

Sundhedsprofil for børn født i 2020

Databasen Børns Sundhed

Udarbejdet af:
Lis Marie Pommerencke
Sanne Ellegård Jørgensen
Trine Pagh Pedersen

Sundhedsprofil for børn født i 2020 fra Databasen Børns Sundhed

© Statens Institut for Folkesundhed, 2023
Statens Institut for Folkesundhed
Studiestræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Udarbejdet for bestyrelsen for samarbejdet Databasen Børns Sundhed af:
Lis Marie Pommerencke, Sanne Ellegård Jørgensen & Trine Pagh Pedersen

Bestyrelsen:

Anne Mette Skovgaard, speciallæge, professor, dr.med., SDU
Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, Sundhedsstyrelsen
Helle Erstling Rasmussen, ledende sundhedsplejerske, MPG, Roskilde Kommune
Jette Walsøe Kürstein, ledende sundhedsplejerske, Fredensborg Kommune
Lars Bender, overlæge, Aalborg Universitetshospital
Lene Schack-Nielsen, chefkonsulent, Region Hovedstaden
Pernille Buhelt, ledende sundhedsplejerske, Brønderslev Kommune
Pia Rønnenkamp, formand samarbejdet Databasen Børns Sundhed
Susanne Henriksen, ledende sundhedsplejerske, Aalborg Kommune
Trine Pagh Pedersen, projektleder Databasen Børns Sundhed, Statens Institut for Folkesundhed
Ulla Dupont, ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune
Vibeke Westergaard, ledende sundhedsplejerske, Aarhus Kommune

Publikationen refereres således:

Pommerencke LM, Jørgensen SE & Pedersen TP. Sundhedsprofil for børn født i 2020 fra Databasen Børns Sundhed. København. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Denne rapport fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed er en sundhedsprofil for børn født i 2020 i «Kommune» Kommune sammenholdt med de øvrige kommuner, der indgår i samarbejdet Databasen Børns Sundhed. Den samlede sundhedsprofil indeholder data om 22.524 børn født i 2020 i de kommuner, der indgår i databasen.

Formålet med samarbejdet 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 sig 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, postdoc Sanne Ellegård Jørgensen og seniorforsker og projektleder Trine Pagh Pedersen. Data er oparbejdet af datamanager Anne Birgitte Hjuler Ammari. Konsulent og sundhedsplejerske med master i sundhedspædagogik Hannah Glismann har bistået med sundhedsfaglig gennemlæsning og rådgivning. Studentermehjælper Rebecca Amalie Struwe Kjeldsen 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. Samarbejdet Databasen Børns Sundhed er indgået i et udvidet samarbejde omkring en landsdækkende database for børn og unges sundhed. Udviklingen og implementeringen af denne nye database foregår i samarbejde med Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og Sundhedsdatastyrelsen. Den nye database er støttet af Novo Nordisk Fonden og vil på sigt give mulighed for yderligere forskning og formidling af viden om danske børn og unges sundhed igennem sundhedsprofiler og praksisrettede rapporter.



Pia Rønnenkamp
Sundhedsplejerskefaglig specialkonsulent, MPG
Formand, Databasen Børns Sundhed



Anna Paldam Folker
Professor
Konstitueret direktør, Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

1	Introduktion	5
	<i>Sundhedsplejerskernes virke.....</i>	<i>5</i>
	<i>Samarbejdet 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>6</i>
2	Resultater	8
	<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>Forældre-barn kontakt og samspil</i>	<i>20</i>
	<i>Amning</i>	<i>21</i>
	<i>Motorisk udvikling.....</i>	<i>25</i>
	<i>Søvn</i>	<i>30</i>
	<i>Uro/gråd.....</i>	<i>33</i>
	<i>Vægtstatus</i>	<i>34</i>
3	Opsamling	38
4	Referencer	39

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.

Samarbejdet Databasen Børns Sundhed

Samarbejdet Databasen Børns Sundhed er tilrettelagt således, at den kan beskrive børns sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskens virksomhed. Kommunerne i samarbejdet har indsamlet data om nul- til etårige børn fra 2002 og frem. Fra 2007 også data om børn, der er indskolingsundersøgt, og fra 2017 med unge, der er udskolingsundersøgt. Formålet med samarbejdet 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 til nærværende sundhedsprofil indhentes 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, 2022, 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.

Datasikkerhed

Samarbejdet Databasen Børns Sundhed overholder Det danske kodeks for integritet i forskning (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2014). Syddansk Universitet er dataansvarlige myndighed for databehandlingen. Data behandles fortroligt og anvendes udelukkende til forskning og statistiske formål. Det er således udelukkende udvalgte forskere, 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 direkte personhenførbare oplysninger, herunder CPR-nummer.

Formål og opbygning af sundhedsprofilen

Formålet med sundhedsprofilen for børn født i 2020 er at tegne en profil for de 33 kommuner, der har indsendt data til samarbejdet 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.

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 samarbejdet Databasen Børns Sundhed i de seneste fire år. For de enkelte kommuner vises udviklingen for de år, kommunen har indsendt data til samarbejdet. Enkelte kommuner er i perioden 2017-2020 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 2017, da kommunen i slutningen af 2017 overgik fra Solteq Sund til NOVAX. Ligeledes fremgår der ikke oplysninger fra Albertslund, Allerød og Gentofte i 2017-2018, da kommunerne i slutningen af 2018 og begyndelsen af 2019 overgik fra Solteq Sund til NOVAX. Tårnby overgik fra Solteq Sund til NOVAX i begyndelsen af 2020, og der vises derfor ikke oplysninger for kommunen i 2017-2019. I udviklingsfigurerne er kommunerne markeret med α .

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 observationer, bliver analyserne for usikre, og der kan desuden være risiko for at identificere barnet/familierne.

Datagrundlag

Sundhedsprofilen er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 22.524 børn, der er født i 2020, hvilket svarer til 37,0 % af alle levendefødte børn i Danmark i 2020 (Danmarks Statistikbank, 2023). Nedlukningen i

forbindelse med COVID-19 pandemien kan have påvirket data, da nogle besøg kan være blevet aflyst eller omlagt til anden form for konsultation. 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

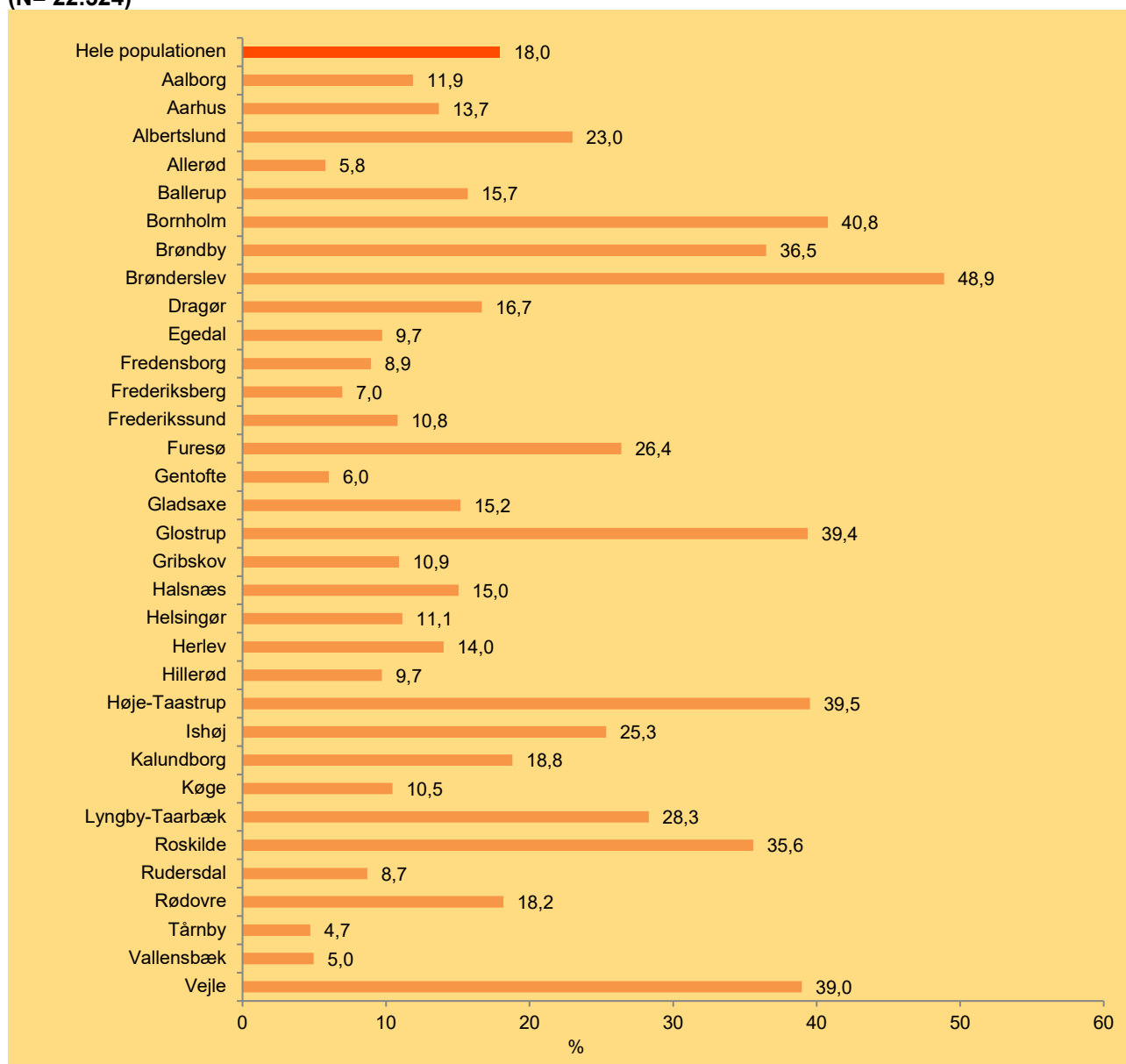
Kommune	Antal børn, der indgår i sundhedsprofilen
Aalborg	2.314
Aarhus	4.500
Albertslund	274
Allerød	260
Ballerup	599
Bornholm	304
Brøndby	422
Brønderslev	403
Dragør	138
Egedal	494
Fredensborg	414
Frederiksberg	1.525
Frederikssund	352
Furesø	375
Gentofte	664
Gladsaxe	817
Glostrup	320
Gribskov	266
Halsnæs	246
Helsingør	539
Herlev	307
Hillerød	515
Høje-Taastrup	640
Ishøj	292
Kalundborg	420
Køge	622
Lyngby-Taarbæk	530
Roskilde	933
Rudersdal	518
Rødovre	578
Tårnby	402
Vallensbæk	222
Vejle	1.319
Hele populationen	22.524

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 2020 modtog 18,0 % 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 2020, opdelt på kommune (N= 22.524)



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 92,6 % af børnene i populationen er registreret et A-besøg, for 86,0 % et B-besøg, for 81,6 % et C-besøg og for 77,4 % et D-besøg.

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 ikke til alle familier i nogle kommuner.

Tabel 2. Andelen af børn i 2020, hvor A-, B-, C- og D-besøget er registreret, opdelt på kommune (N=22.524)

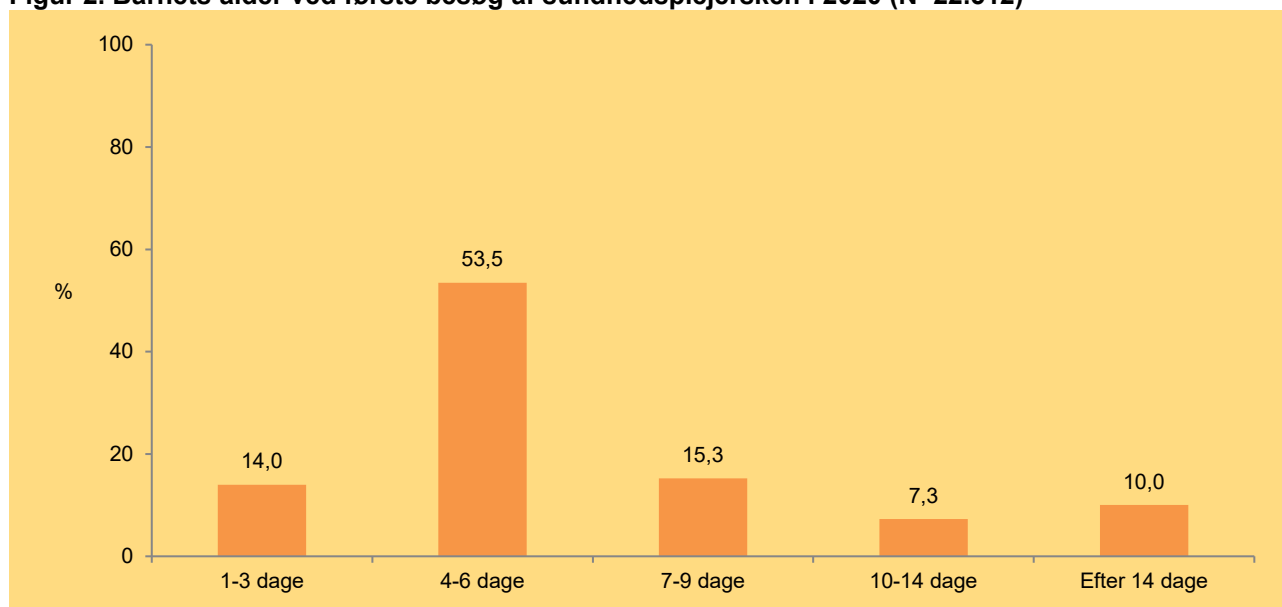
Kommune	A-besøg (0-2 mdr.)	B-besøg (2-3 mdr.)	C-besøg (4-6 mdr.)	D-besøg (8-10 mdr.)
Aalborg	97,4	88,6	92,3	66,9
Aarhus	94,1	88,7	52,9	59,1
Albertslund	94,9	92,7	90,9	87,6
Allerød	91,2	80,4	91,5	94,6
Ballerup	93,7	86,0	88,8	81,5
Bornholm	96,4	92,8	91,5	87,5
Brøndby	87,9	79,9	83,7	73,2
Brønderslev	93,3	80,4	88,1	79,9
Dragør	87,7	91,3	92,0	94,2
Egedal	90,7	91,1	93,7	96,2
Fredensborg	92,5	91,6	93,0	87,2
Frederiksberg	94,8	88,8	89,3	82,1
Frederikssund	95,2	94,6	95,7	96,0
Furesø	89,9	88,3	91,5	90,1
Gentofte	92,0	86,3	91,1	85,5
Gladsaxe	90,2	85,4	89,8	86,1
Glostrup	90,0	85,9	85,3	77,2
Gribskov	95,1	94,4	96,6	95,1
Halsnæs	97,6	92,3	93,5	87,0
Helsingør	94,4	87,4	91,5	87,6
Herlev	86,6	80,8	86,6	77,9
Hillerød	94,8	90,3	91,5	76,3
Høje-Taastrup	91,6	82,7	88,3	86,1
Ishøj	93,8	93,2	94,9	89,7
Kalundborg	92,9	86,2	92,9	88,8
Køge	91,8	83,6	90,7	87,8
Lyngby-Taarbæk	94,5	88,9	93,2	91,5
Roskilde	85,3	65,0	78,6	60,5
Rudersdal	89,4	81,9	89,8	88,4
Rødovre	89,8	85,0	89,8	82,7
Tårnby	85,3	81,6	94,5	94,8
Vallensbæk	94,6	90,5	90,1	86,5
Vejle	87,7	77,9	71,0	82,3
Hele populationen	92,6	86,0	81,6	77,4

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 67,5 % af børnene har det første besøg af sundhedsplejersken, inden barnet er en uge gammelt. Derudover viser figuren, at 10,0 % 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 2020 (N=22.512)



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 2020, opdelt på kommune (N=22.512)

Kommune	1-3 dage	4-6 dage	7-9 dage	10-14 dage	Efter 14 dage
Aalborg	4,1	37,9	42,5	7,5	8,0
Aarhus	23,0	59,8	6,4	4,5	6,2
Albertslund	21,5	53,3	11,0	6,6	7,7
Allerød	5,0	73,1	7,3	2,3	12,3
Ballerup	21,2	51,7	11,7	6,5	8,9
Bornholm	14,5	56,6	17,8	5,6	5,6
Brøndby	19,2	56,9	11,4	3,8	8,8
Brønderslev	8,7	59,3	10,2	5,0	16,9
Dragør	18,1	58,7	6,5	#	13,8
Egedal	9,9	57,9	13,6	3,4	15,2
Fredensborg	5,8	72,7	7,3	2,9	11,4
Frederiksberg	10,4	54,2	16,9	7,5	11,0
Frederikssund	2,0	73,6	11,7	3,1	9,7
Furesø	11,2	61,9	7,2	4,3	15,5
Gentofte	11,5	59,8	11,1	5,9	11,8
Gladsaxe	#	6,6	22,0	49,8	20,9
Glostrup	19,7	49,7	14,7	6,3	9,7
Gribskov	9,8	65,8	10,9	4,1	9,4
Halsnæs	15,0	64,6	11,4	4,9	4,1
Helsingør	3,7	71,4	11,7	4,5	8,7
Herlev	15,4	56,2	11,1	5,9	11,4
Hillerød	28,4	54,8	7,6	1,9	7,4
Høje-Taastrup	23,8	49,7	8,4	5,8	12,3
Ishøj	15,1	58,9	11,3	5,8	8,9
Kalundborg	6,0	61,2	14,5	8,1	10,2
Køge	#	17,5	49,2	18,3	14,6
Lyngby-Taarbæk	13,2	59,8	11,3	6,4	9,3
Roskilde	18,6	48,7	16,4	7,2	9,1
Rudersdal	19,7	57,9	5,4	2,7	14,3
Rødovre	22,2	56,8	8,5	4,3	8,3
Tårnby	17,2	46,8	9,0	5,0	22,1
Vallensbæk	18,9	51,8	13,1	4,5	11,7
Vejle	9,7	64,0	12,4	4,9	9,0
Hele populationen	14,0	53,5	15,3	7,3	10,0

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

Tobaksrøg i hjemmet

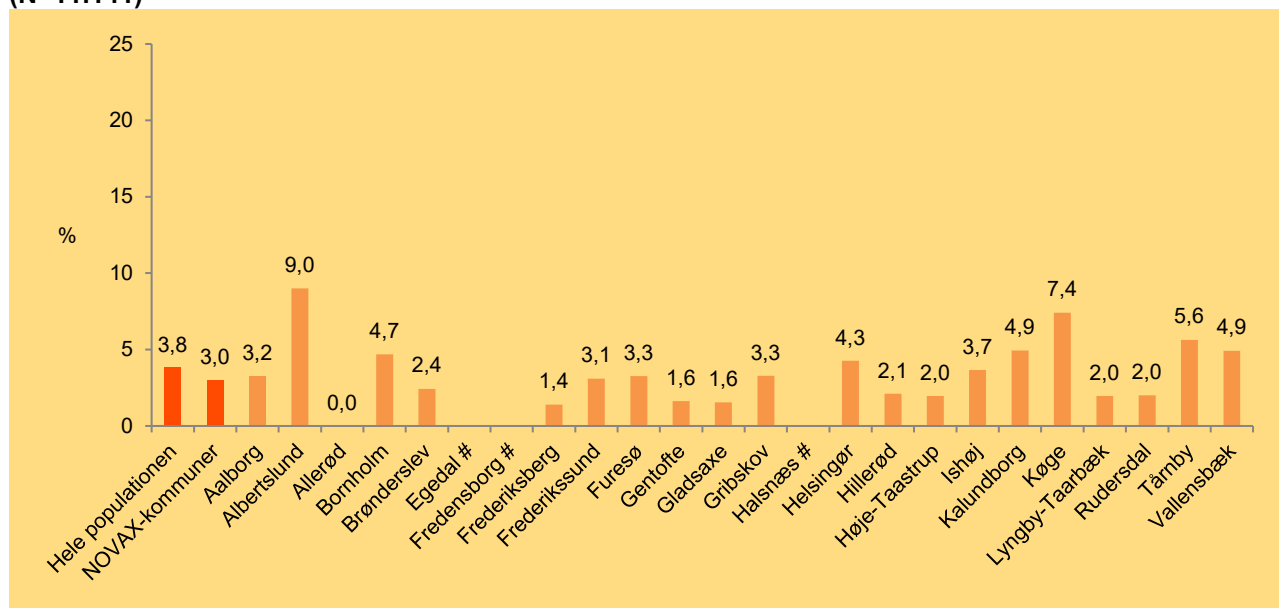
Børn er særligt sårbare over for tobaksrøg, fordi deres lunger ikke er færdigudviklet, og fordi de har en højere respirationsrate. Det betyder, at børn optager flere gange en dosis af røgens stoffer end voksne, der befinder sig i de samme tobaksforurenede omgivelser. Derudover tilbringer børn det meste 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 3,8 % af børnene udsat for tobaksrøg i hjemmet. Blandt NOVAX-kommunerne er det 3,0 % og blandt Solteq Sund-kommunerne er det 5,2 %.

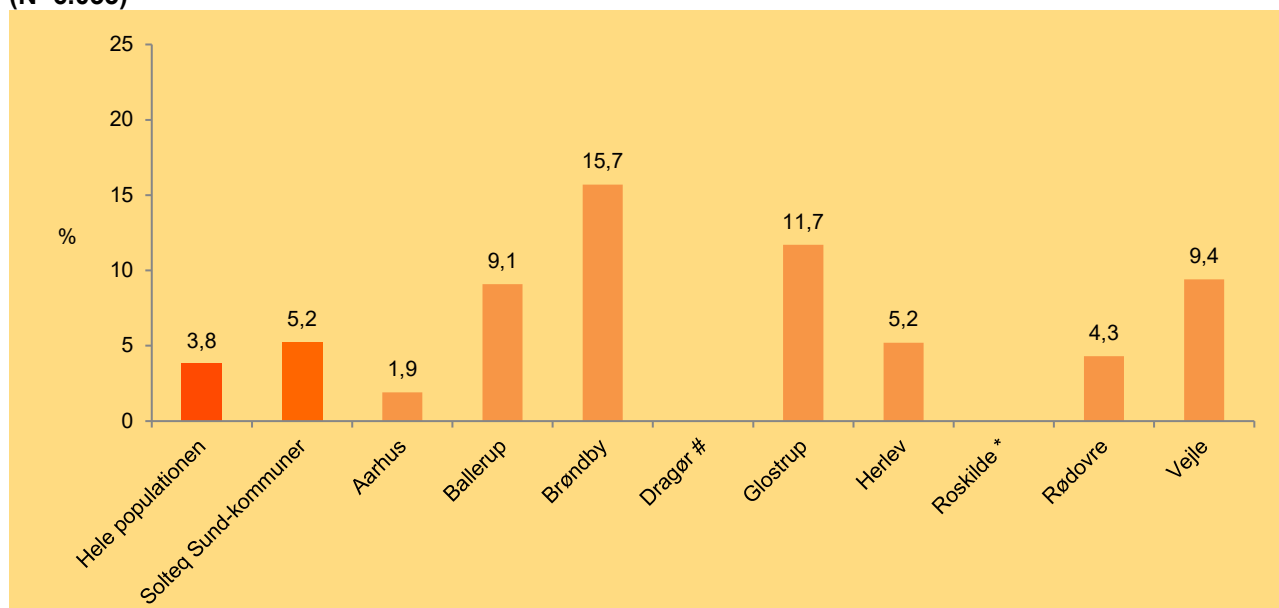
Definitionen af tobaksrøg i hjemmet har varieret gennem tiden. De skiftende definitioner og forskellig forståelse af definitionen kan betyde, at der registreres forskelligt i kommunerne, selvom vejledningerne til journalerne definerer udsættelsen for tobaksrøg ens. Den store variation kommunerne og journalsystemerne imellem er også set i de tidligere rapporter (figur 5 og 6).

Figur 3. Andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet i 2020, i NOVAX-kommunerne (N=11.141)



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

Figur 4. Andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet i 2020, i Solteq Sund-kommunerne (N=6.033)

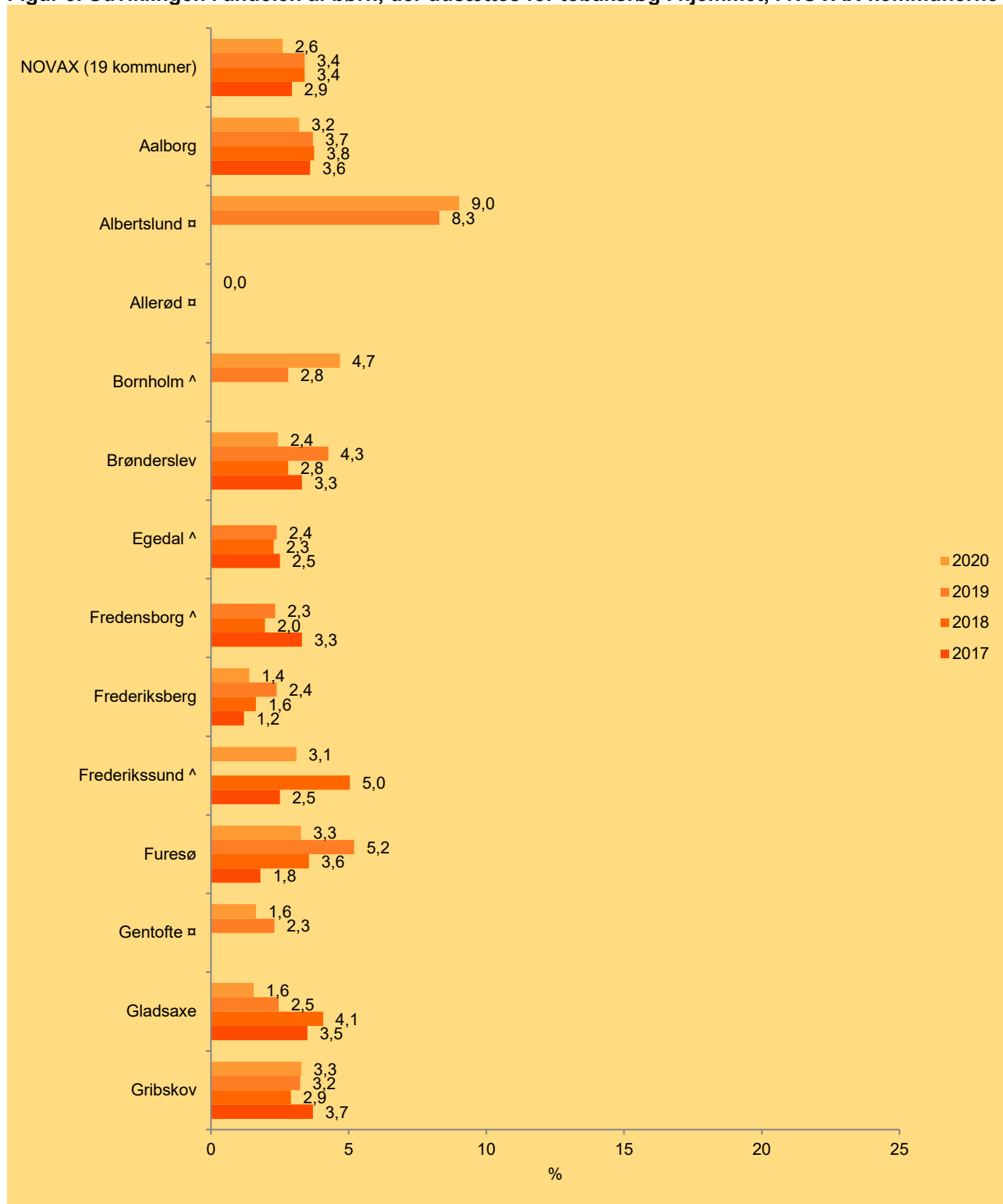


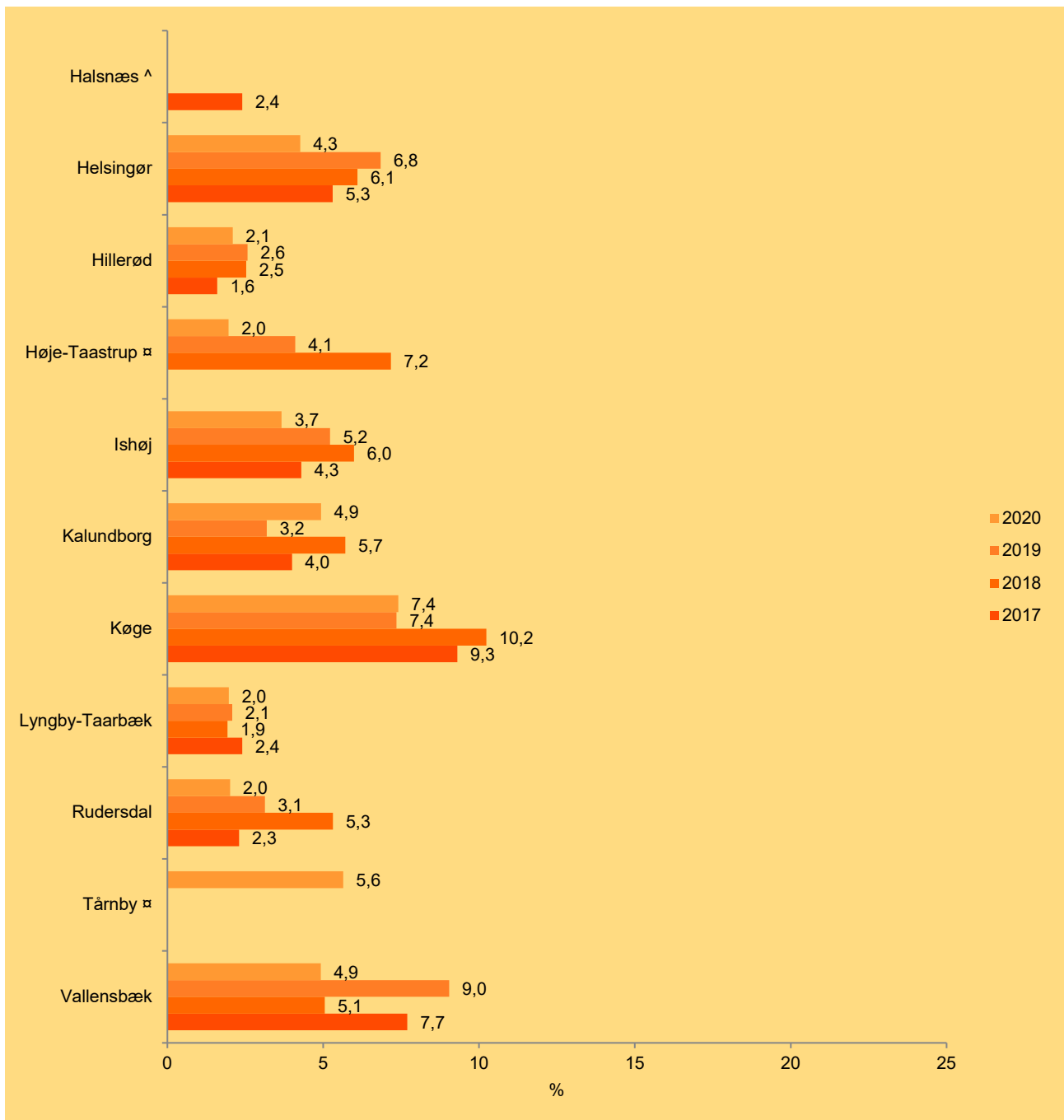
Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er ≤5.

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

Figur 5 viser udviklingen fra 2017 til 2020 i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i de 19 NOVAX-kommuner, der har oplysninger om tobaksrøg i hjemmet fra de seneste fire år, og for hver NOVAX-kommune. Af figuren ses, at andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet samlet set, har svinget mellem 2,6 % og 3,4 % de seneste fire år.

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





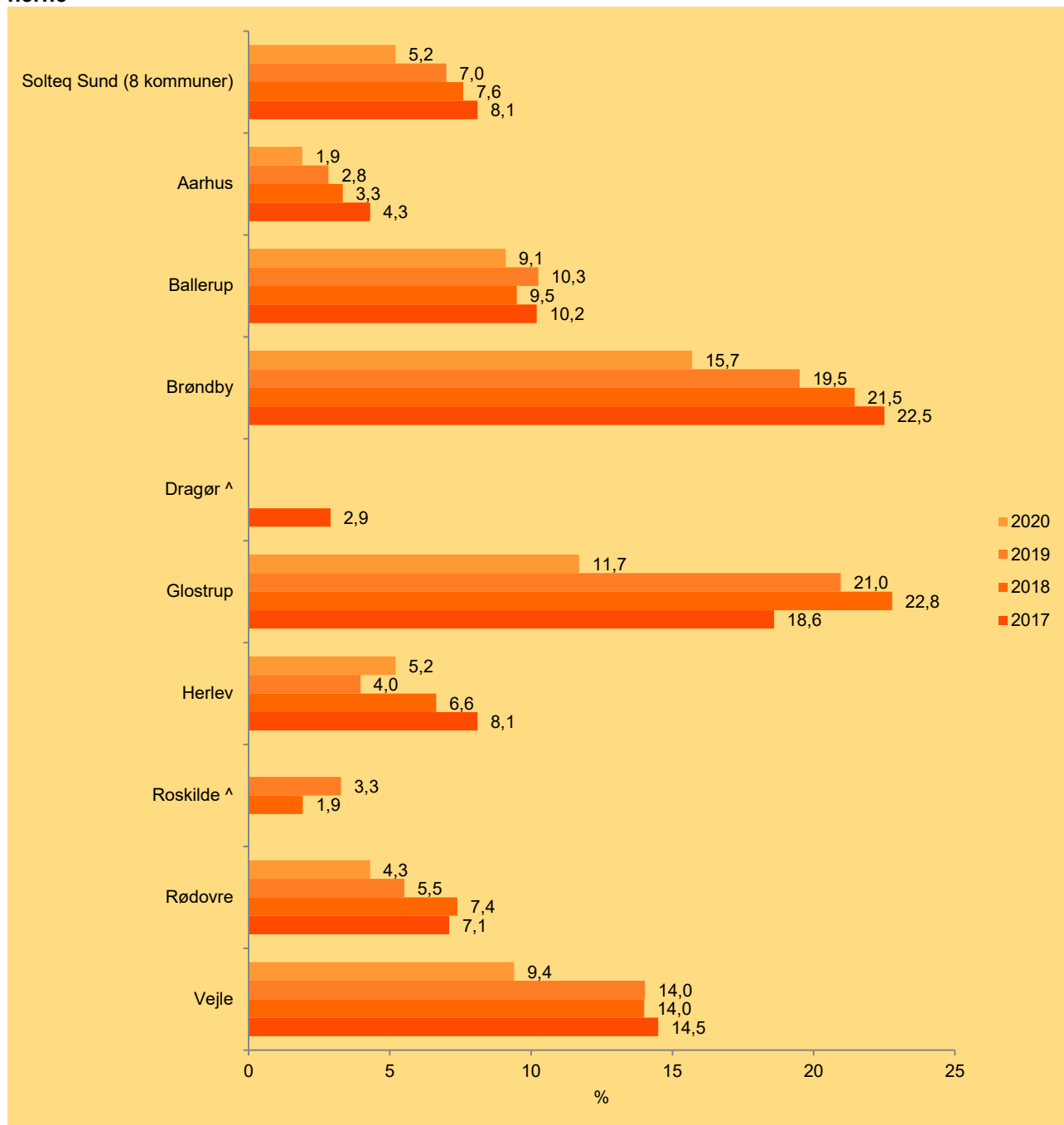
NOVAX (19 kommuner) indbefatter de 19 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aalborg, Bornholm, Brønderslev, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal 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 2017-2020

Figur 6 viser udviklingen i forekomsten af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, i de otte 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 8,1 % i 2017 til 5,2 % i 2020.

Figur 6. Udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, 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 Aarhus, Ballerup, Brøndby, Dragør, Glostrup, Herlev, Rødovre 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.

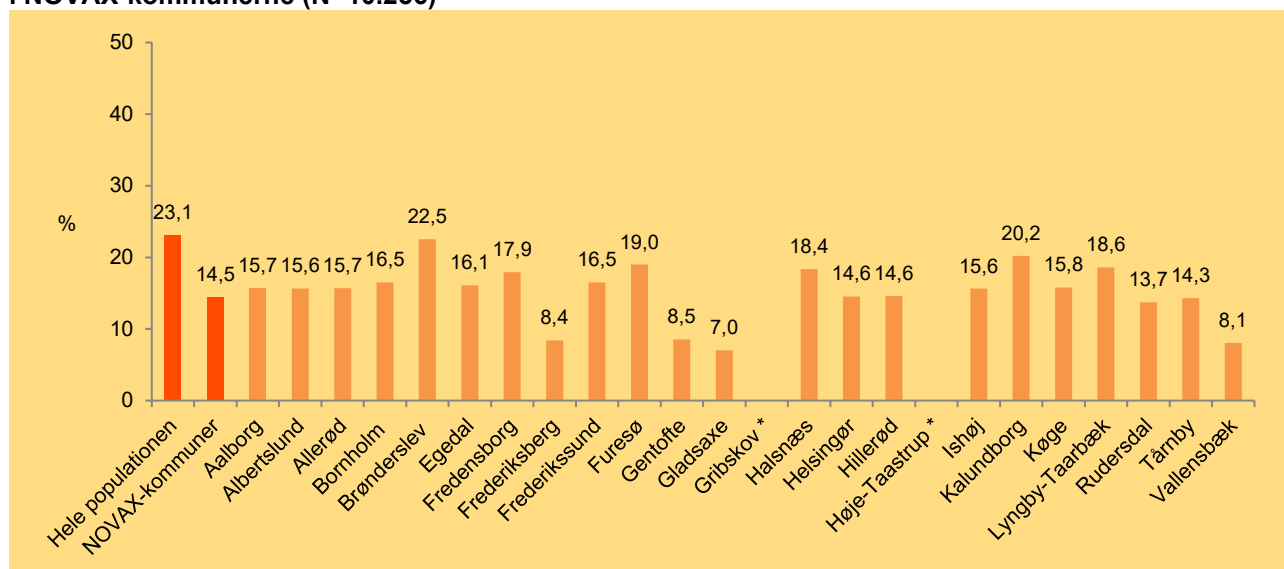
Mors psykiske tilstand

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 underkate-

gorier 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 NOVAX-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 14,5 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg.

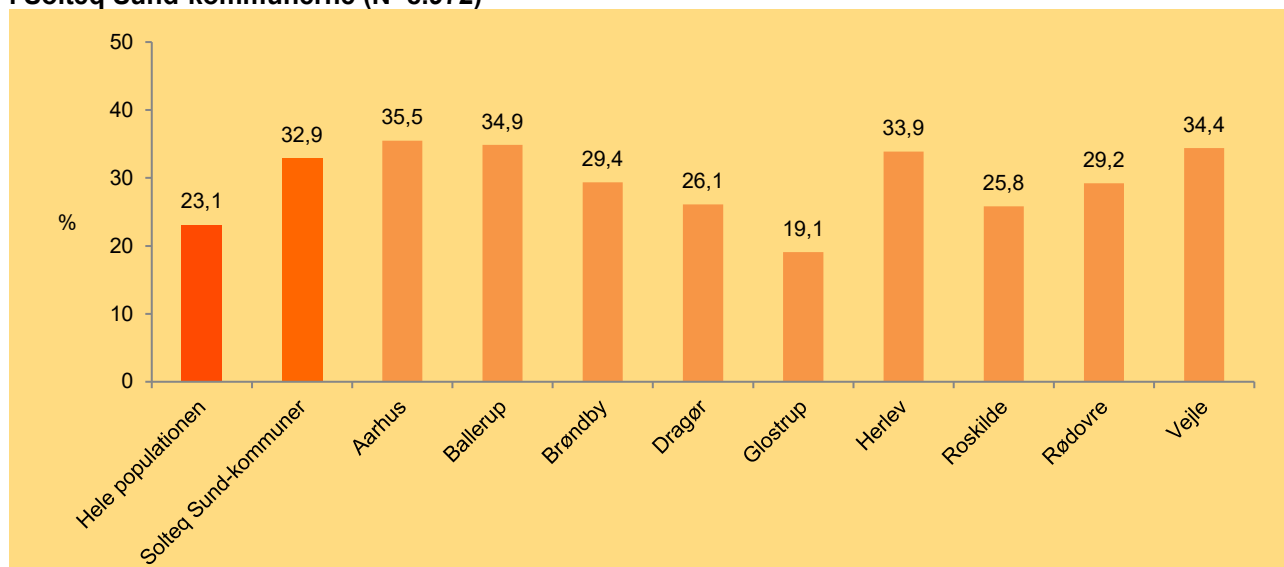
Figur 7. Andelen af børn i 2020, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i NOVAX-kommunerne (N=10.256)



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

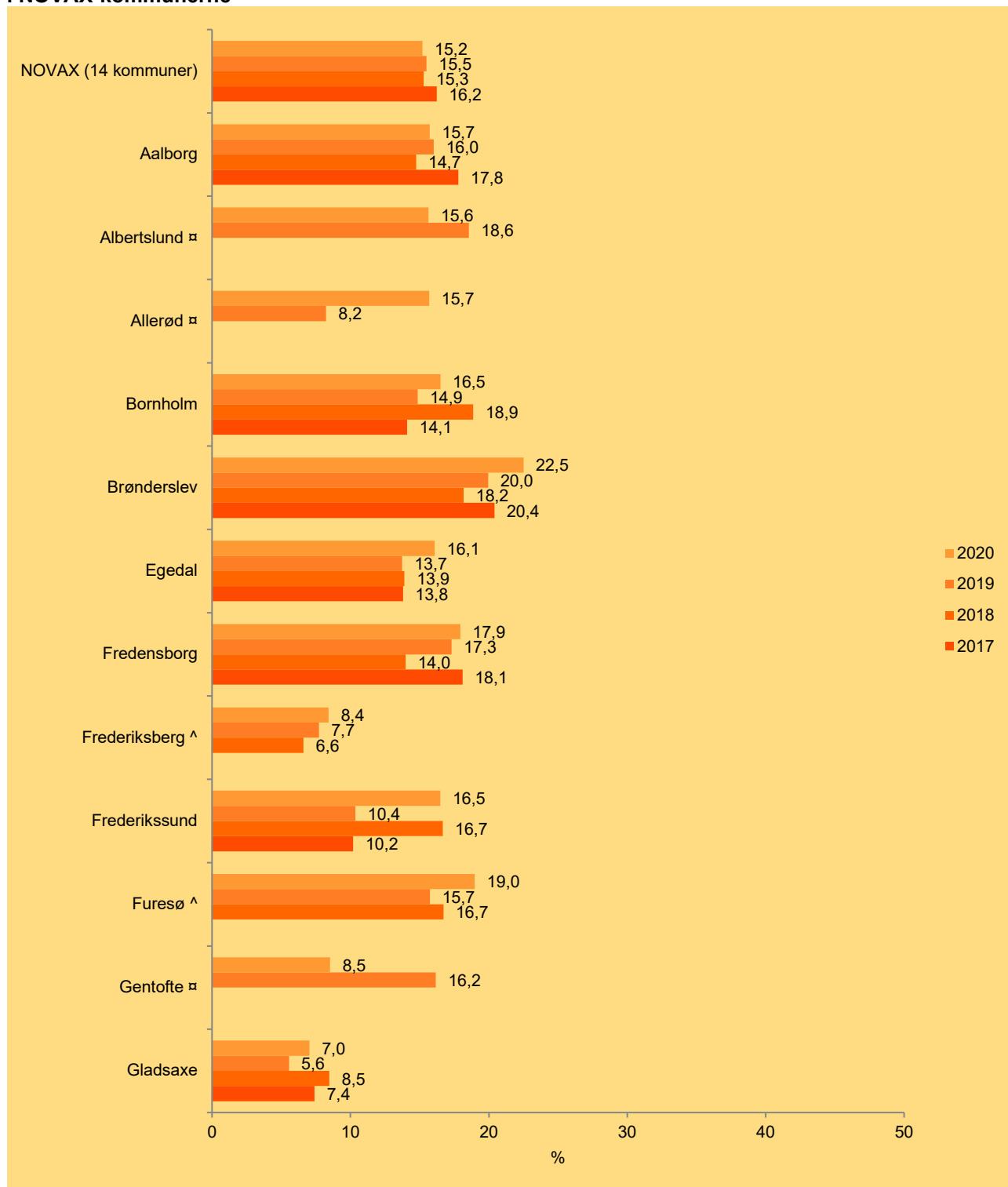
Figur 8 viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i Solteq Sund-kommunerne. Af figuren ses, at der i en tredjedel af Solteq Sund-journalerne (32,9 %) er rapporteret bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår. Andelen varierer mellem 19,1 % og 35,5 % kommunerne imellem.

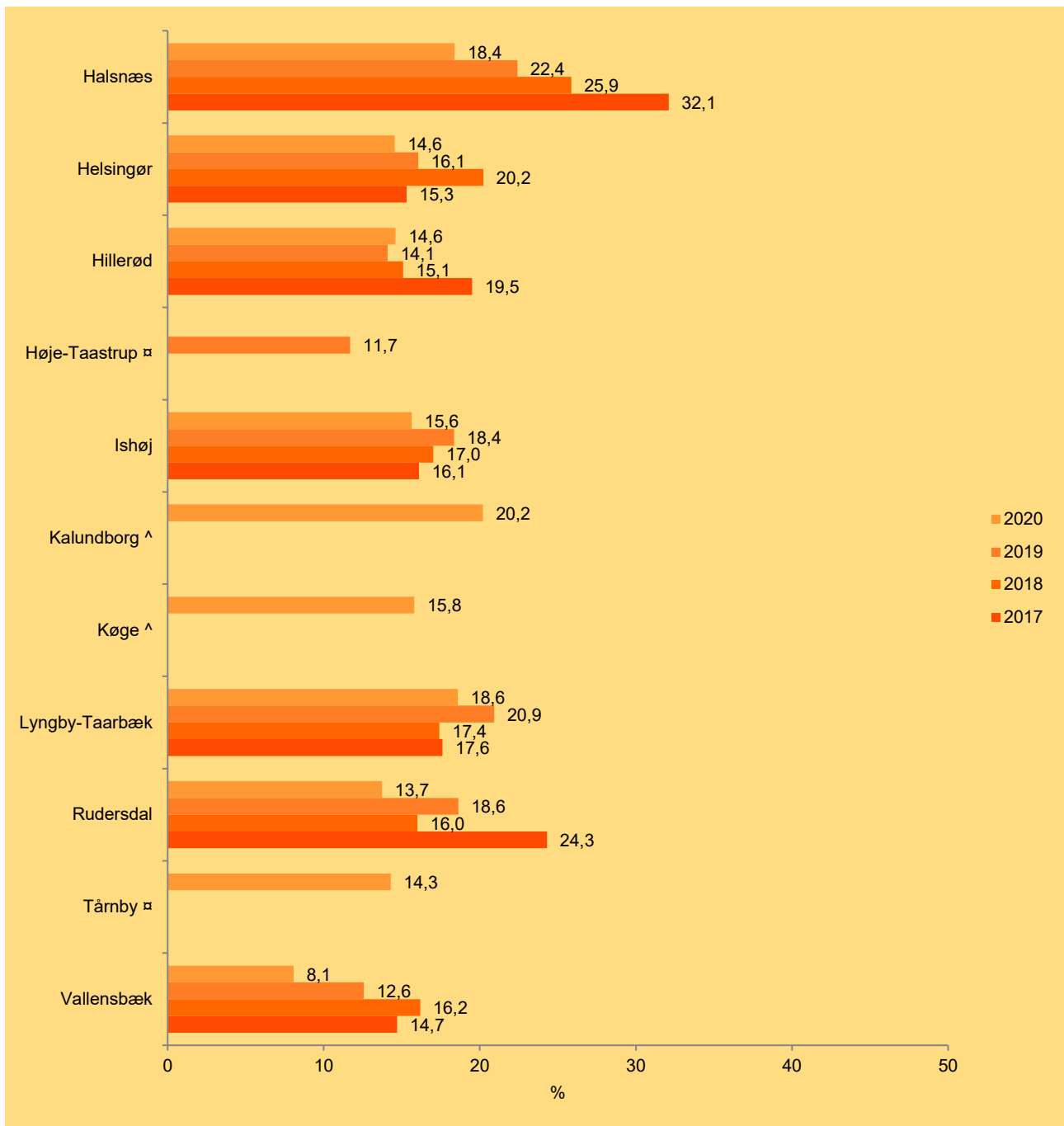
Figur 8. Andelen af børn i 2020, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i Solteq Sund-kommunerne (N=8.972)



Figur 9 viser udviklingen fra 2017 til 2020 i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i de 14 NOVAX-kommuner, der har oplysninger om mors psykiske tilstand alle fire år, og for hver NOVAX-kommune. Af figuren ses, at andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand samlet set svinger fra 16,2 % i 2017 til 15,2 % i 2020.

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





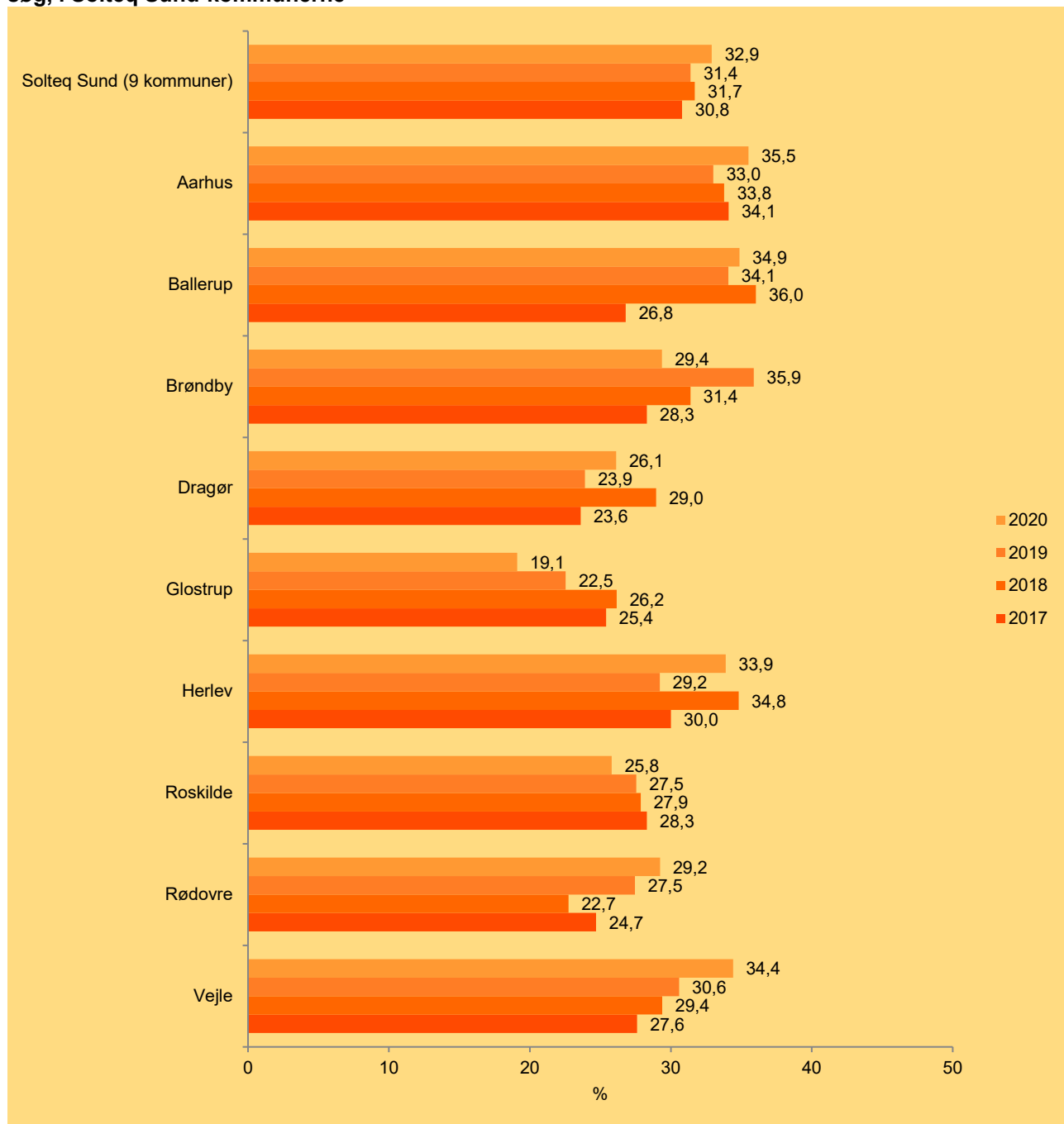
NOVAX (14 kommuner) indbefatter de 14 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aalborg, Bornholm, Brønderslev, Egedal, Fredensborg, Frederikssund, Gladsaxe, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk.

[^] 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 2017-2020.

Figur 10 viser udviklingen fra 2017 til 2020 i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i de 9 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 30,8 % i 2017 til 32,9 % i 2020.

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



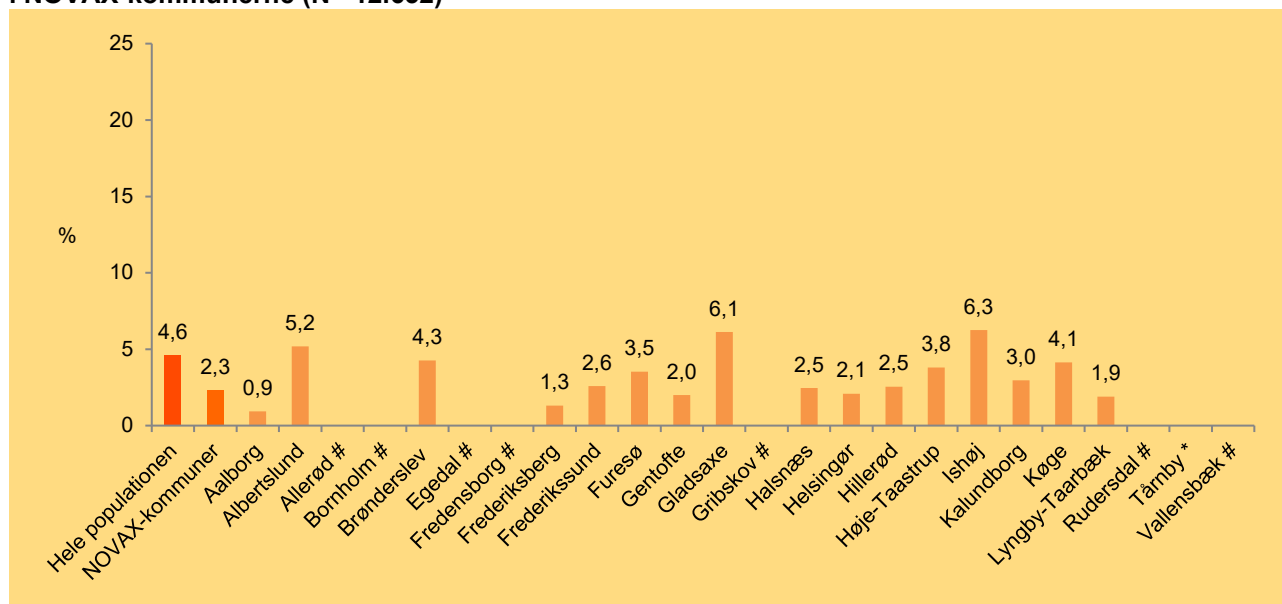
Solteq Sund (9 kommuner) indbefatter de 9 Solteq Sund-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aarhus, Ballerup, Brøndby, Dragør, Glostrup, Herlev, Roskilde, Rødovre og Vejle.

Forældre-barn kontakt og samspil

Både Solteq Sund- og NOVAX-journalen fokuserer på kontakten og samspillet mellem barnet og forældrene. På baggrund af temarapporten om forældre-barn relationen i det første leveår fra 2018 blev der udarbejdet en fælles journalvejledning til forældre-barn kontakt og samspil (Databasen Børns Sundhed et al., 2018). Sundhedsplejersken vurderer kontakt og samspil mellem barnet og forældrene ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Det registreres i journalen, hvis sundhedsplejersken vurderer, at kontakten og samspillet mellem barnet og forældrene ikke lever op til den alderssvarende udvikling og barnets behov. Eksempelvis har sundhedsplejersken fokus på, om forældrene handler på barnets signaler og behov, om der er gensidigt samspil mellem barnet og forældrene, om barnet foretrækker sine primære omsorgspersoner og om barnet er interesseret i sine omgivelser.

Figur 11 viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i NOVAX-kommunerne. Af figuren ses, at der i 2,3 % i NOVAX-journalerne er rapporteret bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg og for hele populationen er andelen med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil 4,6 %. Forekomsten varierer mellem 0,9 % og 6,3 % kommunerne imellem,

Figur 11. Andelen af børn i 2020 med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår, i NOVAX-kommunerne (N= 12.632)

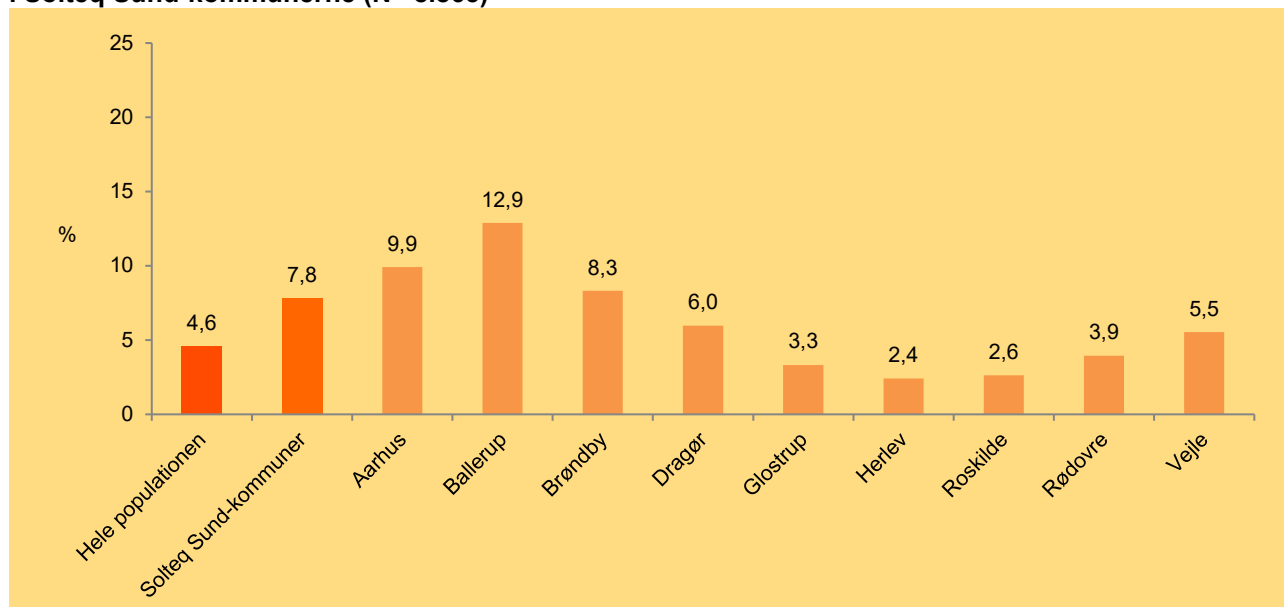


Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er ≤5.

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

Figur 12 viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i Solteq Sund-kommunerne. Af figuren ses, at 7,8 % i Solteq Sund-kommunerne har bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg i første leveår. Forekomsten varierer mellem 2,4 % og 12,9 % kommunerne imellem.

Figur 12. Andelen af børn i 2020 med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår, i Solteq Sund-kommunerne (N= 8.865)

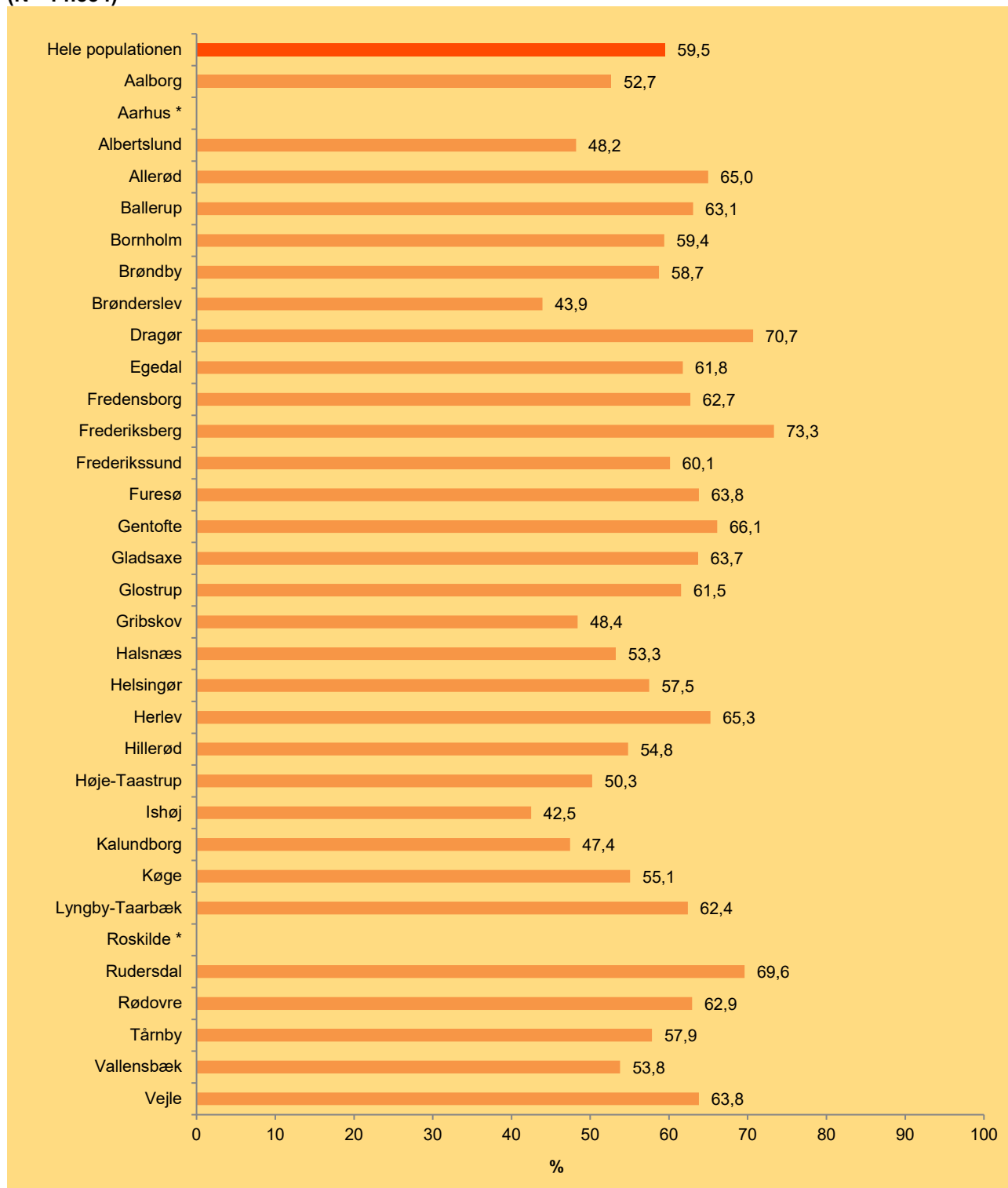


Amning

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 13 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 59,5 % ammet fuldt i mindst fire måneder, hvilket vil sige, at 40,5 % af børnene ikke bliver ammet fuldt i fire måneder.

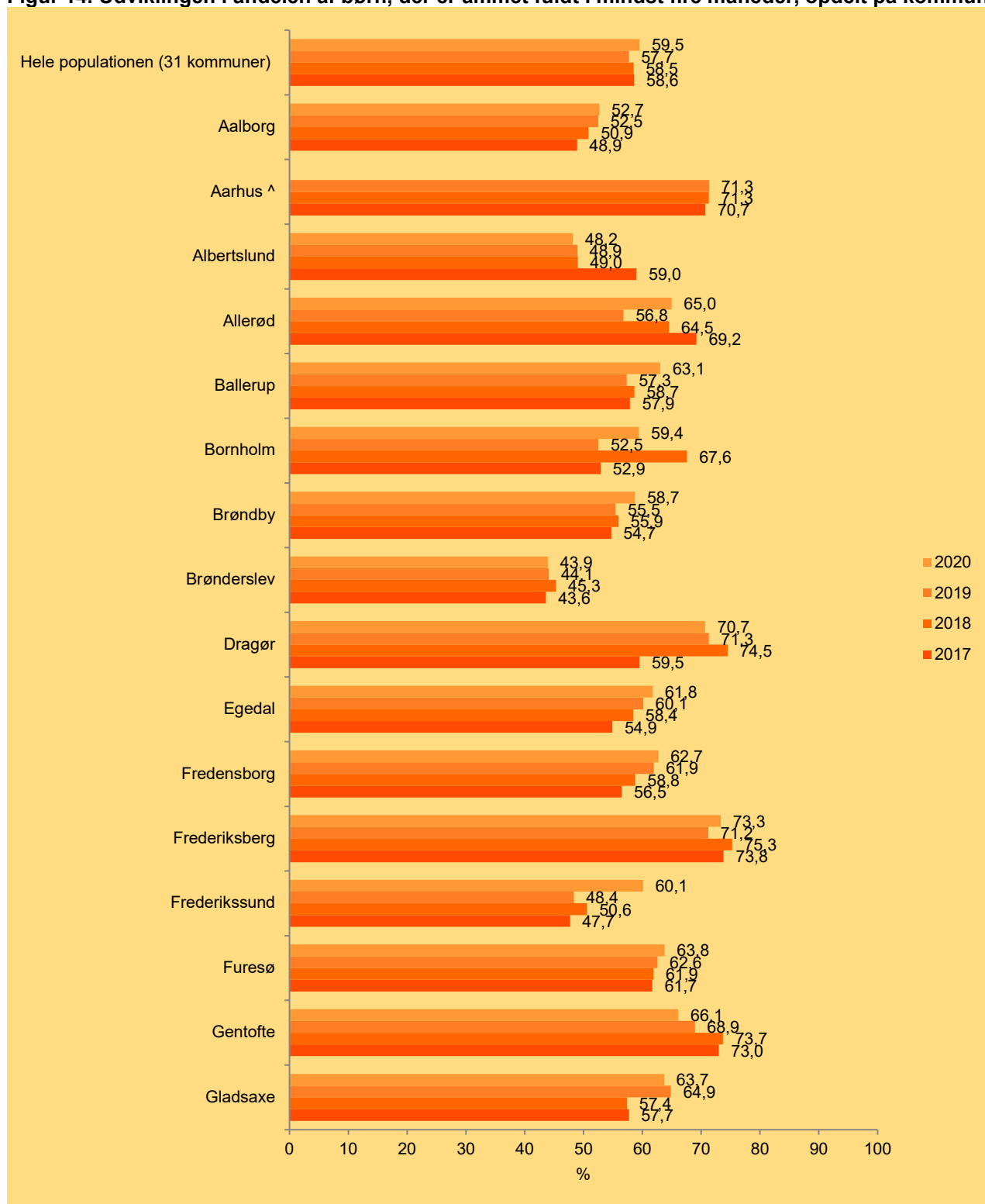
Figur 13. Andelen af børn i 2020, der bliver ammet fuldt i mindst fire måneder, opdelt på kommune (N= 14.534)

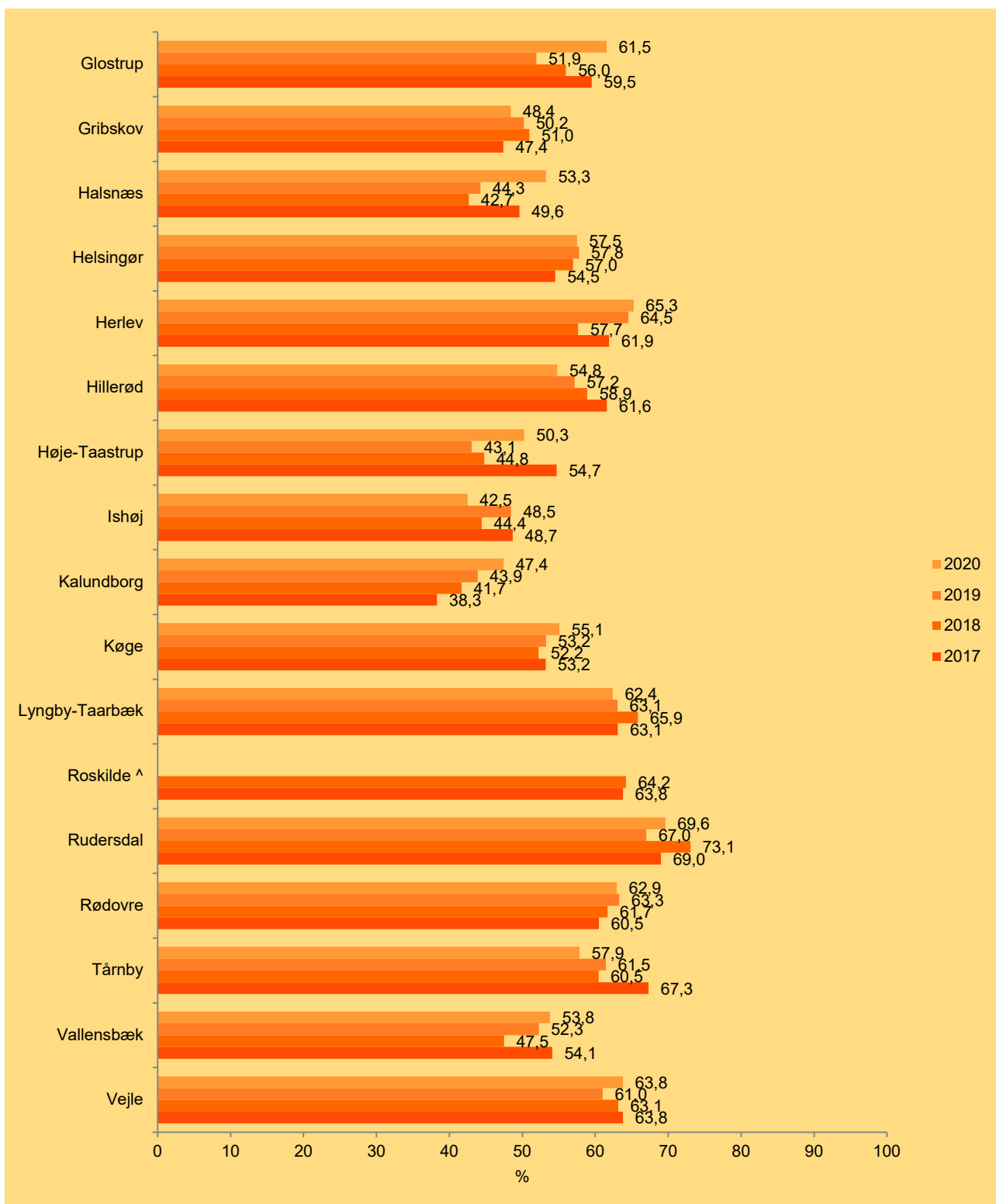


* Viser ikke, da andelen af manglende registreringer over 40 %.

Figur 14 viser udviklingen fra 2017 til 2020 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 58,6 % i 2017 til 58,5 % i 2018 for herefter at være 57,7 % i 2019 og 59,5 % i 2020.

Figur 14. 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 Aalborg, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Brønderslev, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladssaxe, 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. Kommuner med >40 % missing inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

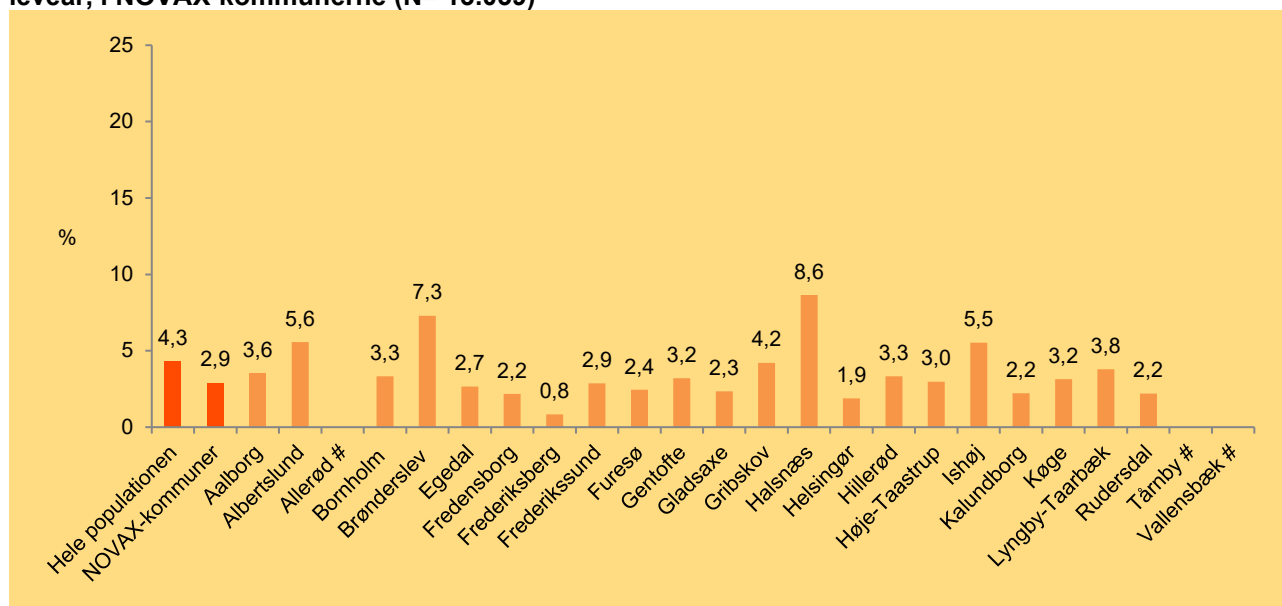
Motorisk udvikling

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 (19,9 %), 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 15 viser forekomsten af to eller flere besøg med bemærkninger til barnets motorisk udvikling i første leveår i NOVAX-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 2,9 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til motorisk udvikling ved mindst to besøg i det første leveår. Andelen svinger mellem 0,8 % og 8,6 % kommunerne imellem. I den samlede population med både NOVAX- og Solteq Sund-kommunerne har 4,3 % af børnene mindst to besøg med bemærkninger til motorik i første leveår.

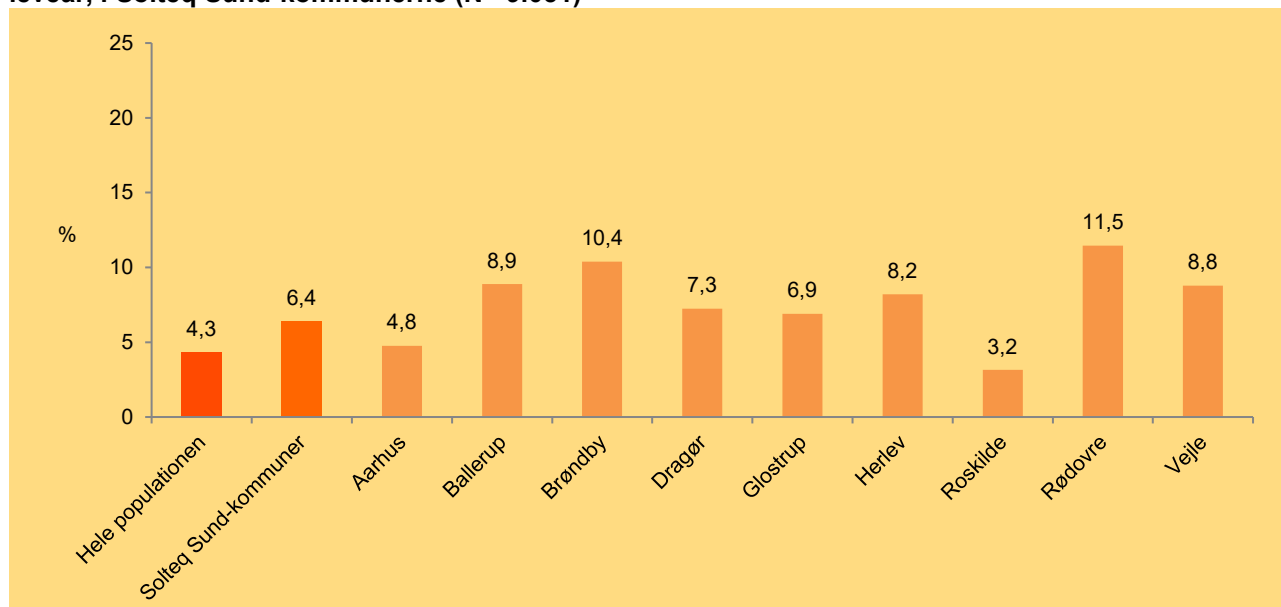
Figur 15. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved mindst to besøg i det første leveår, i NOVAX-kommunerne (N= 13.039)



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

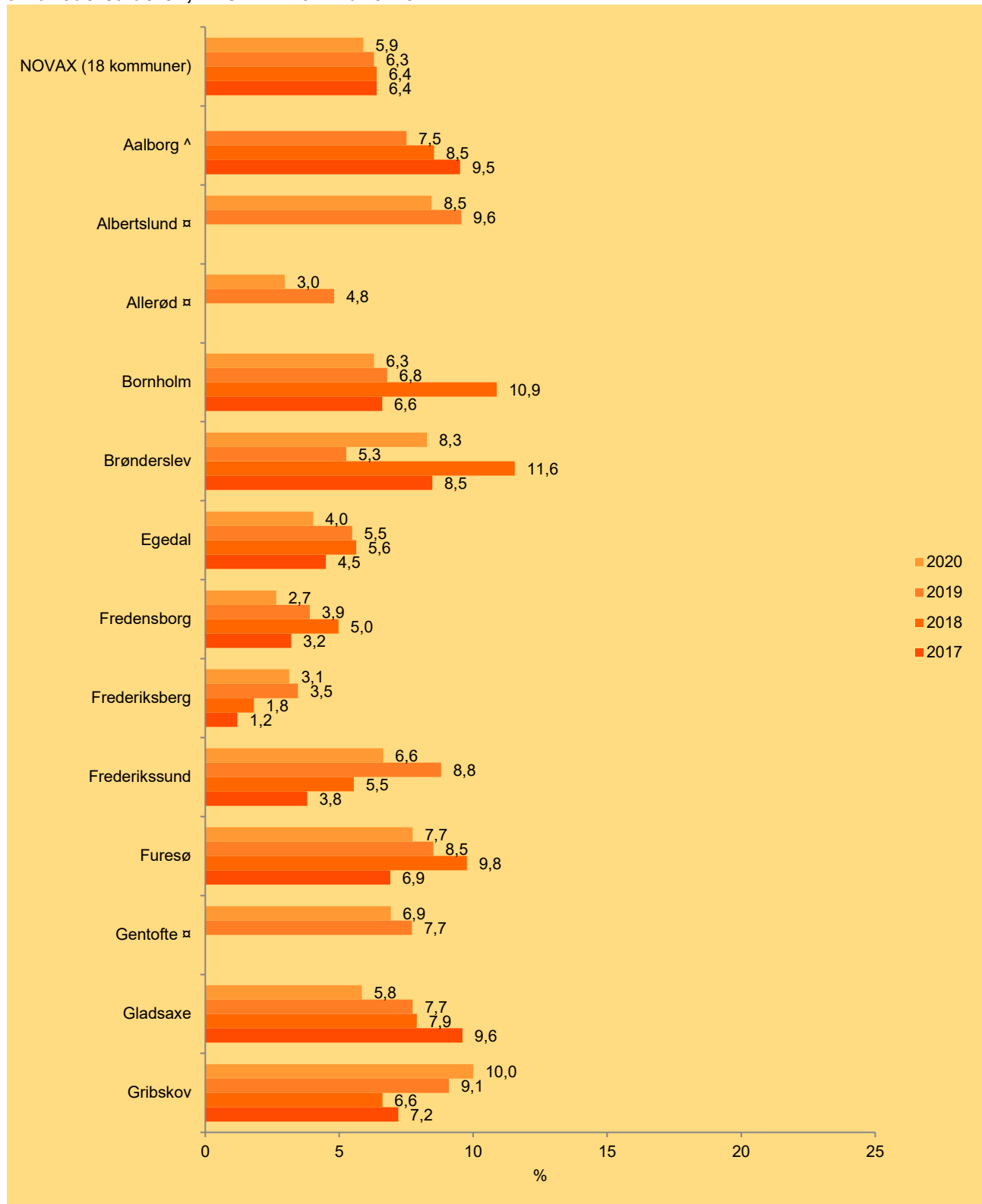
Figur 16 viser forekomsten af to eller flere besøg med bemærkninger til barnets motoriske udvikling i første leveår i Solteq Sund-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 6,4 % af børnene i Solteq Sund-kommunerne har bemærkning til motorisk udvikling ved mindst to besøg i det første leveår. Andelen varierer fra 3,2 % til 11,5 % kommunerne imellem.

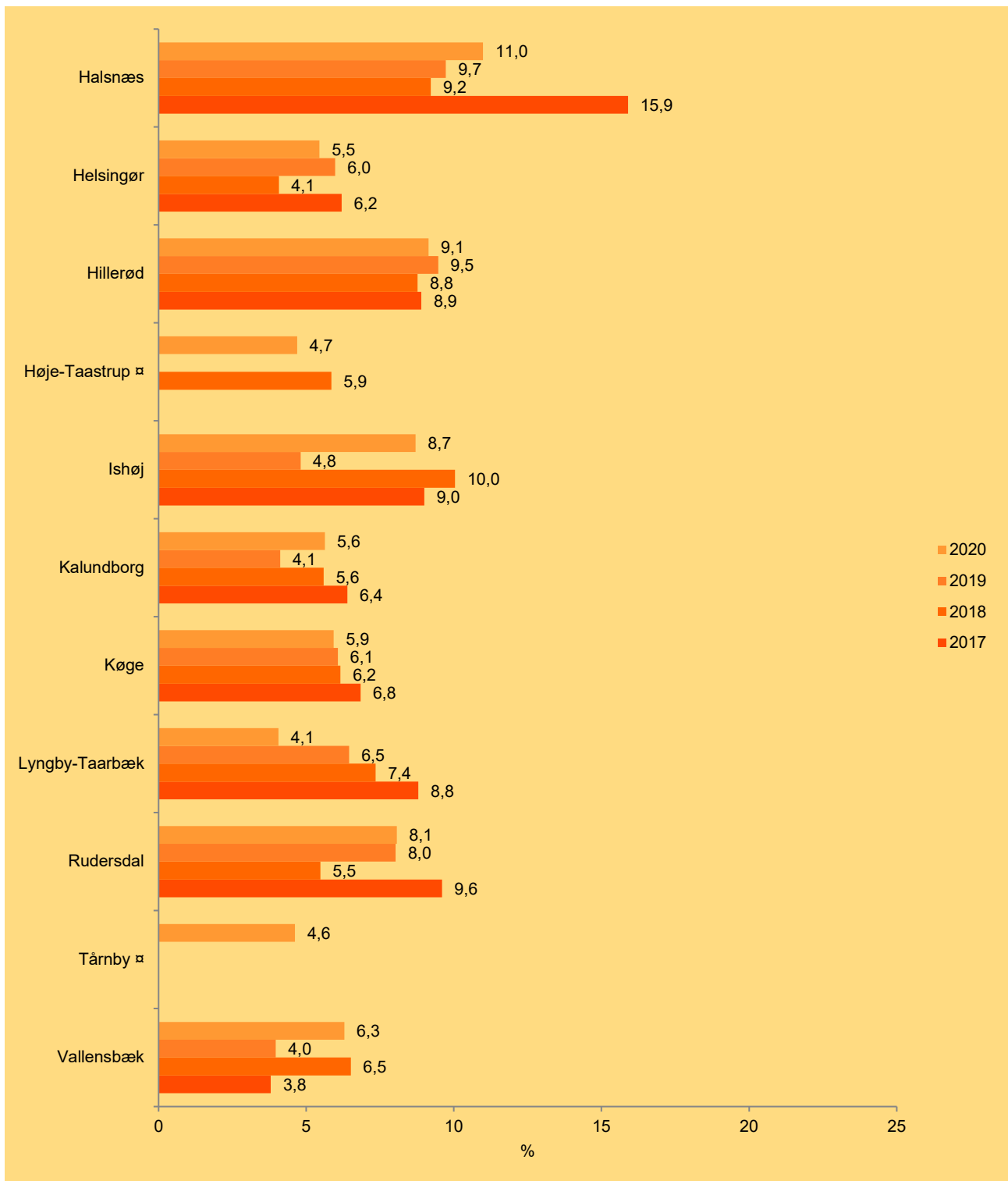
Figur 16. Andelen af børn med bemærkning til motorisk udvikling ved mindst to besøg i det første leveår, i Solteq Sund-kommunerne (N= 9.051)



Figur 17 viser udviklingen fra 2017 til 2020 i andelen af børn med én bemærkning til motorisk udvikling i otte-til-timånedersalderen (D-besøget) i de 18 NOVAX-kommuner, der har oplysninger for de seneste fire år, og hver NOVAX-kommune. Andelen af børn med én bemærkning til motorisk udvikling ved D-besøget svinger fra 6,4 % i 2017 og 5,9 % i 2020.

Figur 17. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til barnets motoriske udvikling i otte- til timånedersalderen, i NOVAX-kommunerne





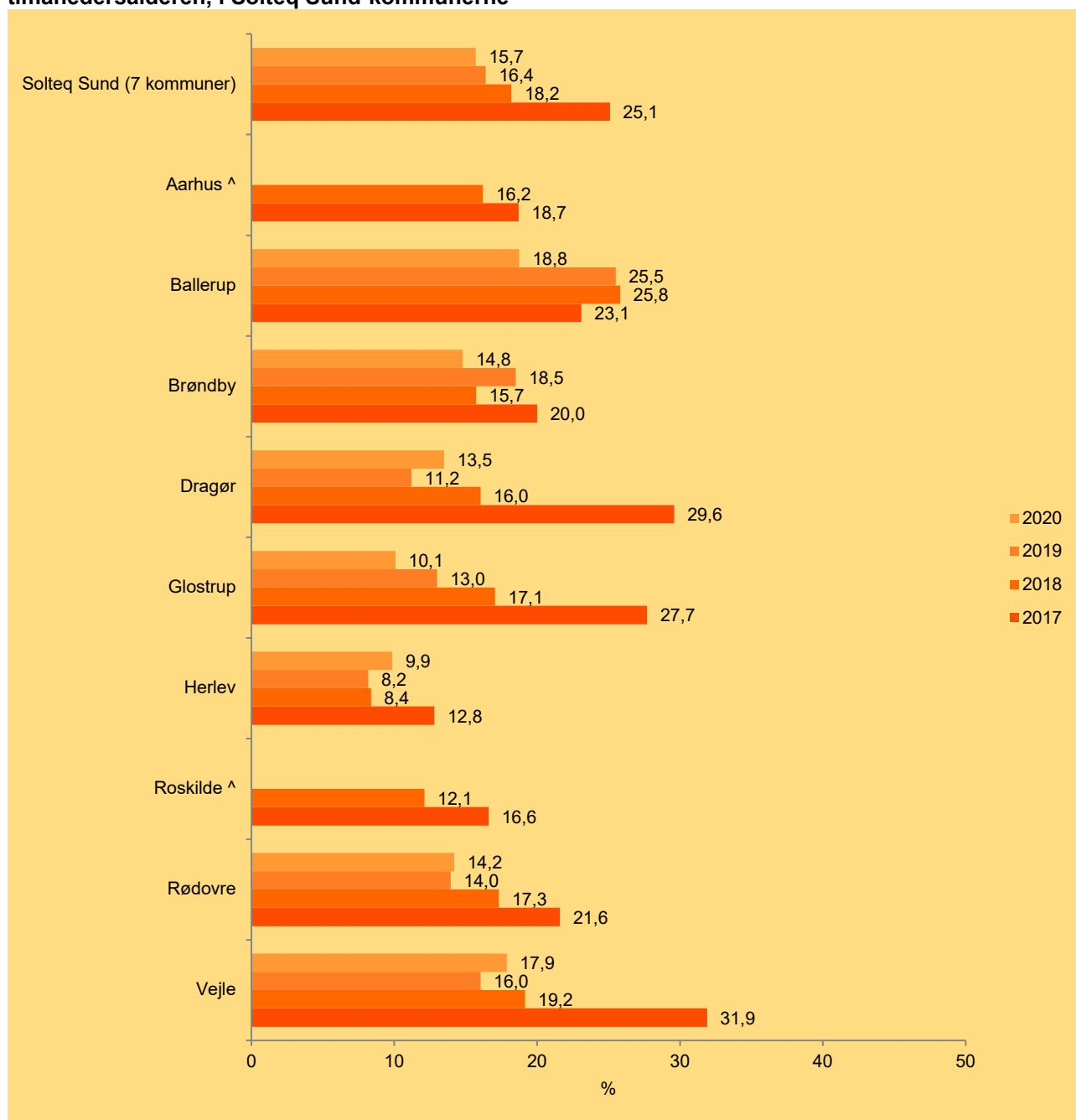
NOVAX (18 kommuner) indbefatter de 18 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Bornholm, Brønderslev, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk.

[^] 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 2017-2020.

Figur 18 viser udviklingen fra 2017 til 2020 i andelen af børn med én bemærkning til motorisk udvikling i otte- til timånedersalderen (D-besøget) for de 7 Solteq Sund-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 25,1 % i 2017 til 15,7 % i 2020. 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 18. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til barnets motorisk udvikling i otte- til timånedersalderen, i Solteq Sund-kommunerne



Solteq Sund (7 kommuner) indbefatter de 7 Solteq Sund-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Ballerup, Brøndby, Dragør, Glostrup, Herlev, Rødovre og Vejle.

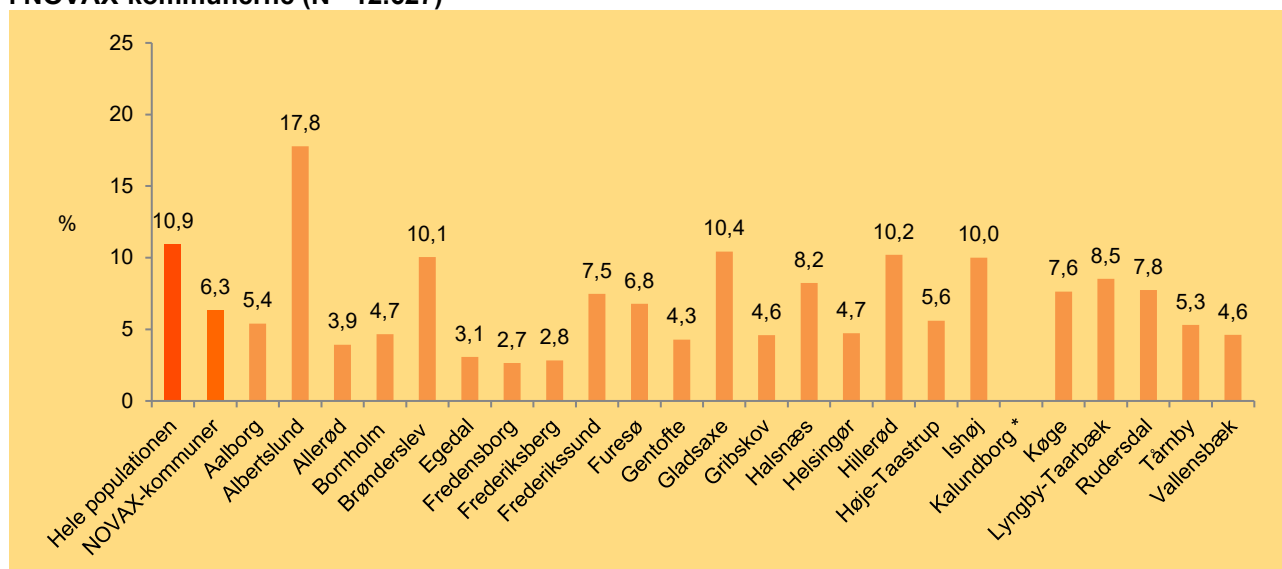
^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing det pågældende år.

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.

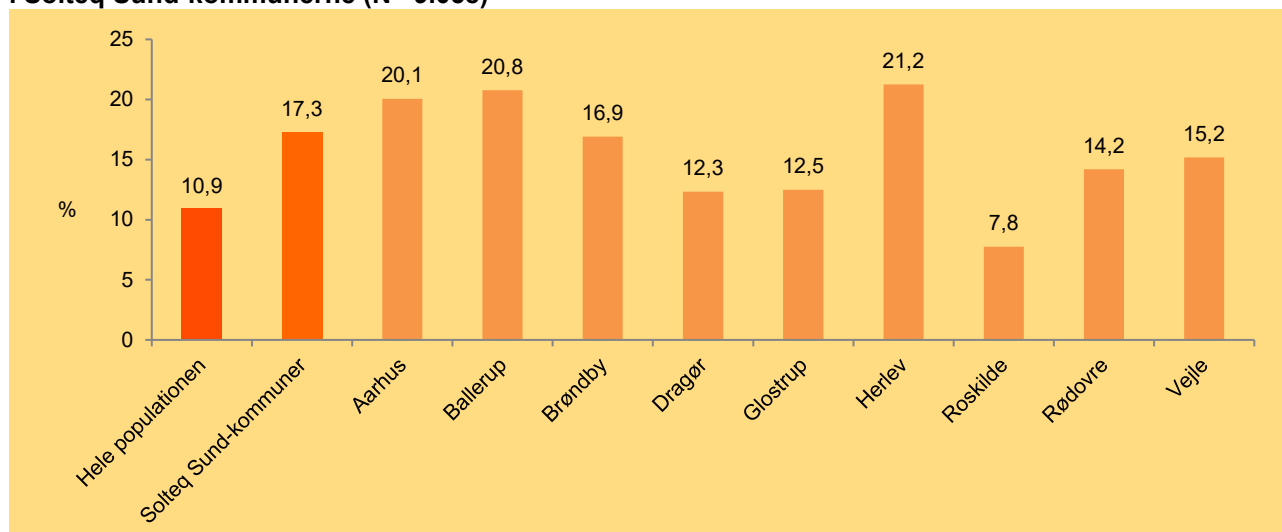
Figur 19 viser andelen af børn med bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår i NOVAX-kommunerne. Af figuren ses, at 6,3 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg. Andelen svinger mellem 2,7 % og 17,8 % kommunerne imellem. I den samlede population med både Solteq Sund- og NOVAX-kommunerne har 10,9 % af børnene bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår (figur 19 og 20). Figur 20 viser andelen af børn med bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår i Solteq Sund-kommunerne. Figuren viser, at 17,3 % af børnene i Solteq Sund-kommunerne har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg. Andelen svinger mellem 7,8 % og 21,2 % kommunerne imellem.

Figur 19. Andelen af børn i 2020 med bemærkning til søvn ved mindst ét af de fire besøg i første leveår, i NOVAX-kommunerne (N= 12.627)



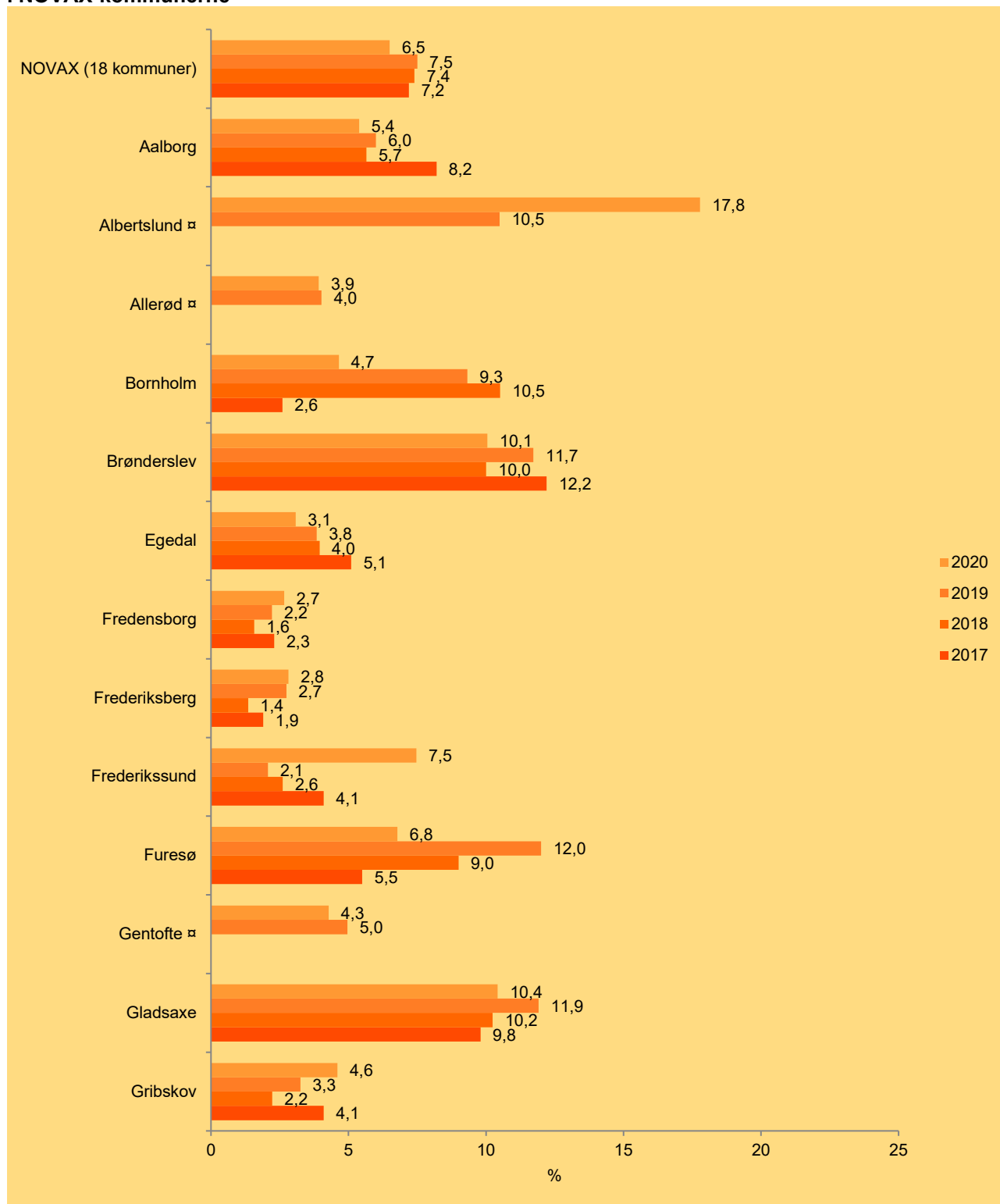
* Viser ikke, da andelen af manglende registreringer over 40 %.

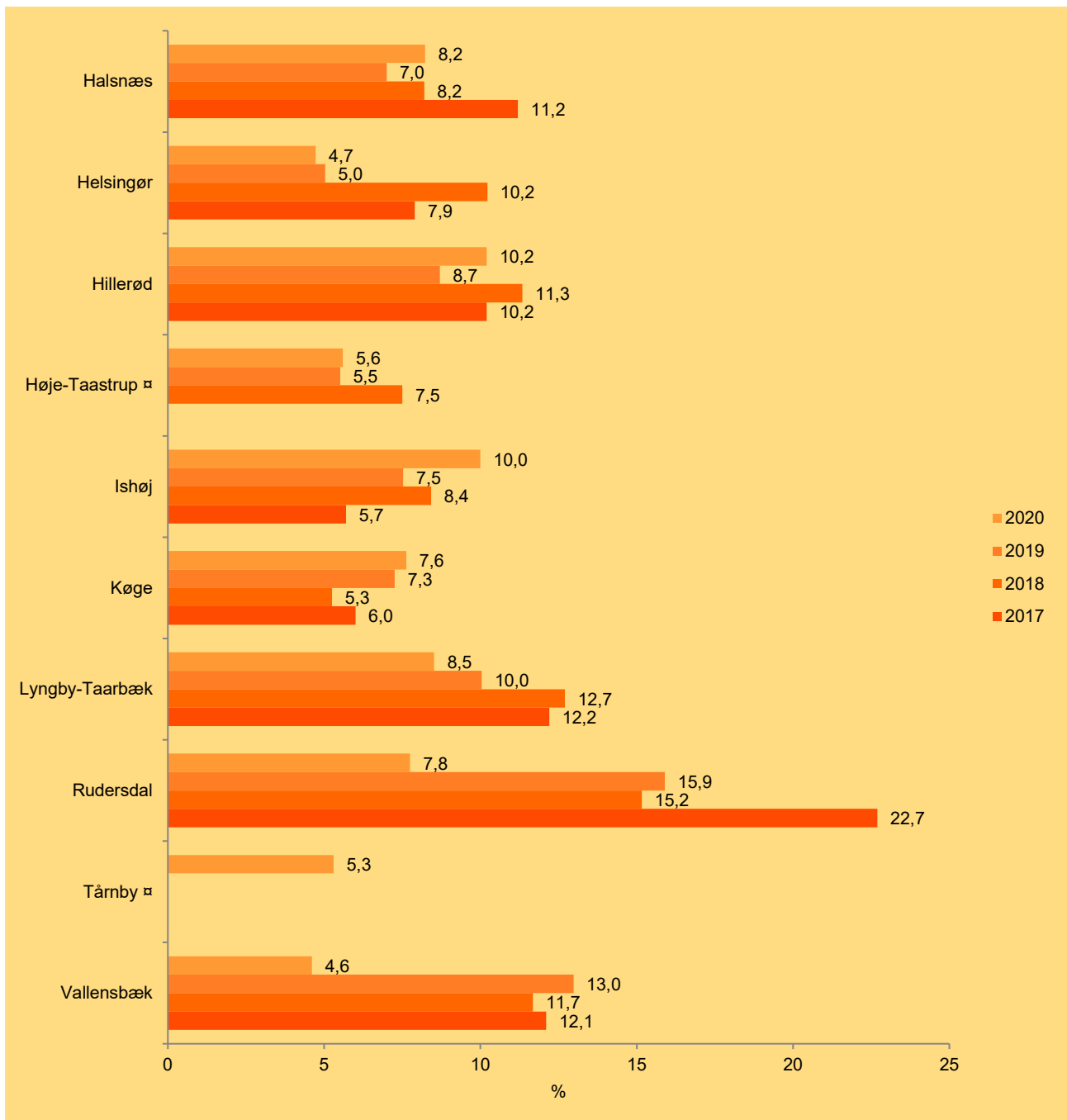
Figur 20. Andelen af børn i 2020 med bemærkning til søvn ved mindst ét af de fire besøg i første leveår, i Solteq Sund-kommunerne (N= 9.058)



Figur 21 viser udviklingen i andelen af børn med bemærkning til søvn ved mindst ét besøg i første leveår i de 17 NOVAX-kommuner, der har indgået i samarbejdet Databasen Børns Sundhed alle fire år, og hver NOVAX-kommune. Andelen af børn med bemærkninger til søvn varierer fra 7,2 % i 2017 til 7,4 % i 2018 for herefter at være 7,5 % i 2019 og 6,5 % i 2020.

Figur 21. Udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til søvn ved mindst ét besøg i første leveår, i NOVAX-kommunerne



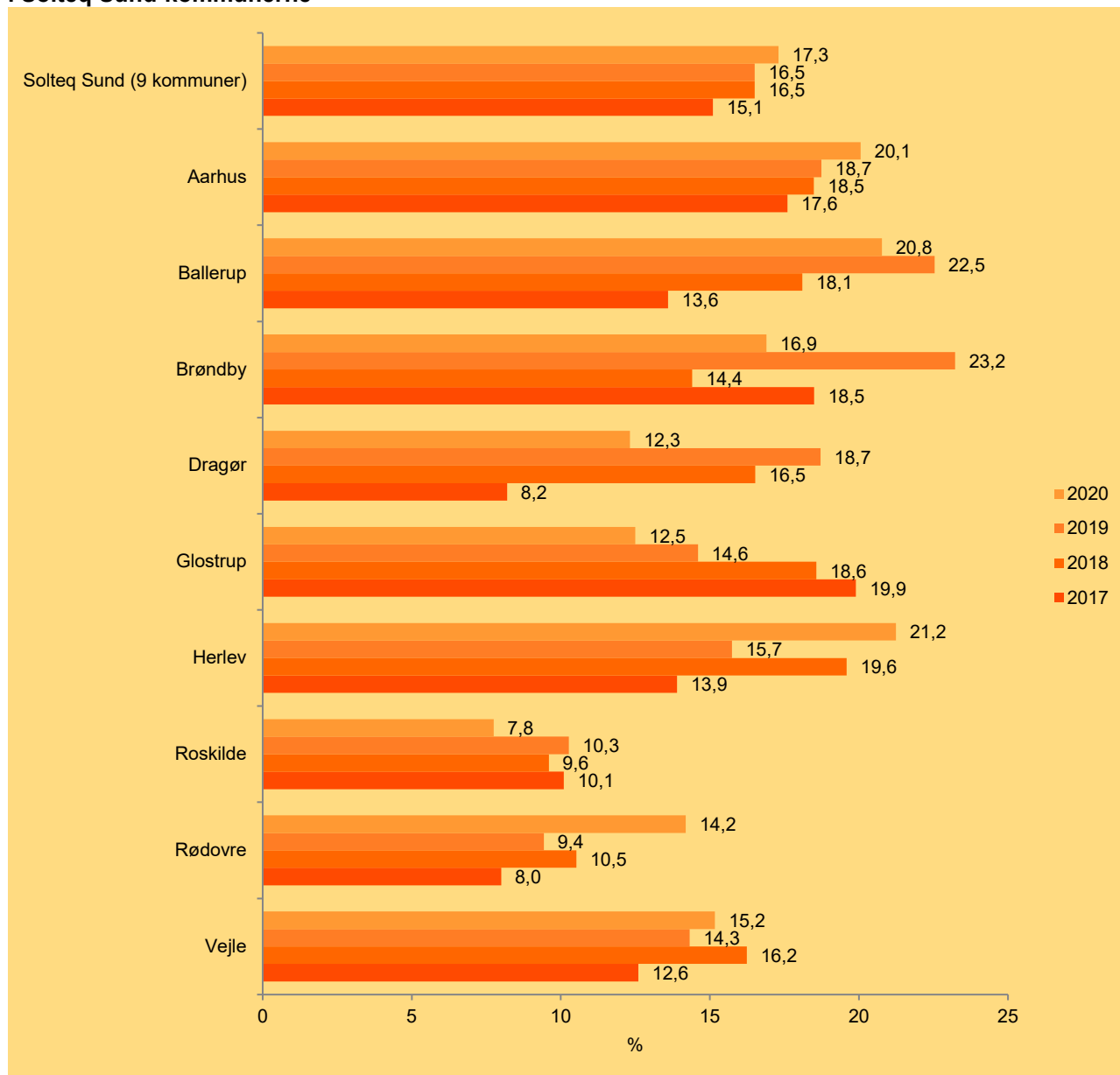


NOVAX (18 kommuner) indbefatter de 18 NOVAX-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aalborg, Bornholm, Brønderslev, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Ishøj, Køge, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Vallensbæk.

▫ Kommunen er overgået fra Solteq Sund til NOVAX i perioden 2017-2020.

Figur 22 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 samarbejdet Databasen Børns Sundhed de seneste fire år, og for hver Solteq Sund-kommune. Andelen af børn med bemærkning til søvn varierer samlet set fra 15,1 % i 2017 til 17,3 % i 2020.

Figur 22. Udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til søvn ved mindst ét besøg i første leveår, i Solteq Sund-kommunerne

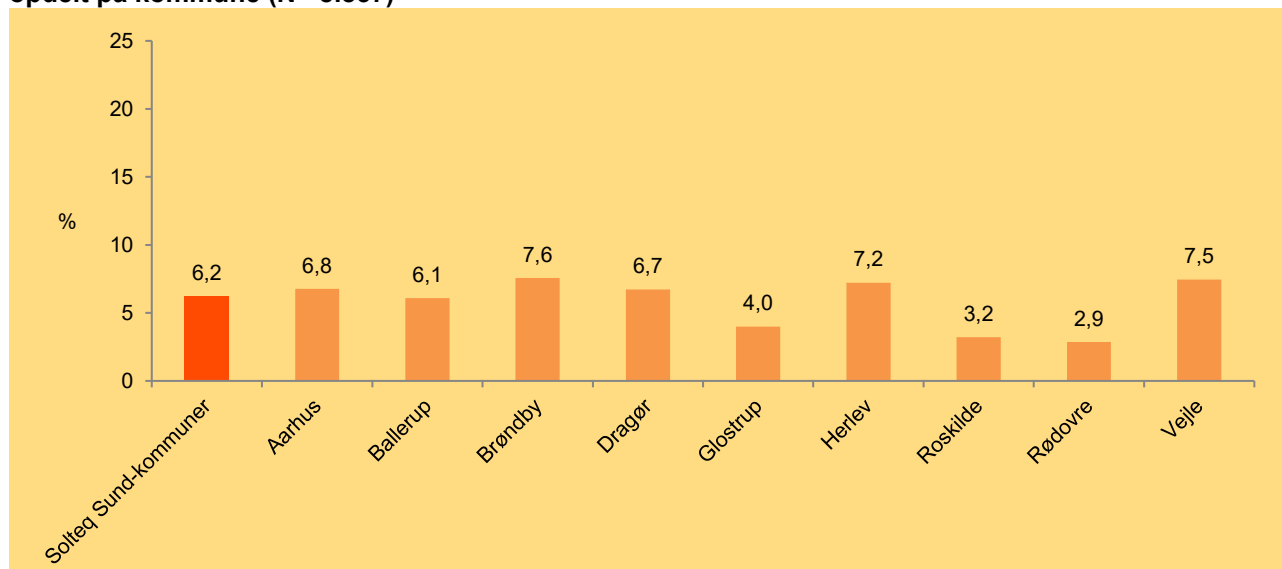


Solteq Sund (9 kommuner) indbefatter de 9 Solteq Sund-kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Aarhus, Ballerup, Brøndby, Dragør, Glostrup, Herlev, Roskilde, Rødovre og Vejle.

Uro/gråd

I Solteq Sund-journalen registreres det, om der er bemærkning til uro/gråd. Figur 23 viser andelen af børn med bemærkning til uro/gråd. Figuren viser, at 6,2 % af børnene har bemærkning til uro/gråd ved mindst ét af de fire besøg i barnets første leveår. Andelen varierer fra 2,9 % til 7,6 % kommunerne imellem.

Figur 23. Andelen af børn i 2020 med bemærkning til uro/gråd ved mindst ét besøg i første leveår, opdelt på kommune (N= 8.837)



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 Multicentre Growth Reference Study Group, 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).

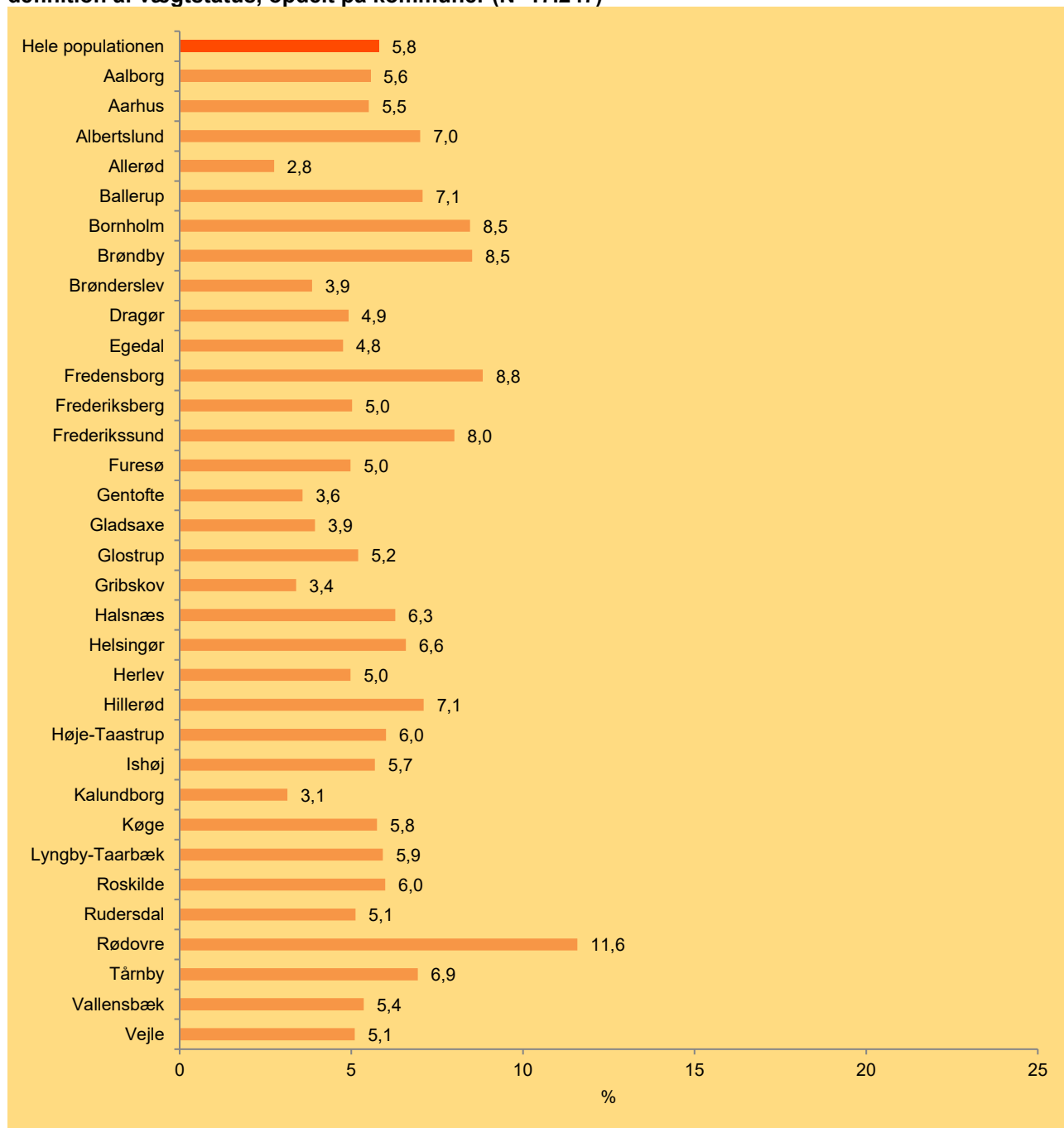
I tabel 4 ses fordelingen af børn født i 2020 i forhold til WHO's definition af undervægt, normalvægt og overvægt. Af tabellen ses, at 1,9 % af børnene i sundhedsprofilen ud fra WHO's definition af vægtstatus har undervægt, 74,4 % har normalvægt, 17,9 % er i risiko for overvægt, 4,9 % har overvægt, og 0,9 % 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 2020 (N=17.247)

	Samlet		Drenge		Piger	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Undervægtig	334	1,9	197	2,2	137	1,6
Normalvægtig	12.832	74,4	6.439	72,5	6.393	76,4
I risiko for overvægt	3.085	17,9	1.674	18,9	1.411	16,9
Overvægtig	844	4,9	486	5,5	358	4,3
Svær overvægt	152	0,9	84	1,0	68	0,8

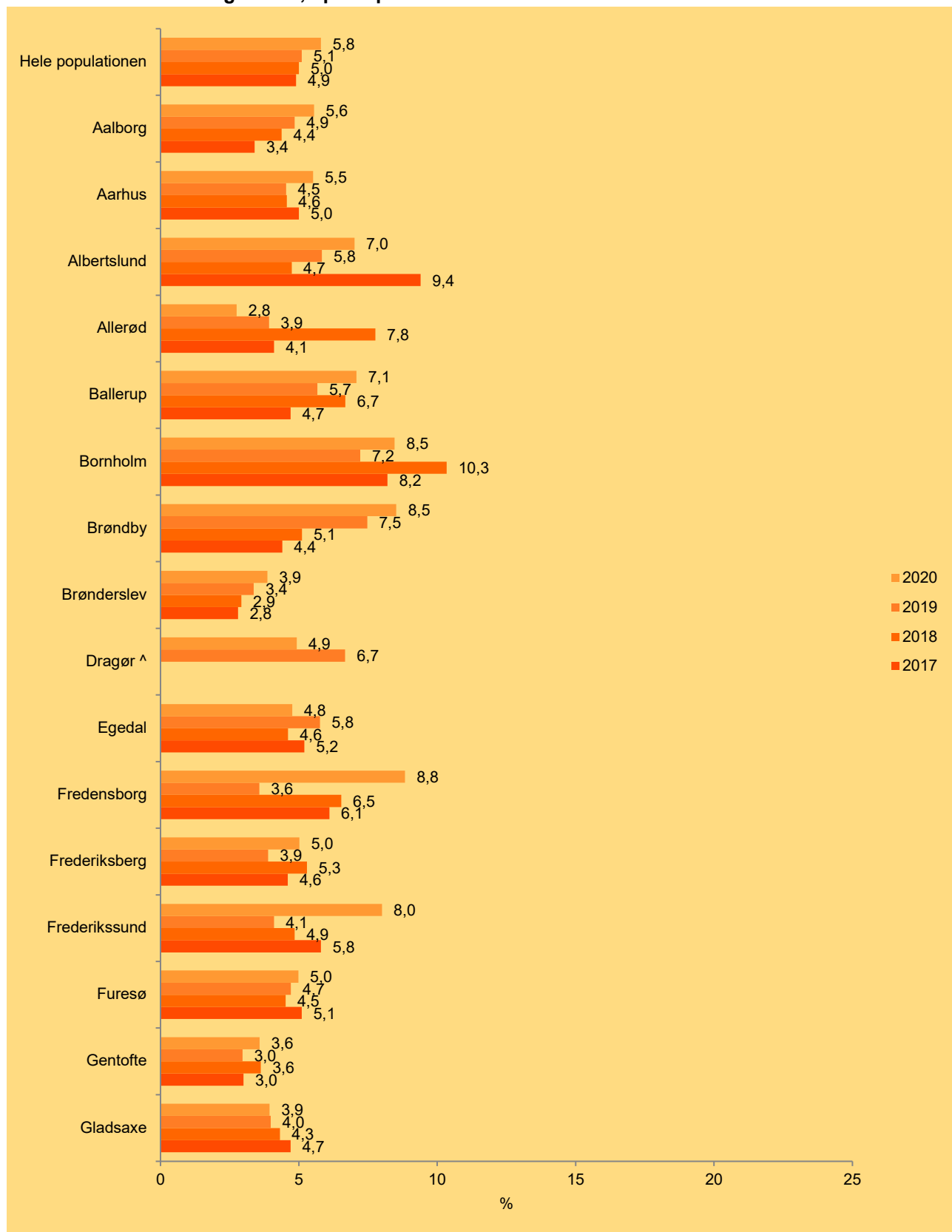
Figur 24 viser andelen af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus i hele populationen og i kommunerne. Figuren viser, at andelen af børn, der har overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus, er 5,8 % i hele populationen. Denne andel varierer fra 2,8 % til 11,6 % kommunerne imellem.

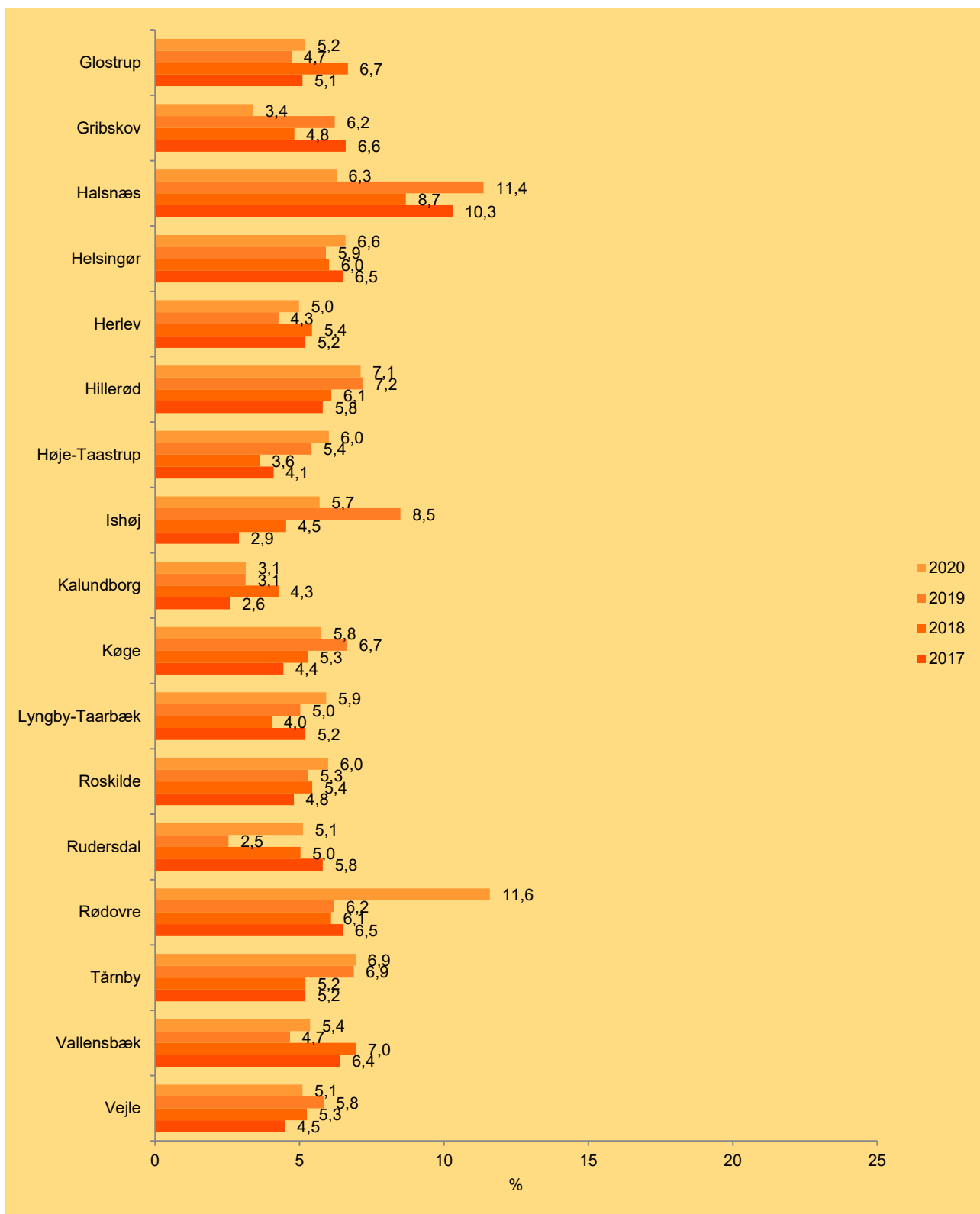
Figur 24. Forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen i 2020 efter WHO's definition af vægtstatus, opdelt på kommuner (N=17.247)



Figur 25 viser udviklingen fra 2017 til 2020 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 4,9 % i 2017 til 5,8 % i 2020. I «Kommune» Kommune «Overvægt_udvikling»

Figur 25. 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 ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

3 Opsamling

Denne sundhedsprofil for børn født i 2020 fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed er baseret på journal- og registeroplysninger om 22.524 børn fra 33 kommuner.

Sundhedsprofilen viser blandt andet, at:

- 18,0 % af børnene har modtaget ét eller flere graviditetsbesøg.
- 67,5 % af børnene har deres første besøg af sundhedsplejersken, inden de er én uge gamle.
- 92,6 % af børnene har modtaget A-besøget, 86,0 % har modtaget B-besøget, 81,6 % har modtaget C-besøget, og 77,4 % har modtaget D-besøget.
- 3,8 % af børnene er udsat for tobaksrøg i hjemmet.
- 23,1 % af de nybagte mødre får bemærkning til deres psykiske tilstand i barnets første leveår.
- 4,6 % af børnene har bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg i det første leveår.
- 59,5 % af børnene bliver fuldammet i mindst fire måneder.
- 4,3 % af børnene får bemærkning til deres motorisk udvikling ved mindst to besøg i det første leveår.
- 10,9 % af børnene får bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg i det første leveår.
- 5,8 % af børnene har overvægt/svær overvægt ved seks- til timånedersalderen, 17,9 % er i risiko for overvægt, 74,4 % har normalvægt, og 1,9 % har undervægt.

Sundhedsprofilen viser også, at der for nogle faktorer er variation i, hvor mange bemærkninger sundhedsplejersken har registreret i de to journalsystemer. Det gælder for bemærkning til tobaksrøg i hjemmet, mors psykiske tilstand, forældre-barn kontakt og samspil, 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 2023. FODIE: Levendefødte efter kommune, moders herkomst, moders oprindelsesland, moders statsborgerskab, moders alder og barnets køn.
- Databasen Børns Sundhed. 2022. *Vejledning til den kvalitetssikrede Solteq Sundhedsplejerske journal juni 2022* [Online]. Available: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger [Accessed].
- Databasen Børns Sundhed, Pedersen, T. P., Pant, S. W., Holstein, B. E., Ammitzbøll, J. & Due, P. 2018. Sundhedsplejerskers bemærkninger til forældre-barn relationen i barnets første leveår. Børn født i 2016. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- 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.
- Payne, V. G. & Isaacs, L. D. 2011. *Human Motor Development: A Lifespan Approach*, New York, N.Y., McGraw-Hill.
- Pedersen, T. P., Pant, S. W. & 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. P., Pant, S. W. & 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.
- 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 Multicentre Growth Reference Study Group 2006. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr Suppl*, 450, 76-85.