

# Sundhedsprofil for børn født i 2019 fra Databasen Børns Sundhed

Udarbejdet af:  
Lis Marie Pommerencke  
Sofie Weber Pant  
Trine Pagh Pedersen

## Sundhedsprofil for børn født i 2019 fra Databasen Børns Sundhed

© Statens Institut for Folkesundhed, 2021  
Statens Institut for Folkesundhed  
Studiestræde 6  
1455 København K  
www.sdu.dk/sif

Udarbejdet for bestyrelsen for Databasen Børns Sundhed af:  
Lis Marie Pommerencke, Sofie Weber Pant & Trine Pagh Pedersen

### Bestyrelsen:

Anne Mette Skovgaard, speciallæge, professor, dr.med., SDU  
Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, Sundhedsstyrelsen  
Christine Bomholt, praktiserende læge, praksiskonsulent Brøndby Kommune  
Eva Borg, centerchef Social og Sundhed, Ballerup Kommune  
Helena Sandau Tiedt, ledende sundhedsplejerske, Herlev Kommune  
Jonas Wittendorff, centerchef for Dagtilbud og Skole, Glostrup Kommune  
Liselotte Hastrup, systemansvarlig og sundhedsplejerske, Aarhus Kommune  
Lars Bender, overlæge, Aalborg Universitetshospital  
Lene Schack-Nielsen, chefkonsulent, Region Hovedstaden  
Pernille Buhelt, ledende sundhedsplejerske, Brønderslev Kommune  
Pernille Fabricius, leder af Sundhedstjenesten, Lyngby-Taarbæk Kommune  
Pia Rønnenkamp, fagchef i Sundhedsplejen, MPG, Brøndby Kommune  
Susanne Henriksen, ledende sundhedsplejerske, Aalborg Kommune  
Trine Pagh Pedersen, projektleder Databasen Børns Sundhed, Statens Institut for Folkesundhed  
Ulla Dupont, ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune

### Publikationen refereres således:

Pommerencke LM, Pant SW & Pedersen TP. Sundhedsprofil for børn født i 2019 fra Databasen Børns Sundhed. København. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2021.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

# Forord

Denne rapport fra Databasen Børns Sundhed er en sundhedsprofil for børn født i 2019 i de 33 kommuner, der indgår i Databasen Børns Sundhed. Den samlede sundhedsprofil indeholder data om 22.923 børn født i 2019 i de kommuner, der indgår i databasen.

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 børn og unges sundhed.

Sundhedsprofilen kan anvendes i jeres kommune til at se på forekomsten og udviklingen inden for udvalgte områder vedrørende børnenes sundhed, trivsel og udvikling ved at sammenligne kommunen med tidligere år, hele populationen og de andre kommuner.

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 nul-årige børn og kan derfor opfange tidlige signaler på en forsinket udvikling samt vejlede nybagte forældre i, hvordan de kan arbejde med barnets udvikling.

Databasen ledes af en tværfaglig og tværsektorielt sammensat bestyrelse og et forretningsudvalg, hvor der sidder ledende sundhedsplejersker fra de deltagende kommuner og repræsentanter fra Statens Institut for Folkesundhed (SIF), der har ansvar for, at formålet for databasen udmøntes. Databasen er beliggende på SIF ved Syddansk Universitet. SIF er ansvarlig for drift og data, mens kommunerne er ansvarlige for indsamlingen af data.

Rapporten er udarbejdet af videnskabelig assistent Lis Marie Pommerencke, akademisk medarbejder Sofie Weber Pant og projektleder Trine Pagh Pedersen. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen. Konsulent og sundhedsplejerske med master i sundhedspædagogik Hannah Glismann har bistået med sundhedsfaglig gennemlæsning og rådgivning. Studentermedhjælper Livia Lund har assisteret arbejdet med udarbejdelse af rapporten.

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



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



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

# Indhold

<b>1</b>	<b>Introduktion .....</b>	<b>5</b>
	<i>Sundhedsplejerskernes virke.....</i>	<i>5</i>
	<i>Databasen Børns Sundhed.....</i>	<i>5</i>
	<i>Datasikkerhed.....</i>	<i>6</i>
	<i>Formål og opbygning af sundhedsprofilen .....</i>	<i>6</i>
	<i>Datagrundlag.....</i>	<i>7</i>
<b>2</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>8</b>
	<i>Graviditetsbesøg.....</i>	<i>8</i>
	<i>Besøg i første leveår .....</i>	<i>9</i>
	<i>Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen .....</i>	<i>10</i>
	<i>Tobaksrøg i hjemmet.....</i>	<i>11</i>
	<i>Mors psykiske tilstand .....</i>	<i>15</i>
	<i>Amning .....</i>	<i>19</i>
	<i>Motorisk udvikling .....</i>	<i>22</i>
	<i>Søvn .....</i>	<i>26</i>
	<i>Uro/gråd.....</i>	<i>29</i>
	<i>Vægtstatus.....</i>	<i>29</i>
<b>3</b>	<b>Opsamling .....</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>Referencer .....</b>	<b>34</b>

# 1 Introduktion

## Sundhedsplejerskernes virke

Det er sundhedsplejens opgave at føre tilsyn og monitorere barnets fysiske og psykiske helbredstilstand samt at tilbyde oplysning og vejledning til børn og forældre med henblik på at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed og trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2019). Sundhedsloven angiver rammerne for sundhedsarbejdet i de danske kommuner, og der stilles lovgivningsmæssige krav om almen indsats til alle børn og familier, og yderligere indsats til børn og familier med særlige behov. Der er på skoleområdet desuden et krav om forebyggende helbredsundersøgelser ved ind- og udskolingen samt regelmæssige undersøgelser, samtaler og sundhedspædagogiske aktiviteter gennem hele skoleforløbet. Sundhedsplejens indsats kan starte i graviditeten og fortsætter, indtil barnet ikke længere er undervisningspligtigt. Sundhedsstyrelsen udarbejder anbefalinger for den kommunale indsats. Disse anbefalinger omfatter et tidligt besøg, der skal sikre barnets trivsel efter en tidlig udskrivelse fra fødestedet. Herefter anbefales som minimum fem hjemmebesøg i løbet af barnets første leveår til familier med almene behov. Har familien særlige behov, anbefales det, at der tilbydes ekstra ydelser. Den behovsorienterede indsats ydes ofte i samarbejde med andre faggrupper som for eksempel fysioterapeuter, ergoterapeuter, praktiserende læger, kommunale sagsbehandlere, talepædagoger og psykologer (Sundhedsstyrelsen, 2019). Det er kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune, der fastsætter sundhedsplejens servicetilbud. Således kan antallet af kontakter mellem sundhedsplejersker og børn/familier variere fra kommune til kommune.

## Databasen Børns Sundhed

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

Data i Databasen Børns Sundhed er indhentet fra to sundhedsplejerskejournalsystemer, én udarbejdet til Solteq Sund-journalsystemet og én udviklet til NOVAX-journalsystemet. I begge journalsystemer følger sundhedsplejerskerne en vejledning og noterer systematisk data om barnet, familien og sundhedsplejens ydelser. Bruget af journalerne er beskrevet i detaljerede vejledninger, der løbende justeres og opdateres (Databasen Børns Sundhed, 2021, NOVAX, 2017). Ligesom der hele tiden arbejdes på at kvalitetssikre journalføringen i de enkelte kommuner og på at ensrette de to journalsystemer, så de bliver mere direkte sammenlignelige.

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

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

## Datasikkerhed

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

## Formål og opbygning af sundhedsprofilen

Formålet med sundhedsprofilen for børn født i 2019 er at tegne en profil for de 33 kommuner, der har indsendt data til Databasen Børns Sundhed om børn født dette år. 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. Dette års sundhedsprofil inkluderer ikke data om indlæggelseslængde, gestationsalder, fødselsvægt, medfødte misdannelser og apgarscore på grund af forsinkelse på data fra Landspatientregisteret og Det Medicinsk Fødselsregister. Ligeledes er oplysninger om forældre-barn relationen taget ud af dette års sundhedsprofil, da variabelen ændrede definition i dataindsamlingsperioden.

Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med hjemmebesøgene, hvorvidt der er en bemærkning til en indikator (for eksempel søvn). 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, 2019).

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 Solteq Sund-kommuner, hvor der ses en forskel i datagrundlaget i de to journalsystemer. Derudover vises udviklingen for en række hovedvariable for de kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed i de seneste fire år. For de enkelte kommuner vises udviklingen for de år, kommunen har indsendt data til Databasen Børns Sundhed. Enkelte kommuner er i perioden 2016-2019 overgået fra Solteq Sund til NOVAX, og i udviklingsfigurerne vil forekomsterne for disse kommuner kun blive vist for de år, hvor kommunen benytter NOVAX. I udviklingsfigurerne fremgår der derfor ikke oplysninger fra Høje-Taastrup i 2016-2017, da kommunen i slutningen af 2017 overgik fra Solteq Sund til NOVAX. Ligeledes fremgår der heller ikke oplysninger fra Albertslund, Allerød og Gentofte i 2016-2018, da kommunerne i slutningen af 2018 og begyndelsen af 2019 overgik fra Solteq Sund til NOVAX. I udviklingsfigurerne er kommunerne markeret med  $\alpha$ .

Procenterne i figurerne 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.

For enkelte variable er der en høj andel 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, og at familie og barn trives. I de tilfælde, hvor andelen af manglende registreringer er så høj, at det medfører for stor usikkerhed (over 40 % manglende registreringer), er kommunen taget ud af analyserne og den samlede population, hvilket er markeret med en stjerne (\*). Derudover har vi i tilfælde, hvor der er for få observationer/børn (færre end eller lig med fem observationer/børn), valgt ikke at vise andelen, hvilket er markeret med #. Det skyldes, at hvis der er for få tilfælde, bliver analyserne for usikre, og der kan desuden være risiko for at identificere barnet/familierne.

## Datagrundlag

Sundhedsprofilen er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 22.923 børn, der er født i 2019, hvilket svarer til 37,5 % af alle levendefødte børn i Danmark i 2019 (Danmarks Statistikbank, 2021). Nedlukningen i forbindelse med COVID-19 pandemien kan have påvirket besøg for de børn, der er født i sidste del af 2019. Vi kan se, at andelen af børn, der har modtaget C- og D-besøget, er lavere end tidligere år. Dette har ikke betydning for analyserne i sundhedsprofilen, da de børn, der har modtaget C- og D-besøget, ikke adskiller sig fra de børn, som ikke har modtaget C- og D-besøget. Børnene i sundhedsprofilen stammer fra følgende kommuner: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Tabel 1 viser antallet af børn, der indgår i sundhedsprofilen fra de enkelte kommuner.

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

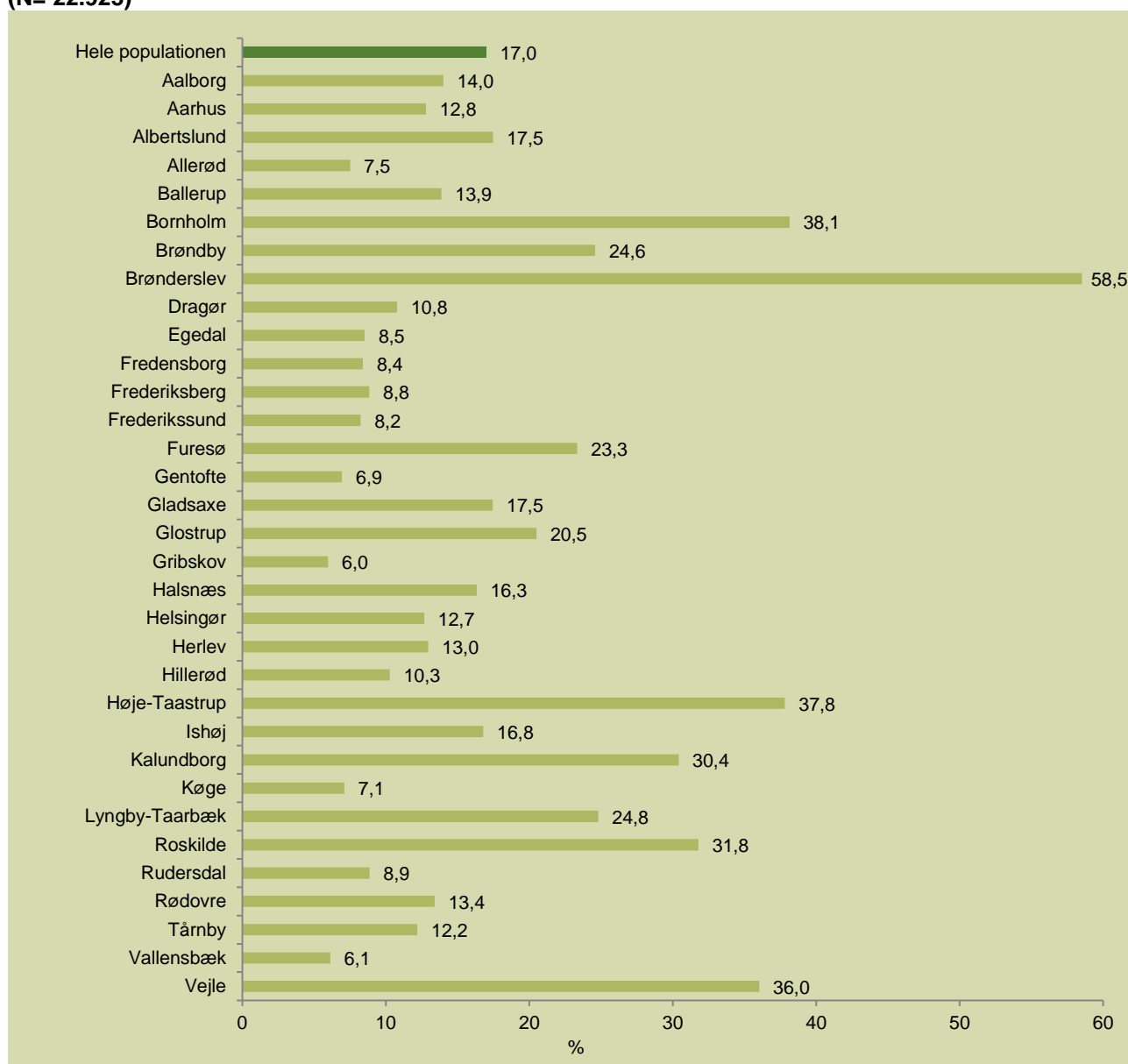
Kommune	Antal børn, der indgår i sundhedsprofilen
Aalborg	2.513
Aarhus	4.758
Albertslund	269
Allerød	253
Ballerup	591
Bornholm	312
Brøndby	439
Brønderslev	405
Dragør	139
Egedal	446
Fredensborg	405
Frederiksberg	1.561
Frederikssund	352
Furesø	407
Gentofte	677
Gladsaxe	842
Glostrup	322
Gribskov	268
Halsnæs	245
Helsingør	544
Herlev	324
Hillerød	506
Høje-Taastrup	595
Ishøj	280
Kalundborg	411
Køge	620
Lyngby-Taarbæk	520
Roskilde	840
Rudersdal	519
Rødovre	530
Tårnby	508
Vallensbæk	212
Vejle	1.310
<b>Hele populationen</b>	<b>22.923</b>

## 2 Resultater

### 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 1 viser andelen af børn, for hvem der er registeret graviditetsbesøg i journalen. Blandt børn født i 2019 modtog 17,0 % 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 (for eksempel om der er jordemoderkonsultation i kommunen).

**Figur 1. Andelen af børn, hvor der er registeret graviditetsbesøg i 2019, opdelt på kommune (N= 22.923)**





## Besøg i første leveår

I tabel 2 ses andelen af registrerede A-, B-, C- og D-besøg for de enkelte kommuner og for den samlede population. Af tabellen fremgår det, at der for 93,8 % af børnene i populationen er registreret et A-besøg, for 90,2 % et B-besøg, for 76,6 % et C-besøg og for 76,2 % et D-besøg. Andelen af børn, der har modtaget C- og D-besøget, er lavere end tidligere år, hvilket med stor sandsynlighed kan tilskrives nedlukningen i forbindelse med COVID-19 pandemien.

Grunden til, at alle besøg ikke er registreret for alle børn, skyldes mange forskellige forhold, for eksempel familier, der er flyttet og ikke længere bor i en af databasekommunerne. Derudover tilbydes C-besøget for eksempel kun til førstegangsfødende i Vejle Kommune, mens C-besøget i Aarhus Kommune ikke har været et tilbud til alle børn, men blev fra 2017 som en forsøgsordning et tilbud til førstegangsfødende.

**Tabel 2. Andelen af børn i 2019, hvor A-, B-, C- og D-besøget er registreret, opdelt på kommune (N=22.923)**

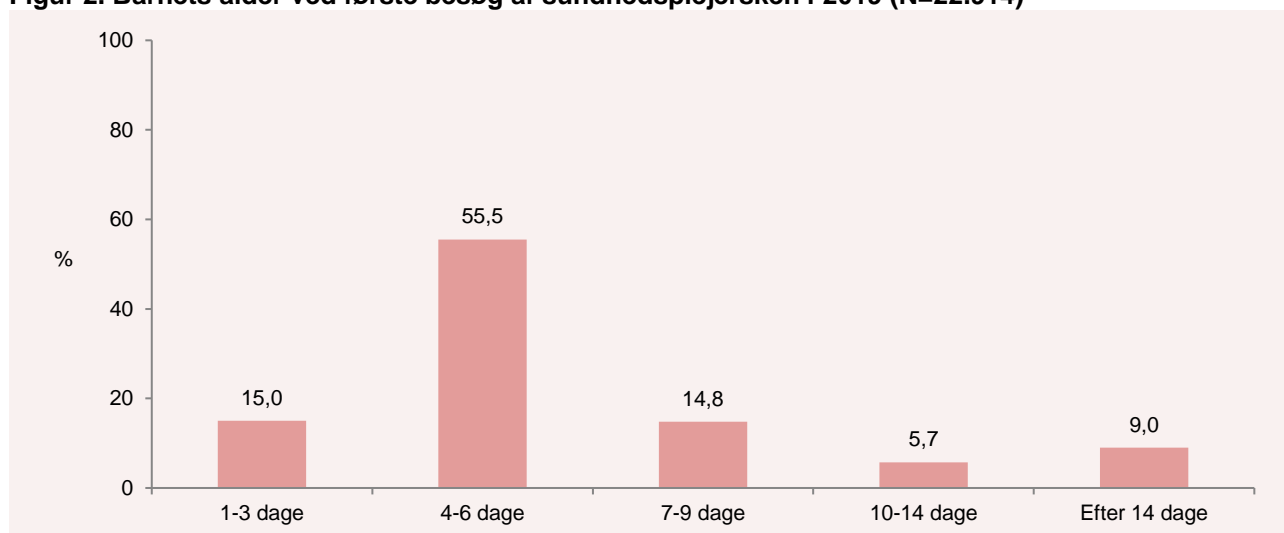
Kommune	A-besøg (0-2 mdr.)	B-besøg (2-3 mdr.)	C-besøg (4-6 mdr.)	D-besøg (8-10 mdr.)
Aalborg	97,1	95,2	81,6	72,1
Aarhus	95,2	90,9	45,7	63,1
Albertslund	92,9	90,0	89,6	90,0
Allerød	94,5	94,5	92,5	88,1
Ballerup	93,2	87,5	85,3	76,8
Bornholm	95,8	94,6	94,2	91,4
Brøndby	91,6	81,6	80,0	74,7
Brønderslev	97,3	96,5	88,4	76,1
Dragør	87,8	88,5	88,5	92,8
Egedal	95,5	95,1	95,3	94,8
Fredensborg	95,6	93,6	94,1	88,4
Frederiksberg	95,1	91,2	87,0	78,8
Frederikssund	95,5	91,8	96,6	93,2
Furesø	91,4	88,0	92,6	91,9
Gentofte	89,2	87,6	88,0	80,1
Gladsaxe	92,5	89,6	89,0	83,0
Glostrup	92,2	88,8	82,9	74,2
Gribskov	95,2	94,4	94,4	92,9
Halsnæs	97,6	95,9	93,9	88,2
Helsingør	94,3	92,1	91,5	86,8
Herlev	89,2	83,0	85,2	79,9
Hillerød	93,5	92,5	92,5	79,6
Høje-Taastrup	95,5	89,4	87,7	76,3
Ishøj	97,5	95,0	94,3	88,9
Kalundborg	94,4	90,8	91,2	85,2
Køge	94,2	91,3	86,3	83,4
Lyngby-Taarbæk	89,2	90,8	87,7	91,2
Roskilde	84,4	75,7	74,6	56,2
Rudersdal	92,1	89,2	88,8	78,4
Rødovre	94,0	90,6	87,2	79,4
Tårnby	89,2	84,8	85,0	80,5
Vallensbæk	93,4	88,2	86,8	85,9
Vejle	91,8	85,7	53,2	72,5
<b>Hele populationen</b>	<b>93,8</b>	<b>90,2</b>	<b>76,6</b>	<b>76,2</b>

## Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejen

Hvis 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 væggtab hos barnet, gulsot, dårlig sutteteknik 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, 2013, Sundhedsstyrelsen, 2019).

Af figur 2 ses, at 70,5 % af børnene har det første besøg af sundhedsplejersken, inden barnet er en uge gammelt. Derudover viser figuren, at 9,0 % af børnene modtager deres første besøg, når barnet er mere end 14 dage gammelt. Denne gruppe indeholder blandt andet tilflyttere samt børn, der er indlagt længe efter fødslen.

**Figur 2. Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejersken i 2019 (N=22.914)**



Tabel 3 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. På baggrund af sundhedsprofiler fra tidligere år og viden fra praksis kan noget af forskellen skyldes variation i indlæggelseslængden.

**Tabel 3. Den procentvise fordeling af alder ved første besøg af sundhedsplejersken i 2019, opdelt på kommune (N=22.914)**

Kommune	1-3 dage	4-6 dage	7-9 dage	10-14 dage	Efter 14 dage
Aalborg	2,7	34,6	45,0	9,5	8,2
Aarhus	23,9	58,5	6,3	4,1	7,3
Albertslund	19,3	49,8	11,5	8,2	11,2
Allerød	7,5	72,7	6,7	2,4	10,7
Ballerup	20,2	55,4	10,9	4,6	9,0
Bornholm	13,5	54,5	15,7	7,4	9,0
Brøndby	23,7	53,5	9,6	4,3	8,9
Brønderslev	18,3	59,3	11,4	4,2	6,9
Dragør	14,4	64,0	7,2	#	13,7
Egedal	14,8	61,0	12,1	3,8	8,3
Fredensborg	6,9	73,1	6,7	4,7	8,6
Frederiksberg	11,3	56,9	16,0	6,3	9,6
Frederikssund	1,7	69,3	14,5	5,1	9,4
Furesø	11,1	68,6	6,4	2,0	12,0
Gentofte	21,7	53,6	7,8	5,3	11,5
Gladsaxe	15,8	58,2	9,6	5,1	11,3
Glostrup	18,0	60,6	9,9	3,4	8,1
Gribskov	11,9	66,8	7,8	6,7	6,7
Halsnæs	10,6	71,8	8,2	3,7	5,7
Helsingør	4,8	72,4	10,5	3,1	9,2
Herlev	11,8	66,6	8,1	5,6	8,1
Hillerød	12,9	63,4	11,3	2,0	10,5
Høje-Taastrup	25,9	47,7	10,4	6,2	9,8
Ishøj	14,3	55,4	17,1	7,5	5,7
Kalundborg	8,3	55,7	16,8	7,1	12,2
Køge	1,0	20,0	48,7	17,9	12,4
Lyngby-Taarbæk	15,8	56,5	7,9	6,0	13,9
Roskilde	19,7	52,4	11,2	6,7	10,0
Rudersdal	19,5	59,9	6,4	3,9	10,4
Rødovre	22,8	56,2	9,4	4,9	6,6
Tårnby	23,8	54,1	9,1	3,4	9,7
Vallensbæk	16,5	55,2	15,6	3,3	9,4
Vejle	7,3	65,2	12,2	6,7	8,6
<b>Hele populationen</b>	<b>15,0</b>	<b>55,5</b>	<b>14,8</b>	<b>5,7</b>	<b>9,0</b>

# Vises ikke, da antallet af observationer i kommunen er ≤5.

## Tobaksrøg i hjemmet

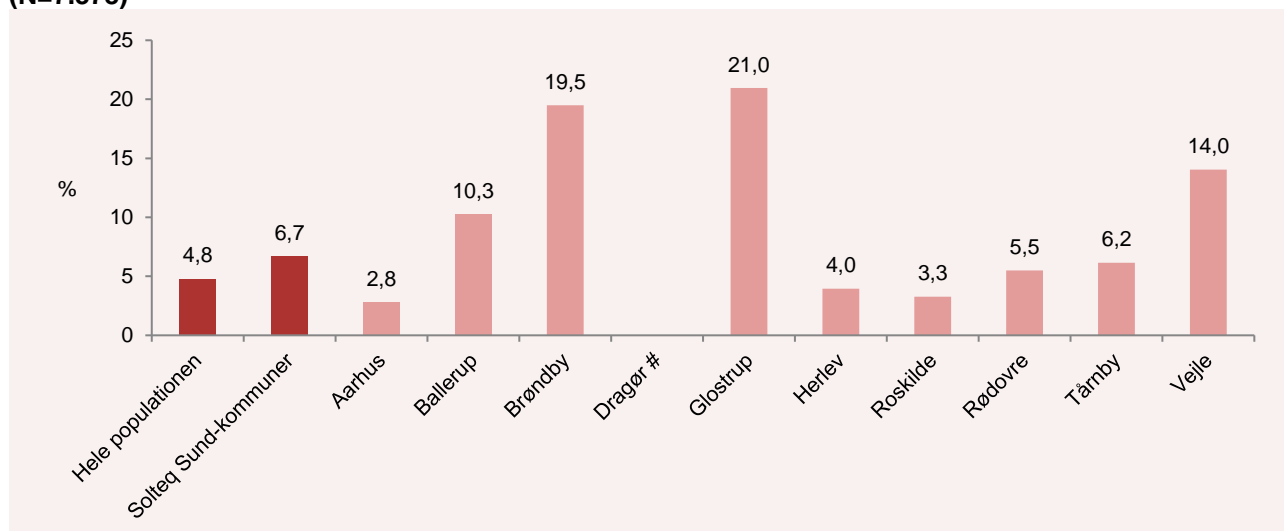
Børn er særligt sårbare over for tobaksrøg, fordi deres lunger ikke er færdigudviklet, og fordi de har en højere respirationsrate. Det betyder, at børn optager flere gange en dosis af røgens stoffer end voksne, der befinder sig i de samme tobaksforurenede omgivelser. Derudover tilbringer børn det meste af deres første leveår indendøre 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 voksnes tøj, hår og hænder, der kan indeholde røgens skadelige stoffer. Børn, der er udsat for tobaksrøg, bliver oftere syge og rammes hårdere af en lang række sygdomme end andre børn (Kræftens Bekæmpelse & 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 indenfor i boligen mindst én gang ugentligt, uanset om barnet er til stede i rummet (Sundhedsdatastyrelsen, 2019).

Figur 3 og 4 viser andelen af børn, der er udsat for tobaksrøg i hjemmet, i henholdsvis NOVAX- og Solteq Sund-kommunerne. I hele populationen er 4,8 % af børnene udsat for tobaksrøg i hjemmet. Blandt Solteq Sund-kommunerne er det 6,7 % og blandt NOVAX-kommunerne er der 3,6 %.

Definitionen af tobaksrøg i hjemmet har varieret gennem tiden. De skiftende definitioner og forskellig forståelse af definitionen kan betyde, at der registreres forskelligt i kommunerne, selvom vejledningerne til journalerne

definerer udsættelsen for tobaksrøg ens. Den store variation kommunerne og journalsystemerne imellem er også set i de tidligere rapporter (figur 5 og 6).

**Figur 3. Andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet i 2019, i Solteq Sund-kommunerne (N=7.378)**



# Vises ikke, da antallet af observationer i kommunen er ≤5.

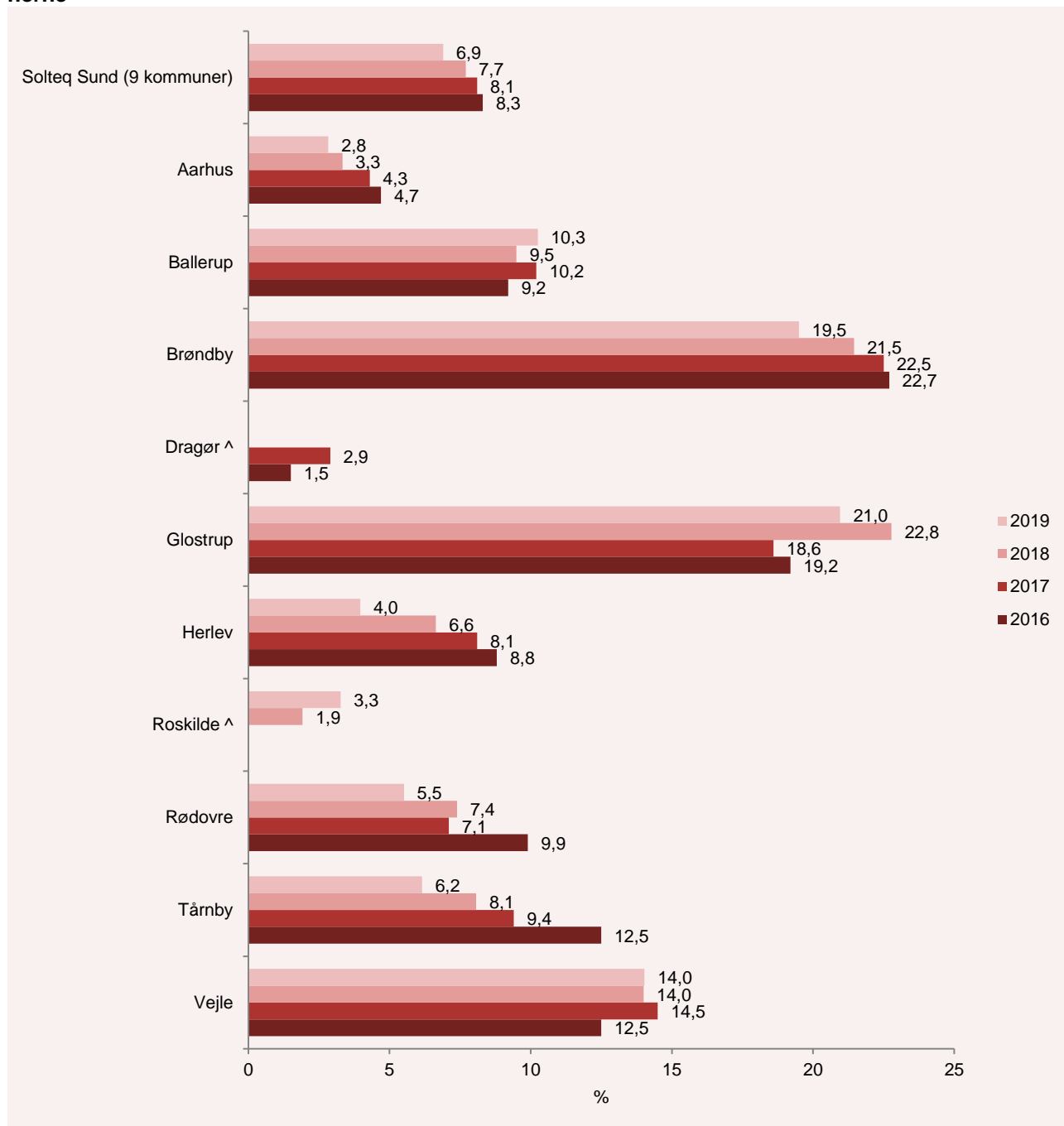
**Figur 4. Andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet i 2019, i NOVAX-kommunerne (N=10.495)**



# Vises ikke, da antallet af observationer i kommunen er ≤5.

Figur 5 viser udviklingen fra 2016 til 2019 i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i de ni Solteq Sund-kommuner, der har oplysninger om tobaksrøg i hjemmet fra de seneste fire år, og for hver Solteq Sund-kommune. Af figuren ses, at andelen af børn, der samlet set udsættes for tobaksrøg i hjemmet, svinger mellem 8,3 % i 2016 til 6,9 % i 2019.

**Figur 5. Udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i Solteq Sund-kommunerne**

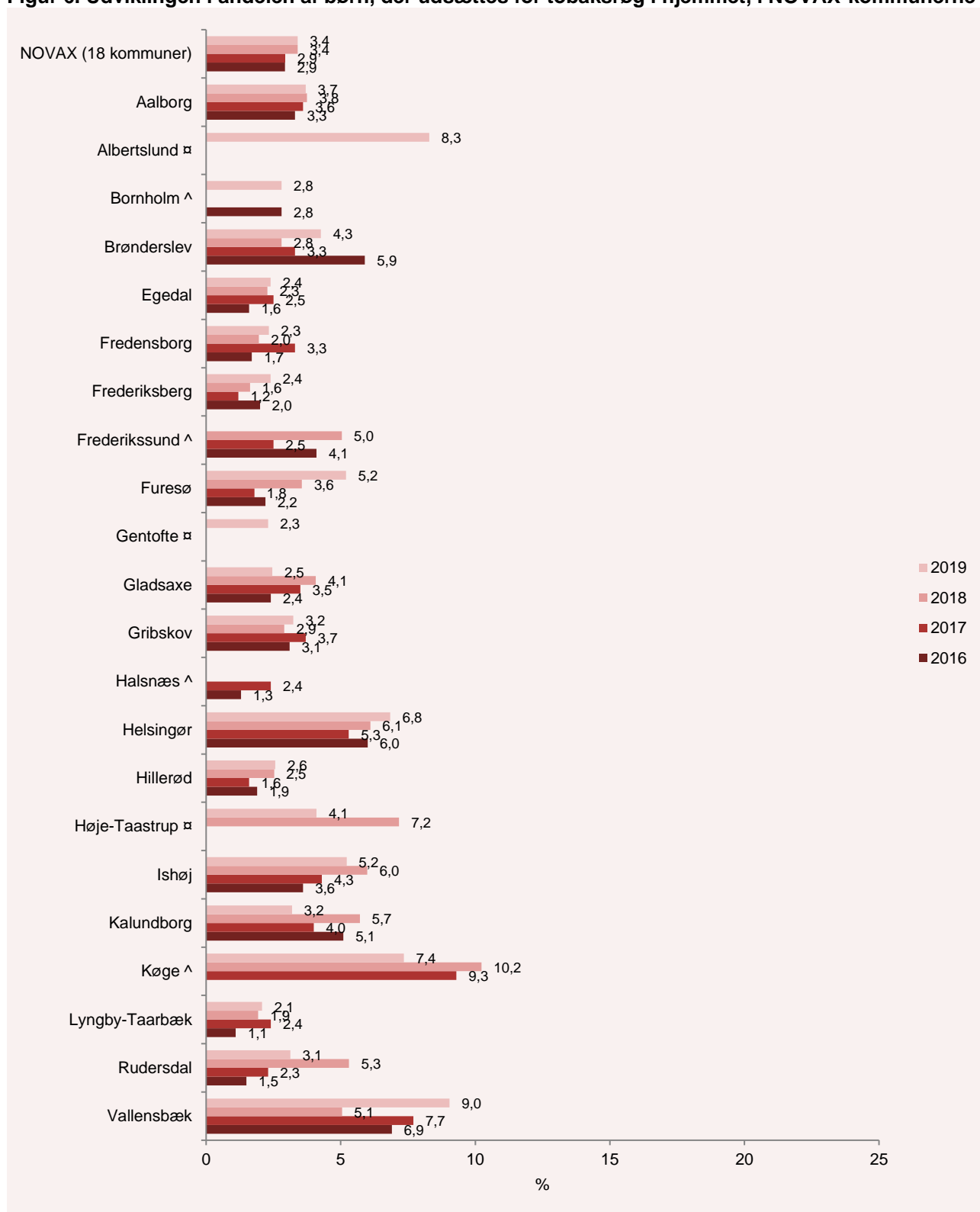


Solteq Sund (9 kommuner) indbefatter de 9 Solteq Sund-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aarhus, Ballerup, Brøndby, Dragør, Glostrup, Herlev, Rødovre, Tårnby og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hhv. hele populationen, NOVAX- og Solteq Sund-kommunerne.

Figur 6 viser udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, samlet i de 18 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år, og for hver NOVAX-kommune. Af figuren ses, at andelen, der samlet set udsættes for tobaksrøg, svinger fra 2,9 % i 2016 til 3,4 % i 2019.

**Figur 6. Udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i NOVAX-kommunerne**



NOVAX (18 kommuner) indbefatter de 18 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aalborg, Bornholm, Brønderslev, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Kalundborg, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk. Allerød Kommune har for få observationer i 2019 og vises derfor ikke i figuren.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hhv. hele populationen, NOVAX- og Solteq Sund-kommunerne.

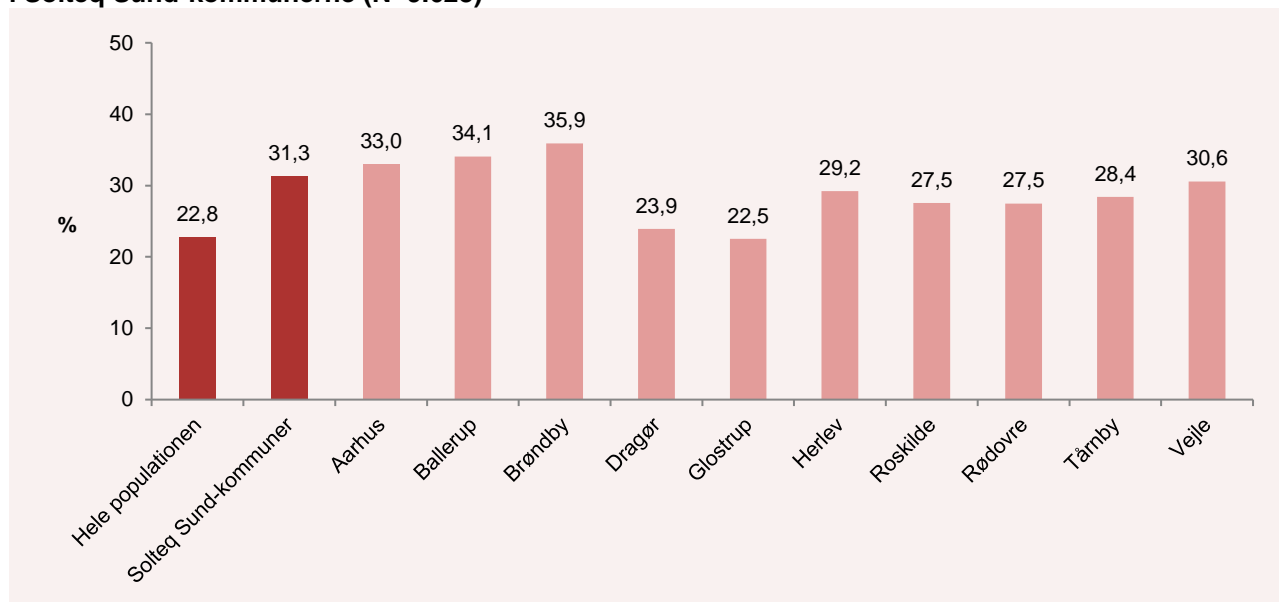
☒ Kommunen er overgået fra Solteq Sund til NOVAX i perioden 2016-2019

## Mors psykiske tilstand

Sundhedsplejersken vurderer mors psykiske tilstand ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Registreringen af mors psykiske tilstand er overvejende ens i de to journalsystemer. Dog er der ikke helt overensstemmelse mellem de to systemer. I Solteq Sund er det muligt at sætte en bemærkning ved specifikke underkategorier inden for det enkelte besøg, mens i NOVAX kan sundhedsplejersken kun sætte en overordnet bemærkning. Da der i Solteq Sund er mulighed for at sætte bemærkning ved udvalgte underkategorier, kan det medføre flere registreringer end i NOVAX, hvor der kun er mulighed for at angive 'ja' eller 'nej'.

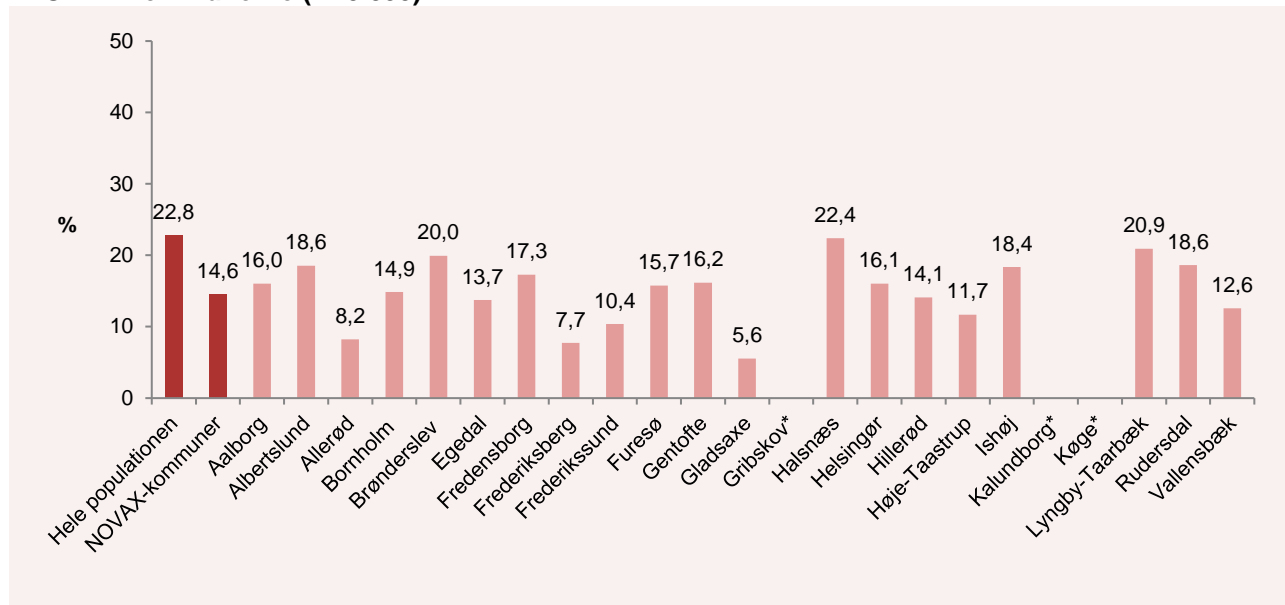
Figur 7 viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i Solteq Sund-kommunerne. Af figuren ses, at der i en tredjedel af Solteq Sund-journalerne (31,3 %) er rapporteret bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår. Andelen varierer mellem 22,5 % og 35,9 % kommunerne imellem. I den samlede population med både Solteq Sund-kommunerne og NOVAX-kommunerne er andelen 22,8 %.

**Figur 7. Andelen af børn i 2019, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i Solteq Sund-kommunerne (N=9.628)**



Figur 8 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 14,6 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg. Andelen varierer mellem 5,6 % til 22,4 % kommunerne imellem.

**Figur 8. Andelen af børn i 2019, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i NOVAX-kommunerne (N=9.853)**

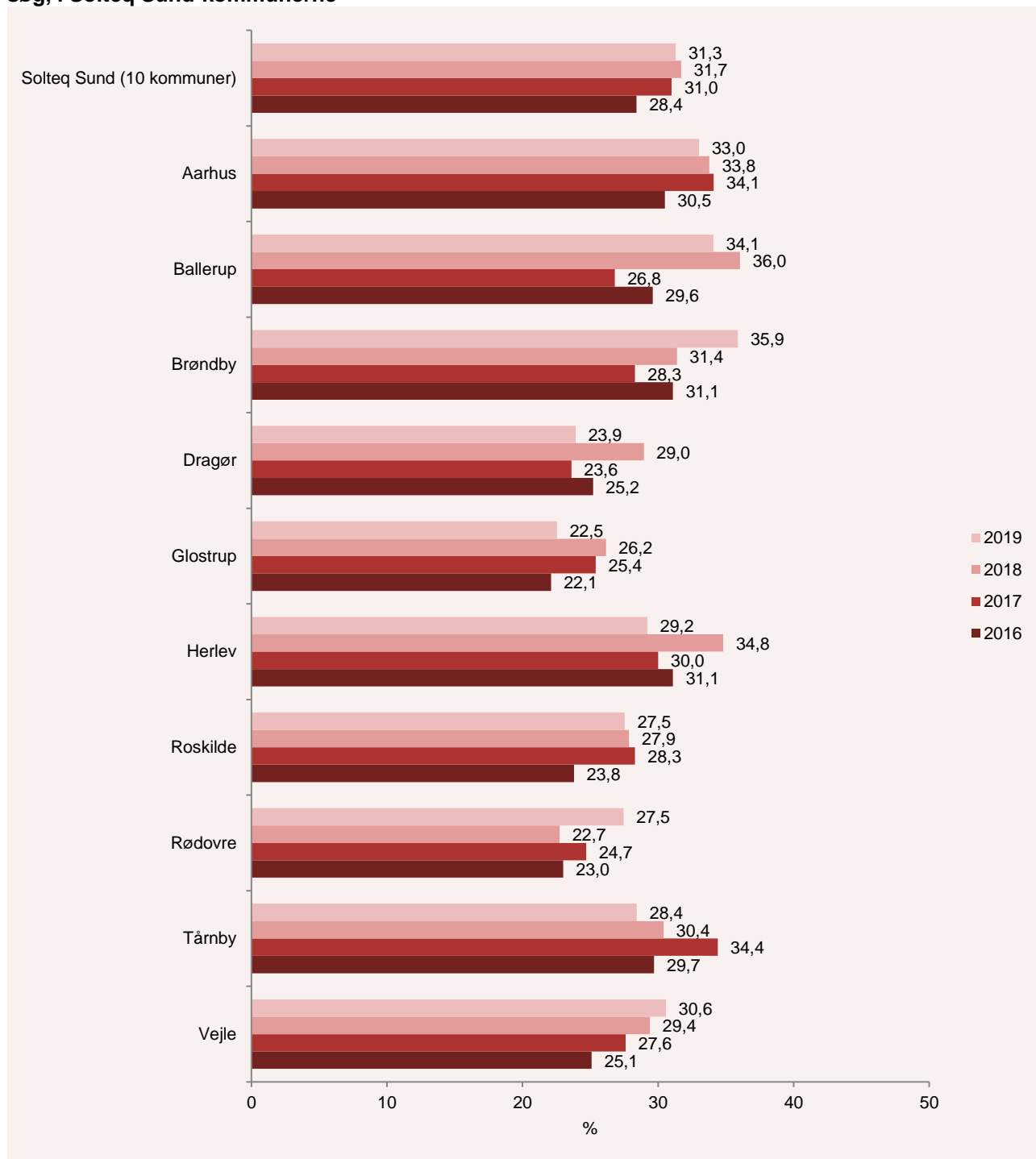


\* Viser ikke, da andelen af manglende registreringer over 40 %.

Figur 9 viser udviklingen fra 2016 til 2019 i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i de 10 Solteq Sund-kommuner, der har oplysninger om mors psykiske tilstand alle fire år, og for hver Solteq Sund-kommune. Af figuren ses, at andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand samlet set svinger fra 28,4 % i 2016 til 31,7 % i 2018 for herefter at være 31,3 % i 2019.



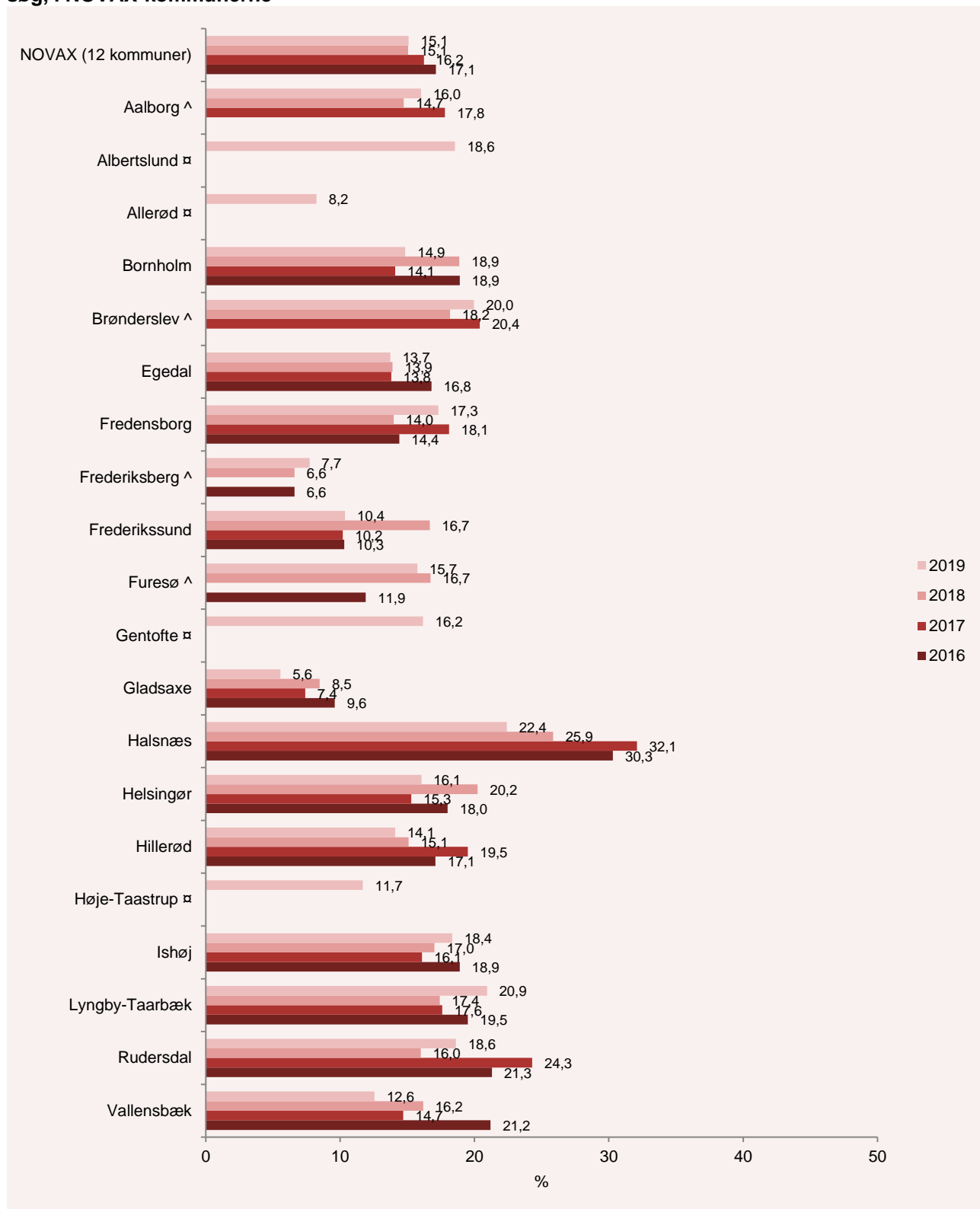
**Figur 9. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i Solteq Sund-kommunerne**



Solteq Sund (10 kommuner) indbefatter de 10 Solteq Sund-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aarhus, Ballerup, Brøndby, Dragør, Glostrup, Herlev, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.

Figur 10 viser udviklingen fra 2016 til 2019 i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i de 12 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra alle fire år. Derudover vises også andelen af børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand for hver kommune. Af figuren ses, at andelen i NOVAX-kommunerne svinger fra 17,1 % i 2016 til 15,1 % i 2019.

**Figur 10. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i NOVAX-kommunerne**



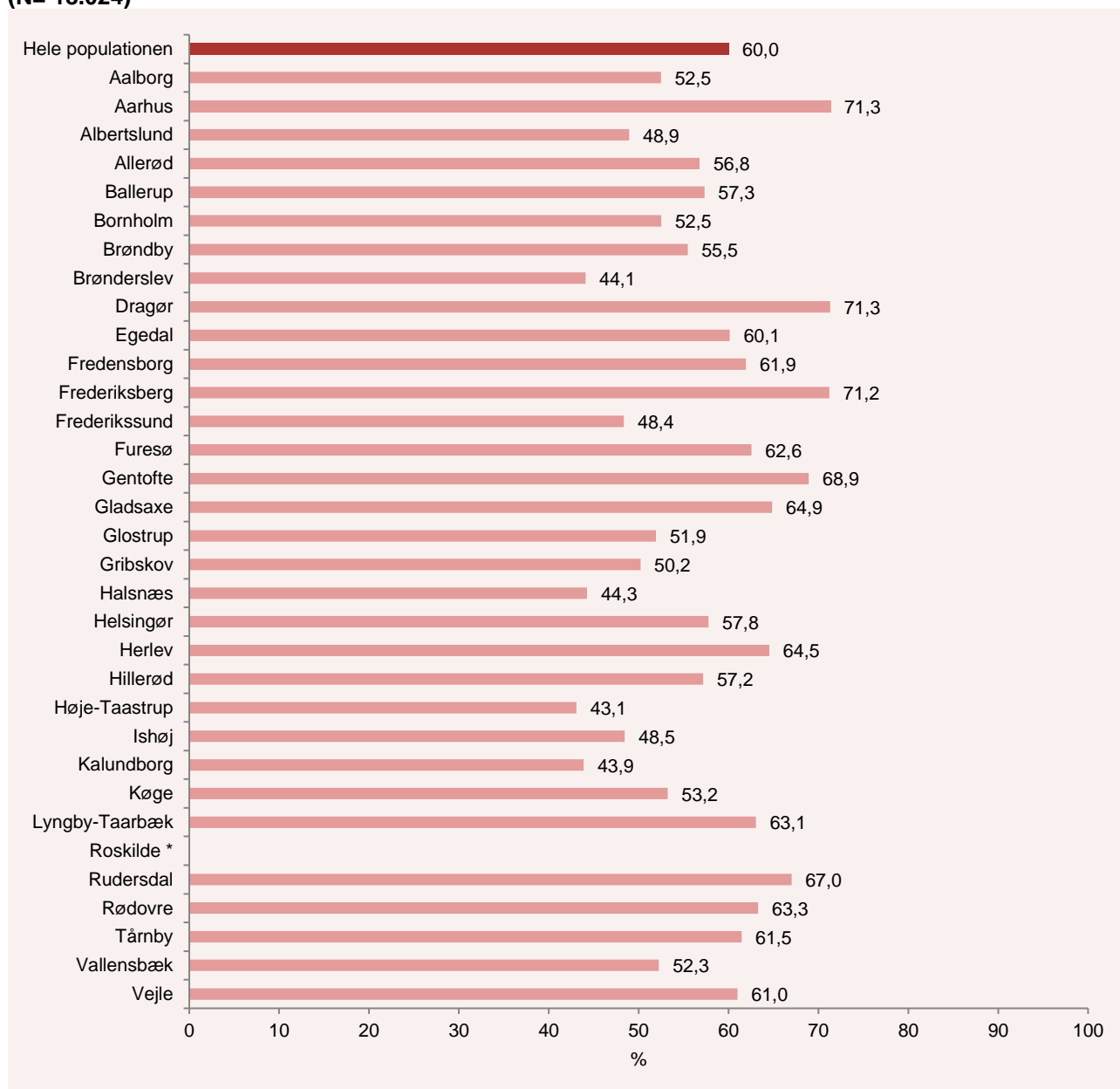
NOVAX (12 kommuner) indbefatter de 12 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Bornholm, Egedal, Fredensborg, Frederikssund, Gladsaxe, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk.  
 ^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hhv. hele populationen, NOVAX- og Solteq Sund-kommunerne.  
 ▫ Kommunen er overgået fra Solteq Sund til NOVAX i perioden 2016-2019.

## Amning

Fuld amning er i Solteq 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, eksempelvis 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 11 viser andelen af børn, der er ammet i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefaling om fuld amning i mindst fire måneder (Sundhedsstyrelsen, 2018). Blandt børnene i sundhedsprofilen bliver 60,0 % ammet fuldt i mindst fire måneder, hvilket vil sige, at 40,0 % af børnene ikke bliver ammet fuldt i fire måneder.

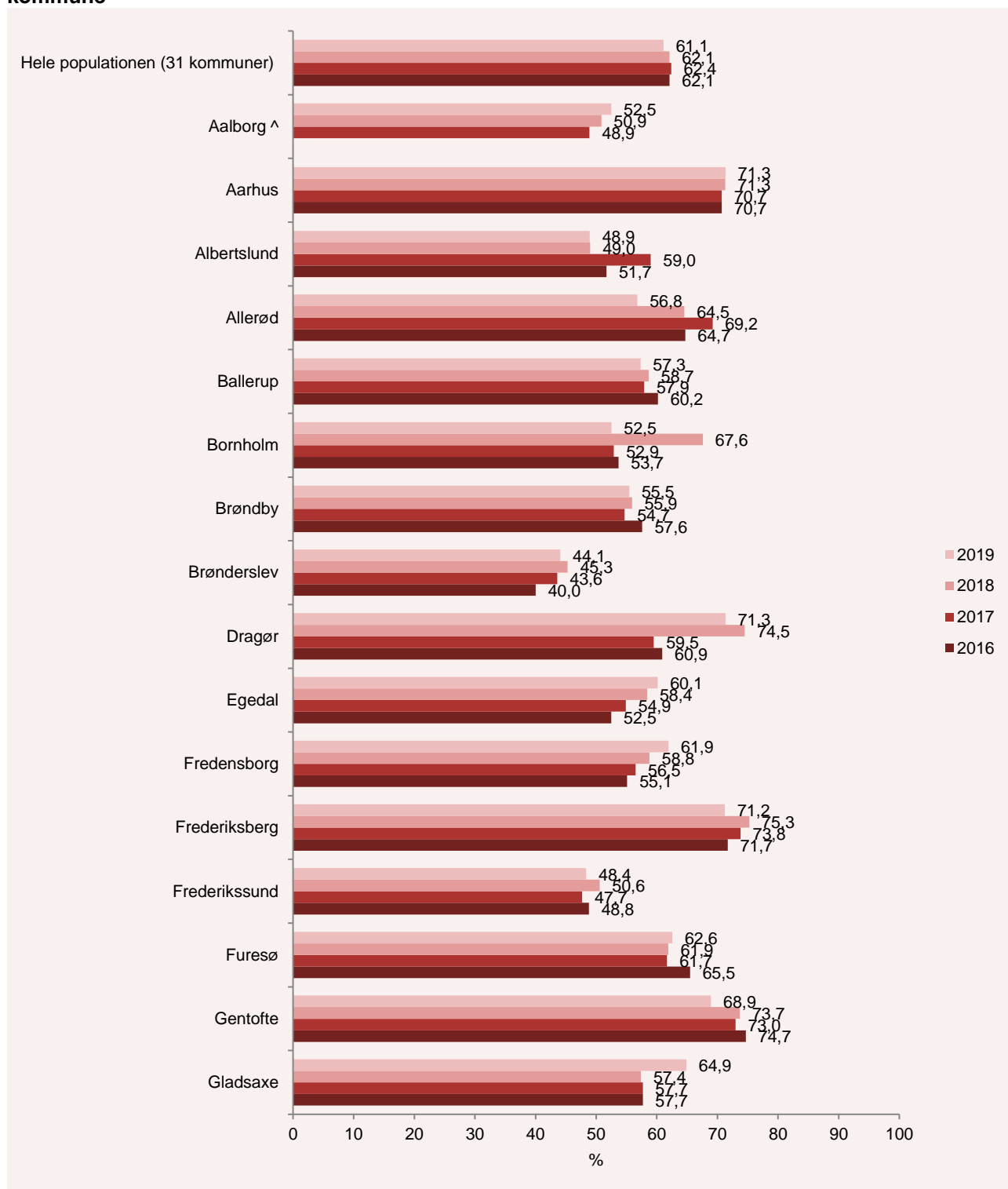
**Figur 11. Andelen af børn i 2019, der bliver ammet fuldt i mindst fire måneder, opdelt på kommune (N= 18.024)**

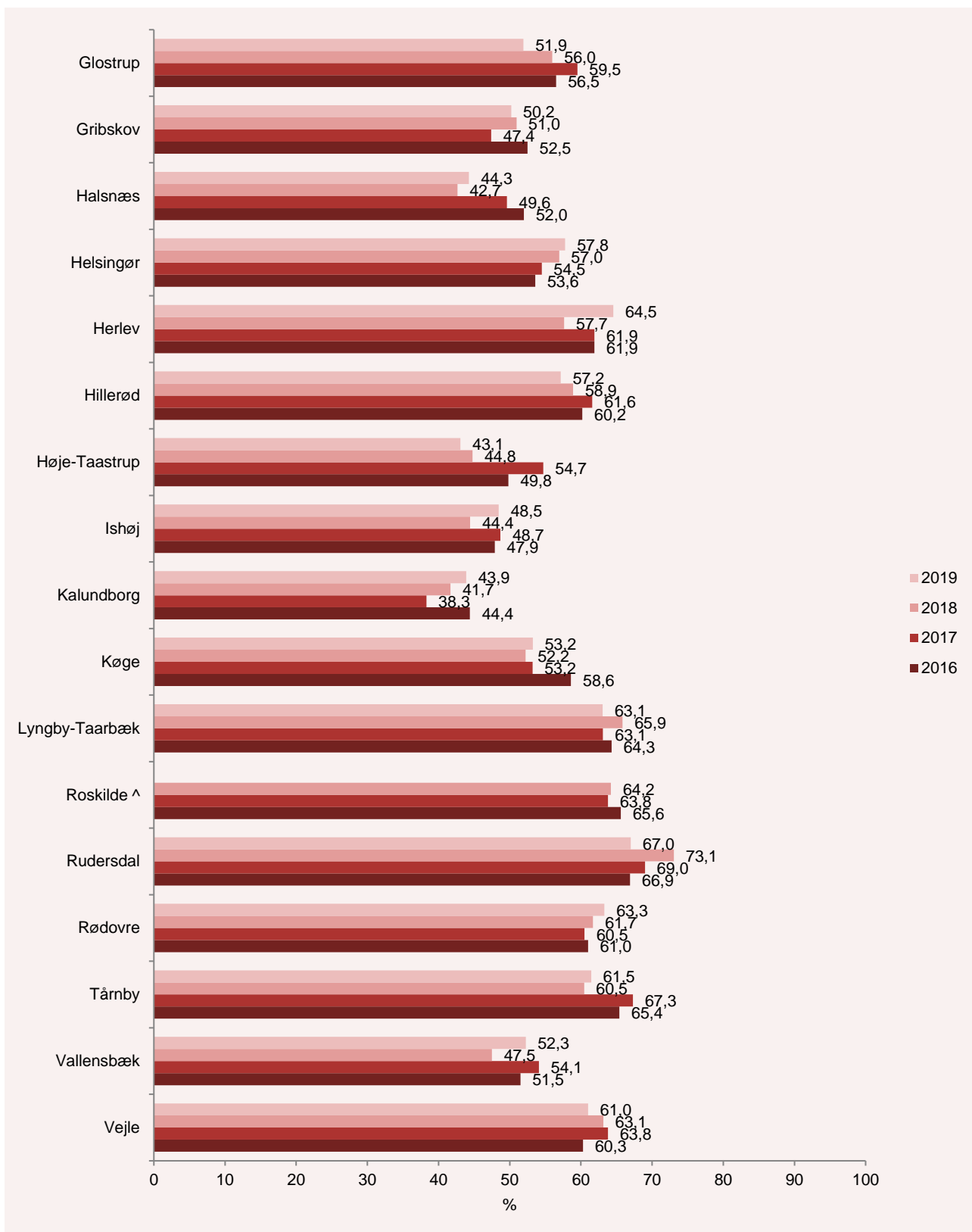


\* Viser ikke, da andelen af manglende registreringer over 40 %.

Figur 12 viser udviklingen fra 2016 til 2019 i andelen af børn, der bliver ammet fuldt i mindst fire måneder, for de kommuner, der har oplysninger om amning fra alle fire år, og for hver kommune. Figuren viser, at andelen af børn, der bliver ammet i mindst fire måneder, samlet set svinger fra 62,1 % i 2016 til 62,4 % i 2017 for herefter at være 62,1 % i 2018 og 61,1 % i 2019.

**Figur 12. Udviklingen i andelen af børn, der er ammet fuldt i mindst fire måneder, opdelt på kommune**





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

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hhv. hele populationen, NOVAX- og Solteq Sund-kommunerne.

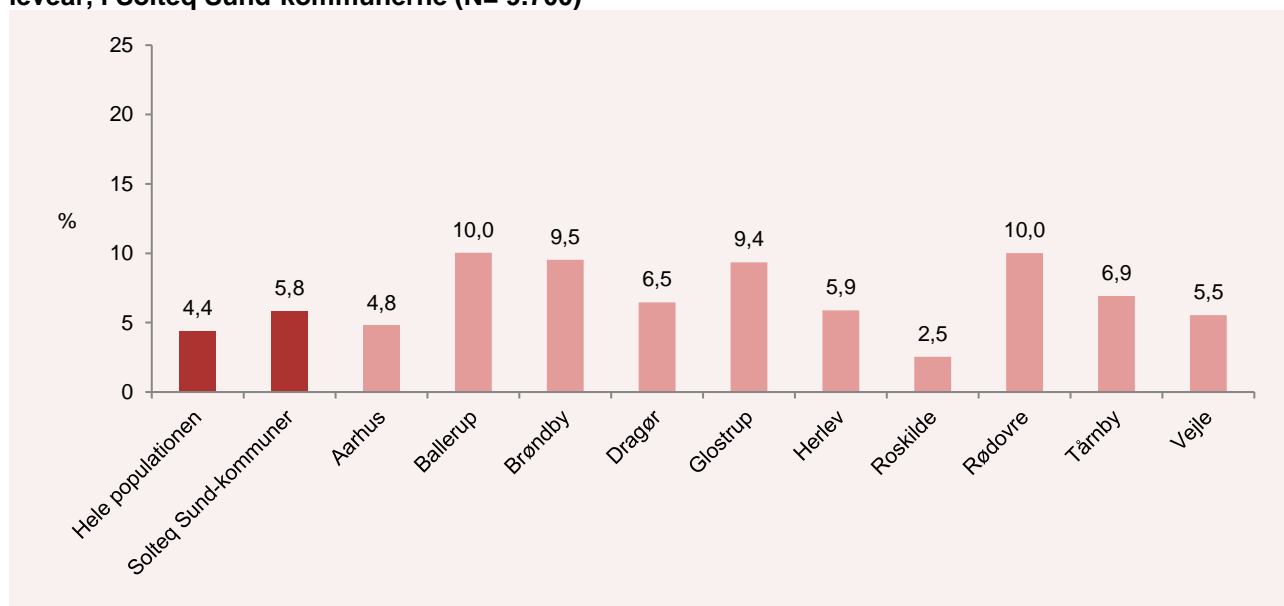
## Motorisk udvikling

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 (Sigmundsson & Haga, 2000, Haywood, 2001, Payne & Isaacs, 2011). Desuden ses en øget risiko for motoriske vanskeligheder ved skolestart blandt de børn, der har bemærkninger til deres motorik i otte- til timånedersalderen (Brixval et al., 2011, Pedersen et al., 2020).

Da der er en meget stor gruppe af børn (20,8 %), der har bemærkning til motorisk udvikling 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 motoriske udvikling ved mindst to besøg i første leveår. Analyserne vises opdelt på journalsystem, da registreringen af motorisk udvikling ikke er helt overensstemmende i de to journalsystemer.

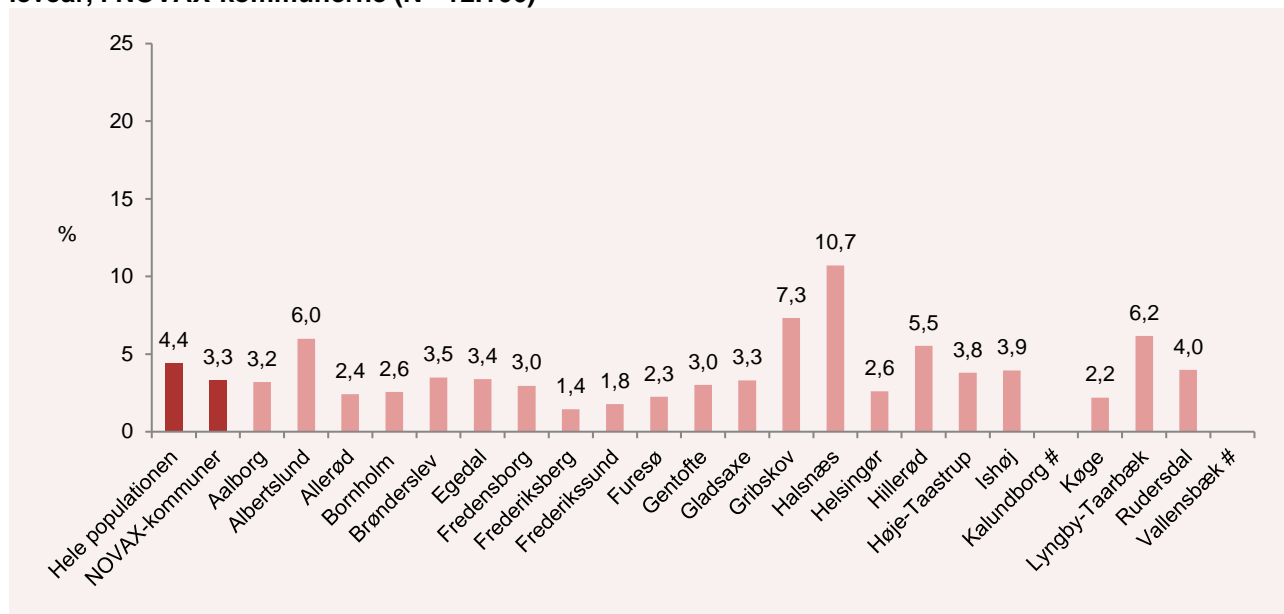
Figur 13 viser forekomsten af to eller flere besøg med bemærkninger til barnets motorisk udvikling i første leveår i Solteq Sund-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 5,8 % af børnene i Solteq Sund-kommunerne har bemærkning til motorisk udvikling ved mindst to besøg i det første leveår. Andelen svinger mellem 2,5 % og 10,0 % kommunerne imellem. I den samlede population med både NOVAX- og Solteq Sund-kommunerne har 4,4 % af børnene mindst to besøg med bemærkninger til motorik i første leveår.

**Figur 13. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved mindst to besøg i det første leveår, i Solteq Sund-kommunerne (N= 9.700)**



Figur 14 viser forekomsten af to eller flere besøg med bemærkninger til barnets motoriske udvikling i første leveår i NOVAX-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 3,3 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til motorisk udvikling ved mindst to besøg i det første leveår. Andelen varierer fra 1,4 % til 10,7 % kommunerne imellem. Forskellen i andelen af børn med bemærkninger til motorisk udvikling mellem kommunerne og de to journalsystemer er også set i de foregående år (figur 15 og 16) og kan være et udtryk for, at der anvendes flere forskellige metoder til vurdering af barnets motoriske færdigheder (Pedersen et al., 2019).

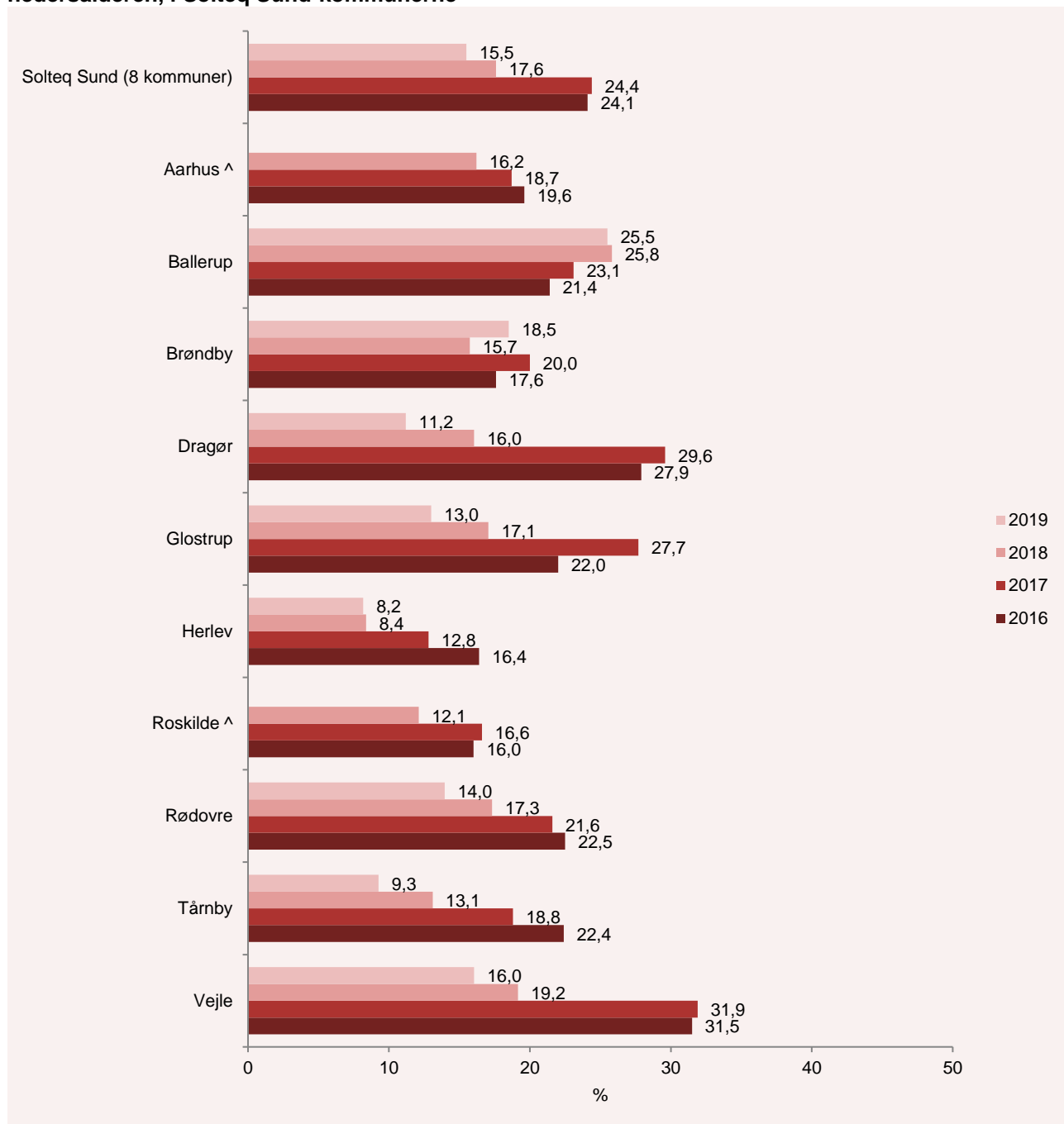
**Figur 14. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved mindst to besøg i det første leveår, i NOVAX-kommunerne (N= 12.166)**



# Vises ikke, da antallet af observationer i kommunen er ≤5.

Figur 15 viser udviklingen fra 2016 til 2019 i andelen af børn med én bemærkning til motorisk udvikling ved D-besøget i de 8 Solteq Sund-kommuner, der har oplysninger for de seneste fire år, og hver Solteq Sund-kommune. Andelen af børn med én bemærkning til motorisk udvikling ved D-besøget svinger fra 24,1 % i 2016 til 24,4 % i 2017 og herefter til 17,6 % i 2018 og 15,5 % i 2019. Fra 2017 til 2018 ses et væsentligt fald i andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved D-besøget. Det er ikke muligt at angive den præcise årsag til faldet, men dele af faldet kan muligvis skyldes, at spredningen i alder er mindre i 2018 end i 2017. Det vil sige, at færre børn har et tidligt D-besøg i 2018 sammenlignet med 2017.

**Figur 15. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til barnets motorisk udvikling i otte- til timånedersalderen, i Solteq Sund-kommunerne**



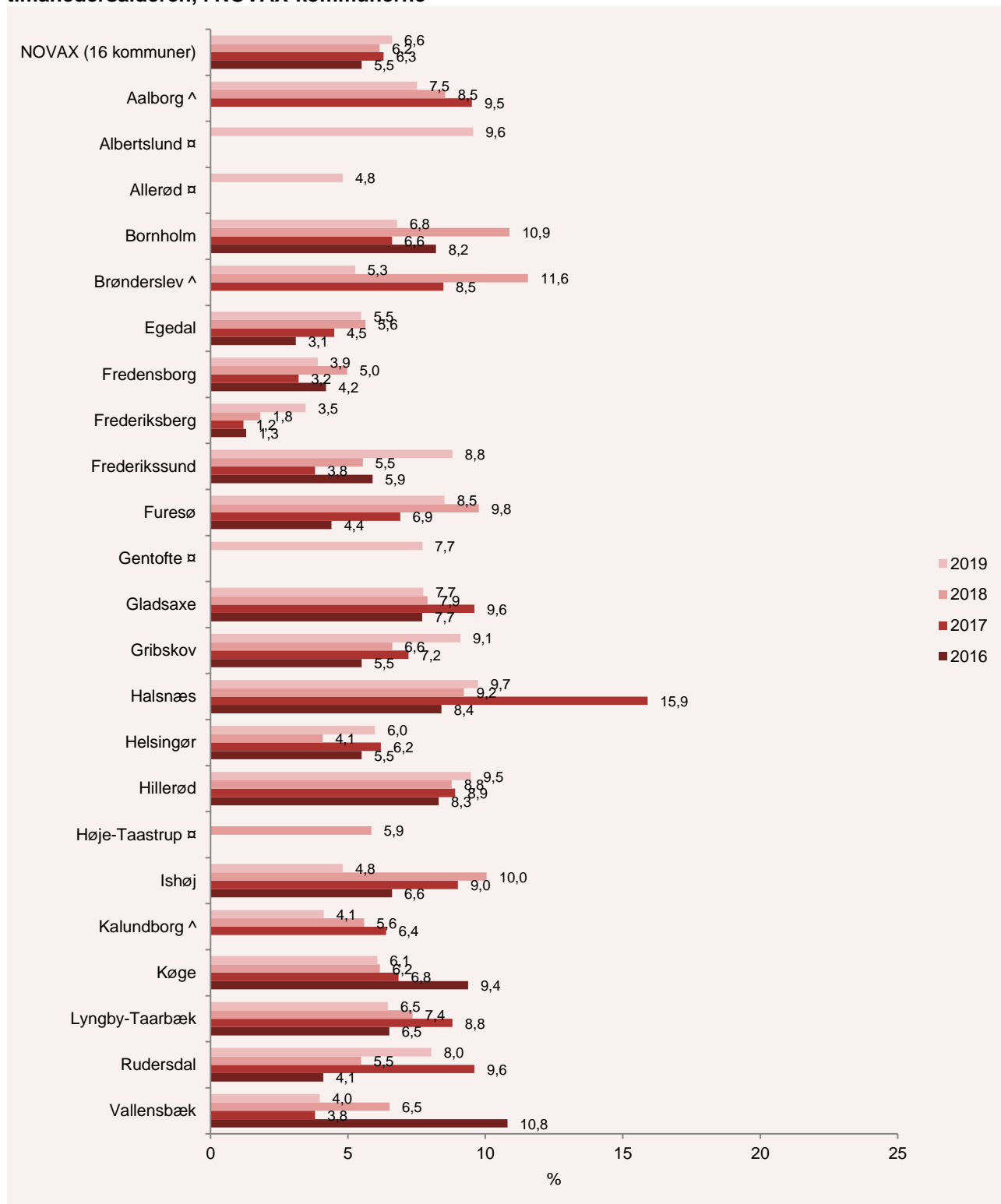
Solteq Sund (8 kommuner) indbefatter de 8 Solteq Sund-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Ballerup, Brøndby, Dragør, Glostrup, Herlev, Rødovre, Tårnby og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing det pågældende år.

Figur 16 viser udviklingen fra 2016 til 2019 i andelen af børn med én bemærkning til motorisk udvikling i otte- til timånedersalderen (D-besøget) for de 16 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år, og for hver enkel kommune. Af figuren ses, at andelen af børn med én bemærkning til motorisk udvikling ved D-besøget varierer mellem 5,5 % i 2016 og 6,6 % i 2019.



**Figur 16. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til barnets motoriske udvikling i otte- til timånedersalderen, i NOVAX-kommunerne**



NOVAX (16 kommuner) indbefatter de 16 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Bornholm, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Køge, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hhv. hele populationen, NOVAX- og Solteq Sund-kommunerne.

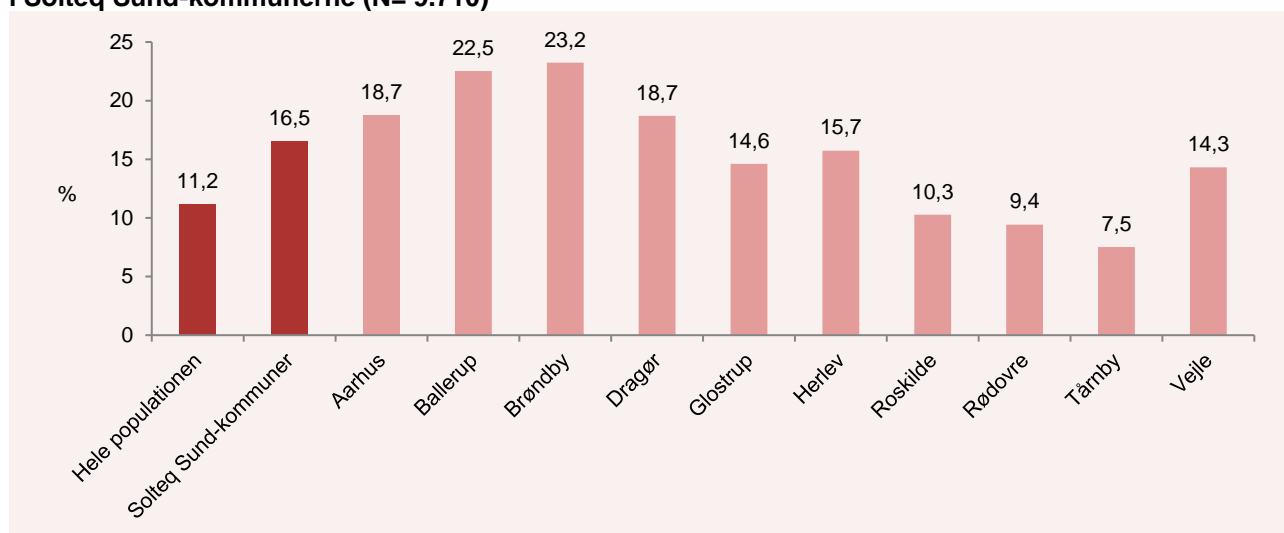
☒ Kommunen er overgået fra Solteq Sund til NOVAX i perioden 2016-2019.

## Søvn

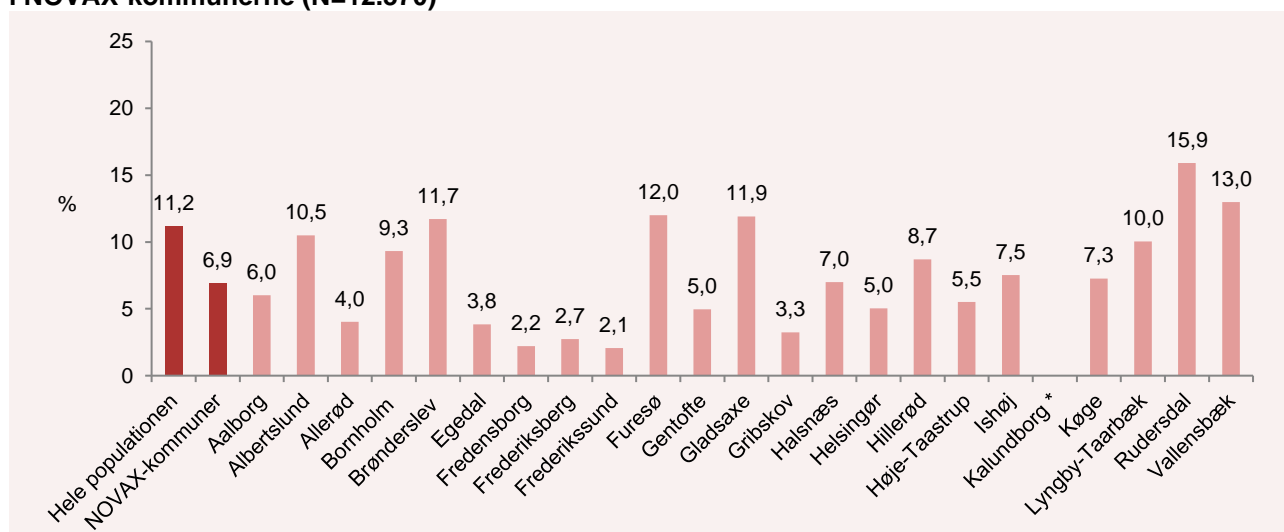
Sundhedsplejersken vurderer barnets døgnrytme og søvnmønster ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Det registreres i journalen, hvis barnet har søvnproblemer, der har negativ indflydelse på barnets spising og trivsel, eller hvis barnets døgnrytme og søvnmønster ikke lever op til den alderstilsvarende udvikling og barnets behov.

Figur 17 viser andelen af børn med bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår i Solteq Sund-kommunerne. Af figuren ses, at 16,5 % af børnene i Solteq Sund-kommunerne har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg. Andelen svinger mellem 7,5 % og 23,2 % kommunerne imellem. I den samlede population med både Solteq Sund- og NOVAX-kommunerne har 11,2 % af børnene bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår (figur 17 og 18). Figur 18 viser andelen af børn med bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår i NOVAX-kommunerne. Figuren viser, at 6,9 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg. Andelen svinger mellem 2,1 % og 15,9 % kommunerne imellem.

**Figur 17. Andelen af børn i 2019 med bemærkning til søvn ved mindst ét af de fire besøg i første leveår, i Solteq Sund-kommunerne (N= 9.710)**



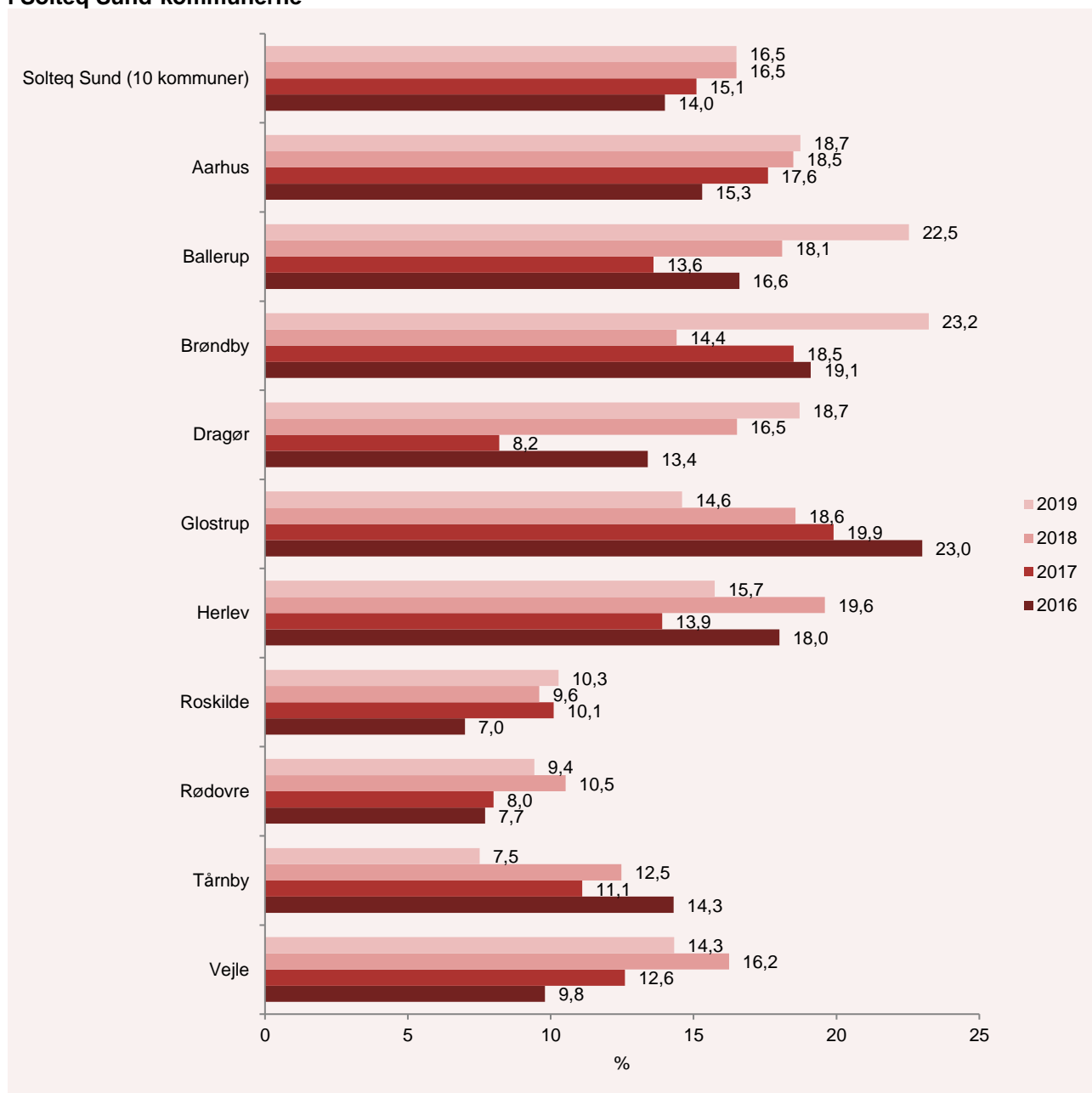
**Figur 18. Andelen af børn i 2019 med bemærkning til søvn ved mindst ét af de fire besøg i første leveår, i NOVAX-kommunerne (N=12.370)**



\* Viser ikke, da andelen af manglende registreringer over 40 %.

Figur 19 viser udviklingen i andelen af børn med bemærkning til søvn ved mindst ét besøg i første leveår i de 10 Solteq Sund-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed alle fire år, og hver Solteq Sund-kommune. Andelen af børn med bemærkninger til søvn varierer samlet set fra 14,0 % i 2016 til 16,5 % i 2019.

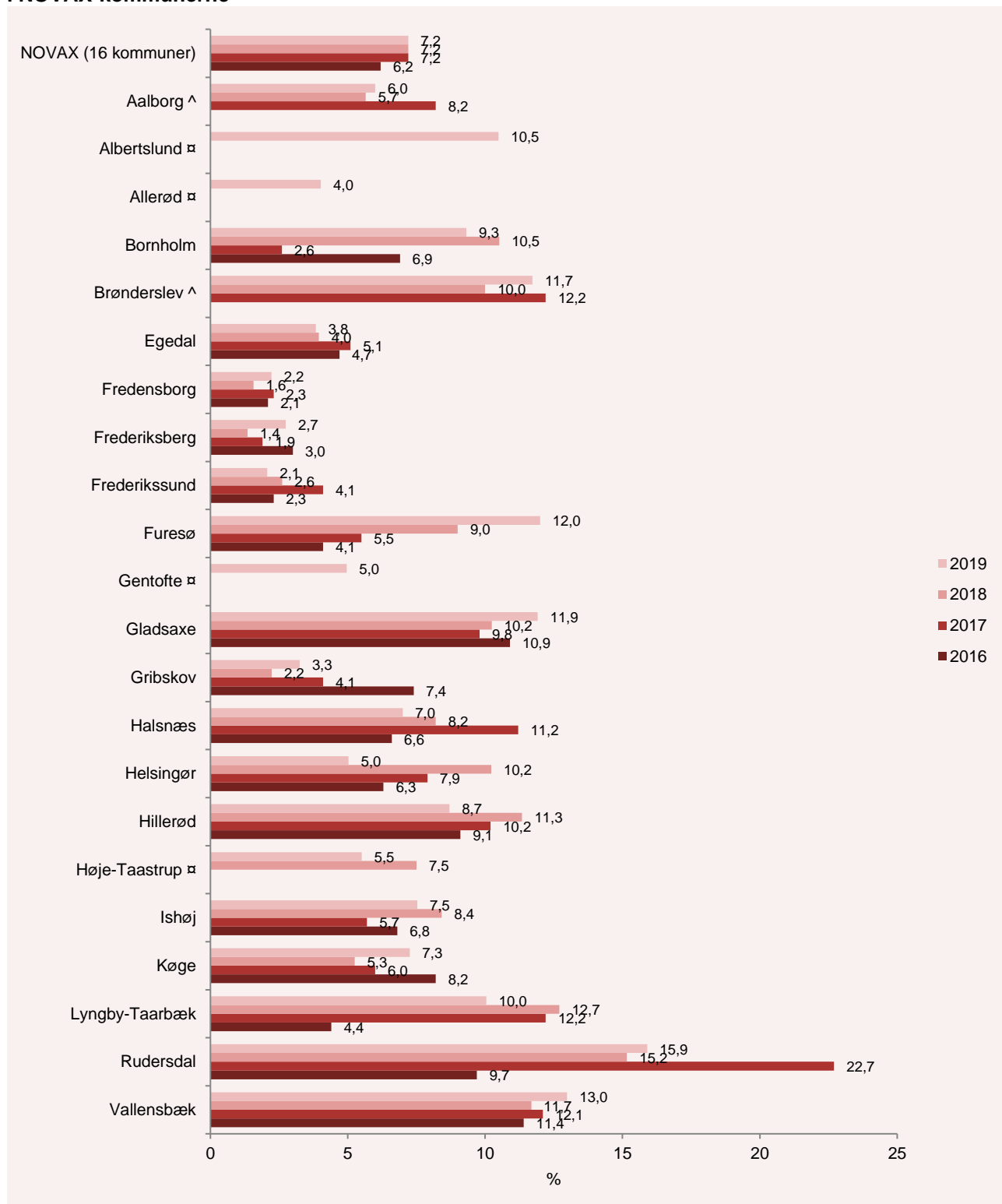
**Figur 19. Udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til søvn ved mindst ét besøg i første leveår, i Solteq Sund-kommunerne**



Solteq Sund (10 kommuner) indbefatter de 10 Solteq Sund-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aarhus, Ballerup, Brøndby, Dragør, Glostrup, Herlev, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.

Figur 20 viser udviklingen i andelen af børn med bemærkning til søvn ved mindst ét besøg i første leveår i de 16 NOVAX-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed de seneste fire år, og for hver NOVAX-kommune. Andelen af børn med bemærkning til søvn varierer samlet set fra 6,2 % i 2015 til 7,2 % i 2019.

**Figur 20. Udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til søvn ved mindst ét besøg i første leveår, i NOVAX-kommunerne**



NOVAX (16 kommuner) indbefatter de 16 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Bornholm, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Køge, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk.

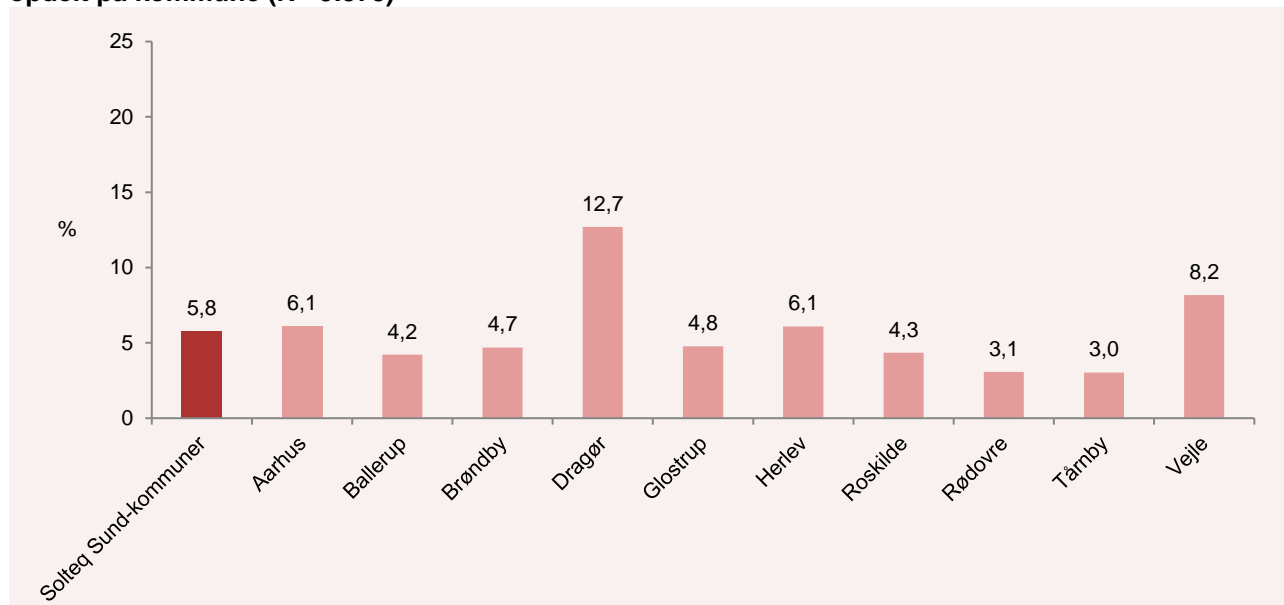
^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hhv. hele populationen, NOVAX- og Solteq Sund-kommunerne.

☒ Kommunen er overgået fra Solteq Sund til NOVAX i perioden 2016-2019.

## Uro/gråd

I Solteq Sund-journalen registreres det, om der er bemærkning til uro/gråd. Figur 21 viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd. Figuren viser, at 5,8 % af børnene har bemærkning til uro/gråd ved mindst ét af de fire besøg i barnets første leveår. Andelen varierer fra 3,0 % til 12,7 % kommunerne imellem.

**Figur 21. Andelen af børn i 2019 med bemærkning til uro/gråd ved mindst ét besøg i første leveår, opdelt på kommune (N= 9.578)**



## Vægtstatus

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 børns vækst i adskillige lande, og Sundhedsstyrelsen anbefaler brug af denne vækstreference ved monitorering af overvægt blandt små børn (Sjøberg 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 z-score, jo længere ligger væksten fra gennemsnittet. På baggrund af z-scores kan børnene indplaceres efter vægtstatus. Ud fra disse WHO-referencer har et nul- til femårigt barn undervægt, hvis z-scoren er mindre end -2, mens normalvægt defineres ved en z-score mellem -2 og +1, i risiko for overvægt ved en z-score mellem +1 og +2, overvægt ved en z-score mellem +2 og +3, og svær overvægt ved 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" (Sjøberg et al., 2017).

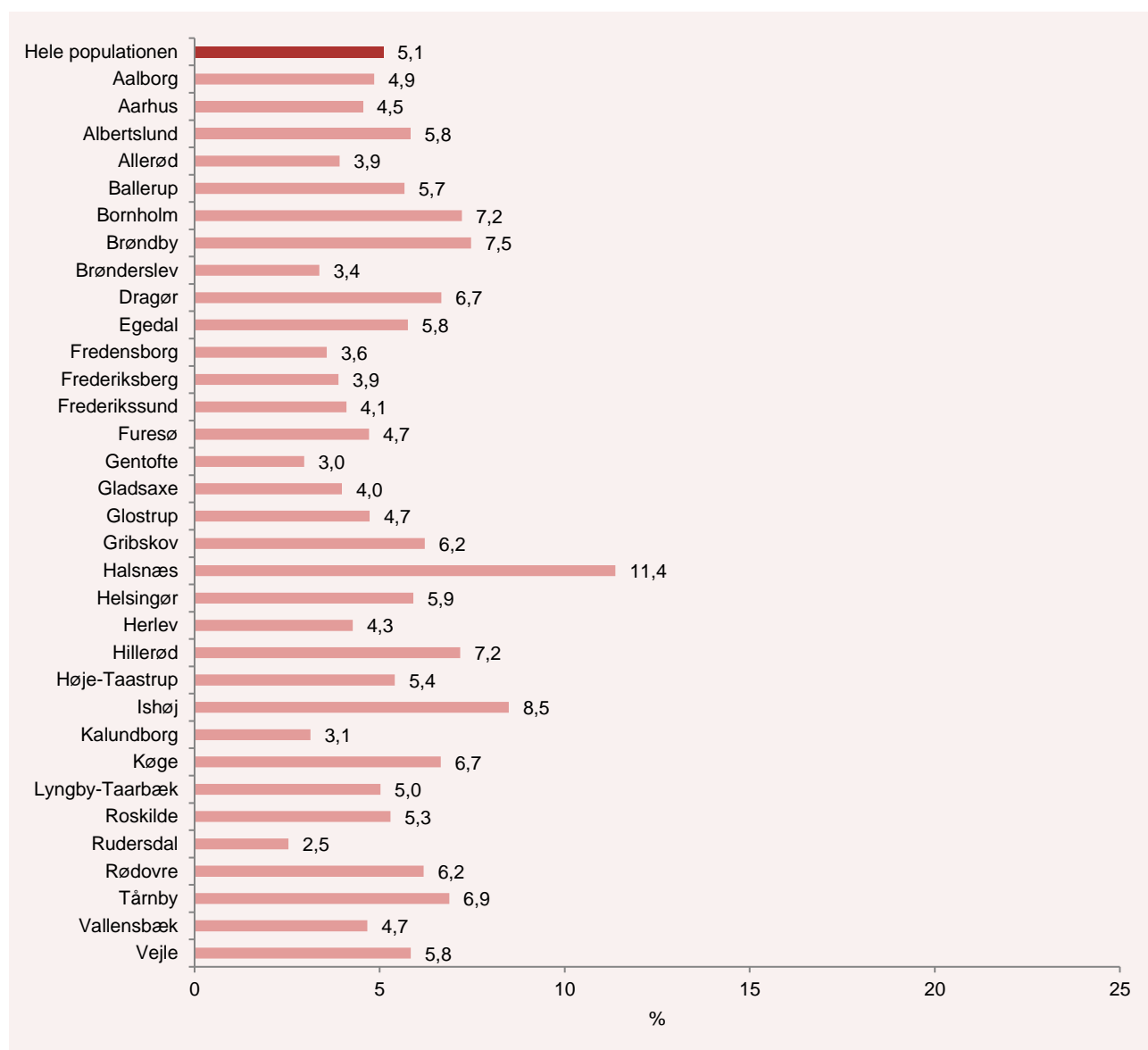
I tabel 4 ses fordelingen af børn født i 2019 i forhold til WHO's definition af undervægt, normalvægt og overvægt. Af tabellen ses, at 2,0 % af børnene i sundhedsprofilen ud fra WHO's definition af vægtstatus har undervægt, 75,4 % har normalvægt, 17,6 % er i risiko for overvægt, 4,4 % har overvægt, og 0,7 % har svær overvægt. Samtidig viser tabellen, at fordelingen er næsten ens for drenge og piger.

**Tabel 4. Procentfordeling af børn efter WHO's definition af vægtstatus i seks- til timånedersalderen i 2019 (N=17.354)**

	Samlet		Drenge		Piger	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Undervægtig	346	2,0	201	2,3	145	1,7
Normalvægtig	13.082	75,4	6.612	74,0	6.470	76,9
I risiko for overvægt	3.045	17,6	1.637	18,3	1.408	16,7
Overvægtig	759	4,4	413	4,6	346	4,1
Svær overvægt	122	0,7	73	0,8	49	0,6

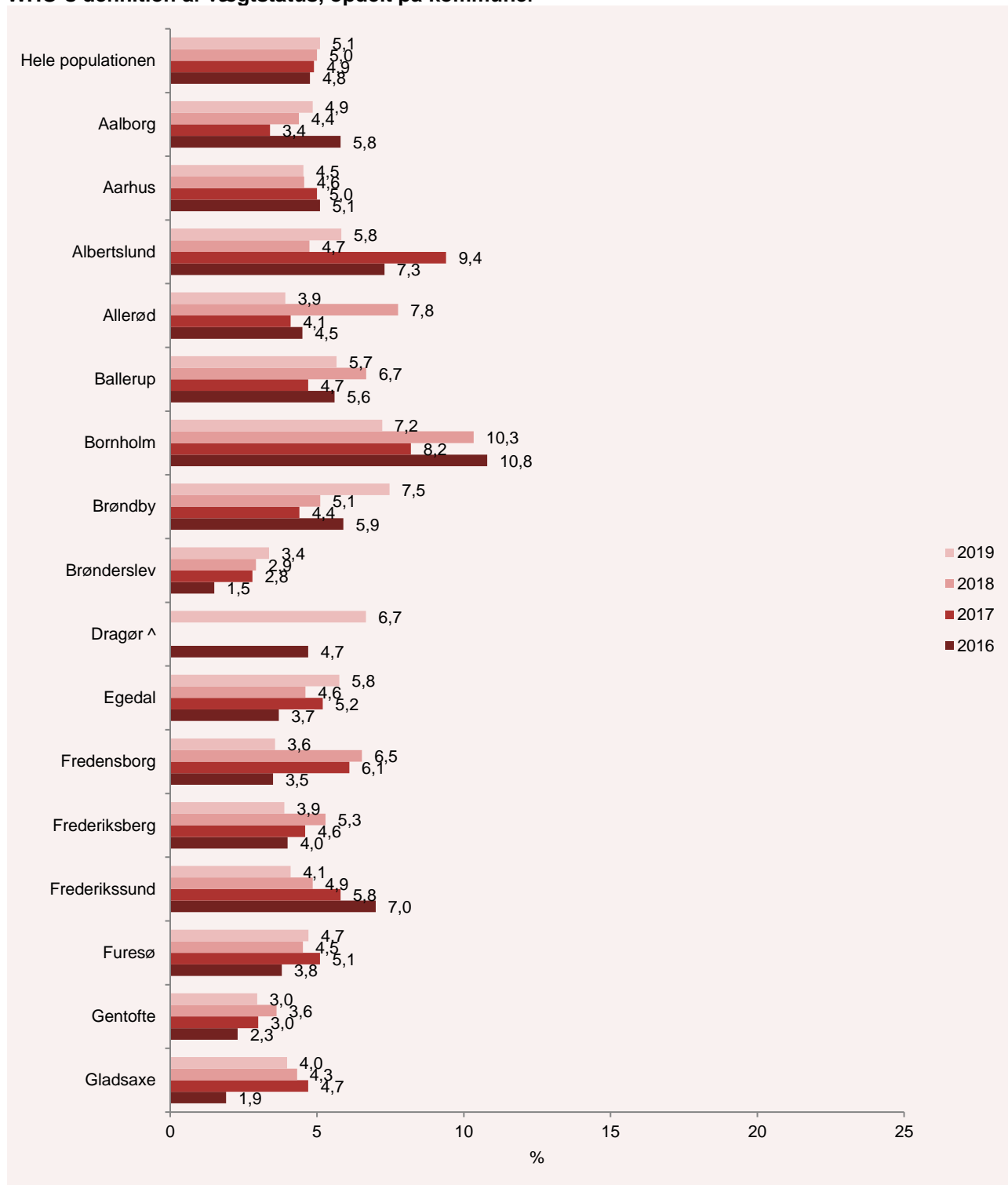
Figur 22 viser andelen af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus i hele populationen og i kommunerne. Figuren viser, at andelen af børn, der har overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus, er 5,1 % i hele populationen. Denne andel varierer fra 2,5 % til 11,4 % kommunerne imellem.

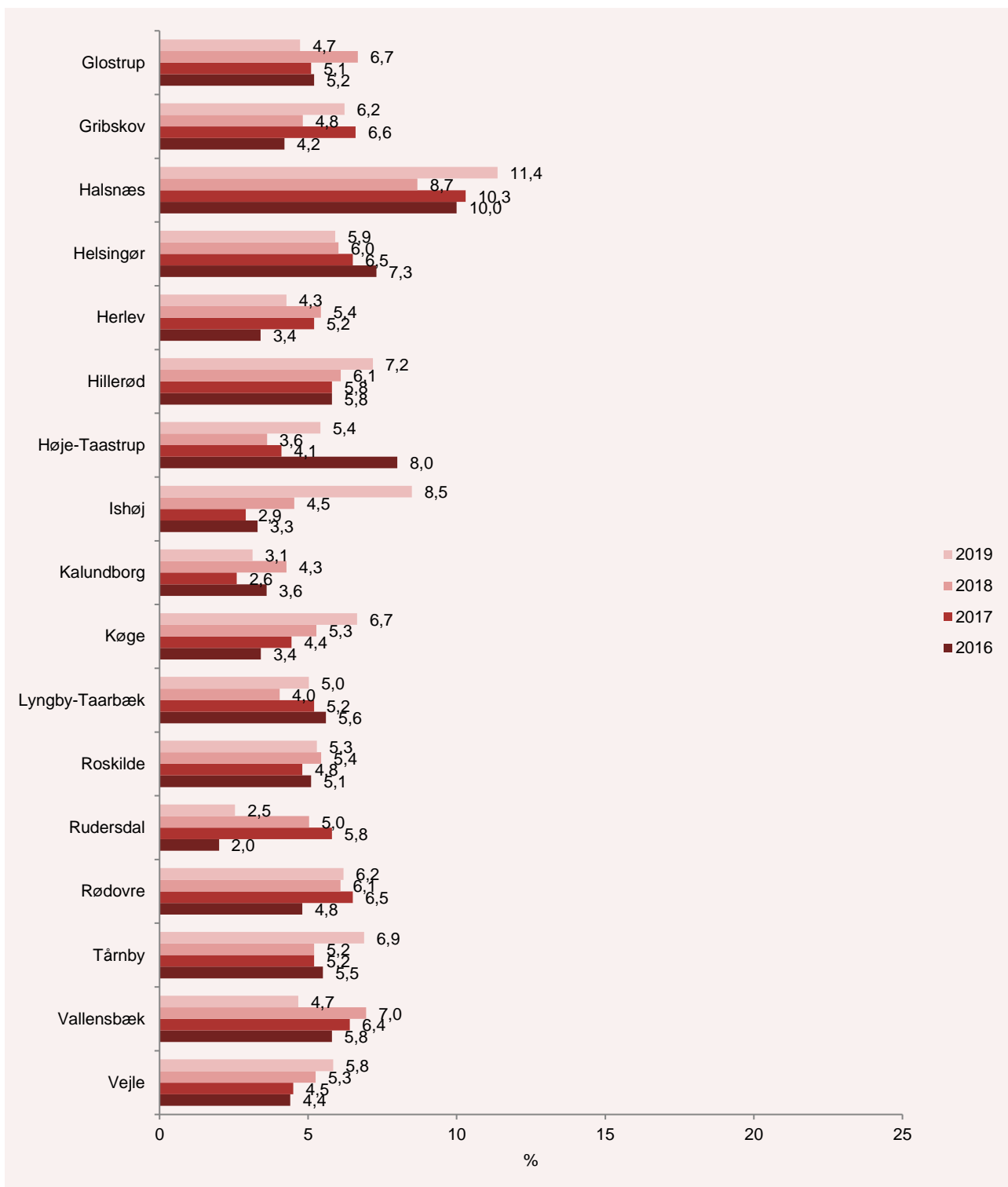
**Figur 22. Forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen i 2019 efter WHO's definition af vægtstatus, opdelt på kommuner (N=17.354)**



Figur 23 viser udviklingen fra 2016 til 2019 i andelen af børn, der har overvægt/svær overvægt, i kommunerne hver for sig og for hele populationen samlet med de kommuner, der har oplysninger fra alle fire år. Andelen af børn, der har overvægt/svær overvægt, varierer samlet set fra 4,8 % i 2016 til 5,1 % i 2019.

**Figur 23. Udviklingen i forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus, opdelt på kommuner**





Hele populationen indbefatter de 33 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Høje-Taastrup, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hhv. hele populationen, NOVAX og Solteq Sund.



# 3 Opsamling

Denne sundhedsprofil for børn født i 2019 fra Databasen Børns Sundhed er baseret på journal- og registeroplysninger om 22.923 børn fra 33 kommuner.

Rapporten viser blandt andet, at:

- 17,0 % af børnene i hele populationen har modtaget ét eller flere graviditetsbesøg.
- 70,5 % af børnene i hele populationen har deres første besøg af sundhedsplejersken, inden de er én uge gamle.
- 93,8 % af børnene i hele populationen har modtaget A-besøget, 90,2 % af børnene har modtaget B-besøget, 76,6 % af børnene har modtaget C-besøget, og 76,2 % 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.
- 4,8 % af børnene i hele populationen er udsat for tobaksrøg i hjemmet.
- 22,8 % af de nybagte mødre i hele populationen får bemærkning til deres psykiske tilstand i barnets første leveår.
- 60,0 % af børnene i hele populationen er ammet i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefaling om fuldamping i fire måneder.
- 4,4 % af børnene i hele populationen har bemærkning til motorisk udvikling ved mindst to besøg i det første leveår.
- 11,2 % af børnene i hele populationen har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg i det første leveår.
- I hele populationen har 5,1 % af børnene overvægt/svær overvægt ved seks- til timånedersalderen, 17,6 % er i risiko for overvægt, 75,4 % har normalvægt, og 2,0 % har undervægt.

Sundhedsprofilen viser, 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, motorisk udvikling 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 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 Referencer

- Brixval, C., Svendsen, M. & Holstein, B. 2011. 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.
- Danmarks Statistikbank 2021. FODIE: Levendefødte efter kommune, moders herkomst, moders oprindelsesland, moders statsborgerskab, moders alder og barnets køn.
- Databasen Børns Sundhed 2021. Vejledning til den kvalitetssikrede sundhedsplejerskejournale. Link: [https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen\\_boerns\\_sundhed/vejledninger](https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger).
- Haywood, K. M. 2001. *Fundamental Concepts: Life span motor development.*, Champaign, Human Kinetics.
- Kræftens Bekæmpelse & Sundhedsstyrelsen 2013. Ren luft til ungerne - Beskyt børn mod tobaksrøg.
- Novax 2017. Obligatoriske registreringer i Novax journalen med henblik på deltagelse i Databasen Børns Sundhed. Link: [https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen\\_boerns\\_sundhed/vejledninger](https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger).
- Payne, V. G. & Isaacs, L. D. 2011. *Human Motor Development: A Lifespan Approach*, New York, N.Y., McGraw-Hill.
- Pedersen, T., Pant, S. & Ammitzbøll, J. 2019. Sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i det første leveår. Temarapport børn født i 2017. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Pedersen, T., Pant, S. & Ammitzbøll, J. 2020. Motorisk udvikling ved indskolingsalderen. Temarapport for skoleåret 2018/19. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Sigmundsson, H. & Haga, M. 2000. [Children and motor competence]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 120, 3048-50.
- Sjöberg, C. B., Johansen, A., Rasmussen, M. & Due, P. 2017. Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Sundhedsdatastyrelsen 2019. Indberetning til Den nationale børnedatabase. 1 ed. [www.sundhedsdatastyrelsen.dk](http://www.sundhedsdatastyrelsen.dk).
- Sundhedsstyrelsen 2013. Anbefalinger for svangreomsorgen. København.
- Sundhedsstyrelsen 2018. Amning – en håndbog for sundhedspersonale. 4. udgave, 1. oplag. ed. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2019. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen.
- Who 2006. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr Suppl*, 450, 76-85.