



BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed

Sundhedsplejerskers bemærkninger til Sprog og kommunikation

Temarapport
og årsrapport

Børn født i
2015



*Sofie Weber Pant og
Anette Johansen*

Børn født
i 2015



Sundhedsplejerskers bemærkninger til sprog og kommunikation: Temarapport og årsrapport. Børn født i 2015

© Statens Institut for Folkesundhed, 2017
Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A, 1353 København K
www.si-folkesundhed.dk

Udarbejdet for Bestyrelsen for Databasen Børns Sundhed af: Sofie Weber Pant & Anette Johansen

Bestyrelsen:
Buhelt Pernille, ledende sundhedsplejerske, Brønderslev Kommune
Due Pernille, forskningsleder, professor, dr. med., Statens Institut for Folkesundhed
Dupont Ulla, ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune
Fabricius Pernille, leder af Sundhedstjenesten, Lyngby-Taarbæk Kommune
Finseth Lotte, sundhedsplejerske, Gladsaxe Kommune
Holstein Bjørn, professor emeritus, Statens Institut for Folkesundhed
Juhl Tine, centerchef for Center for Familie og Forebyggelse, Glostrup Kommune
Kepp Tove, praktiserende læge
Mølholm Hansen Bo, overlæge, Region Hovedstaden
Møller Lene, ledende sundhedsplejerske, MSP, Rødovre Kommune
Nordtorp Ulla, ledende sundhedsplejerske, Aalborg Kommune
Olesen Karen Marie, systemansvarlig og sundhedsplejerske, MPH, Aarhus Kommune
Poulsen Annette, sundhedsplejerske, MSP, IBCLC, Sundhedsstyrelsen
Rasmussen Helle, ledende sundhedsplejerske, MPG, Roskilde Kommune
Rønnenkamp Pia, fagchef i sundhedsplejen, MPG, Brøndby Kommune
Schack-Nielsen Lene, specialkonsulent, Region Hovedstaden
Skovgaard Anne Mette, forskningsleder, adjungeret professor, overlæge, dr. med., KU & SDU

Publikationen refereres således:
Databasen Børns Sundhed, Weber Pant S & Johansen A. Sundhedsplejerskers bemærkninger til sprog og kommunikation: Temarapport og årsrapport. Børn født i 2015. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2017.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse. Publikationen kan downloades fra internetadressen www.si-folkesundhed.dk
Elektronisk ISBN: 978-87-7899-380-9

Fotoleverandør: Modelbilleder fra Colourbox



Forord

Barnets sprog- og kommunikationsudvikling har stor betydning for dets trivsel og senere sociale og faglige færdigheder. I forbindelse med pædagogiske læreplaner og sprogvurderinger af børn er der kommet en øget politisk opmærksomhed på barnets tidlige sprogtiltagelse. Samtidig ses en øget bevidsthed om, at jo tidligere en forebyggende indsats sættes ind, jo større udbytte er der deraf. Sundhedsplejersken er en af de første fagpersoner, der møder barnet og dets familie, og sundhedsplejen har derfor en enestående mulighed i forhold til en tidlig og forebyggende indsats. Sundhedsplejersken ser rigtig mange børn og kan derfor opfange tidlige signaler på manglende sprogudvikling hos barnet samt vejlede nybagte forældre i, hvordan de skaber det bedste sprogmiljø for deres nye barn. Dette øgede fokus på spædbørns sproglige og kommunikative udvikling har resulteret i, at sundhedsplejersker i Databasen Børns Sundhed har valgt, at denne temarapport skal handle om sprog og kommunikation i første leveår.

Rapporten er baseret på sundhedsplejerskers journaldata og registerdata om 29.815 børn, der er født i 2015. Børnene kommer fra 31 kommuner tilmeldt Databasen Børns Sundhed: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Endvidere indgår Københavns Kommune med et prøveår betalt af Region Hovedstaden. Yderligere tre kommuner er tilmeldt databasen: Brønderslev, Kalundborg og Køge, de vil indgå i kommende rapporter. Data er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale, og databasen giver en systematisk og sammenlignelig dokumentation af børns sundhed og

sundhedsplejerskernes ydelser. Databasen ledes af en tværfaglig og tværsektorielt sammensat bestyrelse og et forretningsudvalg, der har ansvaret for, at formålet med databasen udmøntes. Databasen er beliggende på Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved SDU. SIF er ansvarlig for drift og data, mens kommunerne er ansvarlige for indsamlingen af data. Det er de ledende sundhedsplejersker, der bestemmer temaerne for de årlige rapporter.

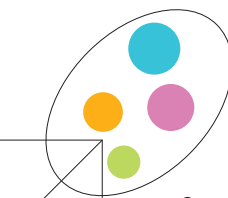
Temarapporten er udarbejdet af videnskabelig assistent Sofie Weber Pant og projektleder Anette Johansen. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen. Konsulent og sundhedsplejerske Lisbeth Wilms har bistået med kritisk gennemlæsning, rådgivning, layout og opsætning af rapporten. Professor Pernille Due og professor Bjørn E. Holstein har bistået med kritisk gennemlæsning. 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.

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

Lene Møller
Ledende sundhedsplejerske, MSP
Formand for Databasen Børns Sundhed

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

Børns sundhed



Indholdsfortegnelse

| | | | |
|---|-----------|--|-----------|
| Forord | side 3 | 11. Forhold vedrørende kontakt | 59 |
| Resumé | 5 | 12. Efterfødselsreaktioner | 62 |
| 1. Introduktion | 8 | 13. Bemærkninger til sundhedsplejerskens kontakt med barnet | 66 |
| 2. Barnets sprog og kommunikation i første leveår | 9 | 14. Diskussion | 67 |
| 3. Prædiktorer for sprog- og kommunikationsvanskeligheder | 14 | 15. Inspiration for praksis | 74 |
| 3.1 Formål | 18 | 16. Årsrapport for børn født i 2015 | 75 |
| 4. Data og Metode | 19 | 17. Manglende oplysninger | 116 |
| 4.1 Sundhedsplejerskernes virke | 19 | 18. Opsamling af årsrapporten | 117 |
| 4.2 Databasen Børns Sundhed | 19 | 19. Referencer | 118 |
| 4.3 Datagrundlag | 20 | Bilag 1: Variabeloversigt | 122 |
| 4.4 Variabelbeskrivelse | 22 | Bilag 2: Analyser af udviklingen over tid | 124 |
| 5. Resultater | 23 | Bilag 3: Logistiske regressionsanalyser | 125 |
| 5.1 Andelen af børn med bemærkninger til sprog og kommunikation | 23 | | |
| Karakteristik af børn, der har bemærkninger til sprog og kommunikation i første leveår | 27 | | |
| 6. Sociodemografiske faktorer | 28 | | |
| 7. Faktorer relateret til fødslen | 40 | | |
| 8. Sanser - hørelse og syn | 48 | | |
| 9. Barnets trivsel og udvikling | 51 | | |
| 10. Forhold vedrørende barnets trivsel og udvikling målt i TM Sund-journalerne | 55 | | |



Resumé



Barnets sprog- og kommunikationsudvikling har stor betydning for dets trivsel og senere sociale og faglige færdigheder. Kommunikation er en kognitiv og social adfærd, der udvikler sig over tid, og allerede når barnet bliver født, begynder de kommunikative evner at udvikle sig. Det betyder, at sprog- og kommunikationsvanskelighederne kan starte, før barnet begynder at bruge ord og sætninger, og at små børn allerede tidligt i livet kan begynde at sakke bagud sprogligt. Selvom det kan være svært at opspore forsinket sprogudvikling hos små børn, understreger litteraturen, at det er vigtigt med tidlig opsporing, diagnose og behandling for at forebygge, at barnets kommunikative afvigelser medfører senere vanskeligheder.

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 mange børn og denne erfaring giver et godt fundament for at kunne opfange tidlige signaler på manglende sprogudvikling hos barnet. Ligeledes har sundhedsplejersken mulighed for at give nybagte forældre vedledning i, hvordan de skaber et rigt sprogmiljø for deres barn.

Formålet med rapporten er 1) at beskrive forekomsten af bemærkninger til sprog og kommunikation i første leveår, herunder udviklingen over tid og variationer mellem kommunerne, 2) at undersøge hvilke forhold i barnets første leveår, der er associeret med bemærkninger til sprog og kommunikation, 3) at undersøge, om der er sammenhæng mellem efterfødselsreaktioner og bemærkninger til mors og fars psykiske tilstand og barnets sprog og kommunikation i

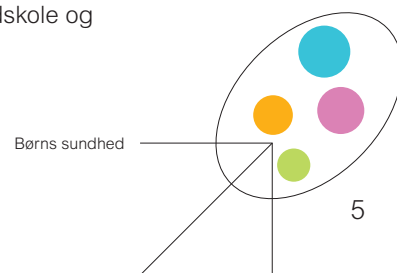
første leveår, og 4) at undersøge om børn, der har bemærkninger til sprog og kommunikation i løbet af første leveår, gennemsnitligt har flere bemærkninger til trivsel og udvikling end børn, der ikke har bemærkninger til sprog og kommunikation.

Data stammer fra sundhedsplejerskers journaldata på alle undersøgte børn i følgende kommuner: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, København, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Der indgår i alt data om 29.815 børn født i 2015.

Resultaterne kan sammenfattes i fire hovedfund. Det **første** er, at 4,5 % af børnene har bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Kun meget få børn, nemlig 0,5 %, har bemærkning til sprog og kommunikation ved mere end ét besøg i første leveår.

Det **andet** hovedfund er, at der er mange risikofaktorer for at have bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Her nævnes kun de risikofaktorer, som fremkommer i de kontrollerede analyser, det vil sige i de analyser, der er renset for indflydelse af andre faktorer:

Sociodemografiske faktorer: Børn af forældre, der er indvandrere eller efterkommere, børn, hvis forældres højeste gennemførte uddannelse er en erhvervsfaglig uddannelse eller grundskole og





børn, hvor den ene forælder eller begge forældre er uden for erhverv, har en øget risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i barnets første leveår.

Faktorer relateret til fødslen: Børn, der er tidligt født (før uge 37), børn, der er født med lav fødselsvægt (< 2.500 gram), børn, der er født ved kejsersnit, børn, der ikke er det førstefødte barn, samt børn, der er født med en medfødt misdannelse, har en øget risiko for at have en bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i barnets første leveår.

Sanser: Børn, der har bemærkninger til hørelsen og/eller synet i TM Sund journalen eller sanserne i NOVAX journalen i første leveår, har betydelig større risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i barnets første leveår end børn, der ikke har bemærkninger hertil.

Trivsel og udvikling: Børn, der er undervægtige, og børn, der har bemærkninger til deres motorik eller en bemærkning til deres søvn i første leveår, har øget risiko for at have en bemærkning til deres sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Analyserne viser desuden en øget risiko for at have en bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår blandt børn, der har en bemærkning til deres signaler og reaktioner, en bemærkning til uro/gråd, en bemærkning til ernæring og spising og for børn med en bemærkning til øje/hånd-koordinationen.

Det **tredje** hovedfund er, at der er en øget risiko for at have en bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår blandt

børn, hvor sundhedsplejersken har noteret en bemærkning til forældre-barn relationen og blandt de børn, hvor der er noteret en bemærkning til samværet og kontakten mellem barnet og forældrene. Blandt de børn, hvor sundhedsplejersken har noteret en bemærkning til sin egen kontakt med barnet, ses der ligeledes en højere andel af børn med en bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår.

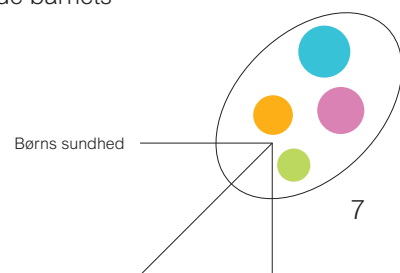
Det **fjerde** hovedfund er, at der er en sammenhæng mellem forældrenes mentale helbred og barnets risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation. Børn, hvis mødre har en mulig efterfødselsreaktion (vurderet ud fra Edinburgh skalaen) har en øget risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Børn, hvis mødre og/eller fædre har mindst én bemærkning til deres psykiske tilstand i første leveår, har ligeledes større risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation.

Konklusion: Blandt børn født i Danmark i 2015 havde omkring 4,5 % af alle nyfødte bemærkning til deres sprog og kommunikation ved mindst ét besøg af sundhedsplejersken i første leveår. Det kan tyde på, at hvert tyvende barn ikke har haft en alderstilsvarende sproglig og kommunikativ udvikling. Data tyder på, at det er ikke tilfældigt hvilke børn, der får bemærkninger til sprog og kommunikation i første leveår. Flere sociodemografiske faktorer og forhold relateret til fødslen viser sammenhæng med bemærkninger fra sundhedsplejersken om sprog- og kommunikationsproblemer. Derudover har børn med en bemærkning til forældre-barn kontakten og børn til forældre med en bemærkning til deres



psykiske tilstand oftere sprog- og kommunikationsvanskeligheder i første leveår. Børn med en bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår har gennemsnitligt flere bemærkninger til deres trivsel og udvikling end børn, der ikke har bemærkning til deres sprog- og kommunikationsevner.

Opgørelsen tyder på, at det er vigtigt med et øget fokus på sprog- og kommunikationsproblemer allerede i barnets første leveår. Der ses derfor et stort behov for at fortsætte og sikre kvaliteten af den indsats, som sundhedsplejersken og andre gør for at fremme og fastholde barnets sunde sproglige udvikling.



1. Introduktion



I forbindelse med pædagogiske læreplaner og sprogvurderinger af børn er der politisk kommet en øget opmærksomhed på barnets tidlige sprogtiltagelse (Bleses 2010). Det er der en god grund til, eftersom barnets sprog- og kommunikationsudvikling har stor betydning for dets trivsel og senere sociale og faglige færdigheder (Windsor et al. 2009). Kommunikation er en kognitiv og social adfærd, der udvikler sig over tid (Windsor et al. 2009), og allerede når barnet bliver født, begynder de kommunikative evner at udvikle sig (Center for Børneliv 2016a; Bleses 2010). Det betyder, at sprog- og kommunikationsvanskelighederne kan starte, før barnet begynder at bruge ord og sætninger, og at børn allerede tidligt i livet kan begynde at sakke bagud sprogligt (Windsor et al. 2009; Bleses 2010). Derudover kan sprogvanskeligheder være en tidlig indikator på udviklingsforstyrrelser i form af dysfasi (langsom eller forsinket sprogudvikling), autisme og ADHD (Sundhedsstyrelsen 2011; Gillberg 2010; Center for Børneliv 2016b).

Selvom det kan være svært at opspore forsinket sprogudvikling hos små børn (Windsor et al. 2009), understreger flere studier, at det er vigtigt med tidlig opsporing, diagnose og behandling for at forebygge, at barnets kommunikative afvigelser medfører senere vanskeligheder (Kristensen 2016; Young et al. 2002). Hertil tyder forskning på, at jo tidligere indsatser sættes ind, jo større udbytte er der af dem (Bleses 2010; Heckman 2008).

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 mange børn og har derfor oftest en erfaring, der gør, at hun kan opfange tidlige signaler på manglende sprogudvikling hos barnet. Ligeledes kan sundhedsplejersken give nybagte forældre vejledning i, hvordan de skaber et rigt sprogmiljø for deres nye barn (Bleses 2010).

2. Barnets sprog og kommunikation i første leveår

Allerede når nyfødte babyer kommer til verden, har de erfaring med sproglyde, da fosteret i de sidste måneder af graviditeten begynder at registrere deres mors stemme, intonation og rytme (Madsen 2009; Servicestyrelsen 2011a). Flere studier viser i den forbindelse, at spædbørn registrerer og genkender lyde fra før, de blev født. Blandt andet har DeCasper & Spence (1986), på baggrund af målinger af barnets sutte hastighed, dokumenteret, at nyfødte børn foretrækker at lytte til en historie, som de har fået læst højt af moren inden for de sidste seks uger før fødslen, frem for en tilsvarende historie, som de ikke har hørt tidligere (DeDecasper & Spence 1986). Studier har ligeledes vist, at spædbørn foretrækker at lytte til deres mors stemme frem for en anden kvindestemme. Faktisk foretrækker nyfødte børn at lytte til en version af sin mors stemme, som den lød, da barnet lå inde i morens mave (Madsen 2009). Derudover viser studier, at spædbørn generelt foretrækker kvindestemmer frem for mandestemmer, og at de foretrækker at lytte til sit modersmål frem for andre sprog, der har en anden talerytme end modersmålet (Bleses & Højen 2009).

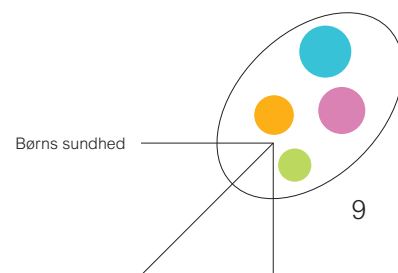
Spædbørns før-sproglige kommunikation er nonverbal. Især fire typer af adfærd er tæt relateret til barnets sprogtilegnelse: øjenkontakt, turtagning, gestik og fælles opmærksomhed. Disse er alle mulige at fremme og understøtte som forælder eller sundhedsplejerske, og vil derfor blive beskrevet nærmere.

Øjenkontakt spiller en vigtig rolle i barnets sociale og kommunikative udvikling. Studier viser, at nyfødte børn foretrækker at kigge på ansigter, hvor den voksne holder øjenkontakt, frem for at kigge på ansigter, hvor den voksne kigger væk.

Hos fire måneder gamle børn har man sporet forøget hjerneaktivitet, når de bliver kigget direkte i øjnene. I psykologien har man i lang tid betragtet mor-barn-øjenkontakt som en positiv interaktion, der både fremmer det følelsesmæssige forhold mellem mor og barn og skaber grundlag for social interaktion mellem barnet og andre (Markussen-Brown 2017).

Turtagning: Ikke lang tid efter barnet er født, begynder det at sige gladlydende vokaliseringer (kurren). De fleste forældre svarer på disse med deres egne kurren, og når barnet er cirka otte uger gammel, udvikler det evnen til at tage tur. Det betyder, at barnet svarer på forælders vokaliseringer og efterfølgende venter på at få et svar. Turtagning er et grundlæggende aspekt af samtale og menneskelig kommunikation i det hele taget og skaber rammerne for barnets tidlige kommunikationsforsøg (Markussen-Brown 2017).

Gestik: Inden børn begynder at bruge sprog, bruger de gestik til at kommunikere og få den voksnes opmærksomhed (Markussen-Brown 2017). En gestikulation er en fysisk bevægelse, der har et kommunikativt formål. Gestikulationer kan være før-sproglig og optræde som erstatning for talesproget, eller kan anvendes som supplement til talesproget, hvor de kan forstærke et udsagn. For eksempel når barnet siget nej og ryster på hovedet (Bylander & Krogh 2014). En række undersøgelser finder, at der er sammenhæng mellem barnets tidlige brug af gestik og senere talesproglige udvikling (Markussen-Brown 2017). Et dansk studie har ligeledes påvist, at der er en forbindelse mellem børns udvikling af gestikulationer og deres senere ordforråd (Slott 2009).





Fælles opmærksomhed foregår, når en person gør en anden opmærksom på et objekt, og de betragter objektet sammen. Børn bliver ikke født med evnen til at indgå i fælles opmærksomhed med andre. Det er en adfærd, der udvikler sig over tid, og som starter med, at barnet kigger i den samme retning som andre (Markussen-Brown 2017). Den fælles opmærksomhed forekommer eksempelvis, når en voksen, efter at have fået barnets opmærksomhed, peger på et objekt, og barnet reagerer herpå. Barnets evne til at reagere på den voksnes pegen begynder at udvikle sig, fra barnet er ni måneder gammelt, og er afhængig af, hvor langt væk objektet er placeret, og hvem der kommunikerer med. Barnets evne til at opnå fælles opmærksomhed, hvor barnet gennem øjenkontakt, gestik og lyde opnår lytterens opmærksomhed, begynder at udvikle sig omkring 12-månedersalderen (Windsor et al. 2009).

De fire pludrefaser

Barnets verbale sprog udvikles på baggrund af fire pludrefaser: refleksiv vokalisering, kurren, vokalisk pludren og kanonisk pludren. På trods af meget forskellige opvækstbetingelser og stor individuel variation i hastigheden, hvormed børn tilegner sig deres modersmål, tyder meget på, at børn passerer de samme stadier i deres sproglige udvikling, fra refleksiv vokalisering til de senere ord (Madsen 2009). Med andre ord er pludren en generel del af barnets sprogudvikling, og lydinventaret har en stor lighed, uanset hvilket sprogmiljø barnet vokser op i. En dansk undersøgelse viser, at tosprogede børn begynder at pludre på omtrent samme tidspunkt som ét sprogede børn (Højen 2009). Atypisk pludren kan være en tidlig indikator på en sproglig udfordring (Bylander & Krogh 2014), og derfor vil

pludrefaserne blive beskrevet nærmere:

Refleksiv vokalisering (0-2 mdr.) er karakteriseret ved de lyde, barnet frembringer igennem taleorganet. Lydene er knyttet til barnets reflekser på ydre stimuli som fx sult, varme, fyldt ble eller smerte. Der er primært tale om gråd, skrig og gurglelignende lyde (Madsen 2009; Boye & Rasmussen 2011; Bylander & Krogh 2014).

Kurren (2-4 mdr.): Når barnet er omkring to måneder, begynder det at vokalisere i andet end behovssituationer, og dermed udtrykke velbehag gennem forskellige kurrelyde. Det betyder, at barnet begynder at producere grin, klukkelyde samt at pludre med gentagelser (såsom "gaga" og "baba"). Disse lyde er ofte som respons på andre menneskers smil og tale. Barnet begynder også tydeligt at interagere med omgivelserne med hele kroppen (Madsen 2009; Boye & Rasmussen 2011; Bylander & Krogh 2014).

Vokalisk pludren (4-7 mdr.): Barnet har nu fået de første erfaringer med at frembringe forskellige lyde, og det får begyndende kontrol over taleorganerne. Det betyder, at barnet begynder at eksperimentere med at producere lyde forskellige steder i munden og leger med sprogets vokallyde ("aaaa", "iiiiii"). I slutningen af perioden udvikles dette til konsonant-vokallyde, fordi barnet begynder at lukke munden ("mmmmaaaa", "mimimi"). I denne periode er barnet meget optaget af at være i dialog med andre i den børnetilpassede dialog (Madsen 2009; Boye & Rasmussen 2011; Bylander & Krogh 2014).

Kanonisk pludren (7-12 mdr.): Der er nu tale om en stadig mere sproglignende pludren. Den



kanoniske pludren udvikler sig hen imod sprogligende lyde, hvor børnene pludrer i stavelser ("mama", "dada"), som omgivelserne fortolker som ord for mor, mad eller far. Børnene begynder at smække tungen bag ved fortænderne ("deeeerr", "deeer") og når de kan sætte tryk på et pust, udvikler d-lyden sig til et t ("taah", "taaah"). Børnene begynder at koble konsonanter og vokaler og laver de første ord, som ofte er forenklede og reducerede i deres struktur. Med varierede konsonanter og vokaler i foranderlige stavelsekombinationer får børnene lydstrengene til at ligne ord (Madsen 2009; Boye & Rasmussen 2011). Barnets første ord kommer, når de er omkring et år, men mange børn forstår langt flere ord, end de kan udtale (Windsor et al. 2009; Bleses 2010).

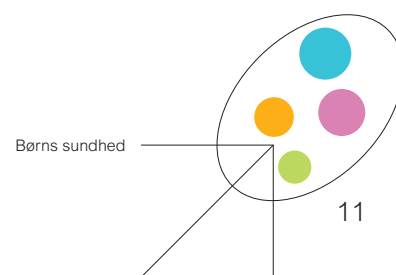
Hvordan understøtter man bedst barnets kommunikative og sproglige udvikling

Udvikling af spædbarnets kommunikative adfærd muliggør, at den voksne kan begynde at reagere konsekvent på barnets signaler, og der kan dermed forekomme en forsættelig kommunikation mellem spædbarnet og den voksne. De konsistente og forudsigelige reaktioner fra voksne påvirker barnets tidlige kommunikative evner, og børns sprogtilegnelse er således tæt forbundet med deres sociale miljø (Windsor et al. 2009; Bleses 2010). Et barns sprog stimuleres og udvikles bedst, ved at forældrene tilpasser deres sprog til barnets niveau og samtidig udfordrer barnets sproglige kompetencer ved at inddrage dem i sproglige interaktioner, selv inden barnet kan tale (Bleses 2010).

Børnetilpasset tale (Child-directed speech) ser ud til at være understøttende for barnets sprogtilegnelse. Børnetilpasset tale er den

taleform, som mange voksne bruger, når de taler til spædbørn. Taleformen er karakteriseret ved et højt toneleje, korte sætninger, langsom tale samt mange gentagelser (Schwab & Lew-Williams 2016). Studier finder, at spædbørn lærer lettere, hvis de bliver tiltalt med børnetilpasset tale, end hvis de bliver tiltalt i et voksentilpasset sprog (karakteriseret af et monotomt sprog, lange sætninger og få gentagelser af de enkelte ord). Undersøgelser viser ligeledes, at børn foretrækker børnetilpasset tale, indtil de er cirka seks måneder gamle (Söderstrom 2006; Schwab & Lew-Williams 2016).

De følelser, som den voksne lægger ind i samtalen, har stor betydning for, om samspillet mellem det lille barn og den voksne kan fungere. Smil, blikke, bløde, milde og kærlige stemmer samt et højt toneleje henleder barnets opmærksomhed på samtaleparteneren, og barnet svarer med smil og pludrellyde. Øjenkontakten er som tidligere beskrevet væsentlig for, at kommunikationen fungerer. Børn, som får for lidt øjenkontakt, kan blive forsinket i talesprogsudviklingen. Foruden øjenkontakten reagerer børn tidligt på forskellige stemmer. Barske, kolde eller vrede stemmer kan få barnet til at græde eller afbryde samspillet mellem den voksne og barnet (Svensson 2001). Det er derudover vigtigt at have for øje, at spædbørn også er aktive deltagere i deres egen sproglæring. Positiv respons fra barnet øger sandsynligheden for respons fra den voksne og omvendt (Schwab & Lew-Williams 2016). Hyppig daglig stimulation via interaktion mellem barn og forældre er vigtigt for barnets sproglige udvikling. Forældre med et andet modersmål end dansk, gør dette bedst på deres stærkeste sprog uanset om dette er deres modersmål eller ej (Bylander & Krogh 2014).





Udbredelsen af kommunikationsvanskeligheder

Med udgangspunkt i en standardiseret undersøgelsesmetode konkluderer et nyligt dansk studie, at 10,1 % af drengene og 8,3 % af pigerne i ni- til timånedersalderen har ét eller flere sprogproblemer (Ammitzbøll et al. 2016). Disse sprogproblemer kan enten komme til udtryk ved manglende sprogforståelse eller sprogligt udtryk. Derudover viser det danske studie, at 20,7 % af børnene i ni- til timånedersalderen har kommunikations- og interaktionsproblemer, hvilket kommer til udtryk i form af manglende evne til fælles opmærksomhed, øjenkontakt, kontaktsmil m.m. (Ammitzbøll et al. 2016).

Et australsk studie af fireårige børn finder, at 20,6 % har en lav sprogstatus, målt ud fra en klinisk evaluering af børnehavebørns sprog, mens 17,2 % har dysfasi (Reilly et al. 2010). Forekomsten i dette studie er høj sammenlignet med andre udenlandske studier. Et amerikansk studie af étsprogede, engelsktalende børnehavebørn finder eksempelvis, at 7,4 % af børnene har dysfasi (Tomblin et al. 1997). Ligeledes viser et review (systematisk gennemgang af den foreliggende forskning) fra år 2000, at andelen af to- til syvårige børn med tale- og sprogforsinkelser varierer fra 2,3 % til 16,0 %. Reviewet tydeliggør, at forekomsten af kommunikations- og sprogvanskeligheder hos børn varierer meget efter hvilken definition og målemetode, der anvendes (Law et al. 2000).

Vigtigheden af barnets kommunikative udvikling

Flere studier viser, at tidlige kommunikationsevner øger chancen for gode kommunikations- og sprogfærdigheder senere i livet (Iverson &



Goldin-Meadow 2005; Bavin et al. 2008; Caselli & Rinaldi 2012; Kawai et al. 2016; Windsor et al. 2009). Blandt andet understreger studier, at især barnets brug af ikke-verbal kommunikation, herunder gestik, har betydning for deres kommunikationsudvikling (Iverson & Goldin-Meadow 2005; Bavin et al. 2008; Kawai et al. 2016). Det skyldes, at barnet ved brug af gestik lærer at kommunikere information og at interagere, allerede inden de kan udtrykke sig verbalt. Barnets tidlige kommunikation faciliterer således barnets sprogindlæring (Iverson & Goldin-Meadow 2005).

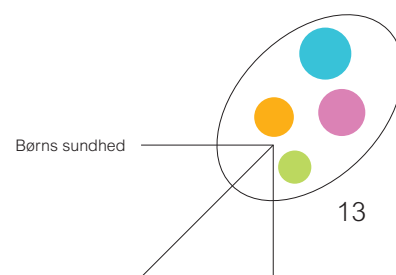
Undersøgelser viser ligeledes, at børn med dårlige kommunikations- og sprogfærdigheder har en øget risiko for senere sprogvanskeligheder (Reilly et al. 2006; Servicestyrelsen 2011a; Law et al. 2000). Blandt andet tydeliggør Servicestyrelsen i en rapport baseret på tidligere undersøgelser, at 77 % af børnene med både produktive (at få sproget ud) og receptive (at få sproget ind) sprogforsinkelser får senere sproglige problemer. Denne procentdel falder til 43 % for børn med produktive sprogproblemer og 41 % for børn med receptive sprogproblemer. Dog understreger rapporten, at sammenhængen mellem tidlig og sen sprogtilegnelse ikke er stabil for alle børn. Det betyder, at børn med tidlige sprogvanskeligheder ikke nødvendigvis får sprogproblemer senere, mens børn uden tidlige tegn på sprogproblemer kan opleve senere vanskeligheder. Det understreges derfor, at man ikke kun skal fokusere på børn med tidlige sprog- og kommunikationsproblemer, men at det er vigtigt, at man er ekstra opmærksom på børn, der er identificeret med en sproglig forsinkelse i en tidlig alder (Servicestyrelsen 2011a; Servicestyrelsen 2011b). Undersøgelser peger på, at tidlig sproglig forsinkelse formentlig er det mest

sikre tegn på vedvarende sproglige problemer (Bleses 2010).

Forskningen viser desuden, at der er en sammenhæng mellem barnets tidlige sprogegenskaber og hvordan, barnet klarer sig uddannelsesmæssigt. Det skyldes, at børns tidlige sprogtilegnelse danner fundamentet for barnets indlæring ved skolestart (Bleses 2010). Sproglige forsinkelser øger risikoen for at udvikle læse- og skrivevanskeligheder, hvilket påvirker barnets udbytte af grundskolen. Sprogvanskelighederne kan i værste tilfælde forfølge børnene gennem hele deres skolegang og gøre det vanskeligt at gennemføre en uddannelse (Servicestyrelsen 2011b; Bleses 2010).

Derudover er kommunikations- og sprogegenskaber vigtige for at kunne indgå i sociale fællesskaber og undgå social isolation (Kristensen 2016). Den videnskabelige litteratur viser, at børn med sproglige problemer kan få kommunikationsvanskeligheder, der kan påvirke barnets selvværd og sociale kompetencer. Kommunikationsvanskelighederne kan give barnet problemer med forhandling og konfliktløsning, og med at sætte sig ind i andres perspektiv (Servicestyrelsen 2011b).

Sammenfattende er der således meget viden, der understreger vigtigheden af børns tidlige sprog og kommunikationskompetencer og betydningen af tidlig opsporing af sprog- og kommunikationsvanskeligheder. Der er derfor mange gode argumenter for at fokusere på barnets sprog og kommunikation så tidligt som muligt.





3. Prædiktorer for sprog- og kommunikationsvanskeligheder

Der er en del videnskabelige studier om faktorer, der viser en sammenhæng med kommunikations- og sprogvanskeligheder hos børn. I det følgende gennemgår vi en række udvalgte studier, der viser nogle af disse forhold. Litteraturgennemgangen koncentrerer sig primært om studier fra den vestlige kulturkreds, da studier fra tredjeverdenslande kan have begrænset validitet i Danmark.

Kønsforskelle: Flere studier har vist, at drengebørn har en øget risiko for sprog- og kommunikationsvanskeligheder sammenlignet med piger (Ammitzbøll et al. 2016; Bleses 2010; Reilly et al. 2010; Horwitz et al. 2003; Tomblin et al. 1997). Det tydeliggøres eksempelvis i et amerikansk studie, der blandt andet undersøger sprogforsinkelser hos børn i tolv- til syttenmånedersalderen. Studiet viser en signifikant øget risiko for forsinkede sprogkundskaber hos drenge (19,2 %) sammenlignet med piger (7,9 %) (Horwitz et al. 2003). Ligeledes viser Reilly et al. (2010), at piger i fireårsalderen i gennemsnit får en højere sprogscore end drenge (Reilly et al. 2010). Hvorvidt kønsforskellene skyldes biologiske- eller rapporteringsforskelle er ikke klart (Windsor et al. 2009).

Forhold relateret til fødslen: Ammitzbøll et al. (2016), der undersøger psykosocial udvikling og funktion hos børn i ni- til timånedersalderen, finder, at for tidlig fødsel og lav fødselsvægt øger risikoen for senere sprogproblemer. Til gengæld ses der i dette danske studie ikke nogen signifikant sammenhæng mellem barnets apgarscore og barnets risiko for at have sprogproblemer ved ni- til timånedersalderen (Ammitzbøll et al. 2016).

Flere studier finder, at tvillinger har en øget risiko for sprogvanskeligheder (Rutter et al. 2003; Thorpe 2006; Reilly et al. 2006). Studierne finder, at forskellen i sprogniveauet mellem tvillinger og enkeltfødte ikke er associeret med forhold relateret til fødslen (Rutter et al. 2003; Thorpe 2006). Sprogforsinkelser hos tvillinger menes derimod at skyldes et dårligere sprogmiljø, da tvillinger oftere oplever afbrydelser og mindre individuelt rettet interaktion end enkeltfødte. Derudover bruger tvillinger mere tid sammen med søskende på samme udviklingsmæssige niveau. Derfor bør der fokuseres på at give tvillinger et mere sprogstimulerende miljø både i og uden for hjemmet (Thorpe 2006).

Forældres uddannelse: Flere studier finder, at børn af lavtuddannede forældre har en øget risiko for at have sprogvanskeligheder (Reilly et al. 2010; Højen & Bleses 2012; Servicestyrelsen 2011b; Horwitz et al. 2003). En mulig forklaring herpå er, at uddannelsesniveaue kan have betydning for kvaliteten af samtalerne mellem mor og barn, idet mødre med lav eller ingen uddannelse gennemsnitligt er mindre interaktive og varierede i deres sprog (Servicestyrelsen 2011b). Derudover tyder undersøgelser på, at jo mere viden forældrene har om, hvad der påvirker barnets generelle udvikling, hvilket blandt andet hænger sammen med forældrenes uddannelsesniveau, jo bedre et sprogmiljø kan de tilbyde barnet (Bleses 2010).

Socioøkonomi: Et amerikansk studie viser, at børn fra familier med høj socioøkonomisk status i højere grad anvender gestik, når de er 14 måneder, hvilket medfører et bedre ordforråd, når barnet er 54 måneder. Studiet understreger, at denne forskel skyldes, at forældre med en



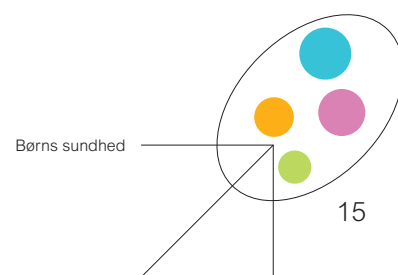
høj socioøkonomisk status i højere grad end forældre med en lavere socioøkonomisk status bruger gestik til at kommunikere en bred vifte af betydninger, hvilket smitter af på barnets kommunikations- og sprogudvikling. Det betyder også, at børn fra familier med en lav socioøkonomisk status i gennemsnit starter i skole med et mindre ordforråd end børn fra familier med en høj socioøkonomisk status (Rowe & Goldin-Meadow 2009). Hertil understreger en forskningskortlægning fra Servicestyrelsen, at en dårlig socioøkonomisk status kan øge stress i familien og dermed forstyrre kvaliteten af forholdet mellem forælder og barn (Servicestyrelsen 2011b).

Etnisk herkomst: Tamis-LeMonda et al. (2012) finder, at der er forskel på, hvordan mødre med forskellig etnisk herkomst kommunikerer med deres børn i forhold til, hvor meget de gør brug af gestik, og hvordan de taler til barnet, hvilket påvirker barnets kommunikations- og sprogegenskaber (Tamis-LeMonda et al. 2012). Flere undersøgelser viser endvidere, at børn med en tosproget baggrund har dårligere sprogkundskaber end étsprogede børn (Højen & Bleses 2012; Servicestyrelsen 2011a). Det skyldes blandt andet, at det tager længere tid at lære to sprog end ét, og at mange tosprogede børn, primært fra ikke-vestlige lande, kommer fra familier, der har økonomiske og sociale problemer og en lavere uddannelsesbaggrund (Servicestyrelsen 2011b). Dermed kan der både argumenteres for, at det kan være den sociale baggrund, der giver anledning til større problemer med tosprogethed, og samtidig at det blot er vanskeligere at lære to sprog end ét, hvilket kan give sprogforsinkelser. Bleses og Højen (2012) finder, at børn i flersprogede kontekster med vestlig baggrund scorer højere i sprogvurderingen end børn med en ikke-

vestlig baggrund, også når man kontrollerer for socioøkonomiske faktorer (Højen & Bleses 2012).

Søskende: Antallet af søskende påvirker sprogtilegnelsen, idet enebørn ser ud til at have tilegnelsesmæssige fordele. Det gælder oftest i forhold til tilegnelse af ordforrådet. Fordelen forklares ved, at enebørn har større adgang til kommunikative interaktioner med voksne og er udsat for mere børnetilpasset tale. Denne fordel ser dog ud til at forsvinde, hvis der dukker søskende op på hjemmearenaen (Bleses et al. 2008). Andre studier viser derimod, at flerbørnsfamilier kan have en positiv effekt på børns sprogtilegnelse, da barn nummer to kan lære meget sprog af deres ældre søskende. Børnene får nemlig andre typer af input fra deres større søskende, fordi søskende taler anderledes end forældre. Det kræver dog, at deres søskende er gode sproglige rollemodeller (Bylander & Krogh 2014).

Forælder-barn interaktion: Forældre spiller en stor rolle i forhold til barnets sprogudvikling (Bleses et al. 2015). Undersøgelser viser, at der er en sammenhæng mellem forælder-barn interaktionen og barnets sproglige udvikling. Blandt andet har hyppigheden og responsiviteten af den sociale interaktion mellem barnet og forælderen indflydelse på barnets sproglige resultater og udvikling (Windsor et al. 2009). Tamis-LeMonda et al. (2012) understreger, at de kommunikative interaktioner mellem moren og spædbarnet er grundlæggende for spædbarnets læring og udvikling. Blandt andet viser studiet, at mors brug af gestik og referentielt sprog, hvor moren ved hjælp af fagter refererer til bestemte objekter, påvirker i hvilken grad, barnet anvender gestik og sprog (Tamis-LeMonda et al. 2012).





Mors og fars helbred: Forhold, såsom mors og fars helbred, kan påvirke forælder-barn kontakten, der er vigtig for barnets sprog- og kommunikationsudvikling. Flere studier viser, at depressive symptomer hos moren kan påvirke spædbarnets kommunikationsfærdigheder (Kawai et al. 2016; Sohr-Preston & Scaramella 2006). I et review fra 2006 tydeliggøres det, hvilken indvirkning morens depressive symptomer kan have på barnets kognitive og sproglige udvikling gennem den tidlige barndom. Reviewet understreger, at depressive symptomer hos moren, uanset om de er fundet i den prænatale periode, postpartum periode eller er kroniske, øger risikoen for, at barnet får senere sproglige vanskeligheder og forsinkelser. Det skyldes, at depressionen muligvis forstyrrer evnen til at reagere følsomt og konsekvent over tid. Hvis moren er negativ, synes det at mindske spædbarnets motivation og interesse i at kommunikere. Samtidig viser reviewet, at deprimerede mødre bruger mindre spædbørnsrettet tale end ikke-deprimerede mødre, hvilket kan påvirke barnets indlæring. Ved at inddrage ikke-deprimerede fædre eller andre voksne tidligt i barnets liv kan vanskelighederne muligvis forebygges eller mindskes (Sohr-Preston & Scaramella 2006).

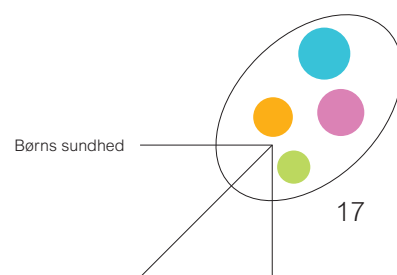
Genetiske og biologiske forudsætninger: Der eksisterer desuden en forståelse af, at sprogproblemer kan være genetisk betingede og dermed arvelige. Undersøgelser viser, at der er en lille sammenhæng mellem sprogproblemer i familien og lignende problemer hos barnet. Det betyder, at tidligere sprogproblemer hos eksempelvis forældrene øger risikoen for, at barnet får lignende vanskeligheder (Servicestyrelsen 2011a; Servicestyrelsen 2011b; Reilly et al. 2007; Reilly et al. 2006). Blandt andet har Tallal et al. (2001) undersøgt, om sproglige forsinkelser/problemer i familien kan bruges til at forudsige, om barnet får lignende sprogvanskeligheder. Studiet viser, at der er en øget risiko for sprogvanskeligheder, hvis én eller flere i familien er sprogsvækkede (Tallal et al. 2001). Et stærkt sprogligt miljø kan i disse tilfælde være med til at forhindre, at barnet får sprogvanskeligheder, selvom barnet er arveligt disponeret (Servicestyrelsen 2011b). Barnets sprogudvikling kan således siges både at være påvirket af arv og miljø.

Helbred, sygdom og funktionsnedsættelser kan spille en rolle for barnets tilegnelse af sproget. Når det gælder det lille barns hørelse, viser forskningen om sammenhængen mellem mellemørebetændelse, væske i mellemøret og børns sproglige udvikling ikke entydige resultater. Nogle studier finder en negativ sammenhæng, mens andre ikke finder en langsigtet effekt (Ucléles et al. 2012). Et tysk studie viser eksempelvis, at mellemørebetændelse som lille ikke har negative konsekvenser for barnet, når det bliver syv, hvad angår sprogforståelsen og sprogproduktionen (Zumach et al. 2011).



Synet er en væsentlig faktor for verbal sprog-tilegnelse, blandt andet fordi gestik understøtter den tidlige sprogtilegnelse. Blinde børn kan derfor være længere tid om at tilegne sig ord end seende børn. Det skyldes, at de ikke kan tage synet til hjælp, men må gøre sig erfaringer ved at føle, røre og høre (Bylander & Krog 2014).

Litteraturen viser således, at barnets kommunikationsfærdigheder udvikler sig enormt i løbet af det første leveår, og at disse færdigheder har stor betydning for barnets senere sprogudvikling og trivsel. Selvom der kun er få studier, der estimerer forekomsten af sprog- og kommunikationsvanskeligheder hos nul- til etårige børn, er de fremlagte prævalenser med til at indikere, at der er relativt mange børn med vanskeligheder, og at emnet omkring nul- til etårige børns sprog og kommunikation er relevant at belyse og sætte fokus på. Derudover foreligger der en del forskning om sprog og kommunikation i første leveår, men megen af denne forskning er baseret på mindre og ikke-repræsentative studier. Desuden er de fleste studier emnemæssigt begrænsede, det vil sige, at man ikke kan se hele spektret af prædiktorer og vanskeligheder forbundet med sprog- og kommunikationsproblemer i første leveår. Derfor er der behov for yderligere studier, hvor man ser sprog- og kommunikationsproblemer i relation til hele udviklingen i første leveår, og for viden baseret på store repræsentative datamaterialer med data indsamlet af fagpersoner, der vurderer hvert enkelt barn. Det er netop styrken ved Databasen Børns Sundhed, at den kan levere en sådan opgørelse om danske børn i vor tid. Denne rapport vil bringe de sidste nye oplysninger om sprog- og kommunikationsudviklingen hos nul-etårige børn, der er født i 2015.





3.1 Formål

Formålet med rapporten er at udnytte sundhedsplejerskebaserede data til at bidrage med ny viden til tidlig opsporing af sprog- og kommunikationsvanskeligheder i første leveår, baseret på en stor population af børn. Rapporten har fire konkrete formål; 1) at beskrive forekomsten af bemærkninger til sprog og kommunikation i første leveår i sundhedsplejerskens journaler, herunder udviklingen over tid og variationer mellem kommunerne,

2) at undersøge hvilke forhold i barnets første leveår, der er associeret med bemærkninger til sprog og kommunikation i første leveår, 3) at undersøge, om der er sammenhæng mellem efterfødselsreaktioner og bemærkninger til mors og fars psykiske tilstand og barnets sprog og kommunikation i første leveår, og 4) at undersøge om børn, der har bemærkninger til kommunikation og sprog i løbet af første leveår, gennemsnitligt har flere bemærkninger til deres trivsel og udvikling end børn, der ikke har bemærkninger til deres sprog og kommunikation.



4. Data og metode

4.1 Sundhedsplejerskernes virke

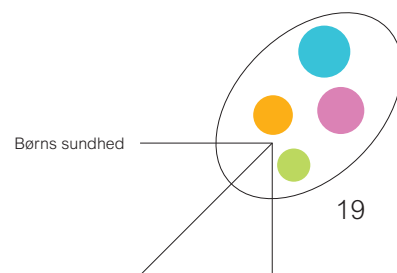
Det er sundhedsplejens opgave at føre tilsyn og monitorere barnets fysiske og psykiske helbreds-tilstand samt at tilbyde oplysning og vejledning til børn og forældre med henblik på at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed og trivsel (Sundhedsstyrelsen 2011). Det er en naturlig del af sundhedsplejens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

4.2 Databasen Børns Sundhed

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

Data i Databasen Børns Sundhed er indhentet ved brug af to kvalitetsudviklede sundhedsplejerskejournaler, en udarbejdet til TM Sund-journalsystemet og en udviklet til NOVAX-journalsystemet. I begge journaler følger sundhedsplejerskerne en ensartet praksis og noterer systematisk sammenlignelige data om barnet, familien og sundhedsplejens ydelser. Brugen af journalerne er beskrevet i en detaljeret manual, der løbende justeres og opdateres.

Data indsamles ved fire sundhedsplejerskebesøg, som er placeret på centrale tidspunkter for spædbarnets udvikling og tilknytning: A-besøget (første hjemmebesøg efter barnets fødsel eller barselbesøget), 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. Når vi benytter data til analyser af børns sundhed, herunder til denne rapport om sprog og kommunikation, er disse data fuldstændig anonyme. Det datasæt, som vi benytter til analyserne, rummer ikke oplysninger om navne eller CPR-numre, hverken om børnene, forældrene eller sundhedsplejerskerne, hvilket har medført nogle dataproblemer.

4.3 Datagrundlag

Denne rapport er opdelt i en temarapport om børns sprog og kommunikation og en årsrapport, der tegner en sundhedsprofil af børn født i 2015. Rapporterne bygger på data fra sundhedsplejerskejournaler og registerdata fra barnets første leveår. Følgende kommuner har indsendt data via udtræk fra elektroniske sundhedsplejerskejournaler: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov,

Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, København, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Disse kommuner har indsendt data om 29.815 nul- til etårige, der er født i 2015, og som har haft kontakt med sundhedsplejen. Det svarer til 51,2 procent af alle levendefødte børn i Danmark i 2015 (Statistikbanken.dk). Alle disse 29.815 børn indgår i årsrapporten. Temarapporten om sprog og kommunikation er baseret på lidt færre børn. I og med at sprog og kommunikation er hovedfokus for temarapporten, inddrager vi kun børn og kommuner, hvor der er noteret oplysninger om sprog og kommunikation. Blandt andet indgår Aalborg Kommune kun i den del, der omfatter årsrapporten. Temarapporten bygger således på data om 25.286 børn, svarende til 43,4 % af alle levendefødte i Danmark i 2015. Af tabel 1 fremgår det hvilke kommuner, der indgår i temarapporten, og hvor mange børn, der indgår fra de enkelte kommuner.

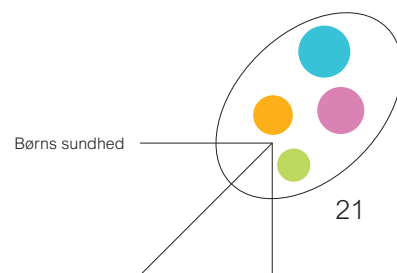
Det er andet år, at det er muligt at indrapportere data til Databasen Børns Sundhed for kommuner, der anvender NOVAX-journalsystemet. Sytten af de kommuner, der har indsendt data, anvender NOVAX-journalsystemet (Aalborg, Bornholm, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gladsaxe, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, København, Lyngby-Taarbæk, Ishøj, Rudersdal og Vallensbæk). Alle NOVAX-kommunerne har indsendt data til Databasen Børns Sundhed én gang før, med undtagelse af København og Aalborg, der deltager for første gang.



Table 1. Antal børn i temarapporten opdelt på kommune

| Kommune | Antal børn, der indgår i temarapporten | Andel børn med manglende oplysninger om sprog og kommunikation (%) |
|--------------------------|--|--|
| Aarhus Kommune | 4.275 | 4,0 |
| Albertslund Kommune | 297 | 1,7 |
| Allerød Kommune | 195 | 1,5 |
| Ballerup Kommune | 472 | 3,3 |
| Bornholms Regionskommune | 258 | 1,9 |
| Brøndby Kommune | 402 | 2,0 |
| Dragør Kommune | 122 | 0,0 |
| Egedal Kommune | 390 | 4,4 |
| Fredensborg Kommune | 349 | 1,4 |
| Frederiksberg Kommune | 1.360 | 8,9 |
| Frederikssund Kommune | 311 | 10,6 |
| Furesø Kommune | 360 | 9,8 |
| Gentofte Kommune | 691 | 3,1 |
| Gladsaxe Kommune | 671 | 3,7 |
| Glostrup Kommune | 235 | 0,8 |
| Gribskov Kommune | 208 | 23,3 |
| Halsnæs Kommune | 217 | 3,1 |
| Helsingør Kommune | 487 | 3,8 |
| Herlev Kommune | 329 | 0,9 |
| Hillerød Kommune | 388 | 15,1 |
| Hvidovre Kommune | 605 | 3,7 |
| Høje-Taastrup Kommune | 585 | 2,7 |
| Ishøj Kommune | 297 | 2,6 |
| Københavns Kommune | 7.832 | 15,3 |
| Lyngby-Taarbæk Kommune | 489 | 1,0 |
| Roskilde Kommune | 752 | 2,5 |
| Rudersdal Kommune | 492 | 2,8 |
| Rødovre Kommune | 467 | 2,1 |
| Tårnby Kommune | 465 | 1,9 |
| Vallensbæk Kommune | 179 | 2,2 |
| Vejle Kommune | 1.106 | 4,4 |
| Hele populationen | 25.286 | 8,1 |

De resterende kommuner (Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle) anvender TM Sund-journalsystemet. Tolv af disse kommuner har indsendt data mange gange tidligere, mens Aarhus, Allerød og Vejle har indsendt data to gange tidligere. Køge indgår ikke i rapporten i år, da de har skiftet journalsystem.





Tabel 2. Beskrivelse af sprog- og kommunikationsfærdigheder i NOVAX- og TM Sund-journalsystemerne

| | |
|------------------|--|
| B-besøget | NOVAX: Gråden er med variation. Pludrer i dialog. Giver tydelige tegn på sult, træthed og ønske om kontakt. |
| | TM Sund: Barnet smiler/kontaktstil. Barnet har opdaget sin egen stemme og pludrer med flere lyde. |
| C-besøget | NOVAX: Pludrer varieret. Griner og hviner. Laver læbelyde. |
| | TM Sund: Barnets eksperimenterer med (høje) lyde og kan pludre varieret og i dialog. Barnet lytter til stemmer. Barnet griner og hviner. |
| D-besøget | NOVAX: Reagerer på sit eget navn. Forstår enkelte ord og lyde. Mimik, giver tydeligt udtryk for glæde eller utilfredshed. Pludrer bevidst for at få opmærksomhed. Pludrer med mange lyde, i to stavelser og i varieret styrke og længde. Gentager forældrenes lyde. Afprøver stemmen. |
| | TM Sund: Barnet pludrer med mange lyde og i to stavelser, varieret styrke og længde. Barnet gentager forældrenes lyde og reagerer på sit eget navn samt forstår enkelte ord og lyde. Barnet anvender mimik og giver tydeligt udtryk for glæde og utilfredshed, griner og hviner. |

4.4 Variabelbeskrivelse

Dette afsnit beskriver temarapportens hovedvariabel sprog- og kommunikationsbemærkninger. En beskrivelse af rapportens øvrige variable ses sidst i rapporten i bilag 1.

Sprog- og kommunikationsbemærkninger registreres ved B- (to- til tremånedersalderen), C- (fire- til seksmånedersalderen) og D-besøget (otte- til timånedersalderen). Sundhedsplejersken registrerer i forbindelse med de tre hjemmebesøg, hvorvidt der er en bemærkning til barnets sprog- og kommunikationsudvikling. En bemærkning dækker over, at barnet ikke opfylder den forventelige sprog- og kommunikationsudvikling i forhold til alderstrinnet.

I tabel 2 ses en beskrivelse af, hvad henholdsvis NOVAX- og TM Sund-journalsystemerne er opmærksomme på, når de observerer barnets sproglige og kommunikative udvikling ved hvert af de tre besøg.

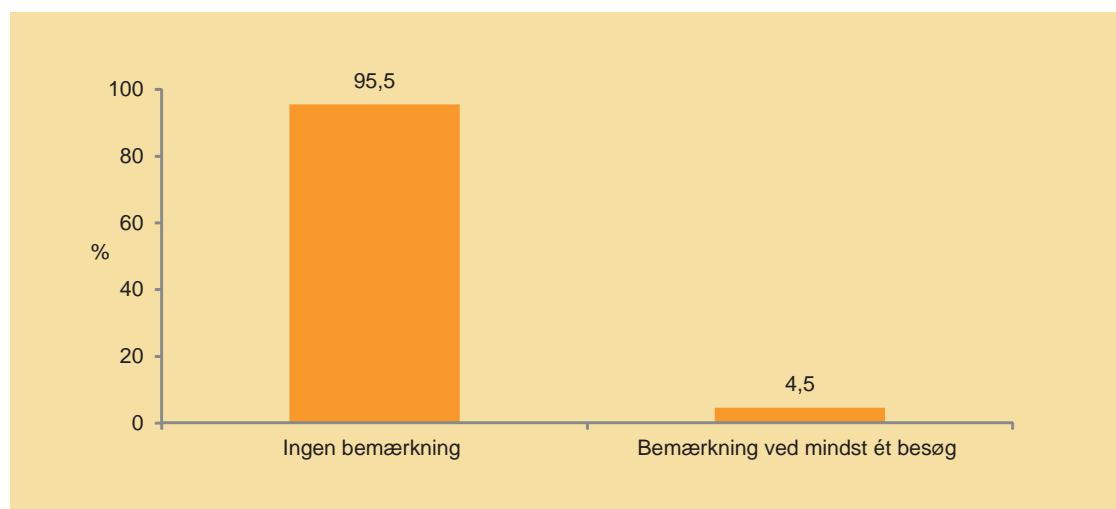
Selvom vejledningen til de to journalsystemer ikke er helt enslydende, er der konsensus om, at det ved B-besøget forventes, at barnet kan pludre med flere lyde. Ved C-besøget forventes det, at barnet pludrer varieret og i dialog, samt at barnet griner og hviner. Ved D-besøget forventes det, at barnet pludrer med mange lyde, i to stavelser og i varieret styrke og længde. Derudover forventes det ved D-besøget, at barnet reagerer på sit eget navn, gentager forældrenes lyde og forstår enkelte ord og lyde, samt at barnet gennem mimik giver tydeligt udtryk for glæde og utilfredshed (Databasen Børns Sundhed 2016; NOVAX 2017).

Når vi gennem resten af rapporten skriver, at barnet har bemærkning til forskellige faktorer, skal dette forstås sådan, at der er en bemærkning til faktoren ved mindst ét besøg i første leveår, medmindre andet fremgår.

5. Resultater



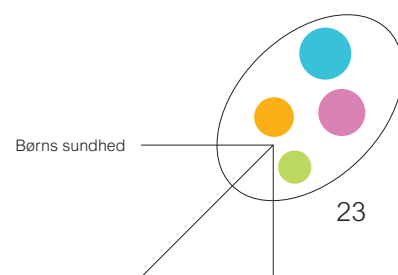
Figur 1. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår (N=25.286).



I dette afsnit præsenteres først forekomsten og udviklingen i andelen af børn med sprog- og kommunikationsbemærkninger i første leveår. Efterfølgende præsenteres variationen i sprog- og kommunikationsbemærkninger mellem kommunerne. Derefter fremlægges andelen af børn med sprog- og kommunikationsbemærkninger opdelt på sociodemografiske faktorer, faktorer relateret til fødslen, forhold relateret til sanser, faktorer relateret til barnets udvikling og trivsel, faktorer relateret til forældre-barn relationen, faktorer relateret til efterfødselsreaktioner og faktorer relateret til sundhedsplejerskens kontakt med barnet. I denne sammenhæng undersøges det hvilke børn, der er i øget risiko for at få bemærkninger til sprog og kommunikation.

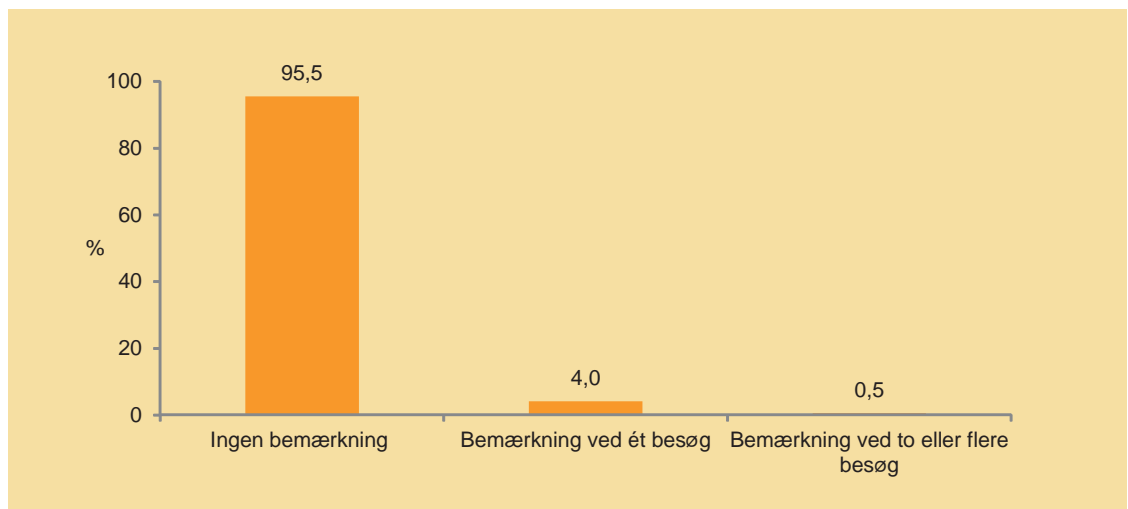
5.1 Andelen af børn med bemærkninger til sprog og kommunikation

Figur 1 viser frekvensen for sprog- og kommunikationsbemærkninger for børn født i 2015. Af figuren fremgår det, at 95,5 % af børnene ikke har nogen bemærkning til sprog og kommunikation, og at 4,5 % af børnene har bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Det betyder, at lidt under hvert tyvende barn ikke har en alderstilsvarende sprog- og kommunikationsudvikling på et tidspunkt i første leveår.





Figur 2. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår (N=25.286).



Figur 2 viser fordelingen af børn efter antallet af besøg med bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår. Af figuren fremgår det, at blandt de 4,5 % af børnene med bemærkning til sprog og kommunikation har hovedparten af børnene kun bemærkning ved ét besøg i første leveår (4,0 %). Kun 0,5 % af børnene har bemærkning til deres sprog og kommunikation ved to eller flere besøg.

Figur 3 viser udviklingen i andelen af børn med sprog- og kommunikationsbemærkninger i første leveår i perioden 2002-2015. Antallet og sammensætningen af deltagende kommuner i Databasen Børns Sundhed har ikke været den samme alle år i databasens historie. Man kan derfor hævde, at det ikke er helt korrekt at sammenligne hele den undersøgte population fra år til år.

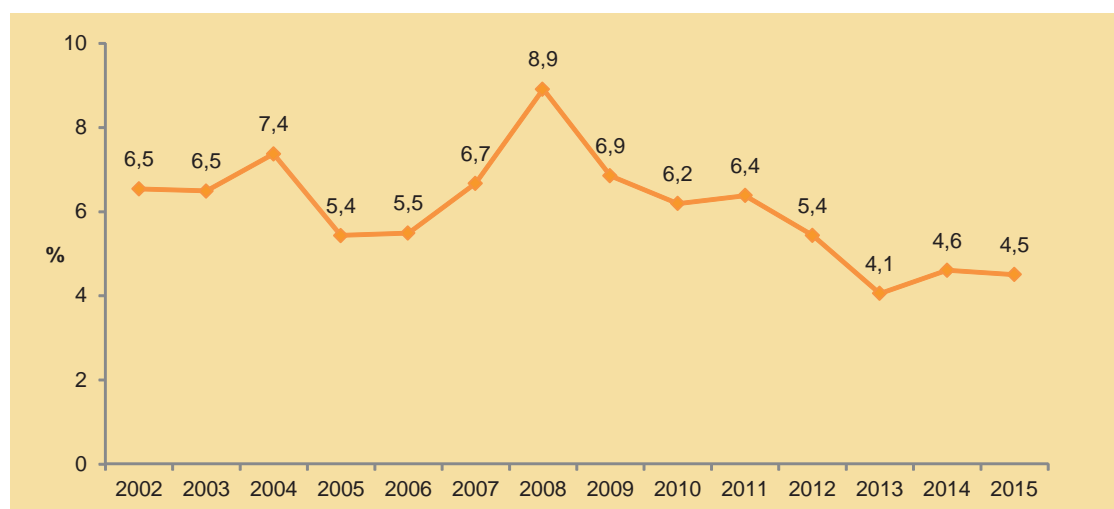
For eksempel kan deltagelse af en ny stor kommune med veluddannede forældre medføre, at man ser en positiv udvikling i hele populationen

på trods af, at udviklingen ikke har ændret sig i de kommuner, der var med året før. Derfor har vi analyseret udviklingen over tid på to måder, én hvor kun de 12 kommuner, der har været med alle de seneste fem år, indgår, og én hvor alle kommunerne indgår. Da resultaterne ikke afviger betydeligt, har vi valgt at afbilde udviklingen for den samlede population. Interesserede læsere kan i bilag 2 se resultatet af analyserne, hvor kun de 12 kommuner indgår.

Figuren viser, at andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår har svinget mellem 4,1 % og 8,9 % i perioden, når vi inddrager hele populationen hvert år. Andelen af børn med bemærkninger til sprog og kommunikation var højest i 2008 og lavest i 2013. Af figuren ses, at andelen af børn med sprog- og kommunikationsbemærkninger i første leveår ikke har ændret sig væsentligt de seneste par år.



Figur 3. Forekomsten af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår fra 2002-2015.

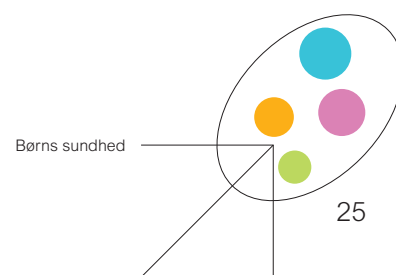


Tabel 3. Antallet og andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved B-, C- og D-besøget.

| | Antallet af børn med oplysninger om sprog og kommunikation (N) | Antal med bemærkning til sprog og kommunikation (N) | Andel med bemærkning til sprog og kommunikation (%) |
|-----------|--|---|---|
| B-besøget | 14.467 | 381 | 2,6 |
| C-besøget | 17.557 | 419 | 2,4 |
| D-besøget | 21.518 | 481 | 2,2 |

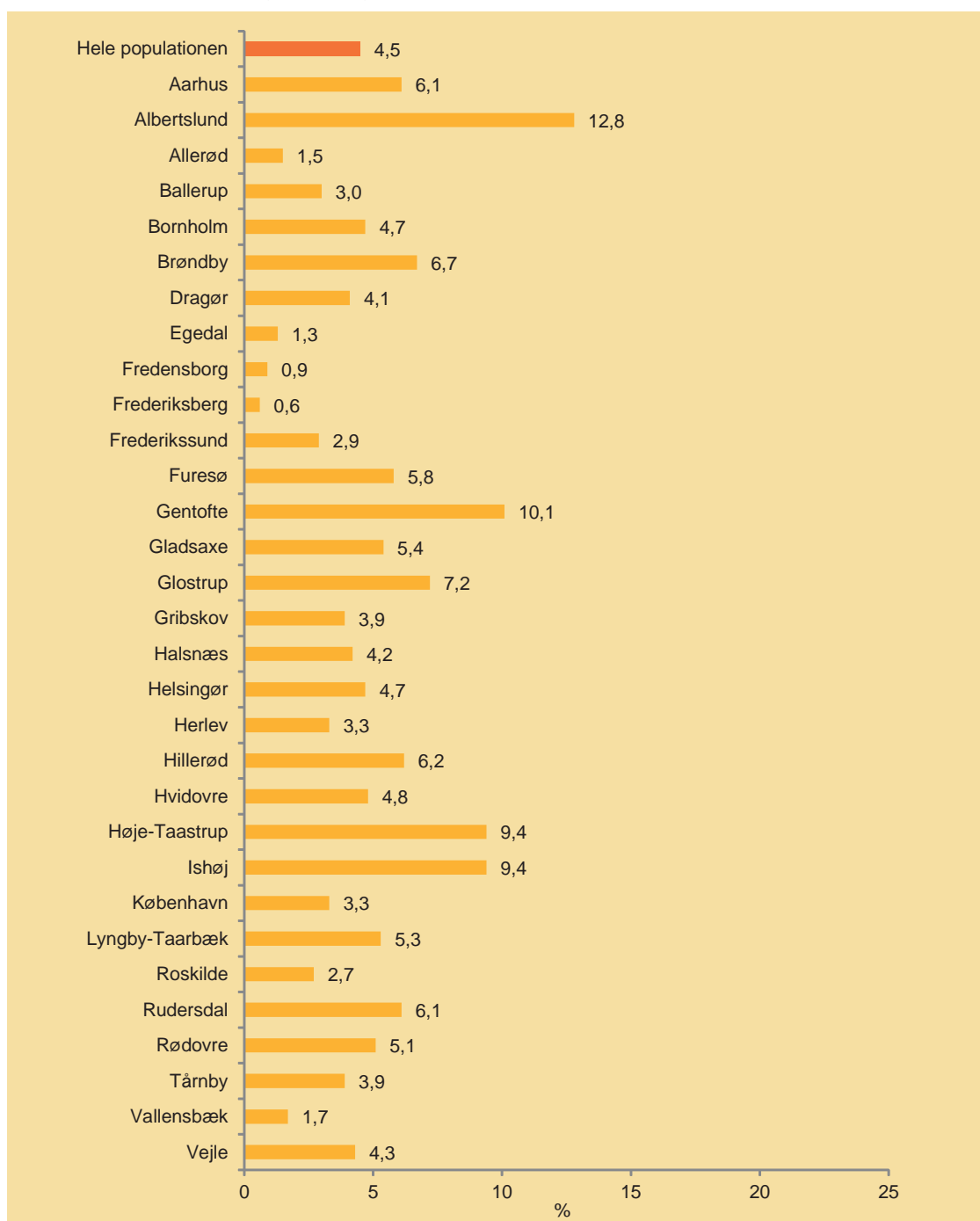
Tabel 3 viser antallet og andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved de enkelte besøg. Af tabellen fremgår det, at der er 2,6 % af børnene, der har bemærkning til sprog og kommunikation ved B-besøget, 2,4 % ved C-besøget og 2,2 % ved D-besøget. Figuren viser dermed, at der stort set er den samme andel af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved hvert besøg.

Figur 4 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår opdelt på kommune. Figuren viser, at Albertslund og Gentofte Kommune har den højeste andel af børn med mindst ét besøg med bemærkning til sprog og kommunikation. Derudover viser figuren, at Frederiksberg og Fredensborg er de kommuner med den laveste andel af børn med besøg med bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår.





Figur 4. Andelen af børn med mindst ét besøg med bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår opdelt på kommune (N=25.286).



Karakteristik af børn, der har bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår

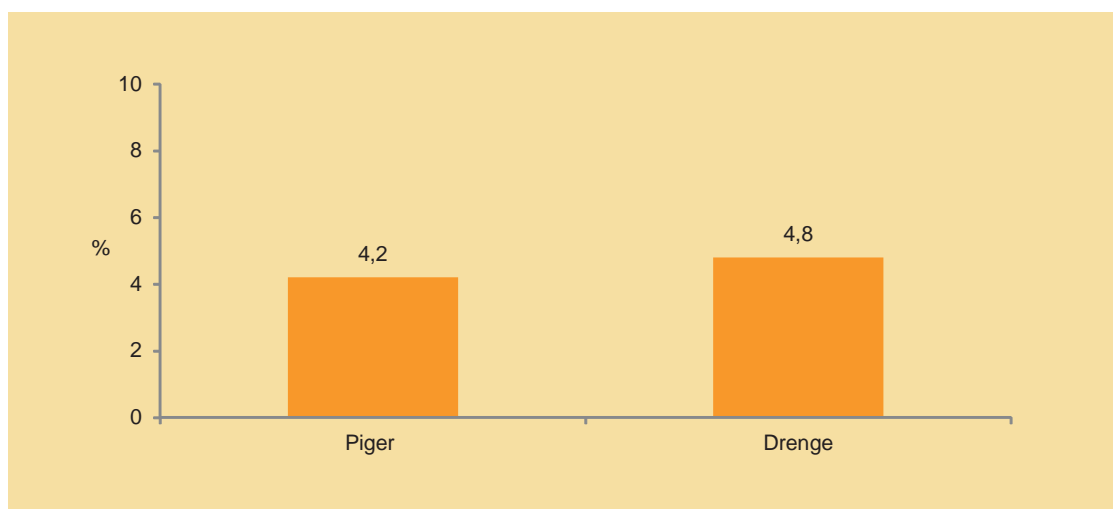


Dette afsnit præsenterer søjlediagrammer, der viser andelen af børn, som har bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår for forskellige subgrupper af børn. Der vises kun figurer, hvor der er statistisk sikker forskel mellem subgrupperne af børn. Vi har valgt den traditionelle 5 % signifikansgrænse. Derudover har vi undersøgt, om de højere forekomster af sprog- og kommunikationsbemærkninger i nogle subgrupper af børn skyldes andre bagvedliggende faktorer. Med andre ord har vi for eksempel undersøgt, om den højere forekomst af bemærkninger til sprog og kommunikation blandt børn af lavtuddannede forældre skyldes en højere andel af for tidligt fødte børn blandt lavt uddannede sammenlignet med børn af højtuddannede.

I vores analyser har vi valgt at kontrollere for de sociodemografiske faktorer (forældrenes etniske herkomst, forældrenes uddannelse og forældrenes erhvervstilknytning) og de forhold relateret til fødslen (gestationsalder, fødselsvægt, kejsersnit, førstefødte og medfødte misdannelser), der var statistiske sikre, i de indbyrdes justerede analyser. Indbyrdes justeret vil sige, at de sociodemografiske faktorer er kontrolleret for hinanden og forholdene vedrørende fødslen er kontrolleret for hinanden. Derudover har vi enkelte steder valgt yderligere at kontrollere for andre statistisk sikre faktorer, hvis vi mente, at det kunne have en indflydelse på det, der blev undersøgt.

6. Sociodemografiske faktorer

Figur 5. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter køn (N=25.285).



Køn

I temarapportens population er 48,7 % af børnene piger og 51,4 % af børnene drenge. Figur 5 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår opdelt på køn. En lidt højere andel af drenge end piger har bemærkninger til sprog og kommunikation i første leveår. Drengenes let øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår forsvinder, når der tages højde for familietype, mors alder ved fødslen, forældrenes etniske herkomst, forældrenes uddannelsesniveau og forældrenes erhvervsituation (bilag 3 tabel 12).

Familietype

I temarapportens population bor 91,1 % af børnene med begge forældre, mens 8,9 % bor med den ene forælder. Figur 6 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter familietype. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg

er 4,4 % for børn, der bor med begge forældre, og 5,8 % for børn, der ikke bor med begge deres forældre. Børn, der ikke bor med begge forældre, har således en øget risiko for at få sprog- og kommunikationsvanskeligheder i første leveår. Denne øgede risiko forsvinder, når der tages højde for barnets køn, mors alder ved fødslen, forældrenes etniske herkomst, forældrenes uddannelsesniveau og forældrenes erhvervsituation (bilag 3 tabel 12).

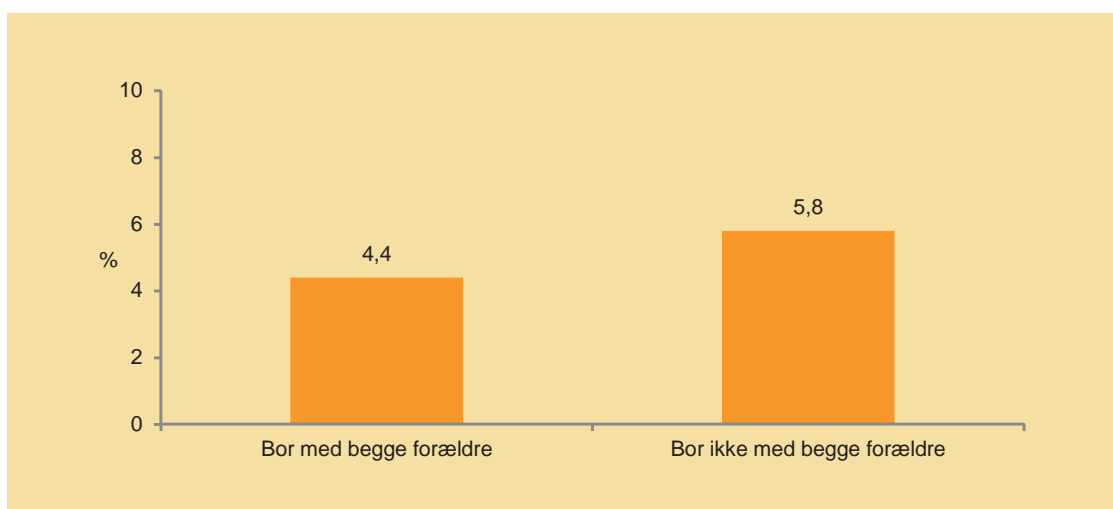
Mors alder

Størstedelen (95,4 %) af børnene i temarapporten har mødre, der er mellem 20 og 39 år, mens 0,8 % har mødre, der er under 20 år, og 3,9 % har mødre, der er 40 år eller ældre.

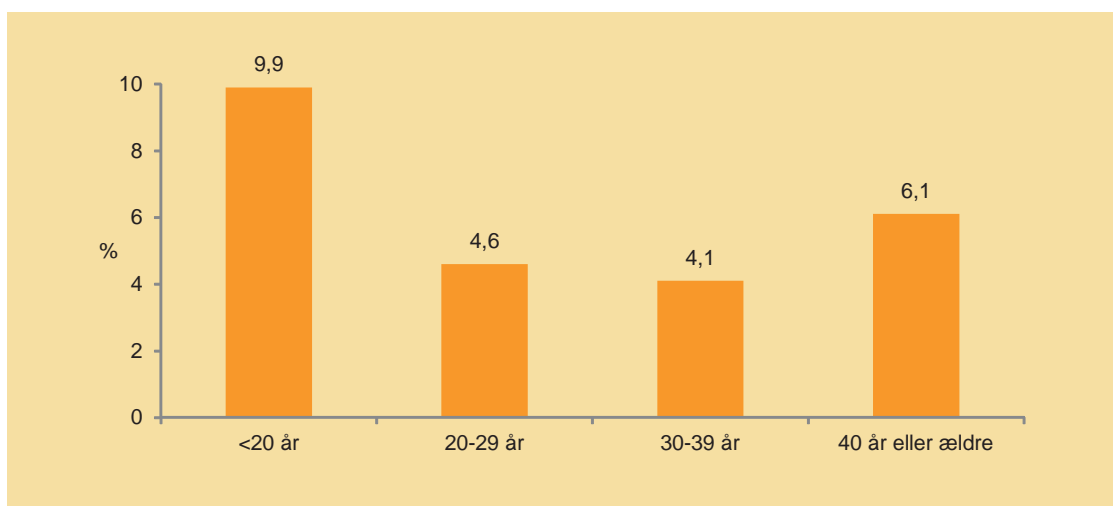
Figur 7 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter mors alder. Andelen med bemærkning til sprog og kommunikation er 9,9 % for børn af mødre, der er under 20 år, og 4,1 % for børn af mødre, der er 30-39 år gamle.



Figur 6. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter familietype (N=24.586).



Figur 7. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter mors alder ved fødslen (N=24.644).

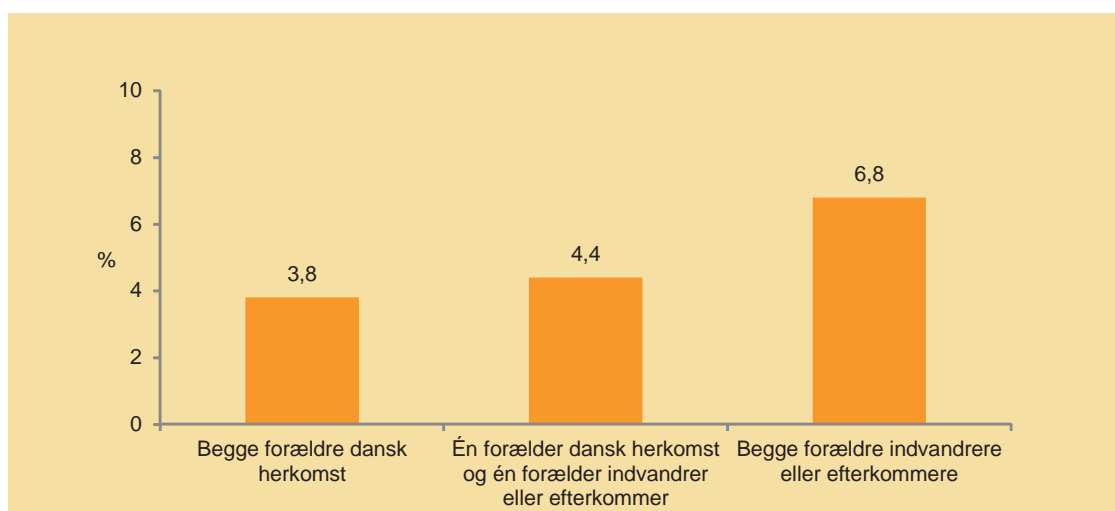


Andelen med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår er også højere blandt børn af mødre, der er 40 år eller ældre, end for børn af mødre, der er 30-39 år. Der ses således en øget risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation blandt børn af

unge og ældre mødre. Fordelingen er stort set den samme, når der opdeles efter fars alder ved fødslen. For resultaterne om fædre er forskellen dog ikke statistisk sikker.



Figur 8. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter forældrenes herkomst (N=24.234).



Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår blandt børn til unge og ældre mødre er ikke længere statistisk sikker, når der tages højde for barnets køn, familietype, forældrenes etniske herkomst, forældrenes uddannelsesniveau og forældrenes erhvervssituation (bilag 3 tabel 12).

Forældrenes etniske herkomst

Personer med dansk herkomst er defineret som personer, hvor mindst én af forældrene er dansk statsborger eller født i Danmark. Indvandrere defineres som børn født i udlandet af forældre, der hverken er danske statsborgere eller er født i Danmark. Efterkommere defineres som personer, der er født i Danmark af forældre, der hverken er danske statsborgere eller født i Danmark. De fleste børn i temarapporten, i alt 69,4 %, er fra familier, hvor begge forældre er af dansk herkomst, 13,0 % har én forælder af dansk herkomst og én forælder, der er indvandrer eller efterkommer, mens 17,6 % er fra familier, hvor begge forældre er indvandrere eller efterkommere.

Figur 8 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter forældrenes herkomst. Af figuren ses, at 6,8 % af børnene, hvor begge forældre er indvandrere eller efterkommere, har bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Denne andel er 3,8 % blandt børn, hvor begge forældre er af dansk herkomst.

Den øgede risiko blandt børn, hvis begge forældre er indvandrere eller efterkommere, er stadig statistisk sikker, når der tages højde for forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 12).



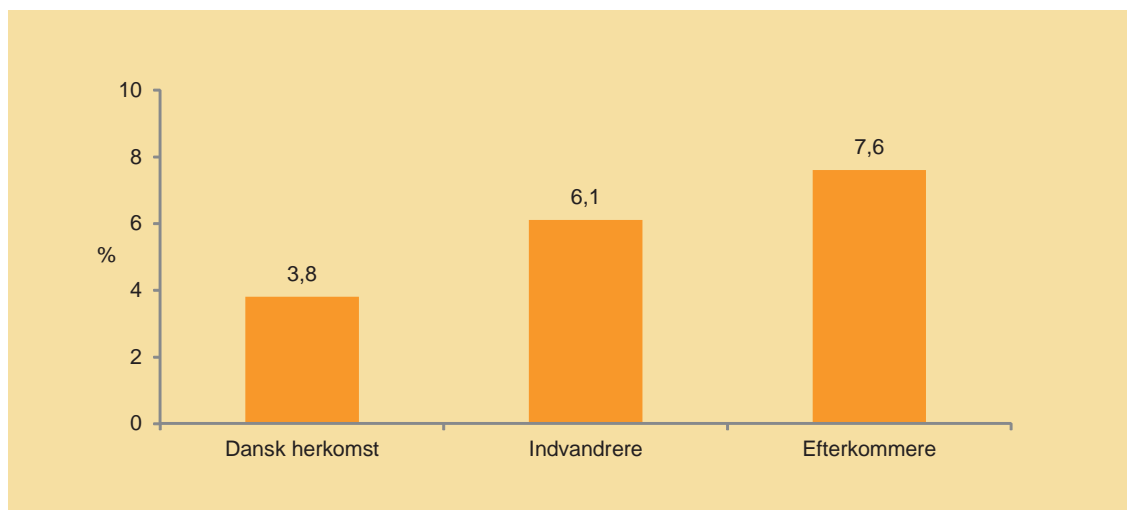
I temarapportens population har 74,7 % af børnene mødre af dansk herkomst, 20,6 % har mødre, der er indvandrere, og 4,7 % har mødre, der er efterkommere. Figur 9 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter mors etniske herkomst. Af figuren fremgår det, at 7,6 % af børnene, hvis mor er efterkommer, har bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Tilsvarende andel, for børn, hvis mor er indvandrer, er 6,1 %, og for børn, hvis mor er af dansk herkomst, er 3,8 %. Den øgede risiko blandt børn, hvis mødre er indvandrere eller efterkommere, er stadig statistisk sikker, når der tages højde for mors uddannelse, mors erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 13).

Blandt fædrene er 76,4 % af dansk herkomst, 19,6 % indvandrere og 4,1 % efterkommere. Figur 10 viser, at stort set den samme tendens, som der ses for mors herkomst, ses for fars herkomst. Andelen med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår er 3,9 % for børn, hvis far er af dansk herkomst, 6,1 % for børn hvis far er indvandrer, og 5,9 % for børn, hvis far er efterkommer. Den øgede risiko blandt børn, hvis fædre er indvandrere eller efterkommere, er stadig statistisk sikker, når der tages højde for fars uddannelse, fars erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 13).

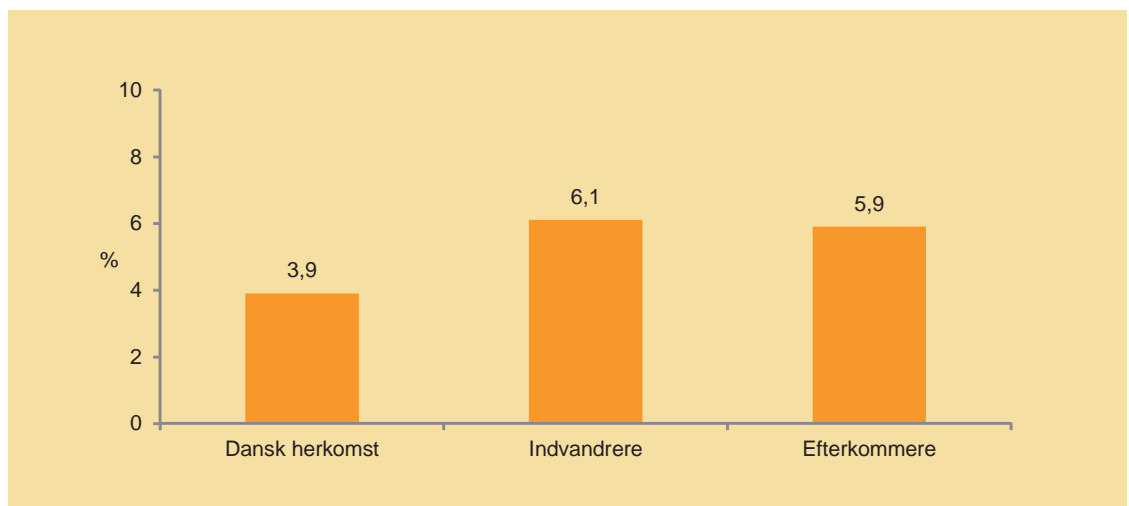




Figur 9. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter mors herkomst (N=25.134).

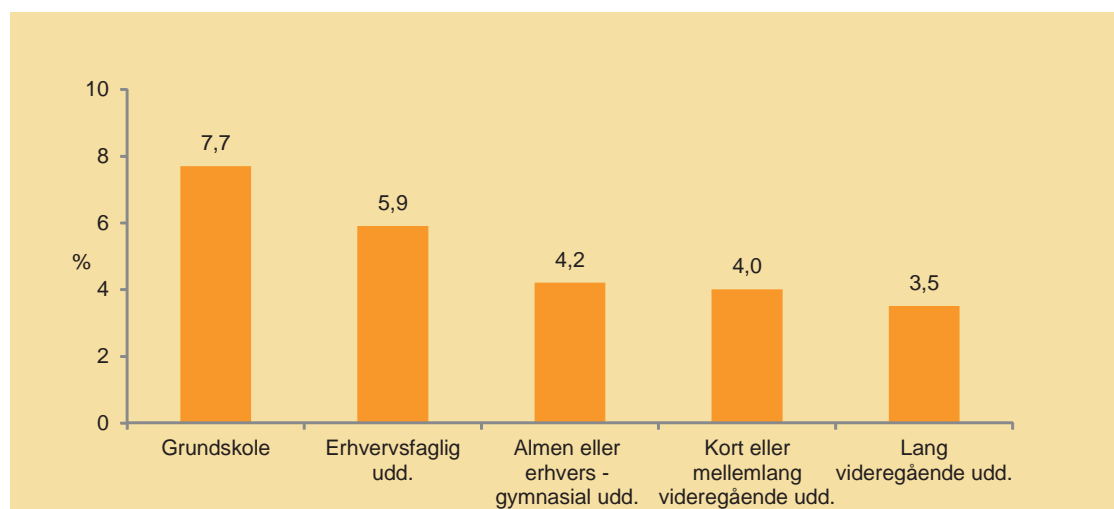


Figur 10. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter fars herkomst (N=24.343).





Figur 11. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter forældrenes højst fuldførte uddannelse (N=23.799).



Forældrenes uddannelsesniveau

I temarapportens population har 7,3 % af børnenes forældre højst en grundskole uddannelse, 16,1 % har højst en erhvervsfaglig uddannelse, 9,1 % har højst en almen- eller erhvervsfaglig gymnasial uddannelse, 24,8 % har højst en kort eller mellemlang uddannelse, og 42,7 % har en lang videregående uddannelse. Oplysninger om mors og fars højst gennemførte uddannelse er hentet via register.

Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår jo lavere en uddannelse ens forældre har er stadig statistisk sikker, når der tages højde for forældrenes herkomst, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 12).

Figur 11 viser, andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter forældrenes højst fuldførte uddannelse. Andelen af børn med bemærkninger til sprog og kommunikation i første leveår er 7,7 % for børn, hvis forældre højst har en grundskole uddannelse, og 3,5 % for børn, hvis forældre har en lang videregående uddannelse.



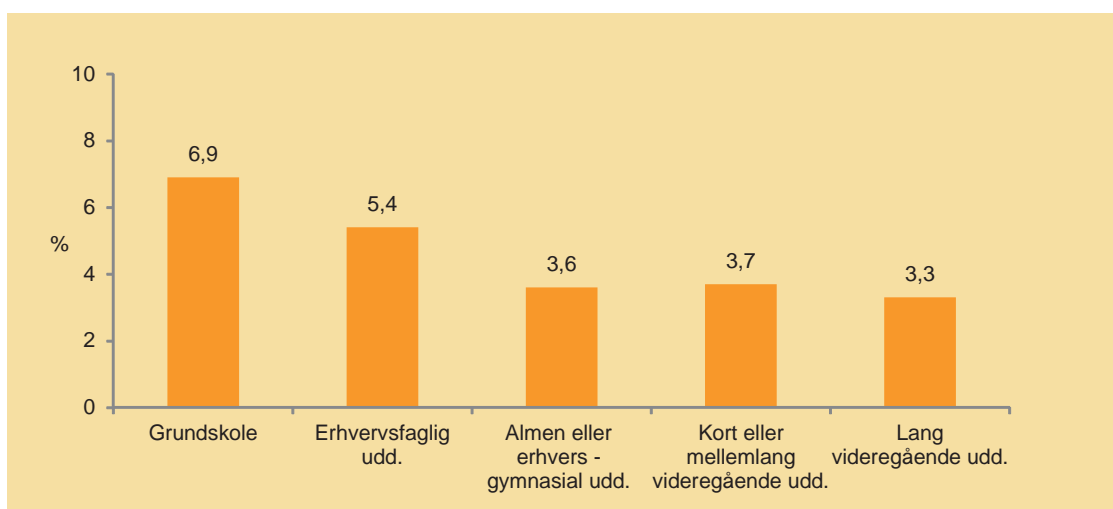
Blandt temarapportens mødre har 11,4 % højst en grundskole uddannelse, 18,3 % højst en erhvervsfaglig uddannelse, 9,4 % højst en almen- eller erhvervsfaglig gymnasial uddannelse, 27,1 % højst en kort eller mellemlang uddannelse og 33,7 % en lang videregående uddannelse. Figur 12 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter mors højest fuldførte uddannelse. Figuren viser, ligesom figur 11, at andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation er faldende, jo højere et uddannelsesniveau mødrene har gennemført. Den øgede risiko blandt børn, hvis mødre er lavtuddannede, er stadig statistisk sikker, når der tages højde for mors etnicitet, mors erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 13).

Blandt temarapportens fædre har 14,2 % højst fuldført grundskolen, 25,0 % højst en erhvervsfaglig uddannelse, 9,5 % højst en almen- eller erhvervsfaglig gymnasial uddannelse, 20,1 % højst en kort eller mellemlang uddannelse og 31,2 % en lang videregående uddannelse. Figur 13 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter fars højest fuldførte uddannelse. Figuren viser, at 5,6 % af børnene, hvis fædre højst har fuldført grundskolen, har bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Denne andel er 3,6 % blandt børn, hvis fædre har en kort eller mellemlang videregående uddannelse. Den øgede risiko blandt børn, hvis fædre er lavtuddannede, er ikke statistisk sikker, når der tages højde for fars etnicitet, fars erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 13).

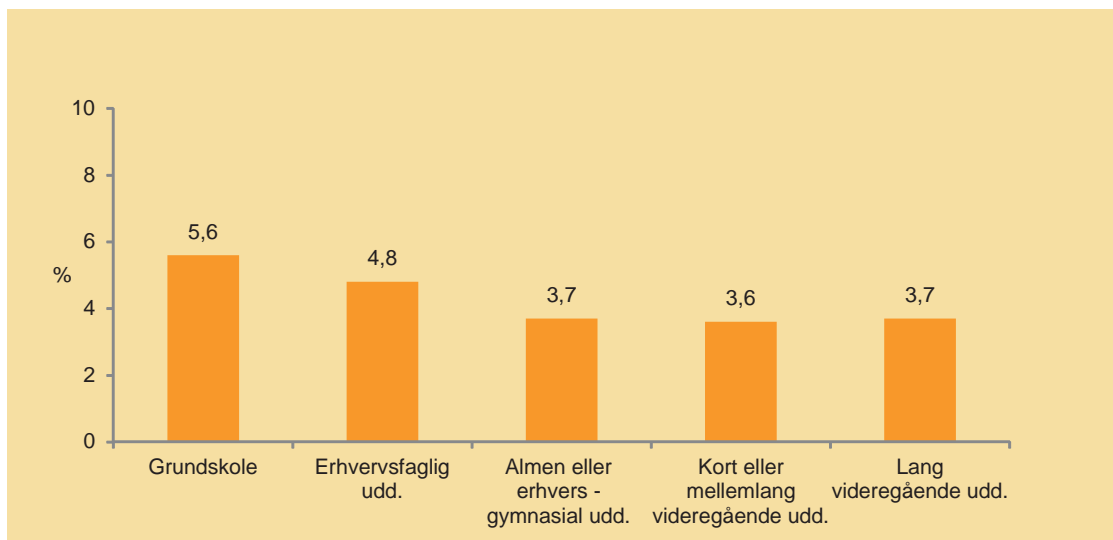




Figur 12. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter mors højest fuldførte uddannelse (N=22.286).

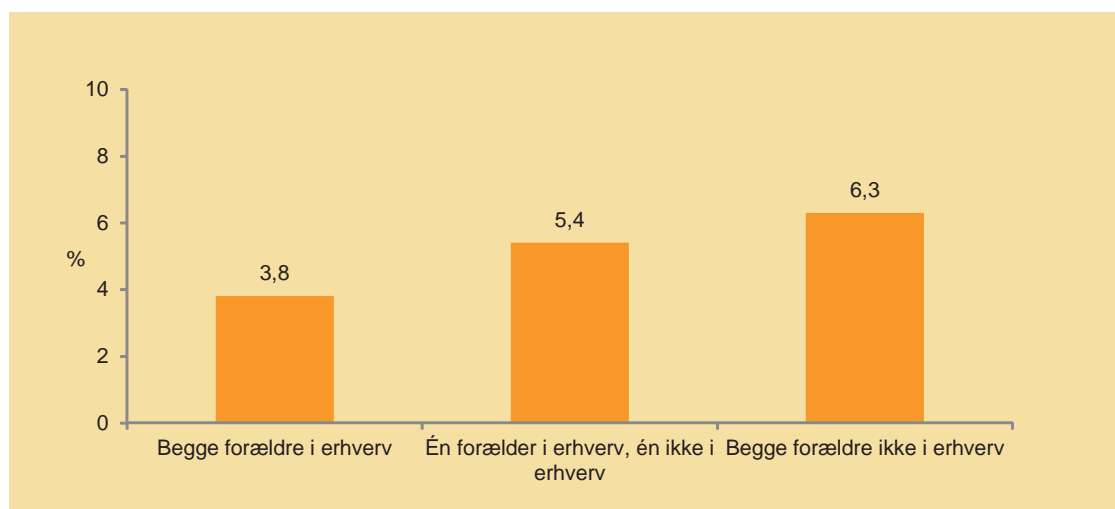


Figur 13. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter fars højest fuldførte uddannelse (N=21.851).





Figur 14. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet (N=23.139).



Forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet

I temarapportens population var 69,2 % af forældrene begge i erhverv året før, at børnene blev født, i 24,0 % af familierne var én forælder i arbejde og én uden for arbejdsmarkedet, og i 6,8 % af familierne var begge forældre uden nogen tilknytning til arbejdsmarkedet.

Figur 14 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet. Af figuren ses en øget risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår, hvis begge forældre ikke var i erhverv året før, at barnet blev født. Figuren viser, at 6,3 % af børnene, hvis forældre ikke var i erhverv, året før de blev født, har bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Denne andel er 3,8 % for børn, hvis begge forældre var i erhverv året før, de blev født.

Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation forbliver signifikant, når der tages højde for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om barnet var født med misdannelser (bilag 3 tabel 12).

I temarapportens population var 76,5 % af mødrene i erhverv året før, deres barn blev født, mens 23,5 % ikke havde nogen tilknytning til arbejdsmarkedet. Figur 15 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter mors tilknytning til arbejdsmarkedet. Figuren viser, at 5,8 % af børnene, hvis mor ikke havde tilknytning til arbejdsmarkedet året før, barnet blev født, har bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Den tilsvarende andel for børn, hvis mor har tilknytning til arbejdsmarkedet, er 4,0 %.

Den øgede risiko blandt børn, hvis mødre ikke havde tilknytning til arbejdsmarkedet året før,



barnet blev født, er stadig statistisk sikker, når der tages højde for mors etnicitet, mors uddannelse, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 13).

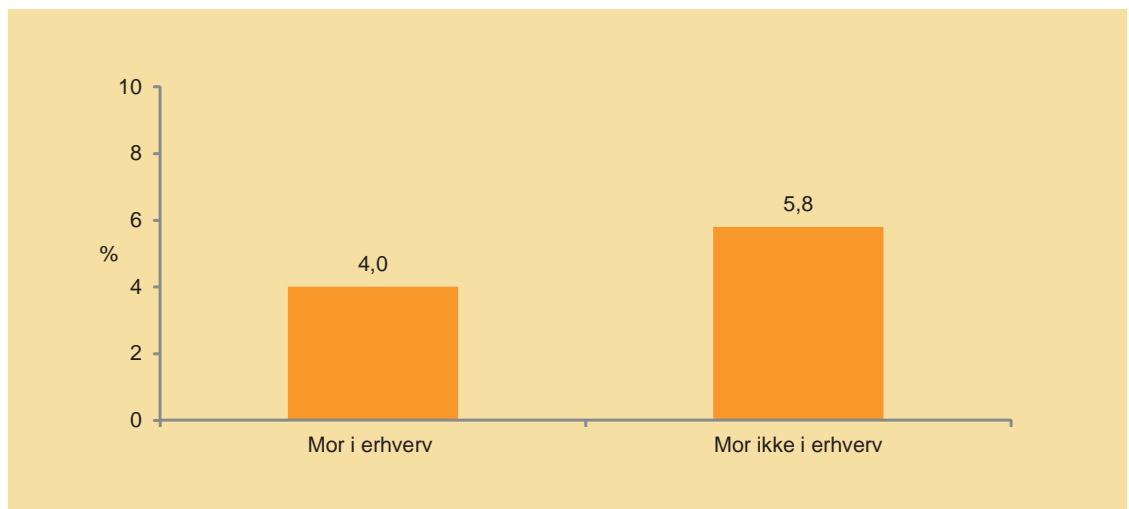
Det samme billede ses for fars erhvervstilknytning. I populationen var 84,7 % af fædrene i erhverv, året før deres barn blev født, mens 15,3 % ikke havde nogen tilknytning til arbejdsmarkedet. Derudover viser figur 16, at 5,9 % af børnene, hvis fædre ikke var tilknyttet arbejdsmarkedet

året før, barnet blev født, har bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Denne andel er 4,2 % blandt børn, hvis fædre var i arbejde. Den øgede risiko blandt børn, hvis fædre er lavtuddannede, er stadig statistisk sikker, når der tages højde for fars etnicitet, fars uddannelse, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 13).

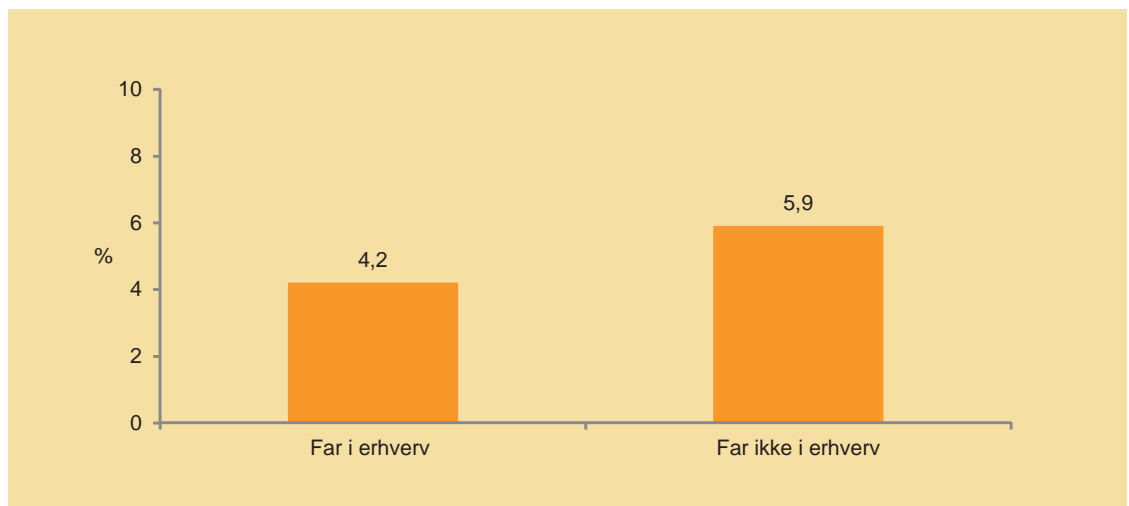




Figur 15. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter mors tilknytning til arbejdsmarkedet (N=24.263).



Figur 16. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter fars tilknytning til arbejdsmarkedet (N=23.776).

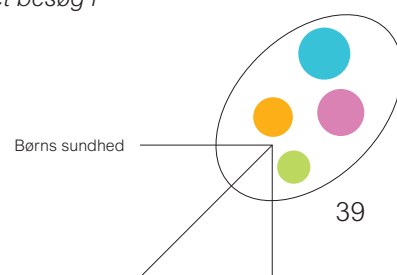




Opsamling

Afsnittet vedrørende de sociodemografiske faktorer viser, at andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i barnets første leveår er større for drengebørn, børn, der ikke bor med begge forældre, børn af unge eller ældre mødre, børn, hvis forældre er indvandrere eller efterkommere, børn hvis forældre højst har en erhvervsfaglig uddannelse eller grundskole, og børn, hvor den ene forælder

er uden for erhverv. Når der justeres for relevante sociodemografiske faktorer og faktorer relateret til fødslen, er det dog kun børn af forældre, der er indvandrere eller efterkommere, børn, hvis forældre højst har en erhvervsfaglig uddannelse eller grundskole, og børn, hvor den ene forælder er uden for erhverv, der stadig har en statistisk sikker øget risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i barnets første leveår.



7. Faktorer relateret til fødslen



Flerfødsel

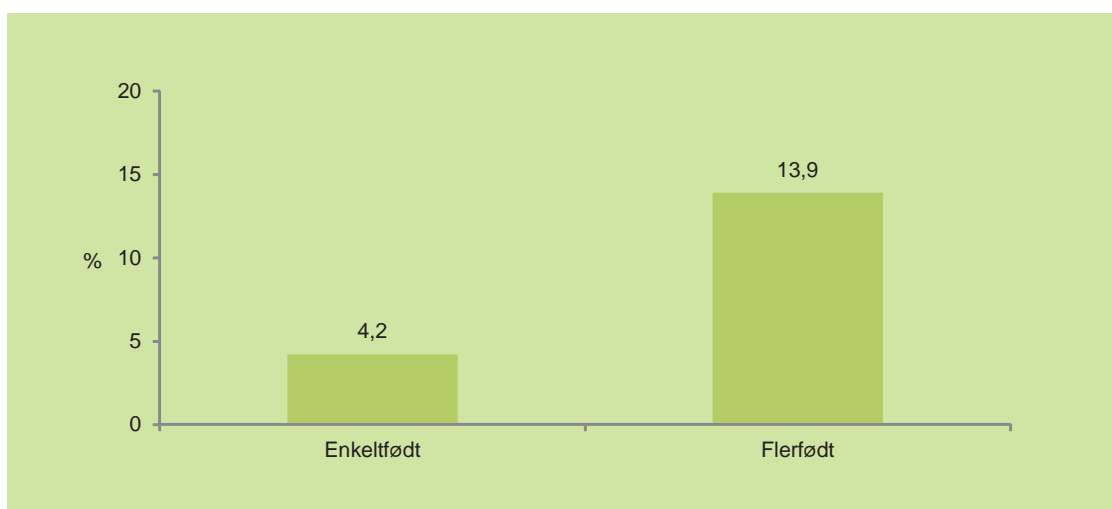
Langt de fleste børn er enkeltfødte (96,5 %). Figur 17 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om de er enkeltfødt eller flerfødt (tvillinger eller trillinger). Af figuren ses, at 13,9 % af de flerfødte børn har bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår, mens samme andel for enkeltfødte er 4,2 %. Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår forsvinder, når der tages højde for gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er mors førstefødte, apgarscore og medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 14).

Gestationsalder

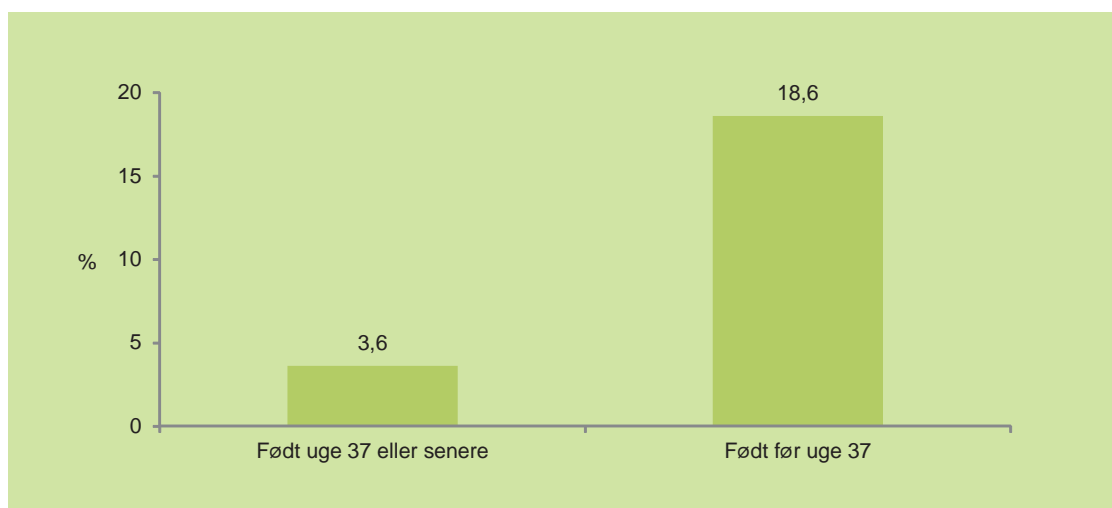
Størstedelen af børnene i temarapporten er født i uge 37 eller senere (94,0 %). Figur 18 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter gestationsalder. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg er 18,6 % for børn, der er født før uge 37, og 3,6 % for børn, der er født i uge 37 eller senere. Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår, hvis barnet er født før uge 37, forbliver signifikant, når der tages højde for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 14).



Figur 17. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter om barnet er enkelt- eller flerfødt (N=24.769).

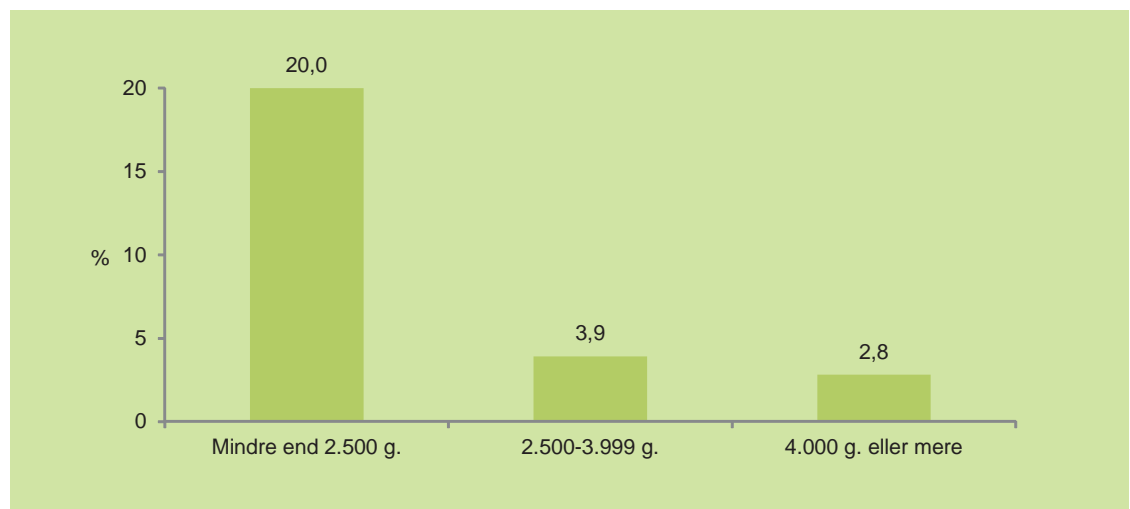


Figur 18. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter gestationsalder (N=24.413).



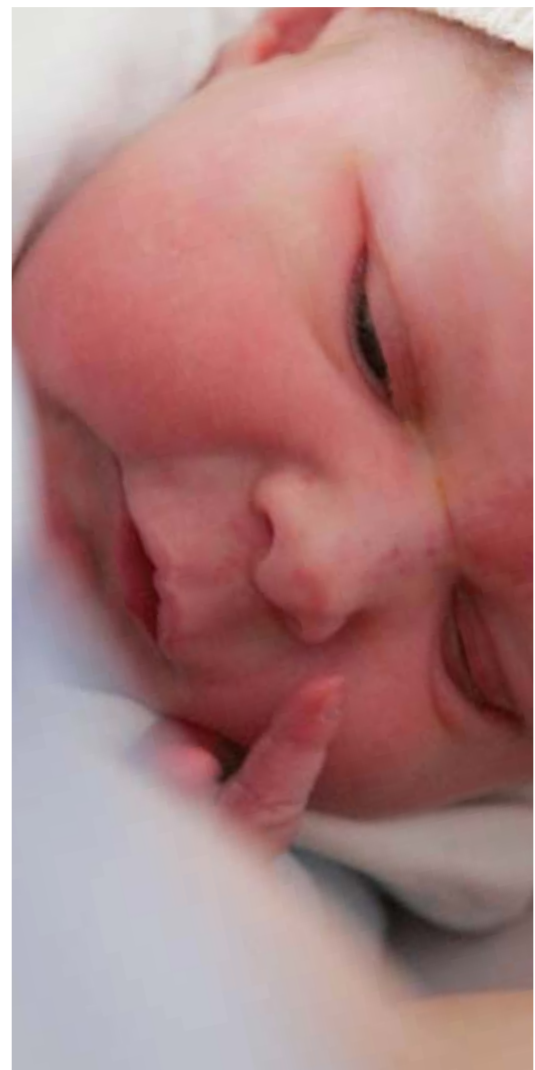


Figur 19. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter fødselsvægt (N=24.677).



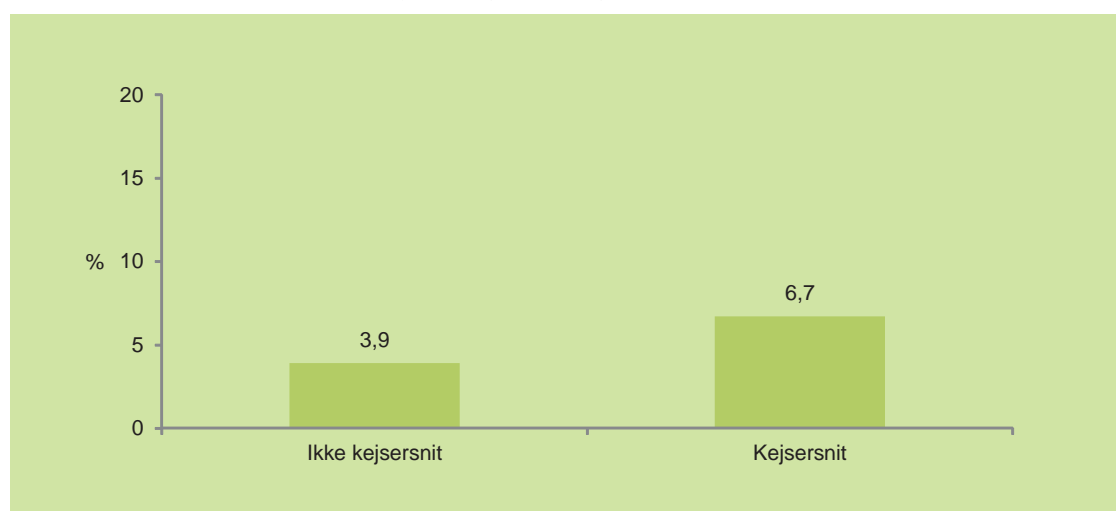
Fødselsvægt

I temarapportens population er andelen af børn med en lav fødselsvægt (under 2.500 gram) 4,7 %, andelen med en fødselsvægt mellem 2.500 og 3.999 gram er 80,6 %, og andelen med en høj fødselsvægt (over 3.999 gram) er 14,7 %. Figur 19 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter fødselsvægt. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation er højere for børn, der vejede mindre end 2.500 gram ved fødslen (20,0 %) end for børn, der vejede 2.500-3.999 gram (3,9 %) eller 4.000 gram eller mere (2,8 %). Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår, hvis barnet har en fødselsvægt på under 2.500 gram, forbliver signifikant, når der tages højde for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 14).





Figur 20. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om barnet er født ved kejsersnit (N=25.286).



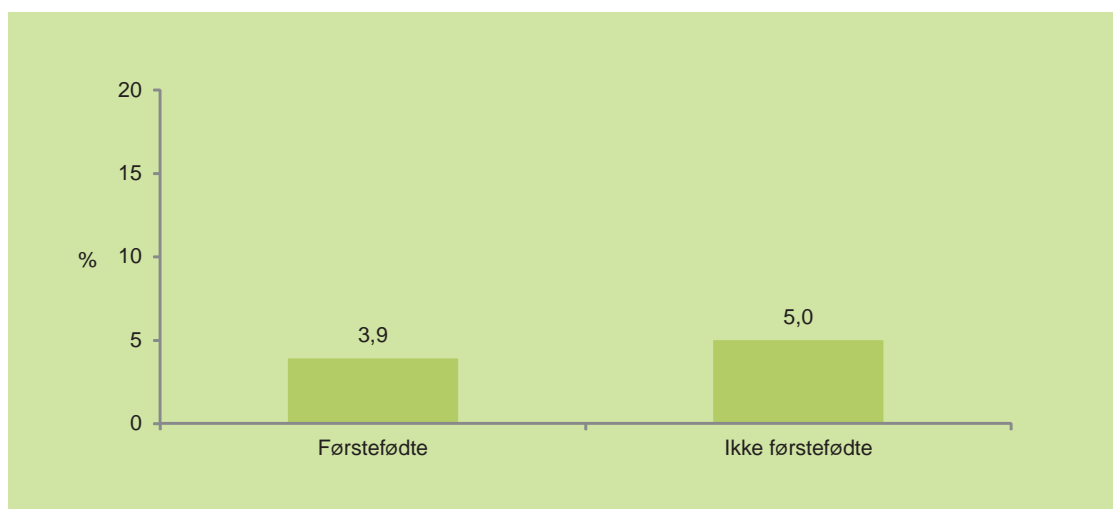
Kejsersnit

I temarapportens population er 20,5 % af børnene født ved kejsersnit. Figur 20 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om barnet er født ved kejsersnit. Figuren viser, at 6,7 % af børnene, der er født ved kejsersnit, har bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg. Denne andel er 3,9 % blandt børn, der ikke er født ved kejsersnit. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation er dermed højere blandt børn, der er født ved kejsersnit, end for børn, der ikke er.

Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår, hvis barnet er født ved kejsersnit, forbliver signifikant, når der tages højde for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 14).



Figur 21. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter om barnet er deres mors førstefødte barn (N=24.586).



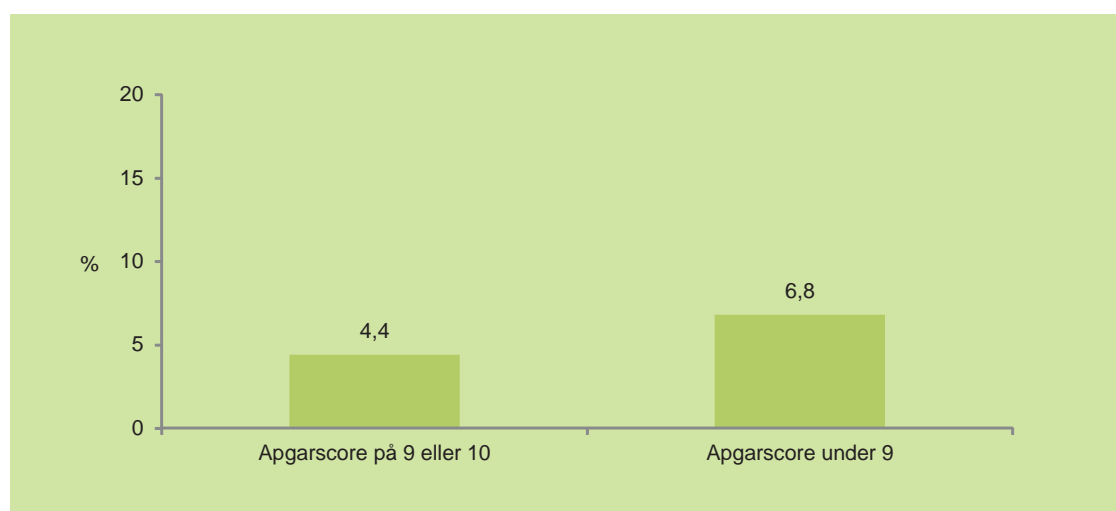
Førstefødte

I temarapportens population er 49,5 % af børnene deres mors førstefødte. Figur 21 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om barnet er deres mors førstefødte. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår er 3,9 % for børn, der er deres mors førstefødte barn, og 5,0 % for børn, der ikke er deres mors førstefødte barn. Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår, hvis barnet ikke er deres mors førstefødte barn, forbliver signifikant, når der tages højde for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 14).

Vi har ligeledes undersøgt sammenhængen mellem, om barnet er deres fars førstefødte barn og bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Disse analyser viser ingen signifikant sammenhæng mellem, om barnet er deres fars førstefødte barn og bemærkninger til sprog og kommunikation (figur ikke vist).



Figur 22. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter apgarscore (N=24.583).

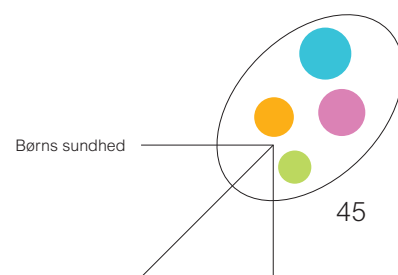


Apgarscore

De fleste børn i populationen har en apgarscore på mindst ni fem minutter efter fødslen, kun 2,3 % har en apgarscore på under ni.

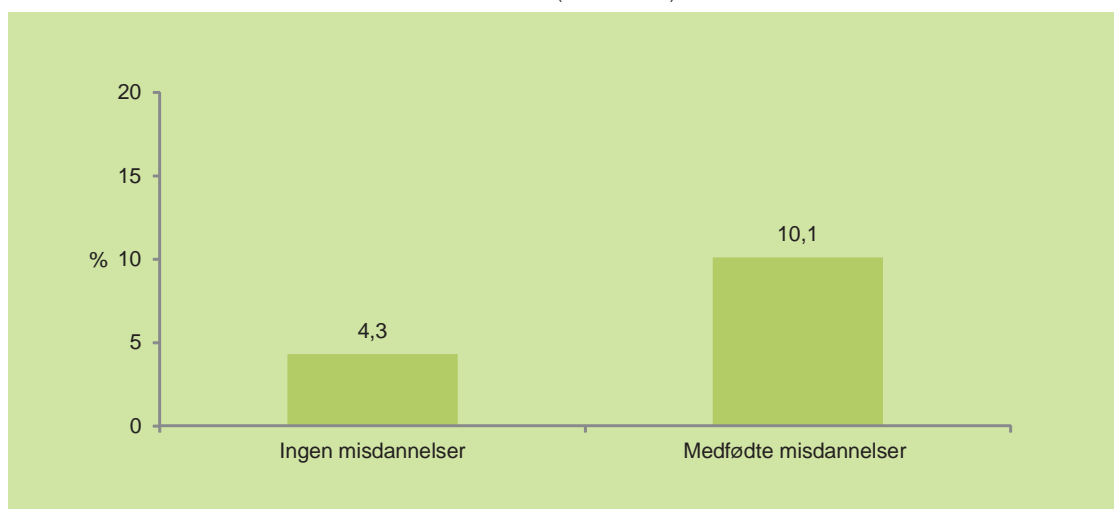
Figur 22 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter barnets apgarscore fem minutter efter fødslen.

Figuren viser, at 6,8 % af børnene med en apgarscore på under ni, har bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg. Denne andel er 4,4 % blandt børn, der har en apgarscore på ni eller ti. Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår, hvis barnet har en apgarscore på under ni, forsvinder, når der tages højde for flerfødsel, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er deres mors førstefødte, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 14).





Figur 23. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om barnet har medfødte misdannelser (N=25.286).



Medfødte misdannelser

I temarapportens population er 96,4 % af børnene født uden nogen misdannelser.

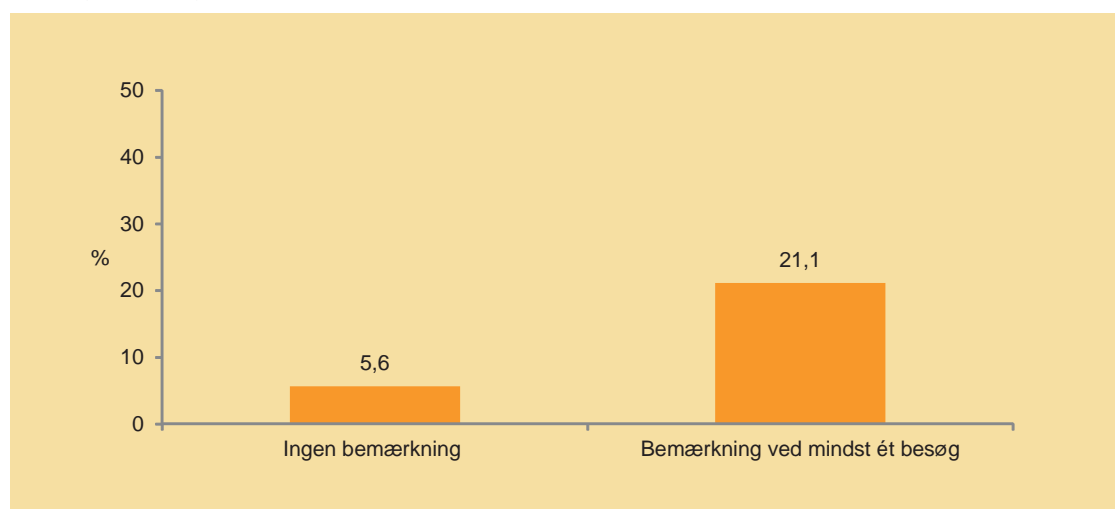
Figur 23 viser andelen af børn med sprog- og kommunikationsbemærkninger ved mindst ét besøg i første leveår efter, om barnet har medfødte misdannelser. Figuren viser, at 10,1 % af børnene med medfødte misdannelser har bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår, mens 4,3 % af børnene uden nogen misdannelser har bemærkning til sprog og kommunikation. Andelen af børn med sprog- og kommunikationsbemærkning ved mindst ét besøg er dermed højere for børn med medfødte misdannelser. Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår, når barnet har medfødte misdannelser, forbliver signifikant, når der tages højde for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, og om barnet er det førstefødte barn (bilag 3 tabel 14).

Opsamling

Afsnittet vedrørende faktorer relateret til fødslen viser, at andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i barnets første leveår er større for flerfødte børn, for tidligt fødte børn, børn, der vejede mindre end 2.500 gram ved fødslen, børn, der er født ved kejsersnit, ikke førstefødte børn, børn med en apgarscore på under ni og børn med medfødte misdannelser. Når der justeres for relevante sociodemografiske faktorer og faktorer relateret til fødslen, er det dog kun for tidligt fødte børn, børn, der vejede mindre end 2.500 gram ved fødslen, børn, der er født ved kejsersnit, ikke førstefødte børn og børn med medfødte misdannelser, der stadig har en statistisk sikker øget risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i barnets første leveår.

8. Sanser, hørelse og syn

Figur 24. Andelen af børn i TM Sund-populationen med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om barnet har bemærkning til hørelsen ved mindst ét besøg i første leveår (N=10.973).



Hørelse

I kommunerne der anvender TM Sund-journalen registrerer sundhedsplejersken, om der er bemærkning til barnets hørelse ved ét eller flere besøg i barnets første leveår. Barnets hørelse vurderes på baggrund af forældrenes observationer af, hvorledes de oplever barnets reaktion på lyde.

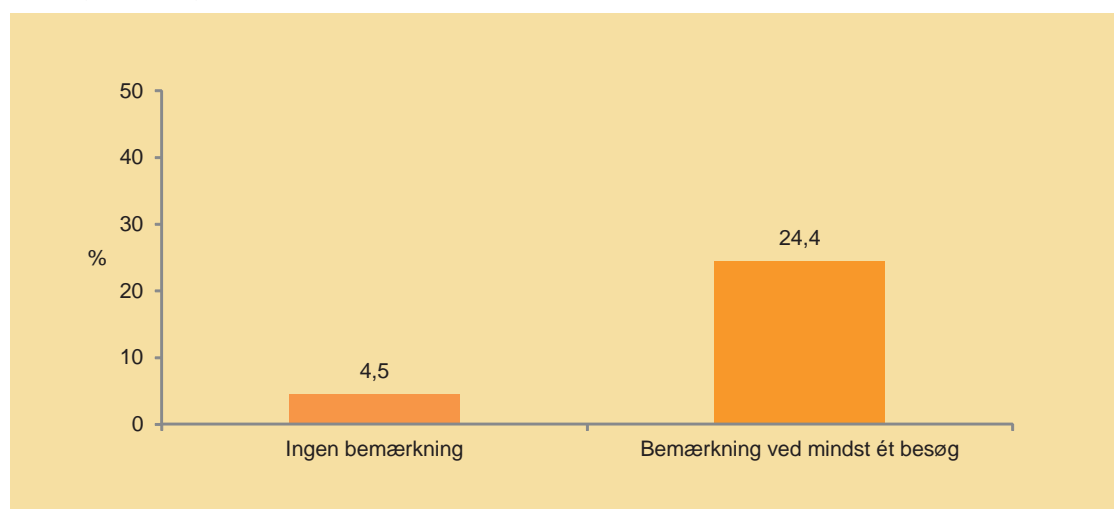
I TM Sund-populationen har 1,6 % af børnene bemærkning til hørelsen ved mindst ét besøg i første leveår. Figur 24 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om barnet har bemærkning til hørelsen. Figuren viser, at hvert femte barn med bemærkning til hørelsen ved mindst ét besøg i første leveår har bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår (21,1 %). Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation blandt børn uden nogen bemærkning til hørelsen er 5,6 %. Som forventet er andelen med bemærkning til sprog

og kommunikation således højere for børn, der har bemærkning til hørelsen ved mindst ét besøg i første leveår.

Den øgede risiko for bemærkning til sprog og kommunikation, hvis barnet har bemærkning til hørelsen ved mindst ét besøg i første leveår, forbliver signifikant, når der tages højde for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 15).



Figur 25. Andelen af børn i TM Sund-populationen med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter om barnet har bemærkning til synet ved mindst ét besøg i første leveår (N=10.973).



Syn

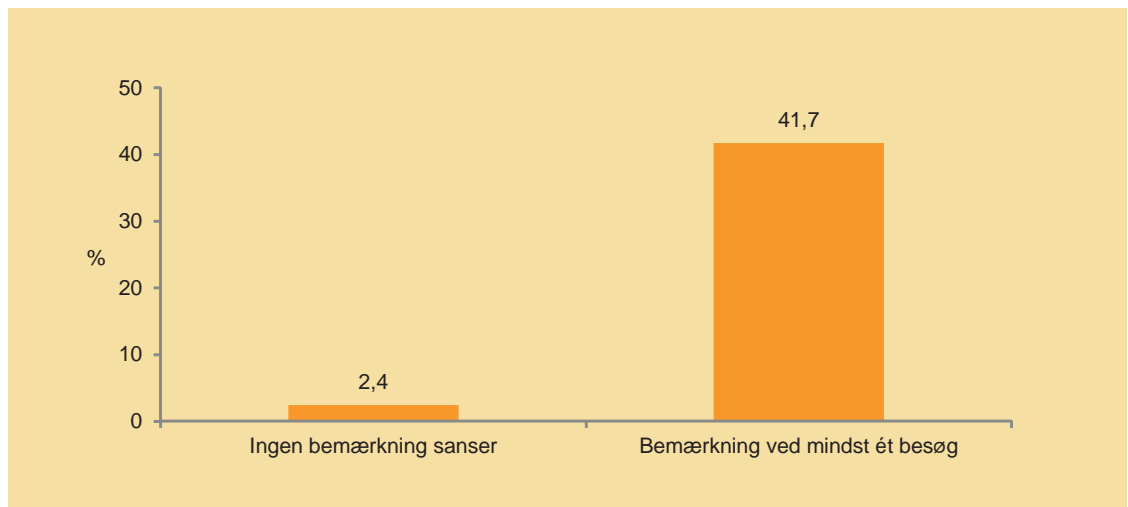
Ud over at sundhedsplejerskerne i TM Sund-kommunerne registrerer, om der er bemærkning til barnets hørelse, registreres det desuden, om der er bemærkning til barnets syn ved mindst ét besøg i første leveår. Barnets syn vurderes på baggrund af sundhedsplejerskens observationer.

I TM Sund-populationen har 6,8 % af børnene bemærkning til synet ved mindst ét besøg i første leveår. Figur 25 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om barnet har bemærkning til synet ved mindst ét besøg i første leveår. Figuren viser, at 24,4 % af børnene med bemærkning til synet har bemærkning til sprog og kommunikation. Denne andel er 4,5 % blandt børn uden nogen bemærkning til synet.

Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation, hvis barnet har bemærkning til synet ved mindst ét besøg i første leveår, forbliver signifikant, når der tages højde for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 15).



Figur 26. Andelen af børn i NOVAX-populationen med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om der er bemærkning til barnets sanser ved mindst ét besøg i første leveår (N=14.283).



Sanser

I NOVAX-kommunerne registrerer sundhedsplejersken om barnets sanser er alderstilsvarende. Sanserne indebærer blandt andet barnets evne til at følge en genstand med øjnene samt reaktion på berøring og lyde. Størstedelen af børnene i NOVAX-populationen (97,2 %) har en alderstilsvarende udvikling af sanserne.

Figur 26 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om der er bemærkning til barnets sanser ved mindst ét besøg i første leveår. Af figuren ses, at 41,7 % af børnene med bemærkning til sanserne har sprog- og kommunikationsbemærkninger i første leveår. Denne andel er kun 2,4 % blandt børn uden nogen bemærkning til sanserne. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation er dermed højere blandt børn, der har bemærkning til sanserne ved mindst ét besøg i første leveår.

Den øgede risiko for at få sprog- og kommunikationsbemærkninger, hvis barnet har bemærkning til sanserne ved mindst ét besøg i første leveår, forbliver signifikant, når der tages højde for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 15).

Opsamling

Afsnittet vedrørende sanser, hørelse og syn viser, at andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst et besøg i barnets første leveår er større for børn med mindst ét besøg, hvor der er bemærkning til hørelsen, børn med mindst ét besøg, hvor der er bemærkning til synet og for børn med mindst ét besøg, hvor der er bemærkning til sanserne. Den øgede risiko forbliver statistisk sikker, når der justeres for centrale sociodemografiske faktorer og faktorer relateret til fødslen.

9. Barnets trivsel og udvikling



Tabel 4. Procentvis fordeling af børn efter WHO's definition af vægtstatus og andelen af børn med bemærkninger til sprog og kommunikation efter WHO's definition af vægtstatus (N=22.701).

| | % | Andel med bemærkning til sprog og kommunikation |
|-----------------------------|------|---|
| Undervægtig | 1,9 | 11,4 |
| Normalvægtig | 76,2 | 4,7 |
| I risiko for overvægt | 17,1 | 3,9 |
| Overvægtig/svært overvægtig | 4,7 | 4,1 |

Dette afsnit præsenterer søjlediagrammer, som viser andelen af børn, der har bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter barnets udvikling og trivsel. Afsnittet har til formål at undersøge, om børn med sprog- og kommunikationsbemærkninger har flere samtidige udviklingsmæssige problemer. Afsnittet er opbygget således, at områder, der er belyst i begge journaler (vækst, motorik og søvn), belyses først. Herefter vil de områder, der kun er belyst i TM Sund-journalen (signaler og reaktioner, uro/gråd, ernæring og spisning og øje/hånd koordination) blive belyst. Det, at NOVAX ikke belyser alle de samme områder som TM Sund, er ikke ensbetydende med, at NOVAX ikke registrer, barnets udvikling og trivsel. Det skyldes derimod, at NOVAXs registrering af barnets udvikling og trivsel, i modsætningen til TM Sund, er i tekstfelter, således at data ikke bliver sammenlignelige for børnene.

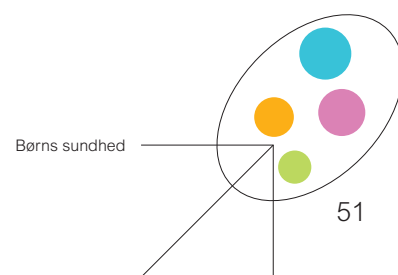
Barnets vækst

Sundhedsstyrelsen anbefaler brug af WHO-vækstreferencer ved monitorering af overvægt blandt små børn disse vil derfor også blive anvendt i nærværende rapport. Med brug af WHO-vækstreferencer udregnes z-scores også kaldet standardafvigelsesscores.

Disse 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 målingen fra gennemsnittet.

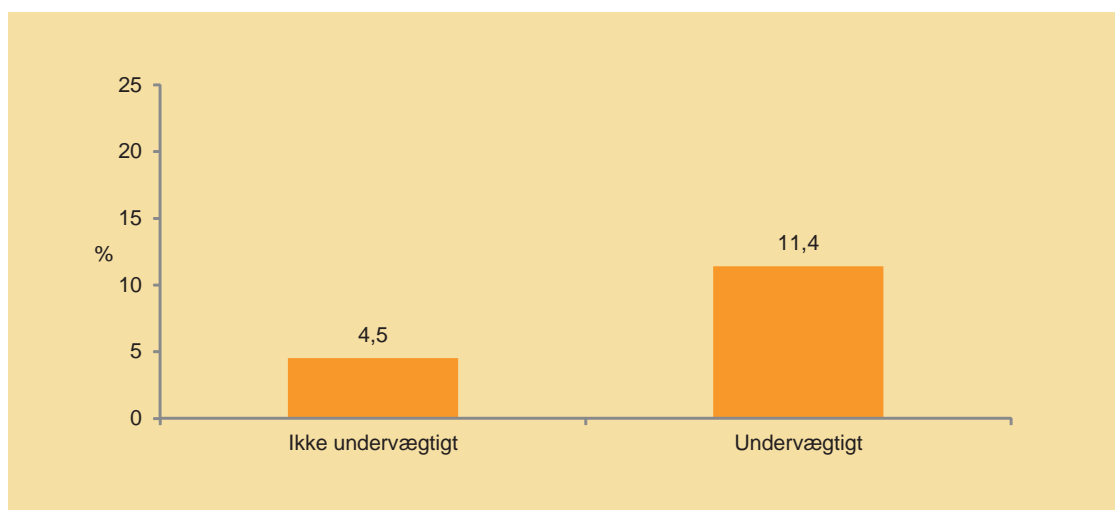
På baggrund af z-scores kan børnene indplaceres efter vægtstatus. Ud fra disse WHO-referencer vurderes et nul- til femårigt barn som undervægtigt med en z-score på mindre end -2, normalvægtigt med en z-score mellem -2 og +1, i risiko for overvægt med en z-score mellem +1 og +2, overvægtigt med en z-score mellem +2 og +3 og svært overvægtigt med en z-score på over +3 (Sjöberg et al. 2017).

Af tabel 4 fremgår det, at 1,9 % af børnene er undervægtige, 76,2 % normalvægtige, 17,1 % i risiko for overvægt og 4,7 % overvægtige/svært overvægtige. Derudover viser tabellen, at 11,4 % af de undervægtige børn har bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Den samme andel er 4,7 % blandt de normalvægtige børn, 3,9 % blandt de børn, der er i risiko for overvægt, og 4,1 % blandt de overvægtige/svært overvægtige børn. Tabellen viser dermed, at undervægtige børn er i øget risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår.





Figur 27. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om barnet er undervægtigt (N=22.701).



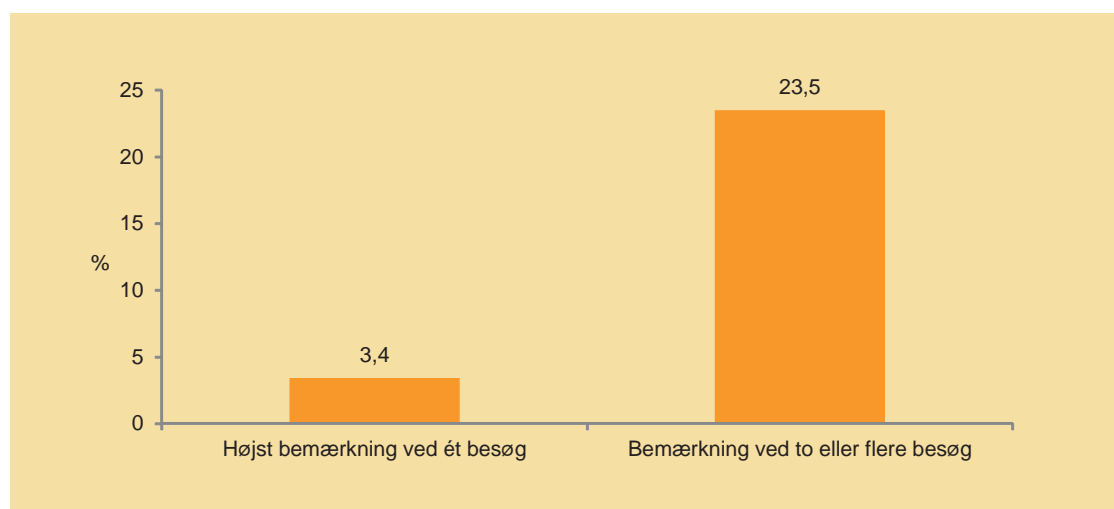
Figur 27 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om barnet er undervægtigt. Af figuren ses, at 11,4 % af de undervægtige børn har bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår, mens 4,5 % af de ikke undervægtige børn har bemærkning til sprog og kommunikation.

Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation, hvis barnet er undervægtigt, forbliver signifikant, når der justeres for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 16).

Da der ikke ses en statistisk sikker forskel i andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår efter, om barnet er overvægtigt, er denne figur ikke medtaget.



Figur 28. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter om der er registreret bemærkning til barnets motorik ved mindst to besøg i første leveår (N=25.285).



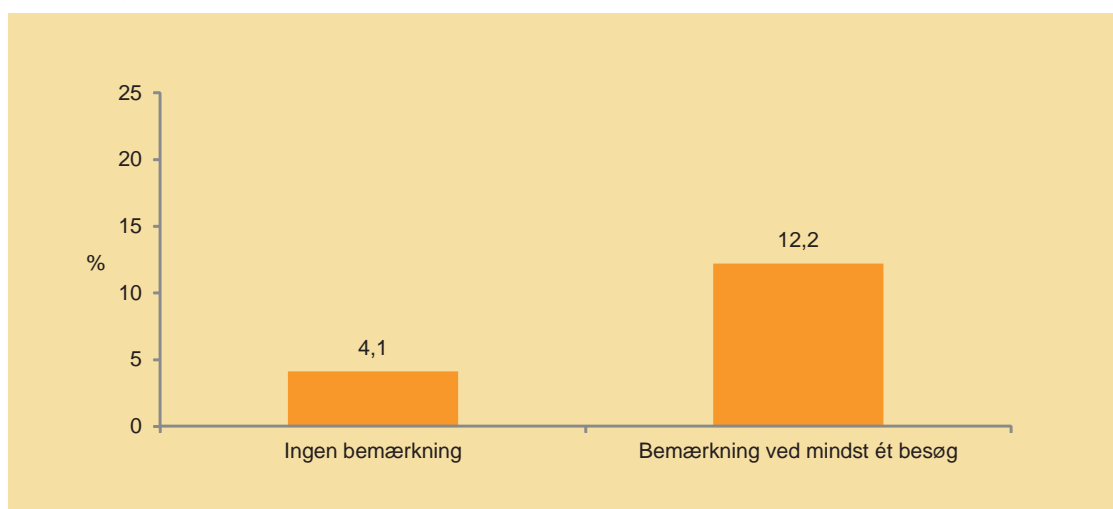
Bemærkning til motorik

Da der er en meget stor gruppe af børn, der har bemærkning til deres motorik ved mindst ét besøg i første leveår, har vi valgt at se på de børn, der har bemærkning til deres motorik ved mindst to besøg i første leveår. I temarapportens population har 5,5 % af børnene bemærkning til deres motorik ved to eller flere besøg i første leveår. Figur 28 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om der er registreret bemærkninger til barnets motorik ved mindst to besøg i første leveår. Af figuren ses, at 23,5 % af de børn, hvor der er registreret bemærkninger til barnets motorik ved mindst to besøg, har bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår. For børn, hvor der højst er registreret bemærkning til barnets motorik ved ét besøg i første leveår, er andelen med bemærkning til sprog og kommunikation 3,4 %.

Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår, hvis barnet har bemærkning til motorikken ved mindst to besøg i første leveår, forbliver signifikant, når der justeres for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 16).



Figur 29. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter om der er registreret bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i første leveår (N=21.148).



Bemærkning til søvn

Næsten hvert tiende barn (9,4 %) har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg i første leveår. Figur 29 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om der er bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i første leveår. Af figuren ses, at 12,2 % af børnene med bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg i første leveår har bemærkning til sprog og kommunikation. Derudover viser figuren, at 4,1 % af børnene uden nogen bemærkning til søvnen har bemærkning til sprog og kommunikation.

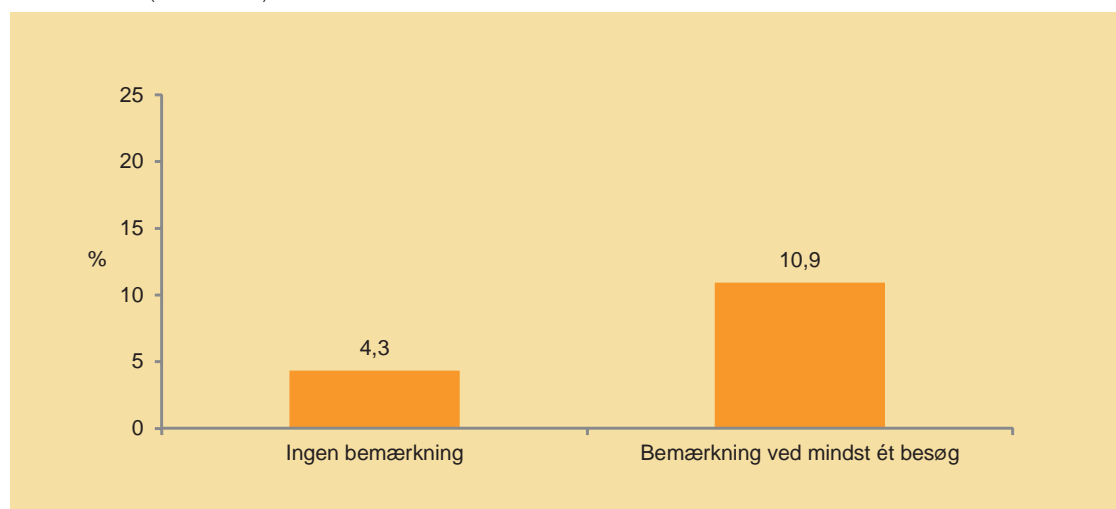
Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår, hvis barnet har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg i første leveår, forbliver signifikant, når der justeres for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 16).

Opsamling

Afsnittet vedrørende barnets trivsel og udvikling viser, at andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i barnets første leveår er større for undervægtige børn, for børn med mindst to besøg med bemærkninger til motorikken og børn med mindst ét besøg med bemærkning til søvnen. Den øgede risiko forbliver statistisk sikker, når der justeres for relevante sociodemografiske faktorer og faktorer relateret til fødslen.

10. Forhold vedrørende barnets trivsel og udvikling målt i TM Sund-journalerne

Figur 30. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter om der er registreret bemærkning til barnets signaler og reaktioner ved mindst ét besøg i første leveår (N=10.930).



Bemærkning til barnets signaler og reaktioner

I TM Sund-kommunerne registrerer sundhedsplejerskerne, om der er bemærkning til barnets signaler og reaktioner. En bemærkning til barnets signaler og reaktioner kan skyldes, at barnets døgnrytme giver anledning til problemer, at barnets søvnmønster har negativ indflydelse på barnets spising og trivsel, at barnet ikke kan trøstes, at barnet er anspændt og pirreligt, at barnet opleves trist og opgivende, eller hvis der er andre problematiske forhold vedrørende barnets signaler og reaktioner. Andelen af børn i TM Sund-populationen med bemærkning til deres signaler og reaktioner ved mindst et af besøgene i første leveår er 23,1 %.

Figur 30 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om barnet har bemærkning til deres signaler og reaktioner ved mindst ét af besøgene i deres første leveår. Af figuren fremgår det, at 10,9 % af børnene med bemærkning til

deres signaler og reaktioner har bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår. Blandt børn uden nogen bemærkning til deres signaler og reaktioner i første leveår er andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation 4,3 %.

Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår, hvis barnet har bemærkning til signaler og reaktioner, forbliver signifikant, når der justeres for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 16).



Bemærkning til uro/gråd

I TM Sund-kommunerne registreres det, hvorvidt der er bemærkning til barnets uro/gråd. Blandt TM Sund-populationen er andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved mindst ét besøg i første leveår 6,9 %. Figur 31 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om barnet har bemærkning til uro/gråd ved mindst ét besøg i første leveår. Af figuren ses, at 12,3 % af børnene, der har bemærkning til uro/gråd, har bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår. Denne andel er 5,3 % blandt børn, der ikke har nogen bemærkning til uro/gråd.

Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår, hvis barnet har bemærkning til uro/gråd ved mindst ét besøg i første leveår, forbliver signifikant, når der justeres for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 16).



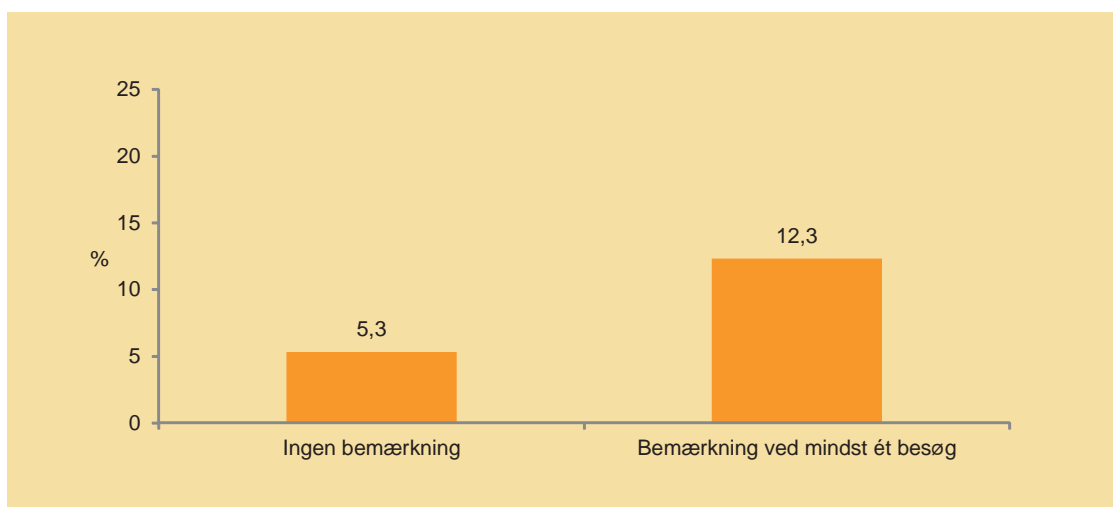
Bemærkning til barnets ernæring og spising

I TM Sund-journalen registreres det, hvorledes der er bemærkning til barnets ernæring og spising ved A-, B-, C- og D-besøget. Ved disse besøg har 51,0 % af børnene i TM Sund-populationen bemærkning til barnets ernæring og spising ved mindst ét besøg. I figur 32 ses andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om der er bemærkning til barnets ernæring og spising ved mindst ét besøg. Figuren viser, at 8,0 % af børnene med bemærkning til deres ernæring og spising har bemærkninger til sprog og kommunikation i første leveår, mens 3,6 % af børnene uden nogen bemærkning til barnets ernæring og spising i første leveår har bemærkning til sprog og kommunikation.

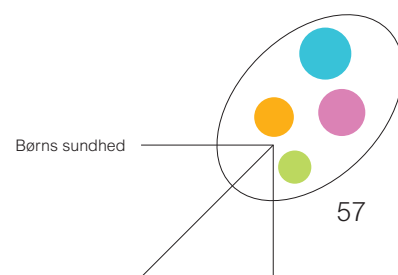
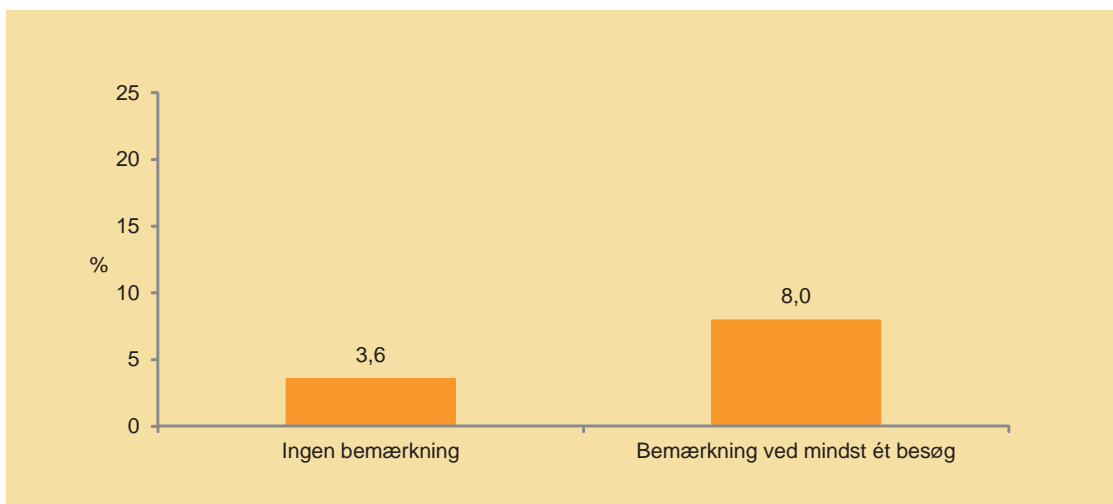
Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår, hvis barnet har bemærkning til ernæring og spising, forbliver signifikant, når der justeres for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 16).



Figur 31. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter om der er registreret bemærkning til uro/gråd hos barnet ved mindst ét besøg i første leveår (N=10.930).

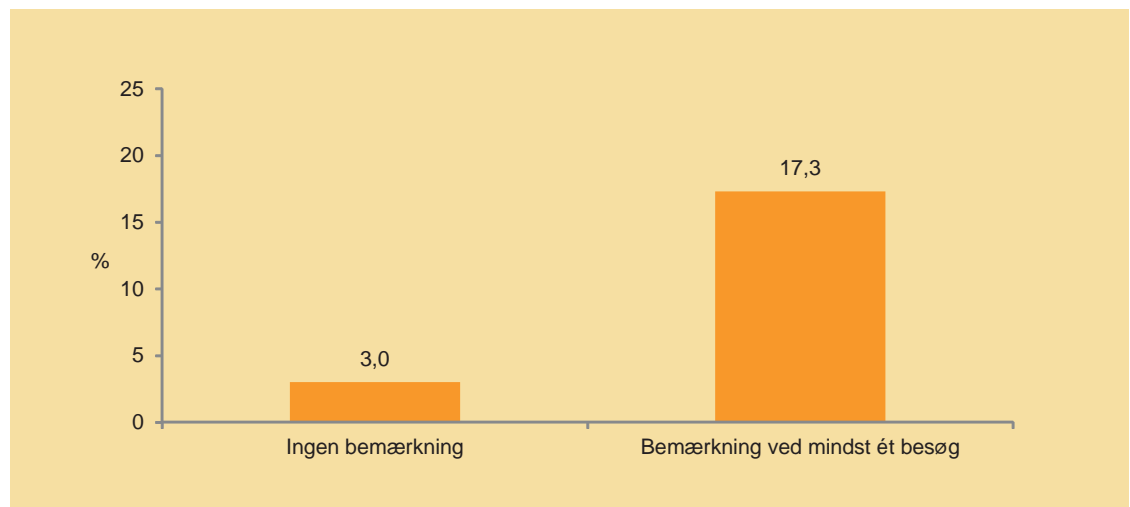


Figur 32. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om der er registreret bemærkning til barnets ernæring og spising ved mindst ét besøg i første leveår (N=10.784).





Figur 33. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter om der er registreret bemærkning til barnets øje/hånd-koordination ved mindst et af besøgene i første leveår (N=10.972).



Bemærkning til øje/hånd-koordination

Sundhedsplejerskerne i TM Sund-kommunerne registrerer, om der er bemærkning til barnets øje/hånd-koordination ved B-, C- og D-besøget. Næsten hvert femte barn (19,5 %) i TM Sund-populationen har bemærkning til øje/hånd-koordinationen ved mindst ét besøg i første leveår. Figur 33 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om barnet har bemærkning til øje/hånd-koordinationen ved mindst ét af besøgene i barnets første leveår. Af figuren ses, at 17,3 % af børnene med bemærkning til øje/hånd-koordinationen i første leveår har bemærkning til sprog og kommunikation. Denne andel er 3,0 % for børn uden nogen bemærkning til øje/hånd-koordinationen i første leveår.

Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår, hvis barnet har bemærkning til øje/hånd-koordinationen, forbliver signifikant, når der

justeres for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 16).

Opsamling

Afsnittet vedrørende barnets udvikling og trivsel målt i TM Sund-journalerne viser, at andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i barnets første leveår er større for børn med mindst ét besøg, hvor der er bemærkning til barnets signaler og reaktioner, børn med mindst ét besøg, hvor der er bemærkning til uroliggråd, børn med mindst ét besøg, hvor der er bemærkning til barnets ernæring og spising, og for børn med mindst ét besøg, hvor der er bemærkning til barnets øje/hånd-koordination. Den øgede risiko forbliver statistisk sikker, når der justeres for relevante sociodemografiske faktorer og faktorer relateret til fødslen.

11. Forhold vedrørende kontakt

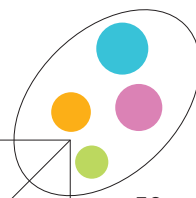


Begge journalsystemer fokuserer på kontakten mellem barnet og forældrene. Dog ses der en forskel i, hvad de to journalsystemer lægger vægt på i afrapporteringen (se tabel 5). Mens TM Sund fokuserer på forældrenes kontakt og samspil med barnet i forhold til om de forstår barnets behov, så fokuserer NOVAX i højere grad på barnets evne til at signalere følelsesmæssige behov, samt barnets kontakt og tilknytning til primære omsorgspersoner såsom forældrene. De to journalsystemer kan derfor siges at fokusere på to forskellige vinkler af forældre-barn kontakten og dermed ikke vise præcis det

samme. Derfor har vi valgt at lave to figurer, én med tal for de kommuner, som bruger TM Sund, og én med tal for de kommuner, som bruger NOVAX. Figurerne viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg efter, om der er bemærkning til kontakten ved mindst ét af besøgene i første leveår (se figur 34 og 35).

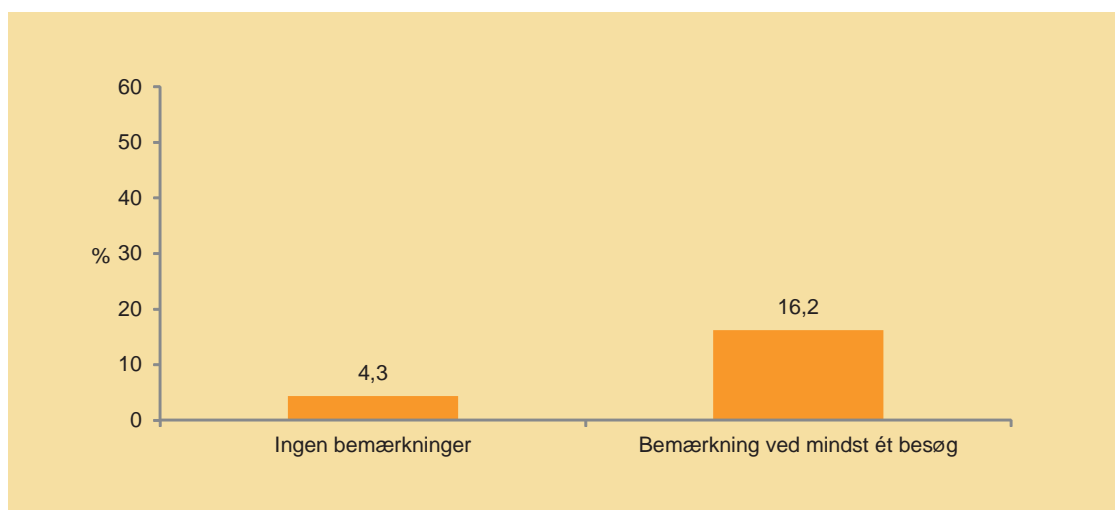
Tabel 5. Beskrivelse af kontaktvariablen i TM Sund- og NOVAX- journalsystemerne

| | |
|------------------|--|
| A-besøget | NOVAX: Etablerer kortvarig øjenkontakt. Søger tilknytning til primær omsorgsperson. Barnet signalerer følelsesmæssige behov. Relaterer sig til eventuelle søskende. TM Sund: Barnet er veltilpasset og plejet, og påklædningen er hensigtsmæssig i forhold til inde/udeklimaet. Forældrene afpasser aktiviteter efter barnets behov og er opmærksomme på, at der er grænser for barnets behov for stimuli. Forældrene har forståelse for barnets signaler og behov, og er opmærksomme på uro/gråd og søger at trøste barnet, så det falder til ro. Forældrene forstår og reagerer hensigtsmæssigt på ældre søskendes reaktioner. Der er ikke andre problematiske forhold relateret til forældre-barn kontakt og samspil. |
| B-besøget | NOVAX: Smiler bevidst og tager initiativ til kontakt. Pludrer ved kontakt. Kan fastholde øjenkontakt i kortere perioder. Signalerer følelsesmæssige behov. TM Sund: Barnet er veltilpasset og plejet, og påklædningen er hensigtsmæssig i forhold til inde/udeklimaet og barnets bevægelsesfrihed. Forældrene kender barnets behov for leg og stimulation og afpasser aktiviteter herefter. Forældrene kender og forstår barnets signaler og behov, og handler på barnets behov for mad, ro, kontakt ect. Forældrene forstår og reagerer hensigtsmæssigt på ældre søskendes reaktioner. Der er ikke andre problematiske forhold relateret til forældre-barn kontakt og samspil. |
| C-besøget | NOVAX: Smiler selektivt. Interessert i omgivelserne. Sikker i kontakten med omverden. Interessert i og følger genstande. Nyder kontakt. Søger primære omsorgspersoner. Udtrykker følelser som glæde, uro og afsky med mimik og kropssprog. Skelner fremmede fra primære omsorgspersoner. Signalerer følelsesmæssige behov. TM Sund: Samme som ved B-besøget. |
| D-besøget | NOVAX: Er sikker i kontakten med omverdenen. Følger efter primære omsorgspersoner. Interessert i sine omgivelser. Kan være angst for separation. Udforsker forældres ansigt og egen krop. Forstår årsag-virkningssammenhænge. Viser interesse for andre børn, besvarer kontakt og tager initiativ til leg. Har fælles opmærksomhed. Signalerer følelsesmæssige behov. TM Sund: Barnet er veltilpasset og plejet. Påklædningen er hensigtsmæssig i forhold til inde/udeklimaet og barnets bevægelsesfrihed. Forældrene tilbyder barnet aktiviteter, der stimulerer barnets udvikling. Forældrene har en rolig og sikker adfærd, hvor forældre og barn er i positivt samspil. Forældrene er i stand til at opfange barnets behov og opfylde dem. Forældrene er opmærksomme på uro/gråd, og kan trøste barnet, så det falder til ro. Forældrene forstår og reagerer/opfanger ældre søskendes reaktioner. Der er ikke andre problematiske forhold relateret til forældre-barn kontakt og samspil. |





Figur 34. Andelen af børn i TM Sund-populationen med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg opdelt efter, om der er bemærkning til kontakten ved ét af besøgene i første leveår (N=10.958).



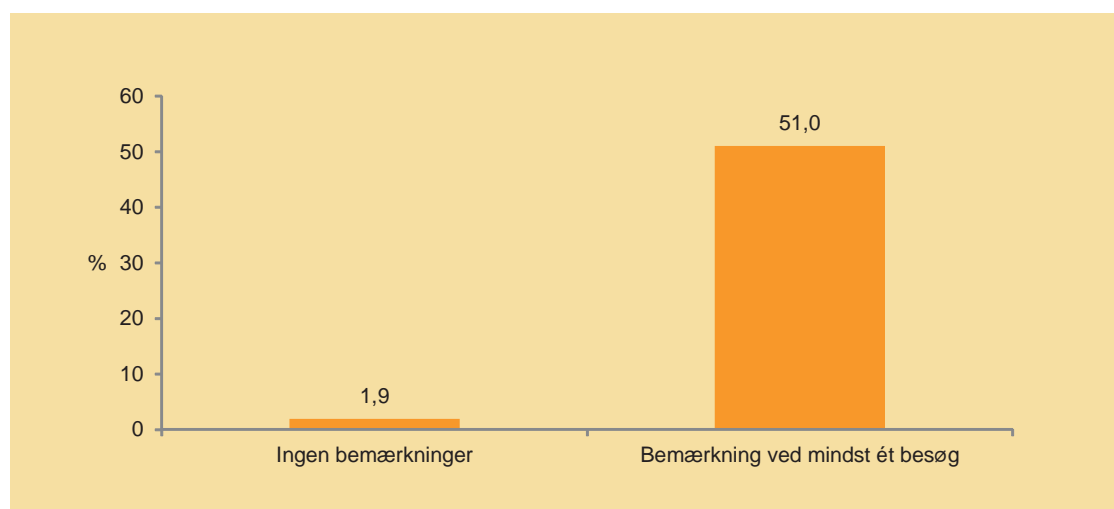
Forælder-barn kontakt og samspil i TM Sund

I TM Sund-populationen er der 12,6 % af børnene, der har bemærkning til kontakt ved mindst ét besøg i første leveår. Figur 34 viser andelen af børn i TM Sund med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om der er bemærkning til kontakten. Figuren viser, at 16,2 % af børnene med bemærkning til kontakten har bemærkninger til sprog og kommunikation. Denne andel er 4,3 % blandt børn, der ikke har bemærkninger til kontakten i første leveår.

Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår i TM Sund-populationen, hvis barnet har bemærkning til kontakten, forbliver signifikant, når der justeres for efterfødselsreaktioner hos mor, forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 17).



Figur 35. Andelen af børn i NOVAX-populationen med bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår efter om der er bemærkning kontakten ved mindst ét besøg (N=14.283).



Samvær og kontakt i NOVAX

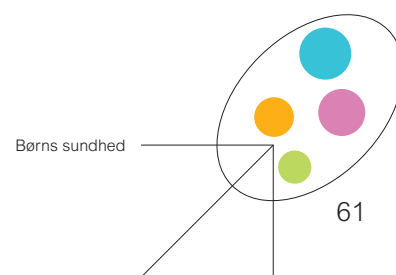
I NOVAX-populationen er der 3,3 % af børnene, der har bemærkning til kontakt ved mindst ét besøg i barnets første leveår. Figur 35 viser andelen af børn i NOVAX med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om der er bemærkning til kontakten ved ét af besøgene. Figuren viser, at over halvdelen af børnene (51,0 %) med bemærkning til kontakten har bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår. Denne andel er kun 1,9 % blandt børn, der ikke har nogen bemærkning til kontakten i første leveår.

Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår i NOVAX-populationen, hvis barnet har bemærkning til kontakten, forbliver signifikant, når der justeres for efterfødselsreaktioner hos mor, forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning,

gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 17).

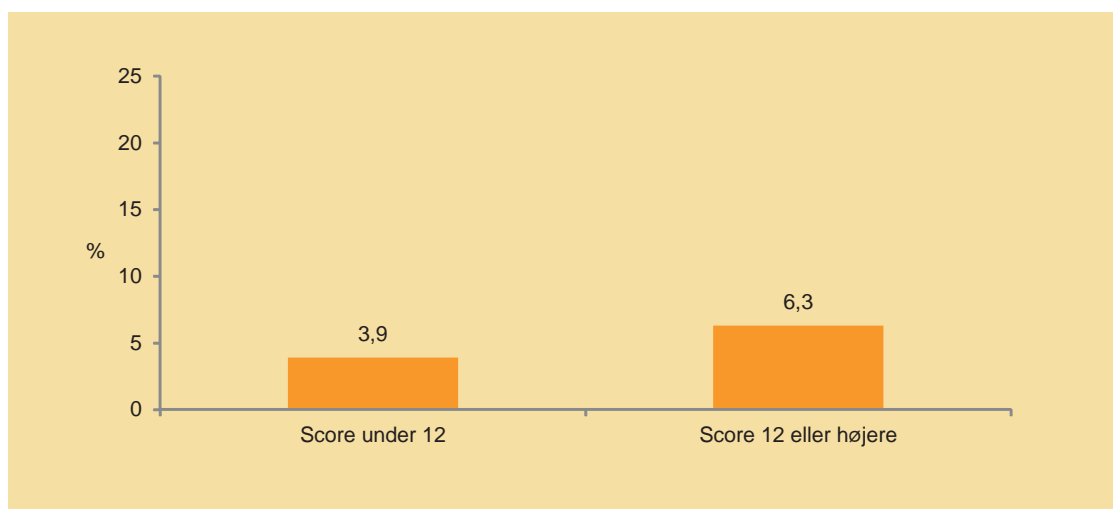
Opsamling

Afsnittet om forhold vedrørende kontakt viser, at andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i barnets første leveår er større for børn i TM Sundpopulationen med mindst ét besøg, hvor der er bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil, og for børn i NOVAX-populationen med mindst et besøg, hvor der er bemærkning til samvær og kontakt. Den øgede risiko forbliver statistisk sikker, når der justeres for centrale sociodemografiske faktorer, faktorer relateret til fødslen og efterfødselsreaktioner.



12. Efterfødselsreaktioner

Figur 36. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om mor har en mulig depression (N=18.592).



The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Det er en stor omvæltning at blive forælder, og mange oplever at få en efterfødselsreaktion, som kan ende ud i en mulig fødselsdepression.

Til vurdering af fødselsdepression kan sundhedsplejersken anvende EPDS. Hvis mødrene scorer 12 point eller højere, og fædrene scorer ti point eller højere, er det sandsynligt, at de kan have en fødselsdepression (Databasen Børns Sundhed 2016).

I temarapportens population har 5,6 % af mødrene en mulig depression målt ud fra EPDS, defineret som en score på tolv eller højere. Figur 36 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om mor har en mulig depression. Figuren viser, at 6,3 % af børnene, hvor mor har en score på mindst 12, har bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår.

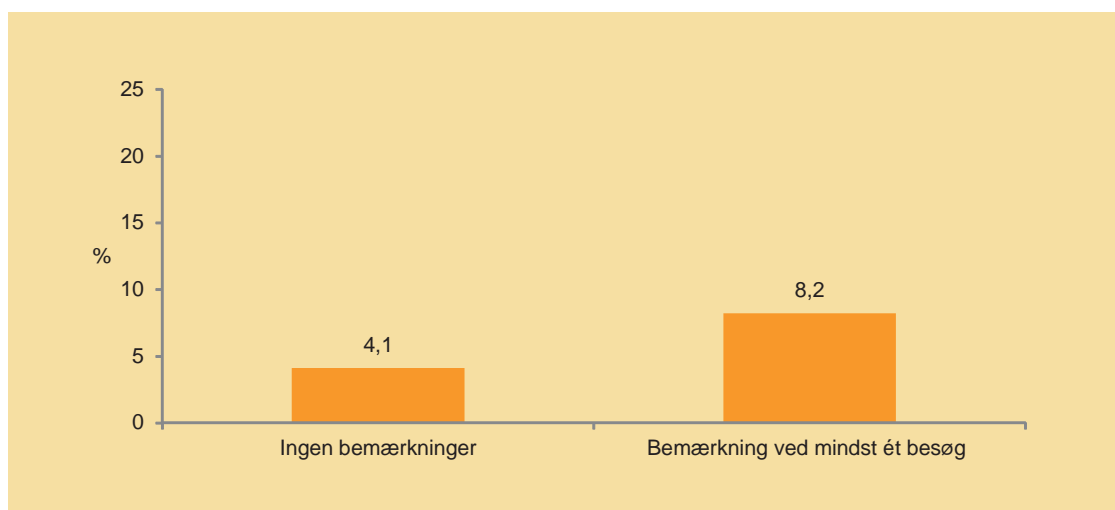
Samme andel for børn, hvis mødre har en score på under 12, er 3,9 %. Den øgede risiko for, at barnet får bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår, hvis mor har en mulig depression, forbliver signifikant, når der justeres for mors herkomst, mors uddannelse, mors erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 18).

Den samme tendens ses for børn, hvis fædre har en mulig depression, defineret som en score på ti eller højere. Det er dog meget begrænset, hvor mange fædre, der bliver testet, og der er derfor ikke en statistisk sikker sammenhæng mellem bemærkninger til sprog og kommunikation i første leveår og børn til fædre med en mulig depression. Ud fra EPDS ses det, at 4,4 % af fædrene i temarapportens population har en mulig depression.





Figur 37. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved ét eller flere besøg i barnets første leveår (N=16.208).



Psykisk tilstand

I begge journalsystemer registrerer sundhedsplejersken, hvis der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved besøgene i første leveår. For hvert fjerde barn (25,5 %) har sundhedsplejersken noteret bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår.

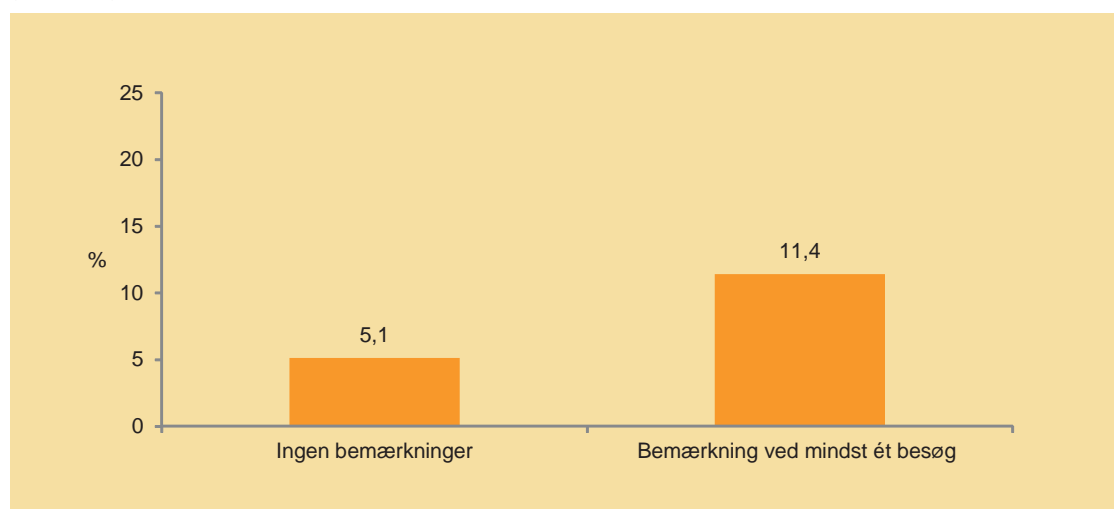
Figur 37 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved et af besøgene i barnets første leveår. Af figuren ses, at andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation er højest blandt børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved ét eller flere besøg i første leveår.

Andelen med bemærkning til sprog og kommunikation er 8,2 % blandt børn med én eller flere bemærkninger til mors psykiske tilstand, og 4,1 % blandt børn, hvor der ikke er noteret bemærkning til mors psykiske tilstand.

Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår, hvis der er bemærkning til mors psykiske tilstand, forbliver signifikant, når der justeres for mors herkomst, mors uddannelse, mors erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 18).



Figur 38. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om der er bemærkning til fars psykiske tilstand ved ét af besøgene i barnets første leveår (N=7.146).



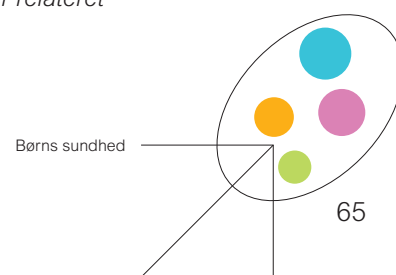
I TM Sund-journalsystemet registreres det desuden, hvis der er bemærkning til fars psykiske tilstand ved et af besøgene i barnets første leveår. For næsten hvert tiende barn (9,8 %) har sundhedsplejersken noteret bemærkning til fars psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår.

Figur 38 viser andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg efter, om der er bemærkning til fars psykiske tilstand i barnets første leveår. Figuren viser, ligesom figur 37, at forældrenes psykiske tilstand har betydning for, om der er bemærkning til barnets sprog og kommunikation i første leveår. Det ses, at 11,4 % af børnene, hvor der er bemærkning til fars psykiske tilstand ved ét eller flere af besøgene, har bemærkning til sprog og kommunikation. Denne andel er 5,1 % for de børn, hvor der ikke er noteret nogen bemærkning til fars psykiske tilstand.

Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår, hvis der er bemærkning til fars psykiske tilstand ved ét af besøgene i første leveår, forbliver signifikant, når der justeres for fars herkomst, fars uddannelse, fars erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 18).

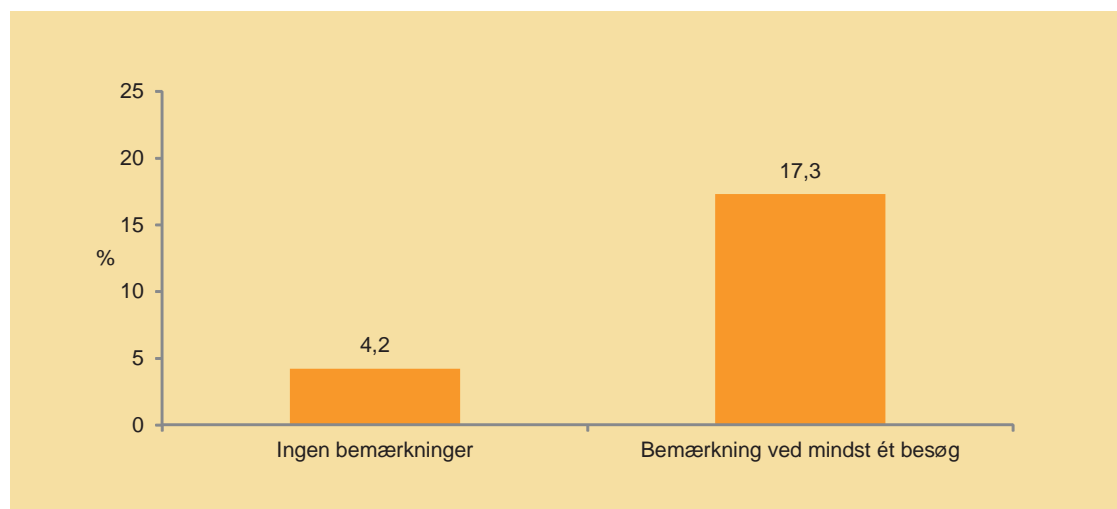
Opsamling

Afsnittet om efterfødselsreaktioner viser, at andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i barnets første leveår er større for børn, hvis mor har en mulig fødselsdepression, og for børn med mindst ét besøg, hvor der er bemærkning til mors og/eller fars psykiske tilstand. Den øgede risiko forbliver statistisk sikker, når der justeres for centrale sociodemografiske faktorer og faktorer relateret til fødslen.



13. Bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet

Figur 39. Andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår efter, om der er registreret bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet ved besøgene i første leveår (N=10.901).



I TM Sund-journalen registrerer sundhedsplejersken, om der er bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet ved ét eller flere besøg i barnets første leveår. I TM Sund-populationen er der 12,1 %, der har bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet. I figur 39 ses andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg efter, om der er registreret bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet ved ét eller flere besøg i første leveår. Figuren viser, at næsten en femtedel (17,3 %) af børnene med bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet ved mindst ét besøg har bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår. Denne andel er 4,2 % for børn uden nogen bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet.

Den øgede risiko for at få bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår, hvis barnet har bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet ved et af besøgene i første leveår, forbliver signifikant, når der justeres for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse, forældrenes erhvervstilknytning, gestationsalder, fødselsvægt, om barnet er født ved kejsersnit, om barnet er det førstefødte barn, og om der var medfødte misdannelser (bilag 3 tabel 19).

Opsamling

Afsnittet om sundhedsplejerskens kontakt med barnet viser, at andelen af børn med bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i barnets første leveår er større for børn med mindst ét besøg med bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet. Den øgede risiko forbliver statistisk sikker, når der justeres for centrale sociodemografiske faktorer og faktorer relateret til fødslen.

14. Diskussion



Hovedfund

Rapporten har fire hovedfund. Det **første** er, at 4,5 % af børnene har bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Andelen af børn med bemærkninger er jævnt fordelt over alle besøg. Kun meget få børn, nemlig 0,5 %, har bemærkning til sprog og kommunikation ved mere end ét besøg i første leveår.

Det **andet** hovedfund er, at der er mange risikofaktorer for at have bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Her nævnes kun de risikofaktorer, som fremkommer i de kontrollerede analyser, det vil sige i de analyser der er rensset for indflydelse af andre faktorer:

Sociodemografiske faktorer: Børn af forældre, der er indvandrere eller efterkommere, børn, hvis forældres højeste gennemførte uddannelse er en erhvervsfaglig uddannelse eller grundskole, og børn, hvor den ene forælder eller begge forældre er uden for erhverv, har en øget risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i barnets første leveår.

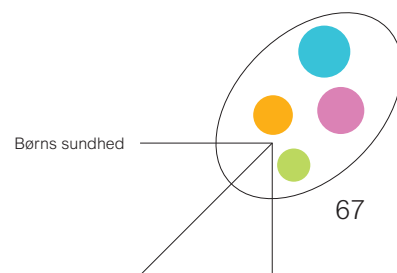
Faktorer relateret til fødslen: Børn der er tidligt født (før uge 37), børn der er født med lav fødselsvægt (< 2.500 gram), børn der er født ved kejsersnit, børn der ikke er det førstefødte barn, samt børn, der er født med en medfødt misdannelse har en øget risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i barnets første leveår.

Sanser: Børn der har bemærkning til hørelsen, synet og/eller andre sanser i første leveår har betydelig større risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i barnets første leveår end børn, der ikke har bemærkninger til hørelsen, synet eller sanserne.

Trivsel og udvikling: Børn der er undervægtige, og børn, der har bemærkninger til deres motorik eller bemærkning til deres søvn i første leveår, har øget risiko for at have bemærkning til deres sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Analyserne viser desuden en øget risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår blandt børn, der har bemærkning til deres signaler og reaktioner, bemærkning til uro/gråd, bemærkning til ernæring og spisning og for børn med bemærkning til øje/hånd koordinationen.

Det **tredje** hovedfund er, at der er en øget risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår blandt børn, hvor sundhedsplejersken har noteret bemærkning til forældre-barn relationen og blandt de børn, hvor der er noteret bemærkning til samværet og kontakten mellem barnet og forældrene. Blandt de børn, hvor sundhedsplejersken har noteret en bemærkning til sin egen kontakt med barnet, ses der ligeledes en højere andel af børn med bemærkning til sprog og kommunikation.

Det **fjerde** hovedfund er, at der er en sammenhæng mellem forældrenes mentale helbred og barnets risiko for at have bemærkninger til sprog og kommunikation. Børn, hvis mødre har en mulig efterfødselsreaktion - vurderet ud fra The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), har en øget risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår. Børn, hvis mødre og/eller fædre har mindst en bemærkning til deres psykiske tilstand i første leveår, har ligeledes større risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation.





Sammenligning med anden forskning

Forekomsten af børn med sprog- og kommunikationsproblemer synes lav sammenlignet med andre nationale og internationale studier.

Ammitzbøll et al. (2016) finder for eksempel, at 10,1 % af drengene og 8,3 % af pigerne i ni- til timånedersalderen havde et eller flere sprogproblemer. En mulig forklaring er, at sundhedsplejerskernes bemærkninger om sprog- og kommunikationsproblemer kun vedrører de mere alvorlige tilfælde, mens de lette problemer ikke noteres i journalen.

Kønsskille: Andre studier finder, at drenge har en øget risiko for at have sprogvanskeligheder sammenlignet med piger. Denne sammenhæng finder vi også i de ujusterede analyser, men forskellene forsvinder i de analyser, hvor der er renset for indflydelse af andre faktorer.

Sociodemografiske faktorer: Den videnskabelige litteratur finder, ligesom denne rapport, en sammenhæng mellem sociodemografiske faktorer, såsom uddannelse og socioøkonomisk status, og barnets kommunikations- og sprogudvikling (Bless 2010; Reilly et al. 2010). Man ved ikke, hvorfor denne sammenhæng er der, men en hypotese er, at hjemmets sproglige socialiseringsniveau spiller en stor rolle (Bleses & Højen 2012).

Forældrenes måde at stimulere barnets sprog på er meget betydningsfuld, og det er derfor vigtigt, at forældrene er opmærksomme på, at barnet hører et varieret sprog og selv får mulighed for at bruge sproget på så mange forskellige måder som muligt. Litteraturen påpeger, at det er vigtigt, at forældrene er opmærksomme på deres egen rolle som sproglige rollemodeller, og for eksempel ikke bare tænker, at sproget kommer af sig

selv (Bylander & Krog 2014). Forskning tyder på, at jo mere viden forældrene har om, hvad der påvirker deres barns generelle udvikling, jo bedre et sprogligt miljø kan de tilbyde barnet. Forældrenes viden om, hvad der har betydning for barnets udvikling, er påvirket af forældrenes uddannelsesniveau (Bleses 2010).

Etnisk herkomst: Vi finder, at risikoen for at have bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår er større for børn, hvis begge forældre er indvandrere eller efterkommere. Ifølge litteraturen kan dette skyldes, at der er forskel på, hvordan mødre med forskellig herkomst kommunikerer med deres børn. Vi har desværre ingen oplysninger om, hvorvidt disse børn er dem, som vokser op i et tosproget hjemmemiljø.

Forhold relateret til fødslen: At børn, der er født for tidlig og med lav fødselsvægt, har større risiko for at have sprogproblemer, ses også i andre studier (Ammitzbøll et al. 2016; Windsor et al. 2009). Flere studier finder, at tvillinger har en øget risiko for sprogvanskeligheder (Rutter et al. 2003; Thorpe 2006). Men i modsætning til undersøgelsen her, finder disse ikke, at forskellen i sprogniveauet mellem tvillinger og enkeltfødte er associeret med forhold relateret til fødslen.

Barnets nummer i søskendeflokken: Undersøgelsen viser, at børn, der ikke er førstefødte, har en øget risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation. Dette resultat genfindes i andre undersøgelser. Studier viser, at det ældste barn oftere får forældrens udelte tid og opmærksomhed, samt at forældrene taler mest med det ældste barn (Bridges & Hoff 2011; Bylander & Krog 2014). Dette kan være en af forklaringerne på, at børn, der ikke er førstefødte, har en



højere risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation.

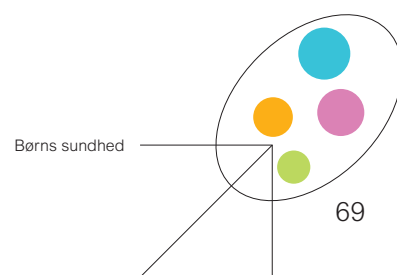
Barnets udvikling og trivsel: Undersøgelsen viser, at forhold omhandlende barnets udvikling og trivsel har indflydelse på barnets sproglige og kommunikative udvikling. Der er ikke meget forskning, der beskæftiger sig med sammenhængen mellem tidlige sprogvanskeligheder og andre udviklingsmæssige forhold. Derfor er det interessant, at rapporten blandt andet finder en sammenhæng mellem undervægt og sprog- og kommunikationsudviklingen.

Samspillet mellem barn og forældre: Rapporten viser, at der er en øget risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation ved mindst ét besøg i første leveår blandt børn, hvor



sundhedsplejersken har noteret bemærkning til forældre-barn relationen, og blandt de børn, hvor der er noteret bemærkning til samværet og kontakten mellem barnet og forældrene. Forskningen viser, at de følelser, som de voksne lægger ind i samtalen, er af stor betydning for, at samspillet mellem det lille barn og den voksne kan fungere godt. Smil, blikke, bløde, milde og kærlige stemmer og højt toneleje henleder barnets opmærksomhed på samtaleparteneren, og barnet svarer med smil og pludreløde. Øjenkontakten er især væsentlig for, at kommunikationen fungerer. Børn, som får for lidt øjenkontakt, kan blive forsinket i talesprogudviklingen. Foruden øjenkontakten reagerer børn tidligt på forskellige stemmer. Barske, kolde eller vrede stemmer kan få barnet til at græde eller afbryde samspillet (Svensson 2001).

Mors og fars psykiske helbred: Vi finder, i overensstemmelse med tidligere undersøgelser, at der er en sammenhæng mellem forældrenes mentale helbred og barnets risiko for at have sproglige vanskeligheder. Flere studier viser, at depressive symptomer hos moren kan påvirke spædbarnets kommunikationsfærdigheder (Kawai et al. 2016; Sohr-Preston & Scaramella 2006). Det skyldes, at depressionen muligvis forstyrrer evnen til at reagere følsomt og konsekvent over tid. Hvis moren er negativ, synes det at mindske spædbarnets motivation og interesse for at kommunikere. Her til viser forskningen, at deprimerede mødre bruger mindre spædbørnsrettet tale end ikke-deprimerede mødre, hvilket kan påvirke barnets indlæring. Ved at inddrage ikke-deprimerede fædre eller andre voksne tidligt i barnets liv kan vanskelighederne muligvis forebygges eller mindskes (Sohr-Preston & Scaramella 2006).





Styrker ved data og metode

En styrke ved temarapporten er, at den omfatter et stort og repræsentativt materiale. Rapporten omfatter 43,4 % af de børn, der blev født i Danmark i 2015. Der er tale om en totalpopulation af børn født i 31 kommuner. Da næsten alle børn tilses af en sundhedsplejerske i første leveår, er der næsten ingen problemer med bortfald og dertil relateret bias.

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

En tredje styrke ved datamaterialet er, at data er indsamlet systematisk: det er sundhedsplejersken og ikke forældrene, der ud fra en standardiseret vejledning og journal vurderer barnets sproglige udvikling. Den enkelte sundhedsplejerske ser rigtig mange spædbørn i deres daglige arbejde, hvilket sammen med vejledningen til sundhedsplejerskerne, om hvordan data skal vurderes og registreres, er med til at kvalificere deres vurdering af, hvorvidt det enkelte barns kommunikative og sproglige udvikling er alderssvarende. Sundhedsplejerskers faglige viden om barnets sproglige udvikling er naturligvis ikke så omfattende som talepædagogers viden, men sundhedsplejerskens vurdering er systematisk og bygger på stor erfaring og må derfor vurderes at være relativt valid sammenlignet med fx selvrapportering fra forældre.

Det er et vigtigt skridt for Databasen Børns Sundhed, at det nu er muligt for kommunerne at indsende data via begge de to største udbydere af elektroniske journaler til de kommunale sundhedsordninger; NOVAX og TM Sund. Alle de vigtigste kernevariable er belyst i begge journaler, og der arbejdes løbende med at ensrette vejledningerne. I udviklingsarbejdet med de nye journaler er der blevet lagt meget stor vægt på, at journalen skal være et brugbart og meningsfuldt redskab for sundhedsplejerskerne. Det er desuden meget vigtigt, at journalen ikke bliver for omfattende og tidkrævende at anvende. Disse hensyn har betydet, at det ikke er helt den samme journal og vejledning, der anvendes i NOVAX-kommunerne og i TM Sund-kommunerne. Blandt andet er der meget stor forskel på, hvad der måles i de to journalsystemer på forældre-barn variablen. Derudover registrerer TM Sund-journalen, om der er bemærkninger til barnets syn eller hørelse, mens NOVAX-journalen registrerer, om der er bemærkninger til barnets sanser. For andre variable som fx sprog og kommunikation er forskellene betydeligt mindre.

System- og kommuneforskelle i andelen af børn med bemærkninger til sprog og kommunikation

I undersøgelsen finder vi, at andelen af børn, for hvem der er noteret bemærkning til sprog og kommunikation, er 3,5 % i NOVAX-journalen og 5,8 % i TM Sund-journalen. Vi har undersøgt, om denne forskel alene skyldes, at befolkningssammensætningen i de kommuner, der anvender det enkelte journalsystem, er forskellig (bilag 3 tabel 20). Men vi finder, at selv når man tager højde for socioøkonomiske og fødselsrelaterede risikofaktorer, så har de børn, der bor i en TM Sund-kommune, stadig 1,7 gang højere risiko for at have en



bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår end børn, der bor i en NOVAX-kommune. Det kan skyldes, at der er forskellige traditioner for, hvornår der registreres bemærkninger i de forskellige journalsystemer.

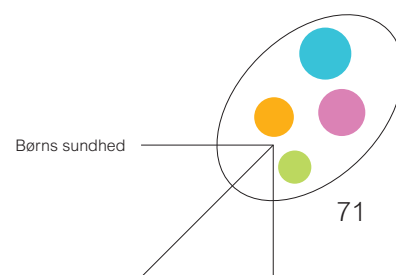
I undersøgelsen finder vi også meget store forskelle i andelen af børn, der har bemærkninger til sprog og kommunikation i de enkelte kommuner. Variationen strækker sig fra under en procent i Fredensborg og Frederiksberg Kommune til over ti procent i Albertslund og Gentofte Kommune. Vi har undersøgt, om denne forskel alene skyldes befolkningssammensætningen i de enkelte kommuner. Forskellene bliver mindre når vi kontrollerer for socioøkonomiske og fødselsrelaterede faktorer, men der er stadig signifikant forskel.

Det er meget muligt, at flere sundhedsplejersker, som vurderer samme barn, vil komme frem til forskellige konklusioner om barnets sprog og kommunikation, ligesom man næsten altid konstaterer interpersonelle variationer i kliniske databaser. Det er vigtigt at få mere viden om validiteten af data, og hvordan man eventuelt kan styrke denne. En svaghed i datamaterialet er således, at validiteten af sundhedsplejerskernes bemærkninger er ukendt.

Variationen mellem kommunerne skyldes måske i stedet, at der er forskellige traditioner for, hvornår man noterer en bemærkning til barnets sproglige udvikling i kommunerne. De fleste af de kommuner, der har meget lave andele af børn med bemærkninger til sprog og kommunikation, er kommuner, som er nye i databasesamarbejdet. Måske har de ikke haft de samme erfaringer med at registrere bemærkninger som de gamle

kommuner på det tidspunkt, data er indsamlet. Et bud på de høje andele i andre kommuner kan tænkes - ud over forskelle i befolkningssammensætningen - at være påvirket af hvor meget fokus, der er på børns kommunikations- og sprogudvikling i den enkelte kommune. Vi ved fra tidligere rapporter og ikke mindst fra vores diskussioner med de ledende sundhedsplejersker, at jo mere fokus en kommune har på et område, jo højere forekomst af bemærkninger til det givne område er der de efterfølgende år. I en sådan situation betyder en høj forekomst af bemærkninger til sprog og kommunikation derfor ikke nødvendigvis, at børnene klarer sig dårligere sprogligt end børn i andre kommuner, men at der har været fokus på området i kommunen. Ud fra et videnskabeligt perspektiv er det selvfølgelig problematisk, hvis sundhedsplejerskerne i de deltagende kommuner ikke baserer deres vurderinger ud fra de samme standardiserede kriterier. Det er derfor vigtigt at fortsætte arbejdet med at tilpasse journalerne og præcisere vejledningerne, sådan at det så vidt muligt bliver fuldt sammenlignelige informationer, der registreres i alle kommuner.

Disse variationer mellem kommunerne har formentlig ingen særlig betydning for analyserne af de faktorer, som er associeret med sprog- og kommunikationsproblemer. Rapportens hovedformål er at belyse hvilke faktorer, der øger barnets risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår. De associationer, vi ser, genfindes, uanset om niveauet for bemærkning til sprog og kommunikation er 3,5 % eller 5,8 %.





Implikationer

Undersøgelsen finder en række risikofaktorer for at have kommunikations- og sprogvanskeligheder i første leveår, men det er vigtigt ikke at overfortolke disse risikofaktorer. Selvom risikoen for at have bemærkning til sprog og kommunikation er halvanden gang større for børn, hvis begge forældre er indvandrere eller efterkommere, så er der stadig 3,8 % af børnene af forældre med dansk herkomst, der har bemærkninger til deres sprog og kommunikation. Det er vigtigt, at opspore sprog- og kommunikationsvanskeligheder tidligt, men man skal huske, at sprogtilegnelse sker i spring, især i de første leveår. En engelsk undersøgelse, hvor man fulgte 8.000 tvillinger

over en årrække, eksemplificerer denne dobbelthed godt. På den ene side fandt man, at ca. halvdelen af de børn, der havde vanskeligheder ved toårsalderen, havde et alderssvarende sprog ved fireårsalderen, uden at de havde modtaget nogen sproglig indsats, og på den anden side, at børn, der havde sproglige vanskeligheder ved toårsalderen, havde fire gange så stor sandsynlighed for at have sproglige vanskeligheder ved fireårsalderen (Bless 2010; Dale et al. 2003). Det betyder, at tidlige sproglige vanskeligheder ikke nødvendigvis er tegn på vedvarende problemer, men at det kan øge risikoen for senere sproglige problemer, hvilket kan være en vigtig information.



Andelen af børn med bemærkninger til sprog og kommunikation i denne rapport er betydelig mindre end den andel, der er fundet ved nationale og internationale studier af samme aldersgruppe. På denne baggrund anbefales det, at gennemgå formuleringer i journalerne og vejledningerne med henblik på behov for justering og præcisering.

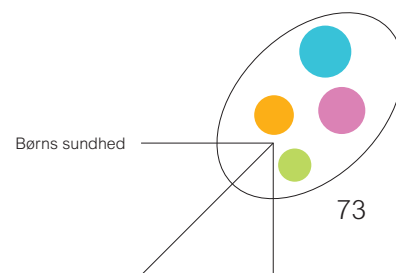
Mange af risikofaktorerne handler om forhold, som sundhedsplejersken kan inddrage i sit arbejde; sundhedsplejersken kan prioritere sprog- og kommunikationsvanskeligheder i de typer af familier, hvor problemerne er størst, fx i familier med forældre med kort uddannelse, indvandrersfamilier, familier med for tidligt fødte børn, børn med sanseproblemer eller medfødte misdannelser, og familier hvor forældrene har efterfødselsreaktion. Den store variation mellem kommunerne tyder på, at sprog og kommunikation i første leveår kan anbefales som temaer i den løbende kompetenceudvikling af sundhedsplejerskerne. Det er vigtigt, at kommunerne støtter op omkring en sådan prioritering ved at sikre, at der er tilbud til familierne. Behovsbesøg kan være en god løsning for mange familier, men der er også brug for, at sundhedsplejersken har henvisningstilbud til de familier, hvor sprog- og kommunikationsvanskelighederne er betydelige.

Rapporten viser også, at der ses flere bemærkninger til sprog og kommunikation hos børn med søskende end hos førstefødte børn. Dette giver anledning til overvejelser om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at have et servicetilbud med færre besøg til forældre med flere børn end til forældre med første barn.

Ud over disse implikationer for praksis har undersøgelsen også en række videnskabelige implikationer. En vigtig opgave er at undersøge validiteten af sundhedsplejerskernes bemærkninger, for eksempel ved at sammenligne disse bemærkninger med en ekspertvurdering. En anden vigtig opgave er at undersøge udviklingen i børns sprog- og kommunikationsfærdigheder:

Konklusion

Blandt børn født i Danmark i 2015 havde omkring 4,5 % af alle nyfødte bemærkninger til deres sprog og kommunikation i første leveår. Det vil sige, at hvert tyvende barn ikke havde en alderssvarende sproglig og kommunikativ udvikling. Det er ikke tilfældigt hvilke børn, der får bemærkninger til sprog og kommunikation i første leveår. Flere sociodemografiske faktorer og forhold relateret til fødslen er risikofaktorer for sprog- og kommunikationsproblemer. Derudover har børn med bemærkning til forældre-barn kontakten og børn til forældre med bemærkninger til deres psykiske tilstand en øget risiko for at få sprog- og kommunikationsvanskeligheder i første leveår. Børn med bemærkninger til sprog og kommunikation i første leveår har gennemsnitligt flere bemærkninger til deres trivsel og udvikling end børn, der ikke har bemærkninger til deres sprog- og kommunikationsevner. Opgørelsen viser, at det er vigtigt med tidlig opsporing og et øget fokus på sprog- og kommunikationsproblemer allerede i barnets første leveår. Der ses derfor et stort behov for at fortsætte og udvikle den indsats, som sundhedsplejersken og andre gør for at afdække de små børns problemer med sprog og kommunikation, og for at validere det arbejde, sundhedsplejerskerne gør, sådan at vi kan sikre og fastholde de gode eksempler og udvikle nye tiltag der, hvor der er behov for det.



15. Inspiration for praksis

Rapporten kan på mange måder give inspiration til sundhedsplejens praksis.

- Det er vigtigt, at sundhedsplejen har fokus på børns sprog og kommunikation. For det første fordi næsten hvert tyvende barn ikke har en alderssvarende sproglig og kommunikativ udvikling. For det andet fordi den videnskabelige litteratur understreger vigtigheden af tidlig opsporing af sprog- og kommunikationsvanskeligheder. For det tredje fordi sundhedsplejersken ser rigtig mange spædbørn i deres daglige arbejde og derfor har en god forudsætning for at vurdere, hvorvidt det enkelte barns sproglige og kommunikative udvikling er alderstilsvarende.
- Rapporten finder en række risikofaktorer for sprog- og kommunikationsvanskeligheder. Denne viden kan sundhedsplejerskerne inddrage i deres arbejde. Blandt andet er børn med søskende i øget risiko for sprogvanskeligheder, hvilket giver anledning til overvejelser om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at have et servicetilbud med færre besøg til forældre med flere børn end til forældre med første barn.
- Den fundne forekomst af børn med sprog- og kommunikationsproblemer synes lav sammenlignet med andre nationale og internationale studier. Dette kan være et udtryk for, at der primært fokuseres på de mere alvorlige tilfælde. Det er vigtigt, at sundhedsplejerskerne bliver uddannet til at kunne opspore sproglige og kommunikative vanskeligheder, sådan at de i højere grad bliver i stand til at opspore sprogvanskeligheder og vejlede forældrene i, hvordan de bedst stimulerer deres barns sproglige og kommunikative udvikling.
- De kommunale forskelle i andelen af børn med sprog- og kommunikationsproblemer kan være et udtryk for forskellige traditioner for, hvornår man noterer en bemærkning til barnets sprog og kommunikation. Andelen kan således siges at være påvirket af, hvor meget fokus den enkelte kommune har på børns sprog og kommunikation. Det er derfor vigtigt, at vurderingen sker ud fra de samme standardiserede kriterier. Det betyder, at arbejdet med at tilpasse journalen og præcisere vejledningerne skal fortsætte.
- Sundhedsplejen opfordres til, i samarbejde med andre relevante faggrupper, at drøfte og vurdere behovet for yderligere indsatser og tilbud i egen kommune.



16. Årsrapport for børn født i 2015



Formål og opbygning af årsrapporten

Formålet med denne del af rapporten er at tegne en sundhedsprofil for børn født i 2015 i de 32 kommuner, der har indsendt data til Databasen Børns Sundhed om børn født i 2015. Databasen har udvalgt en række indikatorer til måling af børns sundhed og udvikling samt kvaliteten af ydelser, indsatser og resultater inden for sundhedsplejen. Disse kvalitetsindikatorer anvendes i årsrapporten til at beskrive udvalgte områder af børnenes sundhed og udvikling.

Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med hjemmebesøgene, hvorvidt der er bemærkninger til en indikator (fx barnets motorik). Bemærkninger dækker over, at barnet ikke opfylder den forventelige udvikling i forhold til alderstrinnet. For hver indikator registrerer sundhedsplejerskerne desuden, hvilke bemærkninger der er tale om. Såfremt der er forhold, der kræver yderligere observation eller handling, henviser sundhedsplejersken herefter barnet/familien til et relevant kommunalt tilbud eller til yderligere udredning i almen praksis (Sundhedsstyrelsen 2011).

Resultaterne i årsrapporten angives i tabeller og diagrammer, som både indeholder resultater for det samlede antal spædbørn i rapporten og for de enkelte kommuner. For en række hovedvariable er tabellerne opdelt i NOVAX-kommuner og TM Sund-kommuner, da der ses en variation i datagrundlaget i de to journalsystemer. Derudover vises udviklingen for en række hovedvariable. For TM Sund-kommunerne vises udviklingen for de 12 TM Sund-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed i de sidste fire år. For NOVAX vises udviklingen for de to år, NOVAX har indgået i Databasen Børns Sundhed. For

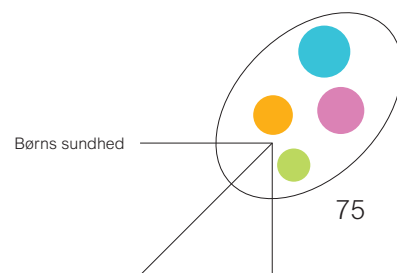
de enkelte kommuner vises udviklingen for de år, kommunen har indsendt data til Databasen Børns Sundhed.

Procenterne i årsrapportfigurerne er beregnet for de spædbørn, hvor data findes, altså med en forudgående frasortering af børn med manglende oplysninger. I temarapporten om barnets sprog og kommunikation indgår der kun børn, hvor der er registreret oplysninger om barnets sprog og kommunikation. Det betyder, at der indgår færre børn i temarapporten end i årsrapporten, og at procenttallene i de to rapporter derfor kan være forskellige.

For enkelte variable er der høj forekomst af manglende registreringer, hvilket kan medføre usikkerhed i resultaterne. I de fleste tilfælde dækker manglede registreringer sandsynligvis over, at der ikke er noget at bemærke - at familie og barn trives. Andelen af manglende registreringer fremgår af tabel 74.

Antal børn, der indgår i årsrapporten

Årsrapporten er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 29.815 børn, der er født i 2015, hvilket svarer til 51,2 % af alle levendefødte børn i Danmark i 2015 (Statistikbanken.dk). Børnene i årsrapporten stammer fra følgende kommuner: Aalborg, Aarhus, Albertslund, Allerød, Ballerup, Bornholm, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, København, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.





Tabel 6. Antal børn, der indgår i årsrapporten.

| Kommune | Antal børn |
|--------------------------|---------------|
| Aalborg Kommune | 2.301 |
| Aarhus Kommune | 4.452 |
| Albertslund Kommune | 302 |
| Allerød Kommune | 198 |
| Ballerup Kommune | 488 |
| Bornholms Regionskommune | 263 |
| Brøndby Kommune | 410 |
| Dragør Kommune | 122 |
| Egedal Kommune | 408 |
| Fredensborg Kommune | 354 |
| Frederiksberg Kommune | 1.492 |
| Frederikssund Kommune | 348 |
| Furesø Kommune | 399 |
| Gentofte Kommune | 713 |
| Gladsaxe Kommune | 697 |
| Glostrup Kommune | 237 |
| Gribskov Kommune | 271 |
| Halsnæs Kommune | 224 |
| Helsingør Kommune | 506 |
| Herlev Kommune | 332 |
| Hillerød Kommune | 457 |
| Hvidovre Kommune | 628 |
| Høje-Taastrup Kommune | 601 |
| Ishøj Kommune | 305 |
| Københavns Kommune | 9.245 |
| Lyngby-Taarbæk Kommune | 494 |
| Roskilde Kommune | 771 |
| Rudersdal Kommune | 506 |
| Rødovre Kommune | 477 |
| Tårnby Kommune | 474 |
| Vallensbæk Kommune | 183 |
| Vejle Kommune | 1.157 |
| Hele populationen | 29.815 |

Tabel 6 viser antallet af børn, der indgår i årsrapporten, i de enkelte kommuner.

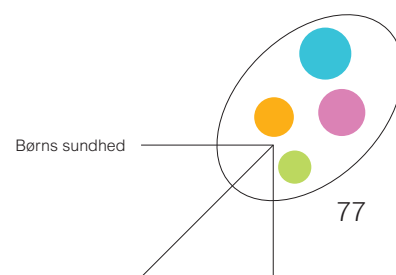


Table 7. Andelen af børn, hvor A-D besøget er registreret (N=29.815).

| | Andel af børn, hvor det respektive besøg er registreret | | | |
|--------------------------|---|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| | A-besøg (0-2 mdr.) | B-besøg (2-3 mdr.) | C-besøg (4-6 mdr.) | D-besøg (8-10 mdr.) |
| Aalborg Kommune | 97,7 | 73,5 | 67,4 | 30,8 |
| Aarhus Kommune | 94,4 | 89,3 | 19,7 | 85,6 |
| Albertslund Kommune | 94,0 | 90,1 | 90,4 | 87,1 |
| Allerød Kommune | 96,0 | 91,9 | 88,4 | 89,9 |
| Ballerup Kommune | 97,8 | 90,4 | 88,9 | 82,2 |
| Bornholms Regionskommune | 96,2 | 94,7 | 95,8 | 92,8 |
| Brøndby Kommune | 95,9 | 85,4 | 83,4 | 84,4 |
| Dragør Kommune | 97,5 | 95,1 | 95,9 | 96,7 |
| Egedal Kommune | 97,6 | 95,3 | 96,1 | 92,4 |
| Fredensborg Kommune | 96,6 | 93,8 | 95,5 | 89,8 |
| Frederiksberg Kommune | 97,2 | 94,4 | 93,4 | 87,9 |
| Frederikssund Kommune | 95,7 | 94,3 | 93,4 | 92,2 |
| Furesø Kommune | 98,3 | 93,0 | 91,2 | 89,7 |
| Gentofte Kommune | 93,8 | 87,5 | 88,4 | 81,4 |
| Gladsaxe Kommune | 95,4 | 92,3 | 93,4 | 86,7 |
| Glostrup Kommune | 96,6 | 92,4 | 92,8 | 88,2 |
| Gribskov Kommune | 98,9 | 84,9 | 95,6 | 84,9 |
| Halsnæs Kommune | 96,9 | 94,6 | 95,5 | 93,3 |
| Helsingør Kommune | 98,0 | 93,1 | 93,9 | 86,2 |
| Herlev Kommune | 97,0 | 90,7 | 90,7 | 86,8 |
| Hillerød Kommune | 97,4 | 93,7 | 91,3 | 85,1 |
| Hvidovre Kommune | 96,7 | 84,7 | 86,6 | 77,7 |
| Høje-Taastrup Kommune | 91,2 | 87,4 | 88,5 | 83,2 |
| Ishøj Kommune | 96,7 | 94,1 | 95,1 | 91,8 |
| Københavns Kommune | 97,8 | 92,7 | 70,4 | 85,4 |
| Lyngby-Taarbæk Kommune | 95,6 | 96,4 | 94,5 | 93,9 |
| Roskilde Kommune | 87,7 | 75,5 | 77,0 | 80,9 |
| Rudersdal Kommune | 97,4 | 94,5 | 94,1 | 91,9 |
| Rødovre Kommune | 94,1 | 89,9 | 91,6 | 87,4 |
| Tårnby Kommune | 88,4 | 84,6 | 84,0 | 82,3 |
| Vallensbæk Kommune | 95,1 | 92,9 | 92,9 | 89,6 |
| Vejle Kommune | 91,0 | 84,1 | 54,4 | 78,9 |
| Hele populationen | 96,0 | 89,4 | 70,6 | 81,5 |

I tabel 7 ses forekomsten af registrerede A-, B-, C- og D-besøg for de enkelte kommuner og for den samlede population. Af tabellen fremgår det, at der for 96,0 % af børnene i populationen er registreret et A-besøg, for 89,4 % et B-besøg, for 70,6 % et C-besøg og for 81,5 % et D-besøg. Grunden til, at alle besøg ikke er registreret for alle børn, skyldes mange forskellige forhold, fx familier, der er flyttet og ikke længere bor i en af databasekommunerne. I Aarhus Kommune tilbydes C-besøget ikke til alle børn, og i Vejle

Kommune og Københavns Kommune tilbydes C-besøget kun til førstegangsfødende. Derudover havde Aalborg Kommune i 2015 en lidt anden besøgsstruktur end de fire standardiserede besøg, der ellers er at finde i Databasen Børns Sundhed.





Graviditetsbesøg

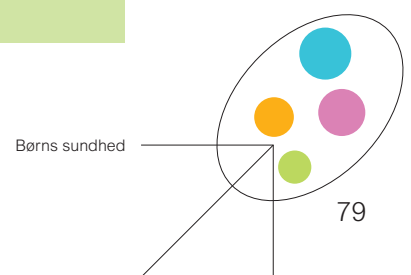
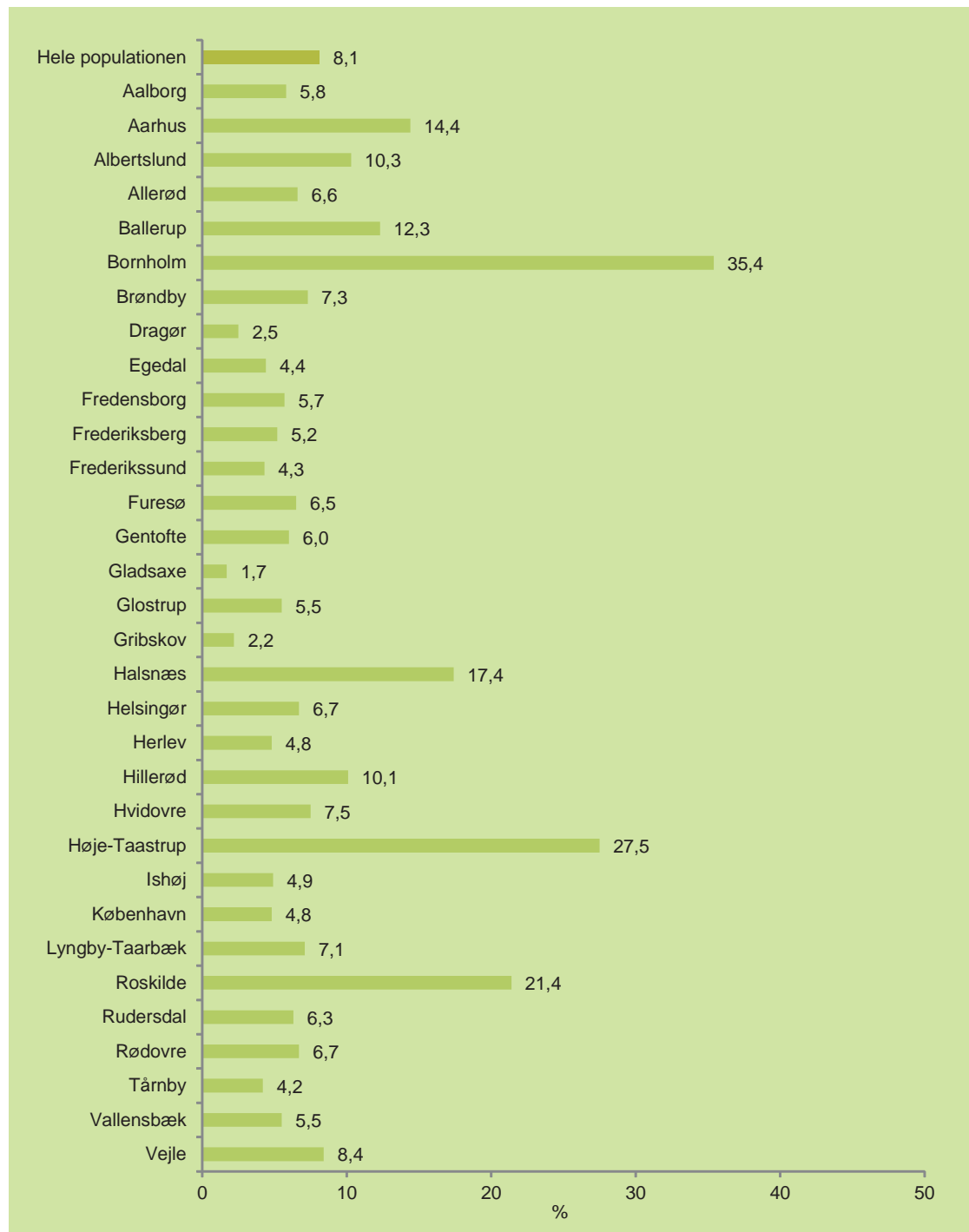
I nogle kommuner tilbydes besøg af sundhedsplejersken under graviditeten til alle som en del af det kommunale servicetilbud, i andre kommuner tilbydes graviditetsbesøg kun til førstegangsfødende eller gravide med særlige behov.

Figur 40 viser andelen af børn for hvem, der er registreret graviditetsbesøg i journalen.

Blandt børn født i 2015 modtog 8,1 % 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).

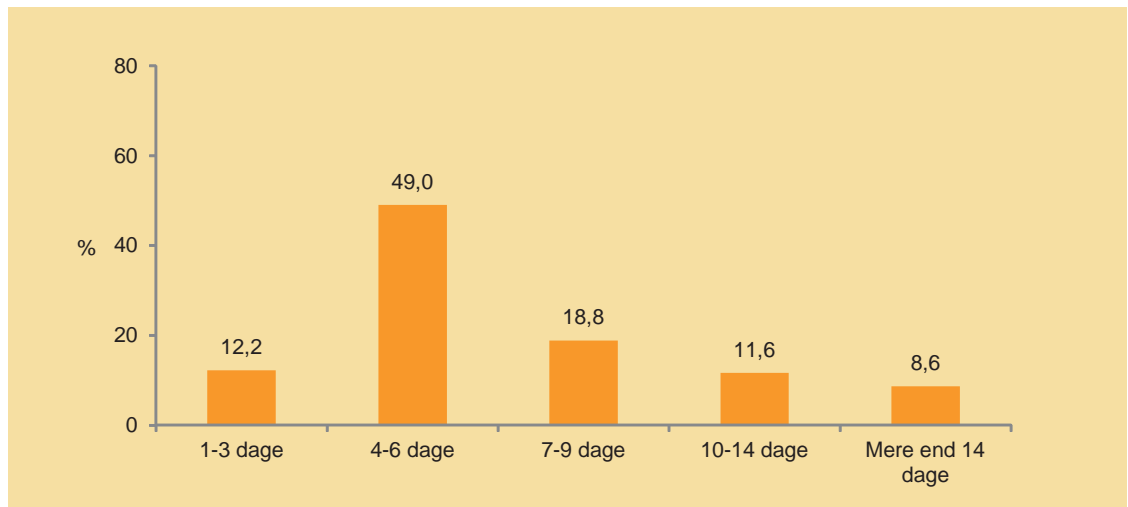


Figur 40. Andelen af børn, hvor der er registeret graviditetsbesøg (N=29.815).





Figur 41. Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejersken (N=29.804).



Barnets alder ved første besøg af sundhedsplejersken

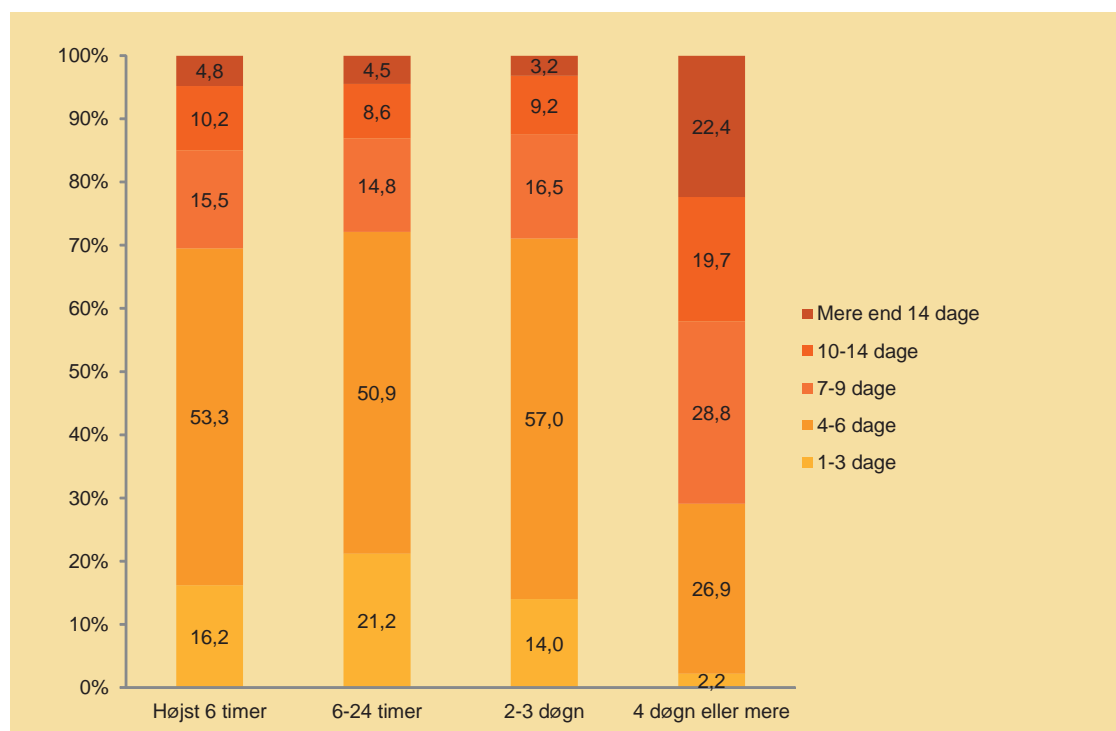
Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen tilbydes familier, der udskrives indefor 72 timer efter fødslen og efter hjemmefødsler, et tidligt hjemmebesøg på 4.-5. dagen efter fødslen. Hvis der ikke har været hjemmebesøg på 4.-5.dag, aflægges etableringsbesøget senest 7 dage efter udskrivelsen (Sundhedsstyrelsen 2013).

Figur 41 viser barnets alder ved første besøg af sundhedsplejersken. Dette besøg kan både være et tidligt hjemmebesøg eller et etableringsbesøg. Af figuren ses, at 61,2 % af børnene havde det første besøg af sundhedsplejersken, inden de var en uge gamle. Ligeledes viser figuren, at 8,6 % af børnene modtog deres første besøg, da de var mere end 14 dage gamle. Denne gruppe indeholder blandt andet tilflyttere samt børn, der har været indlagt længe efter fødslen.





Figur 42. Procentvis fordeling af børn efter alder ved første besøg af sundhedsplejen opdelt efter indlæggelseslængden (N=29.038).



Figur 42 viser fordelingen af børn efter deres alder ved første besøg af sundhedsplejen opdelt på indlæggelseslængden. Af figuren ses, at andelen af børn, der får deres første besøg af sundhedsplejersken efter 14 dage, er højest blandt de børn, der har været indlagt i fire døgn eller mere.



Tabel 8. Procentvis fordeling efter alder ved første besøg af sundhedsplejersken opdelt på kommune (N=29.804).

| | 1-3 dage | 4-6 dage | 7-9 dage | 10-14 dage | Over 14 dage |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Aalborg Kommune | 3,0 | 32,3 | 43,3 | 13,1 | 8,3 |
| Aarhus Kommune | 8,3 | 43,9 | 12,1 | 21,4 | 14,3 |
| Albertslund Kommune | 2,0 | 18,6 | 35,9 | 29,6 | 14,0 |
| Allerød Kommune | 9,1 | 65,2 | 11,6 | 7,6 | 6,6 |
| Ballerup Kommune | 23,4 | 57,1 | 10,5 | 4,9 | 4,1 |
| Bornholms Regionskommune | 10,3 | 42,2 | 32,3 | 6,8 | 8,4 |
| Brøndby Kommune | 21,7 | 48,8 | 13,7 | 10,7 | 5,1 |
| Dragør Kommune | 17,2 | 59,0 | 15,6 | 4,1 | 4,1 |
| Egedal Kommune | 18,1 | 58,1 | 15,4 | 3,7 | 4,7 |
| Fredensborg Kommune | 8,5 | 58,5 | 16,4 | 5,7 | 11,0 |
| Frederiksberg Kommune | 12,8 | 53,2 | 18,8 | 9,5 | 5,8 |
| Frederikssund Kommune | 7,2 | 51,7 | 24,4 | 6,3 | 10,3 |
| Furesø Kommune | 27,6 | 57,9 | 7,3 | 2,3 | 5,0 |
| Gentofte Kommune | 10,4 | 29,7 | 19,1 | 26,3 | 14,5 |
| Gladsaxe Kommune | 8,9 | 45,3 | 30,1 | 6,5 | 9,2 |
| Glostrup Kommune | 6,3 | 34,6 | 30,0 | 21,5 | 7,6 |
| Gribskov Kommune | 10,3 | 56,1 | 23,3 | 7,0 | 3,3 |
| Halsnæs Kommune | 10,7 | 55,4 | 18,3 | 7,6 | 8,0 |
| Helsingør Kommune | 10,1 | 58,3 | 18,4 | 6,3 | 6,9 |
| Herlev Kommune | 16,9 | 58,7 | 14,2 | 5,4 | 4,8 |
| Hillerød Kommune | 8,8 | 60,2 | 16,9 | 6,8 | 7,4 |
| Hvidovre Kommune | 10,2 | 30,1 | 25,2 | 26,4 | 8,1 |
| Høje-Taastrup Kommune | 19,0 | 38,6 | 20,6 | 13,8 | 8,0 |
| Ishøj Kommune | 11,2 | 54,8 | 22,3 | 4,9 | 6,9 |
| Københavns Kommune | 14,2 | 56,8 | 13,4 | 6,7 | 9,1 |
| Lyngby-Taarbæk Kommune | 18,0 | 52,8 | 13,4 | 6,7 | 9,1 |
| Roskilde Kommune | 15,4 | 32,7 | 22,7 | 17,9 | 11,3 |
| Rudersdal Kommune | 23,7 | 54,6 | 9,1 | 3,4 | 9,3 |
| Rødovre Kommune | 19,1 | 59,8 | 13,0 | 3,1 | 5,0 |
| Tårnby Kommune | 19,0 | 50,2 | 15,4 | 8,2 | 7,2 |
| Vallensbæk Kommune | 12,0 | 56,8 | 19,1 | 6,0 | 6,6 |
| Vejle Kommune | 6,6 | 45,2 | 20,8 | 16,4 | 11,0 |
| Hele populationen | 12,2 | 49,0 | 18,8 | 11,6 | 8,6 |

Tabel 8 viser barnets alder ved første besøg opdelt på kommune. Det fremgår af tabellen, at der er stor variation kommunerne imellem i, hvornår første besøg ligger. Som vist i figur 42 kan nogle af forskellene skyldes variation i indlæggelseslængden. Vi erfarede sidste år, at nogle kommuner registrerede deres tidlige hjemmebesøg et "forkert" sted i journalen, som ikke bliver indrapporteret til Databasen Børns Sundhed. Selvom kommunerne er blevet opmærksomme på dette, kan efterslæbet efter denne fejlregistrering godt være årsag til de store kommunale forskelle og den sene placering af første besøg.



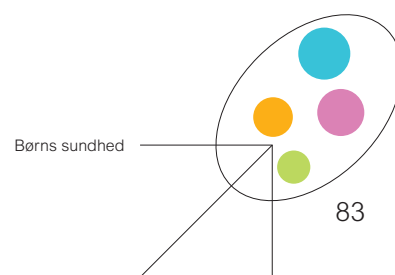
Tabel 9. Procentvis fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen (N=29.045).

| | Højest 6 timer | 6-24 timer | 2-3 døgn | 4-6 døgn | 6- døgn |
|--------------------------|----------------|------------|-------------|-------------|------------|
| Aalborg Kommune | 26,5 | 1,6 | 39,8 | 22,7 | 9,4 |
| Aarhus Kommune | 27,2 | 3,2 | 49,1 | 12,9 | 7,6 |
| Albertslund Kommune | 23,9 | 4,4 | 54,6 | 12,1 | 5,1 |
| Allerød Kommune | 26,9 | 3,6 | 50,8 | 12,4 | 6,2 |
| Ballerup Kommune | 23,8 | 5,7 | 51,7 | 10,9 | 7,9 |
| Bornholms Regionskommune | 10,3 | 4,5 | 57,4 | 18,9 | 9,0 |
| Brøndby Kommune | 23,5 | 6,2 | 51,7 | 11,4 | 7,2 |
| Dragør Kommune | 30,0 | 5,0 | 55,0 | 6,7 | 3,3 |
| Egedal Kommune | 29,2 | 6,0 | 49,0 | 11,1 | 4,8 |
| Fredensborg Kommune | 25,8 | 5,4 | 47,0 | 12,9 | 8,9 |
| Frederiksberg Kommune | 21,4 | 6,0 | 52,0 | 14,0 | 6,6 |
| Frederikssund Kommune | 19,7 | 7,6 | 53,1 | 11,4 | 8,2 |
| Furesø Kommune | 31,5 | 7,2 | 46,3 | 10,1 | 4,9 |
| Gentofte Kommune | 29,0 | 5,9 | 46,9 | 9,2 | 9,1 |
| Gladsaxe Kommune | 28,7 | 5,8 | 46,1 | 13,2 | 6,1 |
| Glostrup Kommune | 23,3 | 3,9 | 53,9 | 12,9 | 6,0 |
| Gribskov Kommune | 25,3 | 3,8 | 54,7 | 13,2 | 3,0 |
| Halsnæs Kommune | 22,8 | 5,5 | 49,8 | 11,4 | 10,5 |
| Helsingør Kommune | 25,3 | 4,9 | 50,3 | 12,9 | 6,7 |
| Herlev Kommune | 24,5 | 5,8 | 51,2 | 13,5 | 4,9 |
| Hillerød Kommune | 27,7 | 2,7 | 47,8 | 14,4 | 7,5 |
| Hvidovre Kommune | 22,0 | 3,2 | 55,8 | 12,8 | 6,2 |
| Høje-Taastrup Kommune | 23,2 | 7,6 | 50,9 | 13,7 | 4,6 |
| Ishøj Kommune | 25,0 | 5,1 | 55,7 | 9,1 | 5,1 |
| Københavns Kommune | 20,5 | 4,2 | 55,3 | 13,0 | 7,0 |
| Lyngby-Taarbæk Kommune | 27,7 | 6,9 | 45,7 | 11,5 | 8,2 |
| Roskilde Kommune | 21,6 | 5,7 | 52,1 | 13,3 | 7,3 |
| Rudersdal Kommune | 32,1 | 6,5 | 45,4 | 10,3 | 5,7 |
| Rødovre Kommune | 22,1 | 6,1 | 54,5 | 11,6 | 5,7 |
| Tårnby Kommune | 23,2 | 5,6 | 57,1 | 8,9 | 5,2 |
| Vallensbæk Kommune | 19,7 | 5,6 | 58,4 | 11,2 | 5,1 |
| Vejle Kommune | 25,1 | 3,3 | 40,0 | 23,4 | 8,2 |
| Hele populationen | 23,9 | 4,4 | 50,8 | 13,8 | 7,1 |



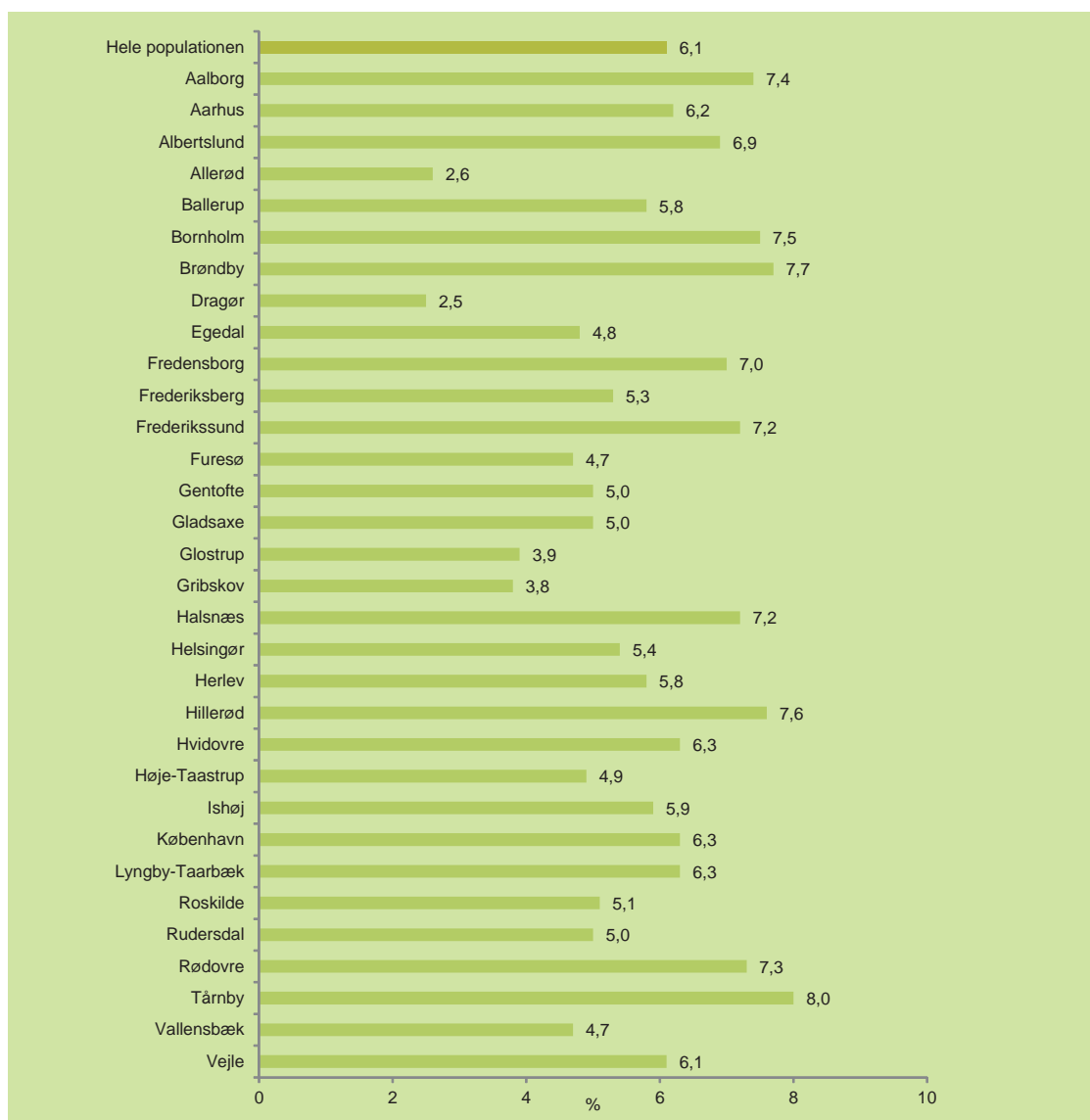
Indlæggelseslængde

Tabel 9 viser den procentvise fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen. Af tabellen ses, at næsten en fjerdedel af børnene blev udskrevet inden for seks timer efter fødslen (23,9 %). Derudover viser figuren, at halvdelen af børnene blev udskrevet to til tre døgn efter fødslen (50,8 %).





Figur 43. Andelen af tidligt fødte børn (før uge 37) efter kommune (N=28.416).



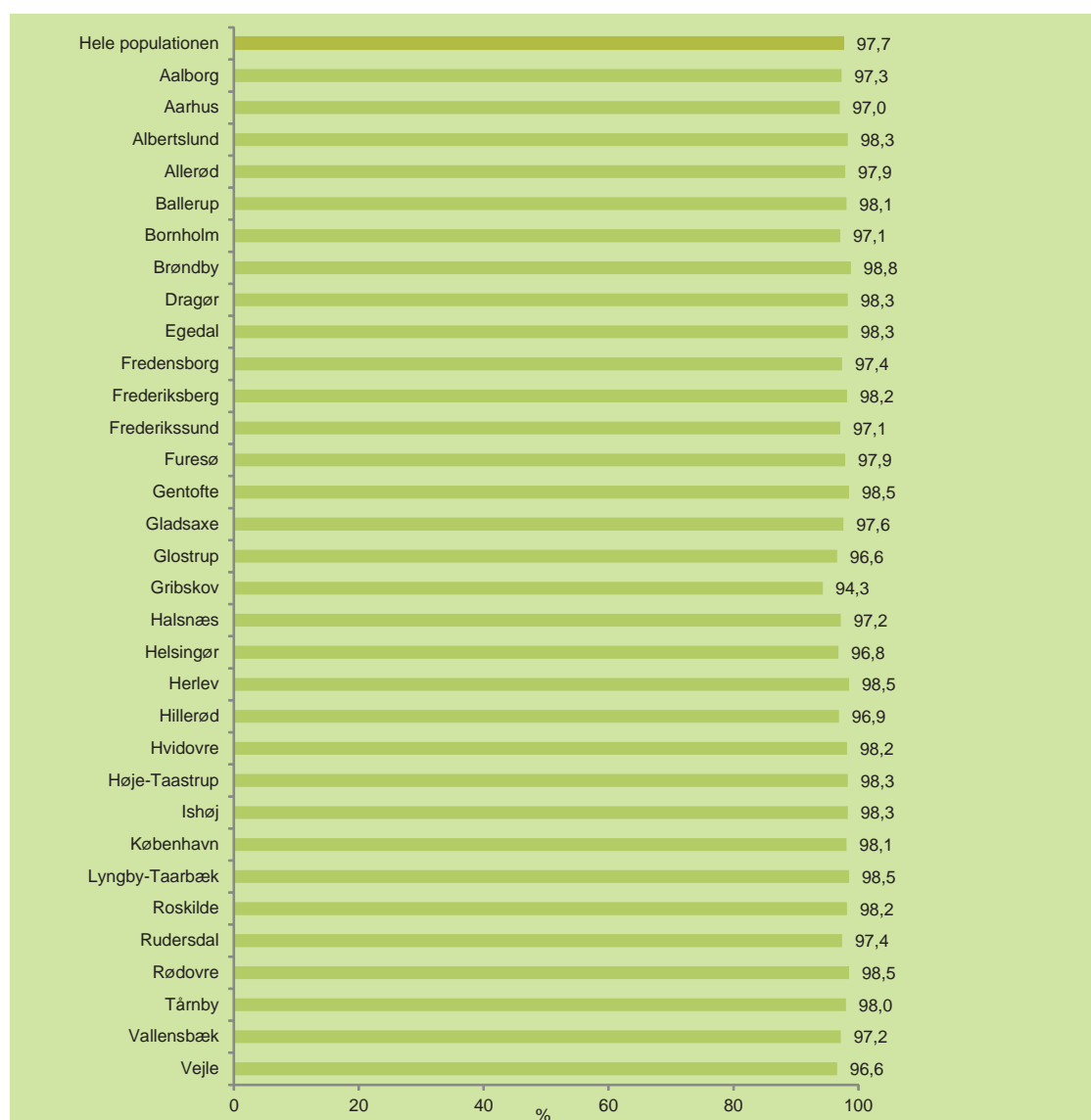
Gestationsalder

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

(ekstremt tidligt eller meget tidligt født). Figur 43 viser andelen af tidligt fødte børn (før uge 37) i hele populationen og for den enkelte kommune. I hele populationen er 6,1 % af børnene født før uge 37. Andelen af tidligt fødte børn varierer fra 2,5 % til 8,0 %.



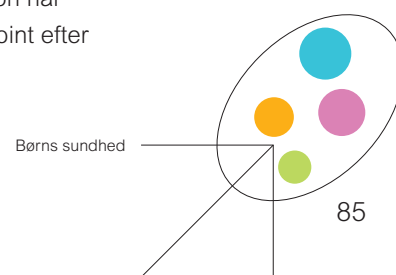
Figur 44. Andelen af børn med en apgarscore på mindst ni fem minutter efter fødslen efter kommune (N=28.838).



Apgarscore

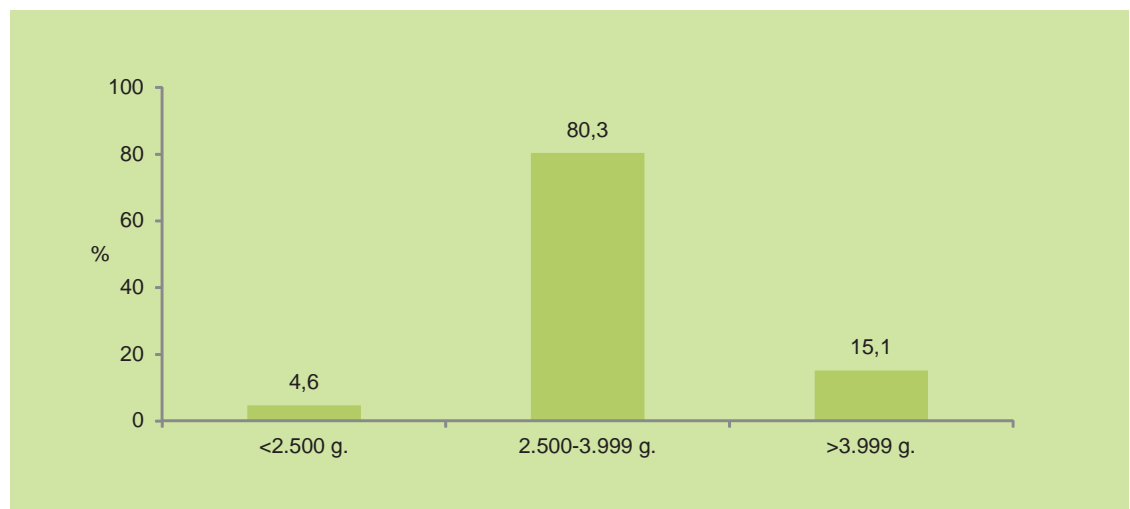
Apgarscore er et mål for barnets tilstand lige efter fødslen. Barnets tilstand vurderes af en jordmoder eller fødselslæge, som tildeler barnet fra nul til to point på fem områder (vejrtrækning, hudfarve, hjerteslag, reflekser og

muskelspændinger). Barnet kan således score fra nul til ti point. Figur 44 viser andelen af børn med en apgarscore på mindst ni fem minutter efter fødslen blandt hele populationen og opdelt på kommune. I den samlede population har 97,7 % af børnene scoret mindst ni point efter fem minutter.



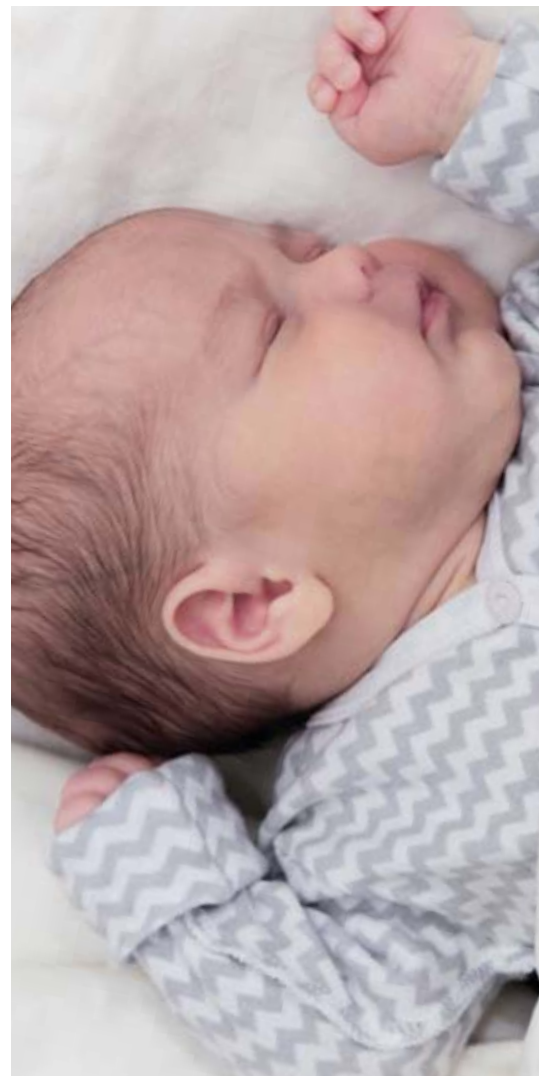


Figur 45. Procentvis fordeling af børn efter fødselsvægt (N=29.084).



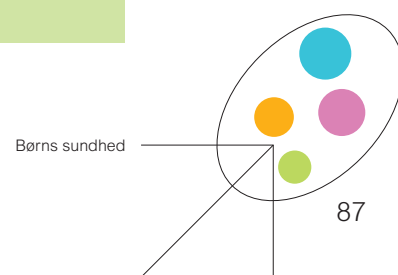
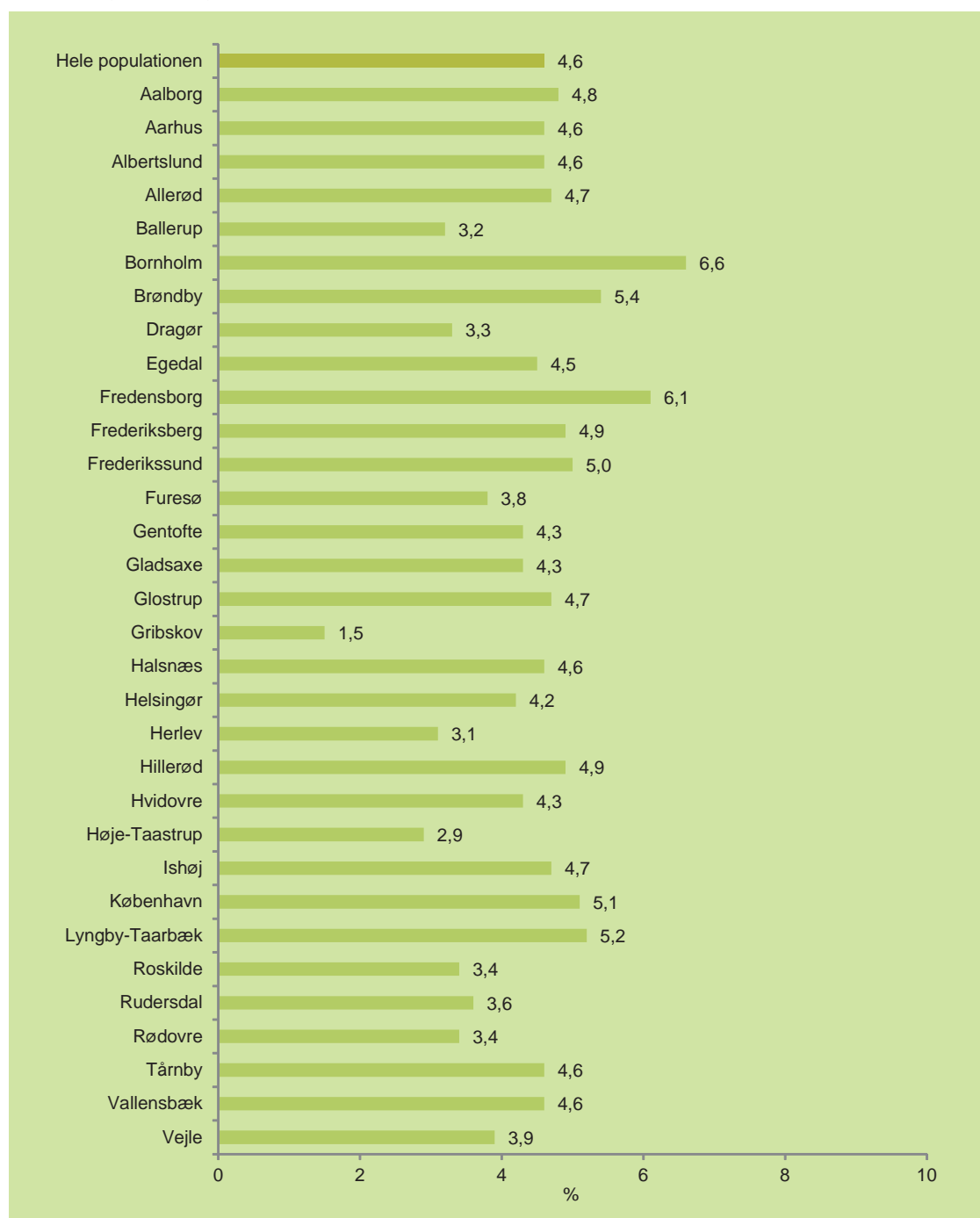
Fødselsvægt

Oplysningerne om fødselsvægt er hentet via Landspatientregisteret. Af figur 45 fremgår det, at 4,6 % af børnene i populationen er født med en fødselsvægt på mindre end 2.500 gram, at 80,3 % er født med en fødselsvægt på mellem 2.500 gram og 3.999 gram, og at 15,1 % er født med en fødselsvægt på 4.000 gram eller mere. Figur 46 viser andelen af børn med en fødselsvægt på under 2.500 gram opdelt på kommune og for den samlede population. Af figuren fremgår det, at andelen af børn med en lav fødselsvægt varierer meget kommunerne imellem – fra 1,5 % til 6,6 %.





Figur 46. Andelen af børn med en fødselsvægt på under 2.500 gram i hele populationen og opdelt på kommune (N=29.084).





Figur 47. Andelen af børn med en sygdom/handicap i TM Sund efter kommune (N=11.362).



Misdannelser, handicap og sygdom

Misdannelser ved fødslen er indhentet via Landspatiensregisteret. Ifølge registeret havde 3,9 % af børnene i hele populationen én eller flere misdannelser ved fødslen. I TM Sund-journalen registrerer sundhedsplejersken endvidere, om barnet har sygdom/handicap, som giver barnet tab eller begrænsninger i mulighederne for at deltage på lige fod med andre. I figur 47 ses, at for 2,6 % af børnene i TM Sund-populationen har sundhedsplejersken vurderet, at barnet har sygdom/handicap, som giver barnet tab eller begrænsninger i mulighederne for at deltage på lige fod med andre.

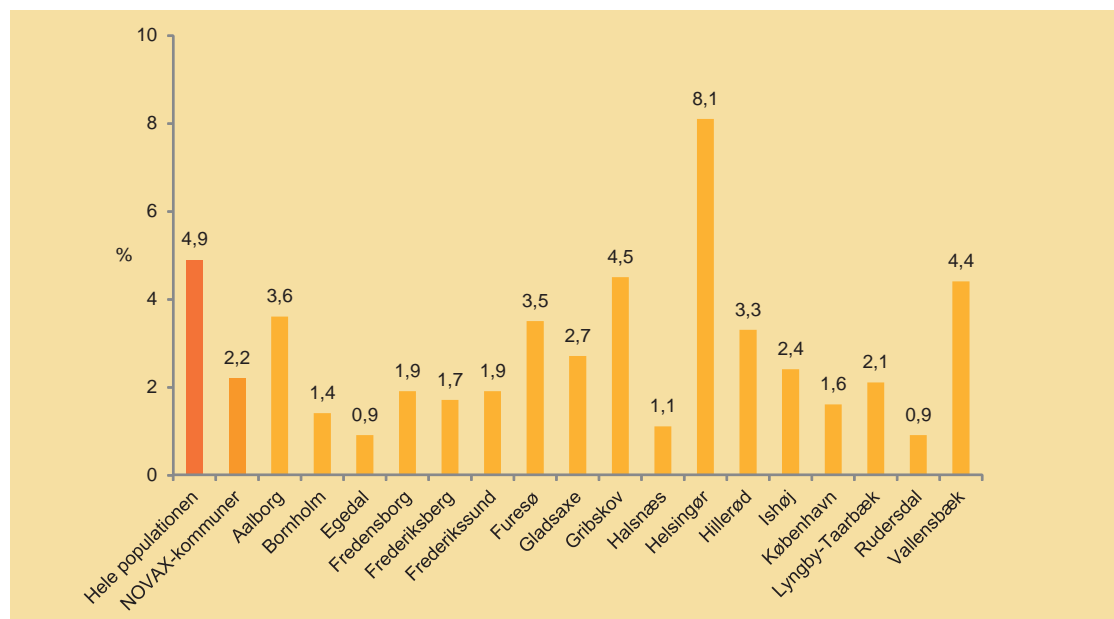
Forekomst af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet

Børn er særligt sårbare over for tobaksrøg, fordi deres lunger ikke er færdigudviklet, og fordi de har en højere respirationsrate. Det betyder, at børn optager flere gange en dosis af røgens stoffer end voksne, der befinder sig i de samme

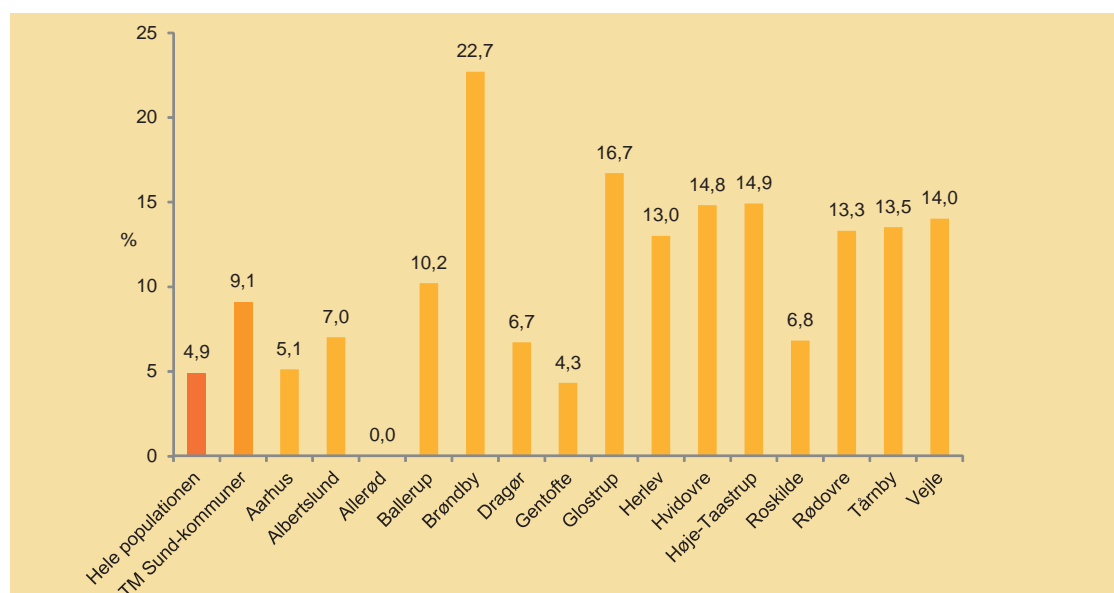
tobaksforurenede omgivelser. Børn tilbringer det meste af deres første leveår indendøre og undersøger ting ved at putte dem i munden. Dermed indånder de røgens stoffer, der sidder på gulve, møbler og legetøj. Børn er endvidere i tæt fysisk kontakt med rygende voksnes tøj, hår og hænder. Børn, der er udsat for tobaksrøg, bliver oftere syge og rammes hårdere af en lang række sygdomme end andre børn (U.S. Department of Health and Human Services 2010; Kræftens Bekæmpelse & Sundhedsstyrelsen 2013). Sundhedsplejersken registrerer i journalen, hvorvidt barnet er udsat for tobaksrøg i hjemmet. Figur 48 og 49 viser forekomsten af børn, der er udsat for tobaksrøg i hjemmet, i henholdsvis NOVAX- og TM Sund-kommunerne. I hele populationen er 4,9 % af børnene udsat for tobaksrøg i hjemmet. I NOVAX-populationen er det 2,2 %, og i TM Sund-populationen er det 9,1 %. Den store variation journalsystemerne imellem kan være et udtryk for, at sundhedsplejerskerne registrerer noget forskelligt. Ifølge



Figur 48. Andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet i NOVAX-kommuner (N=15.302).

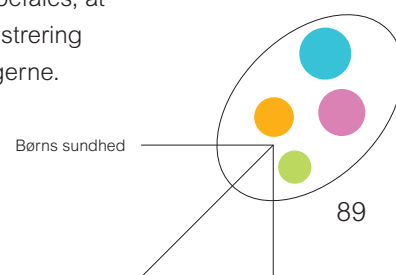


Figur 49. Andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet i TM Sund-kommuner (N=9.611).



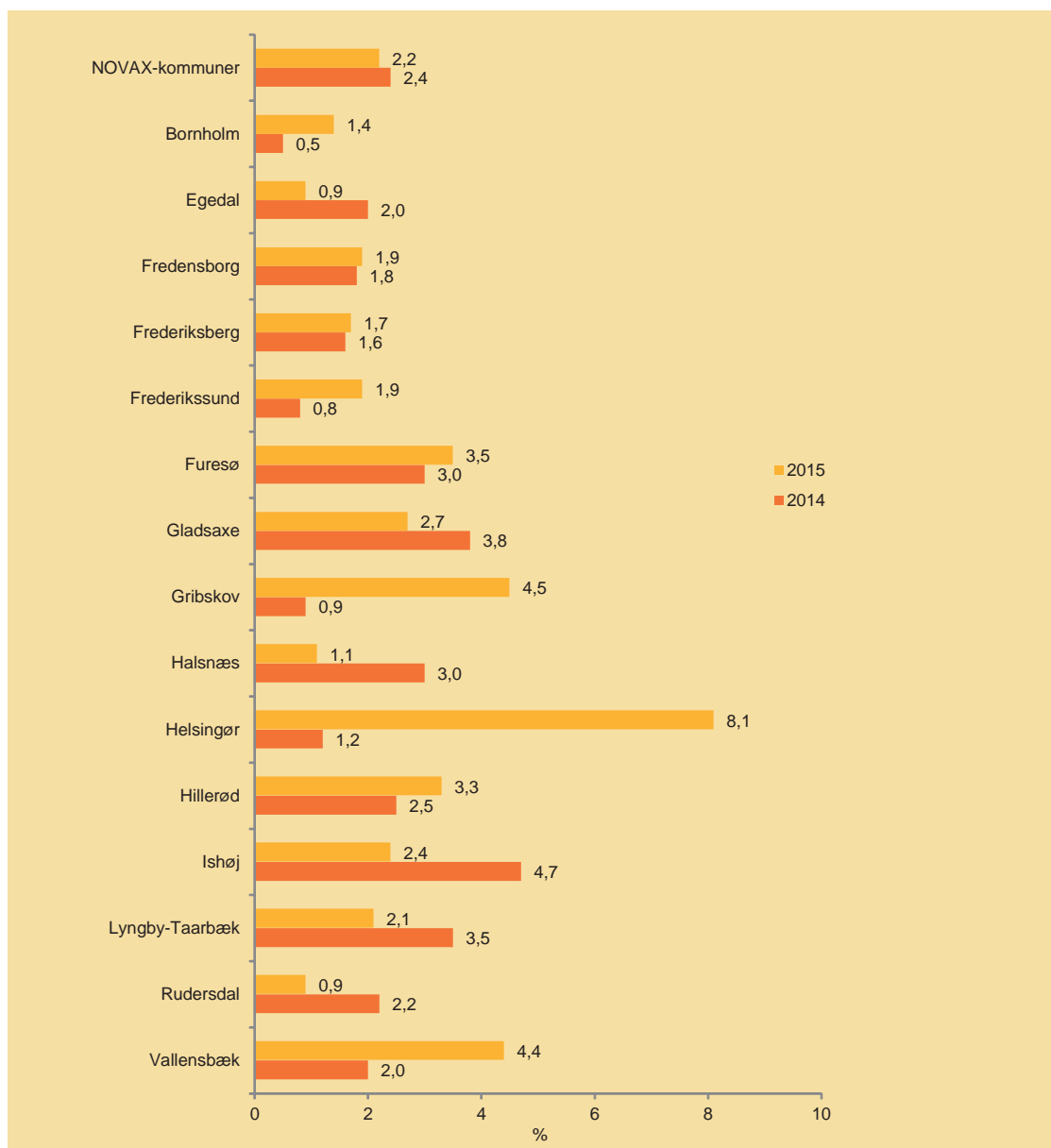
Sundhedsstyrelsens aktuelle forskrifter for Den Nationale Børnedatabase skal oplysninger om tobaksrøg indhentes ved etableringsbesøget, hvor sundhedsplejersken registrerer, om der bor

personer sammen med barnet, som ryger i hjemmet mindst én gang ugentligt. Det anbefales, at Sundhedsstyrelsens vejledning til registrering indsættes i journalerne og i vejledningerne.





Figur 50. Udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet i NOVAX-kommunerne.

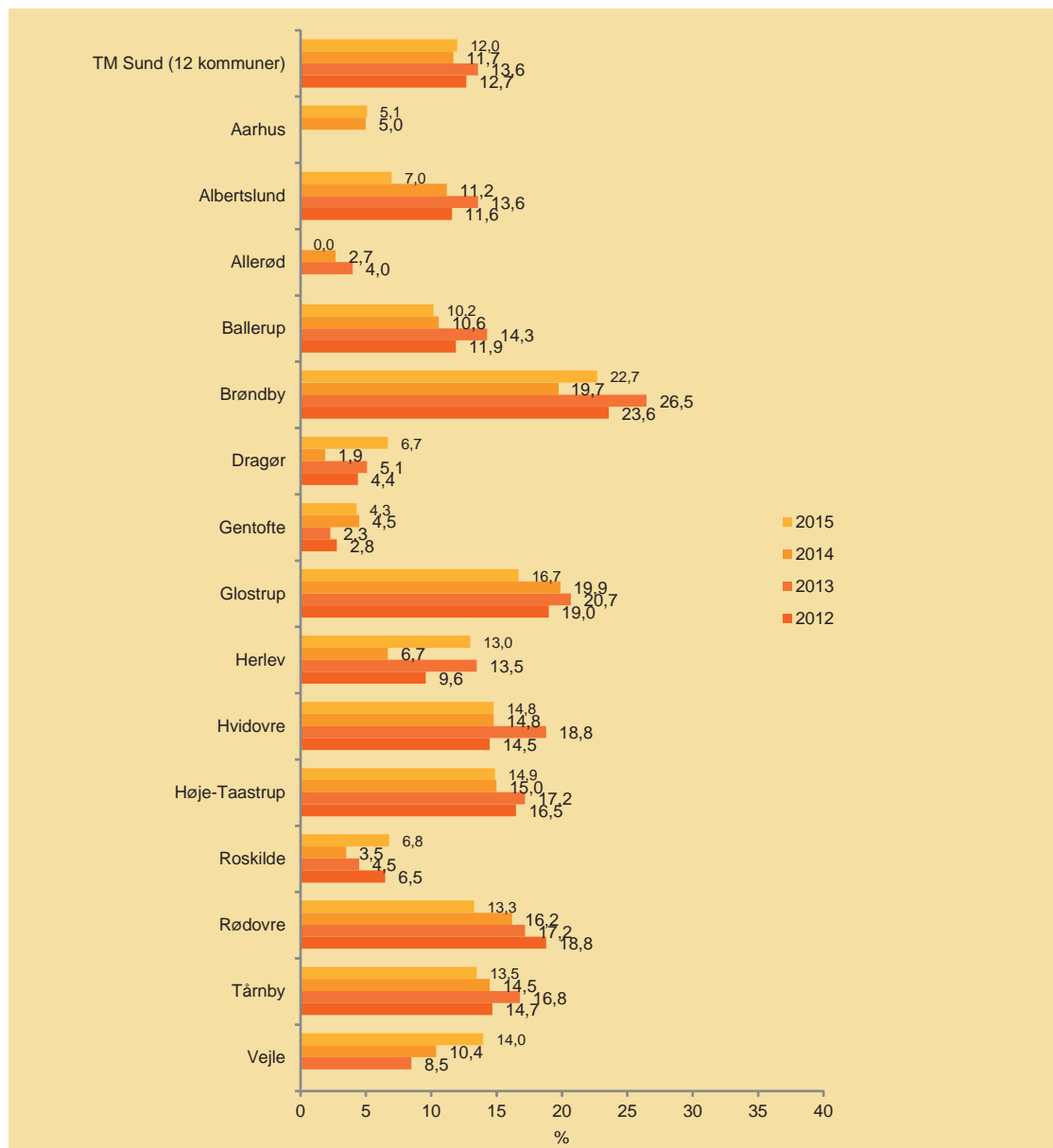


Figur 50 viser udviklingen fra 2014 til 2015 i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet i NOVAX-kommunerne samlet og for hver NOVAX-kommune, hvor der er oplysninger om tobaksrøg i hjemmet fra mindst to år.

Af figuren ses, at andelen, der udsættes for tobaksrøg, er faldet fra 2,4 % til 2,2 %.

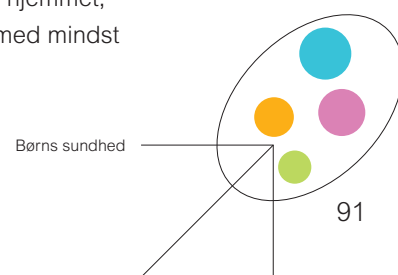


Figur 51. Udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet i TM Sund-kommunerne.



Figur 51 viser udviklingen i forekomsten af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet i de tolv TM Sund-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed alle fire år, og i de TM Sund-kommuner, hvor der er oplysninger om tobaksrøg i hjemmet fra mindst to år. Af figuren ses, at andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, har svinget mellem 11,7 % til 13,6 % i

de seneste fire år. Det kan dog være lidt problematisk at sammenligne tallene fra 2015 og 2014 med tidligere år, da sundhedsplejersken tidligere ikke skulle notere tobaksrøg i hjemmet, men hvorvidt barnet boede sammen med mindst én ryger.





Mors psykiske tilstand

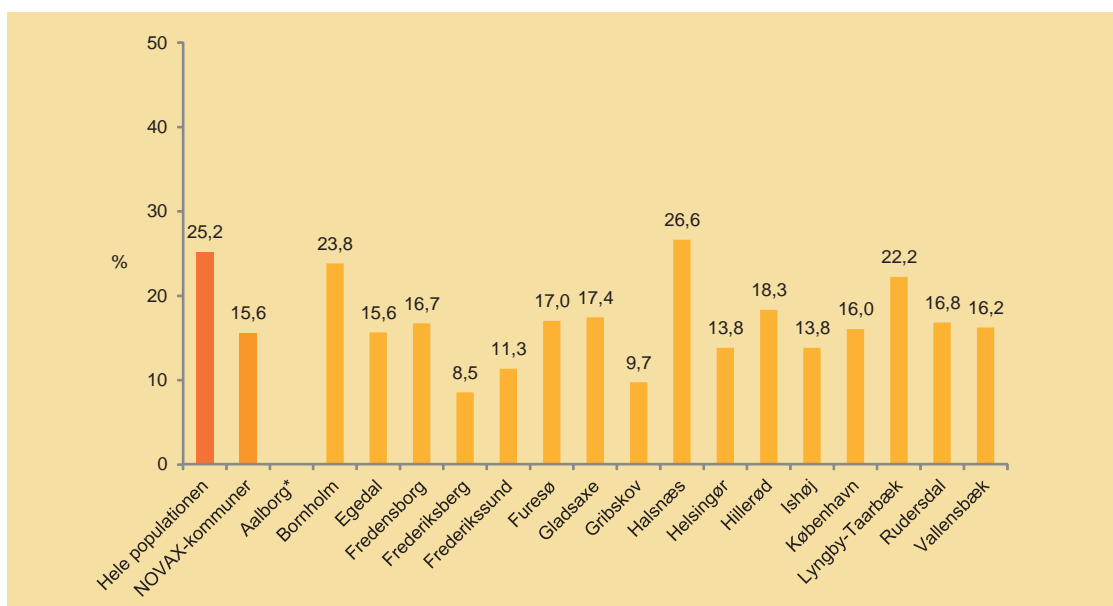
Sundhedsplejersken vurderer mors psykiske tilstand ved fire besøg i løbet af barnets første leveår.

Figur 52 viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår, i NOVAX-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 15,6 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg. Andelen varierer mellem 8,5 % til 26,6 % kommunerne imellem. I den samlede population med både TM Sund- og NOVAX-kommunerne er andelen 25,2 %. Kommunen med stjerne indgår ikke, da antallet af børn med oplysninger om mors psykiske tilstand er meget lille

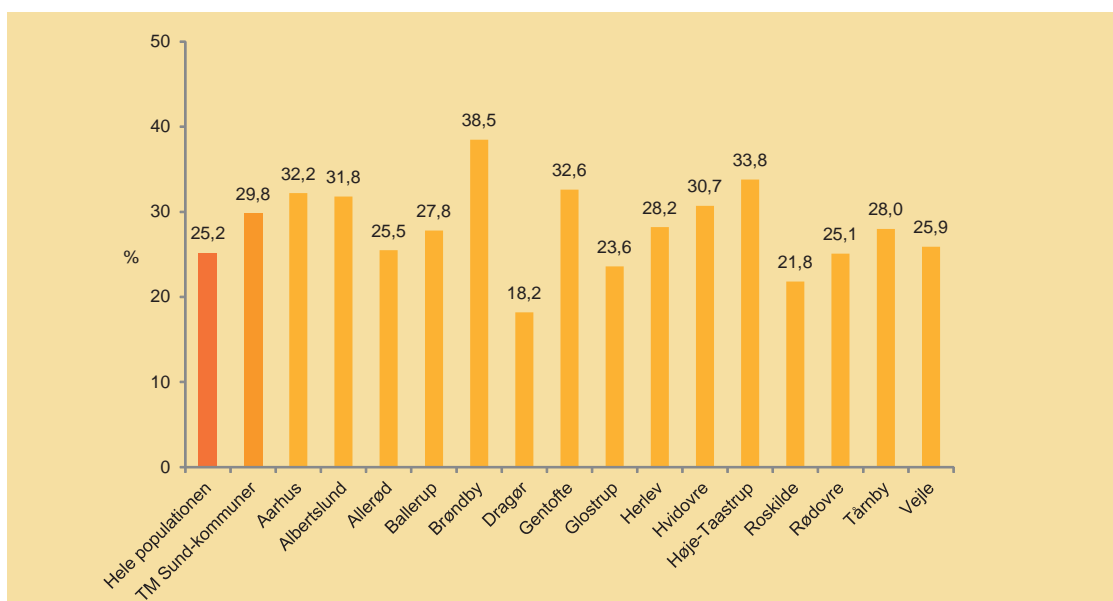
Figur 53 viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i barnets første leveår i TM Sund-kommunerne. Af figuren ses, at der i næsten en tredjedel af journalerne (29,8 %) er rapporteret bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg. Forekomsten varierer mellem 18,2 % og 38,5 % kommunerne imellem.



Figur 52. Andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst et besøg, i NOVAX-kommunerne (N=5.510).

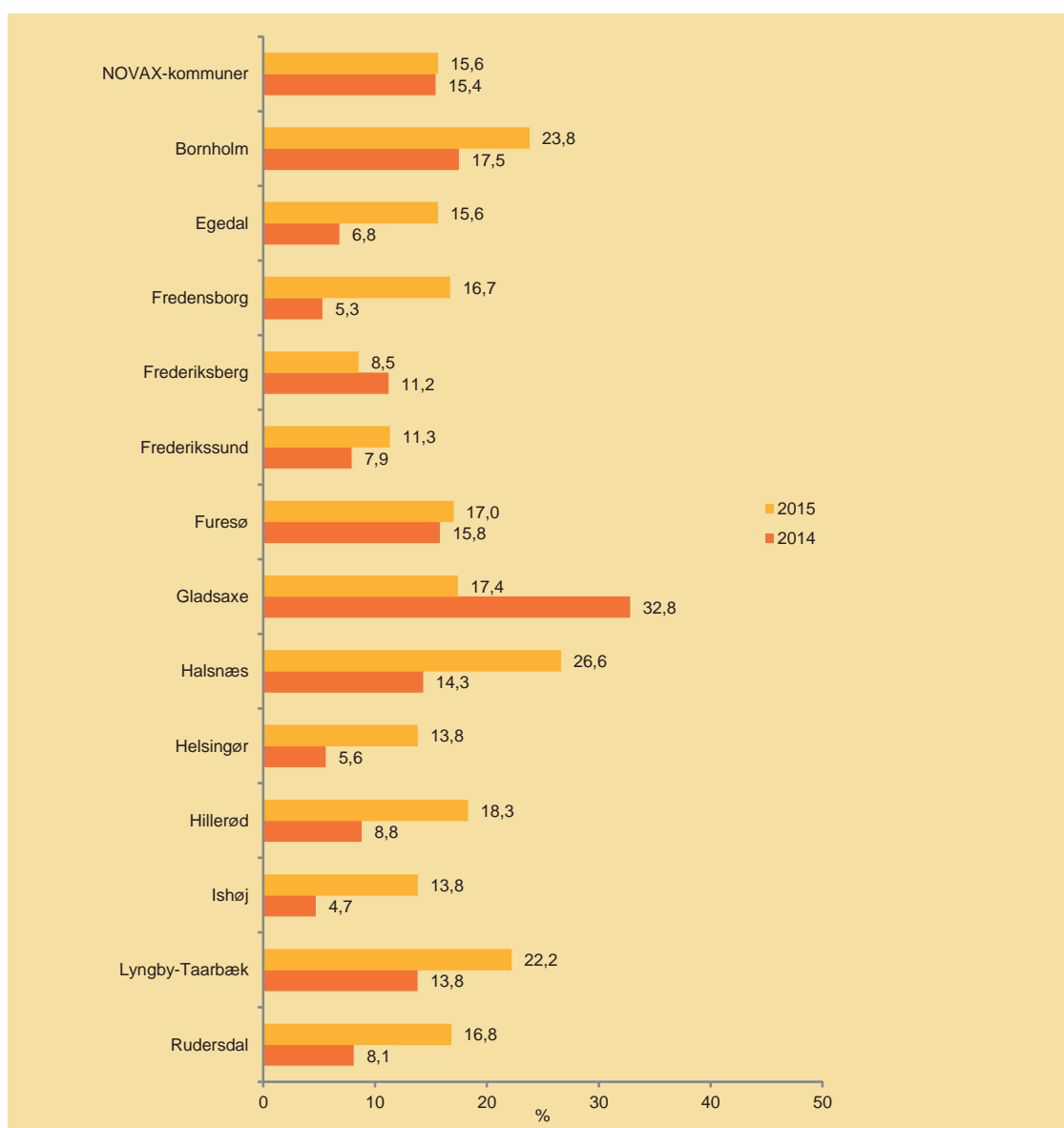


Figur 53. Andelen af børn, hvor der er bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg, i TM Sund-kommunerne (N=11.239).





Figur 54. Udvikling i andelen af børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i NOVAX-kommunerne.

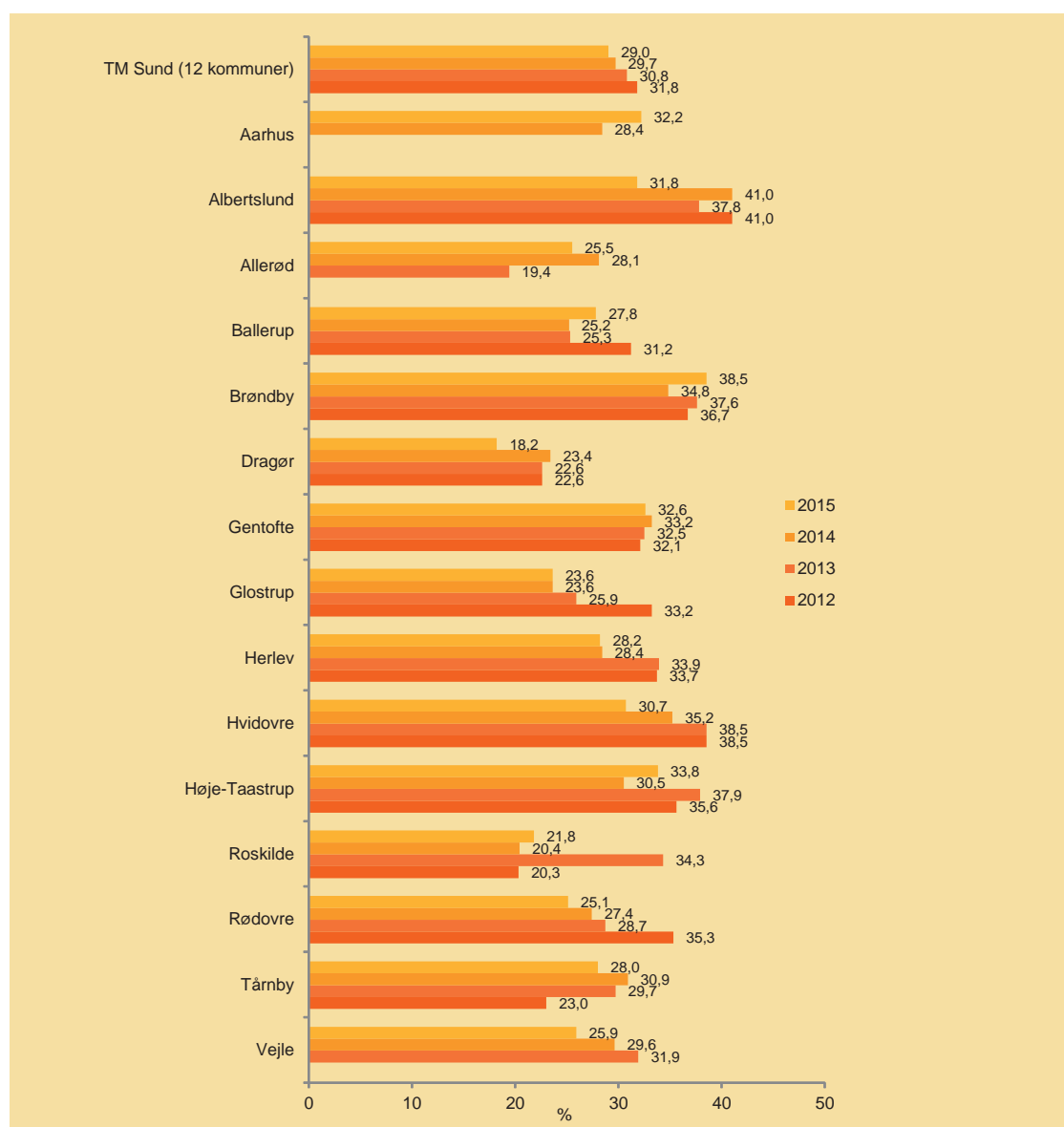


Figur 54 viser udviklingen fra 2014 til 2015 i andelen af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i NOVAX-kommunerne samlet og for hver NOVAX-kommune, hvor der er oplysninger om mors psykiske

tilstand fra mindst to år. Af figuren ses, at andelen med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i NOVAX-kommunerne er steget fra 15,4 % til 15,6 %.



Figur 55. Udvikling i andelen af børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i TM Sund-kommunerne.

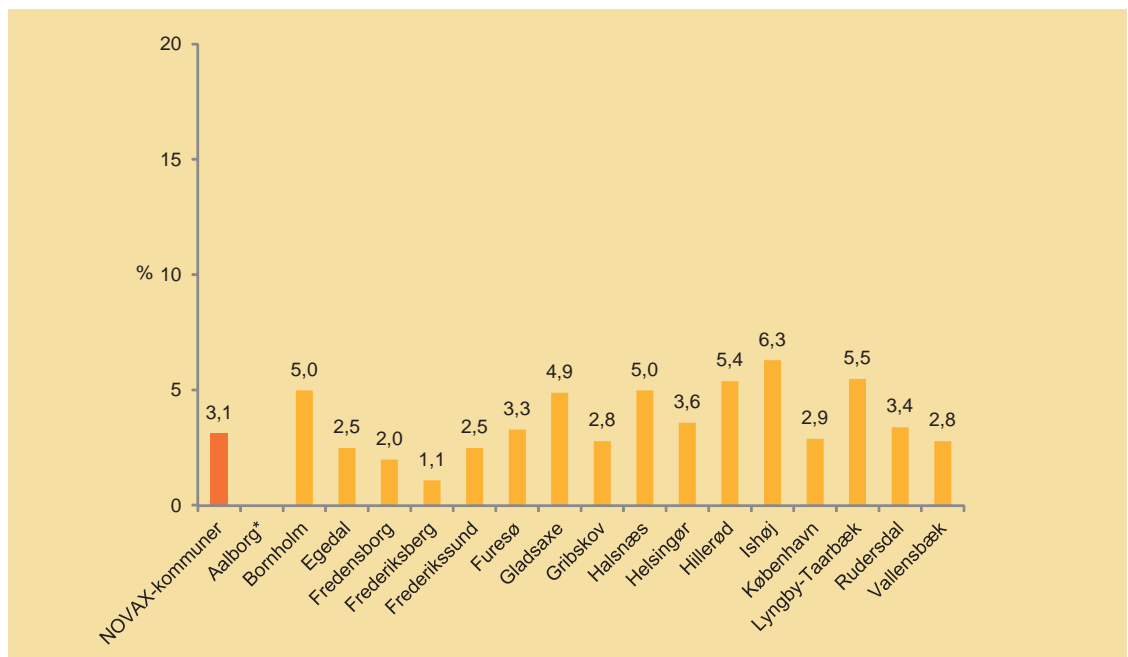


Figur 55 viser udviklingen i forekomsten af børn med bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg i de tolv TM Sund-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed alle fire år, og i de TM Sund-kommuner, hvor der er

oplysninger om mors psykiske tilstand fra mindst to år. Af figuren ses, at andelen med bemærkning til mors psykiske tilstand har svinget mellem 29,0 % til 31,8 % i de seneste fire år med en lille faldende tendens.



Figur 56. Andelen af børn med bemærkning til samvær/kontakt i første leveår i NOVAX-kommunerne (N=15.567).



Samvær og kontakt i NOVAX

Både TM Sund- og NOVAX-journalsystemet fokuserer på kontakten mellem barnet og forældrene. Dog ses der en forskel i, hvad de to journalsystemer lægger vægt på i afrapporteringen (se tabel 5 i temarapporten). NOVAX fokuserer på barnets evne til at signalere følelsesmæssige behov samt barnets kontakt og tilknytning til primære omsorgspersoner såsom forældrene.

Figur 56 viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til samvær/kontakt ved mindst ét besøg i barnets første leveår i NOVAX-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 3,1 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til samvær/kontakt ved mindst ét besøg. Andelen varierer fra 1,1 % til 6,3 %. Kommunen med stjerne indgår ikke, da antallet af børn med oplysninger om samvær/kontakt er meget lille.



Figur 57. Andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår i TM Sund-kommunerne (N=11.341).



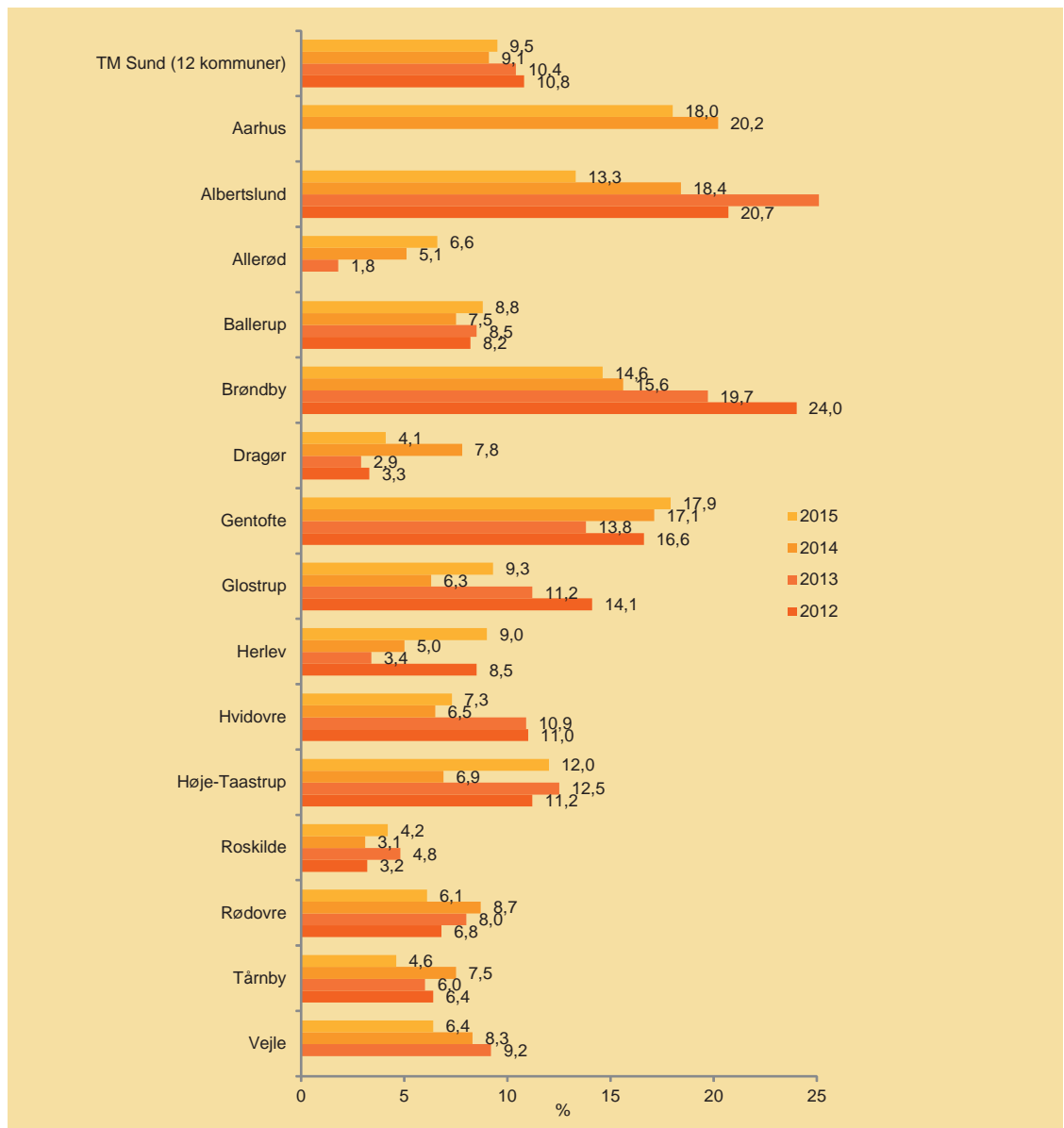
Forældre-barn kontakt og samspil i TM Sund

I sundhedsplejerskens registrering af kontakten mellem barnet og forældrene lægger TM Sund vægt på forældrenes kontakt og samspil med barnet i forhold til, om de forstår barnets behov.

Figur 57 viser andelen af børn, hvor der er bemærkning til forælder-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg i barnets første leveår i TM Sund-kommunerne. Af figuren ses, at der i 12,5 % af journalerne er rapporteret bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil ved mindst ét besøg. Forekomsten varierer mellem 4,1 % og 18,0 % kommunerne imellem.



Figur 58. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår i TM Sund.



Figur 58 viser udviklingen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil i TM Sund-populationen. Figuren viser, at

forekomsten i de tolv TM Sund-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed alle fire år, har svinget mellem 9,1 % og 10,8 % de seneste fire år.



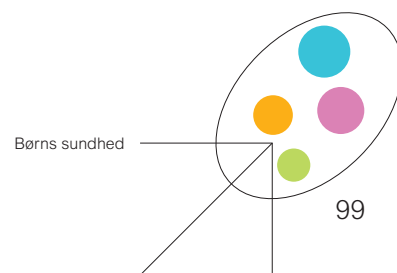
Fuld amning ved fire måneder

Figur 59 viser forekomsten af børn, der er ammet fuld amning i fire måneder (17 uger). Fuld amning er registreret i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Blandt børnene i årsrapporten blev 54,7 % ammet fuldt i mindst fire måneder, hvilket vil sige, at 45,3 % af børnene ikke blev ammet fuldt i fire måneder. Kommunerne med stjerne indgår ikke, da antallet af børn med oplysninger om amning er meget lille.



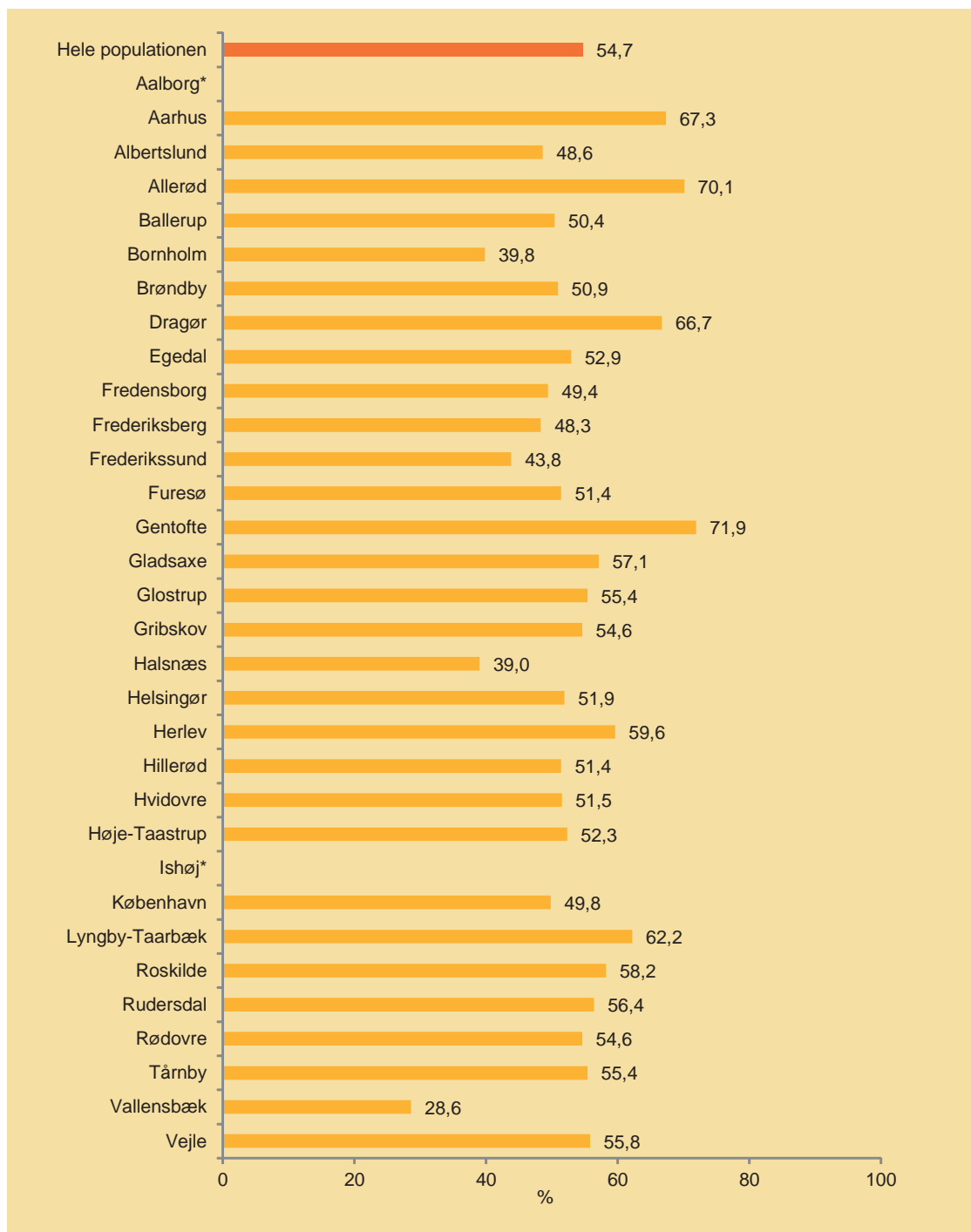
Figur 60 viser udviklingen fra 2014 til 2015 i andelen af børn, der bliver ammet i mindst fire måneder i NOVAX-kommunerne samlet og for hver NOVAX-kommune, hvor der er oplysninger om amning fra mindst to år. Af figuren ses, at andelen af børn, der bliver ammet i mindst fire måneder i NOVAX-kommunerne, er faldet fra 61,6 % i 2014 til 50,2 % i 2015. Vi har forsøgt at finde en forklaring på dette fald i andelen af børn, der bliver ammet fuldt i mindst fire måneder i NOVAX-kommunerne fra 2014 til 2015. Når vi kigger nærmere på data, finder vi, at der i 2015 er en mindre andel af missing data, og at der er registreret flere børn med kort ammelængde i 2015 end i 2014. Dermed skyldes forskellen både, at vi har fået bedre data, da start og slutdatoen for amning er registreret bedre i 2015, samt at der samtidig ses et generelt fald i andelen af børn, der ammes fuldt i mindst fire måneder i NOVAX-kommunerne.

Figur 61 viser udviklingen i forekomsten af børn, der bliver ammet i mindst fire måneder i de tolv TM Sund-kommuner, der har indgået i Databasen Børn Sundhed alle fire år, og i de TM Sund-kommuner, hvor der er oplysninger om amning fra mindst to år. Af figuren ses, at andelen af børn, der bliver ammet i mindst fire måneder, har svinget mellem 54,8 % og 57,6 % i de seneste fire år.



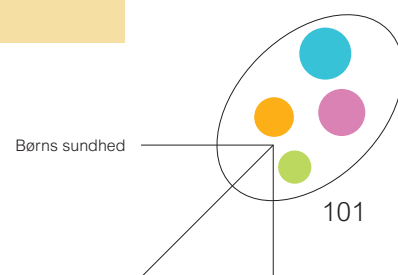
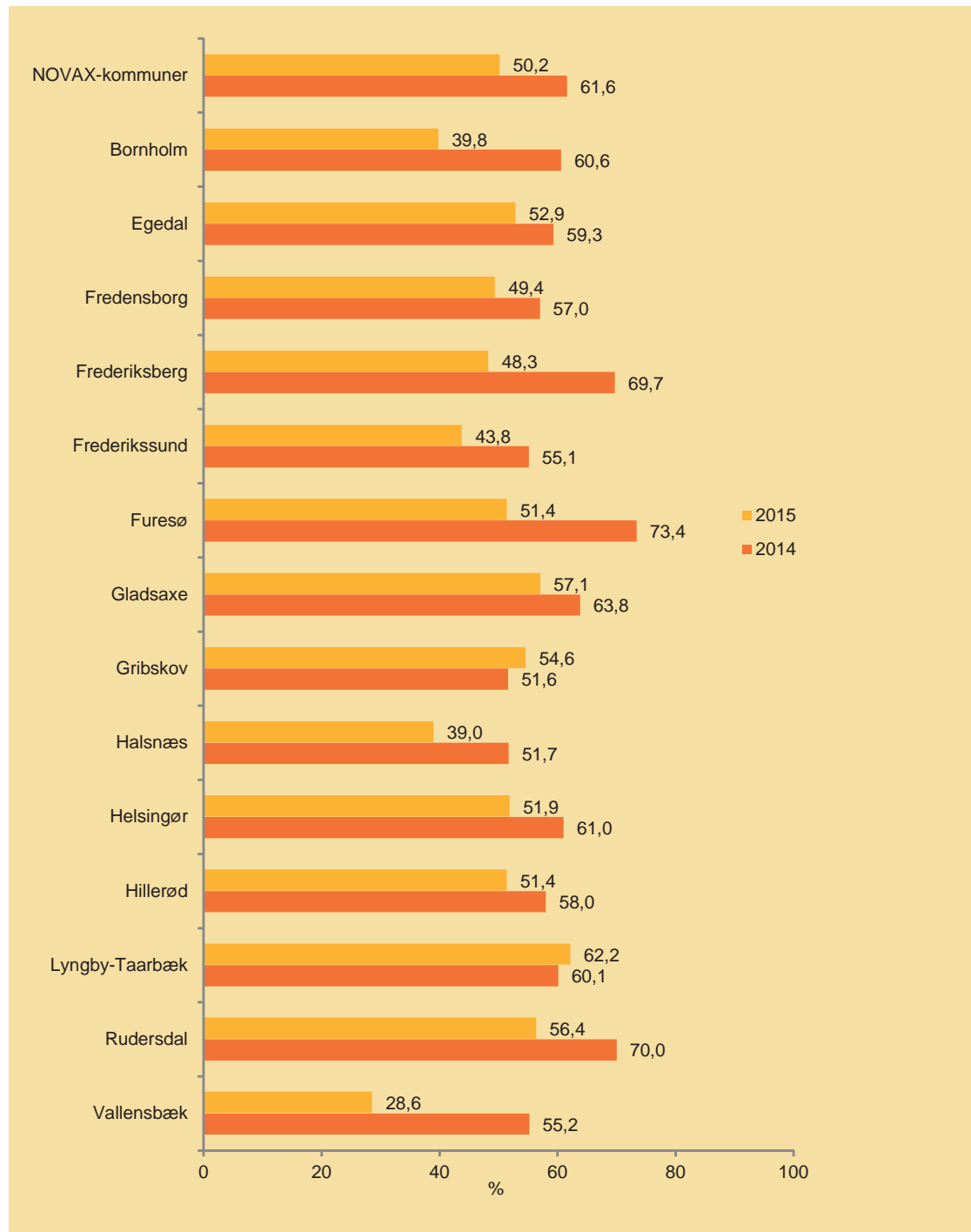


Figur 59. Andelen af børn, der bliver ammet fuldt i mindst fire måneder (N=23.586).



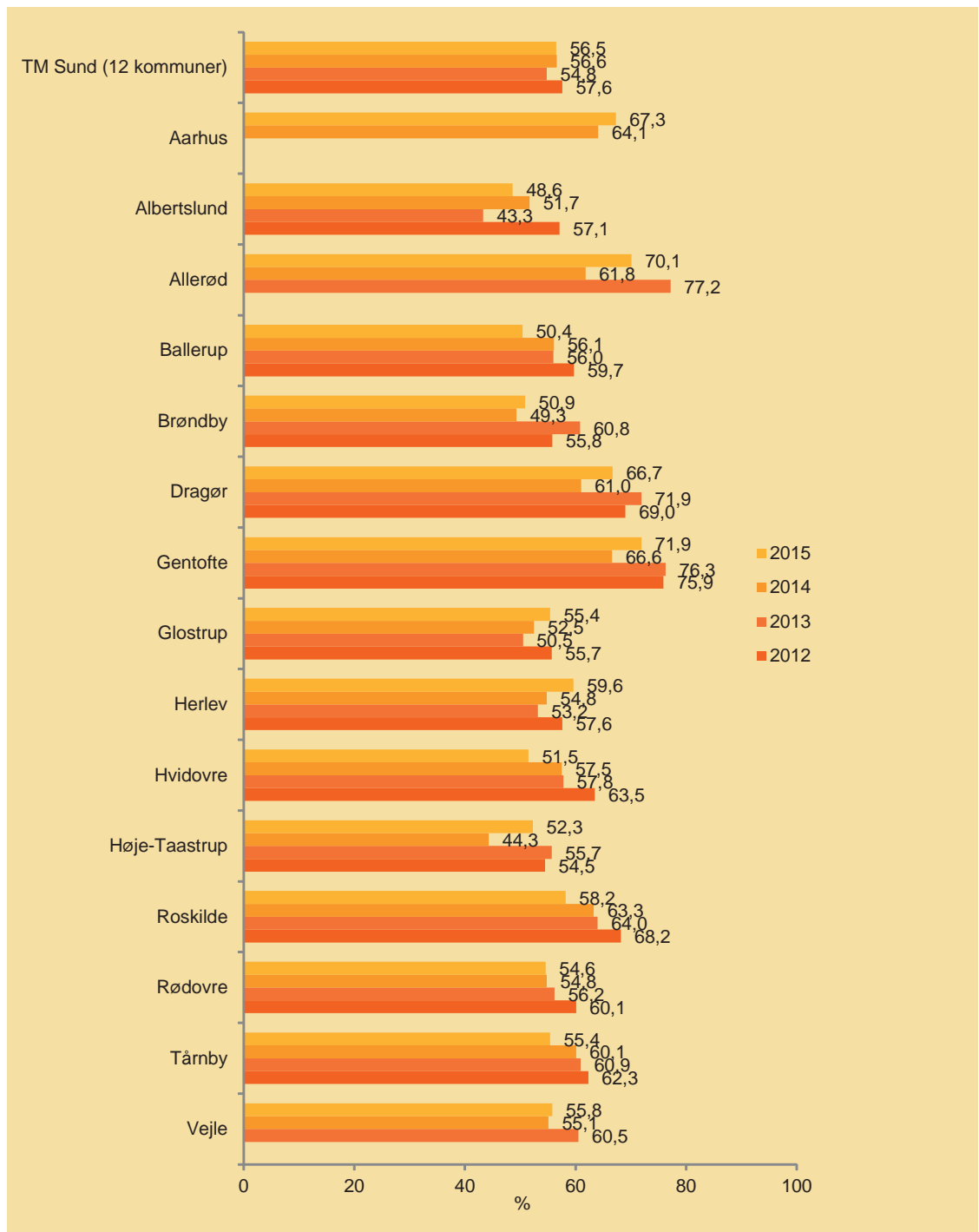


Figur 60. Udvikling i andelen af børn, der er ammet fuldt i mindst fire måneder, i NOVAX-kommunerne.



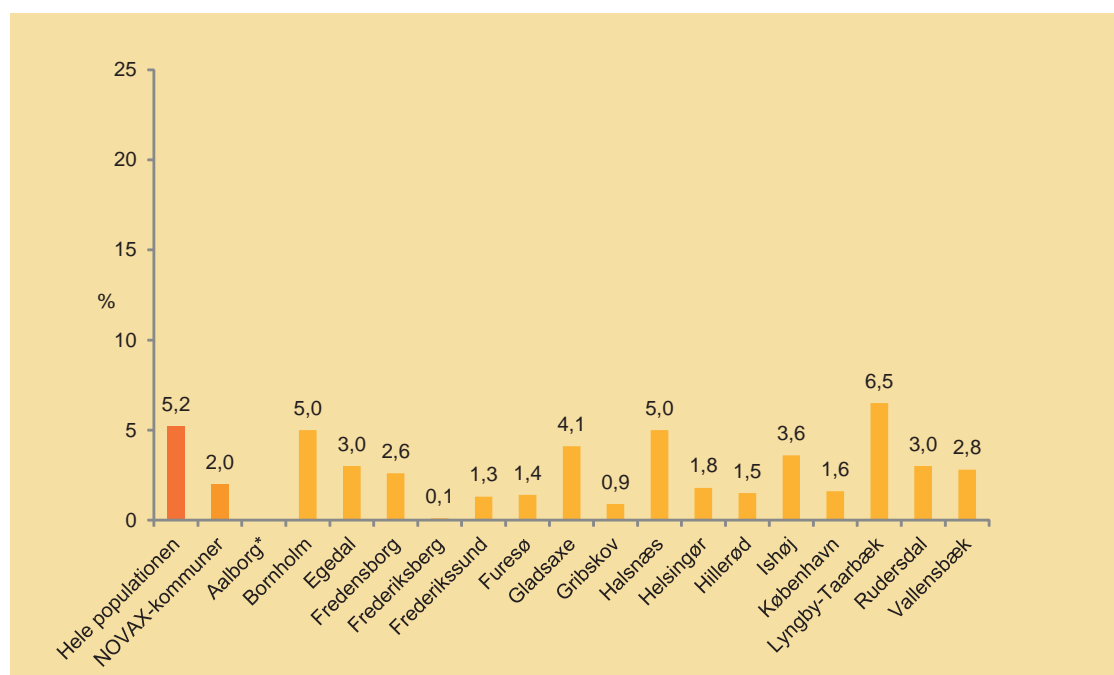


Figur 61. Udvikling i andelen af børn der er ammet fuldt i mindst fire måneder i TM Sund Kommunerne.





Figur 62. Andelen af børn med to eller flere bemærkninger til motorik i første leveår i NOVAX-kommunerne (N=15.567).



Motorik

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

Figur 62 viser forekomsten af to eller flere besøg med bemærkninger til barnets motorik i første leveår i NOVAX-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 2,0 % af børnene i NOVAX-kommunerne har mindst to besøg med bemærkninger til deres motorik i første leveår. Andelen varierer fra 0,1 % til 6,5 %. I den samlede population har 5,2 % af børnene mindst to besøg med bemærkninger til motorik i første leveår. Kommunen med stjerne indgår ikke, da antallet af børn med oplysninger om motorik er meget lille.



Figur 63. Andelen af børn med to eller flere bemærkninger til motorik i første leveår i TM Sund-kommunerne (N=11.310).

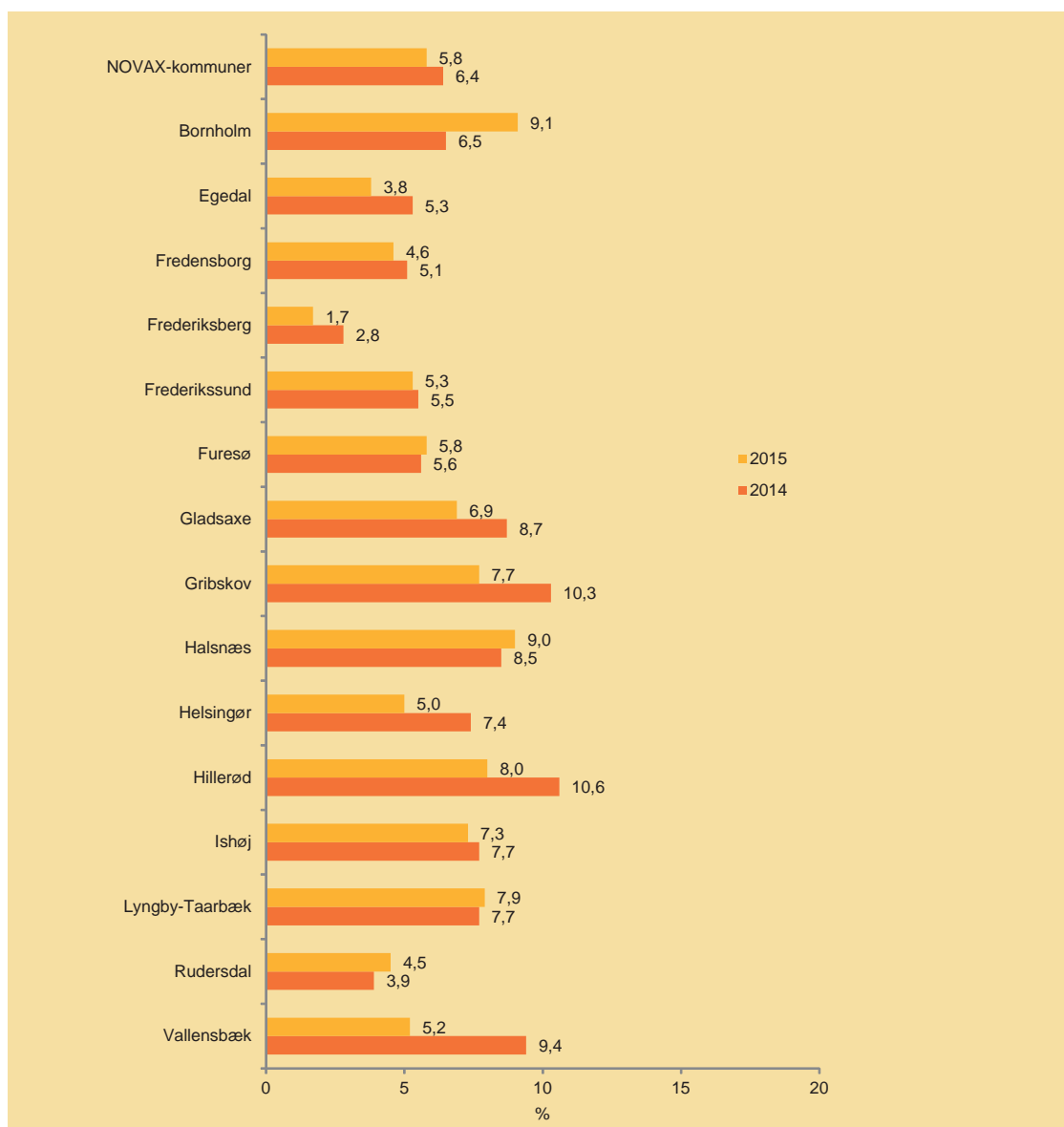


Figur 63 viser forekomsten af to eller flere besøg med bemærkninger til barnets motorik i første leveår i TM Sund-kommunerne. Af figuren fremgår det, at 9,6 % af børnene i TM Sund-kommunerne har mindst to besøg med bemærkninger til deres motorik i første leveår. Andelen varierer fra 4,5 % til 21,3 %.



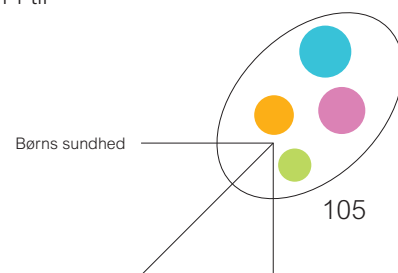


Figur 64. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til barnets motorik i otte- til timånedersalderen i NOVAX-kommunerne.



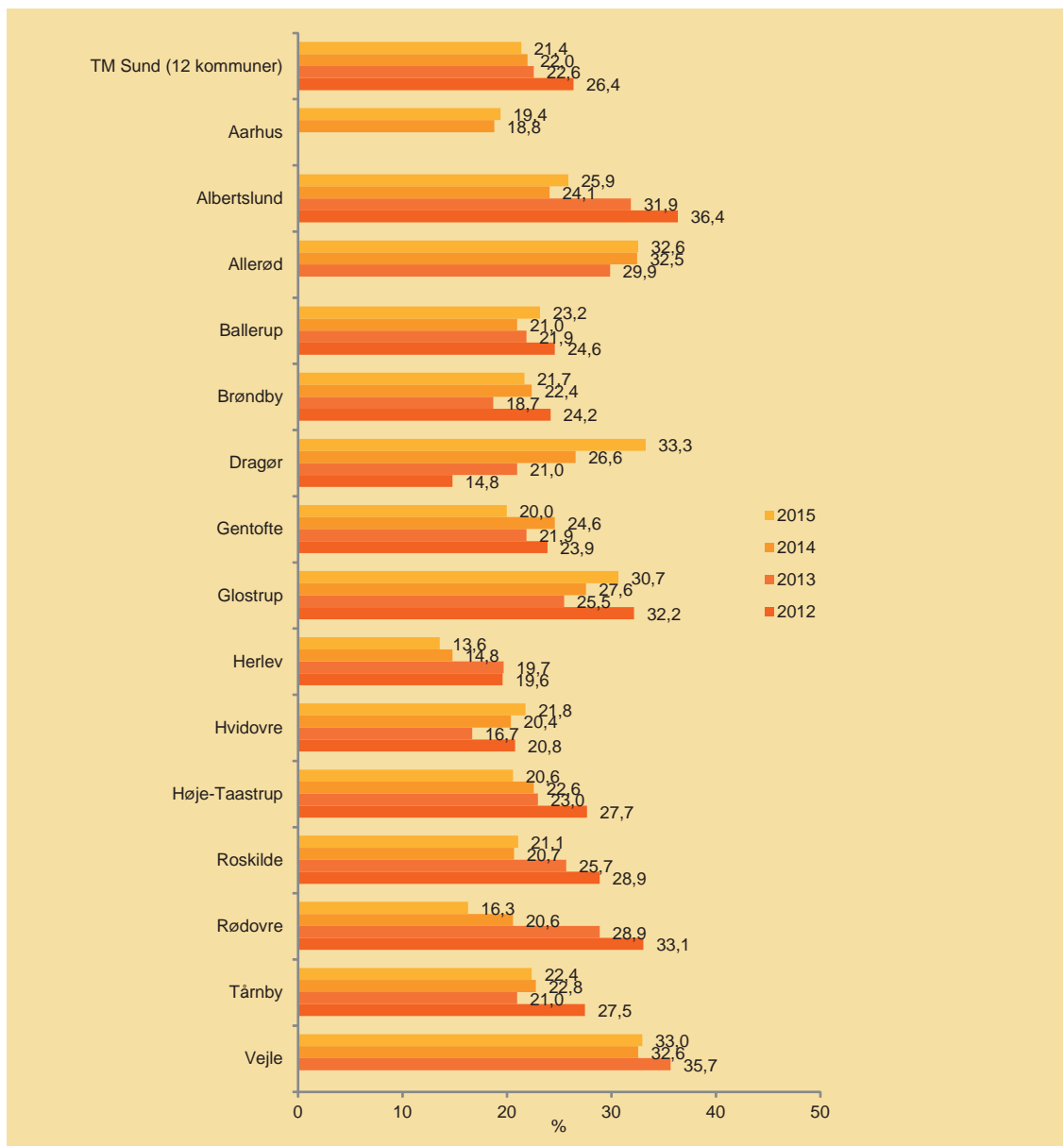
Figur 64 viser udviklingen fra 2014 til 2015 i andelen af børn med bemærkning til motorik i otte- til timånedersalderen (D-besøget) i NOVAX-kommunerne samlet og for hver

NOVAX-kommune, hvor der er oplysninger om amning fra mindst to år. Af figuren ses, at andelen af børn med bemærkning til motorik ved D-besøget er faldet fra 6,4 % i 2014 til 5,8 % i 2015.





Figur 65. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til barnets motorik i otte- til timånedersalderen i TM Sund-kommunerne.

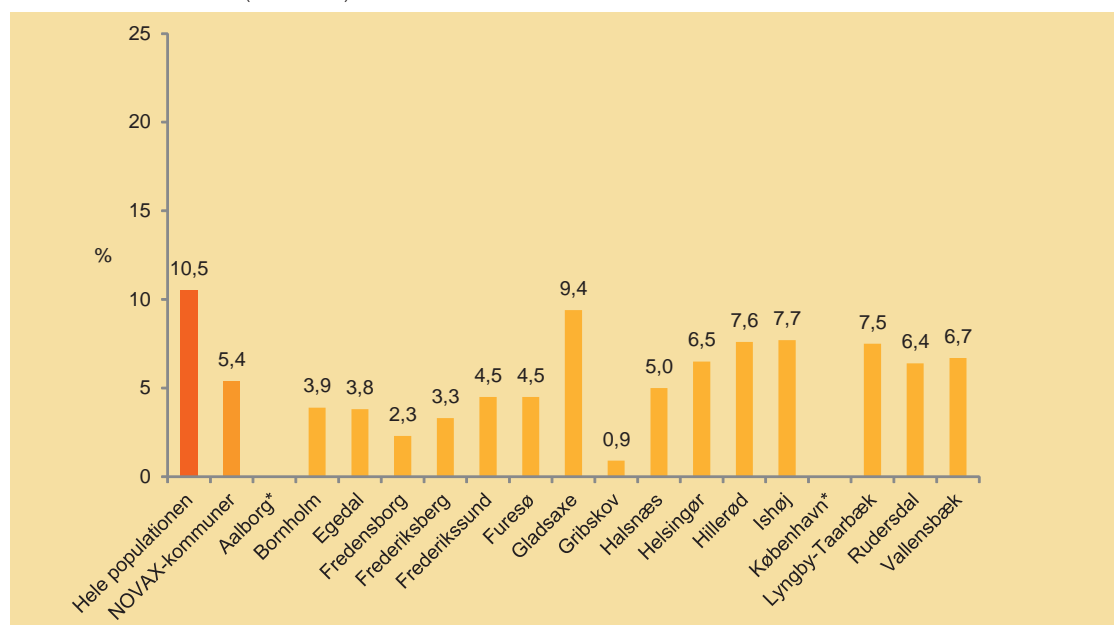


Figur 65 viser udviklingen i forekomsten af børn med bemærkning til motorik ved D-besøget i de tolv TM Sund-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed alle fire år, og i de

TM Sund-kommuner, hvor der er oplysninger om amning fra mindst to år. Forekomsten af bemærkninger til motorik ved D-besøget har været faldende fra 2012 til 2015.



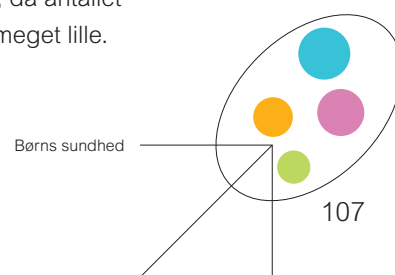
Figur 66. Andelen af børn med bemærkning til søvn ved mindst ét af de fire besøg i første leveår i NOVAX-kommunerne (N=6.516).



Søvn

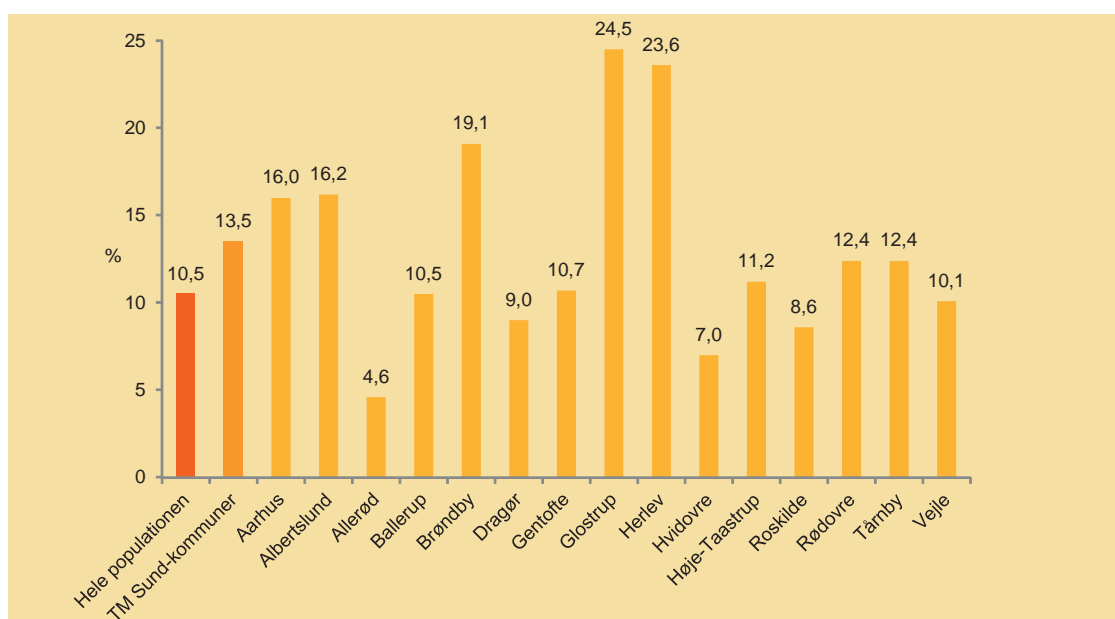
Sundhedsplejersken vurderer barnets døgnrytme og søvnmønster ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Det registreres i journalen, om barnets døgnrytme og søvnmønster lever op til den alderssvarende udvikling og barnets behov.

Figur 66 viser forekomsten af bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår i NOVAX-kommunerne. Figuren viser, at 5,4 % af børnene i NOVAX-kommunerne har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg. Forekomsten svinger mellem 0,9 % og 9,4 %. I den samlede population med både TM Sund- og NOVAX-kommunerne har 10,5 % af børnene bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår (figur 66 og figur 67). Kommunerne med stjerne indgår ikke, da antallet af børn med oplysninger om søvn er meget lille.





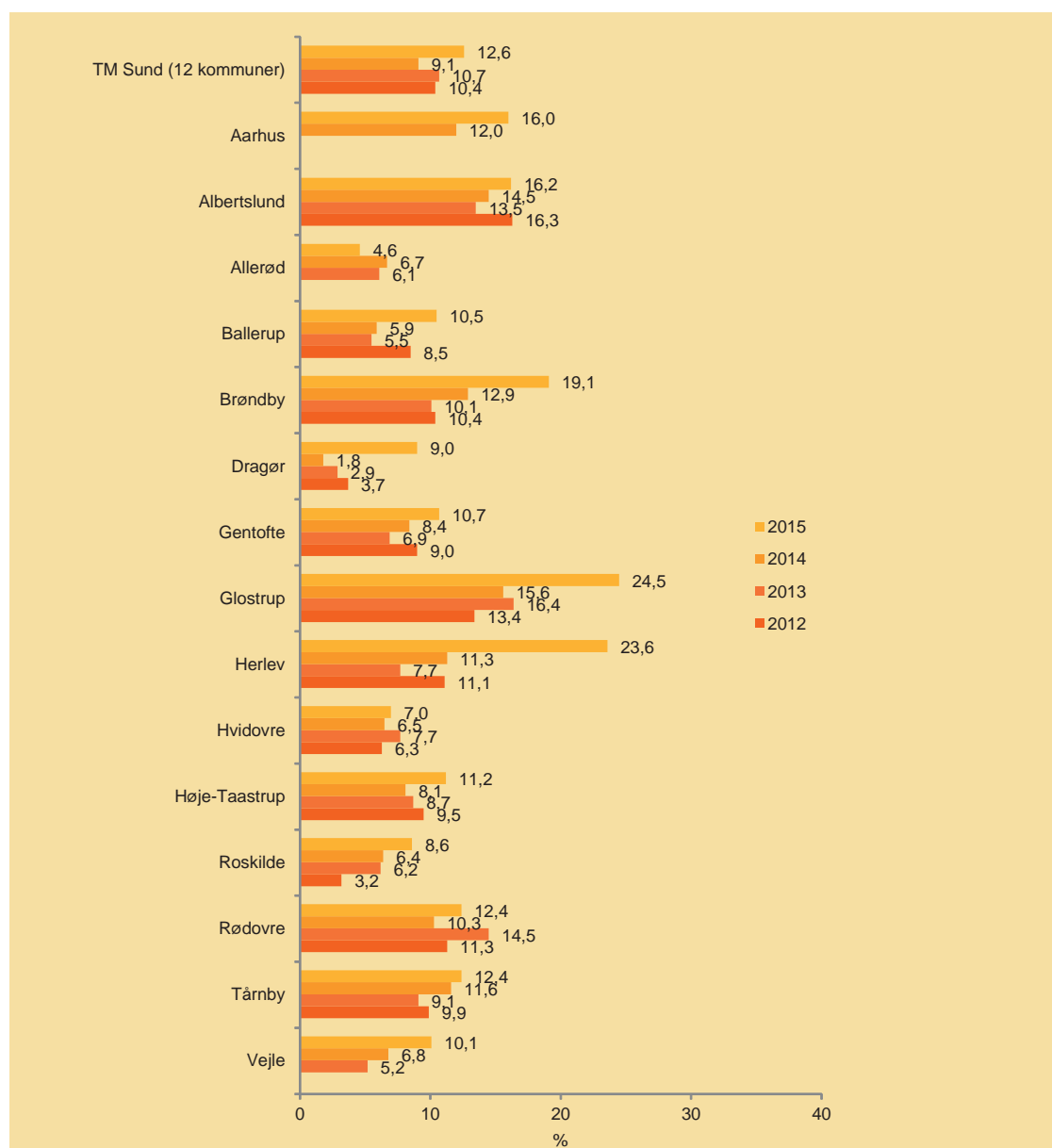
Figur 67. Andelen af børn med bemærkning til søvn ved mindst ét af de fire besøg i første leveår i TM Sund-kommunerne (N=11.294).



Figur 67 viser forekomsten af bemærkning til barnets søvn ved mindst ét besøg i barnets første leveår i TM Sund-kommunerne. Af figuren ses, at 13,5 % af børnene i TM Sund-kommunerne har bemærkning til søvnen ved mindst ét besøg. Forekomsten svinger mellem 4,6 % og 24,5 %.



Figur 68. Udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til søvn ved mindst ét besøg i første leveår i TM Sund-kommunerne.

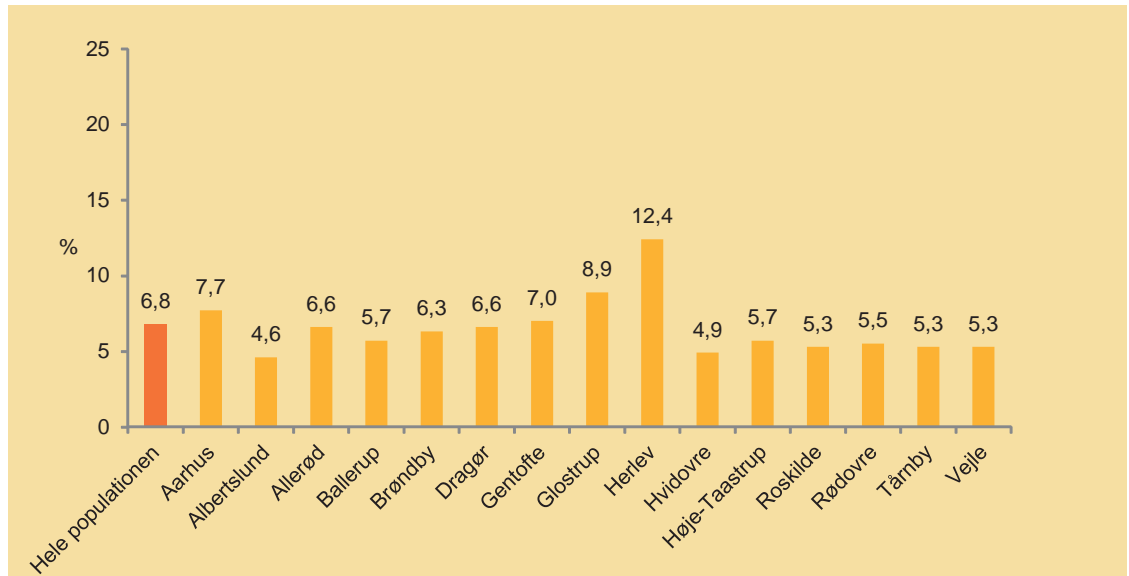


Figur 68 viser udviklingen i forekomsten af børn med bemærkning til søvn ved mindst ét besøg i første leveår i de tolv TM Sund-kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed alle fire

år, og i de TM Sund-kommuner, hvor der er oplysninger om søvn fra mindst to år. Forekomsten af bemærkninger til søvn har varieret fra 9,1 % til 12,6 % fra 2012 til 2015.



Figur 69. Andelen af børn med bemærkning til uro/gråd ved mindst ét besøg i første leveår (N=11.280).



Uro og gråd

I TM Sund-journalen registreres det, om der er bemærkninger til uro og gråd. Figur 69 viser andelen af børn med bemærkninger til uro/gråd. Figuren viser, at 6,8 % af børnene har bemærkning til uro/gråd ved mindst ét af de fire besøg i første leveår.

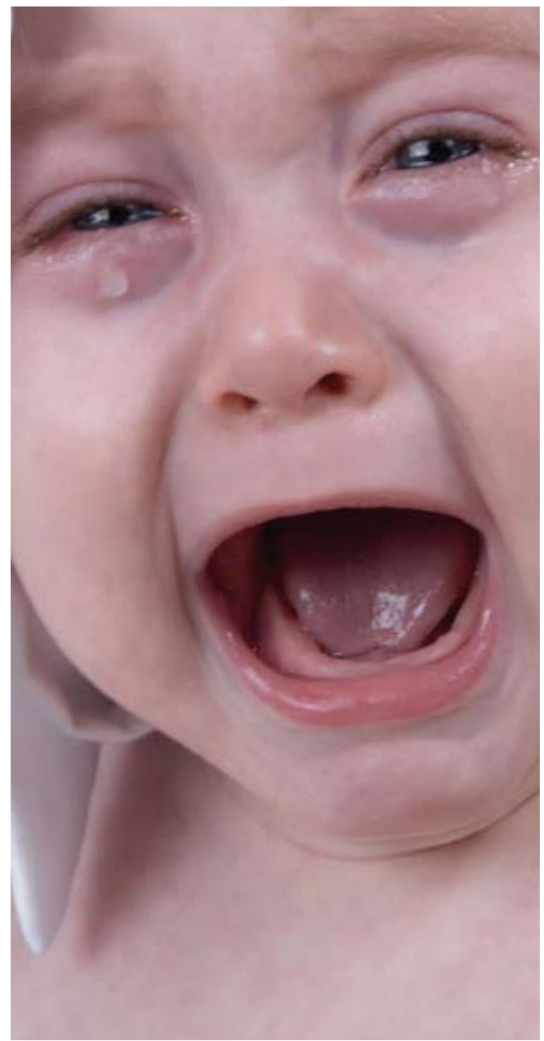




Table 10. Procentfordeling af børn efter WHO's definition af vægtstatus i seks- til timånedersalderen (N=23.756).

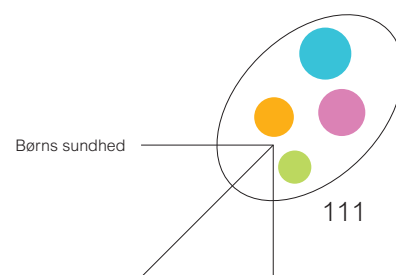
| | Samlet | | Dreng | | Piger | |
|-----------------------|--------|------|-------|------|-------|------|
| | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| Undervægtig | 466 | 2,0 | 285 | 2,3 | 181 | 1,6 |
| Normalvægtig | 18.113 | 76,3 | 9.150 | 75,0 | 8.963 | 77,6 |
| I risiko for overvægt | 4.058 | 17,1 | 2.125 | 17,4 | 1.933 | 16,7 |
| Overvægtig | 955 | 4,0 | 548 | 4,5 | 407 | 3,5 |
| Svært overvægtig | 164 | 0,7 | 94 | 0,8 | 70 | 0,6 |

Vækst

Når man monitorerer små børns vækst, er det vigtigt, at man bruger den optimale vækst som reference. Den optimale vækst beskrives med en standardkurve baseret udelukkende på raske børn. I 2006 udgav WHO en ny vækstreference til børn i alderen nul til fem år baseret på The WHO Multicentre Growth Reference Study (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 (Sjöberg et al. 2017). Med brug af WHO-vækstreferencer udregnes z-scores også kaldet standardafvigelses-scores. Disse 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 målingen fra gennemsnittet.

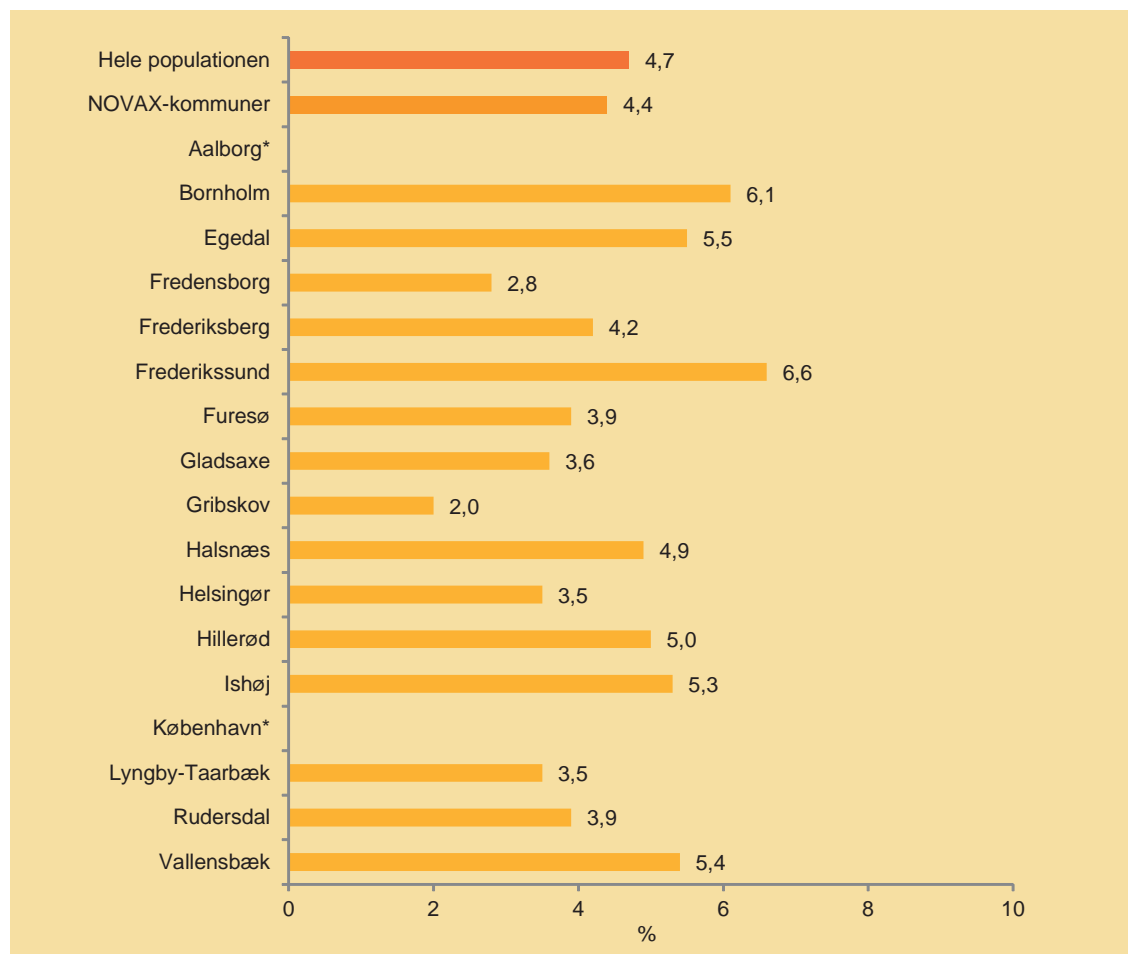
På baggrund af z-scores kan børnene indplaceres efter vægtstatus. Ud fra disse WHO-referencer vurderes et nul- til femårigt barn som undervægtigt med en z-score på mindre end -2, normalvægtigt med en z-score mellem -2 og +1, i risiko for overvægt med en z-score mellem +1 og +2, overvægtigt med en z-score mellem +2 og +3, og svært overvægtigt med en z-score på over +3. Definitionen af overvægt blandt børn diskuteres yderligere i Regionsrapporten "Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014" (Sjöberg et al. 2017).

I tabel 10 ses fordelingen af børn født i 2015 i forhold til WHO's definition af undervægt, normalvægt og overvægt. Af tabellen ses, at 2,0 % af børnene i årsrapporten ud fra WHO's definition af vægtstatus er undervægtige, 76,3 % er normalvægtige, 17,1 % er i risiko for overvægt, 4,0 % er overvægtige, og 0,7 % er svært overvægtige. Samtidig viser tabellen, at fordelingen er næsten ens for drenge og piger.





Figur 70. Forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus opdelt på NOVAX-kommuner (N=13.883).

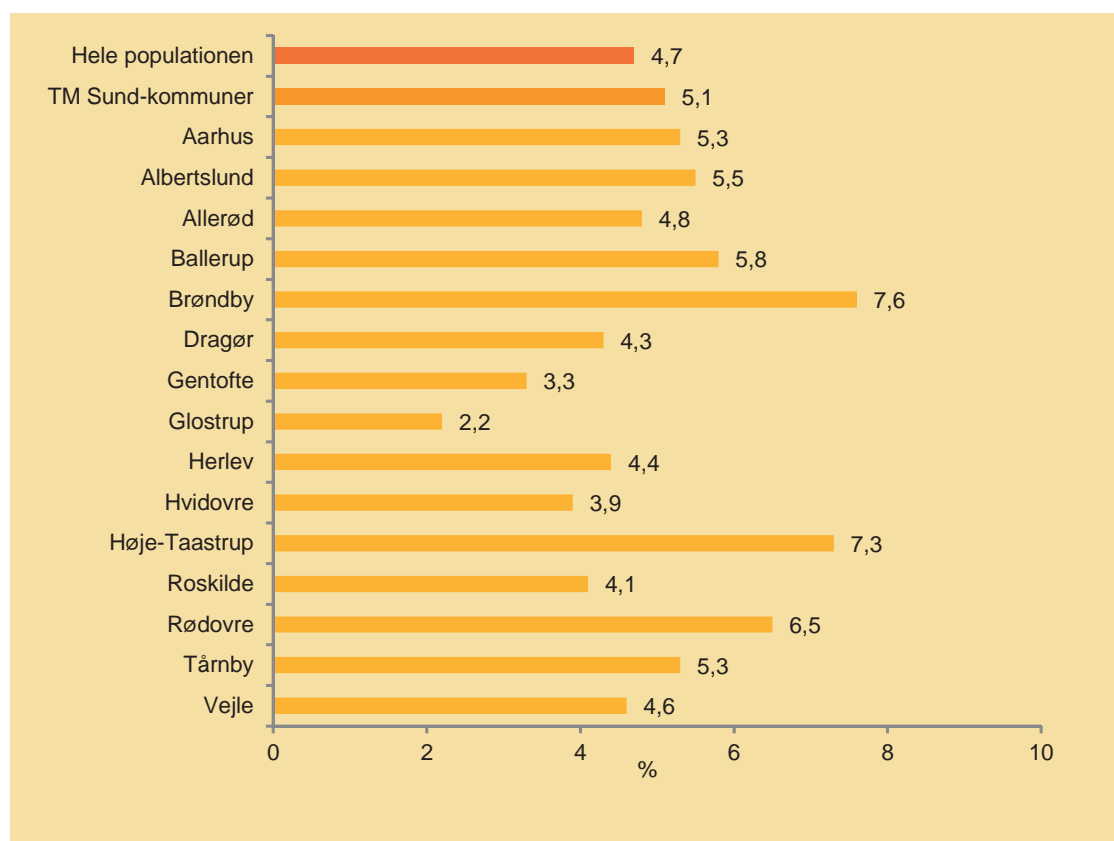


Figur 70 viser forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus i hele populationen og i NOVAX-kommunerne.

Figuren viser, at andelen af børn med overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus er 4,7 % i hele populationen. Denne andel varierer fra 2,0 % til 6,6 % i NOVAX-kommunerne.



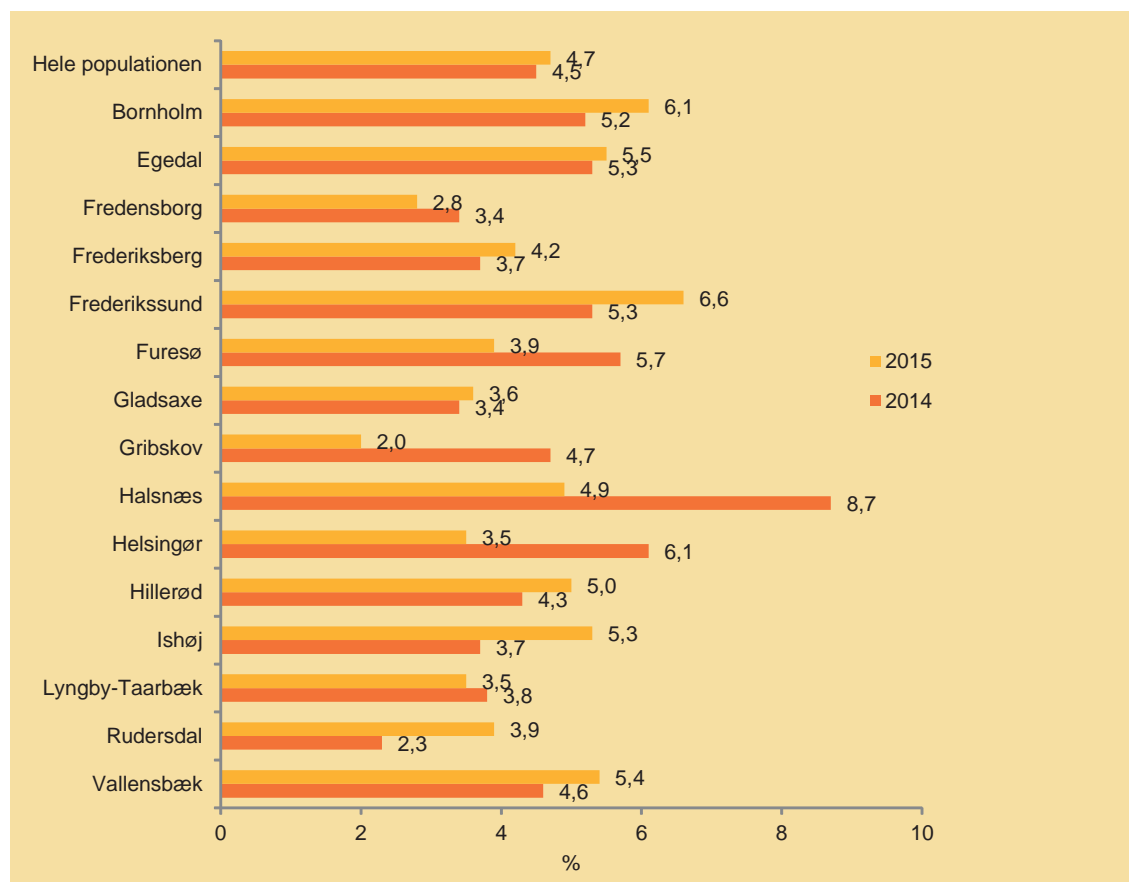
Figur 71. Forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus opdelt på TM Sund-kommuner (N=9.873).



Figur 71 viser forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus i hele populationen og i TM Sund-kommunerne. Figuren viser, at andelen af børn med overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus er 5,1 % i TM Sund-kommunerne. Denne andel varierer fra 2,2 % til 7,6 % i TM Sund-kommunerne.



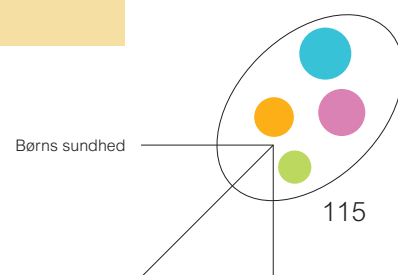
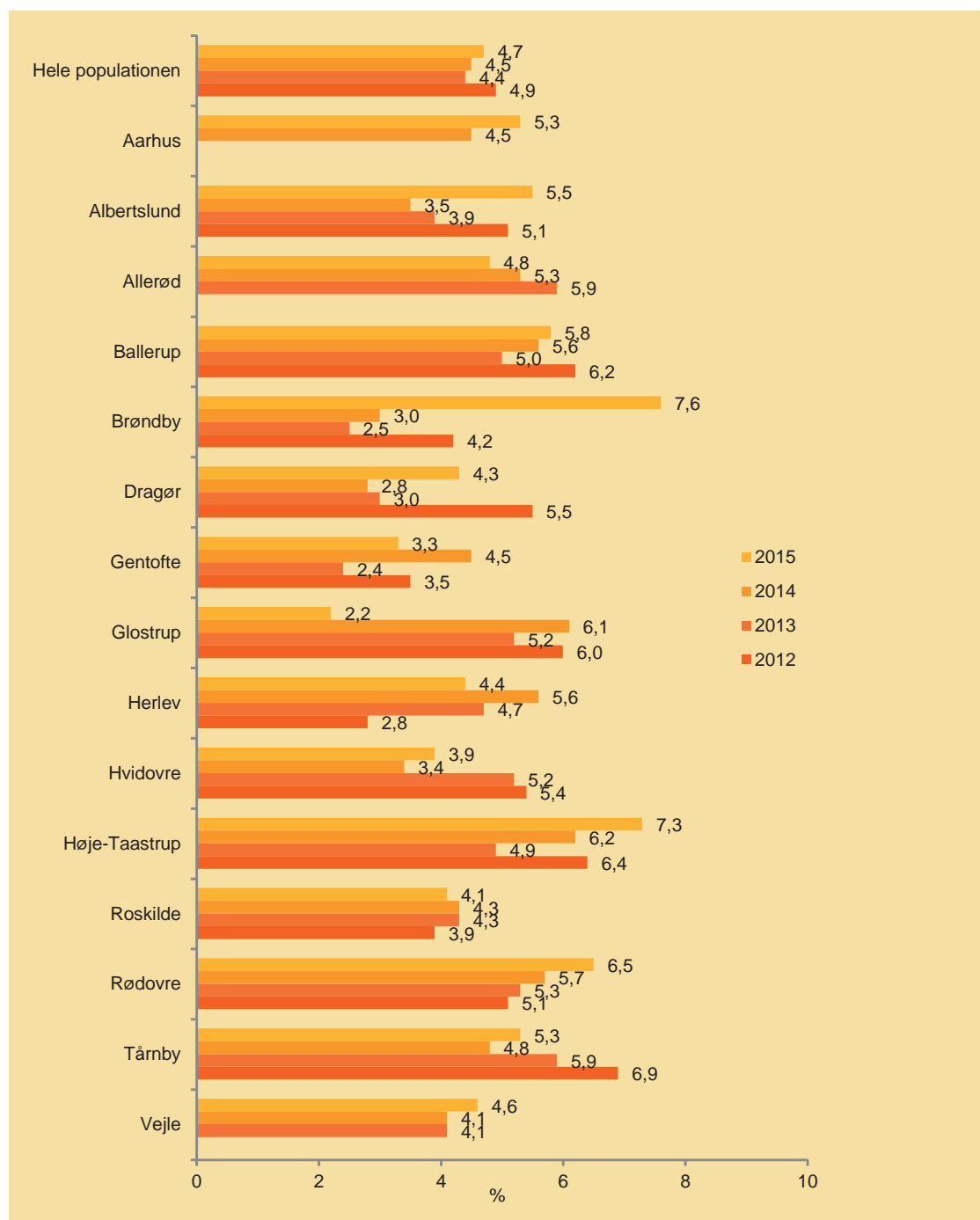
Figur 72. Udviklingen i forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus efter NOVAX-kommunerne.



Derudover viser figur 72 og 73 udviklingen i andelen af børn med overvægt/svær overvægt i henholdsvis NOVAX- og TM Sund-kommunerne. Andelen af børn med overvægt/svær overvægt har varieret fra 4,4 % til 4,9 % (figur 73).

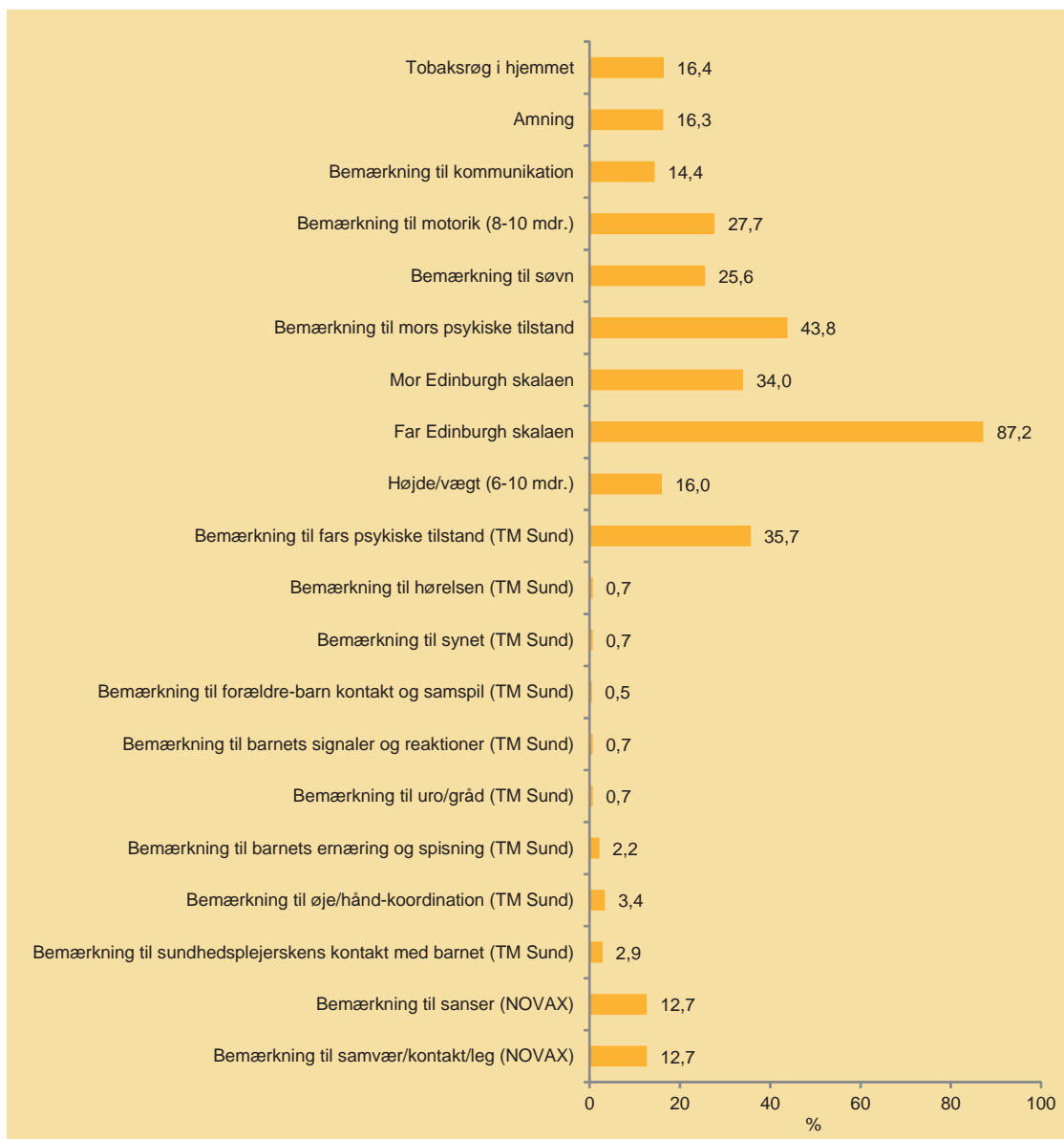


Figur 73. Udviklingen i forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen efter WHO's definition af vægtstatus efter TM Sund-kommunerne.



17. Manglende oplysninger

Figur 74. Andelen af manglende oplysninger på hovedvariable.



Figur 74 viser andelen af børn med manglende oplysninger på en række hovedvariable i 2015. I figuren indgår både variable, hvor der er oplysninger fra NOVAX- og TM Sund-journalen, og variable, der kun eksisterer i henholdsvis

NOVAX-journalen og TM Sund-journalen. Den variabel med den højeste andel af missing (87,2 %) er variabelen, der måler tegn på fødselsdepression hos faren (far Edinburgh skalaen).

18. Opsamling af årsrapporten



Denne årsrapport fra Databasen Børns Sundhed er baseret på journal- og registeroplysninger på 29.815 børn fra 32 kommuner.

Rapporten viser, at:

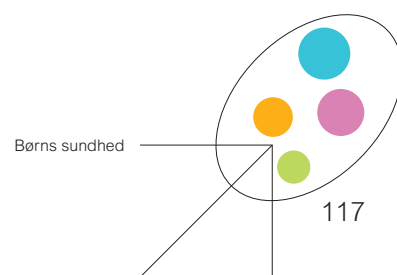
- 8,1 % af børnene har modtaget ét eller flere graviditetsbesøg.
- 23,9 % af børnene blev udskrevet senest seks timer efter fødslen, mens halvdelen (50,8 %) blev udskrevet, da de var 2-3 døgn.
- 97,7 % af børnene havde en apgarscore på ni eller ti fem minutter efter fødslen.
- 6,1 % af børnene var tidligfødte (født før uge 37).
- 4,6 % af børnene vejede under 2.500 gram, da de blev født, 80,3 % vejede 2.500-3.999 gram, og 15,1 % vejede over 3.999 gram.
- 61,2 % af børnene havde deres første besøg af sundhedsplejersken, inden de var en uge gamle. Indlæggelseslængden har i denne sammenhæng betydning for, hvornår det første besøg af sundhedsplejersken aflægges.



- 96,0 % af børnene har modtaget A-besøget, 89,4 % af børnene har modtaget B-besøget, 70,6 % af børnene har modtaget C-besøget, og 81,5 % 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.
- 54,7 % af børnene blev ammet i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefaling om fuld amning i fire måneder.
- 2,0 % af børnene var undervægtige ved seks- til timånedersalderen, 76,3 % var normalvægtige, 17,1 % var i risiko for overvægt, 4,0 % var overvægtige, og 0,7 % var svært overvægtige.

Rapporten 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, bemærkning til mors psykiske tilstand, bemærkning til kontakt, bemærkning til motorik og bemærkning til søvn. Der kan være mange mulige forklaringer på, hvad disse forskelle skyldes. Derudover er de to journalsystemer ikke helt ens, hvilket betyder, at der er variable, der indgår i den ene journal, der ikke indgår i den anden, såsom uro/gråd og sygdom/handicap.

Der arbejdes på at koordinere de to journalsystemer, og på sigt forventer vi større parallelitet. Årsrapporten viser derfor forventeligt, at udviklingsarbejdet med at skabe større ensartethed i Databasen Børns Sundhed ikke er slut. Det er derfor vigtigt, at sundhedsplejerskerne mødes og drøfter en fælles praksis for registrering.



19. Referencer

- Ammitzbøll J, Holstein BE, Wilms L, Andersen A & Skovgaard AM. (2016): A new measure for infant mental health screening: development and initial validation. *BMC Pediatrics*, 16:197.
- Bavin EL, Prior M, Reilly S, Bretherton L, Williams J, Eadie P, Barrett Y & Ukoumunne OC (2008): The Early Language in Victoria Study: predicting vocabulary at age one and two years from gesture and object use. *Journal of Child Language*, 35:687-701.
- Bleses D (2010): Sundhedsplejerskens rolle i forbindelse med tidlig sprogtilegnelse og tidlig indsats. *Sundhedsplejersken*, 1:12-20.
- Bleses D & Højen A (2009): Når børn lærer sprog. *Dansk sprogtilegnelsesforskning i et internationalt perspektiv*. Syddansk Universitetsforlag.
- Bleses D, Højen A, Andersen MK, Dybdal L & Sehested K (2015): Sproget kan styrkes! Rapport om effekten af sprogindsatserne Spell og Fart på sproget i danske dagtilbud. *Socialstyrelsen*.
- Bleses D, Vach W, & Wehberg S (2008): Individuelle forskelle i danske børns tidlige sprogtilegninger: hvad kan børne- og forældrerelaterede baggrundsfaktorer forklare? *Psyke & Logos*, 2 (29), 512-537
- Bleses D, Vach, W, Slott M, Wehberg S, Thomsen P, Madsen T, Basbøll H. (2008): Early vocabulary development in Danish and other languages: a CDI-based comparison. *Journal of Child Language*, 35, 651-669.
- Boye C & Rasmussen K (2011): Små børns sprog og læsning – fra nul til syv år. Gyldendal.
- Brixval CS, Svendsen M, Holstein BE (2011). Årsrapport for børn indskolet i skoleårene 2009/10 og 2010/11 fra Databasen Børns Sundhed: Motoriske vanskeligheder. Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed.
- Bylander I, Krogh TK (2014): Sprogets milepæle. Hvornår skal vi være bekymrede for et barns sproglige udvikling. *Dafolo*.
- Center for Børneliv (2016a): Småbørns leg og gestik kan afsløre sprogproblemer.
- Center for Børneliv (2016b): Tidlige sprogvanskeligheder kan afsløre ADHA og Autisme.
- Caselli MC, Rinaldi P, Stefanini S & Volterra V (2012): Early Action and Gesture "Vocabulary" and Its Relation With Word Comprehension and Production. *Child Development*, 83:526-42.
- Databasen Børns Sundhed (2016): Vejledning til den kvalitetssikrede sundhedsplejerskejournal.
- DeCasper AJ, Spence MJ (1986): Prenatal maternal speech influences newborns' perception of speech sounds. *Infant Behavior and Development*, 9(2), 133-150.
- Gillberg C (2010): The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations. *Research in Developmental Disabilities*, 31:1543-51.
- Haywood KM (2001): *Fundamental concepts: Life span motor development*, 3rd ed. Champaign. Human Kinetics.



Heckmann J (2008): Schools, Skills and synapses. *Economic Inquiry*, 46(3): 289-324

Horwitz SM, Irwin JR, Briggs-Gowan MJ, Heenan JMB, Mendoza J & Carter AS (2003): Language Delay in a Community Cohort of Young Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42:932-40.

Højen A. (2009): Tosprogethed: sproglig udvikling, kompetencer og konsekvenser. In Bleses D & Højen A (red.) Når børn lærer sprog. Dansk sprogtilgængelsesforskning i et internationalt perspektiv. Syddansk Universitetsforlag.

Højen A & Bleses D (2012): Hvilke tosprogede har problemer med dansk? - En foreløbig rapport om sprogvurdering af tosprogede. Working papers in Language Acquisition. Center for Child Language e-prints, 14. Syddansk Universitet.

Iverson JM & Goldin-Meadow S (2005): Gesture Paves the Way for Language Development. *Psychological science*, 16:367-71.

Kawai E, Takagai S, Takei N, Itoh H, Kanayama N & Tsuchiya KJ (2016): Maternal postpartum depressive symptoms predict delay in non-verbal communication in 14-month-old infants. *Infant Behavior & Development*, 46:33-45.

Kristensen K (2016): Tale- og sprogforstyrrelser hos børn. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/boern/sygdomme/vaekst-og-udvikling/tale-og-sprogforstyrrelser-hos-boern/>.

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

Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A & Nye C (2000): Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35:165-88.

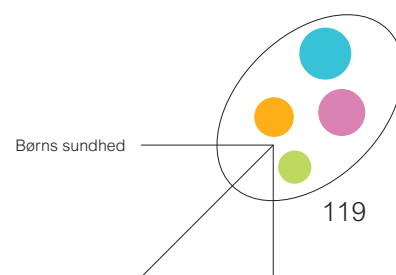
Madsen TO (2009): Tidlig perspektion og production af sprog lyde. I Bleses D & Højen A (red) Når barnet lærer sprog. Odense Universitets Forlag.

Markussen-Brown J (2017): Barnets sprogtilgængelse og pædagogisk praksis en introduktion. Turbine.

NOVAX (2017): Obligatoriske registreringer i Novax journalen med henblik på deltagelse i Databasen Børns Sundhed.

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

Reilly S, Eadie P, Bavin EL, Wake M, Prior M, Williams J, Bretherton L, Barrett Y & Ukoumunne OC (2006): Growth of infant communication between 8 and 12 months: A population study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42:764-70.





Reilly S, Wake M, Bavin EL, Prior M, Williams J, Bretherton L, Eadie P, Barrett Y & Ukoumunne OC (2007): Predicting Language at 2 Years of Age: A prospective Community Study. *Pediatrics*, 120:1441-9.

Reilly S, Wake M, Ukoumunne OC, Bavin E, Prior M, Cini E, Conway L, Eadie P & Bretherton L (2010): Predicting Language Outcomes at 4 Years of Age: Findings From Early Language in Victoria Study. *Pediatrics*, 126:e1530-7.

Rowe ML & Goldin-Meadow S (2009): Differences in Early Gesture Explain SES Disparities in Child Vocabulary Size at School Entry. *Science*, 323:951-3.

Rutter M, Thorpe K, Greenwood R, Northstone K & Golding J (2003): Twins as a natural experiment to study the causes of mild language delay: I: Design; twin-singleton differences in language, and obstetric risks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44:326-341.

Schwab JF & Lew-Williams C (2016): Language learning, socioeconomic status, and child-directed speech *WIREs Cogn Sci* 2016, 7:264-275.

Servicestyrelsen (2011a): Forskningskortlægning: Behov for sprogvurdering, effektive sprogindsatser og pædagogisk efteruddannelse. Udarbejdet af Bleses D, Højen A, Lum J, Markussen-Brown J & Andersen MK for Servicestyrelsen.

Servicestyrelsen (2011b): Sprogvurdering: Risikofaktorer, typer af sprogvurdering, Socialministeriets sprogvurderingsmateriale. Udarbejdet af Davidsen HM for Servicestyrelsen.

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

Sjöberg CB, Johansen A, Rasmussen M, Due P (2017): Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2011. Statens Institut for folkesundhed.

Slott M (2009): Logopædisk vurdering af børns sprog i Bleses D & Højen A: Når børn lærer sprog. Dansk sprogtilgængelsesforskning i et internationalt perspektiv. Syddansk Universitetsforlag.

Söderstrom M (2006): Beyond babytalk: Re-evaluating the nature and content of speech input to preverbal infants *Developmental Review* 27(4):501-532.

Sohr-Preston SL & Scaramella LV (2006): Implications of Timing of Maternal Depressive Symptoms for Early Cognitive and Language Development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9:65-83.

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

Sundhedsstyrelsen (2013): Anbefalinger for svangreomsorgen,

Sundhedsstyrelsen (2011): Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Sundhedsstyrelsen.



Svensson A (2011): Barnets sproglige miljø – fra ord til mening. Dafolo.

Tallal P, Hirsch LS, Realpe-Bonilla T, Miller S, Brzustowicz LM & Bartlett C (2001): Familial Aggregation in Specific Language Impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44:1172-82.

Tamis-LeMonda CS, Song L, Leavell AS, Kahana-Kalman R & Yoshikawa H (2012): Ethnic differences in mother-infant language and gestural communications are associated with specific skills in infants. *Developmental Science*, 15:384-97.

Thorpe K (2006): Twin children's language development. *Early Human Development* 82:387-395.

Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E & O'Brien M (1997): Prevalence of specific Language Impairment in Kindergarten Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40:1245-60.

Uclés P, Alonso MF, Aznar E & Lapresta C (2012): The Importance of Right Otitis Media in Childhood Language Disorders. *International Journal of Otolaryngology Volume 2012 (2012)*, Article ID 818927.

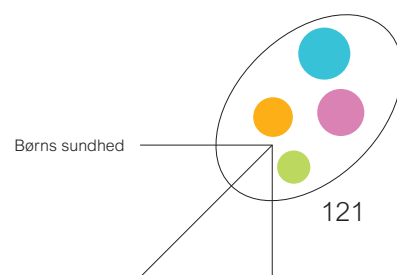
U.S. Department of Health and Human Services (2010).

Windsor J, Reichle J & Mahowald MC (2009): Communication Disorders. In Zeanah CH: *Handbook of Infant Mental Health*. The Guilford Press.

Young AR, Beitchman JH, Johnson C, Douglas L, Atkinson L, Escobar M & Wilson B (2002):

Young adult academic outcomes in a longitudinal sample of early identified language impaired and control children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43:635-45.

Zumach A, Chenault MN, Anteunis LJ, Gerrits E. (2011): Speech perception after early-life otitis media with fluctuating hearing loss. *Audiol Neurotol*. 2011;16(5):304-14.



Bilag 1: Variabeloversigt

Tabel 11 a. Variabeloversigt

| Variabel | Data stammer fra | Kategorier |
|--|---|--|
| Kommune | Kommune der har indsendt data | Kommune |
| Kommunikationsvariabel | | |
| Mindst en bemærkning til sprog- og kommunikation i første leveår | Er i begge journaler målt ved B-, C- og D-besøget | Ingen bemærkning Mindst en bemærkning |
| Antal bemærkninger til sprog- og kommunikation i første leveår | Er i begge journaler målt ved B-, C- og D-besøget | Ingen bemærkning En bemærkning To eller flere bemærkninger |
| Mindst en bemærkning til sprog- og kommunikation ved B-besøget | Er i begge journaler målt ved B-besøget | Ingen bemærkning Mindst en bemærkning |
| Mindst en bemærkning til sprog- og kommunikation ved C-besøget | Er i begge journaler målt ved C-besøget | Ingen bemærkning Mindst en bemærkning |
| Mindst en bemærkning til sprog- og kommunikation ved D-besøget | Er i begge journaler målt ved D-besøget | Ingen bemærkning Mindst en bemærkning |
| Sociodemografiske faktorer | | |
| Barnets køn | Udregnet via cpr. nr. | Dreng Pige |
| Familietype | Hentet via familierregisteret | Bor med begge forældre Bor ikke med begge forældre |
| Forældrenes etniske herkomst | Hentet via indvandring registeret (IEPE) | Begge forældre dansk herkomst En forælder dansk herkomst og en forælder indvandrer eller efterkommer Begge forældre indvandrere eller efterkommere |
| Mors etniske herkomst | Hentet via indvandring registeret (IEPE) | Dansk herkomst Indvandrer Efterkommer |
| Fars etniske herkomst | Hentet via indvandring registeret (IEPE) | Dansk herkomst Indvandrer Efterkommer |
| Mors alder ved fødslen | Udregnet via cpr. nr. | <20 år 20-29 år 30-39 år 40 år eller ældre |
| Forældrenes højst gennemførte uddannelse | Hentet via uddannelsesregisteret (UDDA) | Lang videregående udd. Kort eller mellemlang videregående udd. Almen eller erhvervs gymnasial udd. Erhvervsfaglig udd. Grundskole |
| Mors højst gennemførte uddannelse | Hentet via uddannelsesregisteret (UDDA) | Lang videregående udd. Kort eller mellemlang videregående udd. Almen eller erhvervs gymnasial udd. Erhvervsfaglig udd. Grundskole |
| Fars højst gennemførte uddannelse | Hentet via uddannelsesregisteret (UDDA) | Lang videregående udd. Kort eller mellemlang videregående udd. Almen eller erhvervs gymnasial udd. Erhvervsfaglig udd. Grundskole |
| Forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet | Hentet via indkomstregisteret (INDH) | Begge forældre i erhverv Én forælder i erhverv én ikke i erhverv Begge forældre ikke i erhverv |
| Mors tilknytning til arbejdsmarkedet | Hentet via indkomstregisteret (INDH) | I erhverv Ikke i erhverv |
| Fars tilknytning til arbejdsmarkedet | Hentet via indkomstregisteret (INDH) | I erhverv Ikke i erhverv |
| Tobaksrøg i hjemmet | Er registeret i begge journaler. | Ja Nej |



Tabel 11.b Variabeloversigt

Faktorer relateret til fødslen

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| Mors paritet | Hentet via medicinsk fødselsregisteret | Førstegangsfødende Flergangsfødende |
| Flerfødt | Hentet via medicinsk fødselsregisteret | Enkelt født Flerfødt |
| Kejsersnit | Hentet via medicinsk fødselsregisteret | Ja Nej |
| Gestationsalder | Hentet via medicinsk fødselsregisteret | Født uge 37 eller senere Født før uge 37 |
| Fødselsvægt | Hentet via medicinsk fødselsregisteret | <2500 gram 2500-3999 gram >3999 gram |
| Apgarscore fem min. efter fødslen | Hentet via medicinsk fødselsregisteret | <9 9 eller 10 |
| Medfødte misdannelser | Hentet via medicinsk fødselsregisteret | Ja Nej |

Faktorer relateret til synet og hørelsen

| | | |
|-------------------------|---|--------------------------------|
| Bemærkning til hørelsen | Er i TM Sund journalen registreret ved A-, B-, C- og D-besøget på baggrund af forældrenes observationer | Bemærkning Ingen bemærkning |
| Bemærkning til synet | Er i TM Sund journalen registreret ved A-, B-, C- og D-besøget. | Bemærkning Ingen bemærkning |

Faktorer relateret til barnets trivsel og udvikling

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| Bemærkning til motorik | Er registreret i begge journaler ved A-, B-, C- og D-besøget | Bemærkning Ingen bemærkning |
| Bemærkning til søvn | Er registreret i begge journaler ved A-, B-, C- og D-besøget | Bemærkning Ingen bemærkning |
| Undervægt ud fra WHO's definition af vægtstatus | Er registreret i begge journaler | Undervægtigt Ikke undervægtigt |

NOVAX

| | | |
|-------------------------|---|--------------------------------|
| Bemærkning til sansning | Er registreret i NOVAX journalen efter om barnet er alderstilsvarende, har brug for ekstra opmærksomhed eller indsats | Bemærkning Ingen bemærkning |
|-------------------------|---|--------------------------------|

TM Sund

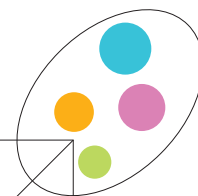
| | | |
|---|---|--------------------------------|
| Bemærkning til uro/gråd | Er registreret i TM Sund-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget | Bemærkning Ingen bemærkning |
| Bemærkning til barnets signaler og reaktioner | Er registreret i TM Sund -journalen ved A-, B-, C- og D-besøget | Bemærkning Ingen bemærkning |
| Bemærkning til barnets ernæring og spising | Er registreret i TM Sund-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget | Bemærkning Ingen bemærkning |
| Bemærkning til øje/hånd koordinat | Er registreret i TM Sund-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget | Bemærkning Ingen bemærkning |
| Bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt til barnet | Er registreret i TM Sund-journalen ved A-, B-, C- og D-besøget | Bemærkning Ingen bemærkning |

Faktorer relateret til efterfødselsreaktioner

| | | |
|---|------------------------------------|----------------------------------|
| Bemærkning til mors psykiske tilstand i første leveår | Er registreret i begge journaler | Bemærkning Ingen bemærkning |
| Bemærkning til fars psykiske tilstand i første leveår | Er registreret i TM Sund-journalen | Bemærkning Ingen bemærkning |
| Edinburgh skalaen mor | Er registreret i begge journaler | <12 point 12 point eller mere |
| Edinburgh skalaen far | Er registreret i begge journaler | <10 point 10 point eller mere |

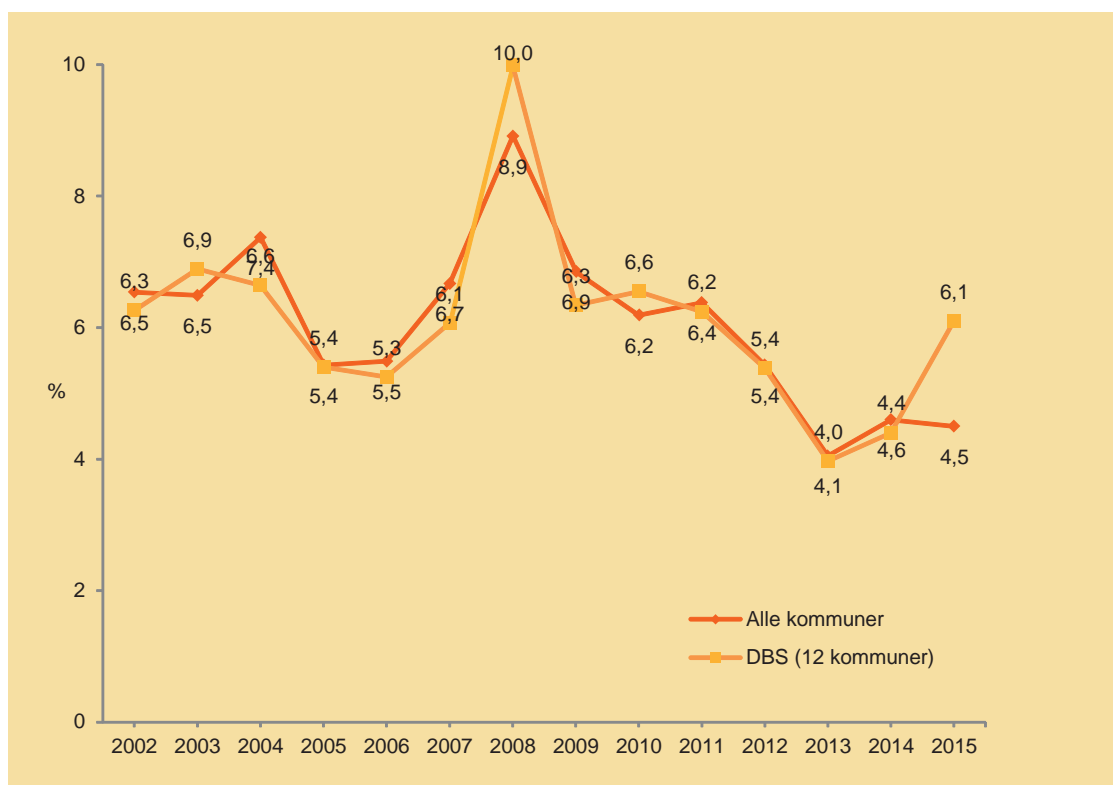
Faktorer relateret til forældre-barn relationen

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| Bemærkning til forældre-barn relationen i første leveår | Er registreret i begge journaler | Bemærkning Ingen bemærkning |
| Bemærkning til samvær/kontakt/leg i første leveår | Er registreret i NOVAX-journalen efter om barnet er alderstilsvarende, har brug for ekstra opmærksomhed eller indsats | Bemærkning Ingen bemærkning |
| Bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil | Er registreret i TM Sund-journalen | Bemærkning Ingen bemærkning |



Bilag 2: Analyser af udviklingen over tid

Figur 75. Andelen af børn med bemærkninger til sprog og kommunikation i første leveår i perioden 2002-2015 for alle kommuner og for DBS (12 kommuner).



Antallet og sammensætningen af deltagende kommuner i Databasen Børns Sundhed har ikke været det samme alle år. Det er derfor ikke helt korrekt at sammenligne hele populationen fra år til år. Deltagelse af en ny stor kommune med veluddannede forældre kan for eksempel medføre, at man ser en positiv udvikling i hele populationen på trods af, at udviklingen ikke har ændret sig i de kommuner, der var med året før.

Figur 75 viser udviklingen i andelen af børn med bemærkninger til sprog og kommunikation i første leveår i perioden 2002-2015 for alle de deltagende kommuner det pågældende år og for de 12 kommuner, der har været en del af databasen de sidste fem år (Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre og Tårnby).

Bilag 3: Logistiske regressionsanalyser

Tabel 12. OR (95 % CI) for at have mindst en bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår efter sociodemografiske faktorer

| | Ujusteret OR (95 % CI) | Indbyrdes justeret OR (95 % CI) | Yderligere justeret OR (95 % CI) ^a |
|---|-------------------------|---------------------------------|---|
| Køn | | | |
| Pige | 1 (reference) | 1 (reference) | - |
| Dreng | 1,13 (1,00-1,27) | 1,12 (0,98-1,28) | - |
| Familietype | | | |
| Bor med begge forældre | 1 (reference) | 1 (reference) | - |
| Bor ikke med begge forældre | 1,36 (1,13-1,65) | 0,92 (0,71-1,19) | - |
| Mors alder ved fødslen | | | |
| <20 år | 2,57 (1,59-4,16) | 1,63 (0,95-2,79) | - |
| 20-29 år | 1,13 (1,00-1,28) | 0,97 (0,84-1,12) | - |
| 30-39 år | 1 (reference) | 1 (reference) | - |
| >39 år | 1,52 (1,15-2,00) | 1,26 (0,91-1,75) | - |
| Forældrenes herkomst | | | |
| Begge forældre dansk herkomst | 1 (reference) | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Begge forældre indvandrere eller efterkommere | 1,86 (1,61-2,15) | 1,56 (1,30-1,87) | 1,53 (1,26-1,84) |
| En dansk og en indvandrer eller efterkommer | 1,16 (0,96-1,40) | 1,08 (0,88-1,33) | 1,10 (0,89-1,35) |
| Forældrenes uddannelse | | | |
| Lang videregående uddannelse | 1 (reference) | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Kort eller mellemlang videregående uddannelse | 1,14 (0,97-1,35) | 1,13 (0,94-1,34) | 1,08 (0,90-1,30) |
| Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse | 1,20 (0,95-1,52) | 1,08 (0,84-1,40) | 1,06 (0,81-1,37) |
| Erhvervsfaglig uddannelse | 1,71 (1,44-2,03) | 1,60 (1,33-1,93) | 1,53 (1,27-1,84) |
| Grundskole | 2,29 (1,86-2,81) | 1,68 (1,29-2,20) | 1,51 (1,15-1,97) |
| Forældrenes erhvervstilknytning | | | |
| Begge forældre i erhverv | 1 (reference) | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Begge forældre uden erhverv | 1,71 (1,38-2,14) | 1,26 (0,97-1,64) | 1,32 (1,02-1,72) |
| En forælder i erhverv en uden erhverv | 1,48 (1,28-1,70) | 1,25 (1,07-1,46) | 1,24 (1,06-1,46) |

^a De yderligere justerede analyser (højre søjle) er justeret for gestationsalder, fødselsvægt, kejsersnit, førstefødte og medfødte misdannelser.



Table 13. OR (95 % CI) for at have mindst en bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår efter mors og fars herkomst

| | Ujusteret OR (95 % CI) | Justeret OR (95 % CI) ^a |
|---|-------------------------|------------------------------------|
| Mors herkomst^a | | |
| Mor dansk herkomst | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Mor indvandrer | 1,63 (1,43-1,87) | 1,24 (1,02-1,52) |
| Mor efterkommer | 2,05 (1,63-2,57) | 1,79 (1,40-2,29) |
| Mors uddannelse^a | | |
| Lang videregående uddannelse | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Kort eller mellemlang videregående uddannelse | 1,15 (0,96-1,39) | 1,12 (0,93-1,36) |
| Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse | 1,10 (0,85-1,43) | 1,00 (0,76-1,32) |
| Erhvervsfaglig uddannelse | 1,69 (1,10-2,04) | 1,51 (1,25-1,84) |
| Grundskole | 2,20 (1,80-2,68) | 1,71 (1,36-2,13) |
| Mors erhvervstilknytning^a | | |
| I erhverv | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ikke i erhverv | 1,50 (1,31-1,71) | 1,24 (1,05-1,47) |
| Fars herkomst^b | | |
| Far dansk herkomst | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Far indvandrer | 1,59 (1,38-1,82) | 1,48 (1,22-1,80) |
| Far efterkommer | 1,53 (1,16-2,02) | 1,45 (1,08-2,0) |
| Fars uddannelse^b | | |
| Lang videregående uddannelse | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Kort eller mellemlang videregående uddannelse | 0,97 (0,79-1,19) | 0,92 (0,75-1,14) |
| Almen eller erhvervs gymnasial uddannelse | 1,00 (0,77-1,30) | 0,90 (0,68-1,18) |
| Erhvervsfaglig uddannelse | 1,32 (1,10-1,57) | 1,28 (1,06-1,54) |
| Grundskole | 1,54 (1,26-1,87) | 1,20 (0,96-1,50) |
| Fars erhvervstilknytning^b | | |
| I erhverv | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ikke i erhverv | 1,45 (1,24-1,70) | 1,20 (1,00-1,46) |

^a De justerede analyser (højre søjle) er justeret efter gestationsalder, fødselsvægt, kejsersnit, førstefødte, medfødte misdannelser, mors herkomst, mors uddannelse og mors erhvervstilknytning.

^b De justerede analyser (højre søjle) er justeret efter gestationsalder, fødselsvægt, kejsersnit, førstefødte, medfødte misdannelser, fars herkomst, fars uddannelse og fars erhvervstilknytning.



Table 14. OR (95 % CI) for at have mindst en bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår efter forhold relateret til fødslen

| | Ujusteret OR (95 % CI) | Indbyrdes justeret OR (95 % CI) | Yderligere justeret OR (95 % CI) ^a |
|------------------------------|-------------------------|---------------------------------|---|
| Flerfødt | | | |
| Enkeltfødt | 1 (reference) | 1 (reference) | - |
| Flerfødt | 3,74 (3,05-4,57) | 1,19 (0,92-1,54) | - |
| Gestationsalder | | | |
| Født uge 37 eller senere | 1 (reference) | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Født før uge 37 | 6,16 (5,31-7,15) | 3,19 (2,55-4,01) | 3,34 (2,62-4,26) |
| Fødselsvægt | | | |
| Under 2500 gram | 8,61 (6,74-11,0) | 2,95 (2,14-4,07) | 2,74 (1,95-3,85) |
| 2500-3999 gram | 1,40 (1,13-1,72) | 1,34 (1,08-1,66) | 1,31 (1,04-1,65) |
| 4000 gram eller mere | 1 (reference) | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Kejsersnit | | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 1,76 (1,54-2,00) | 1,23 (1,06-1,42) | 1,26 (1,08-1,48) |
| Førstefødte | | | |
| Ja | 1 (reference) | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Nej | 1,28 (1,14-1,45) | 1,23 (1,08-1,41) | 1,24 (1,08-1,42) |
| Apgarscore | | | |
| 9 eller 10 | 1 (reference) | 1 (reference) | - |
| Under 9 | 1,58 (1,13-2,20) | 0,98 (0,68-1,41) | - |
| Medfødte misdannelser | | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 2,50 (1,99-3,13) | 1,82 (1,41-2,34) | 1,82 (1,39-2,40) |

^a De yderligere justerede analyser (højre søjle) er justeret for forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse og forældrenes erhvervstilknytning.

Table 15. OR (95 % CI) for at have mindst en bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår efter forhold vedrørende barnets hørelse, syn og sanser.

| | Ujusteret OR (95 % CI) | Justeret OR (95 % CI) ^a |
|--|----------------------------|------------------------------------|
| Kun TM Sund-journalen | | |
| Bemærkning til hørelsen i første leveår | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 4,53 (3,11-6,60) | 4,20 (2,75-6,41) |
| Bemærkning til synet i første leveår | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 6,93 (5,72-8,40) | 5,32 (4,23-6,68) |
| Kun NOVAX-journalen | | |
| Bemærkning til sanser i første leveår (NOVAX) | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 29,26 (23,34-36,69) | 15,68 (11,80-20,83) |

^a De justerede analyser (højre søjle) er justeret efter gestationsalder, fødselsvægt, kejsersnit, førstefødte, medfødte misdannelser, forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse og forældrenes erhvervstilknytning.

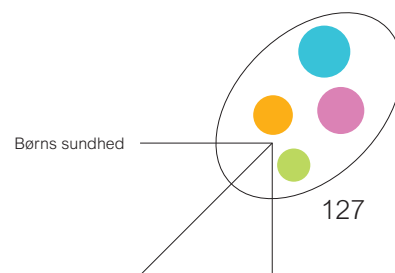


Table 16. OR (95 % CI) for at have mindst en bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår efter forhold vedrørende barnets trivsel og udvikling

| | Ujusteret OR (95 % CI) | Justeret OR (95 % CI) ^a |
|--|--------------------------|------------------------------------|
| Vægt | | |
| Ikke undervægtig | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Undervægtig | 2,72 (2,02-3,68) | 1,80 (1,22-2,66) |
| Bemærkning til motorik i første leveår | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 8,76 (7,60-10,10) | 6,05 (5,10-7,17) |
| Bemærkning til søvn i første leveår | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 3,22 (2,77-3,75) | 3,08 (2,58-3,66) |
| Kun TM Sund-journalen | | |
| Bemærkning til barnets signaler og reaktioner | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 2,75 (2,33-3,23) | 2,51 (2,08-3,03) |
| Bemærkning til uro/gråd | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 2,48 (1,96-3,13) | 2,26 (1,73-2,96) |
| Bemærkning til barnets ernæring og spisning | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 2,31 (1,94-2,75) | 1,87 (1,53-2,28) |
| Bemærkning til barnets øje/hånd koordination | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 6,71 (5,69-7,92) | 5,54 (4,58-6,69) |

^a De justerede analyser (højre søjle) er justeret efter gestationsalder, fødselsvægt, kejsersnit, førstefødte, medfødte misdannelser, forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse og forældrenes erhvervstilknytning.

Table 17. OR (95 % CI) for at have mindst en bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår efter forhold vedrørende kontakt

| | Ujusteret OR (95 % CI) | Justeret OR (95 % CI) |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Kun TM Sund-journalen | | |
| Bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil^a | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 4,31 (3,62-5,12) | 3,67 (2,95-4,56) |
| Bemærkning til forældre-barn kontakt og samspil^b | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 4,31 (3,62-5,12) | 3,69 (2,92-4,66) |
| Kun NOVAX-journalen | | |
| Bemærkning til samvær og kontakt^a | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 53,78 (43,20-66,96) | 40,66 (26,34-62,77) |
| Bemærkning til samvær og kontakt^b | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 53,78 (43,20-66,96) | 36,13 (25,56-51,07) |

^a De justerede analyser (højre søjle) er justeret efter bemærkning til mors psykiske tilstand, gestationsalder, fødselsvægt, kejsersnit, førstefødte, medfødte misdannelser, forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse og forældrenes erhvervstilknytning.

^b De justerede analyser (højre søjle) er justeret for edinburgh mor, gestationsalder, fødselsvægt, kejsersnit, førstefødte, medfødte misdannelser, forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse og forældrenes erhvervstilknytning.

Tabel 18. OR (95 % CI) for at have mindst en bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår efter forhold vedrørende efterfødselsreaktioner

| | Ujusteret OR (95 % CI) | Justeret OR (95 % CI) |
|---|-------------------------|-------------------------|
| Edinburgh skala mor^a | | |
| Score under 12 | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Score 12 eller mere | 1,65 (1,27-2,14) | 1,45 (1,09-1,93) |
| Bemærkning til mors psykiske helbred^a | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 2,08 (1,81-2,40) | 1,93 (1,64-2,27) |
| Kun TM Sund-journalen | | |
| Bemærkning til fars psykiske helbred^b | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 2,39 (1,85-3,09) | 2,10 (1,56-2,85) |

^a De justerede analyser (højre søjle) er justeret for gestationsalder, fødselsvægt, kejsersnit, førstefødte, medfødte misdannelser, mors herkomst, mors uddannelse og mors erhvervstilknytning.

^b De justerede analyser (højre søjle) er justeret for gestationsalder, fødselsvægt, kejsersnit, førstefødte, medfødte misdannelser, fars herkomst, fars uddannelse og fars erhvervstilknytning.

Tabel 19. OR (95 % CI) for at have mindst en bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår efter forhold vedrørende sundhedsplejerskens kontakt med barnet

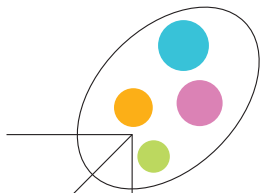
| | Ujusteret OR (95 % CI) | Justeret OR (95 % CI) ^a |
|--|-------------------------|------------------------------------|
| Kun TM Sund-journalen | | |
| Bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet | | |
| Nej | 1 (reference) | 1 (reference) |
| Ja | 4,77 (4,01-5,68) | 4,28 (3,51-5,24) |

^a De justerede analyser (højre søjle) er justeret efter gestationsalder, fødselsvægt, kejsersnit, førstefødte, medfødte misdannelser, forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse og forældrenes erhvervstilknytning.

Tabel 20. OR (95 % CI) for at have mindst en bemærkning til sprog og kommunikation i første leveår efter journalsystem

| | Ujusteret OR (95 % CI) | Justeret OR (95 % CI) ^a |
|----------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Journalsystem | | |
| NOVAX | 1 (reference) | 1 (reference) |
| TM Sund | 1,70 (1,51-1,91) | 1,75 (1,53-2,02) |

^a De justerede analyser (højre søjle) er justeret efter gestationsalder, fødselsvægt, kejsersnit, førstefødte, medfødte misdannelser, forældrenes herkomst, forældrenes uddannelse og forældrenes erhvervstilknytning.



BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed



Børn født
i 2015

