herlev Kommune, der ikke har registreret et D-besøg.

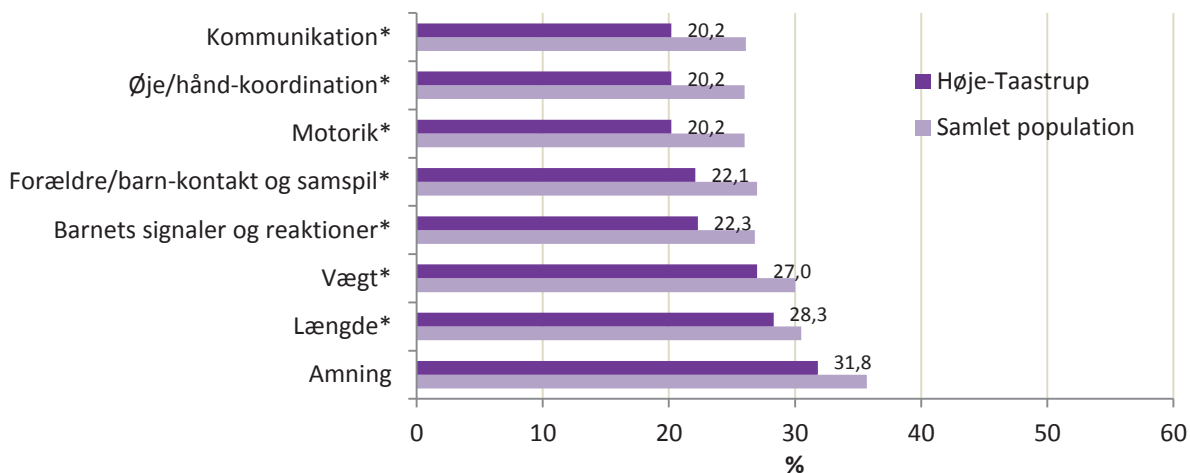
Høje-Taastrup

Figur 6.o. Andelen af manglende oplysninger for årsberetningsvariablene



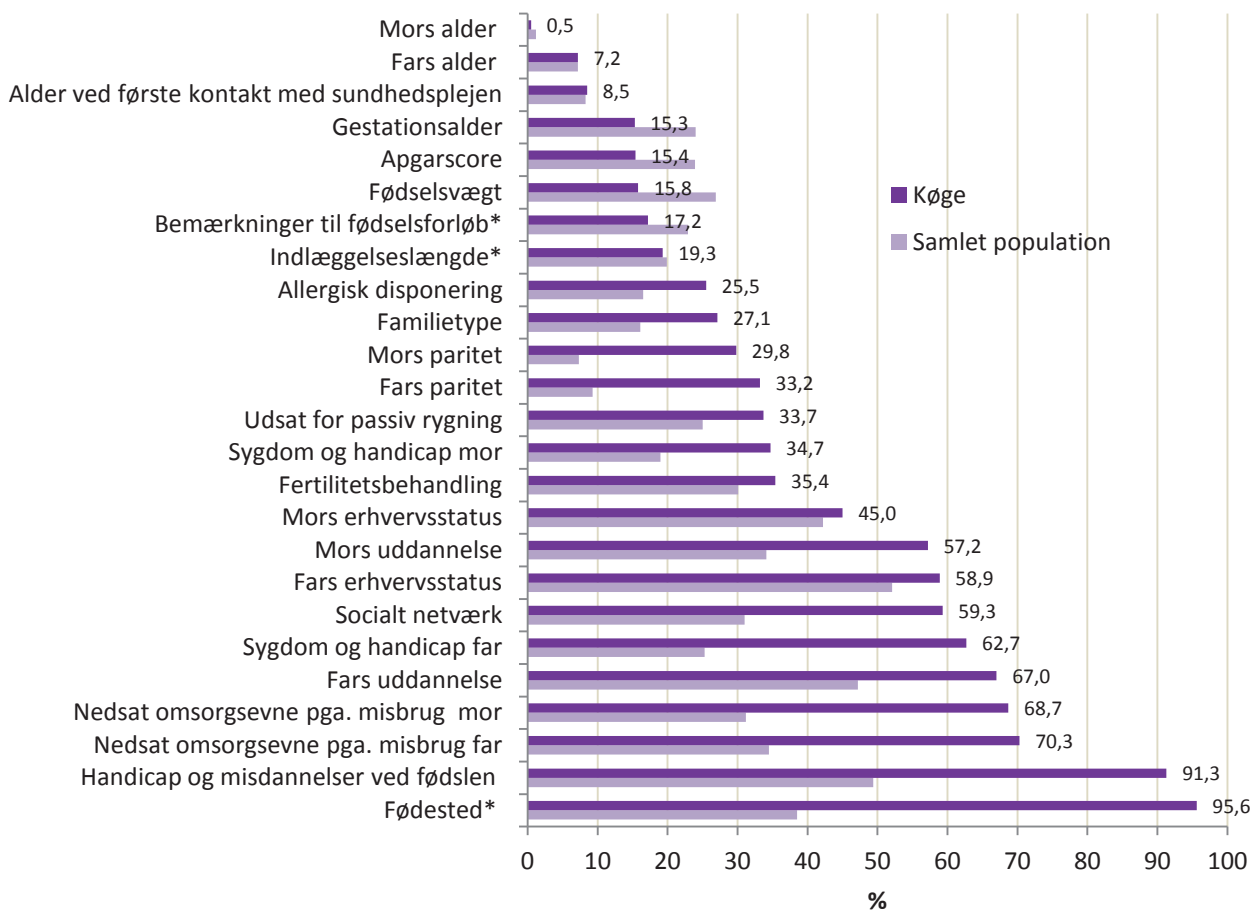
* Information om indlæggelseslængde, bemærkninger til fødselsforløb samt fødested stammer fra A-besøget. Der er 15,4 % af børnene i Høje-Taastrup Kommune, der ikke har registreret et A-besøg.

Figur 6.p. Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne



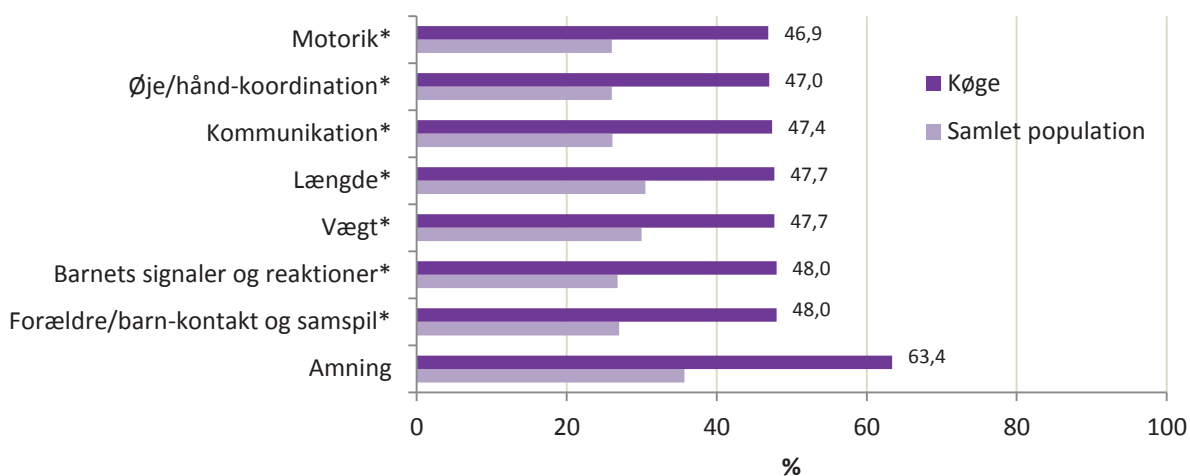
* Information om disse indikatorer stammer fra D-besøget. Der er 19,2 % af børnene i Høje-Taastrup Kommune, der ikke har registreret et D-besøg.

Figur 6.q. Andelen af manglende oplysninger for årsberetningsvariablene



* Information om indlæggelseslængde, bemærkninger til fødselsforløb samt fødested stammer fra A-besøget. Der er 15,3 % af børnene i Køge Kommune, der ikke har registreret et A-besøg.

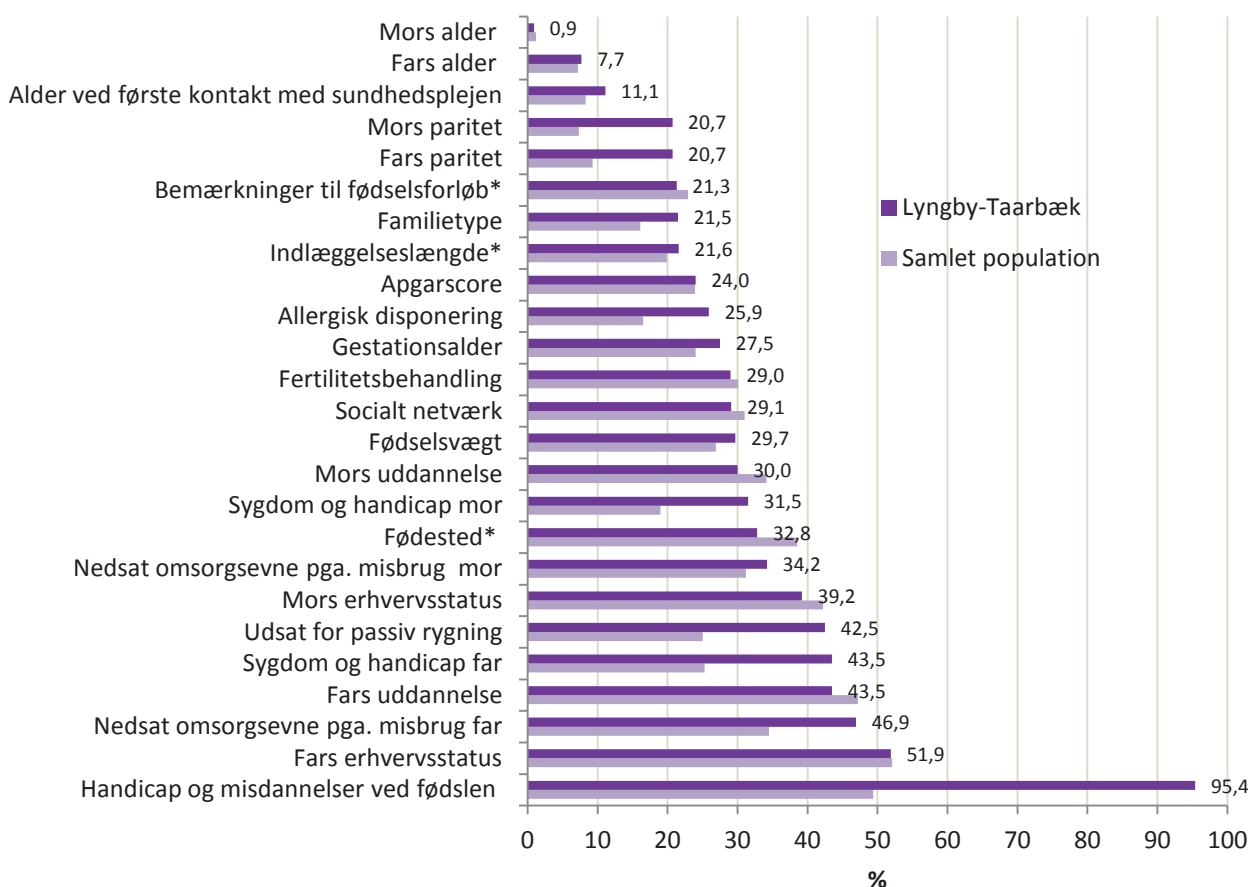
Figur 6.r. Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne



* Information om disse indikatorer stammer fra D-besøget. Der er 44,3 % af børnene i Køge Kommune, der ikke har registreret et D-besøg. Denne andel er væsentlig højere end for den samlede population. Dette skyldes primært, at Køge Kommune ikke tilbyder D-besøg som standardtilbud til flergangsfødende.

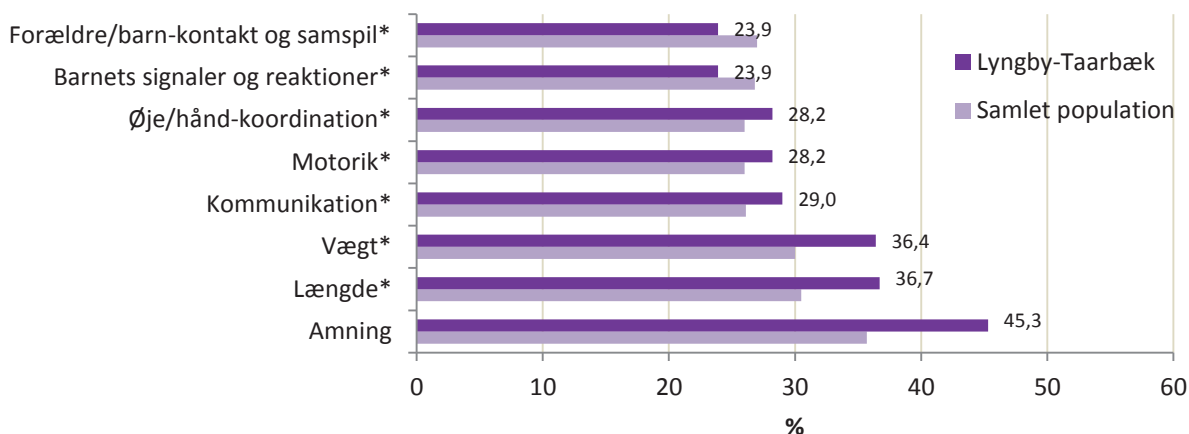
Lyngby-Taarbæk

Figur 6.s. Andelen af manglende oplysninger for årsberetningsvariablene



* Information om indlæggelseslængde, bemærkninger til fødselsforløb samt fødested stammer fra A-besøget. Der er 19,5 % af børnene i Lyngby-Taarbæk Kommune, der ikke har registreret et A-besøg.

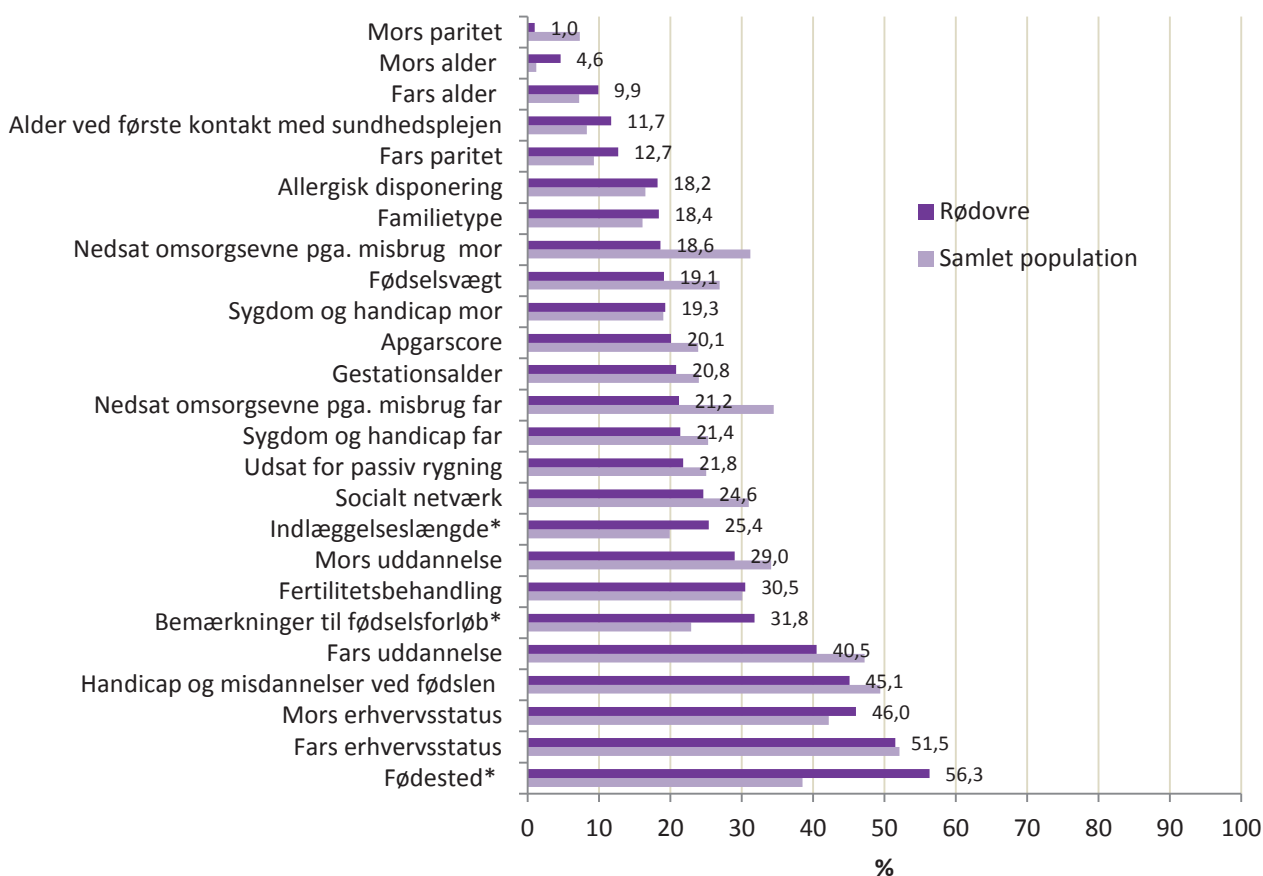
Figur 6.t. Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne



* Information om disse indikatorer stammer fra D-besøget. Der er 22,6 % af børnene i Lyngby-Taarbæk Kommune, der ikke har registreret et D-besøg.

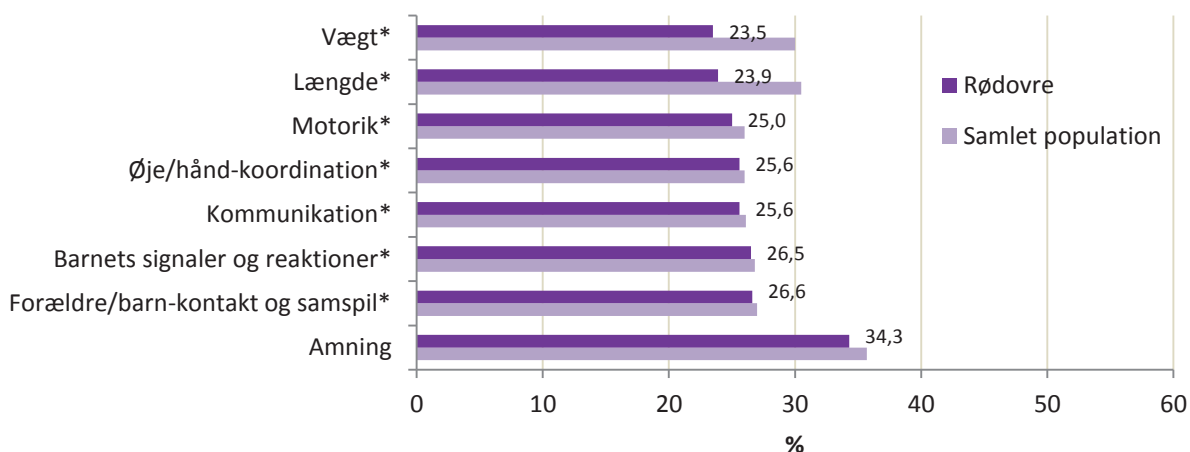
Rødovre

Figur 6.u. Andelen af manglende oplysninger for årsberetningsvariablene



* Information om indlæggelseslængde, bemærkninger til fødselsforløb samt fødested stammer fra A-besøget. Der er 19,1 % af børnene i Rødovre Kommune, der ikke har registreret et A-besøg.

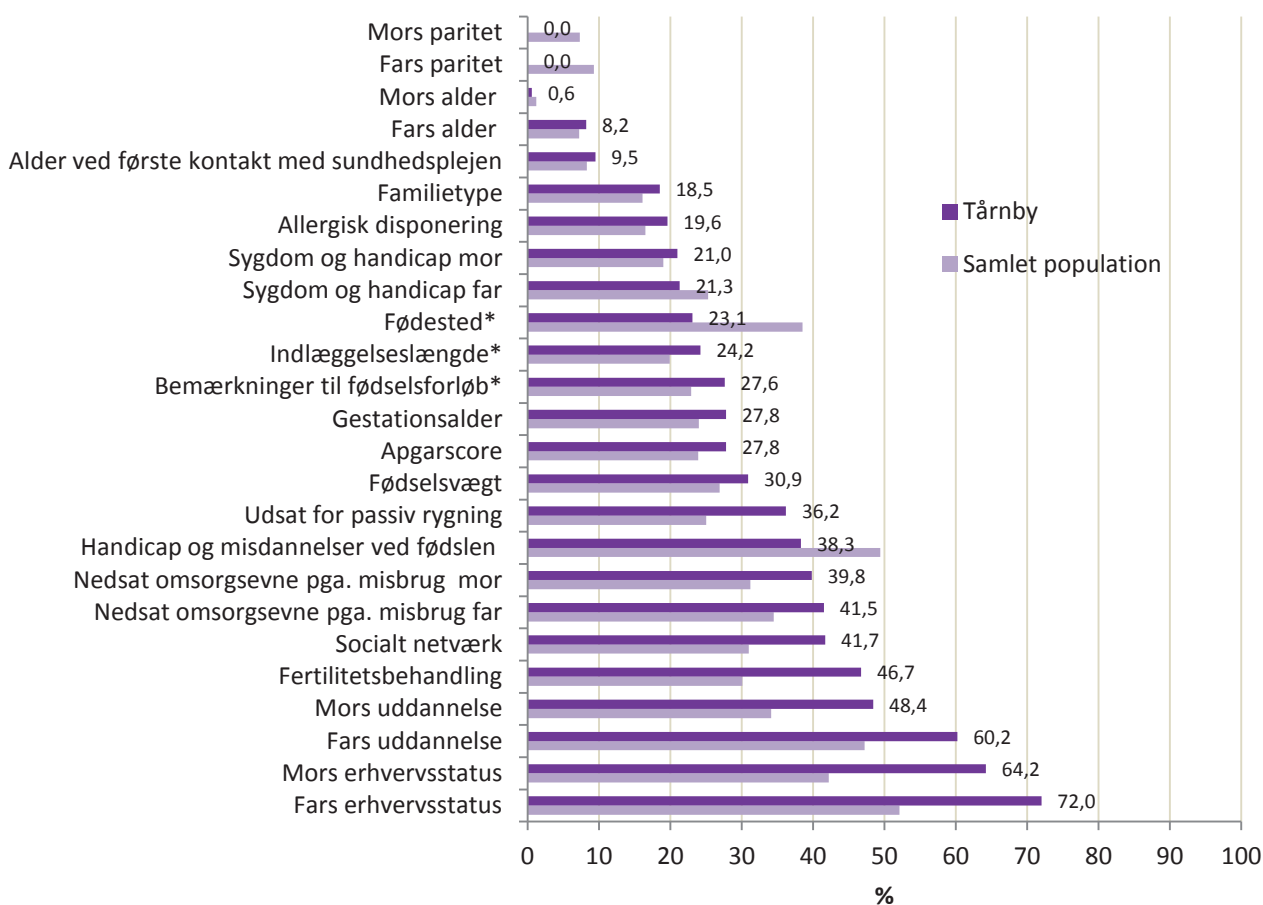
Figur 6.v. Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne



* Information om disse indikatorer stammer fra D-besøget. Der er 22,6 % af børnene i Rødovre Kommune, der ikke har registreret et D-besøg.

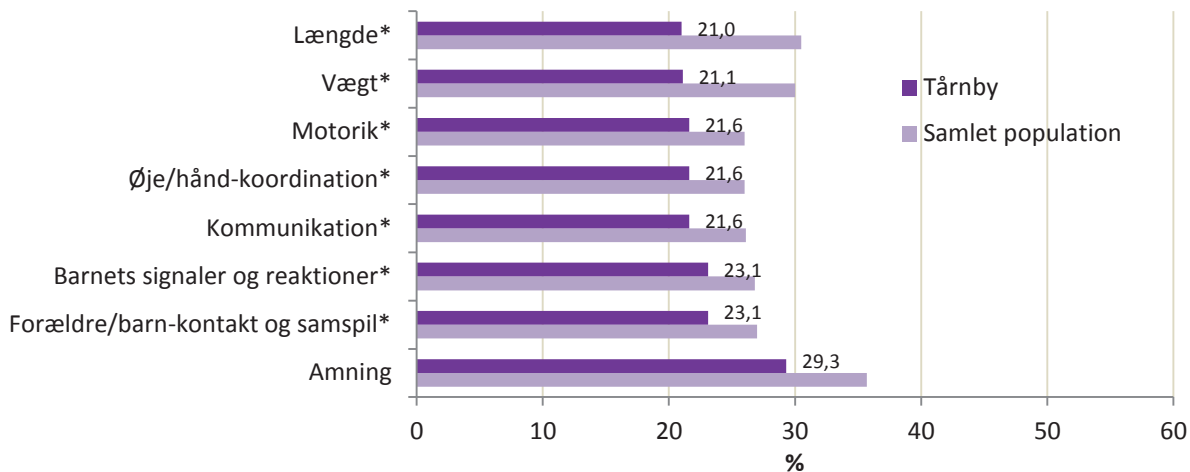
Tårnby

Figur 6.x. Andelen af manglende oplysninger for årsberetningsvariablene



* Information om indlæggelseslængde, bemærkninger til fødselsforløb samt fødested stammer fra A-besøget. Der er 19,8 % af børnene i Tårnby Kommune, der ikke har registreret et A-besøg.

Figur 6.y. Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne



* Information om disse indikatorer stammer fra D-besøget. Der er 19,1 % af børnene i Tårnby Kommune, der ikke har registreret et D-besøg.