

BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed

REGION



Sundhed blandt børn i Region Hovedstaden, data fra sundhedsplejen om graviditet, spædbørn og indskolingsbørn

*Sanne Ellegaard Jørgensen, Signe Boe Rayce,
Carina Sjöberg Brixval, Anne Maj Denbæk,
Maria Svendsen og Bjørn Holstein*

Graviditet
og fødsel.
0 til 1 årige børn.
Indskolings
børn.

Sundhed blandt børn i Region Hovedstaden, data fra sundhedsplejen om graviditet, spædbørn og indskolingsbørn

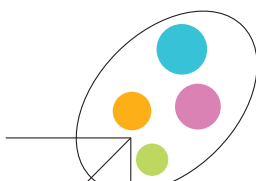


”Sundhed blandt børn i
Region Hovedstaden,
data fra sundhedsplejen om
graviditet, spædbørn og
indskolingsbørn”
er udgivet marts 2013 af:
Region Hovedstaden

Redaktion:
Bjørn Holstein,
Statens Institut for Folkesundhed
Anne Lichtenberg,
Region Hovedstaden

Tryk: Region Hovedstadens trykkeri
Fotoleverandør: Modelbilleder
fra Colourbox
Layout: Kjeld Wilms
Opsætning: Leif Hansen

Rapporten citeres sådan:
Sanne Ellegaard Jørgensen,
Signe Boe Rayce,
Carina Sjöberg Brixval,
Anne Maj Denbæk,
Maria Svendsen,
Bjørn E. Holstein.
Sundhed blandt børn i Region
Hovedstaden: data fra sundheds-
plejen om graviditet, spædbørn og
indskolingsbørn.
Hillerød: Region Hovedstaden, 2013.



BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed



Sundhed
blandt børn i
Region Hovedstaden,
data fra sundhedsplejen om graviditet,
spædbørn og indskolingsbørn

Indholdsfortegnelse



1. Småbørns sundhed	side 4
1.1 Hvorfor fokus på småbørns sundhed?	4
1.2 En oversigt over tilgængelig viden	5
1.3 Social ulighed	6
1.4 Formål	6
2. Datagrundlag	7
2.1 Databasen Børns Sundhed	7
2.2 Sundhedsplejerskernes indsats	8
2.3 Børnene i rapporten	9
3. Nul til etårige børn født i 2010	10
3.1 Graviditet og fødsel	10
3.2 Forhold i familien og hjemmet	16
3.3 Trivsel og udvikling	18
4. Børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2011/12	20
4.1 Forhold i familien og hjemmet	20
4.2 Trivsel og udvikling	21
4.3 Sundhed, sygelighed og medicinforbrug	22
4.4 Sundhedsadfærd	23
5. Temaer	24
5.1 Amning	24
5.2 Mors psykiske tilstand	36
5.3 Overvægt i indskolingsalderen	46
5.4 Motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen	53
5.5 Passiv rygning	60
6. Sammenfatning og diskussion	66
Referencer	70



Sundhedsfremme for børn er højt prioriteret i sundhedspolitikken. I Region Hovedstaden bidrager vi blandt andet ved den forebyggende indsats for gravide, ved de forebyggende undersøgelser i almen praksis, og ved at støtte Databasen Børns Sundhed. Databasen er et samarbejde mellem Region Hovedstaden, sundhedsplejen i mange af regionens kommuner og Statens Institut for Folkesundhed. Dette samarbejde udmønter sig nu i en sundhedsprofil for spædbørn og indskolingsbørn i regionen.

Denne rapport bygger på sundhedsplejerskernes arbejde. Sundhedsplejerskerne noterer systematisk relevante data om alle de børn, de besøger, og alle de børn som de undersøger ved indskolingen. Det giver mulighed for at tegne et billede af børnenes almene sundhedstilstand.

Den vigtigste konklusion fra rapporten er, at de fleste børn er sunde, trives og udvikler sig alderssvarende. Men der er også store mindretal, som har brug for hjælp. Her rettes spotlyset mod fem temaer, der har særlig betydning i den

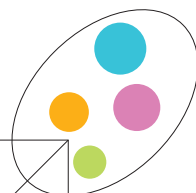
tidlige barndom: amning, mors psykiske tilstand, overvægt, motorisk udvikling og passiv rygning. Det er temaer, hvor det er muligt at opnå betydelige fremskridt gennem et udbygget samarbejde mellem de mange faggrupper, som har med børnene at gøre.

En anden af konklusionerne er, at den sociale ulighed i sundhed allerede viser sig blandt de små børn. Et par eksempler er, at hvis forældrene har lav uddannelse eller ingen tilknytning til arbejdsmarkedet, så øges risiko for at amningen aldrig kommer i gang, at barnet bliver overvægtigt, og udsættes for passiv rygning.

Et første skridt mod at løse disse problemer er at dokumentere dem. Det er mit håb, at denne rapport kan bidrage til den sundhedsfremmende indsats for regionens børn.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Vibeke Storm Rasmussen'.

Vibeke Storm Rasmussen
Formand for regionsrådet



Børns sundhed någtager for folkesundhedsrådet

*Bjørn Holstein, Signe Boe Rayce og
Sanne Ellegaard Jørgensen*

1.1 Hvorfor fokus på småbørns sundhed?

Denne rapport handler om sundhedstilstanden blandt nul til etårige børn og børn i indskolingsalderen. Der er mange grunde til at prioritere småbørns sundhed. En grund er den etiske forpligtelse til at sikre sundhed blandt børn. Det fremgår blandt andet af Danmarks tilslutning til FN's børnekonvention, hvor sundhed er et af de områder, der skal arbejdes for.

En anden grund er, at indsats for småbørns sundhed er en investering i fremtiden: Alvorlige helbredsproblemer i barndommen kan få følger for helbredsudviklingen gennem hele livet, og derfor er det vigtigt at sikre forebyggelse og sundhedsfremme blandt børn. De få lovgivningsbestemte forebyggende indsatser herhjemme er da også rettet mod børn: omsorgen for gravide, de forebyggende undersøgelser i almen praksis, sundhedspleje, børnetandpleje og pædagogisk psykologisk rådgivning. Alvorlige helbreds- og funktionsproblemer i barndommen er en alvorlig belastning for familierne, som kan skabe sygefravær og dermed store omkostninger for samfundet. Alvorlige helbreds- og funktionsproblemer kan svække læring og uddannelse og dermed gøre barnet mindre forberedt til et voksenliv som aktiv samfundsborger.

Når man skal prioritere og planlægge den sundhedsmæssige indsats for småbørn, er det vigtigt at have relevante og nye data. Men der er forholdsvis beskednen viden om småbørns sundhed. De fleste af de nationale og regionale sundhedsprofilundersøgelser inkluderer ikke småbørn, dog med en enkelt undtagelse: Rapporten om danske børns sundhed fra Statens Institut for Folkesundhed fra 2009. Der er heller ikke meget offentlig statistik om børns sundhed. Det er vanskeligt at afgrænse begrebet sundhed

blandt småbørn. Blandt voksne kan man bruge mange typer af data til at beskrive sundhedstilstanden, fx. diagnoser fra indlæggelser på hospital, sygefravær, brug af sundhedsvæsenet, og spørgeskemabaserede undersøgelser om sundhedsadfærd, symptomer og funktionsevne. For småbørn er situationen anderledes: De sygdomme og funktionsbegrænsninger, der er mest udbredte i denne aldersgruppe, findes ikke oplyst i nogen offentlig statistik, og der er kun få data om deres brug af sundhedsvæsenet. En god beskrivelse af mindre børns sundhed kræver data af en helt anden karakter, fx om infektionssygdomme, alderssvarende udvikling, motorik, forældre-barn tilknytning, psykiske vanskeligheder, adfærdsproblemer, almen trivsel og evnen til at håndtere belastninger.

”
Helbreds-
problemer i
barndommen
kan få følger
for helbreds-
udviklingen
gennem hele
livet
”





1.2 En oversigt over tilgængelig viden

Dødeligheden blandt småbørn er meget lav og stadigt faldende. Ud fra de få tilgængelige kilder må man konkludere, at de fleste småbørn er sunde og raske og i god udvikling. Der er dog også udbredte problemer og store mindretal af småbørn og deres familier, hvor sundhedstilstanden er problematisk.

Der findes enkelte undersøgelser, hvor repræsentative udsnit af forældre beskriver deres børns sundhed. I den seneste af disse undersøgelser (Johansen et al. 2009) kan man fx. læse, at ca. 24 % af nul til etårige har haft mindst én akut sygdomsperiode inden for de seneste 14 dage. For børn i indskolingsalderen, de seks til otte årige, var de tilsvarende tal ca. 19 %. Langt de fleste af disse episoder var smitsomme sygdomme i luftveje og mave-tarmsystemet. Ikke mindre end 32 % af de nul til etårige har været forkølede inden for de sidste 14 dage. Blandt de seks til otteårige er det tilsvarende tal 19 %.

Der er også en forholdsvis høj forekomst af langvarig sygdom blandt småbørn, fx astma, eksem, allergi, medfødte misdannelser, øresygdomme og psykiske sygdomme. Forekomsten af langvarig sygdom er ca. 2,5 % blandt de nul til etårige. Det tilsvarende tal for seks til otteårige er ca. 11 %. I den pågældende undersøgelse observerede man, at ca. 11 % af de seks til otteårige var overvægtige. Endnu et eksempel på en trussel mod småbørns sundhed er udsættelse for passiv rygning. Blandt de nul etårige var 8,6 % af drengene og 7,4 % af pigerne jævnligt udsat for passiv rygning. I seks til otteårs alderen gjalt det 16,1 % af drengene og 19,5 % af pigerne.

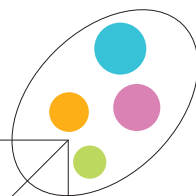
En landsdækkende repræsentativ undersøgelse fra 1986 tegner et tilsvarende billede af småbørns sundhedstilstand, baseret på forældrenes oplysninger (Nielsen et al. 2001). Også her var de mest udbredte problemer akut sygelighed,

og forekomsten af langvarig sygdom ligner det ovenfor beskrevne.

Nielsen et al. (1998) benyttede data fra mange forskellige kilder (registre, sundhedsvæsenet, forældre) til at tegne et detaljeret billede af småbørns sundhedstilstand. Blandt det hyppigt forekommende sundhedsproblemer var, at kun halvdelen af alle børn blev ammet i den af Sundhedsstyrelsen anbefalede periode, at omfanget af akut og langvarig sygdom var meget stort, og at omfanget af medfødte misdannelser og perinatale sygdomme var højt, henholdsvis 2,5 % og 9 %. Omkring 30 % af alle spædbørn havde været indlagt på grund af sygdom eller til observation for sygdom. Skolestartundersøgelsen af Madsen et al. (1981) viser omfanget af modenhed, psykisk og social udvikling ved skolestart. Blandt drengene var omkring 25 % mere eller mindre umodne mht. motorisk udvikling, social udvikling og psykisk udvikling, og 17 % var ikke alderssvarende mht. taleudvikling. De tilsvarende tal for pigerne var betydeligt lavere med 10-15 % mere eller mindre umodne.

En vigtig kilde til beskrivelse af småbørns sundhedstilstand er de faggrupper, som ser børnene. Et eksempel er de forebyggende undersøgelser i almen praksis, hvor praktiserende læger undersøger flertallet af alle børn flere gange fra første til femte leveår (Michelsen et al. 2007). Her taler man om fund, dvs. at der er sygdomstegn eller fejludvikling, som er bekymrende og kræver opfølgning. Der er nye fund i hver tredje børneundersøgelse, i hver syvende børneundersøgelse er det et fund, som lægen karakteriserer som væsentligt. De fleste fund var somatiske, fx sansedefekter, overvægt, eksem og infektioner. Fundene blev gjort på alle alderstrin. De fleste somatiske fund resulterer i rådgivning, opfølgning i praksis eller henvisning til speciallæge.

”
Der er nye fund i hver tredje børneundersøgelse, i hver syvende børneundersøgelse er det et fund, som lægen karakteriserer som væsentligt
”





Ved en mindre del af børneundersøgelserne efter etårs alderen finder lægen sociale problemer hos barn eller forældre, fx sprog- og kontaktvanskeligheder hos barnet, eller arbejdsløshed og problemer i parforholdet hos forældrene. Henvielse til behandling eller undersøgelse af barnet udenfor praksis var hyppigst i to til fireårs alderen, hvor godt hver tiende barn til børneundersøgelse blev viderehenvist.

Et andet eksempel er sundhedsplejerskernes observationer. Sundhedsplejersker er særligt uddannede til at observere børns sundhed og udvikling. De besøger så godt som alle nyfødte børn flere gange i første leveår, og gennemfører et sundhedstjek af alle børn i indskolingen, dvs. nulte eller første klasse. Sundhedsplejersker er dermed en vigtig kilde til viden om børns sundhed, men denne viden er ofte skjult og figurerer kun i sundhedsplejerskernes journaler, som kan være svære at anvende til en systematisk opgørelse af sundhedstilstanden. Sundhedsplejerskerne i et antal kommuner i Region Hovedstaden har i mange år arbejdet på at systematisere deres observationer om børn og forældre. Disse data opbevares i Databasen Børns Sundhed, og det er denne database som er grundlaget for denne rapport.

1.3 Social ulighed

Det er et gennemgående træk ved beskrivelser af småbørns sundhedstilstand, at den er præget af betydelig social ulighed. Både i familier med få og mange sociale ressourcer er de fleste børn sunde og udvikler sig godt. Men hvis forældrene er lavt uddannede og/eller økonomisk svagt stillede og/eller uden for arbejdsmarkedet, så er der en langt højere forekomst af for tidlig fødsel, spædbørnsdødelighed, lav fødselsvægt, overvægt, lægelige diagnoser, langvarig sygdom,

symptomer, dårlig funktionsevne, tilskadekomst og lav trivsel (for en oversigt, se Johansen et al. 2007 og Nielsen et al. 1998). Billedet er dog ikke helt entydigt; der er fx ikke social ulighed i forekomsten af astma, den mest almindelige kroniske lidelse blandt børn, og heller ikke i fysiske funktionsbegrænsninger. Social ulighed i sundhed i barndommen er bekymrende, fordi den med stor sandsynlighed fortsætter ind i voksenlivet (Due et al. 2011).

1.4 Formål

Alt i alt er der kun få kilder til data om småbørns sundhed herhjemme. Databasen Børns Sundhed er en forholdsvis ny kilde. Den bygger på sundhedsplejerskernes observationer af sundhedstilstanden hos nul til etårige børn og børn, der starter i skolen. Disse data giver en unik mulighed for at få indsigt i almindelige og alvorlige sundhedsproblemer blandt småbørn.

Formålet med denne rapport er at beskrive sundhedstilstanden for børn i første leveår og ved indskolingen, baseret på systematiske observationer fra de sundhedsplejersker, som ser og vurderer næsten alle børn. Rapporten rummer to kapitler med deskriptive oplysninger om de nul til etårige børn og børn som er indskolingsundersøgt. Dernæst følger et kapitel med en mere analytisk kulegravning af fem temaer, som har særlig betydning ved beskrivelse af børns sundhed: amning, mors psykiske tilstand efter fødslen, passiv rygning, motorisk udvikling, og vægtudvikling.

Databasen Børns Sundhed er ikke landsdækkende, og den dækker ikke alle kommuner i Region Hovedstaden. Men den omfatter 12 kommuner i Region Hovedstaden med stor socioøkonomisk variation og er derfor velegnet som kilde.

2. Datagrundlag

Sanne Ellegaard Jørgensen
og Bjørn Holstein

2.1 Databasen Børns Sundhed

Databasen Børns Sundhed blev etableret i 2002 af kommunerne i det tidligere Københavns Amt og omfatter i dag et samarbejde mellem Region Hovedstaden og følgende kommuner: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Roskilde, Rødovre og Tårnby. Databasen er baseret på sundhedsplejerskers journaldata og rummer data om nul til etårige børn fra 2002 og frem. Siden 2007 er databasen suppleret med data fra sundhedsplejerskernes undersøgelser af indskolingsbørn. Med udgangspunkt i sundhedsplejerskernes virksomhed er formålet med databasen 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra Den Kommunale Sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af sundhedsplejens ydelser og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter. Data er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale. Dette betyder en ensartet praksis i indsamlingen af data, hvilket fører til en systematisk dokumentation af sundhedsplejerskernes ydelser.

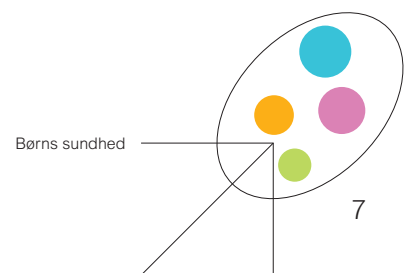


Boks 1. Sundhedsplejerskens vigtigste opgaver

- Vejledning og individuel støtte til gravide, spæd- og småbørnsforældre
- Sundhedspleje til alle nyfødte i barselsperioden, herunder medvirken til at fremme moderens evne til og mulighed for at amme
- Funktionsundersøgelser og regelmæssig kontakt med spæd- og småbørnsfamilier, herunder støtte til familiedannelse og tilknytning mellem barn og forældre
- Funktionsundersøgelser og regelmæssig kontakt med børn og unge i den undervisningspligtige alder samt deres forældre, herunder gennemførelse af de lovpligtige indskolings- og udskolingsundersøgelser, efter kommunalbestyrelsens beslutning
- Støtte, udredning og opfølgning i relation til omsorg og indsatser for sundhedsmæssigt truede børn og unge, herunder tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med almen praksis, den kommunalt ansatte læge, socialforvaltning, pædagogisk psykologisk rådgivning og andre.
- Konsulentbistand til dagtilbud og skoler
- Gruppeaktiviteter, herunder aktiviteter i lokalsamfundet
- Kvalitetssikring og -udvikling af sundhedsfaglige ydelser i den kommunale sundhedstjeneste, herunder bidrag til udarbejdelse og implementering af sundhedsaftaler og sundhedspolitikker
- Generel forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til børn, unge og deres forældre
- Supervision og praktikvejledning til sygeplejersker under uddannelse til sundhedsplejerske.

(Vejledning, Sundhedsstyrelsen 2011)

”
I mange kommuner tilbyder sundhedsplejersken forskellige gruppeaktiviteter som supplement til hjemmebesøget
”





2.2 Sundhedsplejerskernes indsats

Sundhedsplejerskers opgaver er bestemt i sundhedsloven. Opgaverne kan udelukkende varetages af sundhedsplejersker, som er specialuddannede sygeplejersker. Det er kommunalbestyrelsen, som til syvende og sidst kalibrerer sundhedsplejen til kommunens børn, men Sundhedsstyrelsen har udstukket klare anbefalinger for antallet af besøg. Sundhedsstyrelsen

Boks 2: Program for sundhedsplejerskens etableringsbesøg i første leveuge

Etableringsbesøget indeholder såvel en fysisk undersøgelse af barnet som information og samtale med forældrene om graviditet og fødsel samt vejledning om pleje af og omsorg for barnet. Besøget har følgende sundhedsfremmende og forebyggende formål:

- At gennemgå problemstillinger eller mistanker opstået i relation til den postnatale screening, familiens historie eller hændelser i forbindelse med fødslen
- At vurdere problemstillinger, som ikke kan observeres umiddelbart i forbindelse med fødslen, som fx gulsot, kredsløbsinsufficiens, dehydrering, etc.
- At orientere sig om, hvorvidt forældrene har fået tilbudt de ordinære screeninger af barnet ved fødslen
- At drøfte temaer vedrørende omsorg, relationer og spædbarnspleje, etablering af amning eller anden ernæring til barnet, forebyggelse af allergi, mad og hvile til mor, vitaminer og jern, familiens trivsel, forebyggelse af vuggedød, herunder barnets udsættelse for passiv rygning i hjemmet, ulykkesforebyggelse (fald) og andet
- At identificere forældre, som kan have alvorlige problemer med relationen til og omsorgen for deres barn, fx depression, vold, misbrug, dårlig begavelse og psykiske problemer
- At informere om forebyggende sundhedstilbud, lokale netværk, fortrolighed, journalføring og databehandling
- At informere familien om hvor de kan hente yderligere oplysninger, hjælp og støtte, hvis nødvendigt.

anbefaler et graviditetsbesøg omkring syvende svangerskabsmåned, tilrettelagt i samarbejde med jordemoderen. Desuden anbefaler Sundhedsstyrelsen et besøg inden barnet er syv dage gammel, inden barnet er 30 dage gammelt, når barnet er omkring to måneder gammelt, når barnet er fire til seks måneder gammelt, og når barnet er otte til ti måneder gammelt. Helt generelt gælder, at familier med særlige problemer tilbydes flere besøg efter behov, og at sundhedsplejersken henviser børn og familier med særlige behov, fx til alment praktiserende læge.

Det faglige indhold tilrettelægges af den kommunale sundhedstjeneste. Sundhedsplejerskens arbejde er ganske stærkt reguleret med konkrete opmærksomhedspunkter for hver eneste af de ovenfor beskrevne besøg. Boks 2 viser de krav, der stilles til etableringsbesøget (Vejledning, Sundhedsstyrelsen 2011). I mange kommuner tilbyder sundhedsplejersken forskellige gruppeaktiviteter som supplement til hjemmebesøg, fx. åbent hus arrangementer, aftalt konsultation, mødre-, fædre- og familiegrupper af forskellig karakter, specialgrupper for fx unge mødre, familier af anden etnisk oprindelse end dansk, præmature, adopterede børn o.a. Desuden arrangeres temaarrangementer om relevante emner samt forældreuddannelse.

I de fleste kommuner er det også sundhedsplejerskerne, som varetager indskolingsundersøgelserne af eleverne, typisk i nulte eller første klasse. Formålet er at vurdere barnets helbred, trivsel og sundhedsmæssige skoleparathed, samt at vejlede om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart. Det tilrådes, at forældrene er til stede. Boks 3 viser, de elementer der skal indgå i undersøgelsen.



Boks 3: Indholdet af indskolingsundersøgelsen

- Helbredsmæssige forhold, herunder barnets skoleparathed og afdækning af eventuelle kroniske sygdomme hos barnet eller i den nærmeste familie samt hvordan disse håndteres
- Undersøgelse af syn og hørelse, vægt og højde
- Barnets sociale relationer i hjemmet og i skolen, herunder opmærksomhed over for eventuel psykisk udviklingsforstyrrelse
- Søvn- og spisevaner
- Sproglige kompetencer, såvel impressivt som ekspressivt
- Barnets generelle udvikling, herunder vurdering af barnets kognitive udvikling (opmærksomhed, koncentration) og motorik

2.3 Børnene i rapporten

Denne Sundhedsprofil omfatter børn fra de kommuner i Region Hovedstaden, der indgik i Databasen Børns Sundhed i 2012. Første del af rapporten omhandler børn i alderen nul til et år, født i perioden den 1. januar 2010 til den 31. december 2010 i en af følgende kommuner: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Lyngby-Taarbæk, Rødovre, Tårnby.

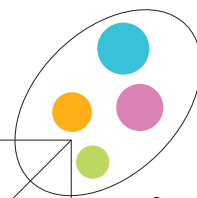
Data om de nul til et årige børn stammer fra fire sundhedsplejerskebesøg på centrale tidspunkter. For det nul til etårige barns tilknytning og udvikling er A- besøget = etableringsbesøget, bortset fra barselsbesøget, det første besøg, der aflægges efter fødslen; B- besøget er det første besøg, efter barnet er fyldt to måneder, og inden det fylder tre måneder; C- besøget er det første besøg, efter barnet er fyldt fire måneder,

og inden det fylder seks måneder, og D- besøget er det første besøg, efter barnet er fyldt otte måneder, og inden det fylder ti måneder. I rapporten indgår 5406 nul til etårige børn.

Anden del af rapporten omhandler børn, indskolingsundersøgt i skoleåret 2011/12. Indskolingsundersøgelsen foretages i nulte eller første klasse. I rapporten indgår journaldata om 4791 indskolingsbørn. Børnene er fordelt på ti kommuner i Region Hovedstaden; Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

De nul til etårige børn og de indskolingsundersøgte børn fra henholdsvis elleve og ti kommuner i Region Hovedstaden, vil blive omtalt "børnene i rapporten". I rapporten beskrives forskellige forhold af betydning for børns sundhed og udvikling. Forekomster og fordelinger rapporteres for de børn, der er registreret oplysninger om. Antallet af børn kan derfor variere, idet der ikke er oplysninger om alle forhold for alle børn. For nogle faktorer er der høj forekomst af manglende registreringer, hvilket kan medføre usikkerhed i resultaterne.

”
Antallet af fødsler efter fertilitetsbehandling i Danmark er cirka fordoblet i perioden fra 1997 til 2010
”



It let rge rn f dt

Sanne Ellegaard Jørgensen, Carina Sjöberg Brixval,
Signe Boe Rayce og Bjørn Holstein

Populationen i dette afsnit består af 5406 nul til etårige børn født i 2010, hvoraf 51,3 % er drenge og 48,7 % er piger. Størstedelen af børnene kommer fra familier med dansk baggrund, mens 12,8 % har en mor med indvandrerbaggrund og 10,2 % har en far med indvandrerbaggrund.

3.1 Graviditet og fødsel

Andelen af børn, der er flerfødt, det vil sige tvillinger eller trillinger, udgør 2,2 %. I figur 3.1.1 ses fordelingen af børn i forhold til, om henholdsvis mor og far har børn i forvejen. Blandt

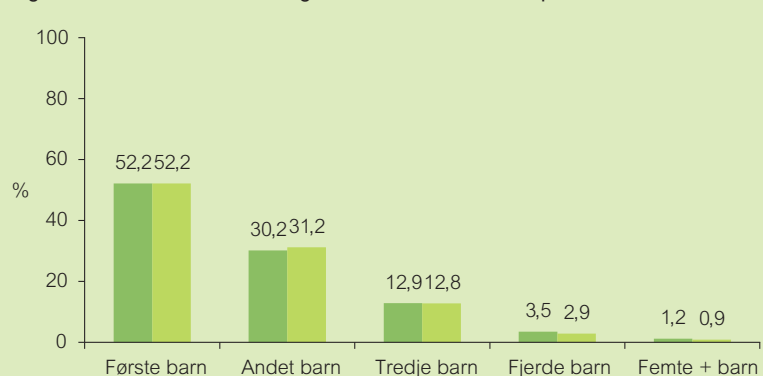
både mødrene og fædrene var cirka halvdelen førstegangsførelse, mens cirka 30 % havde et barn og omkring 13 % to børn. Kun en lille andel af forældrene havde tre eller flere børn i forvejen.

Assisteret reproduktion

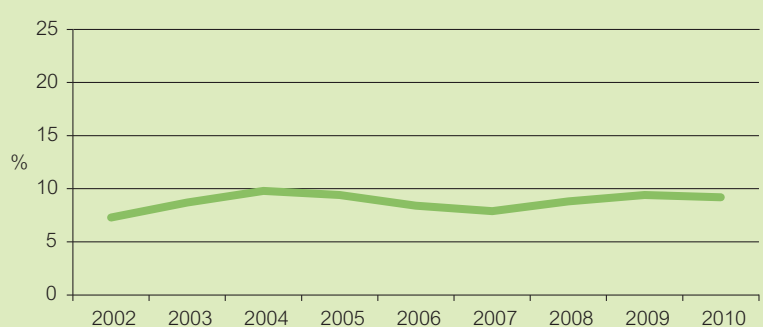
Nuværende forskning tyder på, at børn der er født efter assisteret reproduktion, klarer sig godt kognitivt og helbreds mæssigt, men at de har en let forøget risiko for præterm fødsel, lav fødselsvægt og medfødte misdannelser sammenlignet med børn undfanget ved spontan befrugtning (Henningsen et al. 2012, Ludwig et al. 2006, Bergh & Wennerholm 2012, Basso & Baird 2003). Den forøgede risiko for børn født efter assisteret reproduktion sammenlignet med børn, der ikke er født efter assisteret reproduktion, er blevet mindre i takt med udvikling og forbedring af behandlingen, færre flerfoldsgraviditeter og tidligere henvisning til fertilitetsbehandling (Henningsen et al. 2012). På landsplan blev cirka 9 % af alle børn født i 2010 født efter assisteret reproduktion. Antallet af fødsler efter fertilitetsbehandling i Danmark er cirka fordoblet i perioden fra 1997 til 2010 (Ingerslev et al. 2012). Figur 3.1.2 viser udviklingen i andel børn født efter assisteret reproduktion i de ti kommuner i Region Hovedstaden, der indgik i Databasen Børns Sundhed i perioden.

Andelen af børn født efter assisteret reproduktion varierer mellem 7,3 % og 9,8 % i perioden 2002 til 2010. Den tydelige stigning i fertilitetsbehandlingen, der ses på landsplan (Ingerslev et al. 2012), ses således ikke i de ti kommuner i databasen. Dette kan muligvis skyldes, at der mangler oplysninger om fertilitetsbehandling i en stor del af journalerne (fra 17,1-42,2 %).

Figur 3.1.1 Procentvis fordeling af børn efter forældres paritet



Figur 3.1.2 Procent af børn født efter assisteret reproduktion i perioden 2002 - 2010





Forældrenes alder ved fødslen

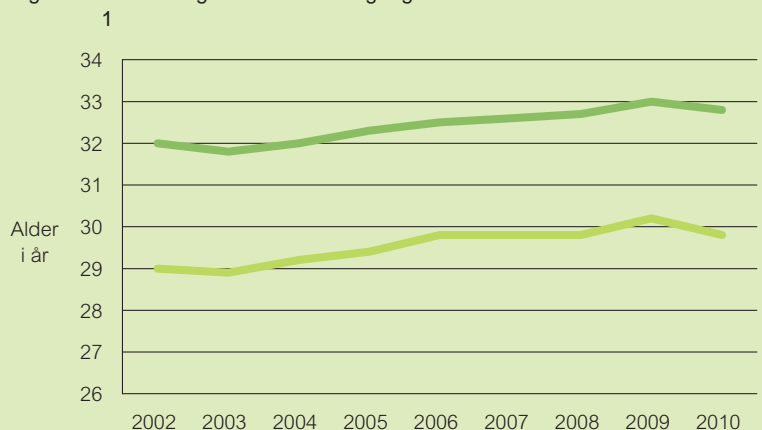
Forældrenes alder, særligt moderens alder under graviditeten kan have indflydelse på barnets udvikling. Nuværende forskning tyder på, at risikoen for psykomotoriske vanskeligheder og generiske mutationer som Down's syndrom stiger med den gravides alder (Iwayama et al. 2011; Sandin et al. 2012). Samtidig har et britisk studie vist, at stigende alder ved fødslen er forbundet med færre hospitalsindlæggelser hos barnet, færre skader, større sandsynlighed for, at barnet får de påkrævede vaccinationer, bedre sprog og færre sociale vanskeligheder (Sutcliffe et al. 2012). Denne beskyttende effekt kan muligvis forklares ved, at en højere alder ved fødslen er forbundet med mere støttende og stabile hjemmelige omgivelser (Fergusson & Woodward 1999).

Gennemsnitsalderen for førstegangsfødende er siden slutningen af 1970'erne frem til 2007, stegt med cirka fem år, fra 24,1 år til 29,2 år. Herefter ser gennemsnitsalderen ud til at være stagneret omkring de 29 år for de førstegangsfødende. En tilsvarende udvikling i alderen er sket blandt alle fødende kvinder i Danmark, hvor stigningen umiddelbart ser ud til at fortsætte. Gennemsnitsalderen for fædre er ligeledes steget fra 30,0 år i 1980 til 33,0 år i 2006 (Danmarks Statistik, 2011).

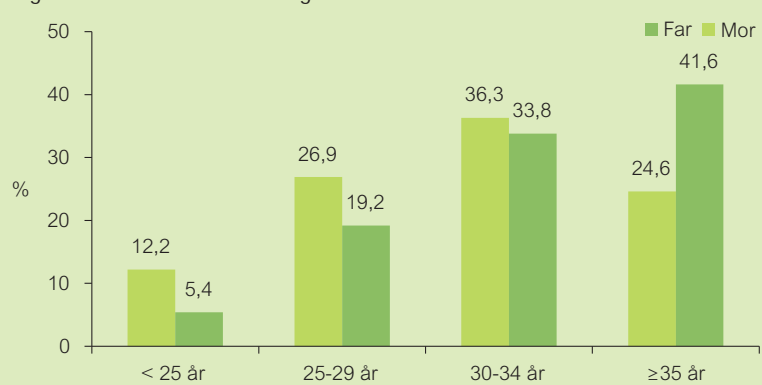
I denne rapport var gennemsnitsalderen for de førstegangsfødende 29,8 år (variation: 16,0-49,0 år), mens fædrene i gennemsnit var 32,5 år (variation: 18,3-66,8 år) ved fødslen af deres første barn. I figur 3.1.3 ser vi, at førstegangsmødre og fædre i databasekommunerne i Region Hovedstaden i gennemsnit er blevet 0,6 år ældre fra 2002 til 2010.

For samtlige fødsler var gennemsnitsalder for mødrene 31,3 år (variation: 16,0-50,6 år), mens

Figur 3.1.3 dvi ling i alder for førstegangsførelde — Mor — Far



Figur 3.1.4 Procentvis fordeling af børn efter forældrenes alder ved fødslen



fædrenes gennemsnitsalder var 34,2 år (variation: 18,3-66,8 år). I figur 3.1.4 ses, at over halvdelen af forældrene var 30 år eller ældre ved fødselen.



Fødselsforløb

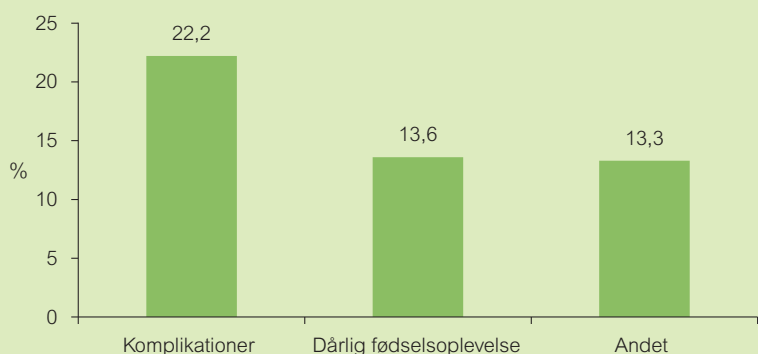
Komplikationer i forbindelse med fødslen eller en negativ oplevelse af fødslen kan have langvarige psykologiske eftervirkninger, hvilket kan påvirke blandt andet forældre-barn tilknytningen (Gullestrup & Terp 2008, Lapp et al 2010, Rowlands & Redshaw 2012). Et nyligt publiceret norsk studie tyder på, at den subjektive fødselsoplevelse betyder væsentlig mere end obstetriske komplikationer i forhold til risikoen for at udvikle symptomer på post traumatisk stress efter fødslen (Garthus-Niegel et al. 2013). Desuden kan en negativ fødselsoplevelse påvirke ønsker om fremtidige børn, forventninger til fremtidige fødsler og ønsker til fremtidige fødselsforløb, herunder planlagt kejsersnit (Gottvall & Waldenström 2002, Pang et al. 2008).

De fleste fødsler forløber uden alvorlige komplikationer eller hændelser, men i nogle tilfælde er fødselsforløbene vanskeligere, og der kan opstå større eller mindre komplikationer undervejs. Blandt et stort mindretal af børnene i rapporten er der registreret komplikationer ved fødslen (22,2 %). Komplikationer, frygt for at føde, mangelfuld kommunikation og utilstrækkelig

inddragelse af moderen kan påvirke forældrenes oplevelse af fødselsforløbet (Elmir et al. 2010). Blandt de børn, der var oplysninger om, havde 13,6 % af forældrene ikke oplevet fødselsforløbet som værende godt. Derudover har sundhedsplejersken registreret 'andre problemer' i forbindelse med fødslen hos yderligere 13,3 % af børnene. Der er ikke data om, hvad disse problemer dækker over.



Figur 3.1. Forekomst af problemer i forbindelse med fødslen og komplikationer til dårlig fødselsoplevelse og andre problemer





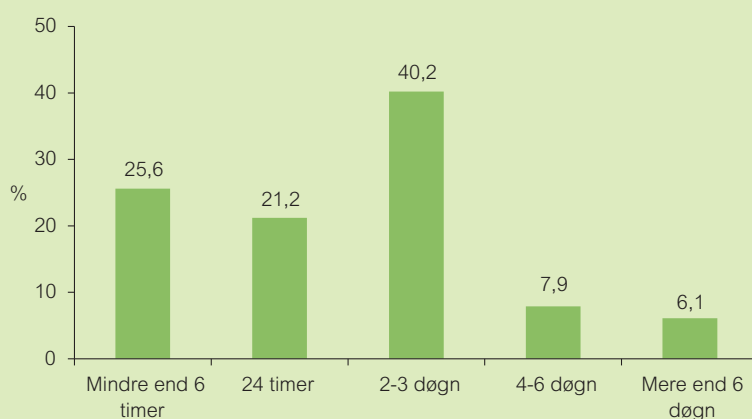
Indlæggelseslængde

Den gennemsnitlige indlæggelsestid i forbindelse med fødslen er faldet fra 3,5 dage i 2005 til 2,8 dage i 2010 (Brixval & Koushede 2011). En stigning i genindlæggelser af nyfødte på grund af ernæringsproblemer i samme periode har medført en bekymring blandt fagfolk om konsekvenserne af de kortere indlæggelser (Thøstesen & Fenger-Grøn 2011). Forskning omkring konsekvenserne af kortere indlæggelsestid i forbindelse med fødsel er midlertidigt begrænset, og det er derfor vanskeligt at vurdere, hvorvidt der er en sammenhæng mellem kortere indlæggelsestid og genindlæggelser af nyfødte (Hornnes 2011).

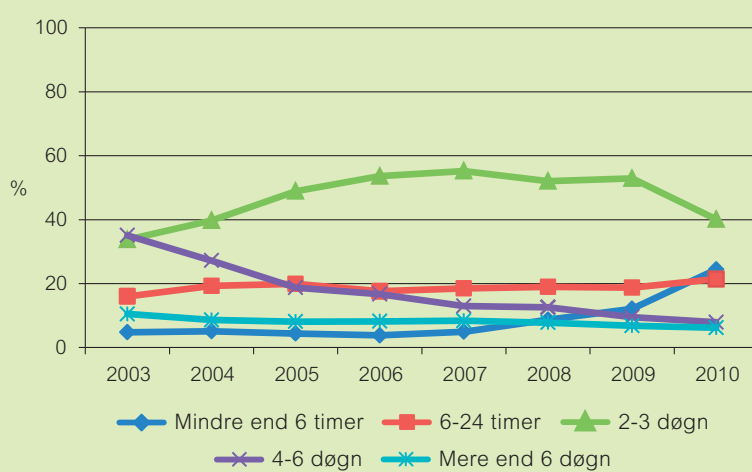
Af figur 3.1.6 ses det, at størstedelen af børnene i rapporten blev udskrevet inden for to til tre dage efter fødslen.

Figur 3.1.7 viser udviklingen i indlæggelseslængde i fra 2003 til 2010 i de ti kommuner i Region Hovedstaden, der indgår i Databasen Børns Sundhed i perioden. Overordnet er der i løbet af perioden 2003 til 2010 sket en forskydning i indlæggelseslængden, således at mor og barn udskrives stadig tidligere fra fødestedet. Andelen af mødre og børn udskrevet inden for seks timer steg markant fra 2009 til 2010, fra 14,3 % i 2009 til 23,6 % i 2010. Fra 2009 til 2010 er andelen, der er udskrevet efter 24 timer steget lidt, mens andelen af børn, der er udskrevet senere end 24 timer er faldet. Andelen, der er indlagt seks dage eller mere er stort set konstant i perioden 2003-2010. Denne gruppe indeholder sandsynligvis en del for tidligt fødte børn og børn, hvor der har været svære komplikationer i forbindelse med fødslen.

Figur 3.1. Procentvis fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen

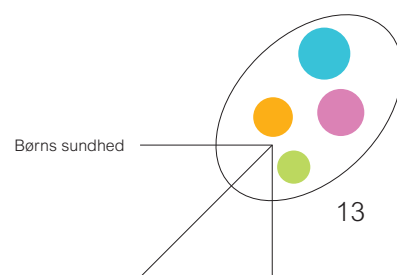


Figur 3.1. Procentvis fordeling af børn efter indlæggelseslængde i forbindelse med fødslen i periode 3 1



*Oplysninger om indlæggelseslængde er ikke registreret i 2002

”
 Andelen af mødre og børn udskrevet inden for seks timer steg markant fra 2009 til 2010
 ”





Gestationsalder og fødselsvægt

Gestationsalder er fosterets aktuelle alder, som bestemmes ved ultralydsscanning eller på baggrund af sidste menstruations første dag. De fleste børn fødes med en gestationsalder mellem 37 og 42 uger. For tidlig fødsel defineres som fødsel ved gestationsalder < 37 uger. Børn, der fødes for tidligt, er ofte ikke udviklingsmæssigt parate til livet uden for livmoderen, og for tidlig fødsel anses som den førende årsag til dødelighed i neonatalperioden, som dækker over de første 28 dage af barnets liv (Wilcox 2010, Grane & Grytter 2010). Blandt de børn, der overlever for tidlig fødsel, er der en øget risiko for en række udviklingsforstyrrelser, herunder epilepsi og autisme. Risikoen for udviklingsproblemer stiger, desto tidligere barnet er født. Hvorvidt den forøgede risiko skyldes præterm fødsel i sig selv eller eventuelle bagvedliggende faktorer, der har udløst præterm fødsel, er endnu uafklaret (Wilcox 2010).

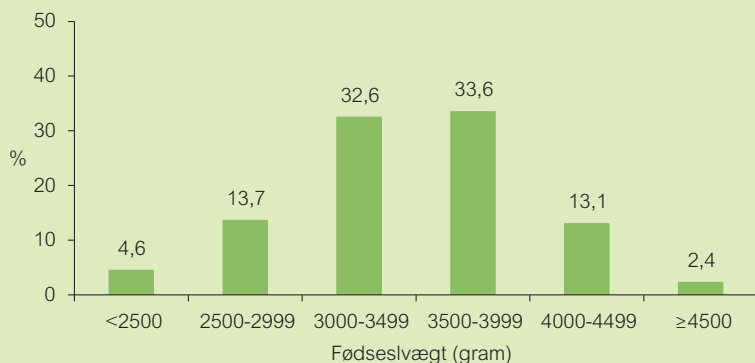
I 2011 blev 6,5 % af alle levendefødte børn i Danmark født for tidligt (< uge 37). Blandt børnene i rapporten er hovedparten (93,8 %) født i uge 37-44, mens 6,3 % af børnene er født for tidligt

(<37 uge). Ud af de børn der er født for tidligt, er 0,3 % født i uge 20-28 (ekstremt for tidligt), 0,9 % er født i uge 29-32 (meget for tidligt) og 5,1 % er født i uge 33-36 (for tidlig). Forekomsten af for tidlig fødsel blandt børnene i rapporten er således i god overensstemmelse med landsgennemsnittet.

Lav fødselsvægt er ligesom for tidlig fødsel stærkt forbundet med dødelighed i neonatalperioden og en vigtig prædikator for barnets sundhed og udvikling på længere sigt. Lav fødselsvægt defineres ved fødselsvægt under 2500 gram. Lav fødselsvægt er fundet forbundet med barnets neurologiske udvikling og anses som en stærk risikofaktor for mentale handicap (Wilcox 2010). Lav fødselsvægt er desuden forbundet med øget dødelighed og kardiovaskulære sygdomme i voksenlivet (Risnes et al. 2010).

I 2010 var den gennemsnitlige fødselsvægt for alle levendefødte børn i Danmark 3469 gram. Andelen af børn født med lav fødselsvægt (<2500 gram) udgjorde 5,1 % (Sundhedsstyrelsen 2008). Den gennemsnitlige fødselsvægt for børnene i rapporten var 3457 gram (variation: 800-5900 gram). Af figur 3.1.8 ses, at 4,6 % af børnene havde en fødselsvægt under 2500 gram. Forekomsten af lav fødselsvægt er således en smule lavere blandt børnene i denne rapport, sammenlignet med forekomsten på landsplan.

Figur 3.1. Procentvis fordeling af børn efter fødselsvægt





Børn, der ved fødslen ikke har opnået den forventede vægt i forhold til gestationsalder, omtales som small for gestational age (SGA). Børn født som SGA har en øget risiko for neonatal dødelighed, samt øget risiko for kardiovaskulære sygdomme, insulinresistens og type 2 diabetes (Bie 2010). Ydermere tyder forskning på, at børn født som SGA har en øget risiko for lavere IQ, ringere skolepræstationer og større forekomst af indlæringsvanskeligheder sammenlignet med børn født som ikke-SGA (Bie, 2010). SGA defineres ofte som fødselsvægt under den tiende percentil for en given gestationsalder. At være født som SGA kan således have en væsentlig betydning for barnets sundhed og udvikling; forekomsten af børn født SGA rapporteres imidlertid ikke i denne rapport.

Apgarscore

Apgarscore er et mål for barnets tilstand lige efter fødslen. Barnets tilstand vurderes ét, fem og ti minutter efter fødslen af en jordmoder eller børnelæge, som tildeler barnet fra nul til to point på fem områder (vejrtrækning, hudfarve, hjerteslag, reflekser og muskelspændinger). Således kan barnet score fra nul til ti i apgarscore. En apgarscore under syv efter fem minutter er som regel tegn på iltmangel under fødslen. Langt de fleste børn med en lav apgarscore klarer sig efterfølgende på lige fod med andre børn (Sundhedsstyrelsen 2008). Børn med en lav apgarscore har dog en forøget risiko for spædbarnsdødelighed og neurologiske skader, herunder cerebral parese, epilepsi og kognitive vanskeligheder senere i livet (Casey 2001, Thorngren-Jerneck 2001, Ehrenstein 2009, Ehrenstein & Pedersen 2009, Stuart 2011, Jiong 2011).

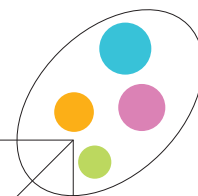
Oplysninger om apgarscore er hentet fra fødselsanmeldelsen, der udfyldes af jordmoderen i

forbindelse med fødslen. Blandt de 4050 børn i rapporten med oplysninger om apgarscore, scorede 0,7 % et til seks point, 5,3 % scorede syv til ni point og 94,0 % scorede ti point fem minutter efter fødslen.

Handicap og misdannelser ved fødslen

Der er meget lidt viden om, hvordan børn med handicap trives, og hvilke udfordringer familier med handicappede børn oplever i hverdagen. At få et handicappet barn er ressourcekrævende, og forældre til børn med handicap står overfor mange flere udfordringer end forældre til børn uden handicap. Derfor er det vigtigt, at familierne får tilstrækkelig information om deres muligheder for at få støtte fra det offentlige hjælpesystem samt viden om hvilken støtte indenfor sundheds-, undervisnings- og sociale sektorer, deres barn kan have gavn af (Michelsen et al. 2010). Børne-sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (Johansen et al. 2009) viste, at handicappede børn oftere var syge og havde symptomer som fx mavepine, hovedpine mv., oftere var overvægtige, samt at lidt færre børn dyrkede sport, sammenlignet med børn uden handicap. Blandt børnene i de elleve kommuner i Region Hovedstaden, født i 2010 er 4,0 % af børnene født med misdannelser eller handicap. I 43,7 % af journalerne er information om medfødte misdannelser eller handicap ikke oplyst. Handicap omfatter anomalier, der forventes at give barnet tab eller begrænsninger i mulighederne for at deltage på lige fod med andre. Det er imidlertid ikke registreret, hvilke handicap og misdannelser det drejer sig om. Således omfatter de registrerede handicap og misdannelser både små og vidtgående handicap og misdannelser.

”
Der er meget lidt viden om, hvordan børn med handicap trives, og hvilke udfordringer familier med handicappede børn oplever i hverdagen
”





3.2 Forhold i familien og hjemmet

Forældres uddannelse og erhvervsstatus

Allerede ved fødselen ses store sociale forskelle i de livsbetingelser børn fødes med. Blandt andet ses sociale forskelle i spædbarnsdødelighed, fødselsvægt og for tidlig fødsel. Børn af de socialt dårligst stillede kvinder har en højere risiko end børn af de bedst stillede kvinder. Forældrenes socioøkonomiske position ved fødslen spiller derfor en væsentlig rolle for barnets sundhed og udvikling (Wadsworth & Butterworth 2006, Jørgensen & Andersen 2007).

Uddannelsesniveau og erhvervsstatus anvendes her som indikatorer for forældrenes socioøkonomiske position. Sundhedsplejersken registrerer oplysninger om forældrenes skolegang og aktuelle erhvervsstatus omkring fødselstidspunktet. Andelen af børn født af mødre med højest ti års uddannelse udgjorde 12,8 %, mens 12,2 % af børnene havde fædre med maksimalt ti års uddannelse. Ved fødselstidspunktet var 23,5 % af mødrene uden erhvervstilknytning, mens 8,5 % af fædrene var uden arbejde. Tallene er usikre fordi mange journaler mangler oplysninger om forældrenes uddannelse og erhvervsstatus.



Familietype

Familien spiller en afgørende rolle for børns sundhed og sygelighed (Christensen et al. 2001, Nielsen et al. 1998). Størstedelen af danske børn bor sammen med begge forældre, men en mindre andel bor i sammenbragte familier eller sammen med mor eller far. Enlige forældre har ofte en mere belastet dagligdag, idet de generelt har dårlige levevilkår og færre ressourcer end samlevende og gifte forældre (Johansen et al. 2009, Bauman et al. 2006). Disse forhold kan påvirke børnenes sundhed og trivsel; blandt andet benytter enlige forældre i mindre grad de forebyggende helbredsundersøgelser hos praktiserende læge i løbet af barnets første leveår (Bauman et al. 2006, Søndergaard et al. 2008).

Sundhedsplejersken registrerer, om barnet bor sammen med begge forældre, i en sammenbragt familie eller med en enlig forælder. Omkring fødselstidspunktet boede størstedelen (95,0 %) af børnene med både mor og far, mens 1,5 % boede i en sammenbragt familie og 3,5 % boede med den ene forælder uden ny partner.

Nedsats omsorgsevne pga. alkohol eller andet misbrug

Alkoholmisbrug i hjemmet har alvorlige konsekvenser for barnet både på kort og længere sigt. Alkoholmisbrug i hjemmet medfører en øget risikoen for vold i hjemmet, familieopløsning, anbringelse uden for hjemmet, indlæggelse for børnemishandling eller omsorgssvigt, dødsfald samt narkomani, voldskriminalitet, teenage-moderskab og langtidsarbejdsløshed i ungdom og voksenlivet (Christoffersen et al. 2004). Ifølge Sundhedsstyrelsen skønnes cirka 122.000 børn mellem 0-18 år at vokse op i familier med alkoholproblemer (Sundhedsstyrelsen 2009).



Sundhedsplejersken vurderer, om forældrenes omsorgsevne er nedsat på grund af alkohol eller andet misbrug. I alt er 11 mødre (0,3 %) og 24 fædre (0,6 %) registreret til at have nedsat omsorgsevne på grund af alkohol og/eller andet misbrug. Syv børn har både en mor og en far med nedsat omsorgsevne på grund af misbrug.

Sygdom og handicap i familien

Sygdom og handicap i familien påvirker forældrenes overskud til at være forældre og kan samtidig have betydning for forældrenes muligheder erhvervsmæssigt og økonomisk (Johansen et al. 2009, Nielsen et al. 2001). Familier, der er ramt af sygdom eller handicap, kan opleve vanskeligheder i forhold til, at opfylde barnets behov for stimulation, omsorg og tryghed. Sygdom og handicap i familien kan derfor have stor betydning for barnet trivsel og udvikling (Nielsen et al. 1998). Der er dog stor forskel på betydningen af kronisk sygdom/handicap i familien afhængigt af sygdommen/handicappets karakter (Nielsen et al. 1998).

Sundhedsplejersken har noteret sygdom eller handicap blandt 16,1 % af mødre og 10,8 % af fædre. Hos 3,7 % af børnene var begge forældre registreret som havende en sygdom eller et handicap. Det er ikke angivet hvilken sygdom eller handicap, der er tale om. Det drejer sig således formentlig om et bredt udsnit af alvorlige og mindre alvorlige fysiske og psykiske lidelser.

Sundhedsplejersken registrerer desuden forekomsten af familiær allergi. Familiær disposition for allergi er forbundet med en øget risiko for at udvikle allergisk sygdom, særligt hvis både mor og far eller søskende har eller har haft allergisk sygdom (Halken & Backer 2005). Blandt børnene i rapporten er 33,3 % familiært disponeret, idet

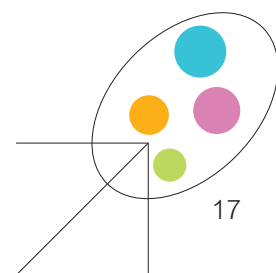
mor, far og/eller søskende har diagnosticeret allergi. Yderligere 5,3 % af børnene har en mor/far/søster/bror med allergiske symptomer, der ikke er lægediagnosticeret.

Socialt netværk i familien

Et godt socialt netværk har beskyttende betydning for børns helbred (Johansen et al. 2007, Due et al. 2011). Sundhedsplejerskerne registrerer den del af familiernes sociale netværk, der støtter og hjælper forældrene i forhold til barnet. I denne rapport har 89,4 % af familierne støtte fra bedsteforældre, 75,5 % har støtte fra anden familie, 71,0 % har støtte fra venner og 6,4 % har støtte fra andre. Andelen af familier uden støtte fra det sociale netværk er ifølge journalerne 0,8 %.

Rygning i hjemmet

Passiv rygning har mange skadelige effekter på børns sundhed og bør derfor undgås (Treyster & Gitterman 2011). Andelen af spædbørn i der ifølge sundhedsplejerskejournalerne var udsat for passiv rygning i hjemmet, udgør 16,1 %. (Se afsnit 5.5).





3.3 Trivsel og udvikling

Forældretilknytning

Et spædbarns overlevelse og trivsel afhænger af, at forældrene eller andre omsorgspersoner varetager barnet fysiske og psykiske behov. Forældrenes evne til at opfange og handle på barnet signaler, spillet mellem forældre og barn og den tilknytning, der opbygges, er derfor essentiel for barnets fysiske, psykiske og sociale udvikling (Sundhedsstyrelsen 2011, Richter 2004). Et dansk studie, der baseres på sundhedsplejerskers journaldata, fandt, at forstyrrelser i forældre-barn interaktionen ved nul til timåneders alderen, prædikterer psykiske lidelser hos barnet ved halvandetårs alderen (Skovgaard 2010, Skovgaard et al. 2008), ved femårs alderen (Skovgaard 2010), og ved skolestart (Elberling et al. 2010). Blandt 4,9 % af børnene i rapporten vurderede sundhedsplejersken, at der i otte til timåneders alderen var forhold i forbindelse med forældre-barn kontakten, der var grund til at være opmærksomme på eller urolig i forhold til. Disse forhold omfatter pasning og pleje af barnet, afpasning af aktiviteter efter barnets behov, forståelse og handling på henholdsvis barnets

og søskendes signaler og følelsesmæssige behov. Barnets signaler, reaktioner og kommunikation kan give en indikation af, om barnet trives og udvikler sig som forventet (Skovgaard 2010). Manglende signaler og reaktioner kan indikere, at barnet mistrives (Gullestrup & Terp 2008) eller det kan være tegn på, at barnet lider af en udviklingsforstyrrelse (Skovgaard 2010). I otte til timåneders alderen var der 8,5 % af børnene i rapporten, hvor sundhedsplejersken vurderede, at der var grund til at være opmærksom på eller urolig i forhold til barnets reaktioner og signaler. De signaler og reaktioner sundhedsplejersken er opmærksom på, omfatter døgnrytme, søvn, uro/gråd, pirrelighed, tristhed, samt differentiering mellem forældre og andre personer.

Kontakten mellem barn og forældre er med til at udvikle barnets evne til at kommunikere og indgå i relationer (Sigmundsson & Haga 2007). For 2,4 % af børnene i rapporten vurderede sundhedsplejersken, at barnet i otte til timåneders alderen ikke havde en alderssvarende kommunikation, det vil sige pludrer i sproglige stavelser ("da-da", "ma-ma"), forsøger at efterligne enkelte ord og reagerer på sproglig kontakt.





Motorisk udvikling

Barnets motoriske færdigheder danner grundlag for dets bevægelsesmuligheder og er derfor afgørende for barnets interaktion med omverdenen. Evnen til at bevæge sig påvirker udviklingen af andre egenskaber, herunder kognitive, følelsesmæssige og sociale færdigheder (Sigmundsson & Haga 2007, Haywood 2001, Payne & Isacs 2011).

Ved otte til timåneders alderen vurderer sundhedsplejersken barnets motoriske udvikling på baggrund af, om barnet holder hovedet i midtlinjen, løfter hoved og skuldre i maveleje, støtter på strakte arme i maveleje, triller fra mave til ryg, trækker sig op i armene til siddende stilling, triller fra ryg til mave, støtter på flad fod, sidder sikkert selv, lægger an til at kravle, lægger an til at rejse sig ved støtte (Holle 1996). Blandt de børn i rapporten, der har information om den motoriske undersøgelse, havde 25,6 % ikke en alderssvarende motorisk udvikling. Lidt flere piger (27,7 %) end drenge (23,7 %) havde ikke en alderssvarende motorik.

At koordinere kroppens bevægelser i forhold til det man ser, er afgørende for den motoriske funktion. Sundhedsplejersken vurderer barnets øje/hånd koordination på baggrund af, om barnet putter hånden i munden, om barnet ser hånden, om barnet griber ud efter ting og hvorvidt barnet slipper ting og laver pincetgreb. 8,3 % af børnene i otte til timåneders alderen, havde ikke en alderssvarende øje/hånd koordination. Flere drenge (9,6 %) end piger (7,0 %) havde problemer med øje/hånd-koordination.

Amning

Amning har positive virkninger for både spædbarn og moderen. 61,3 % af børnene blev ammet fuldt ved firemåneders alderen. (Se afsnit 5.1).

Vægtudvikling

I Danmark er overvægt og svær overvægt blandt børn et folkesundhedsproblem, der har taget til gennem de seneste halvtreds år (Due et al. 2007), og den samme tendens ses internationalt (Branca et al. 2007). Overvægt og svær overvægt blandt børn har store konsekvenser – både fysiske og psykosociale (Branca et al. 2007) såsom negativ kropsopfattelse, mobning, påvirkning af sociale relationer, påvirkning af selvværd og sundhedsadfærd. Der findes flere studier af overvægt blandt danske børn, især skolebørn (Petersen et al. 2002, Pearson et al. 2005, Rokholm et al. 2011, Due et al. 2007). De seneste opgørelser af vægt- og højdedata for københavnske skolebørn i indskolingsalderen (fem til otteår) er fra 2007-2008. Her var der blandt piger 15,9 % overvægtige og 3,7 % svært overvægtige og blandt drenge 11,6 % overvægtige og 2,6 % svært overvægtige (Pearson et al. 2010). Udviklingen i perioden 2002-2008 blandt de københavnske skolebørn viser, at forekomsten af overvægt og svær overvægt ikke er fortsat med at stige, men har jævnet sig ud (Pearson et al. 2010). Den samme tendens er også set andre steder i verden (Rokholm et al. 2011).

Mens der er flere studier af overvægt blandt børn og unge i skolealderen, er overvægt blandt spædbørn og børn i førskolealderen mindre undersøgt (Wang & Lobstein 2006, Cattaneo et al. 2010), og der er kun få undersøgelser fra Danmark (Aarup et al. 2008, Larsen et al. 2012).

Blandt seks til ti måneder gamle børn er 15,2 % i risiko for overvægt, 3,9 % er overvægtige og 0,4 % er svært overvægtige. Samlet set er andelen af børn, der er henholdsvis i risiko for overvægt, overvægtige eller svært overvægtige i spædbarnsalderen 20,5 %.



Børns og unges undersøgt sociale ret

Sanne Ellegaard Jørgensen, Maria Svendsen
Signe Boe Rayce og Bjørn Holstein



Dette afsnit omhandler 4791 børn, der i skoleåret 2011/12 gennemgik indskolingsundersøgelsen. Størstedelen (83,2 %) af børnene gik i nulte klasse da de blev indskolingsundersøgt. Gennemsnitsalder ved indskolingsundersøgelsen var 6,6 år. Populationen består af 51,2 % drenge og 48,8 % piger. Blandt de børn med information fra spædbarnsjournalen har 12,6 % en mor med indvandrerbaggrund og 11,6 % har en far med indvandrerbaggrund. Størstedelen af børnene går i fritidsordning (94,7 %).

4.1 Forhold i familien og hjemmet

Forældres erhvervsstatus

Børns sundhed og udvikling påvirkes som nævnt af forældrenes sociale position allerede fra livets begyndelse. Den sociale ulighed i sundhed blandt børn i skolealderen, ses blandt andet ved en øget forekomst af overvægt, langvarig sygdom, tilskadekomst og symptomer, ringe selv vurderet helbred, dårlig funktionsevne, lavere trivsel og et højere forbrug af lægemidler blandt børn fra de mindst privilegerede familier (Holstein et al. 2007). Ydermere ses en betydelig ulighed i risikoadfærd, således at børn og unge fra lavere socialgrupper i højere grad ryger, er fysisk inaktive og har et lavt indtag af frugt og grønt sammenlignet med børn og unge fra højere socialgrupper (Johansen et al. 2007).

Forældrenes erhvervsstatus anvendes som en indikator for familiens socioøkonomiske position. Blandt de børn, vi har information om, var 18,3 % af mødrene og 7,2 % af fædrene uden aktuel erhvervstilknytning ved indskolingsalderen. Tallene er usikre, fordi der mangler information herom i mange af journalerne.

Familietype

Sammenlignet med børn der bor i hjem med to forældre, har børn, der bor med enlige forældre, en øget risiko for at rapportere forskellige fysiske og psykiske symptomer, opleve lav livstilfredshed, være overvægtige, ikke at spise morgenmad og for at være udsat for passiv rygning (Johansen et al. 2009, Carlsund et al. 2012).

Størstedelen (79,9 %) af de indskolede børn bor samme med begge forældre, mens 10,4 % bor på skift ved mor og far. Andelen af børn der udelukkende bor med deres mor eller far udgør 9,7 %; de 9,0 % bor med deres mor.

Sygdom og handicap i familien

Som beskrevet i afsnit 3.2 om de nul til etårige børn, kan sygdom og handicap i familien have stor indflydelse på barnets trivsel. Sundhedsplejersken registrerer i journalen, om der er fysiske eller psykiske sygdomme eller handicap i familien. Blandt indskolingsbørnene i rapporten har 15,0 % en mor, der lider af en sygdom eller et handicap, og 10,4 % har en far med en sygdom eller et handicap. Ydermere er der 7,2 %, der har søskende med sygdom eller handicap.

Ryging i hjemmet

Som beskrevet i afsnittet om de nul til etårige børn kan passiv rygning have mange skadelige effekter på børns sundhed (Treyster & Gitterman 2011). Ved indskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet bor sammen med personer, der ryger. Andelen af indskolingsbørnene i rapporten, der bor sammen med personer, som ryger udgør 23,8 %.





4.2 Trivsel og udvikling

Selvvurderet trivsel

Livsglæde er en væsentlig dimension i børns sundhed (Nielsen et al. 1998). Ved indskolingsundersøgelsen vurderer barnet sin egen trivsel ved at pege på ansigter med forskellige sindstemninger (*meget glad, glad, midt imellem og ikke glad*). Sundhedsplejersken beder barnet svare på et udsagn omhandlende hans/hendes generelle trivsel 'Sådan har jeg det for det meste' og et udsagn omhandlende skoletrivsel 'Sådan har jeg det for det meste i skolen'. Børn der angiver, at de for det meste er *midt i mellem eller ikke glad*, betegnes her som havende dårlig trivsel. I figur 4.2.1 ses forekomsten af dårlig generel trivsel og dårlig skoletrivsel blandt drenge og piger i rapporten. Forekomsten af dårlige generel trivsel og dårlig skoletrivsel er lidt større blandt drenge.

Sociale kompetencer (SDQ)

Men børn skal ikke blot være glade, de skal også udvikle sig og lære at fungere i en social sammenhæng.

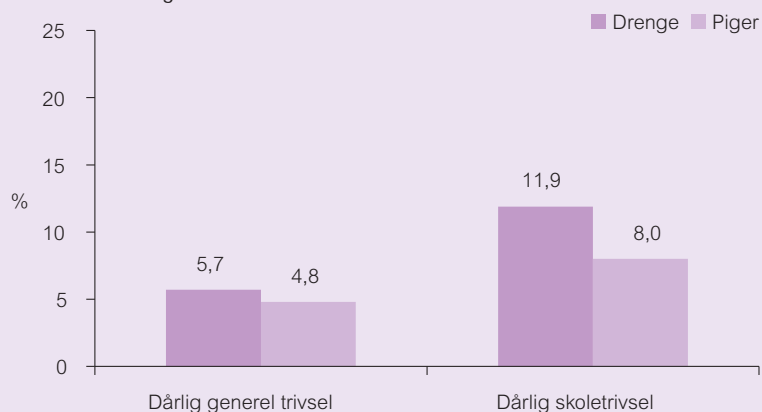
I forbindelse med indskolingsundersøgelsen bliver forældrene bedt om at vurdere fem udsagn om deres barns forhold til jævnaldrende i de seneste seks måneder: (boks 4).

Udsagnene stammer fra det internationalt anvendte spørgeskema *The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* (Obel et al. 2003). De fem udsagn udgør underskalaen *Problemer i*

forholdet til jævnaldrende (Peer Problems Scale). Forældrene har besvaret udsagnene med *passer ikke, passer delvist eller passer godt*. På baggrund af de fem udsagn beregnes en samlet score, der danner grundlag for kategoriseringen: *Ingen problemer i forholdet til jævnaldrende, i grænseområdet for problemer i forholdet til jævnaldrende og tegn på problemer i forholdet til jævnaldrende*.

De fleste børn i de ti kommuner i Region Hovedstaden, har et godt samspil med deres omgivelser, idet 91,5 % af børnene ikke har nogle tegn på problemer i forholdet til jævnaldrende, 4,2 % er i grænseområdet og 4,3 % har tegn på problemer i forholdet til jævnaldrende.

Figur 4. .1 Forekomst af dårlige generel trivsel og dårlig skoletrivsel blandt indskolingsbørn



Boks 4: Udsagn om problemer i forhold til jævnaldrende (SDQ)

- Er lidt af en enspænder.
- Har mindst én god ven.
- Er generelt vellidt af andre børn.
- Bliver mobbet eller drillet af andre børn.
- Kommer bedre ud af det voksne end andre børn.

” Men børn skal ikke blot være glade, de skal også udvikle sig og lære at fungere i en social sammenhæng ”





Undervægt, overvægt og svær overvægt

Det forudgående afsnit om nul til etårige børn giver kort den folkesundhedsvidenskabelige begrundelse for at overvægt er et problem. Ved indskolingsundersøgelsen var 15,9 % af børnene overvægtige og 4,5 % var svært overvægtige. Således var forekomsten af overvægt inklusiv svær overvægt 20,4 %.

Bemærkninger til barnets øvrige trivsel og udvikling

Ud over de forhold og indikatorer der tidligere er bekræftet i denne rapport, kan sundhedsplejersken på baggrund af observationer af og kontakt til barnet registrere bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel i følgende kategorier: trist, urolig/ukoncentreret, manglende øjenkontakt, kontaktsøgende, stille, hygiejne eller andet. I 14,3 % af journalerne er der bemærkninger til barnets øvrige trivsel og udvikling.



4.3 Sundhed, sygelighed og medicinforbrug

Allergi og eksem

Allergiske lidelser, herunder astma, høfeber, fødevareoverfølsomhed og børneeksem er generende sygdomme, der kan påvirke barnets livskvalitet (Johansen et al. 2009). Forekomsten af allergiske lidelser, har været stigende gennem de seneste årtier (Hansen et al. 2005). I vores datasæt har 11,1 % af indskolingsbørnene diagnosticeret allergi, menes 13,7 % har diagnosticeret eksem.

Sygdom og handicap

At have et handicap er ressourcekrævende, og børn med handicap står overfor mange flere udfordringer end børn uden handicap (Michelsen et al. 2010). I journalen registreres om barnet har handicap eller sygdomme, men det registreres ikke, hvilke sygdomme eller handicap, der er tale om. I alt 8,2 % af børnene har sygdom eller handicap i indskolingsalderen.

Regelmæssigt medicinforbrug

Det kan være godt at bruge medicin, når der er en klar indikation for det, men al medicin har bivirkninger, og det er vigtigt at monitorere forbruget. I journalen registrerer sundhedsplejersken, om barnet regelmæssigt får medicin, men det registreres ikke hvilken medicin der er tale om. I denne rapport har 6,7 % af indskolingsbørnene et regelmæssigt medicinforbrug.

Motorisk udvikling

Som beskrevet i afsnit 3.3 er motorisk udvikling vigtig for barnes øvrige udvikling. Sundhedsplejersken har skrevet bemærkninger om bekymrende motorisk udvikling for 33,2 % af indskolingsbørnene. (Se afsnit 5.4).



Syn og hørelse

Nedsat syn og hørelse er ikke blot en belastning for den almene trivsel, men kan også begrænse læring og udbytte af skolegangen. Derfor er det vigtigt, at nedsat syn og hørelse bliver opdaget, og at børnene får den nødvendige hjælp til at kompensere for nedsættelsen. Sundhedsplejersken udfører ved indskoling en undersøgelse af barnets syn med henblik på at opspore nedsat syn hos skolebarnet. Undersøgelsen foretages ved hjælp af en synstavle, som barnet skal læse/tolke på seks meters afstand. Synstesten angives som en brøk med afstanden til tavlen i tælleren og nummeret på den læste linje i nævneren. For større skolebørn vurderes en synsstyrke er 6/6 som værende normal, mens en synsstyrke på 6/9 anses for tilfredsstillende i nulte klasse og første klasse (Sundhedsstyrelsen, 2011). Af de børn i rapporten med information fra synsundersøgelsen, har 11,1 % nedsat synsstyrke.

Sundhedsplejersken gennemfører ved indskoling ligeledes en høreundersøgelse, hvor barnets høretærskel for enkelte toner bestemmes med et audiometer. Høretærsklen er den svageste lyd, barnet lige netop kan opfatte. Hvis barnet kan høre alle frekvenser på 20 dB, eller blot har spredte dyk til 30 dB i det lavere frekvensområdet (250+500hz), har barnet en normal hørelse (Sundhedsstyrelsen, 2011). I alt havde 23,6 % af børnene i rapporten problemer i forhold til deres hørelse.

4.4 Sundhedsadfærd

Fysisk aktivitet

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn og unge mellem fem og 17 år er fysisk aktive mindst 60 minutter om dagen. Fysisk aktivitet er forbundet med øget generel trivsel, både blandt børn

og voksne (Breslin, 2012; Biddle, 2011). Hos børn reducerer fysisk aktivitet kardiovaskulære risikofaktorer, herunder overvægt (Pedersen & Andersen 2011). Desuden videreføres vaner der grundlægges i barndommen ofte ind i voksenlivet, hvor fysisk aktivitet har en forebyggende effekt i forhold livsstilssygdomme som type 2 diabetes, knogleskørhed, hjerte-kar-sygdomme og visse kræftformer (Pedersen & Andersen 2011).

Blandt indskolingsbørnene i rapporten var 4,4 % af drengene fysisk aktive mindre end en time dagligt, mens dette gjaldt 5,8 % af pigerne.

Mad- og måltidsvaner

Gode måltidsvaner giver bedre muligheder for en sund kost end uregelmæssige måltidsvaner, og gode måltidsvaner er en god ramme for familiens sociale liv. Sundhedsplejersken vurderer på baggrund af indskolings samtalen med forældrene om barnets har sunde og hensigtsmæssige mad- og måltidsvaner. Dette vurderes i forhold til: morgenmad, frokost, mellemmåltider, sukker/slik, søde drikke, frugt/grønt, mælk, tid til at spise på skolen samt andet. Sundhedsplejersken ser blandt andet på om mellemmåltider skønnes at tage appetitten fra de øvrige måltider, og om barnet spiser frugt og grønt svarende til anbefalingerne. Sundhedsplejersken havde bekymringer i forhold til mad- og måltidsvaner hos hvert femte barn i rapporten.





5.1 Amning

Signe Boe Rayce, Anne Maj Denbæk, Carina Sjöberg Brixval, Sanne Ellegaard Jørgensen og Bjørn Holstein

Amning har en positiv indflydelse på både barn og mors helbred. World Health Organization (WHO) og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn ammes fuldt de første seks måneder af deres liv (Nilsson et al. 2009). Fravalg af amning udgør dog ikke nogen stor sundhedsrisiko for mor og barn i Danmark. Den officielle udmelding fra Sundhedsstyrelsen er således, at beslutningen om at amme skal være et frit valg, der træffes på et informeret grundlag (Nilsson et al. 2009). At amme sit barn er naturligt, men påvirkes også af kulturelle forhold og den sociale kontekst, kvinden er en del af. Samfundets traditioner, værdier og normer har dermed en væsentlig indflydelse på, hvorvidt børn bliver ammet (Nilsson et al. 2009).

Helbredsmæssige aspekter af amning

Amning har en positiv effekt på en lang række helbredsmæssige forhold hos både mor og barn (Ip et al. 2009; Nilsson et al. 2009). Hos barnet gør dette sig gældende under ammeperioden, men forskning viser også, at der er helbredsmæssige effekter længere ind i livet. Disse omfatter blandt andet ernæringsmæssige, immunologiske, udviklingsmæssige og psykologiske fordele. Amning kan have en beskyttende effekt mod udvikling af overvægt og fedme (Horta et al. 2007, Schack-Nielsen & Michaelsen 2007), for immunsystemet og dermed mod infektioner (Duijts et al. 2009, Schack-Nielsen & Michaelsen 2007a), mod udvikling af astma og visse typer af allergi (Schack-Nielsen & Michaelsen 2007b), mod udvikling af leukæmi i barndommen

(Nilsson et al. 2009, Ip et al. 2009), mod udvikling af type 1 diabetes (Ip et al. 2009; Patelarou et al. 2012) samt muligvis også type 2 diabetes (Schack-Nielsen & Michaelsen 2007a, Horta et al. 2007). Endelig er amning muligvis fremmende for barnets kognitive præstation (Nilsson et al. 2009; Mortensen et al. 2002, Schack-Nielsen & Michaelsen 2007, Horta et al. 2007).

For moderen har amning ligeledes gavnlige helbredsmæssige effekter, der rækker længere ind i livet. Amning er forbundet med en lavere risiko for at udvikle cancer i bryst og æggestokke, og der er muligvis en beskyttende effekt i forhold til udviklingen af type 2 diabetes (Ip et al. 2009, Schack-Nielsen & Michaelsen 2007a).

Ernæringsmæssige aspekter og anbefalinger

Modermælk indeholder de næringsstoffer og den væske, som et spædbarn har brug for (Nilsson et al. 2009). Det betyder, at et barn normalt ikke har behov for andet end modermælk. Fysiologisk set





er langt de fleste kvinder i stand til at producere den mælk, deres barn har behov for, men ydre vilkår som travlhed, sygdom og mangel på støtte kan gøre det vanskeligt for kvinden at etablere et vellykket ammeforløb (Nilsson et al. 2009). Lykkes eller ønskes amning ikke, er det dog vigtigt at nævne, at modermælks-erstatning ligeledes indeholder de næringsstoffer, et barn har brug for (Nilsson et al. 2009).

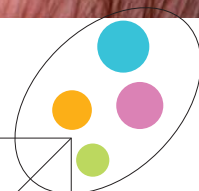
Sundhedsstyrelsen anbefaler i overensstemmelse med WHO, at børn ammes fuldt i de første seks måneder af deres liv. Overgangskost kan dog introduceres i perioden fire til seks måneder, såfremt der er behov for det. I Danmark defineres fuld amning som, at barnet ernæres udelukkende af modermælk efter udskrivelsen fra hospitalet. Dette kan suppleres med vand eller lignende og/eller maksimalt ét måltid med modermælks-erstatning om ugen (Nilsson et al. 2009).

Forhold, der har indflydelse på amning

Der er en lang række af forhold, som har betydning for om en kvinde ammer, og for hvor længe hun fortsætter med at amme sit barn fuldt. Udover biologiske processer i graviditeten og dagene efter fødslen, er amning noget, der skal læres. Her kan specielle teknikker og viden om hvilke forhold, der faciliterer amning hjælpe (Nilsson et al. 2009). Støtte og vejledning fra sundhedspersonale (Britton et al. 2007, Kronborg et al. 2007, Kronborg et al. 2008, Kronborg 2006, Sikorski et al. 2003) kan forlænge ammeperioden. Endelig har fødestedets/barselsgangens praksis betydning for amning. Her kan nævnes, at tilskud af modermælks-erstatning givet uden medicinsk indikation øger risikoen for en kortere ammeperiode (Ekström et al. 2003, Häggkvist et al. 2010).

Særlige forhold knyttet til mor og barn, kan øge risikoen for problemer med amning og tidligt ammeophør. Hos moderen er disse f.eks. efterfødselsreaktioner, brystkirurgi, overvægt, rygning og spiseforstyrrelser (Nilsson et al. 2009). Hos barnet kan særlige forhold såsom læbeganespalte, andre handicap, hjertesygdom, stramt tungebånd og gulsot vanskeliggøre amningen. Desuden mindsker for tidlig fødsel (Flacking et al. 2007) samt kejsersnit (Häggkvist et al. 2010) sandsynligheden for fuld amning ved firemåneders alderen.

Også sociodemografiske faktorer har indflydelse på amning. Studier har fundet, at længden af ammeperioden stiger med moderens alder, samt at en længere uddannelsesmæssig baggrund, høj socioøkonomisk status og sikker tilknytning til arbejdsmarkedet øger sandsynligheden for en længere ammeperiode (Flacking et al. 2007, Foverskov 2000, Kronborg 2006, Lande et al. 2003, Michaelsen et al. 1994).





Ydermere kan familietype have betydning; flere samboende end enlige kvinder ammer i lang tid (Lande et al. 2003). Endelig ammer færre kvinder med anden etnisk baggrund end dansk overordnet og i kortere tid (Jeppesen & Nielsen 1998). Ovenstående betyder, at en social ulighed i forekomsten af amning er forventelig.

Det private sociale netværk spiller en væsentlig rolle, i de beslutninger, der bliver taget om emner relateret til sundhed og sygdom i det daglige; det gælder også amning (Ekstrøm et al. 2003b, Nilsson et al. 2009). Således kan faderens holdning til amning (Foverskov 2000) samt familiemedlemmer og venners erfaringer med og holdning til amning have betydning for om en kvinde vælger at amme og hvor længe (Wagner 2006, Foverskov 2000). Kvindens selvtillid, positive forventninger til at kunne, samt erfaring i relation til amning har ligeledes betydning for ammelængden (Kronborg & Væth 2004, Yström et al. 2008, Laantera et al. 2011). Forudgående intention og viden om amning er ligeledes vigtig for at amning tilvælges og lykkes (Kronborg & Væth 2004, Foverskov 2000, Laantera et al. 2011). Derfor er god information og vejledning

af gravide og nyblevne mødre vigtig for vellykket amning.

Nogle af de forhold, der er blevet beskrevet ovenstående, er svære at påvirke eller kan ikke ændres. Andre forhold er lettere at påvirke. Samlet set er viden om forhold, der faciliterer eller nedsætter sandsynligheden for vellykket amning, vigtig i et sundhedsfremmende perspektiv. Det giver viden om, hvilke målgrupper eller områder, som kan være særligt relevante at rette en indsats mod.

Formål

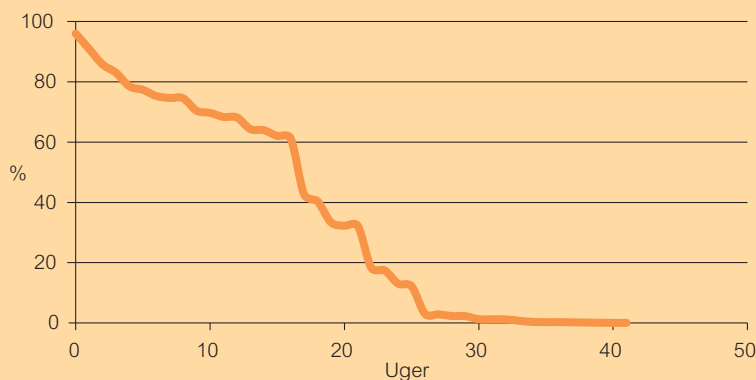
Formålet med det følgende afsnit er at analysere hvilke faktorer, der har betydning for fuld amning blandt børnene i denne rapport.

Resultater

Ammelængde

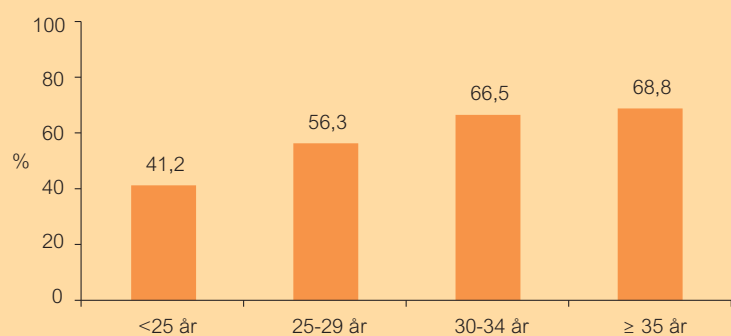
Figur 5.1.1 viser varighed af fuld amning ved firemåneders alderen, blandt børn med information herom. Andelen af børn i rapport, der ammes fuldt ud, når de er fire måneder (17 uger), er 61,3 %. Ved seksmåneders alderen er denne andel faldet til 12,2 %. I rapporten er det valgt at undersøge, hvorledes udvalgte faktorer har betydning for amning, når barnet er fire måneder til trods for at Sundhedsstyrelsens officielle anbefaling er fuld amning i seks måneder. Dette skyldes, at det fra fire måneder kan være hensigtsmæssigt at supplere med skemad frem for flaske, hvis barnet får brug for supplement til modermælken og er parat til overgangskost (Nilsson et al 2009). I de følgende afsnit dækker termen fuldt ammet over børn, der ernæres udelukkende af modermælk (evt. suppleret med vand og max et ugentligt måltid af modermælkserstatning (MME) efter udskrivelsen fra hospitalet og frem til firemåneders alderen.

Figur 5.1.1 a) Længdekurve over varighed af fuld amning

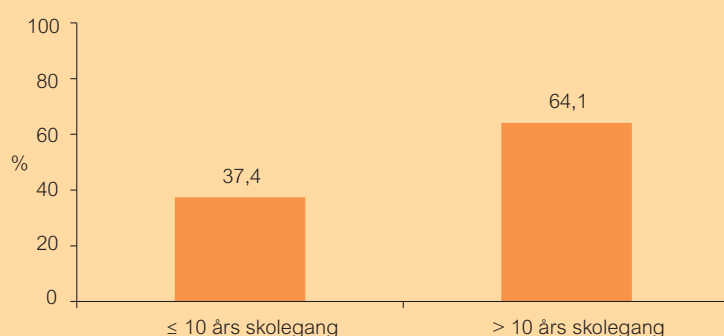




Figur 5.1. Forekomst af fuld amning ved fire måneder neder efter mors alder



Figur 5.1.3 Forekomst af fuld amning ved fire måneder neder efter mors uddannelse



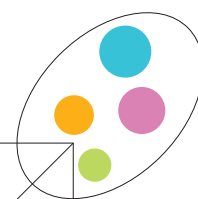
Amning og sociodemografiske faktorer

Figur 5.1.2 - 5.1.6 viser procentandelen af børn, der bliver fuldt ammet, i relation til en række sociale baggrundsfaktorer. Det ses, at andelen af fuldt ammede børn stiger med moderens alder, og hvis mor har højere uddannelse end ti års skolegang, eller hvis far er erhvervsaktiv. Tendensen til en højere andel af fuldt ammede i relation til alder, uddannelsesniveau og erhvervsstatus er den samme uanset, hvilken forælder analysen baseres på (ikke illustreret).

Langt de fleste af børnene bor sammen med begge forældre (95 %), og heraf ammes 61,9 % fuldt ud ved fire måneder. Blandt børn, der bor med en enlig forsørger, er andelen af fuldt ammede kun 46,4 %, mens blot 23,3 % af de børn, der bor med én forælder og dennes nye partner, ammes fuldt.

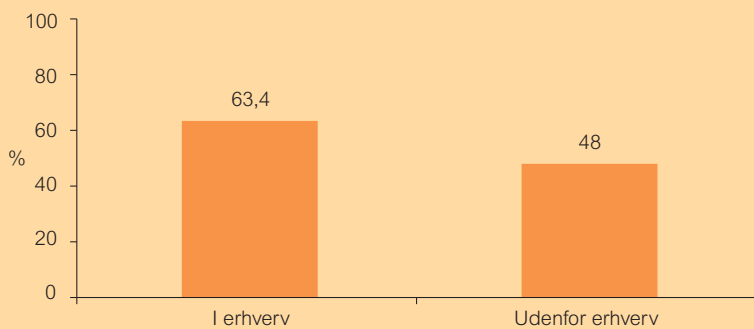
I forhold til indvandrerstatus ses det, at 62,8 % af børnene med dansk baggrund blev ammet fuldt i fire måneder, mens dette gjaldt ca. halvdelen (52,4 %) af de børn, hvor mor er førstegenerationsindvandrer og 47,4 % af børnene af anden- og tredjegerationsindvandrere. Samme tendens ses, hvis faderens indvandrerstatus anvendes i analyserne. En supplerende analyse af samspillet mellem uddannelsesniveau og

indvandrerstatus viser, at blandt mødre med højst ti års skolegang er andelen af fuldt ammede børn 32,1 % blandt mødre med dansk baggrund, 49 % blandt førstegenerationsindvandrere og 36,4 % blandt anden- og tredjegerationsindvandrere (ikke illustreret). Således ses en social ulighed i amning både blandt kvinder med dansk baggrund og blandt anden- og tredjegerationsindvandrere. Dog er den sociale ulighed mest udtalt blandt mødrene med dansk baggrund.

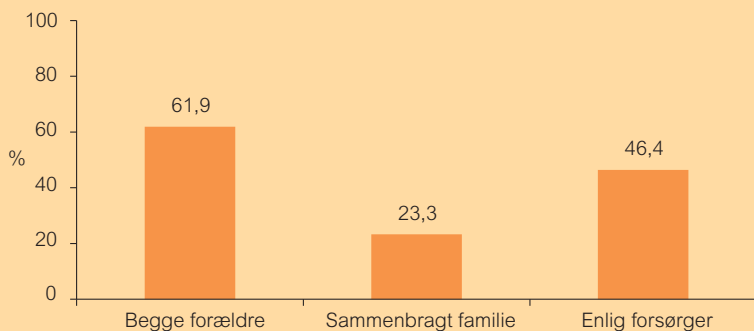




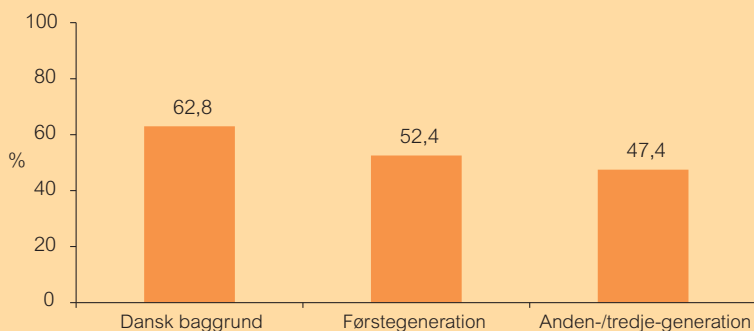
Figur 1.4. Forekomst af fuld amning ved fire måneder efter fars erhvervsstatus



Figur 1.1. Forekomst af fuld amning ved fire måneder efter familietype



Figur 1.1. Forekomst af fuld amning ved fire måneder efter mors indvandrerstatus



I Databasen Børns Sundhed, som denne rapport bygger på, er der ikke data om forældrenes præcise socioøkonomiske position. Supplerende analyser (ikke illustreret) viser en udtalt social ulighed i amning, hvis man kombinerer oplysningerne om fars og mors uddannelse eller fars og mors erhvervstilknytning. Har barnet to forældre med højst ti års skolegang, ammes kun 34,8 % fuldt ved fire måneder. Er begge forældre uden erhvervstilknytning er andelen af fuldt ammede børn 44,6 %. Blandt de børn, der har to forældre med højere uddannelse end ti års skolegang, eller hvor begge har tilknytning til arbejdsmarkedet, ammes derimod ca. 66 % fuldt. Dette tyder på en markant social ulighed i amning.





Risikofaktorer (antal børn, der indgår i analysen)	OR med 95 % sikkerhedsinterval for ikke at amme fuldt ved fire måneder
Mors alder ved fødslen ^a (=3678)	
<25 år	3,15 (2,48-4,00)
25-29 år	1,72 (1,42-2,07)
30-34 år	1,11 (0,93-1,33)
≥35år (reference)	1
Mors indvandrerstatus ^a (=3670)	
Dansk baggrund (reference)	1
Førstegenerationsindvandrer	1,53 (1,23-1,91)
Anden-/tredjegerationsindvandrer	1,87 (1,29-2,71)
Antal forældre med mere end 10 års skolegang ^b (=3670)	
To forældre med mere end 10 års skolegang (reference)	1
En forælder med mere end 10 års skolegang	1,30 (1,10-1,55)
Ingen forældre med mere end 10 års skolegang	2,67 (1,78-4,01)
Antal forældre i erhverv ^c (=3670)	
To forældre i erhverv (reference)	1
En forælder i erhverv	1,09 (0,91-1,32)
Ingen forældre i erhverv	1,27 (0,74-2,19)
Familietype ^d (=3670)	
Begge forældre (reference)	1
Sammenbragt familie	4,76 (2,30-9,84)
Enlig forsørger	1,31 (0,88-1,95)

^a ikke justeret
^b justeret for mors alder, familietype og indvandrerstatus
^c justeret for mors alder, antal forældre med mere end 10 års skolegang, familietype og indvandrerstatus status
^d justeret for mors alder, antal forældre med mere end 10 års skolegang, antal forældre i erhverv og indvandrerstatus

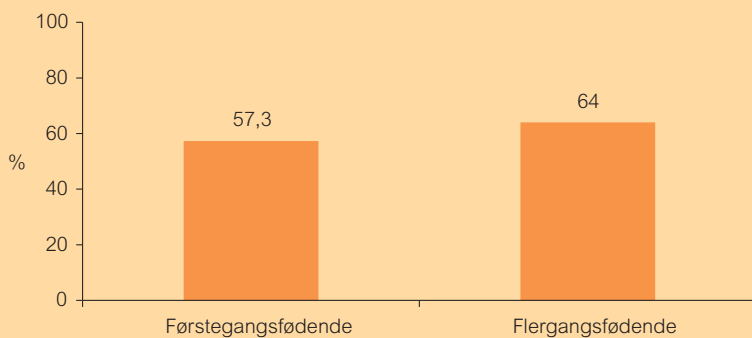
Tabel 5.1.1
 Risiko for ikke at amme fuldt ved fire måneders alderen efter sociodemografiske faktorer. Justerede analyser, risiko målt med odds ratio (OR).

Nogle gange skyldes en sammenhæng mellem en risikofaktor og et udfald (her amning) en forstyrrende indvirkning af en helt tredje faktor. Det kaldes confounding. Man kan i nogen grad gardere sig mod at blive vildledt af confounding gennem statistiske analyser, det man kalder justerede analyser. Tabel 5.1.1 viser de justerede analyser for risikoen for ikke at amme fuldt ved fire måneders alderen målt med odds ratio (OR). 1 er referencekategorien (dvs. den gruppe man

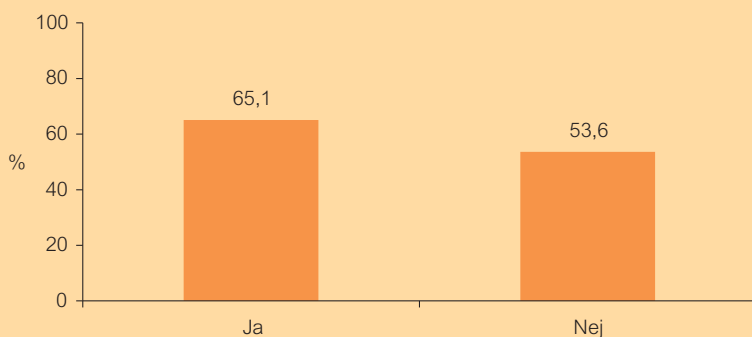
sammenligner med). Hvis OR er højere eller lavere end 1 betyder det, at risikoen er højere eller lavere end denne gruppe. Konkret betyder det, at børnene i en kategori med en OR på 2 har dobbelt så stor risiko (odds) for ikke at blive ammet fuldt som børnene i referencekategorien. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0, er der ikke nogen statistisk sikker forskel fra referencegruppen.



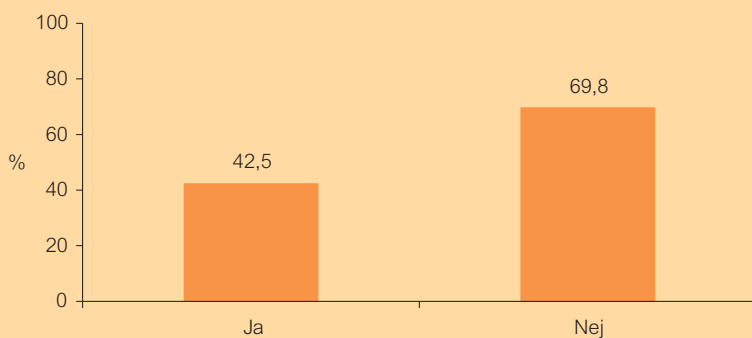
Figur 5.1. Forekomst af fuld amning ved fire måneder efter fødsel hos første- eller flergangsfødende



Figur 5.1. Forekomst af fuld amning ved fire måneder efter fødsel efter mors erfaring og viden om amning



Figur 5.1. Forekomst af fuld amning ved fire måneder efter fødsel ved vanskeligheder ved etablering af amning



De justerede analyser viser, at risikoen for ikke at amme fuldt ved fire måneder er signifikant forhøjet hos de unge mødre, i de familier hvor en eller begge forældre højst har ti års skolegang, og i sammenbragte familier. Der var kun 67 børn i sammenbragte familier. Endelig var der signifikant øget risiko for ikke at amme fuldt, hvis mor var første-, anden- eller tredjengenerationsindvandrer.

Amning og forhold knyttet til mor

Hvor længe et barn ammes, påvirkes som nævnt af en række forhold knyttet til moderen. Figur 5.1.7-5.1.11 viser andelen af børn, der blev ammet fuldt ved fire måneder, opgjort efter nogle af disse forhold.

Størstedelen af børnene havde en mor, der ønskede at amme (96,9 %). Blandt denne andel ammer 63,0 % fuldt ved fire måneder. Blandt de kvinder, der ikke ønskede at amme, var der ingen, som ammede fuldt ved fire måneder, 73,5 % ammede mindre end en uge eller slet ikke, mens 19,4 % kun ammede en eller to uger (ikke illustreret). 52,2 % af børnene blev født af en førstegangsfødende og 34,1 % af en mor uden erfaring og viden om amning. Det ses af figur 5.1.7 at en lavere andel af disse børn blev ammet fuldt, sammenlignet med børn, hvis mor var flergangsfødende, eller havde erfaring og viden om amning. For ca. en tredjedel (33,9 %) af børnene var der problemer ved etablering af amning. Af disse børn lykkedes det alligevel for 42 % at amme fuldt i fire måneder. Blandt de børn, hvor der ikke var vanskeligheder ved etablering af amningen, blev 69,8 % ammet fuldt.

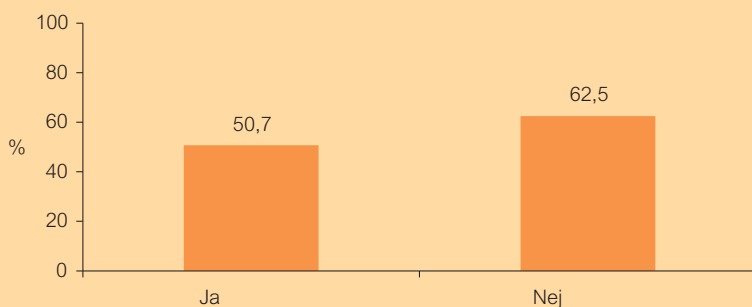
Ved sundhedsplejerskens besøg noteres det, hvorvidt der er grund til at være opmærksom på kvindens psykiske tilstand. En bemærkning til kvindens psykiske tilstand dækker over mindst



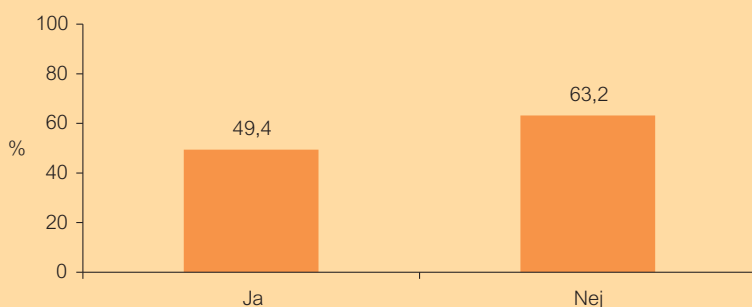
en af følgende tilstande: ked af det/trist, angst, søvnproblemer, "problemløs" (dvs. fornægter åbenlyse problemer) eller andet. Disse tilstande kan være indikation på en efterfødselsreaktion.

Hos 14,1 % af børnene vurderede sundhedsplejersken, at der var grund til at være urolig for morens psykiske tilstand, da barnet var nul til to måneder. Af disse børn blev 50,7 % ammet fuldt ved fire måneder. Andelen af fuldt ammede børn, hvor sundhedsplejersken ikke var bekymret for moderens psykisk tilstand, udgjorde 62,5 %. Ved

Figur 1.1 Forekomst af fuld amning ved fire måneder efter moderen var blevet undersøgt for psykisk tilstand i nul til to måneders alderen

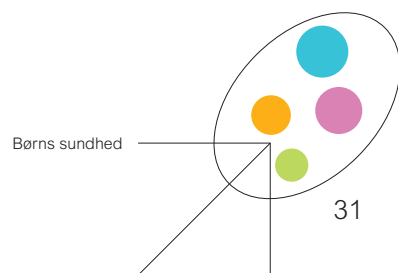


Figur 1.11 Forekomst af fuld amning ved fire måneder efter moderen var blevet undersøgt for psykisk tilstand i to til tre måneders alderen



det besøg, hvor børnene var to til tre måneder, var der bemærkninger til moderens psykiske tilstand hos 17,6 % af børnene. Andelen af fuldt ammede børn i de to grupper var de samme som ved nul til tomåneders besøget.

”
Amning
har positiv
effekt på
både mors
og barnets
sundhed
”





Tabel 5.1.2
 Risiko for ikke at amme fuldt ved fire måneder efter faktorer knyttet til mor. Justerede analyser, risiko målt med odds ratio (OR).

Risikofaktorer (antal børn, der indgår i analysen)	OR med 95% sikkerhedsinterval for ikke at amme fuldt ved fire måneder
Paritet ^a (n=3678)	
Førstegangsfødende	1,12 (0,97-1,30)
Flergangsfødende (reference)	1
Erfaring og viden om amning ^a (n=3678)	
Ja (reference)	1
Nej	1,34 (1,15-1,56)
Vanskeligheder ved etablering af amning ^b (n=3678)	
Ja	2,94 (2,52-3,43)
Nej (reference)	1
Bemærkning til mors psykiske tilstand ved nul til tomåneders alderen ^c (n=3398)	
Ja	1,59 (1,29-1,96)
Nej (reference)	1
Bemærkninger til mors psykiske tilstand ved to til tremåneders alderen ^d (n=3226)	
Ja	1,55 (1,28-1,90)
Nej (reference)	1

^a Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang og mors alder
^b Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang, mors alder, gestationsalder samt erfaring og viden om amning.
^c Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang, mors alder, gestationsalder samt vanskeligheder ved etablering af amning
^d Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang, mors alder, gestationsalder, vanskeligheder ved etablering af amning samt mors psykiske tilstand ved nul til to måneder

De justerede analyser viser, at risikoen for ikke at amme fuldt ved fire måneders er signifikant forhøjet hos børn af mødre, der mangler erfaring og viden om amning, der havde vanskeligt ved at etablere amning, og hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til mors psykiske tilstand ved A- og B-besøget. Den øgede risiko er dog mest markant, hvis der var vanskeligheder ved etablering af amning. Her var risikoen for ikke at amme fuldt tre gange højere end blandt de børn, hvor der ingen vanskeligheder var med etablering af amning.

Amning, barnet og indlæggelsen

En række forhold relateret til barnet og indlæggelsen i forbindelse med fødslen har betydning for amning samt for, hvor længe barnet ammes. Figur 5.1.12-5.1.16 viser andelen af børn, der ammes fuldt ved fire måneder opgjort efter nogle af disse forhold.

Det ses, at der for de fleste forhold er markant forskel i andelen af børn, der stadig blev ammet fuldt ved fire måneder. Mens 62 % af de børn, der var født til tiden, blev ammet fuldt ud til fire måneder, så er dette kun tilfældet for 41 % af de for tidligt fødte (<37 uger). Det ses også, at andelen af børn, der blev ammet fuldt, stiger med fødselsvægten. Kun 40,2 % af børn med en fødselsvægt på under 2500 gram blev ammet fuldt.

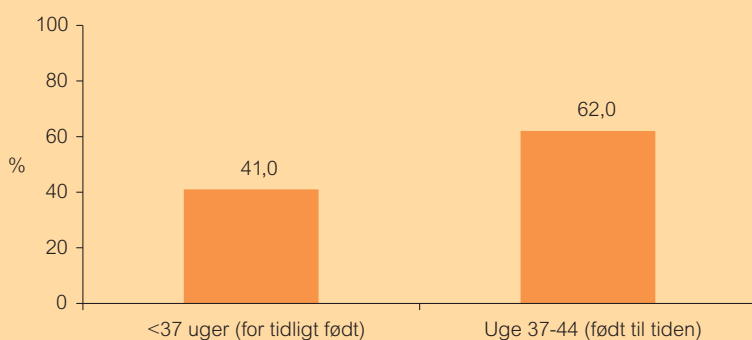


Blandt børn med en fødselsvægt mellem 3000 og 4500 gram er den tilsvarende andel 61,2 - 69,0 %. Langt de fleste børn (94 %) havde et apgarscore på ti fem minutter efter fødslen. Der er ikke nogen statistisk sikker forskel i andelen af fuldt ammede mellem disse børn og de børn, der havde et apgarscore på under ti. Ligeledes havde køn ingen betydning for fuld amning (ikke illustreret).

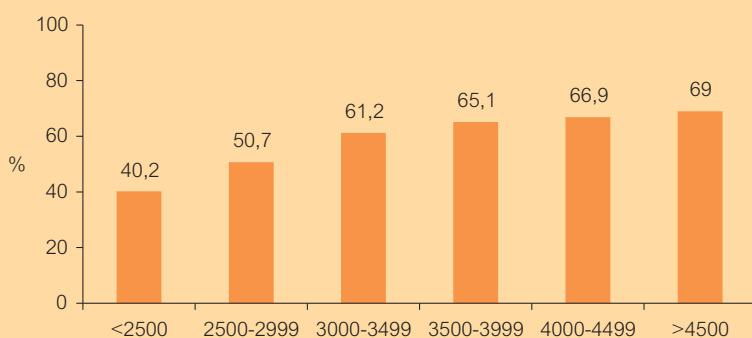
Hud til hud-kontakt, og at barnet tidligt begynder at sutte, er befordrende for et godt amme-forløb (Nilsson et al. 2009). 88,8 % af børnene i rapport blev lagt til brystet inden for to timer. Af denne gruppe børn blev 63,9 % ammet fuldt. Dette gælder for blot 38,3 % af de børn, der ikke blev lagt til brystet inden for to timer efter fødslen.

23,4 % af børnene i rapporten fik tilskud af modermælkserstatning, mens de var indlagt. Gives dette uden medicinsk indikation, øges risikoen for kortere ammelængde. I de data, denne rapport bygger på, er der ikke information om, hvorvidt MME er givet på medicinsk indikation eller ej. Analyserne viser, at 66 % af de børn, der ikke fik tilskud under indlæggelsen, blev ammet fuldt i fire måneder. Dette var tilfældet for en lavere andel (42,5 %) af de børn, som fik tilskud af MME, mens de var indlagt.

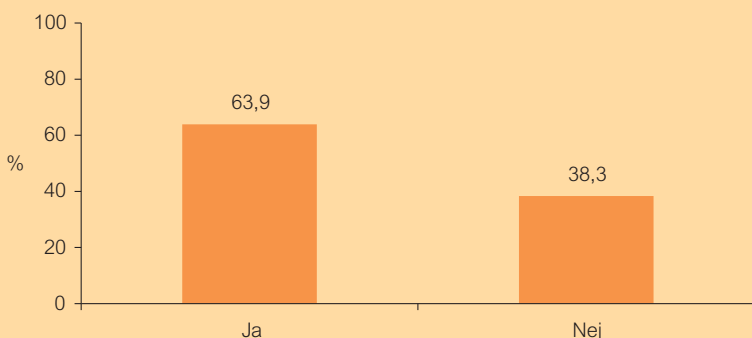
Figur .1.1 Forekomst af fuld amning ved fire måneder efter gestationsalder



Figur .1.13 Forekomst af fuld amning ved fire måneder efter fødselsvægt

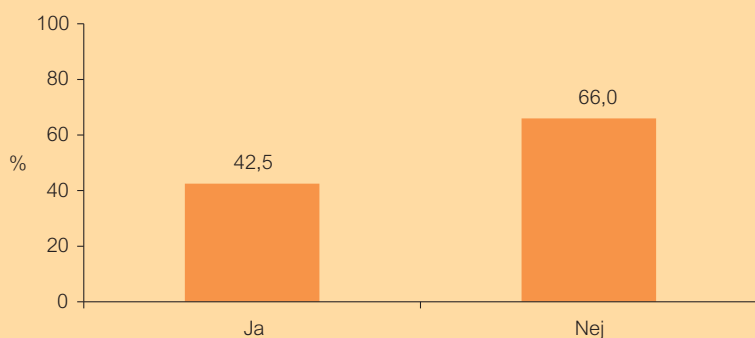


Figur .1.14 Forekomst af fuld amning ved fire måneder efter om barnet er lagt til brystet inden for to timer efter fødslen

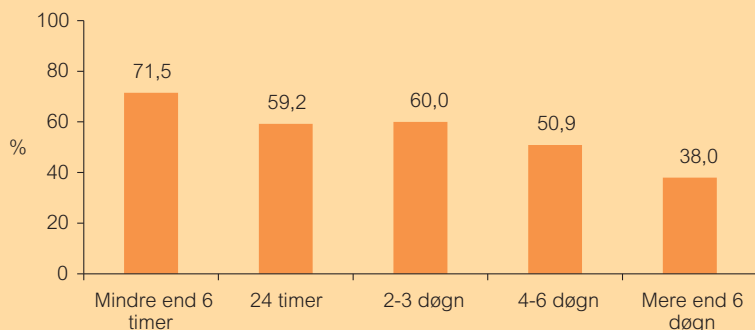




Figur 5.1.1 Forekomst af fuld amning ved fire måneder efter fødsel givet moder- eller mælkserstatning under indlæggelsen



Figur 5.1.1 Forekomst af fuld amning ved fire måneder efter indlæggelseslængde



Andelen af fuldt ammede børn er faldende med stigende indlæggelseslængde. Således blev 71,5 % af de børn, der var indlagt mindre end seks timer ammet fuldt, mens andelen var 38,0 % blandt de børn, der var indlagt mere end seks døgn. Den lave andel af fuldt ammede børn blandt de langtidsindlagte kan muligvis skyldes, at det er børn med problemer eller mødre med komplicerede fødselsforløb (og dermed også dem, som har øget risiko for et vanskeligt amme-forløb), der er indlagt i længere tid.

Tabel 5.1.3 viser de justerede analyser for risikoen for ikke at amme fuldt ved fire måneders målt med odds ratio.

De justerede analyser i tabel 5.1.3 viser, at risikoen for ikke at amme fuldt ved fire måneder er signifikant forhøjet hos for tidligt fødte (før 37. svangerskabsuge), hos børn hvis fødselsvægt var lavere end 3000 gram, hos børn der ikke blev lagt til brystet inden for de første to timer, hos børn der fik MME under indlæggelsen, og hvor indlæggelsen varede over tre døgn. Her var risikoen for ikke at blive ammet fuldt mellem to til to en halv gange højere sammenlignet med børn i referencekategorierne. Børn af mødre, som blev udskrevet inden for seks timer, havde signifikant lavere risiko for kort ammelængde.

Sammenfatning af prædiktorer for amning

Analyserne i dette temaafsnit viser, at en lang række faktorer har betydning for, hvorvidt børnene i rapporten blev ammet fuldt i fire måneder, og at disse faktorer stadig har signifikant betydning i de justerede analyser. Overordnet set stemmer de fundne sammenhænge godt overens med den eksisterende forskning om amning (Flacking et al. 2007, Foverskov 2000, Kronborg 2006, Lande et al. 2003, Michaelsen et al. 1994, Jepsen & Nielsen 1998, Kronborg & Væth 2004, Ekström et al. 2003, Håggkvist et al. 2010).

I relation til kvinden, barnet samt indlæggelsen viser analyserne, at en af de mest udtalte risikofaktorer for ikke at amme fuldt er, hvis moderen oplevede vanskeligheder ved etableringen af amningen. Risikoen for, at barnet ikke blev ammet fuldt, øges ligeledes ganske markant, hvis barnet var for tidligt født, hvis det ikke blev lagt til brystet ind for to timer efter fødslen eller, hvis barnet fik modermælkserstatning i løbet af den tid indlæggelsen varede. Endelig var der en øget risiko for ikke at amme fuldt, hvis sundhedsplejersken havde bemærkninger til

Risikofaktorer (antal børn, der indgår i analysen)	OR med 95% sikkerhedsinterval for ikke at amme fuldt ved fire måneder
Køn ^a (n=3678)	
Dreng (reference)	1
Pige	0,89 (0,77-1,1)
Gestationsalder ^b (n=3678)	
Født før uge 37	2,30 (1,65-3,20)
Født i uge 37-44 (reference)	1
Fødselsvægt ^c (n=3678)	
<2500	1,87 (1,15-3,04)
2500-2999	1,39 (1,08-1,78)
3000-3499 (reference)	1
3500-3999	0,85 (0,70-1,02)
4000-4499	0,81 (0,63-1,04)
≥4500	0,73 (0,43-1,23)
Apgarscore ^d (n=3678)	
<10	1,05 (0,76-1,44)
10 (reference)	1
Barnet lagt til brystet inden for to timer ^e (n=3678)	
Ja (reference)	1
Nej	2,59 (2,03-3,31)
Tilskud af MME under indlæggelse ^d (n=3678)	
Ja	2,44 (2,05-2,92)
Nej (reference)	1
Indlæggelseslængde ^d (n=3678)	
<6 timer	0,60 (0,50-0,73)
24 timer	1,03 (0,86-1,25)
2-3 døgn (reference)	1
4-6 døgn	1,34 (1,01-1,79)
>6 døgn	1,88 (1,24-2,86)

^a Ikke justeret
^b Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang
^c Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang og gestationsalder
^d Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang, gestationsalder, fødselsvægt
^e Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang, gestationsalder, fødselsvægt og apgarscore

Tabel 5.1.3
 Risiko for ikke at amme fuldt ved fire måneder efter faktorer knyttet til barnet samt indlæggelsen. Justerede analyser, risiko målt med odds ratio (OR).

mors psykiske tilstand og blandt de børn, der var indlagt i længere tid end seks døgn.

Sociodemografiske faktorer som ung alder hos moderen, forældre med mindre end ti års skolegang, sammenbragt familie eller indvandrerbaggrund var ligeledes signifikante risikofaktorer for ikke at amme fuldt. Det kan være vanskeligt at

påvirke disse forhold. Viden kan dog anvendes til at målrette sundhedsfremmende indsatser mod de grupper af kvinder og børn, som kan have et særligt behov for information eller støtte.



5.2 Mors psykiske tilstand

Signe Boe Rayce, Maria Svendsen, Carina Sjöberg Brixval, Sanne Ellegaard Jørgensen og Bjørn Holstein

Baggrund og formål

Mange kvinder oplever efterfødselsreaktioner. Reaktionerne kan spænde fra den såkaldte maternity blues, på dansk ofte kaldet tudetur, i den første uge efter fødslen til egentlig fødselsdepression. Mens maternity blues er en kortvarig reaktion, er en fødselsdepression ofte en længerevarende tilstand (Gullestrup & Terp, 2008). Maternity blues er en tilstand med milde depressionssymptomer, fx udmattelse, sorg, gråd, ustabil humør, bekymring samt forvirring. Tilstanden starter typisk på anden til femtedagen efter fødslen og varer fra få timer til nogle dage (Reck et al. 2004, Gullestrup & Terp 2008). Omkring 50 % af alle fødende oplever maternity blues (Reck et al. 2004).

Fødselsdepression er den hyppigste komplikation til graviditet og fødsel (Grace et al. 2003). Fødselsdepressioner kan debutere under graviditeten, men ses oftest efter fødslen (Gullestrup & Terp, 2008, Wisner et al. 2004). Det anslås, at omkring ti procent af alle kvinder, der lige har født, udvikler en egentlig fødselsdepression. Herudover har fem til ti procent andre efterfødselsreaktioner, fx angst eller andre følelsesmæssige reaktioner (Gullestrup & Terp 2008, Gavin et al. 2005, Bennett et al. 2004).

Ubehandlet kan en fødselsdepression vare mellem et halvt og to år. En ubehandlet fødselsdepression vil ofte medføre, at kvinden får en ulyst til at få flere børn, efterlader en distance mellem sig og barnet (Gullestrup & Terp 2008), eller stopper amning før de anbefalede fire måneder (Righetti-Veltéma et al. 2002, Field 2010,

Henderson et al. 2003, Dennis & McQueen, 2007).

En ubehandlet fødselsdepression kan også have negative konsekvenser for barnets trivsel og udvikling, fx gråd og søvnproblemer (Righetti-Veltéma et al. 2002, Righetti-Veltéma et al. 2003), forsinket kognitiv og emotionel udvikling (Beck 1998) samt problemer med den tidlige interaktion og tilknytning mellem mor og spædbarn (Martins & Gaffan 2000, Grace et al. 2003, Reck et al. 2004, Righetti-Veltéma et al. 2003). En sådan usikker mor-barn interaktion ser ud til at påvirke barnets udvikling i de første år (Martins & Gaffan 2000, Grace et al. 2003, Reck et al. 2004) og har muligvis længerevarende konsekvenser (Beck 1998, Brand & Brennan 2009). Et dansk studie viser, at forstyrrelser i forældre-barn interaktionen, når barnet er otte til ti måneder, prædikerer mentale lidelser ved halvandetår (Skovgaard 2010, Elberling 2012) samt, at sundhedsplejerskens bemærkninger til mors psykiske tilstand er stærkt prædiktivt for, at barnet har betydelige psykiske forstyrrelser ved indskolingen. Af alle disse grunde er det vigtigt, at efterfødselsreaktioner opspores tidligt efter fødslen. Det er ligeledes væsentligt, at man følger børn af mødre med efterfødselsreaktion for at vurdere, om de udvikler sig hensigtsmæssigt.

Formålet med dette afsnit er for det første at belyse forekomsten af efterfødselsreaktion ved fire til seks måneders alderen, for det andet at undersøge sammenhængen mellem efterfødselsreaktion ved fire til seks måneders alderen og barnets udvikling i de efterfølgende måneder, og for det tredje at analysere sammenhængen mellem efterfødselsreaktion i fire til seks måneders alderen og barnets trivsel ved indskolingsalderen. Efterfødselsreaktion beskrives i denne rapport ved hjælp af sundhedsplejerskens

”
Fødselsdepression er den hyppigste komplikation til graviditet og fødsel
”



bemærkninger til kvindens psykiske tilstand. Sundhedsplejersken vurderer mors psykiske tilstand ved hvert af fire standardiserede besøg: når barnet er nul til to måneder, to til tre måneder, fire til seks måneder og otte til ti måneder gammelt. Sundhedsplejerskens vurdering følger en manual, som fastslår at en kvindes psykiske tilstand efter fødslen skal vurderes ud fra kvindens egen opfattelse, families opfattelse og sundhedsplejerskens bedømmelse.

Sundhedsplejersken kan registrere bemærkninger til en eller flere af følgende kategorier: ked af det/trist, angst, søvnproblemer, "problemløs" (det vil sige, at kvinden negligerer åbenlyse problemer) samt i kategorien "andet". De fem kategorier af bemærkninger dækker ikke over nogen specifik diagnose. De er udtryk for, at sundhedsplejersken er bekymret for mors psykiske tilstand. Metoden er udviklet i samarbejde med chefpsykolog Svend Aage Madsen (personlig kommunikation med Anne Lichtenberg).

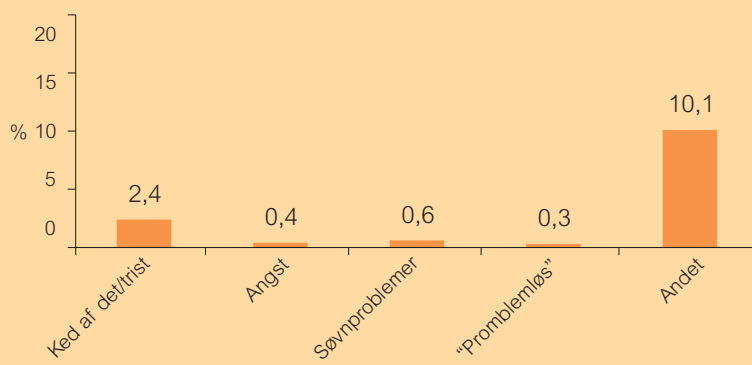
I denne rapport dækker 'bemærkninger til mors psykiske tilstand' over en bemærkning i mindst én af de fem kategorier beskrevet ovenfor, når barnet er mellem fire og seks måneder gammelt.

Resultater

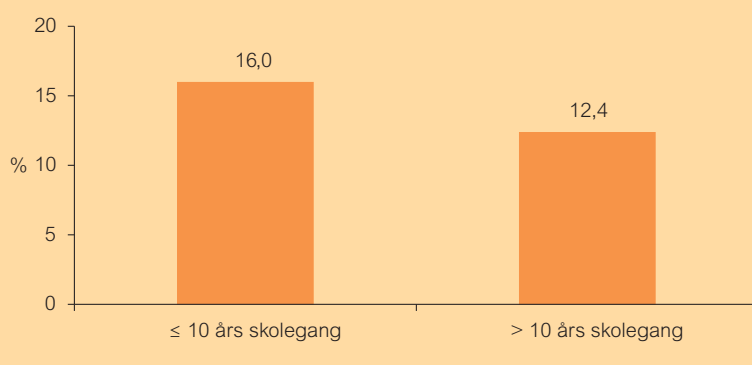
Forekomst

Blandt 12,7 % (n=533) af børnene i denne rapport havde sundhedsplejersken anført bemærkninger til mors psykiske tilstand ved besøget i fire til seksmåneders alderen. Figur 5.2.1 viser forekomsten af de seks typer af bemærkninger. Da sundhedsplejersken havde mulighed for at anføre mere end én bemærkning summer de enkelte procentandele ikke sammen til 12,7 %. Figur 5.2.1 viser, at der for 10,1 % af børnene var registreret bemærkninger i kategorien "andet",

Figur 5.2.1 Forekomst af forskellige typer bemærkninger til mors psykiske tilstand ved fire til seks måneder



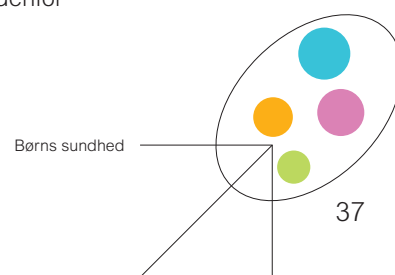
Figur 5.2.2 Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter mors uddannelse



for 2,4 % var der bemærkninger i kategorien "ked af det/trist", og i de øvrige kategorier var der færre end 1 % med bemærkninger.

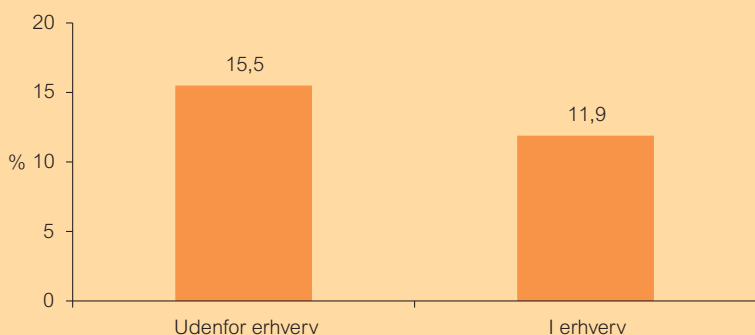
Sociodemografiske faktorer

Figur 5.2.2 – 5.2.5 viser andelen af børn, hvor der var bemærkninger til mors psykiske tilstand i relation til en række sociodemografiske faktorer. Forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand er lidt forhøjet blandt børn, hvis mor har mindre end ti års skolegang eller er udenfor erhverv.

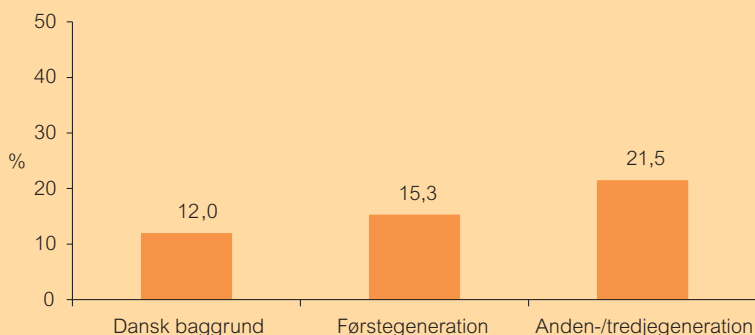




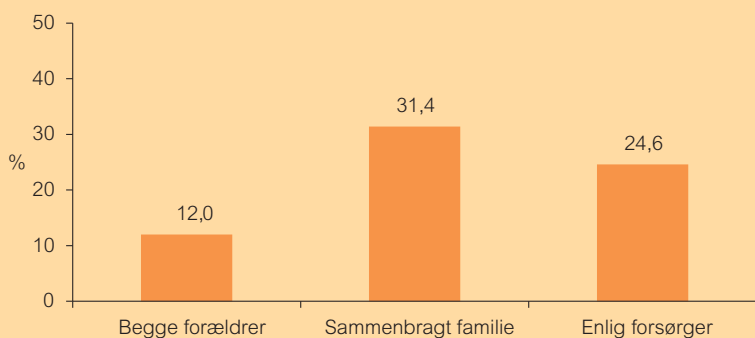
Figur 5.3 Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter forældrerhvervsstatus



Figur 5.4 Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter indvandrerstatus



Figur 5.5 Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter familietype



Blandt børn med dansk baggrund var der bemærkninger hos 12,0 %. De tilsvarende andele for børn, hvor mor er førstegenerationsindvandrer eller anden/ tredjegerationsindvandrer var henholdsvis 15,3 % og 21,5 %. Andelen af børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand er betydeligt højere i sammenbragte familier (31,4 %) og eneforsørgerfamilier (24,6 %) end i familier, hvor barnets mor og far bor sammen (12,0 %). Der var ingen betydning af mors alder for forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand.

Nogle gange skyldes en sammenhæng mellem en risikofaktor og et udfald (her bemærkninger til mors psykiske tilstand) en forstyrrende indvirkning af en helt tredje faktor. Det kaldes confounding. Man kan i nogen grad gardere sig mod at blive vildledt af confounding gennem statistiske analyser, det man kalder justerede analyser. Tabel 5.1.1 viser de justerede analyser





Tabel 5.2.1
 Risiko for bemærkninger til mors psykiske tilstand ved fire- til seks måneders alderen efter sociodemografiske faktorer. Justerede analyser, risiko målt med odds ratio (OR).

Risikofaktorer (antal børn, der indgår i analysen)	OR med 95 % sikkerhedsinterval for bemærkninger til mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen
Mors alder ved fødslen ^a (n=4179)	
<25 år	1,11 (0,82-1,51)
25-29 år	1,14 (0,91-1,44)
30-34 år (reference)	1
≥35 år	1,02 (0,81-1,30)
Mors indvandrerstatus ^a (n=4203)	
Dansk baggrund (reference)	1
Førstegenerationsindvandrer	1,32 (1,00-1,76)
Anden-/tredjegerationsindvandrer	2,00 (1,33-3,02)
Antal forældre med mere end 10 års skolegang ^b (n=4179)	
To forældre med mere end 10 års skolegang (reference)	1
En forælder med mere end 10 års skolegang	1,55 (1,24-1,95)
Ingen forældre med mere end 10 års skolegang	1,26 (0,76-2,10)
Antal forældre i erhverv ^c (n=4179)	
To forældre i erhverv (reference)	1
En forælder i erhverv	0,99 (0,77-1,27)
Ingen forældre i erhverv	1,23 (0,66-2,30)
Familietype ^d (n=4171)	
Begge forældre (reference)	1
Enlig forsørger	2,10 (1,37-3,22)
Sammenbragt familie	2,96 (1,61-5,44)
^a ikke justeret	
^b justeret for mors alder, familietype og indvandrerstatus	
^c justeret for mors alder, antal forældre med mere end 10 års skolegang, familietype og indvandrerstatus	
^d justeret for mors alder, antal forældre med mere end 10 års skolegang, antal forældre i erhverv og indvandrerstatus	

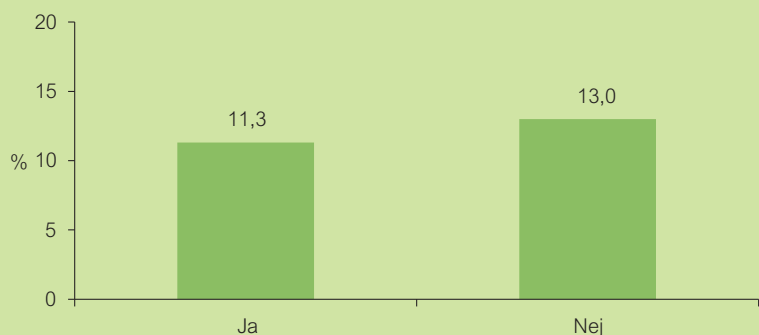
for risikoen for, at der er bemærkninger til mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen. Risiko måles her med odds ratio (OR). Man sætter OR til 1,0 i referencekategorien (dvs. den gruppe man sammenligner med). Hvis OR i en anden kategori af børn er højere eller lavere end 1,0 betyder det henholdsvis højere eller lavere risiko. En kategori med en OR på 2,0 har altså dobbelt så stor risiko (odds) for at der er bemærkninger til mors psykiske tilstand som i referencekategorien. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0, er der ikke nogen statistisk sikker forskel fra referencegruppen.

De justerede analyser viser, at risikoen for at have bemærkninger til mors psykiske tilstand

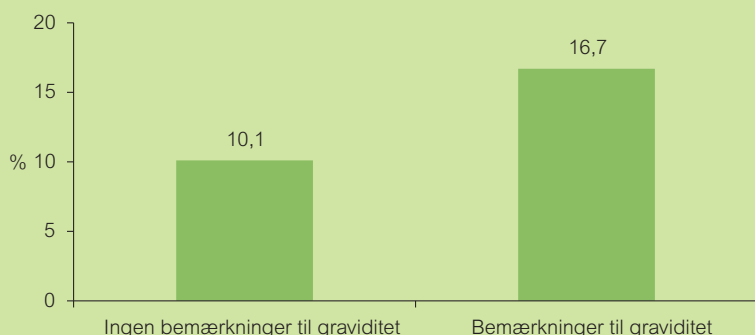
er signifikant forhøjet, blandt børn, der bor med én forælder, hvor én forælder har mere end 10 års skolegang, og blandt de børn, hvor mor har indvandrerbaggrund. Størst er risikoen hvis mor er anden- eller tredjegerationsindvandrer. Her er risikoen dobbelt (OR=2,00) så stor som blandt børn med dansk baggrund. Ligeledes viser analyserne en signifikant og markant forhøjet risiko for bemærkninger, hvis barnet bor i en sammenbragt familie eller med en enlig forsørger. Her er risikoen henholdsvis 2,10 og 2,96 gange højere end hvis barnet bor sammen med begge forældre.



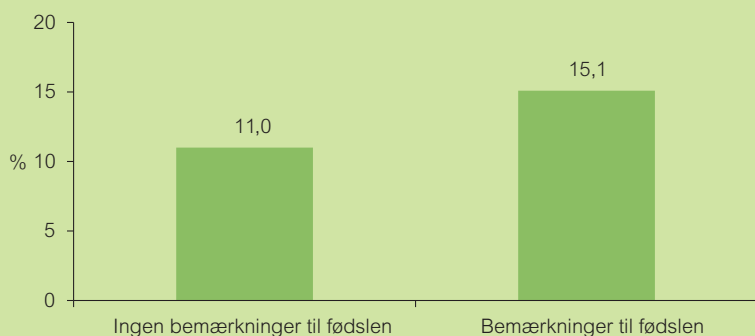
Figur 5.2.6. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter om barnet er født efter assisteret reproduktion



Figur 5.2.7. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter bemærkninger til graviditet



Figur 5.2.8. Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand opdelt efter bemærkninger til fødslen



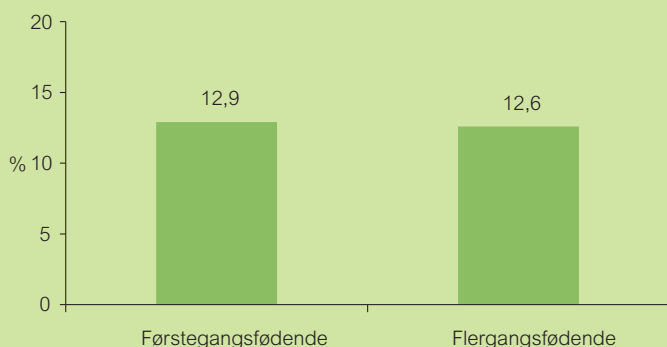
Forhold under graviditet, fødsel og den første tid

Figur 5.2.6-5.2.13 viser forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand i relation til forhold under graviditet, fødsel og den første tid efter fødslen. Der er signifikant forhøjet forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand i de tilfælde, hvor der har været bekymringer om graviditet og fødsel ("bemærkninger til graviditet", "bemærkninger til fødsel"), hvor indlæggelsen i forbindelse med fødslen har været relativt lang, (over fire dage), og hvor der har været vanskeligheder med at etablere amning. Derimod er der ingen statistisk sammenhæng mellem bemærkninger til mors psykiske tilstand og følgende forhold: assisteret reproduktion, førstegangs- versus flergangsfødende, gestationsalder og barnets køn.

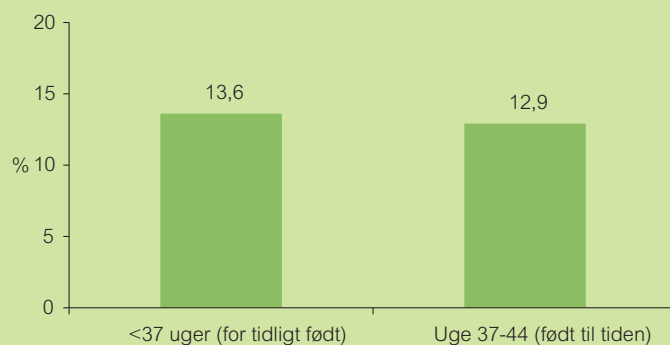
Der var bemærkninger til mors psykiske tilstand ved A-besøget hos 536 af børnene, det vil sige da barnet var under to måneder gammelt. Blandt disse børn var der ca. 2½ gange forhøjet risiko for, at der også var bemærkninger til mors psykiske tilstand i fire til seks måneders alderen, se figur 5.2.14. Der var bemærkninger til mors psykiske tilstand ved B-besøget hos 631 af børnene, det vil sige da barnet var to til tre måneder gammelt. Blandt disse børn var der ca. fem gange højere risiko for, at der også var bemærkninger til mors psykiske tilstand i fire til seks måneder salderen, se figur 5.2.15. Disse tal tyder på, at der er stor risiko for, at psykiske vanskeligheder strækker sig over en periode på flere måneder. Fundene bekræftes i de justerede analyser, se tabel 5.2.2.



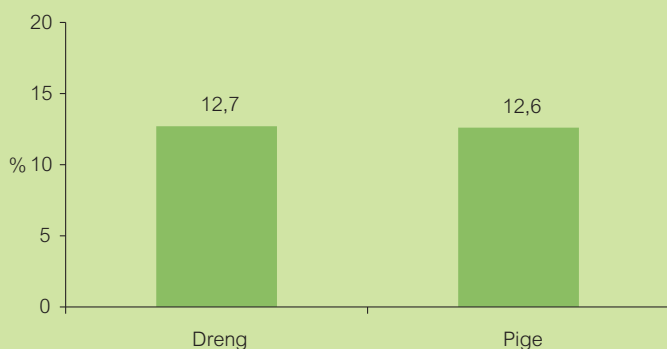
Figur . . Fore o st af be ær ninger til or s s is e tilstand o delt efter o r er første eller flergangsfødende



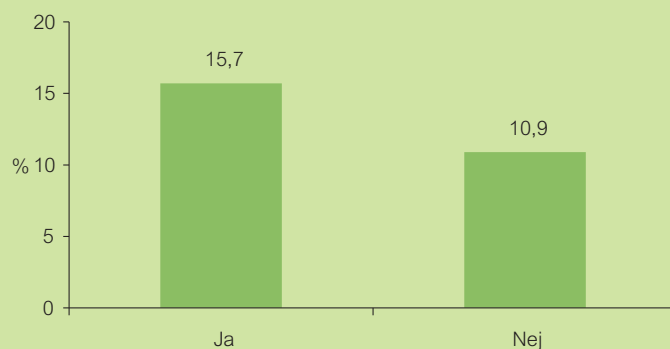
Figur . .1 Fore o st af be ær ninger til or s s is e tilstand o delt efter gestationsalder



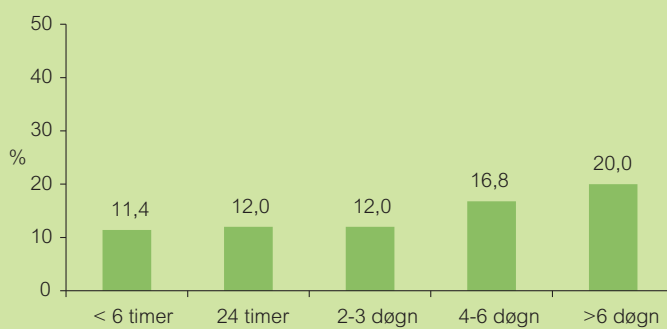
Figur . .11 Fore o st af be ær ninger til or s s is e tilstand o delt efter barnets øn



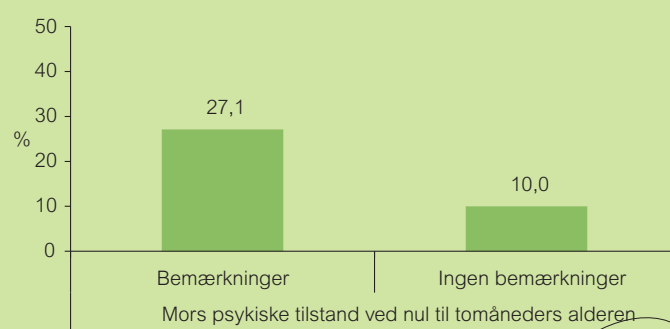
Figur . .1 Fore o st af be ær ninger til or s s is e tilstand o delt efter o der er angivet vans elig eder ved etablering af a ning



Figur . .13 Fore o st af be ær ninger til or s s is e tilstand o delt efter indlæggelseslængde i forbindelse ed fødslen

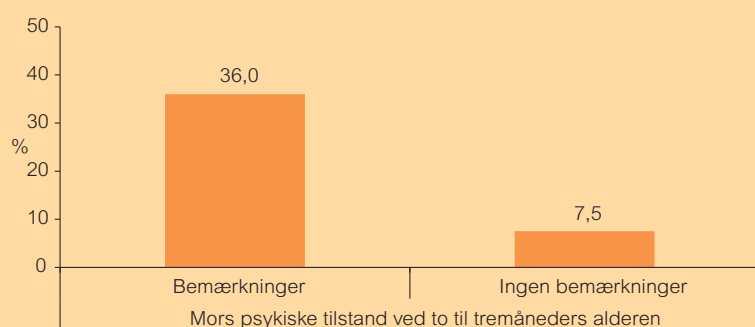


Figur . .14 Fore o st af be ær ninger til or s s is e tilstand ved fire til se s neders alderen o delt efter or s s is e tilstand ved nul til to neders alderen

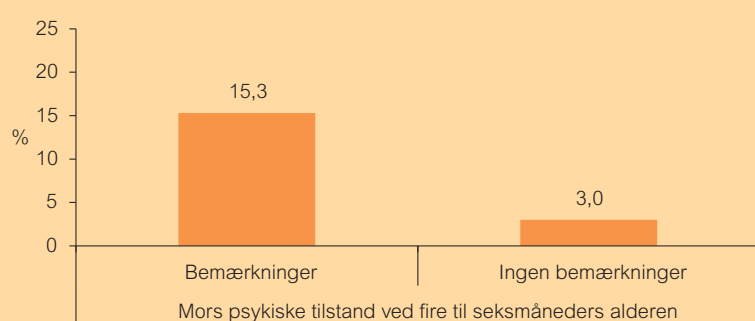




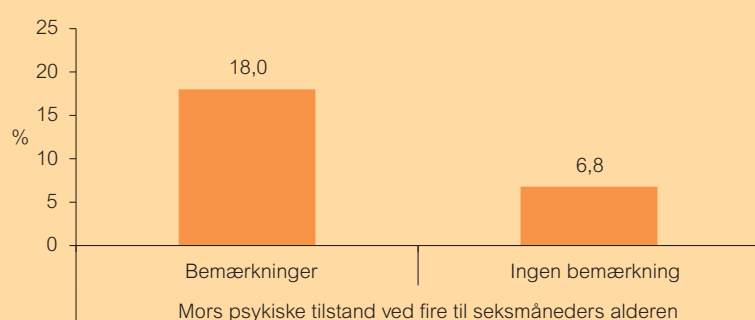
Figur 5.2.11 Forekomst af bemærkninger til mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen opdelt efter mors psykiske tilstand ved to til tremåneders alderen



Figur 5.2.12 Forekomst af bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil ved otte til ti måneders alderen opdelt efter mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen



Figur 5.2.13 Forekomst af bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved otte til ti måneders alderen opdelt efter mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen



Mors psykiske tilstand og barnets udvikling i det første leveår

Datamaterialet giver også mulighed for at vurdere konsekvenserne for barnets udvikling i månederne efter, at sundhedsplejersken har skrevet bemærkninger om mors psykiske tilstand. I denne analyse ser vi på, om sundhedsplejersken har været bekymret for forældre-barn kontakt og samspil, samt barnets signaler og reaktioner, da barnet var blevet otte til ti måneder gammelt. Begge disse temaer, forældre-barn kontakt og barnets signaler og reaktioner, er vigtige indikatorer på en sund udvikling i barnets første leveår. Figur 5.2.16 viser, at bemærkninger til mors psykiske tilstand i fire til seks måneders alderen femdobler risikoen for, at der er bekymringer om forældre-barnkontakt i otte til ti måneders alderen (15,3 % vs. 3,0 %). Og figur 5.2.17 viser, at bemærkninger til mors psykiske tilstand i fire til seks måneders alderen tredobler risikoen for, at der er bekymringer om barnets signaler og reaktioner (18,0 % vs. 6,8 %). Sammenhænge bekræftes også i de justerede analyser, se tabel 5.2.3 og 5.2.4

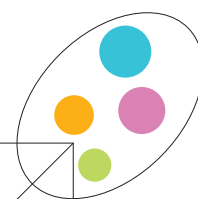




Tabel 5.2.2
 Risiko for bemærkninger til mors psykiske tilstand ved fire til seksmåneders alderen efter faktorer forbundet med graviditet, fødsel og den første tid efter fødslen. Justerede analyser, risiko målt med odds ratio (OR).

Risikofaktorer (antal børn, der indgår i analysen)	OR med 95 % sikkerhedsinterval for bemærkninger til mors psykiske tilstand ved fire til seksmåneders alderen
Fertilitetsbehandling ^a (n=4203)	
Ja	0,90 (0,62-1,31)
Nej (reference)	1
Bemærkninger til graviditet ^b (n=4203)	
Ja	1,76 (1,44-2,15)
Nej (reference)	1
Bemærkninger til fødsel ^c (n=4203)	
Ja	1,45 (1,19-1,76)
Nej (reference)	1
Mors paritet ^a (n=4203)	
Førstegangsfødende	0,99 (0,82-1,19)
Flergangsfødende (reference)	1
Køn ^d (n=4203)	
Dreng (reference)	1
Pige	1,01 (0,84-1,21)
Gestationsalder ^e (n=4203)	
Født før uge 37 (for tidligt født)	1,08 (0,58-1,33)
Født i uge 37-44 (reference)	1
Vanskeligheder ved etablering af amning ^f (n=4203)	
Ja	1,45 (1,20-1,77)
Nej (reference)	1
Indlæggelseslængde ^f (n=4203)	
<6 timer	1,04 (0,80-1,36)
24 timer	1,05 (0,81-1,37)
2-3 døgn (reference)	1
4-6 døgn	1,49 (1,06-2,11)
>6 døgn	2,27 (1,48-3,48)
Bemærkninger til mors psykiske tilstand ved nul til tomåneders salderen ^g (n=3848)	
Ja	2,90 (2,31-3,66)
Nej	1
Bemærkninger til mors psykiske tilstand ved to til tremåneders salderen ^h (n=3699)	
Ja	6,53 (5,26-8,12)
Nej	1

^a Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang, mors indvandrerstatus og familietype.
^b Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang, mors indvandrerstatus, familietype og fertilitetsbehandling.
^c Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang, mors indvandrerstatus, familietype og gestationsalder
^d Ikke justeret
^e Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang og bemærkninger til graviditet
^f Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang, gestationsalder og bemærkninger til fødslen
^g Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang, mors indvandrerstatus, familietype, gestationsalder, bemærkninger til fødsel og indlæggelseslængde.
^h Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang, mors indvandrerstatus, familietype, bemærkninger til graviditet, bemærkninger til fødsel, gestationsalder og indlæggelseslængde.





”
 Bemærkninger til mors psykiske tilstand i fire til seks tilmåneders alderen femdobler risikoen for, at der er bekymringer om forældre-barn-kontakt i otte til timåneders alderen
 ”

Mors psykiske tilstand og barnets trivsel ved skolestart

Den sidste analyse vurderer, om bemærkninger til mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen viser sammenhæng med barnets trivsel fem-seks år senere, ved indskolingen. Vi benytter tre indikatorer for barnets trivsel ved indskolingen: 1) Barnets selvvaluerede almene trivsel, som barnet har indikeret ved at vælge blandt en række sure og glade smileys. 2) Barnets selvvaluerede skoletrivsel, igen bedømt ved sure og glade smileys. 3) Barnets sociale funktion bedømt af forældrene, som har svaret på fem spørgsmål om barnets forhold til jævnaldrende. Figur 5.2.18-5.2.20 viser resultaterne i søjlediagrammer. Der er en marginalt forhøjet risiko for dårlig almen trivsel ved indskolingen blandt de børn, hvor der var bemærkninger til mors psykiske tilstand i fire til seks måneders alderen. Forskellen i figur 5.2.18 er ikke signifikant. Der er ligeledes en marginalt forhøjet risiko for dårlig skoletrivsel, se figur 5.2.19, men heller

ikke denne sammenhæng er signifikant. Endelig er der en signifikant forhøjet risiko for problemer i forholdet til jævnaldrende blandt de børn, hvor der var bemærkninger til mors psykiske tilstand i fire til seks måneders alderen, se figur 5.2.20. Sidstnævnte sammenhæng bekræftes i den justerede analyse (data ikke vist).

Afsluttende bemærkninger

Undersøgelsen viser, at der er bemærkninger til mors psykiske tilstand i fire til seks måneders alderen for omkring hver ottende barn. Tallet svarer nogenlunde til den samlede forekomst af efterfødselsreaktioner (fødselsdepression, angst, og andre følelsesmæssige reaktioner) på 10-15 % (Gullestrup, 2008).

Lavtuddannede mødre, indvandrer mødre, enlige mødre og mødre i rekonstruerede familier har højere forekomst af bemærkninger til psykisk tilstand, når barnet er fire til seks måneder gammelt. For børn registreret med bemærkninger til graviditet og fødsel, vanskeligheder ved

Tabel 5.2.3 Risiko for bemærkninger til forældre-barn kontakt ved otte til timåneders alderen efter mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen. Justeret analyse, risiko målt med odds ratio OR.

Risikofaktorer (antal børn, der indgår i analysen)	OR med 95 % sikkerhedsinterval for bemærkninger til forældre-barn kontakt ved otte til timåneders alderen
Bemærkninger til mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen ^a (n=3667)	
Ja	5,32 (3,81-7,43)
Nej (reference)	1

^a Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang, mors indvandrerstatus og familietype.

Tabel 5.2.4 Risiko for bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved otte til timåneders alderen efter mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen. Justeret analyse, risiko målt med odds ratio OR.

Risikofaktorer (antal børn, der indgår i analysen)	OR med 95 % sikkerhedsinterval for bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved otte til timåneders alderen
Bemærkninger til mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen ^a (n=3679)	
Ja	3,03 (2,30-3,99)
Nej (reference)	1

^a Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang, mors indvandrerstatus og familietype

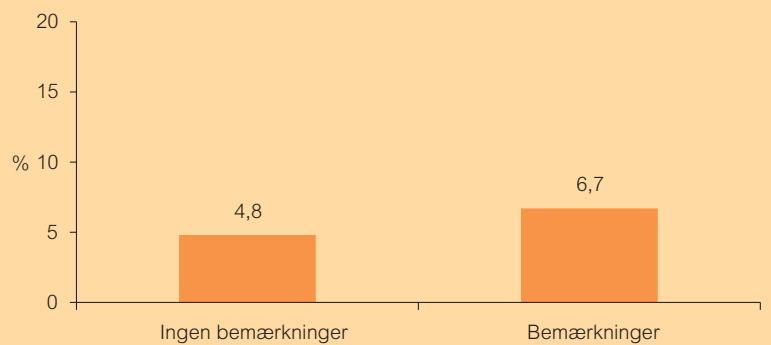


etablering af amning samt en lang indlæggelse i forbindelse med fødsel var der en signifikant øget risiko for bemærkninger til mors psykiske tilstand.

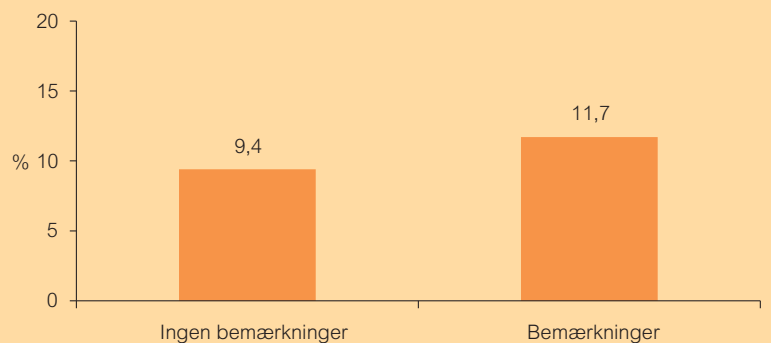
For et lille mindretal af børnene havde sundhedsplejersken været bekymret for forældre-barn kontakt og samspil ved otte til timåneders alderen; i disse tilfælde skriver sundhedsplejersken en bemærkning i journalen. Mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen er stærkt prædiktivt for sådanne bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil i otte til timåneders alderen. Dette stemmer godt overens med andre studier (Martins & Gaffan 2000, Grace et al. 2003, Righetti-Veltema et al. 2003, Reck et al. 2004, Elberling 2012).

For et mindretal af børnene havde sundhedsplejersken været bekymret for barnets signaler og reaktioner i otte til timåneders alderen og havde skrevet bemærkninger herom i journalen. Bemærkninger til mors psykiske tilstand i fire til seks måneders alderen er stærkt prædiktivt for bemærkninger til barnets signaler og reaktioner ved otte til timåneders alderen. Et stort mindretal af børnene havde tydelige trivselsproblemer ved indskolingen. Bemærkninger til mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen var prædiktivt for problemer med jævnaldrende, men ikke for barnets almene trivsel og skoletrivsel. Disse analyser tyder på, at bemærkninger til mors psykiske tilstand har kortvarige, men næppe store langvarige effekter på barnets trivsel og udvikling. Fars psykiske tilstand er ligeledes et vigtigt tema, omend der er meget beskedent omtale af fænomenet i faglitteraturen. Databasen Børns Sundhed rummer endnu ikke data herom, men det er et vigtigt tema til fremtidig monitorering, udforskning og indsats.

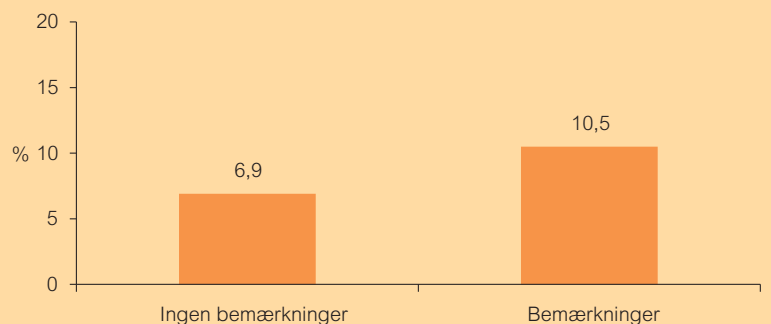
Figur 1.1 Forekomst af d rlig generel trivsel ved indskoling o delt efter bemærkninger til mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen

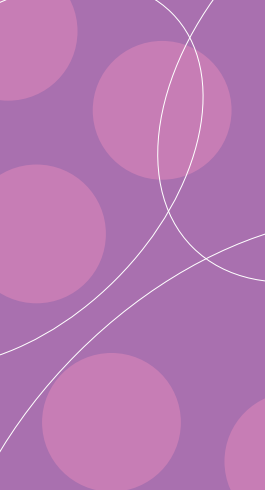


Figur 1.1 Forekomst af d rlig skoletrivsel ved indskoling o delt efter bemærkninger til mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen



Figur 1.1 Forekomst af problemer i forholdet til jævnaldrende ved indskoling o delt efter bemærkninger til mors psykiske tilstand ved fire til seks måneders alderen





5.3 Overvægt i indskolingsalderen

Sanne Ellegaard Jørgensen, Maria Svendsen, Carina Sjöberg Brixval, Signe Boe Rayce og Bjørn Holstein

Overvægt i barndommen

I Danmark er overvægt og svær overvægt blandt børn et folkesundhedsproblem, der har taget til gennem de seneste halvtreds år (Due et al. 2007), og den samme tendens ses internationalt (Branca et al. 2007). Overvægt og svær overvægt blandt børn har store konsekvenser – både fysiske og psykosociale.

Ifølge WHO er overvægt og svær overvægt defineret som unormal eller overdreven fedtophobning, der kan skade helbredet (WHO 2012). Der findes flere metoder, der kan anvendes til at estimere overvægt og svær overvægt, heriblandt Body Mass Index (BMI), indplacering på referencvækstkurver, ponderalt indeks (kg/m³), hudfoldsmålinger, taljemål og hofte-talje-ratio. Hos voksne anvendes BMI ofte til at klassificere overvægt, hvorimod der ikke er samme internationale enighed om klassifikationen af overvægt blandt børn. Hos børn varierer BMI stærkt med køn og alder, og derfor anvendes såkaldte alders- og kønsspecifikke BMI-grænser. Der er imidlertid ikke enighed om, hvilken referencepopulation og hvilke skæringspunkter, der skal anvendes til at definere overvægt og svær overvægt blandt børn (Rolland-Cachere 2011, Ziegler & Nelson 2010, Nysom et al. 2001, Nielsen et al. 2010). Se Svendsen et al. 2013 for en redegørelse og diskussion af hvordan overvægt estimeres blandt børn.

Forekomst

Forekomsten af overvægt blandt børn varierer afhængig af hvilken metode, der anvendes til at

vurdere vægtstatus. I en opgørelse af vægt- og højdedata for københavnske indskolingsbørn (fem til otte år) fra 2007-2008 var forekomsten af overvægt 15,9 % blandt pigerne (inklusive 3,7 % svært overvægtige) og 11,6 % blandt drengene (inklusive 2,6 % svært overvægtige). I perioden 2002-2008 har forekomsten af overvægt og svær overvægt blandt de københavnske indskolingsbørn været forholdsvis konstant (Pearson et al. 2005). På trods af denne tilsyneladende udfladning i forekomsten er overvægt og svær overvægt blandt børn et alvorligt problem, eftersom niveauet fortsat er meget højt, og fordi en stabil forekomst af overvægt og svær overvægt tidligere har været efterfulgt af yderligere stigninger (Rokholm et al. 2010).

Der er begrænset viden om forekomsten af overvægt og svær overvægt blandt spædbørn og førskolebørn. Larsen et al. (2012) har undersøgt forekomsten af overvægt og svær overvægt blandt tre- og femårige i to fynske fødselskohorter fra henholdsvis 1992 og 2001. På baggrund af vækstdata fra alment praktiserende læger fandt forfatterne ingen signifikant ændring i forekomsten af overvægt blandt førskolebørnene over den tiårige periode. Forekomsten lå nogenlunde stabilt omkring 10 % (Larsen et al. 2012).

Risikofaktorer for overvægt

Der er store individuelle forskelle i vægtudvikling selv med samme energiindtag og -forbrug, hvilket antyder forskelle i individers sårbarhed over for udvikling af overvægt. Denne forskel i sårbarhed kan skyldes genetiske forskelle eller tidligere miljøpåvirkninger, der først senere viser sig i form af udvikling af overvægt (Sørensen 2009).

Udviklingen af overvægt er altså multifaktoriel og påvirkes udover af energibalancen af arvelighed, livsstil, sociale og kulturelle vilkår.

”
En markant social skævhed ses i forekomsten af overvægt
”



Af betydelige livsstilsfaktorer kan nævnes stil-lesiddende adfærd og kostindtag. Herudover har miljø betydning for udvikling af overvægt, idet tilgængelighed, pris og markedsføring af fødevarer samt motiverende faktorer for eller imod fysisk aktivitet er med til at påvirke befolkningens sundhedsadfærd (Mølgaard et al. 2007). Der ses sociale skævheder i forekomsten af overvægt, med de højeste forekomster blandt børn med lavere social status (Due et al. 2009, Wedderkopp et al. 2001). I danske studier er der fundet sammenhæng mellem overvægt hos barnet og henholdsvis anden etnisk baggrund end dansk (Olsen et al. 2006, Aarup et al. 2008), lavere social status, høj fødselsvægt, og overvægt hos forældrene (Aarup et al. 2008). Også psykosociale faktorer såsom omsorgssvigt og svage sociale relationer ser ud til at øge risikoen for overvægt (Anderson et al. 2012, Lissau & Sørensen 1994).

Tidlige faktorer, der har indflydelse på vækst i spædbarnsalderen og risiko for overvægt, er genetiske træk, højt BMI hos moren før graviditeten, stor vægtøgning under graviditeten, mors rygning under og efter graviditeten, kortvarig amning og tidlig introduktion af fast føde (Monasta et al. 2010, Reilly et al. 2005). Amning er en beskyttende faktor, men effekten kan være blandet med effekten af, hvornår anden føde introduceres (Schack-Nielsen et al. 2010). Høj fødselsvægt og kombinationen af lav fødselsvægt og hurtig vægtøgning i de første levemåned er desuden associeret med øget risiko for overvægt senere i barndommen (Kerkhof et al. 2012, Yu et al. 2011).

Formål

Med udgangspunkt i overstående beskrivelse af risikofaktorer for overvægt i barndommen er formålene med dette temaafsnit: 1) at belyse risikofaktorer for overvægt i indskolingsalderen,

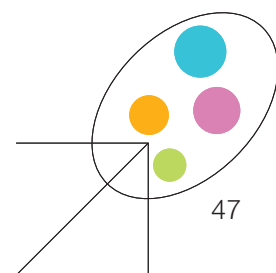
2) at undersøge sammenhængen mellem vægtstatus i spædbarnsalderen og overvægt ved indskolingsalderen.

Datagrundlag og vurdering af overvægt

Data om risikofaktorer for overvægt i indskolingsalderen stammer fra sundhedsplejerskernes journaler. Analyserne omfatter 3304 børn, indskolingsundersøgt i 2011/12, der både har information fra indskolings- og spædbarnsjournalen.

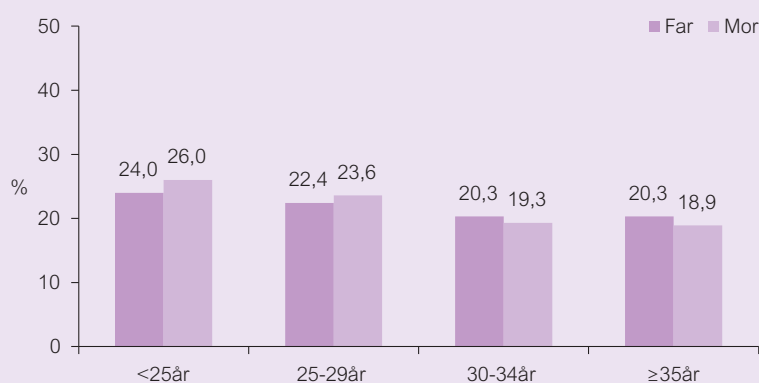
Information om vægt og højde ved seks til timåneders alderen stammer fra sundhedsplejerskens besøg i barnet første leveår. På baggrund af disse vækstmålinger samt barnets præcise alder ved målingerne defineres vægtstatus ud fra WHO-vækstreferencer for børn i alderen nul til fem år (WHO 2006). Vægtstatus i seks til timåneders alderen er inddelt i kategorierne 'normalvægtig', 'i risiko for overvægt' og 'overvægtig/svært overvægtig'.

Højde- og vægtmålinger ved indskolingsundersøgelsen er anvendt sammen med barnets køn og præcise alder til at definere vægtstatus ved indskolingen. Dette er gjort ved brug af WHO-referenceværdier for børn i alderen fem til nitten år (de Onis et al. 2007). Børnene er inddelt i kategorierne 'normalvægtig' og 'overvægtig', hvor kategorien 'overvægt' også indeholder de svært overvægtige børn.

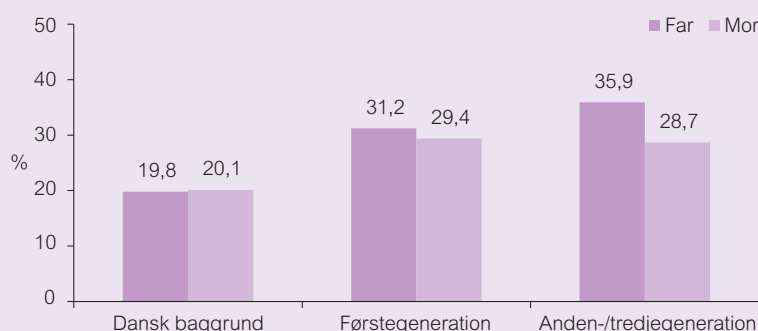




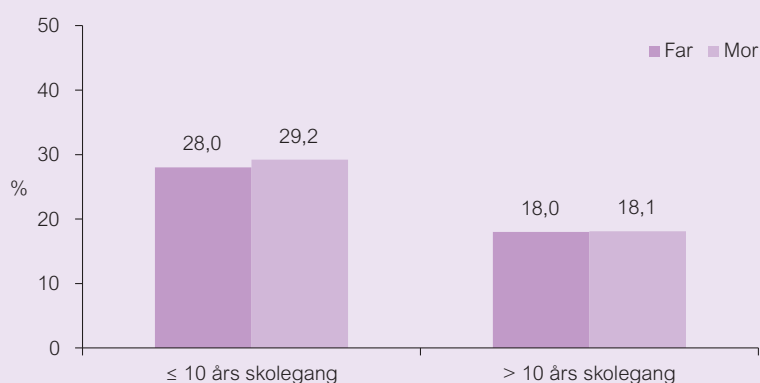
Figur 5.3.1 Forekomst af overvægt i indskolingsalderen efter mors og fars alder ved fødslen



Figur 5.3.2 Forekomst af overvægt i indskolingsalderen efter forældrenes indvandrerstatus



Figur 5.3.3 Forekomst af overvægt i indskolingsalderen efter forældrenes uddannelse



Resultater

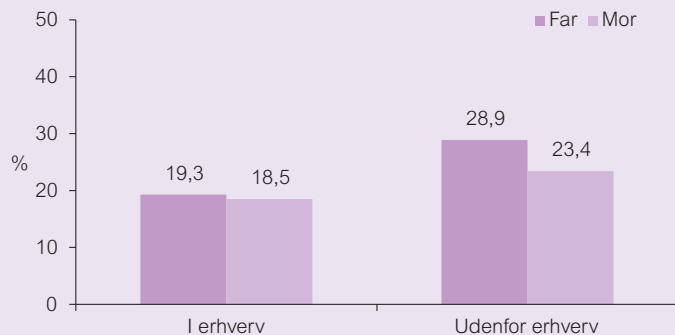
Blandt de 3304 børn, der indgår i analysen, var 16,9 % overvægtige ved indskolingsalderen, og 4,3 % var svært overvægtige (samlet 21,2 %). I de følgende analyser skelnes ikke mellem overvægt og svært overvægt.

Risikofaktorer for overvægt i indskolingsalderen Sociodemografiske forhold

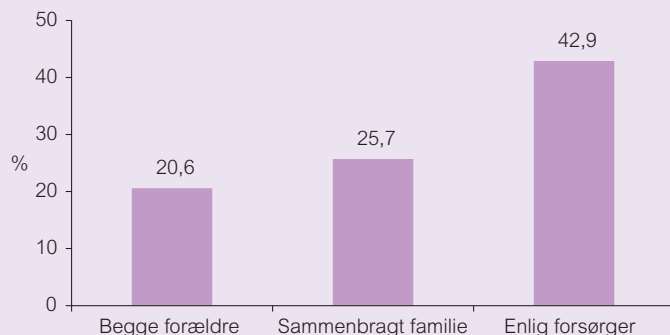
Forekomsten af overvægt efter sociodemografiske forhold ses i figur 5.3.1-5.3.5. Forekomsten af overvægt er større blandt børn af indvandrerforældre end børn af danske forældre. Ydermere ses en markant social skævhed i forekomsten af overvægt. Blandt børn, hvor mor havde mindre end ti års skolegang, er forekomsten af overvægt 29,2 %, sammenlignet med 18,1 %, hvis mor havde mere end ti års skolegang. En tilsvarende variation i forekomsten af overvægt ses i forhold til fars uddannelse. Forekomsten af overvægt blandt indskolingsbørn varierer ligeledes med forældrenes erhvervsstatus; blandt børn, hvor far ikke var i erhverv, er 28,9 % overvægtige eller svært overvægtige. Den tilsvarende andel blandt børn med en erhvervsaktiv far er 18,5 %. Den største variation i forekomsten af overvægt blandt børn ses i forhold til familietype, hvor andelen af overvægtige børn er højest blandt enlige forældre (42,9 %) og lavest blandt børn, der boede samme med begge forældre i spædbarnsalderen (20,6 %).

Nogle gange skyldes en sammenhæng mellem en risikofaktor og et udfald (her overvægt i indskolingsalderen) en forstyrrende indvirkning af en helt tredje faktor. Det kaldes confounding. Man kan i nogen grad gardere sig mod at blive

Figur 5.3.4 Forekomst af overvægt i indskolingsalderen efter forældrenes erhvervsstatus



Figur 5.3. Forekomst af overvægt i indskolingsalderen efter familietype



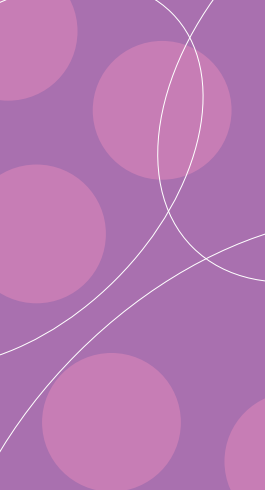
vildledt af confounding gennem statistiske analyser, det man kalder justerede analyser. Tabel 5.3.1 viser de justerede analyser af sammenhængen mellem en række sociodemografiske faktorer og risikoen for overvægt i indskolingsalderen målt med odds ratio (OR). OR sættes til 1,0 i referencekategorien, dvs. den gruppe man sammenligner med. Hvis OR er højere eller

lavere end 1,0 betyder det, at risikoen er højere eller lavere end referencegruppen. Hvis en bestemt gruppe børn har en OR på 2,0, har denne gruppe dobbelt så stor risiko (odds) for overvægt som børnene i referencekategorien. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0, er der ikke nogen statistisk sikker forskel mellem en given gruppe og referencegruppen.

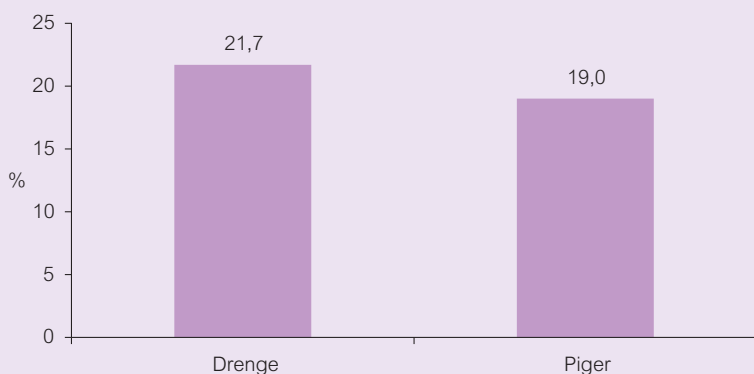
Risikofaktorer (antal børn, der indgår i analysen)	OR med 95 % sikkerhedsintervaller for overvægt i indskolingsalderen
Mors alder ved fødslen ^a (n=3079)	
<25 år	1,51 (1,10-2,08)
25-29 år	1,33 (1,04-1,69)
30-34 år	1,03 (0,81-1,31)
≥35 år (reference)	1
Fars alder ved fødslen ^a (n=2956)	
<25 år	1,24 (0,80-1,93)
25-29 år	1,14 (0,90-1,44)
30-34 år	1,00 (0,81-1,23)
≥35 år (reference)	1
Mors indvandrerstatus ^a (n=3164)	
Dansk baggrund (reference)	1
Førstegenerationsindvandrer	1,66 (1,28-2,15)
Anden-/tredjegerationsindvandrer	1,61 (1,00-2,58)
Fars indvandrerstatus ^a (n=3166)	
Dansk baggrund (reference)	1
Førstegenerationsindvandrer	1,84 (1,41-2,39)
Anden-/tredjegerationsindvandrer	2,27 (1,42-3,64)
Antal forældre med mere end 10 års skolegang ^b (n=3072)	
To forældre med mere end 10 års skolegang (reference)	1
En forælder med mere end 10 års skolegang	1,21 (0,93-1,57)
Ingen forældre med mere end 10 års skolegang	1,80 (1,26-2,55)
Antal forældre i erhverv ^c (n=3072)	
To forældre i erhverv (reference)	1
En forælder i erhverv	0,92 (0,71-1,19)
Ingen forældre i erhverv	1,39 (0,85-2,27)
Familietype ^d	
Begge forældre (reference)	1
Sammenbragt familie	1,18 (0,67-2,08)
Enlig forsørger	2,59 (1,28-5,22)

^a Ikke justeret
^b Justeret for mors alder, mors og fars indvandrerstatus og familietype
^c Justeret for mors alder, mors og fars indvandrerstatus, antal forældre med mere end 10 års skolegang og familietype
^d Justeret for mors alder, mors og fars indvandrerstatus, antal forældre med mere end 10 års skolegang og antal forældre i erhverv

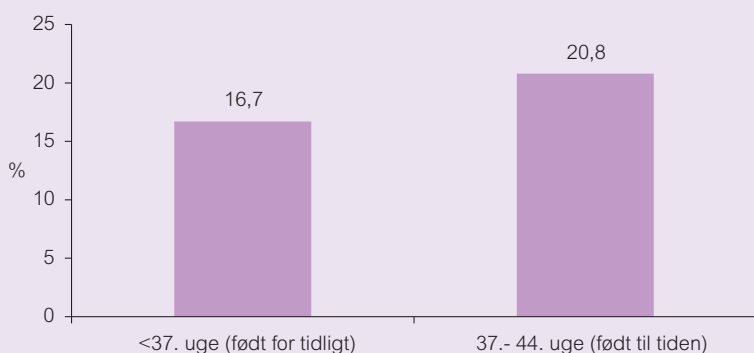
Tabel 5.3.1 Risiko for overvægt i indskolingsalderen efter sociodemografiske faktorer. Justerede analyser. Risiko målt med odds ratio (OR).



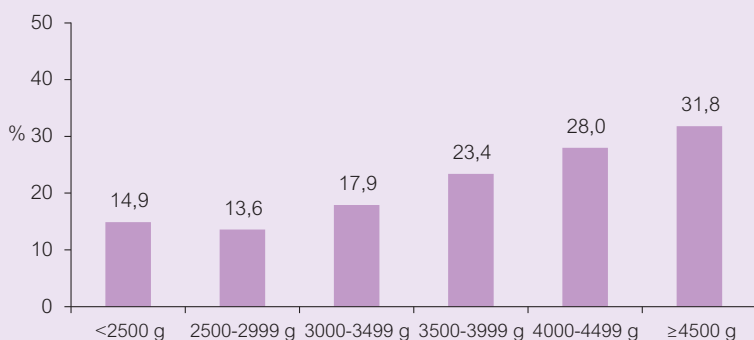
Figur 5.3. Forekomst af overvægt i indskolingsalderen for drenge og piger



Figur 5.3. Forekomst af overvægt i indskolingsalderen efter gestationsalder



Figur 5.3. Forekomst af overvægt i indskolingsalderen efter fødselsvægt



De justerede analyser viser, at risikoen for overvægt i indskolingsalderen er signifikant forhøjet blandt børn, hvis mor er yngre end 30 år, hvis mor eller far er første-, anden- eller tredjegenerationsindvandrere, og hvor begge forældre har højst ti års skolegang. Endelig viser analyserne, at børn, der boede med en enlig forsøger, har to en halv gang større risiko for overvægt i indskolingsalderen end børn, der boede med begge forældre i spædbarnsalderen.

Risikofaktorer hos barnet

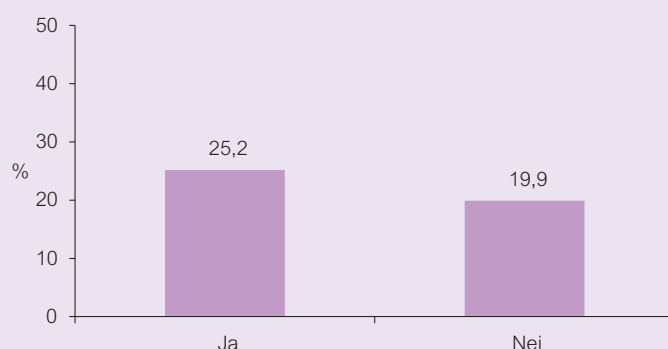
Figur 5.3.6 viser, at forekomsten af overvægt i indskolingsalderen er lidt større blandt drenge (21,7 %) end blandt piger (19,9 %). Størstedelen (93,8 %) af børnene i rapporten er født efter 36. svangerskabsuge. Blandt børn født før 37. uge (for tidlig født), er forekomsten af overvægt i indskolingsalderen mindre end blandt børn født efter 36. uge. Forekomsten af overvægt er højest blandt de 152 børn, der er født efter uge 42, hvor 26,3 % er overvægtige (figur ikke vist). I den lille gruppe af børn (43 børn) født før uge 32 (meget for tidligt) ses ligeledes en øget forekomst af overvægt, idet 23,3 % af disse børn er overvægtige (figur ikke vist). Lav fødselsvægt defineres ved en vægt under 2500 gram. Ud af de børn, hvorom der er data, havde 94,4 % normal fødselsvægt. Af figur 5.3.8 ses en tendens til stigende forekomst af overvægt med stigende fødselsvægt, når fødselsvægten er over 2500 gram. I figur 5.3.9 ses, at forekomsten af overvægt er knap syv procentpoint større blandt børn der blev ammet fuldt i mindre end fire måneder, når der sammenlignes med børn, der blev ammet fuldt i mindst fire måneder. Forekomsten af overvægt var fem procentpoint højere blandt børn udsat for passiv rygning i spædbarnsalderen, end blandt ikke eksponerede børn.



Figur 5.3. Forekomst af overvægt i indskolingsalderen efter varighed af fuld amning



Figur 5.3.1 Forekomst af overvægt i indskolingsalderen efter eksponering for passiv rygning



I tabel 5.3.2 ses de justerede analyser af sammenhængen mellem risikofaktorer hos barnet og overvægt i indskolingsalderen. Analyserne viser, at risikoen for overvægt i indskolingsalderen er

signifikant forøget for drenge, hos børn med fødselsvægt over 3500 gram og hos børn der blev ammet fuld i mindre end fire måneder.

Risikofaktorer (antal børn, der indgår i analysen)	OR med 95 % sikkerhedsintervaller for overvægt i indskolingsalderen
Køn^a (n=3167)	
Dreng	1,23 (1,04-1,46)
Pige (reference)	1
Gestationsalder^b (n=3167)	
Født før uge 37	1,31 (0,87-1,98)
Født efter uge 37-44 (reference)	1
Fødselsvægt^b (n=3167)	
<2500 gram	0,89 (0,54-1,47)
2500-2999 gram	0,73 (0,50-1,06)
3000-3499 gram (reference)	1
3500-3999 gram	1,43 (1,12-1,81)
4000-4499 gram	1,94 (1,46-2,59)
≥4500 gram	2,31 (1,41-3,79)
Fuld amning ved fire måneder^c (n=2440)	
Ja (reference)	1
Nej	1,34 (1,05-1,71)
Passiv rygning i spædbarnsalderen^d (n=3072)	
Nej (reference)	1
Ja	1,14 (0,89-1,47)

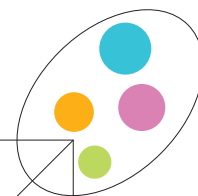
^a Ikke justeret

^b Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang

^c Justeret for mors alder, mors og fars indvandrerbaggrund, antal forældre med mere end 10 års skolegang, familietype og gestationsalder i hele uger

^d Justeret for mors alder, mors og fars indvandrerbaggrund, antal forældre med mere end 10 års skolegang og familietype

Tabel 5.3.2 Risiko for overvægt i indskolingsalderen efter forhold relateret til barnet. Justerede analyser. Risiko målt med odds ratio (OR).



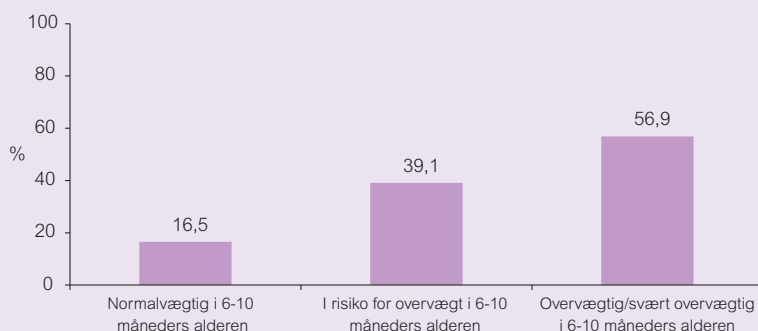


Tidlig vægtstatus og overvægt i indskolingsalderen

For 2433 børn findes data om vægtstatus både i seks til timåneders alderen og ved indskolingsalderen. Ud af disse 2433 børn var 81,4 % normalvægtige (inklusive undervægtige) i seks til timåneders alderen, 14,1 % var i risiko for overvægt og 4,5 % var overvægtige eller svært overvægtige.

Figur 5.3.11 viser, at forekomsten af overvægt i indskolingsalderen gradvist stiger med højere vægtstatus i spædbarnsalderen. Forekomsten af overvægt i indskolingsalderen varierer med godt 40 procentpoint fra 16,5 % blandt børn, der var normalvægtige, til 56,9 % blandt børn, der var

Figur 5.3.11 Forekomst af overvægt i indskolingsalderen efter tidlig vægtstatus



Tabel 5.3.3 Risiko for overvægt i indskolingsalderen efter vægtstatus i seks til timåneders alderen, risiko målt med odds ratio (OR).

Vægtstatus ved seks til ti måneder	OR med 95 % sikkerhedsintervaller for overvægt i indskolingsalderen ^a		
	Samlet (n=1474)	Drenge (n=679)	Piger (n=768)
Normalvægtig (reference)	1	1	1
I risiko for overvægt	3,51 (2,53-4,89)	3,47 (2,08-5,77)	3,61 (2,32-5,62)
Overvægtig/svært overvægtig	7,18 (4,00-12,57)	7,85 (3,69-16,71)	6,21 (2,64-14,62)

^a Justeret for mors alder, mors og fars indvandrerstatus, antal forældre med mere end 10 års skolegang, familietype, antal uger fuldt ammet, gestationsalder i uger.

overvægtige eller svært overvægtige i seks til timåneders alderen.

Justerede analyser (tabel 5.3.3) viser, at risikoen for overvægt i indskolingsalderen er mere end tre gange så stor for børn, der ved seks til timåneders alderen var i risiko for overvægt, og cirka syv gang større for børn, der var overvægtige eller svært overvægtige. Sammenhængen mellem overvægt/svært overvægt i seks til timåneders alderen og overvægt i indskolingsalderen er en smule stærkere for drenge end piger.

Sammenfatning

Dette afsnit bekræfter, at forekomsten af overvægt både i spædbarns- og indskolingsalderen fortsat er høj. Analyserne viser en stærk forøget risiko for overvægt i indskolingsalderen blandt børn, der var i risiko for overvægt eller overvægtige/svært overvægtige i spædbarnsalderen. Sociodemografiske forhold, herunder ung alder hos moderen, lav uddannelse hos forældrene, enlig forsøger og forældre med indvandrerbaggrund var ligeledes signifikante risikofaktorer for overvægt i indskolingsalderen. Ydermere havde børn med fødselsvægt over 3500 gram og børn, der blev ammet fuldt i mindre end fire måneder, en signifikant forøget risiko for overvægt i indskolingsalderen.



5.4 Motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen

Sanne Ellegaard Jørgensen, Carina Sjöberg
Brixval, Maria Svendsen,
Signe Boe Rayce og Bjørn Holstein

Motorisk udvikling

Børns motoriske udvikling starter i fosterlivet og fortsætter gennem spædbarnsalderen og den tidlige barndom (Bentsen 2010). I spædbarnsalderen opnår de fleste børn forskellige færdigheder i samme rækkefølge, såkaldte motoriske milepæle, blandt andet at barnet kan sidde, kravle og gå i nævnte rækkefølge. Alderen for, hvornår barnet behersker de motoriske færdigheder varierer, men en udtalt forsinkelse eller udeblivelse af motoriske milepæle kan være tegn på forstyrrelser i udviklingen (Schultz & Balsco 2011). Jo ældre barnet bliver, desto bedre bliver barnet til at koordinere bevægelser og til at udføre mere komplicerede bevægemønstre (Bentsen 2010). En ikke-alderssvarende motorisk udvikling, hvor forstyrrelser i udviklingen ikke kan tilskrives en veldefineret lidelse, er igennem flere årtier blevet beskrevet i litteraturen med forskellige begreber, herunder developmental dyspraxia, clumsy child syndrome og fumler/tumler (Rasmussen 2004). I internationale sammenhænge er developmental coordination disorder (DCD) den mest udbredte fællesbetegnelse for milde motoriske forstyrrelser hos børn (Barnhart et al. 2003).

Barnets motoriske formåen påvirker udviklingen af andre færdigheder, herunder kognitive, følelsesmæssige og sociale færdigheder (Sigmondsson & Haga 2007, Haywood 2001, Payne & Isacs 2011). Børn med motoriske vanskeligheder har ofte sociale problemer, lavere selvtillid og selvværd samt hyppigere forekomst af angst og depression (Rasmussen 2004, Runge & Andersen 2011). Flere studier har vist, at børn med

DCD også ofte lider af adfærdsproblemer som ADHD, indlæringsvanskeligheder, ordblindhed samt sproglige vanskeligheder. Dette kunne tyde på mere generelle vanskeligheder snarere end specifikke lidelser (Kadesjo & Gillberg 1999, Visser 2003, Henderson & Henderson, 2003, Lingam et al. 2010, Cairney et al. 2010).

Børn med motoriske vanskeligheder er ofte mindre fysisk aktive end deres jævnaldrende uden motoriske vanskeligheder. Det er ikke klarlagt, hvorvidt det er de motoriske vanskeligheder, der medfører et lavt fysisk aktivitetsniveau, eller om det er den omvendte sammenhæng, der gør sig gældende (Cliff et al. 2007).

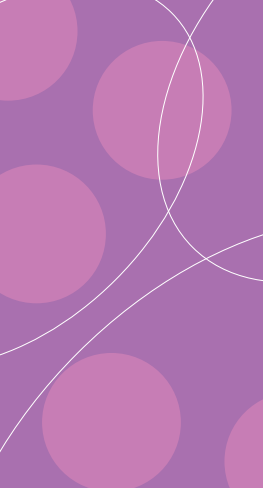
Forekomsten af motoriske vanskeligheder blandt danske børn er dårlig belyst. I et nyligt studie, baseret på fødselskohorten "Bedre sundhed for mor og barn", rapporteres en forekomst af den motoriske udviklingsforstyrrelse DCD på 3,1 % blandt ca. 30.000 syvårige børn (Amby Holst et al. 2013).

Risikofaktorer for motoriske vanskeligheder

Ætiologien bag motoriske udviklingsforstyrrelser kendes ikke med sikkerhed. Flere studier har vist, at børn der er født præterm klarer sig dårligere motorisk sammenlignet med børn født til termin (Østergaard 2008, Missiuna et al. 2008, Lingam et al. 2009, Goyen & Lui 2002, Arnaud et al. 2007, de Kieviet et al. 2009, Kerstjens et al. 2011, Hediger 2002, Zhu, Olsen & Olesen 2012). Kun enkelte studier har undersøgt sammenhængen mellem sociodemografiske faktorer og motoriske vanskeligheder. Resultaterne er inkonsistente. Enkelte studier tyder på, at lav socioøkonomisk position øger risikoen for motoriske vanskeligheder (Lingam et al. 2009, Cools et al. 2011, McPhillips & Jordan-Black 2007, Bart et al.

”
Barnets motoriske formåen påvirker udviklingen af andre færdigheder, herunder kognitive, følelsesmæssige og sociale færdigheder
”





2011). Den motoriske udviklingsforstyrrelse DCD ses oftere blandt drenge end piger (Lingam et al. 2010, Missiuna et al. 2008).

Formål

Med udgangspunkt i overstående beskrivelse af risikofaktorer for motoriske vanskeligheder er formålene med dette temaafsnit: 1) at beskrive forekomsten af motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen ud fra ni motoriske færdigheder, vurderet af sundhedsplejersken i indskolingsundersøgelsen, og 2) at belyse risikofaktorer for motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen.

Datagrundlag og vurdering af motorik

Information om barnets motoriske udvikling i indskolingsalderen stammer fra den motoriske undersøgelser, der gennemføres ved indskolingsundersøgelsen. Undersøgelsen er baseret på den Motorisk-Perceptuelle Udviklingstest (MPU), udviklet i 1977 af fysioterapeuterne Britta Holle, Kirsten Bønnelykke, Ellen Kemp og Lis Thrane Mortense (Grandt 2008, Holle 1997). Sundhedsplejersken observerer, om barnet kan udføre de motoriske færdigheder, der er beskrevet i tabel 5.4.1, i forhold til de nævnte kriterier. Såfremt barnet ikke kan udføre opgaven, svarende til barnets alder, får barnet en bemærkning i forhold til denne færdighed.

Tabel 5.4.1
Oversigt over de ni dele i den motoriske undersøgelse samt tilhørende kriterier for opnåelse af 'ingen bemærkninger'

Element i den motoriske undersøgelse	Kriterier, der skal være opfyldt for ikke at få bemærkning
Gang	<ul style="list-style-type: none"> - Gangen er fri med medsving af armene, - der er krydsmønster dvs. at højre arm svinges frem samtidig med, at venstre ben føres frem, - barnet afvikler i foden, hælen sættes i, hvorefter der afvikles over yderste fodrand til storetåen.
Hoppe	<ul style="list-style-type: none"> - Barnet hopper fremad med samlede ben 6 gange, - barnet sætter af og lander med begge ben samtidig, - der er højde ca. 3 – 5 cm. på hvert hop, - barnet hopper fremad i en glidende bevægelse dvs. uden at stoppe mellem hvert hop.
Balance	<ul style="list-style-type: none"> - Barnet går på line, der er ca. 8 cm. bred og 2 meter lang, - barnet går frem ved at sætte den ene fod foran den anden, - tæerne skal vende fremad.
Gadedrengeløb Piger fra 5 – 6 år, drenge fra 6 – 7 år	<ul style="list-style-type: none"> - Barnet kan udføre gadedrengeløb automatiseret; eventuelt efter, at det er blevet vist, - barnet hinker fremad skiftevis på højre og venstre ben, - gadedrengeløbet er OBS - der er medsving af armene i krydset mønster.
Stå på højre ben og venstre ben	<ul style="list-style-type: none"> - Barnet står på et ben, det andet ben er løftet fri af gulvet i 10 sekunder uden at vakle, - knæene rører ikke hinanden, - begge ben prøves for at se, om der er sideforskel.
Kaste bold med højre hånd og venstre hånd (tennisboldstørrelse), Piger fra 6 – 7 år, drenge fra 5 – 6 år	<ul style="list-style-type: none"> - barnet kaster med overhåndskast, kroppen er med i bevægelsen, barnet kaster lige hen til modtageren.
Gribe bold	<ul style="list-style-type: none"> - Barnet griber bolden foran kroppen (sundhedsplejersken kaster med underhåndskast), - barnet tager i grebet fat om bolden, som ved sammenpresning af en snebold.
Valgt hånd	<ul style="list-style-type: none"> - Barnet har valgt hånd. <p>Observationer: Hvilken hånd bruger barnet, når det siger goddag/farvel? I hvilken hånd tager barnet først bolden. Hvilken hånd tegner barnet med?</p>
Håndgreb	<ul style="list-style-type: none"> - Et voksent udadvendt greb med underarmen hvilende på bordet - 1.- 2.- 3. finger i samme højde på blyanten



I denne rapport defineres motoriske vanskeligheder som mindst tre bemærkninger til den motoriske undersøgelse. Den anvendte screeningsmetode er hensigtsmæssig i daglig praksis, men er ikke videnskabeligt valideret. Motoriske vanskeligheder dækker således ikke en klinisk diagnose for en motorisk udviklingsforstyrrelse, men skal betragtes som en indikator for, at barnet ikke har en alderssvarende motorisk udvikling. Ved analyse af risikofaktorer for motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen anvendes data fra både spædbarns- og indskolingsjournalen. Analyserne tager derfor udgangspunkt i de 3304 børn, indskolingsundersøgt i 2011/12, der både har information fra indskolings- og spædbarnsjournalen.

Resultater

Af de 3304 børn, der indgår i analysen, har 94,5 % data om motorik fra indskolingsundersøgelsen. Heraf har 33,7 % mindst én bemærkning. I figur 5.4.1 ses fordelingen af antal bemærkninger. Størstedelen af børnene med bemærkninger til motorikundersøgelsen, har kun én enkelt bemærkning. Børn med mindst tre bemærkninger til motorik, defineres i denne rapport som havende motoriske vanskeligheder. Ved anvendelse af denne definition har 9,8 % af børnene motoriske vanskeligheder.

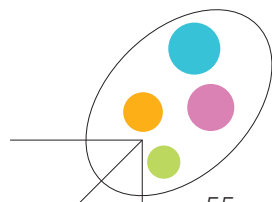
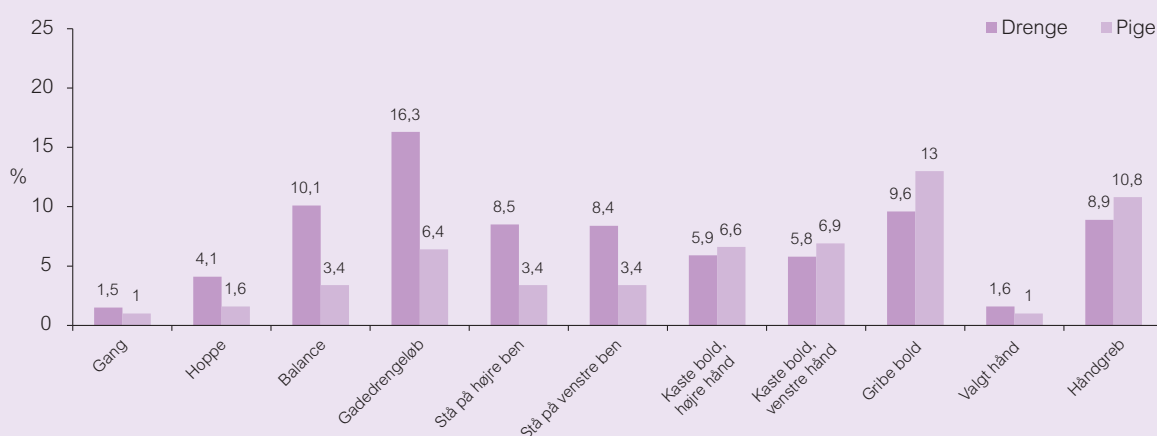
Figur 5.4.1 Forekomst af 1, 2, 3, 4 og 5 eller flere bemærkninger til motorikundersøgelsen blandt drenge og piger



Figur 5.4.2 viser, at særligt drenge har problemer med følgende motoriske færdigheder: hoppe, balance, gadedrengeløb og at stå på et ben. Pigerne har særligt problemer med at gribe bold og med håndgreb. Der er statistisk sikker forskel på andelen af drenge og piger med bemærkninger til hoppe, balance, gadedrengeløb, stå på højre hhv. venstre ben, og gribe bold.

De motoriske færdigheder, der med størst sandsynlighed afslører, om barnet har motoriske vanskeligheder (mindst tre bemærkninger) er at kaste bold og stå på et ben. Eksempelvis har 82,4 % af de drenge, der har problemer med at kaste bold med højre hånd, også problemer med mindst to andre motoriske færdigheder. Samme billede gør sig gældende for pigerne.

Figur 5.4.2 Forekomst af bemærkninger til forskellige motoriske færdigheder i motorikundersøgelsen for drenge og piger





Sundhedsplejerskens undersøgelse af barnets motoriske udvikling foretages individuelt eller i grupper. Langt de fleste børn, indskolet i 2011/12, er undersøgt ved en individuel motorikundersøgelse (65,4 %), mens 34,6 % er undersøgt i grupper. Af figur 5.4.3 ses, at forekomsten af motoriske vanskeligheder er højere for både drenge og piger, hvis undersøgelsen er foregået i gruppe frem for individuelt. Analyser viser en statistisk sikker sammenhæng blandt drenge, hvor risikoen for motoriske vanskeligheder, er to en halv gang større, hvis motorikundersøgelsen er foregået i grupper i forhold til individuelt (analyser ikke vist).

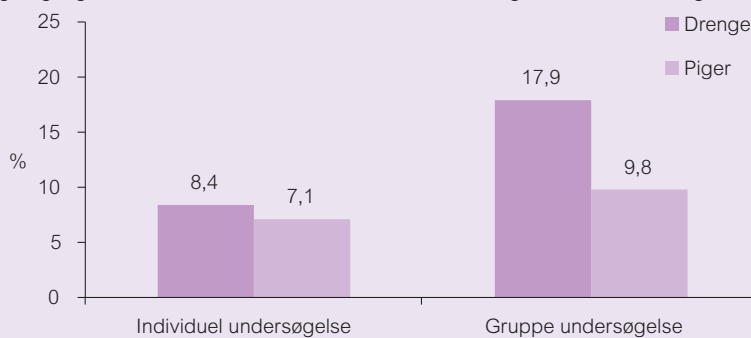
Risikofaktorer for motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen

Sociodemografiske forhold

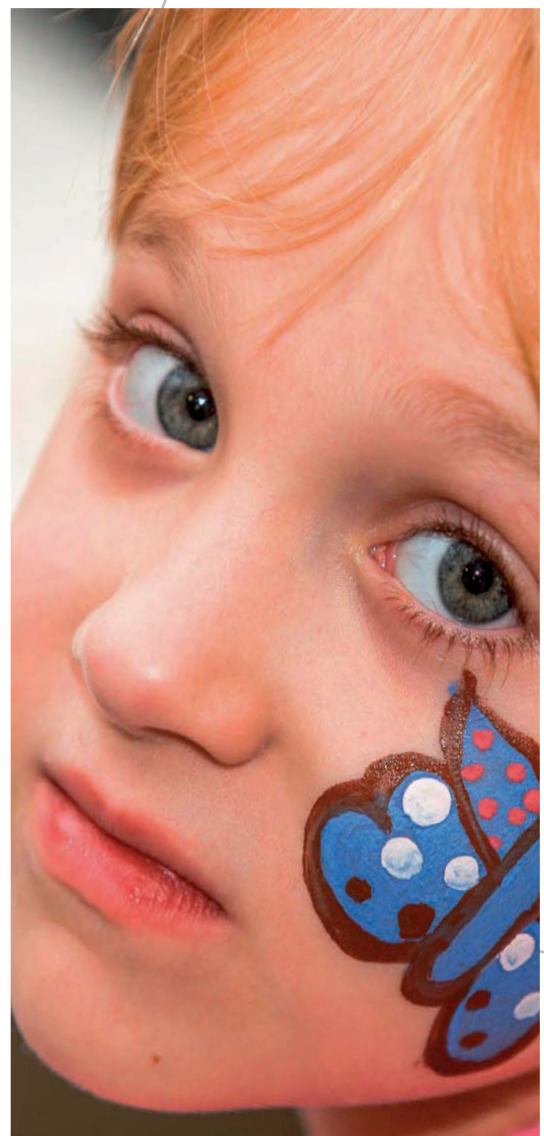
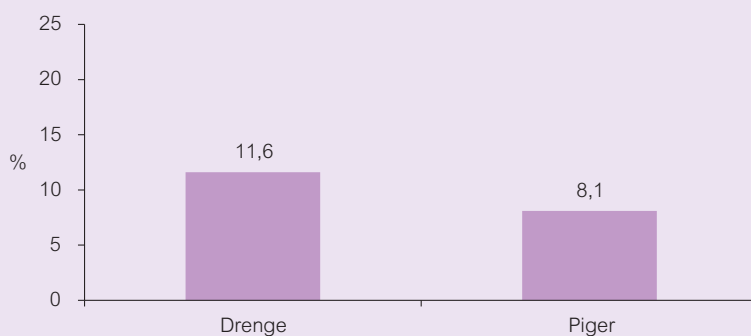
Figur 5.4.4 viser, at en lidt større andel af drengene (11,6 %) klassificeres som havende motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen end pigerne (8,1 %). Forekomsten af motoriske vanskeligheder falder med alder ved motorikundersøgelsen, frem til otte år, hvor der sker en forhøjet forekomst af motoriske vanskeligheder (figur 5.4.5).

Nogle gange skyldes en sammenhæng mellem en risikofaktor og et udfald (her motoriske

Figur 5.4.3 Forekomst af motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen for drenge og piger opdelt efter om barnet er motorikundersøgt individuelt eller i grupper



Figur 5.4.4 Forekomst af motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen for drenge og piger





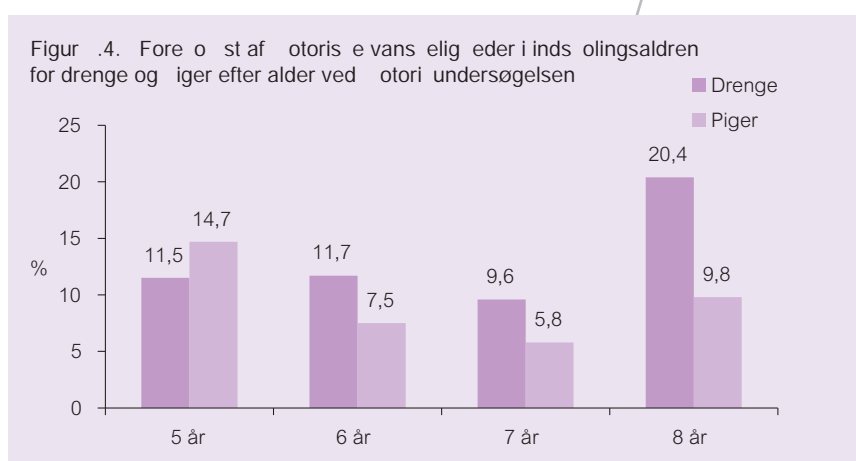
Risikofaktorer (antal børn der indgår i analysen)	OR med 95 % sikkerhedsintervaller for motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen
Køn ^a (n=3123)	
Dreng	1,49 (1,18-1,90)
Pige (reference)	1
Alder ved motorikundersøgelsen ^a (n=3123)	
5 år	1,84 (1,15-2,96)
6 år	1,25 (0,88-1,77)
7 år (reference)	1
8 år	2,21 (1,17- 4,18)

^a Ikke justeret.

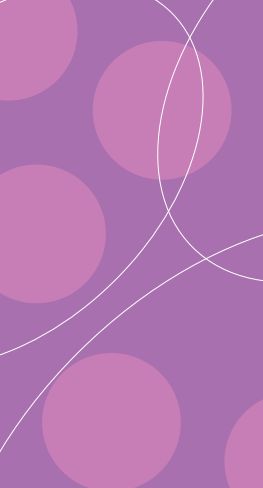
Tabel 5.4.2
Risiko for motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen efter køn og alder ved motorikundersøgelsen. Risiko målt med odds ratio (OR).

vanskeligheder i indskolingsalderen) en forstyrrende indvirkning af en helt tredje faktor. Det kaldes confounding. Man kan i nogen grad gardere sig mod at blive vildledt af confounding gennem statistiske analyser, det man kalder justerede analyser. Tabel 5.4.2 viser de justerede analyser af sammenhængen mellem barnets alder og køn og risikoen for motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen målt med odds ratio (OR). OR sættes til 1,0 i referencekategorien, dvs. den gruppe man sammenligner med. Hvis OR er højere eller lavere end 1,0 betyder det, at risikoen er højere eller lavere end referencegruppen. Hvis en bestemt gruppe børn har en OR på 2,0, har denne gruppe dobbelt så stor risiko (odds) for motoriske vanskeligheder som børnene i referencekategorien. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0, er der ikke nogen statistisk sikker forskel mellem en given gruppe og referencegruppen

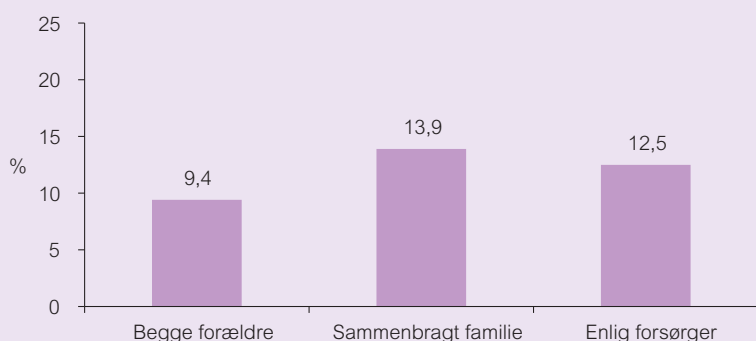
De justerede analyser viser, at forskellen i forekomsten af motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen mellem drenge og piger er statistisk sikker. Analyserne viser ligeledes en statistisk sikker sammenhæng mellem alder



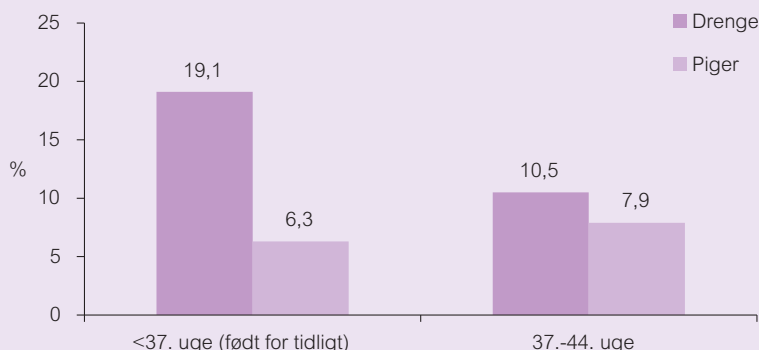
ved indskolingsundersøgelsen og risikoen for motoriske vanskeligheder. Børn, der ved motorikundersøgelsen var fem år, har større risiko for motoriske vanskeligheder end børn, der var syv år ved motorikundersøgelsen. De otteårige børn har ligeledes en forøget risiko for motoriske vanskeligheder, sammenlignet med børn, der var syv år ved motorikundersøgelsen. Denne sammenhæng skyldes formentlig, at den lille gruppe af børn (95 børn), der er otte år ved indskoling, generelt er forsinket i deres udvikling.



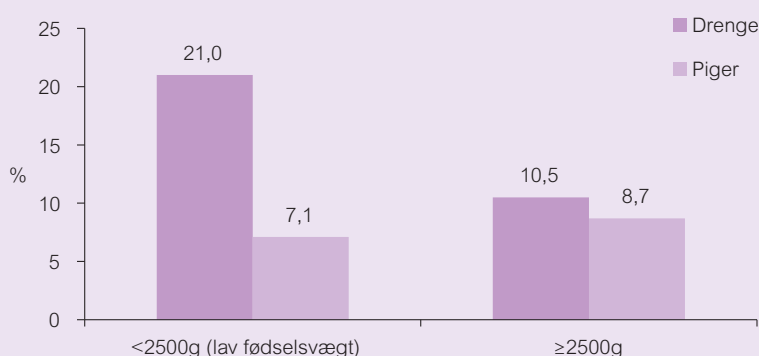
Figur 5.4. Forekomst af motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen for drenge og piger efter familietype



Figur 5.4. Forekomst af motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen for drenge og piger efter gestationsalder



Figur 5.4. Forekomst af motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen for drenge og piger efter fødselsvægt

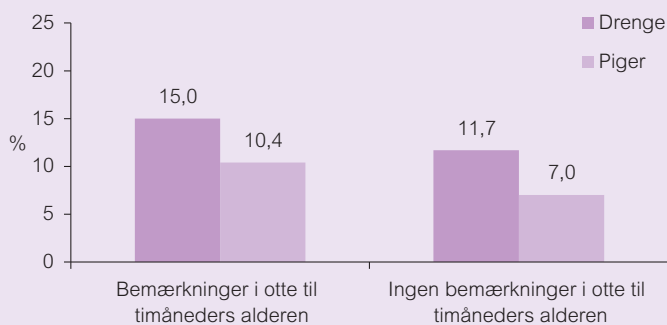


I figur 5.4.6 ses forekomsten af motoriske vanskeligheder efter familietype. Forekomsten af motoriske vanskeligheder er en smule større blandt børn der bor i sammenbragte familier eller med enlige forsørgere, sammenlignet med børn der bor med begge forældre. Justerede analyser bekræfter en forøget risiko for motoriske vanskeligheder blandt disse børn, men sammenhængene er dog ikke statistisk sikre. Analyserne viste ingen betydning af forældrenes alder, indvandrerstatus, uddannelse eller erhvervsstatus for forekomsten af motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen (analyser ikke vist).

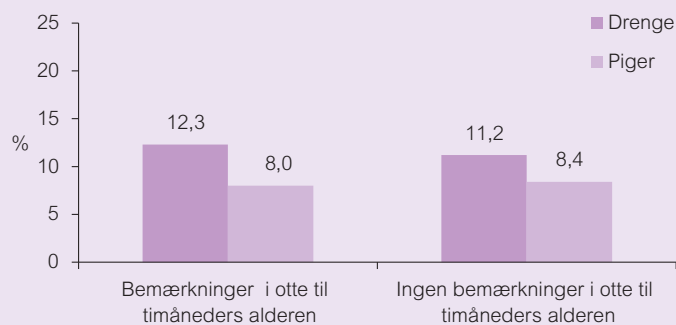
Risikofaktorer hos barnet

I nedenstående figurer ses forekomsten af motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen efter en række forhold ved barnet. Forekomsten af motoriske vanskeligheder er væsentligt større blandt drenge født før 37. gestationsuge og med en fødselsvægt under 2500 gram. Blandt piger ses ingen væsentlige forskelle i forekomsten af motoriske vanskeligheder i forhold til gestationsalder og fødselsvægt. Ved sundhedsplejerskens besøg i otte til to måneders alderen, noteres det, om der er grund til bekymring i forhold til forældre-barn kontakten. Figur 5.4.9 viser en forhøjet forekomst af motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen blandt børn med bemærkninger til forældre-barn kontakten i otte til to måneders alderen. Denne tendens ses både blandt drenge og piger.

Figur 4. Forekomst af motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen for drenge og piger efter bemærkninger til forældre-barn kontakten i otte til ti måneders alderen



Figur 4.1 Forekomst af motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen for drenge og piger efter bemærkninger til motorik i otte til ti måneders alderen



I tabel 5.4.3 ses justerede analyser af sammenhængen mellem forhold relateret til barnet og risikoen for motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen, målt med odds ratio (OR). Drenge, født før uge 37 eller med en fødselsvægt under 2500 gram, har cirka dobbelt så stor risiko for motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen, som drenge født til termin og med normal fødselsvægt. Piger, der havde bemærkninger til forældre-barn kontakten i otte til ti måneders alderen, har en forøget risiko for motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen, dog er sammenhængen ikke statistisk sikker. Analyserne viser ingen sammenhæng mellem barnets motorik i otte til ti måneders alderen og motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen.

Sammenfatning

En relativt stor andel af indskolingsbørnene, 11,6 % af drengene og 8,1 % af pigerne, har motoriske vanskeligheder, defineret som mindst tre bemærkninger til motorik ved sundhedsplejens

indskolingsundersøgelse. Der ses tydelige kønsforskelle i risikofaktorer for motoriske vanskeligheder, fx at drenge, men ikke piger med lav fødselsvægt og gestationsalder under 37 uger har en øget risiko for motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen.

Analyserne viser ingen sammenhæng mellem bemærkninger til motorik i spædbarnsalderen og motoriske vanskeligheder ved indskolingsalderen. Dette fund strider mod fundet i en tidligere rapport fra Databasen Børns Sundhed (Brixval et al. 2011). Her fandt forfatterne en øget risiko for motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen blandt børn med bemærkninger til motorik i spædbarnsalderen. En mulig forklaring på de modstridende fund er den naturlige variation i, hvornår de såkaldte motoriske milepæle opnås i spædbarnsalderen. Forsinket motorisk udvikling i spædbarnsalderen indhentes ofte i løbet af barndommen og er ikke nødvendigvis et udtryk for vedblivende motoriske vanskeligheder (Piek & Dawson 2008, Vaivre-Douret & Lalanne 2011).

”
Forsinket motorisk udvikling i spædbarnsalderen indhentes ofte i løbet af barndommen.
”

Risikofaktorer	OR med 95 % sikkerhedsintervaller for motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen	
	Drenge (antal børn, der indgår i analysen)	Piger (antal børn, der indgår i analysen)
Gestationsalder^a	n=1547	n=1576
Født før uge 37	2,01 (1,19-3,38)	0,79 (0,31-2,00)
Født efter uge 37 (reference)	1	1
Fødselsvægt^a	n=1147	n=1168
<2500 gram	2,28 (1,30-4,02)	0,80 (0,29-2,26)
≥2500 gram (reference)	1	1
Forældre-barn kontakt i otte til timåneders alderen^b	n=1238	n=1256
Ingen bemærkninger (reference)	1	1
Bemærkninger	1,15 (0,56-2,39)	1,45 (0,94-2,23)
Motorik i otte til timåneders alderen^b	n=1238	n=1256
Ingen bemærkninger (reference)	1	1
Bemærkninger	1,19 (0,79-1,80)	0,78 (0,47-1,30)

^a Ikke justeret

^b Justeret for gestationsalder i uger.

Tabel 5.4.3 Risiko for motoriske vanskeligheder i indskolingsalderen efter forhold relateret til barnet. Justerede analyser. Risiko målt med odds ratio (OR).



5.5 Passiv rygning

Sanne Ellegaard Jørgensen , Signe Boe Rayce og Bjørn Holstein

Indånding af røg fra tobaksrygning ved vejrtrækning omtales passiv rygning. Hvis der ryges i hjemmet, bliver beboere i hjemmet, herunder børn, udsat for passiv rygning. Børn er særligt sårbare overfor passiv rygning, fordi deres luftveje, lunger og andre organer ikke er færdigudviklet, og fordi de har en højere respirationsrate og derved indånder flere partikler. Børn tilbringer endvidere mange timer indendørs, hvor de leger og kommer i tæt kontakt med møbler, legetøj mv. hvor de skadelige stoffer fra tobaksrøgen opsamles. Endelig har spædbørn og småbørn ikke mulighed for at bevæge sig væk fra røgen og dermed mindske deres eksponering (Hvidbog om passiv rygning, 2005, Brink & Lawson-Smith, 2008).

Litteratur omhandlende effekten af passiv rygning på børn er omfattende og viser en sikker sammenhæng med en række sygdomsudfald i barndommen. Børn udsat for passiv rygning har en øget risiko for uventet spædbarnsdødelighed (Treyster & Gittermann 2011), udvikling og forværring af astma (Treyster & Gittermann 2011; Burke 2012), luftvejsinfektioner (Jones et al. 2011), bronkitis (Jones et al. 2011) og mellemørebetændelse (Jones et al. 2012).

Udover de ovenfor beskrevne sammenhænge, har studier givet mistanke om, at børn udsat for passiv rygning har en øget risiko for en række andre negative helbredsudfald, herunder kræft i barndommen (Boffetta, 2000; Chang, 2006) allergiske symptomer (Kulig et al. 1999, Lanerö et al. 2008, Hansen et al. 2010), diabetes (Weitzman et al. 2005, Thiering et al. 2011) og overvægt i barndommen (Raum et al. 2011). På længere sigt har børn, som vokser op i hjem,

hvor der ryges, større risiko for selv at blive rygere sammenlignet med børn, der vokser op i ikke-ryger-hjem (Jackson & Henriksen 1997, Kalesan et al. 2006, Gilman et al. 2009).

I en analyse af de årlige omkostninger ved passiv rygning skønnes det, at forebyggelse af passiv rygning i barnealderen vil kunne reducere antallet af hospitalsindlæggelser af børn i Danmark hvert år med ca. otte % (1890 indlæggelser) (Rasmussen, 2004).

Forekomst af passiv rygning blandt børn

Forekomsten af passiv rygning blandt børn er hidtil opgjort på baggrund af forælderreporteringer. I Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden 2010 var forekomsten af rygning i hjem med børn 12 %. Forekomsten af børn udsat for passiv rygning er faldet 5,3 procentpoint fra 2007 til 2010 i Region Hovedstaden (Hammer-Helmich et al. 2010).

Risikofaktorer for passiv rygning blandt børn

Antallet af rygere er faldet drastisk i løbet af de seneste 20-25 år, primært blandt de højere socioøkonomiske grupper (Christensen et al. 2012, Koch et al. 2012). Denne udvikling har resulteret i en markant social ulighed i rygning, således at andelen af rygere nu er størst blandt lavtuddannede og blandt personer uden for erhverv (Koch et al. 2012, Wallby & Hjern 2008). Forekomsten af passiv rygning blandt børn varierer ligeledes med socioøkonomisk position. Flere studier har vist, at børns risiko for at være eksponeret for passiv rygning stiger med forældrenes faldende uddannelsesniveau og erhvervsstatus (Wallby & Hjern 2008, Sims et al. 2010, Moore et al. 2012, Pisinger et al. 2012, Johansen et al. 2009, Bolte et al. 2009).

”
Børn er særligt sårbare overfor passiv rygning, fordi deres luftveje, lunger og andre organer ikke er færdigudviklet
”



Forskningen tyder desuden på, at passiv rygning varierer med etnicitet og indvandrerstatus (Sims 2009; Wallby & Hjern 2008; Bolte 2009). Blandt andet finder et svensk studie, at risikoen for at spædbørnsforældre med anden etnisk baggrund end svensk ryger, er påvirket af rygevanerne i den region, forældrene er født (Wallby & Hjern 2008).

I sundhedsprofilen for Region Hovedstaden 2010, var forekomsten af rygning i hjem med børn 21 % blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, mens forekomsten blandt borgere med dansk baggrund var ti % (Hammer-Helmich 2010). Ydermere har børn af henholdsvis eneforsørgere og yngre mødre højere risiko for at være udsat for passiv rygning (Wallby & Hjern 2008, Bolte et al. 2009, Hammer-Helmich 2010, Johansen et al. 2009).

Formål

Med udgangspunkt i overstående beskrivelse af risikofaktorer for passiv rygning i barndommen samt effekter heraf er formålene med dette temaafsnit: 1) at beskrive forekomsten af passiv rygning blandt børn i første leveår og ved skolestart, 2) at belyse risikofaktorer for passiv rygning i spædbarnsalderen, 3) at undersøge sammenhængen mellem passiv rygning i spædbarnsalderen og ved indskoling og 4) at undersøge betydningen af passiv rygning for udvikling af overvægt ved indskolingsalderen.

Måling af passiv rygning

Data om passiv rygning i rapporten stammer fra sundhedsplejerskernes første besøg efter fødslen, hvor sundhedsplejersken registrerer, om barnet er udsat for passiv rygning i hjemmet. Ydermere anvendes data fra indskolingsundersøgelsen, hvor sundhedsplejersken registrerer

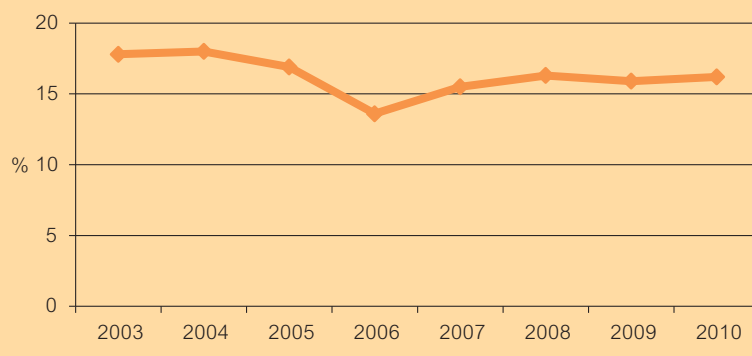
om barnet bor samme med personer, der ryger. Der er en vis usikkerhed forbundet med denne måling af passiv rygning, idet vi ikke kender den præcise eksponeringsgrad.

Resultater

Forekomst af passiv rygning

Blandt de nul til etårige børn i rapporten, født i 2010, var 16,1 % udsat for passiv rygning i hjemmet. For indskolingsbørnene gjaldt det 23,8 %. I figur 5.5.1 ses udviklingen i andelen af spædbørn udsat for passiv rygning i hjemmet, fra 2003 til 2010, i de ti kommuner i Region Hovedstaden, der indgik i Databasen Børns Sundhed i hele perioden. Af figuren ses det, at forekomsten af passiv rygning har varieret mellem 17,8 % og 13,6 % i perioden.

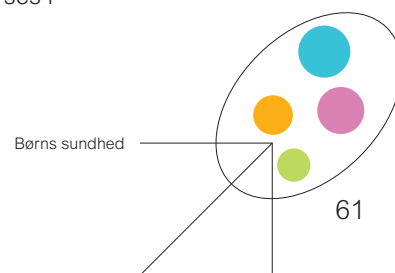
Figur 5.5.1 Procent af spædbørn udsat for passiv rygning i hjemmet i perioden 2003-2010



Sociodemografiske faktorer og passiv rygning i hjemmet

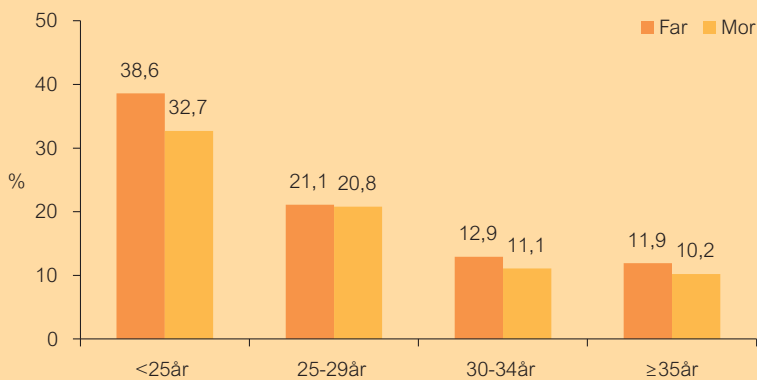
Som beskrevet ovenfor har flere sociodemografiske forhold betydning for, hvorvidt børn udsættes for passiv rygning i hjemmet. Forekomsten af børn, der er udsat for passiv rygning i hjemmet efter disse sociodemografiske forhold ses i figur 5.5.2-5.5.6.

”
Blandt de nul til etårige børn var 16,1 % udsat for passiv rygning i hjemmet
”

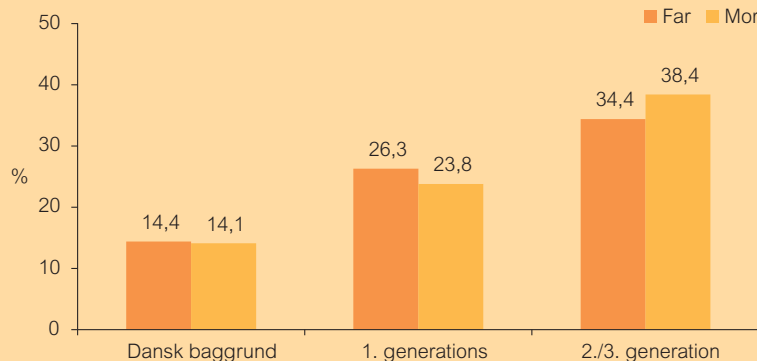




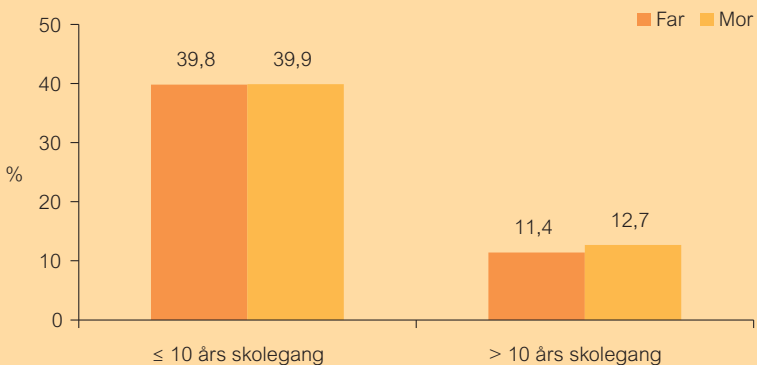
Figur 5.5.2 Forekomst af passiv rygning blandt sødbørn efter forældrenes alder



Figur 5.5.3 Forekomst af passiv rygning blandt sødbørn efter forældrenes indvandrerstatus



Figur 5.5.4 Forekomst af passiv rygning blandt sødbørn efter forældrenes uddannelse



Af figurerne ses, at forekomsten af passiv rygning falder jo ældre forældrene bliver, således at forekomsten er højest blandt de yngste forældre.

I forhold til indvandrerstatus er forekomsten af passiv rygning mindst blandt børn, hvor forældrene har dansk baggrund (ca. 14 %) og højest blandt børn af anden eller tredje generationsindvandrere (ca. 34-38 %).

Figur 5.5.4 viser, at andelen af børn, der udsættes for passiv rygning i hjemmet, er markant større, hvis mor eller far maksimalt har ti års skolegang (ca. 40 %), sammenlignet med børn hvor, mor (12,7 %) og far (11,4 %) har mere end ti års skolegang. Kombineres oplysningerne om mors og fars uddannelse, er den sociale ulighed i passiv rygning endnu mere udtalt. I familier hvor, både mor og far maksimalt har ti års skolegang, er 48,4 % af børnene udsat for passiv rygning (figurer ikke vist).

Ligeledes ses en større forekomst af passiv rygning blandt de børn, hvis mor eller far aktuelt er uden arbejde, sammenlignet med børn, hvis forældre er erhvervsaktive (figur 5.5.5). Kombineres oplysningerne om mors og fars erhvervsstatus ses det, at forekomsten af passiv rygning blandt børn er 42,9 %, hvis både mor og far er udenfor erhverv, mens den tilsvarende andel for børn, hvor den ene forælder er uden erhvervstilknøytning, er 19,2 %. I familier, hvor både mor og far er erhvervsaktive, er forekomsten af passiv rygning 11,5 % (figurer ikke vist). Forekomsten af passiv rygning i hjemmet ses hyppigst blandt børn, som bor i sammenbragte familier. Her er 37,7 % af børnene udsat for passiv rygning. Af de børn, der bor med en enlig forælder, udsættes 34,2 % for passiv rygning (figur 5.5.6).

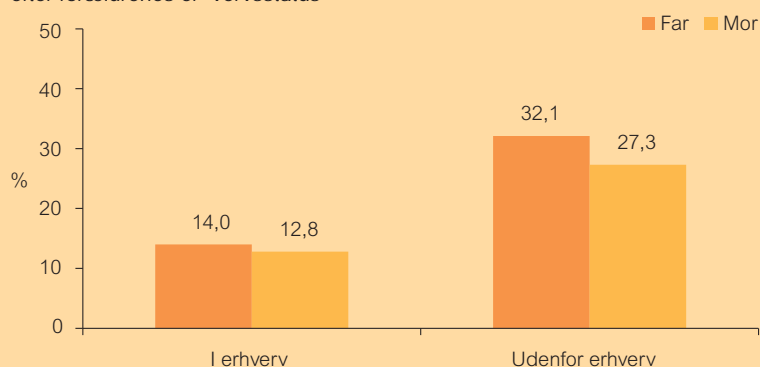


Ovenstående figurer tyder således på, at der fortsat er markant social ulighed i passiv rygning blandt børn. Nogle gange skyldes en sammenhæng mellem en risikofaktor og et udfald (her passiv rygning) en forstyrrende indvirkning af en helt tredje faktor. Det kaldes confounding. Man kan i nogen grad gardere sig mod at blive vildledt af confounding gennem statistiske analyser, det man kalder justerede analyser. Tabel 5.5.1 viser de justerede analyser for risikoen for passiv rygning målt med odds ratio (OR). OR sættes til 1,0 i referencekategorien, dvs. den gruppe man sammenligner med. Hvis OR er højere eller lavere end 1,0 betyder det, at risikoen er højere eller lavere end denne gruppe. Konkret betyder det, at børnene i en kategori med en OR på 2,0 har dobbelt så stor risiko (odds) for passiv rygning som børnene i referencekategorien. Hvis sikkerhedsintervallet rummer værdien 1,0, er der ikke nogen statistisk sikker forskel fra referencegruppen.

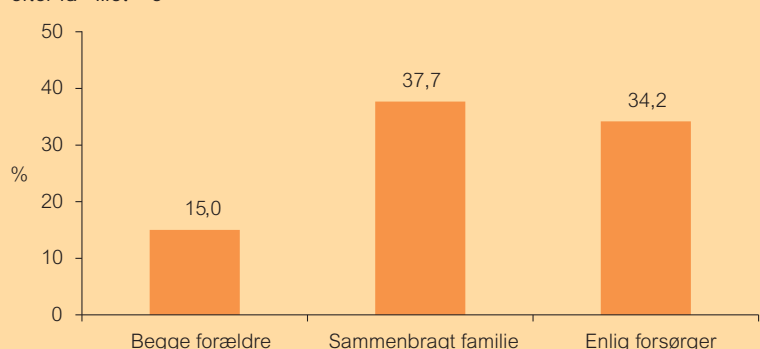
Den sociale ulighed, der antydes i figurerne, bekræftes i de justerede statistiske analyser. Analyserne viser, at følgende sociodemografiske faktorer har en statistisk sikker sammenhæng med øget risiko for, at barnet er udsat for passiv rygning i hjemmet: lavt uddannelsesniveau og ingen erhvervstilknytning hos forældrene, eneforsørgerfamilier og sammenbragte familier, lav alder hos forældrene og indvandrerstatus. Særligt forældrenes uddannelse og alder har betydning; børn, hvor ingen forældre har mere end ti års skolegang, har omkring seks gange større risiko for at være udsat for passiv rygning sammenlignet med børn, hvor begge forældre har mere end ti års skolegang (OR=5,7).

Børn af mødre, der ved fødslen var yngre end 25 år, havde fire gange større risiko for passiv rygning sammenlignet med børn af mødre, der var ældre end 35 år ved fødslen.

Figur 5.5.1 Forekomst af passiv rygning blandt sødbørn efter forældrenes erhvervsstatus



Figur 5.5.2 Forekomst af passiv rygning blandt sødbørn efter familietype



” Forekomsten af passiv rygning i hjemmet ses hyppigst blandt børn, som bor i sammenbragte familier. Her er 37,7 % af børnene udsat for passiv rygning ”





Tabel 5.5.1
 Risiko for passiv rygning blandt spædbørn efter sociodemografiske faktorer. Justerede analyser. Risiko målt med odds ratio (OR).

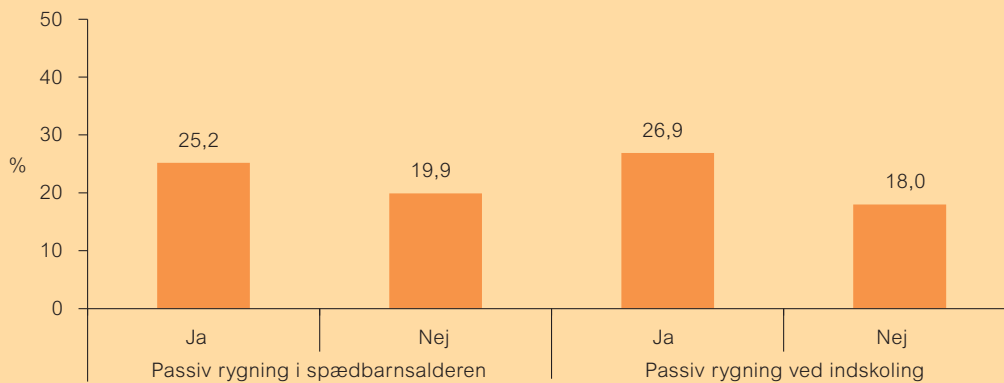
Risikofaktorer (antal børn, der indgår i analysen)	OR med 95 % sikkerhedsintervaller for passiv rygning
Mors alder ved fødslen ^a (n=4080)	
<25år	4,26 (3,23-5,62)
25-29år	2,29 (1,79-2,94)
30-34år	1,10 (0,85-1,42)
≥35år (reference)	1
Fars alder ved fødslen ^a (n=3899)	
<25år	4,65 (3,41-6,36)
25-29år	1,98 (1,57-2,49)
30-34år	1,10 (0,88-1,37)
≥35år (reference)	1
Mors indvandrerstatus ^a (n=4112)	
Dansk baggrund (reference)	1
Førstegenerationsindvandrer	1,91 (1,51-2,41)
Anden-/tredjegerationsindvandrer	3,80 (2,70-5,34)
Fars indvandrerstatus ^a (n=3899)	
Dansk baggrund (reference)	1
Førstegenerationsindvandrer	2,11 (1,65-2,71)
Anden-/tredjegerationsindvandrer	3,11 (2,12-4,57)
Antal forældre med mere end 10 års skolegang ^b (n=3870)	
To forældre med mere end 10 års skolegang (reference)	1
En forælder med mere end 10 års skolegang	2,03 (1,62-2,55)
Ingen forældre med mere end 10 års skolegang	5,73 (3,93-8,36)
Antal forældre i erhverv ^c (n=3870)	
To forældre i erhverv (reference)	1
En forælder i erhverv	1,09 (0,85-1,39)
Ingen forældre i erhverv	2,17 (1,30-3,63)
Familietype ^d (n=3870)	
Begge forældre (reference)	1
Sammenbragt familie	3,53 (1,46-8,55)
Enlig forsørger	2,75 (1,52-5,00)
^a Ikke justeret	
^b Justeret for mors og fars alder, mors og fars indvandrerstatus og familietype	
^c Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang, familietype, mors og fars alder, mors og fars indvandrerstatus	
^d Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang, antal forældre i erhverv, mors og fars alder, mors og fars indvandrerstatus.	

Passiv rygning i spædbarnsalderen og ved indskoling

For 3304 ud af de 4791 indskolingsbørn i rapporten har vi oplysninger fra sundhedsplejerskejournaler om barnets første leveår. Af de indskolingsbørn, vi har spædbarnsinformation om, var 17,4 % udsat for passiv rygning i spædbarnsalderen. Andelen af disse børn, der også er udsat for passiv rygning i indskolingsalderen, udgør

69,9 %. Statistiske analyser af sammenhængen mellem passiv rygning i spædbarnsalderen og i indskolingsalderen viser, at sammenhængen er statistisk sikker. Børn, der udsættes for passiv rygning i spædbarnsalderen, har mere end ti gange større risiko for også at være udsat for passiv rygning i indskolingsalderen, sammenlignet med børn der ikke var udsat for passiv rygning som spæd (OR=10,85, sikkerhedsinterval:

Figur 5.5. Forekomst af overvægt ved indskoling efter eksponering for passiv rygning



8,40-14,03). Analyserne er justeret for forældrenes alder, indvandrerstatus, uddannelse, erhvervstilknnytning og familietype.

Passiv rygning og overvægt ved indskolingsalderen

Som beskrevet er passiv rygning i barndommen mistænkt for at øge risikoen for overvægt (Raum 2011).

I analyserne af sammenhængen mellem passiv rygning og overvægt stammer informationerne om passiv rygning fra både spædbarnsjournaler og indskolingsundersøgelsen. Højde og vægtmålinger ved indskolingsundersøgelsen er anvendt sammen med barnets køn og præcise alder til at definere vægtstatus ved indskoling. Dette er gjort ved brug af WHO-referenceværdier for børn i alderen fem til nitten år (WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2006). Børnene er inddelt i kategorierne 'normalvægtig' og 'overvægtig', hvor kategorien 'overvægtig' også indeholder de svært overvægtige børn. En nærmere beskrivelse af hvordan vægtstatus beregnes kan ses i afsnit 5.3.

Blandt de børn, der indgår i analyserne, var 20,8 % (n=535) overvægtige ved indskolingsalderen. Af figur 5.5.7 ses, at forekomst af overvægt er større blandt børn der var udsat for passiv rygning i spædbarnsalderen og ved indskoling sammenlignet med ikke eksponerede børn.

Tabel 5.5.2 viser justerede analyser af risikoen for overvægt ved indskolingsalderen. Analyserne viser, at børn, der er udsat for passiv rygning ved indskoling, har en halv gang større risiko for overvægt, sammenlignet med børn der ikke er udsat for passiv rygning ved indskoling. Der er ingen statistisk sikker sammenhæng mellem eksponering for passiv rygning i spædbarnsalderen og overvægt ved indskolingsalderen.

Sammenfatning

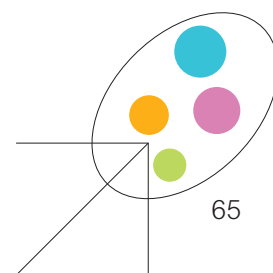
Dette temaafsnit om passiv rygning viser, at et stort mindretal af spædbørnene og indskolingsbørnene i rapporten udsættes for passiv rygning i hjemmet. Analyserne af risikofaktorer for passiv rygning bekræfter, at der er markant social ulighed i passiv rygning. Børn af forældre med mindre end ti års skolegang og uden erhvervstilknnytning har en signifikant større risiko for at være udsat for passiv rygning sammenlignet med børn, hvor forældrene har højere uddannelse og er i erhverv. At være ung, eneforsøger og have indvandrebaggrund var ligeledes signifikante risikofaktorer for passiv rygning. Overordnet er de fundne sammenhænge i god overensstemmelse med den eksisterende forskning på området (Pisinger et al. 2012, Bolte et al. 2009, Sims et al. 2009, Wallby & Hjern 2008, Moore et al. 2012, Johansen et al. 2009; Hammer-Helmich L, 2010). Det vil i fremtidige indsatser mod passiv rygning derfor være relevant at have særligt fokus på ressourcetsvage familier, unge familier og indvandrefamilier.

Tabel 5.5.2 Risiko for overvægt blandt indskolingsbørn efter eksponering for passiv rygning. Justerede analyser, risiko målt med odds ratio (OR).

Eksposering for passiv rygning (antal børn, der indgår i analysen)	OR med 95 % sikkerhedsintervaller for overvægt ved indskoling
Spædbarnsalderen^a (n=3072)	
Nej (reference)	1
Ja	1,15 (0,89-1,48)
Ved indskoling^b (n=3072)	
Nej (reference)	1
Ja	1,47 (1,18-1,83)

^a Justeret for mors alder, mors og fars indvandrerstatus, antal forældre med mere end 10 års skolegang, og familietype

^b Justeret for mors alder, mors og fars indvandrerstatus, antal forældre med mere end 10 års skolegang, familietype og passiv rygning i spædbarnsalderen



en f tning og ds sson

*Bjørn Holstein, Signe Bøe Rayce og
Sanne Ellegaard Jørgensen*

De vigtigste fund

Formålet med denne rapport er at beskrive sundhedstilstanden for børn i første leveår og ved indskoling. Rapporten er baseret på systematiske observationer fra de sundhedsplejersker, som ser og vurderer næsten alle børn. Rapporten bygger på data om 5406 nul til etårige børn fra 11 kommuner og 4791 indskolingsbørn fra 10 kommuner i Region Hovedstaden: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Lyngby-Taarbæk, Rødovre og Tårnby. Hovedresultaterne kan beskrives således:

1. Det overordnede fund

Det overordnede fund er, at de fleste børn er sunde, trives godt og udvikler sig, som de skal. Men der er store mindretal af børn, som trives dårligt eller ikke udvikler sig som de skal.

2. Fødslen

De nyfødte børn har forældre, der i gennemsnit er 33 år for faderen og 30 år for moderen. Meget få er født af en mor under 20 år (1,2 %) eller over 40 år (4,2 %). De fleste fødsler forløber uden problemer, men for 22,2 % af fødslerne har sundhedsplejersken noteret komplikationer og 13,6 % af forældrene oplevede ikke fødselsforløbet som godt. I alt blev 6,3 % af børnene født for tidligt, dvs. før 37 svangerskabsuge. Den gennemsnitlige fødselsvægt var 3457 gram, og 5,1 % af børnene havde fødselsvægt under 2500 gram. Der er registreret misdannelse eller handicap for 4,0 % af børnene. Disse tal ligner landsgennemsnittet.

3. Udvikling i første leveår

I otte til timåneders alderen var der ifølge sundhedsplejerskerne grund til at være urolig over forældre-barn-kontakten for 4,9 % af børnene, og grund til at være urolig for barnets reaktioner og signaler

for 8,5 % af børnene. I denne alder havde 2,4 % af børnene ikke en alderssvarende kommunikation med forældrene. For et stort mindretal - 25,6 % - var den motoriske udvikling ikke alderssvarende.

4. Amning

Amning har en positiv indflydelse på både barn og mors helbred. World Health Organization (WHO) og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn ammes fuldt de første måneder af deres liv. Andelen af børn i rapporten, der ammes fuldt ud, når de er fire måneder (17 uger), er 61,3 %, det højeste niveau i 70 år.

Der er mange risikofaktorer for, at børn ikke bliver ammet eller kun ammet i kort tid. Blandt de vigtigste risikofaktorer er, at barnet er født for tidligt, at barnet ikke bliver lagt til brystet inden for to timer efter fødslen, at barnet får modermælkserstaning under indlæggelsen, at der er grund til bekymring over mors psykiske tilstand, at moderen er meget ung, at forældrene er lavt uddannede, at de lever i en sammenbragt familie eller har indvandrerbaggrund.

5. Mors Psykiske tilstand efter fødslen

Sundhedsplejerskerne observerer mors psykiske tilstand og skriver bemærkninger, hvis de er bekymrede over situationen. Der foretages ikke en egentlig diagnosticering, men tilstanden kan ligne det, man kalder efterfødselsreaktion, 'maternity blues' eller fødselsdepression. Sundhedsplejerskerne skrev bemærkninger til mors psykiske tilstand ved mindst ét besøg for 30,6 % af kvinderne. Ved sundhedsplejerskens besøg, hvor barnet er mellem fire og seks måneder gammelt, var forekomsten 12,6 %.

Analyserne viser, at følgende forhold udgør risikofaktorer for en sådan bekymrende psykisk tilstand: at mor er lavt uddannet, uden arbejde, indvandrer, bor uden barnets far, havde vanskeligheder med at etablere amning og opgav at amme tidligere end anbefalet. De børn, hvor sundhedsplejerskerne havde bekymringer mht. mors psykiske tilstand, havde forøget risiko for problemer med forældre-barn kontakt ved otte til timåneders alderen, forøget



risiko for problemer mht. barnets signaler og reaktioner ved otte til timåneders alderen, og forøget risiko for at have problemer med jævnaldrende ved indskolingen.

6. Vægtudvikling

Blandt de seks til ti måneder gamle børn var 4,3 % overvægtige og 15,2 % grænsende til overvægtige. Ved indskolingsundersøgelsen var 15,9 % af børnene overvægtige og 4,5 % var svært overvægtige. Således var forekomsten af overvægt inklusiv svær overvægt 20,4 %. Forekomsten af overvægt både i spædbarns- og indskolingsalderen er altså fortsat høj, selvom den ikke er steget de seneste år. Analyserne viser en stærk forøget risiko for overvægt i indskolingsalderen blandt børn, der var overvægtige eller grænsende til overvægtige som spæde. Sociodemografiske forhold, herunder ung mor, lavtuddannede forældre, enlig forsøger og forældre med indvandrerbaggrund var ligeledes signifikante risikofaktorer for overvægt i indskolingsalderen. Ydermere havde børn med fødselsvægt over 3500 gram og børn, der ikke blev ammet fuldt i fire måneder, en signifikant forøget risiko for overvægt i indskolingsalderen.

7. Trivsel og udvikling ved skolestart

Ifølge børnenes egne vurderinger havde 5,2 % dårlig almen trivsel og 10,0 % dårlig skoletrivsel. På baggrund af et forældreudfyldt spørgeskema vurderes 4,3 % af børnene at have problemer i forholdet til jævnaldrende ved indskoling. Om 14,3 % af børnene har sundhedsplejersken bemærkninger til barnets udvikling og trivsel, fx at barnet er trist, urolig, unkoncentreret, mangler øjenkontakt, er kontaktsøgende eller for stille. Forekomsten af allergiske lidelser er høj, idet 11,1 % har diagnosticeret allergi og 13,7 % diagnosticeret eksem. Derudover har 8,2 % af børnene en sygdom eller et handicap, 11,1 % har nedsat syn og 23,6 % problemer med hørelsen. Sundhedsplejersken retter også opmærksomheden mod barnets sundhedsadfærd:

5,1 % af børnene var fysisk aktive mindre end en time om dagen, og sundhedsplejersken havde bekymringer med hensyn til mad- og måltidsvaner hos hvert femte indskolingsbarn.

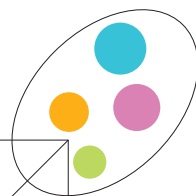
8. Motorisk udvikling

Børns motoriske udvikling starter allerede i fosterlivet og fortsætter gennem spædbarnsalderen og den tidlige barndom. Når barnet er otte til ti måneder gammelt skriver sundhedsplejersken bemærkninger, hvis barnet har problemer med at holde hovedet i midtlinjen, løfte hoved og skuldre i maveleje, støtte på strakte arme i maveleje, trille fra mave til ryg, trække sig op i armene til siddende stilling, trille fra ryg til mave, støtte på flad fod, sidde sikkert selv, lægger an til at kravle, eller med at lægger an til at rejse sig ved støtte. I den aldersgruppe havde 23,7 % af drengene og 27,7 % af pigerne bemærkninger til deres motorik. Forsinket motorisk udvikling i spædbarnsalderen indhentes ofte i løbet af barndommen og er ikke nødvendigvis et udtryk for vedblivende motoriske vanskeligheder.

Ved indskolingsundersøgelsen noterer sundhedsplejersken bemærkninger, hvis barnet har vanskeligheder ved gang, at hoppe, balance, gadedrengeløb, stå på højre hhv. venstre ben, kaste bold med højre hhv. venstre hånd, gribe bold, valgt hånd og håndgreb. Motoriske vanskeligheder defineres i denne rapport som at have tre eller flere bemærkninger til disse emner. En relativt stor andel af indskolingsbørnene, 11,6 % af drengene og 8,1 % af pigerne, har motoriske vanskeligheder, defineret på denne måde. Vores undersøgelser viser følgende risikofaktorer for motoriske vanskeligheder ved indskolingen: født for tidligt (kun drenge) og lav fødselsvægt (kun drenge).

9. Passiv rygning

Blandt de nul til etårige børn født i 2010 var 16,1 % udsat for passiv rygning i hjemmet, blandt indskolingsbørnene gjaldt det 23,8 %. Forekomsten har været nogenlunde konstant i perioden 2003-2010.





Analyserne afdækker flere risikofaktorer for passiv rygning, fx lavtuddannede forældre, forældre uden for arbejdsmarkedet, forældre med indvandrerbaggrund, og meget unge forældre.

10. Social ulighed

For nogle af rapportens temaer er der udtalt social ulighed. Der er fx stærkt forhøjet forekomst af kortvarig ammeperiode, overvægt og at være udsat for passiv rygning blandt børn, hvis forældre har lav uddannelse. For andre temaer er der ingen social ulighed. Psykiske vanskeligheder hos moderen efter fødslen og motoriske problemer ved indskolingen optræder for eksempel lige hyppigt i familier med høj og lav uddannelse.

11. Betydningen af det tidlige liv

Rapporten giver flere eksempler på, at sundhed og trivsel i det tidlige liv trækker spor langt op i barndommen, og som man ved fra anden forskning, langt op i voksenlivet. I denne rapport ser vi, at overvægt i spædbarnsperioden mere end fordobler risikoen for at være overvægtig ved indskolingen, og at psykiske vanskeligheder hos moderen øger risikoen for trivselsproblemer hos barnet helt op til indskolingsalderen. Det støtter filosofien om, at en forebyggende indsats i barndommen har et meget stort potentiale til at styrke folkesundheden på længere sigt.

12. Stort forebyggelsespotentiale

Mange af de problemer, som beskrives i rapporten, kan forebygges eller reduceres: overvægt, motoriske vanskeligheder, problemer med at etablere amning, mors psykiske vanskeligheder er gode eksempler på problemer, som man kan gøre noget ved. Det gælder om at få øje på dem, og det får man kun, hvis man prioriterer at følge med i børnenes udvikling. Selv om der er en ophobning af problemer i familier med lavtuddannede forældre, så er der også mange undtagelser og problemer i familier med veluddannede forældre og mange

ressourcer. Man kan ikke forudsige, hvilke børn som får problemer, så man er nødt til at følge dem alle. Dette er også en grundlæggende filosofi i samfundets forebyggende tilbud til gravide og børn: Svangreomsorg, sundhedspleje, børnetandplejen og børneundersøgelser er for alle, ikke kun udvalgte risikogrupper. Disse forebyggende indsatser løftes af veluddannede faggrupper, som har til opgave at monitorere børnene og gøre en indsats i familier med behov herfor.

Data og metoder

Rapporten omtaler kun et udsnit af sundhedstemaer. Der er mange andre temaer, som kunne være vigtige: Diagnostiserede sygdomme, tandsundhed, fysisk kondition, læring, barnets sociale udvikling, barnets almene funktionsevne, far og mors forældreevne, kvaliteten af dagpasningstilbud, forholdene i hjemmet for nu blot at nævne nogle få. Men rapporten rummer analyser af temaer, som alle er vigtige for børns trivsel og udvikling: amning, motorik, overvægt, efterfødselsreaktioner, vækst, fødselsforløb og barnets psykosociale udvikling. Det er unike data: De findes ikke i noget register, men stammer fra sundhedsplejerskernes systematiske observationer og arbejde med børnene og deres familier.

Det kan være en svaghed, at Databasen Børns Sundhed indtil videre kun rummer data fra 11 af kommunerne i Region Hovedstaden. Men disse 11 kommuner repræsenterer en stor spredning på befolkningsgrupper og social baggrund, så det er vores vurdering, at resultaterne i det store og hele har gyldighed for hele regionen. Det er en styrke, at databasen inkluderer næsten alle de børn, som fødes i de pågældende kommuner. Sundhedsplejersken besøger tæt på 100 % af alle nyfødte. Det betyder at der ikke er problemer med en lav deltagelsesprocent. Det er både en svaghed og en



styrke, at rapporten bygger på en klinisk database. En svaghed, fordi registrering af data nødvendigvis må tilpasses vilkårene i en travl hverdag. Den sundhedsplejerske, som står lige midt i en kaotisk familiesituation eller har en stram besøgsplan, må nødvendigvis prioritere børnene frem for datafangst. Det kan give problemer med en del manglende data. Desuden kan der være variationer i, hvordan sundhedsplejerskerne vurderer børnene. Men det er også en styrke, fordi data kommer fra fagpersoner, som har en særlig uddannelse i at observere og bedømme spæd- og småbørns trivsel og udvikling. Sundhedsplejerskerne i de involverede kommuner har tilmed engageret sig i at skabe en database med systematiske og kvalitetssikrede data, og de baserer deres registrering på en fælles manual med præcise angivelser af, hvordan de mange temaer skal defineres.

Bag de mange data i rapporten gemmer sig en række metodeproblemer. Et godt eksempel er definition af overvægt. Det lyder enkelt, men sandheden er, at der er mindst fire forskellige metoder til at opgøre og afgrænse overvægt: BMI, IOTF-justeret BMI, WHO-justeret BMI, og kropsmasse over en vis percentil (Svendsen et al. 2013). Disse metoder giver vidt forskellige resultater mht. forekomsten af overvægt. Det skal man være opmærksom på, hvis man sammenligner tallene i rapporten med andre undersøgelser.

Et andet eksempel er motoriske vanskeligheder. Også her er der mange forskellige opgørelsesmetoder, som giver vidt forskellige resultater, og det kniber med at finde en solidt valideret metode. Heldigvis benytter sundhedsplejerskerne i de 11 deltagende kommuner en og samme metode, som ud fra en faglig vurdering virker fornuftig.

Et tredje eksempel er analyser af social ulighed. Hvordan skal man kategorisere familierne? Efter uddannelse, erhverv, beskæftigelse, indkomst eller på helt andre måder? Igen er der mange tilgængelige metoder. Vi benytter en meget grov opdeling efter forældres uddannelse og beskæftigelse. Men selv

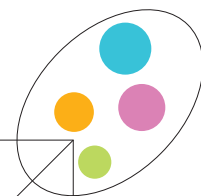
denne grove metode viser med al ønskelig tydelighed, at der er meget store sociale uligheder i børns sundhed og udvikling, se punkt 10 ovenfor. Selv om databasen rummer data om ca. 4800 børn indskolet i 2011/12, så er nogle af analyserne baseret på et begrænset materiale, ca. 2500 børn. Det skyldes flytninger: mange familier flytter kommune i perioden fra barnets første leveår til indskoling, så de analyser, der baseres på data fra både første leveår og indskoling, må nødvendigvis indskrænkes til de ca. 2500 børn, hvor begge sæt data er tilgængelige. Det er vores vurdering, at denne begrænsning ikke har større konsekvenser for rapportens fund.

Hvad kan rapporten bruges til?

Der kan være langt fra data til handling. Alligevel mener vi, at denne rapport giver muligheder for styrkelse af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med børn i Region Hovedstaden. Et fornuftigt første led i al forebyggende indsats er monitorering, hvor man retter opmærksomheden mod forebyggelige sundhedsproblemer. Databasen Børns Sundhed er et sådant redskab til monitorering af børnesundheden i regionen.

Et andet led i forebyggelse er prioritering af en aktiv og målrettet indsats. Det er vores håb, at rapporten inspirerer aktørerne på børneområdet til at prioritere de temaer, som rapporten handler om, fx. en styrket indsats for amning, et styrket indsats for mødre med efterfødselsreaktioner, en styrket indsats for børns motoriske udvikling, en styrket indsats for at beskytte børn mod passiv rygning, en styrket forebyggelse af overvægt, og en styrket indsats for at mindske sociale uligheder. Rapporten beskriver kendetegn ved børn og familier med særlig høj risiko for problemer. Dette kan bidrage til at målrette den forebyggende indsats.

”
Et fornuftigt første led i al forebyggende indsats er monitorering, hvor man retter opmærksomheden mod forebyggelige sundhedsproblemer
”



referen er



Amby Holst C, Ellegaard Jørgensen S, Wohlfahrt J, Andersen AMN, Melbye M. Fever during pregnancy and motor development in the offspring: A study within the Danish National Birth Cohort (Indsendt 2013).

Andersen E, Hutchings B, Jansen J, Nyholm M. Danske børns højde og vægt. *Ugeskr Læger* 1982; 144: 1760-5.

Andersen LG, Holst C, Michaelsen KF, Baker JL, Sorensen TI. Weight and weight gain during early infancy predict childhood obesity: a case-cohort study. *Int J Obes (Lond)* 2012; 36: 1306-11.

Anderson SE, Gooze RA, Lemeshow S, Whitaker RC. Quality of early maternal-child relationship and risk of adolescent obesity. *Pediatrics* 2012; 129: 132-40.

Arnaud C, Daubisse-Marliac L, White-Koning M, Pierrat V, Larroque B, Grandjean H, Alberge C, Marret S, Burguet A, Ancel PY, Supernant K, Kaminski M. prevalence and associated factors of minor neuromotor dysfunctions at age 5 years in prematurely born children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 1053-61.

Baird J, Fisher D, Lucas P, Kleijnen J, Roberts H, Law C. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *Br Med J* 2005; 331: 929.

Bakke L, Fogh A, Hallgreen AH, Salter A, Therkildsen I, Poulsen JW. Ammeundersøgelse år 2000. Fagligt Forum for Amtssundhedsplejersker, 2001.

Barnhart RC, Davenport MJ, Epps SB, Nordquist VM. Developmental coordination disorder. *Physical Ther* 2003; 83: 722-31.

Bart O, Jarus T, Erez Y, Rosenberg L. How do young children with DCD participate and enjoy daily activities? *Res Dev Disabil* 2011; 32: 1317-22.

Basso O, Baird DD. Infertility and preterm delivery, birthweight, and caesarean section: a study within the Danish National Birth Cohort. *Hum Reprod* 2003; 18: 2478-84.

Bauman LE, Silver EJ, Stein RE. Cumulative Social Disadvantage and Child Health. *Pediatrics* 2006; 117: 1321-8.

Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs* 1998; 12: 12-20.

Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 698-709.

Bentsen BS. Bevægeomsorg – børnemotorik i teori og praksis. København: Frydenlund, 2010.

Bergh C, Wennerholm UB. Obstetric outcome and long-term follow up of children conceived through assisted reproduction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2012; 26: 841-52.

Biddle SJH, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med* 2011; 45: 886-95.

Boffetta P, Tredaniel J, Greco A. Risk of childhood cancer and adult lung cancer after childhood exposure to passive smoke: A meta-analysis. *Environ Health Perspect* 2000; 108: 73-82.

Bolte G, Fromme H, Group GMES. Socioeconomic determinants of children's environmental tobacco smoke exposure and family's home smoking policy. *Eur J Public Health* 2009; 19: 52-8.

Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, eds. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.

Brand SR, Brennan PA. Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52: 441-55.

Breslin G, Gossrau-Breen D, McCay N, Gilmore G, MacDonald L, Hanna D. Physical activity, gender, weight status, and wellbeing in 9- to 11-year-old children: a cross-sectional survey. *J Phys Act Health* 2012; 9: 394-401.

Brink A-L, Lawson-Smith L. Passiv rygning gør børn syge. København: Kræftens Bekæmpelse, 2008.

Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (1): CD001141.

Brixval CS, Svendsen M, Holstein BE. Årsberetning Databasen Børns Sundhed for børn født i 2010. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2012.

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

Brixval CS, Koushede V. Stor stigning i nyfødte der må have ambulant behandling på sygehuse siden 2008. Ugens tal for folkesundhed. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2011.

Burke H, Leonardi-Bee J, Hashim A, Pine-Abata H, Chen Y, Cook DG, Britton JR, McKeever TM. Prenatal and passive smoke exposure and incidence of asthma and wheeze: systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2012; 129: 735-44.

Cairney J, Veldhuizen S, Szatmari P. Motor coordination and emotional-behavioral problems in children. *Curr Opin Psychiatry* 2010; 23: 324-9.

Carlsund A, Eriksson U, Sellström E. Shared physical custody after family split-up: implications for health and well-being in Swedish schoolchildren. *Acta Paediatr* 2013; 102: 318-23.

Casey BM, McIntire DD, Leveno KJ. The continuing value of the apgar score for the assessment of newborn infants. *N Engl J Med* 2001; 344: 467-71.

Cattaneo A, Monasta L, Stamatakis E, Lioret S, Castetbon K, Frenken F, Manios Y, Moschonis G, Savva S, Zaborskis A, Rito AI, Nanu M, Vignierová J, Caroli M, Ludvigsson J, Koch FS, Serra-Majem L, Szponar L, van Lenthe F, Brug J. Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data. *Obes Rev* 2010; 11: 389-98.

Chang JS, Selvin S, Metayer C, Crouse V, Golembesky A, Buffler PA. Parental smoking and the risk of childhood leukemia. *Am J Epidemiol* 2006; 163: 1091-100.

Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2012.

Christensen P. The health-promoting family: a conceptual framework for future research. *Soc Sci Med* 2001; 59: 377-87.

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

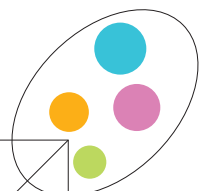
Christoffersen MN, Nielsen AM, Poulsen HD, Sothill K. Langtidseffekter af forældres alkoholmisbrug: et kohortestudie af børn født i Danmark i 1966. *Ugeskr Læger* 2004; 166: 3609-13.

Cliff DP, Okely AD, Smith LM, McKeen K. Relationships between fundamental movement skills and objectively measured physical activity in preschool children. *Pediatr Exerc Sci* 2009; 21: 436-49.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 1240-3.

Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012; 7: 284-94.

Cools W, De Martelaer K, Samaey C, Andries C. Fundamental movement skill performance of preschool children in relation to family context. *J Sports Sci* 2011; 29: 649-60.



- Danmarks Statistik. Kvinder og Mænd. København: Danmarks Statistik, 2011
- de Bie HMA, Oostrom KJ, Delemarre-van de Waal, HA. Brain development, intelligence and cognitive outcome in children born small for gestational age. *Horm Res Paediatr* 2010; 73: 6-14.
- de Kieviet JF, Piek JP, Aarnoudse-Moens CS, Oosterlaan J. Motor development in very pre-term and very low-birth-weight children from birth to adolescence: A meta-analysis. *JAMA* 2009; 302: 2235-42.
- de Onis M, Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use? *Int J Pediatr Obes* 2010; 5: 458-60.
- de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 660-7.
- Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatr* 2007; 96: 590-4.
- Due P, Heitmann BL, Sørensen TI. 2007. Prevalence of obesity in Denmark. *Obes Rev* 2007; 8: 187-9.
- Due P, Krølner R, Rasmussen M, Andersen A, Damsgaard MT, Graham H, Holstein BE. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scand J Public Health* 2011; 39 (Suppl 6): 62-78.
- Due P, Damsgaard MT, Rasmussen M, Holstein BE, Wardle J, Merlo J, Currie C, Ahluwalia N, Sørensen TIA, Lynch J. Socioeconomic position, macroeconomic environment, and overweight among adolescents in 35 countries. *Int J Obesity (Lond)* 2009.
- Duijts L, Ramadhani MK, Moll HA. Breast-feeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review. *Matern Child Nutr* 2009; 5: 199-210.
- Ehrenstein V, Pedersen L, Grijota M, Nielsen GL, Rothman KJ, Sørensen HT. Association of Apgar score at five minutes with long-term neurologic disability and cognitive function in a prevalence study of Danish conscripts. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 9:14.
- Ehrenstein V. Association of Apgar scores with death and neurologic disability. *Clin Epidemiol* 2009; 1: 45-53.
- Ekström A, Widström AM, Nissen E. Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact* 2003; 19: 172-8.
- Ekström A, Widström AM, Nissen E. Breast-feeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women. *Birth* 2003; 30: 261-6.
- Ekström A, Matthiesen AS, Widström AM, Nissen E. Breastfeeding attitudes among counselling health professionals. *Scand J Public Health* 2005; 33: 353-9.
- Elberling H, Linneberg A, Olsen EM, Goodman R, Skovgaard AM. The prevalence of SDQ-measured mental health problems at age 5-7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: the Copenhagen Child Cohort 2000. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19: 725-35.
- Elberling H. Prevalence and predictors of mental health problems and disorders in a general population of 5-7-year-old children (PhD thesis). Copenhagen: University of Copenhagen 2012.
- Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *J Advanced Nurs* 2010; 66: 2142-53.
- Fergusson DM, Woodward LJ. Maternal Age and Educational and Psychosocial Outcomes in Early Adulthood. *J Child Psychol Psychiatr* 1999; 43: 479-89.
- Flacking R, Nyqvist KH, Ewald, U. Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. *Eur J Public Health* 2007; 17: 579-84.
- Fogh A, Hallgreen AH, Salter A, Therkildsen I, Poulsen JW. Ammeundersøgelse år 2000-2002. Fagligt Forum for Amtssundhedsplejersker, 2003.
- Foverskov HK. Er amning for alle? Århus: Aarhus Universitet, Master of Public Health, 2000. Fødselsregisteret 1. halvår 2008, i Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2008. København: Sundhedsstyrelsen 2008.
- Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16: 1-10.
- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 1071-83.
- Gilman SE, Rende R, Boergers J, Abrams DB, Buka SL, Clark MA, Colby SM, Hitsman B, Kazura AN, Lipsitt LP, Lloyd-Richardson EE, Rogers ML, Stanton CA, Stroud LR, Niaura RS. Parental smoking and adolescent smoking initiation: an intergenerational perspective on tobacco control. *Pediatrics* 2009; 123: e274-81.
- Grace SL, Evidar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6: 263-74.
- Grandt V. Vurdering af Motorisk-Perceptuel Udvikling (MPU-testen), Danske Fysioterapeuter, Projekt Måleredskaber <http://fysio.dk/upload/graphics/PDF-filer/Maaleredskaber/vurdering%20MPU.pdf>.
- Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG* 2002; 109: 254-60.
- Goyen TA, Lui K. Longitudinal motor development of "apparently normal" high-risk infants at 18 months, 3 and 5 years. *Early Hum Dev* 2002; 70: 103-15.
- Grane E, Grytter C. Epidemiologi, morbiditet og mortalitet ved fødsel ved gestationsalder på 24-31 uger. *Ugeskr Læger* 2010; 172: 519-24. Gullestrup L, Terp I. Fødselsdepression. København: PsykiatriFondens Forlag 2008.
- Halken S, Backer V. Allergiprofilakse. *Ugeskr Læger* 2005; 167: 656-60
- Hammer-Helmich L, Buhelt LP, Andreasen AH, Robinson KM, Hilding-Nørkjær H, Glümer C. Sundhedsprofil for region og kommuner 2010. København: Region Hovedstaden, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, 2010.
- Hansen K, Mangrio E, Lindström M, Rosvall M. Early exposure to secondhand tobacco smoke and the development of allergic diseases in 4 year old children in Malmö, Sweden. *BMC Pediatr* 2010; 10: 61.
- Hansen CL, Bælum J, Sherson DL, Skadhaug LR, Siersted HC, Omland Ø, Sigsgaard TI & RAV-gruppen. Opvækstforholds betydning for atopiske lidelser hos voksne danskere. *Ugeskr Læger* 2005; 167: 4570-4.
- Haywood KM. *Fundamental Concepts: Life span motor development*, 3rd ed. Champaign: Human Kinetics, 2001, p. 3-16.
- Hediger ML, Overpeck MD, Ruan WJ, Troendle JF. Birthweight and gestational age effects on motor and social development. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2002; 16: 33-46.
- Henderson SE, Henderson L. Toward an understanding of Developmental Coordination Disorder: Terminological and diagnostic issues. *Neural Plast* 2003; 10: 1-13.
- Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003; 30: 175-80.
- Henningsen A, Loft A, Malchau SS, Pindborg A. Prognosen for børn fædt efter assisteret reproduktion. *Ugeskr Læger* 2012; 174: 2462-6.

Holle B. Normale og retarderede børns motoriske udvikling - praktisk vejledning med udviklingsskema og øvelseseksempler. København: Munksgaard 1996.

Holstein BE, Andersen A-MN, Johansen A. Konklusion og perspektiver. Side 191-6 i: Johansen A, Holstein BE, Andersen A-MN, red. Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

Hornnes P. Sikkerhed ved ambulans fødsel. Ugeskr Læger 2011; 173: 2251.

Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victoria CG. Evidence of the long-term effects of breastfeeding. Systematic review and meta analyses. Geneva: World Health Organization, 2007.

Hvidbog om passiv rygning. Udgivet af 16 sundhedsfaglige organisationer. København, 2005.

Häggkvist AP, Brantsaeter AL, Grijbovski AM, Helsing E, Meltzer HM, Haugen M. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. Public Health Nutr 2010; 13: 2076-86.

ILSI. Overweight and Obesity in European Children and Adolescents: Causes and consequences - prevention and treatment. Brussels: The ILSI Europe Overweight and Obesity in Children Task Force, 2000.

Ingerslev HJ, Humaidan P, Andersen AN. Udvikling og udfordringer i fertilitetsbehandlingen i Danmark. Ugeskr Læger 2012; 174: 2439-43.

Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. Breastfeed Med 2009; 4: 17-30.

Iwayama M, Kira R, Kinukawa N, Sakai Y, Torisu H, Sanefuji M, Ishizaki Y, Nose Y, Matsumoto T, Hara T. Parental age and child growth and development: Child health check-up data. Pediatr Intl 2011; 53: 709-14.

Jackson C, Henriksen L. Do as I say: Parent smoking, antismoking socialization, and smoking onset among children. Addict Behav 1997; 22: 107-14.

Jeppesen KJ Nielsen A. Etniske minoritetsbørn i Danmark - det første leveår. København: Socialforskningsinstituttet, 1998.

Johansen A, Holstein BE, Andersen A-MN, red. Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

Johansen A, Jespersen LN, Davidsen M, Michelsen SI, Morgen CS, Helweg-Larsen K, et al. Danske børns sundhed og sygelighed København: Statens Institut for Folkesundhed, 2009.

Jones LL, Hashim A, McKeever T, Cook DG, Britton J, Leonardi-Bee J. Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. Respir Res 2011; 12: 5.

Jones LL, Hassanien A, Cook DG, Britton J, Leonardi-Bee J. Parental smoking and the risk of middle ear disease in children: a systematic review and meta-analysis. Arch Pediatr Adolesc Med 2012; 166: 18-27.

Jørgensen SE, Svendsen M, Holstein BE. Årsberetning Databasen Børns Sundhed - om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2011/12. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2013.

Jørgensen T, Andersen AMN. Den første del af livet, i Johansen A, Holstein BE, Andersen A-MN, red. Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. København; Statens Institut for Folkesundhed, 2007, s. 45-60

Kadesjo B, Gillberg C. Developmental coordination disorder in Swedish 7-year-old children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 820-8.

Kalesan B, Stine J, Alber AJ. The joint influence of parental modeling and positive parental concern on cigarette smoking in middle and high school students. J School Health 2006; 76: 402-7.

Kerkhof GF, Willemsen RH, Leunissen RW, Breukhoven PE, Hokken-Koelega AC. Health profile of young adults born preterm: negative effects of rapid weight gain in early life. J Clin Endocrinol Metab 2012; 97: 4498-4506.

Kerstjens JM, de Winter AF, Bocca-Tjeertes IF, ten Vergert EMJ, Reijneveld SA, Bos AF. Developmental Delay in Moderately Preterm-Born Children at School Entry. J Pediatr 2011; 159: 92-8.

Koch MB, Davidsen M, Juel K. Social ulighed i sundhed, sygelighed og trivsel 2010 og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2012.

Kolby L, Maschorek T, Christensen VB. Høj forekomst af overvægt blandt børn i Sønderjylland. Ugeskr Laeger 2009; 171: 1409-13.

Kronborg H, Væth M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. Scand J Public Health 2004; 32: 210-6.

Kronborg H. Tidligt ammeophør - kan det forebygges? Et forskningsprojekt i sundhedsplejens praksisfelt (ph.d.-afhandling). Århus: Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet, 2006.

Kronborg H, Væth M, Olsen J, Iversen L, Harder, I. Early breastfeeding cessation: validation of a prognostic breastfeeding score. Acta Paediatr 2007; 96: 688-92.

Kronborg H, Væth M, Olsen J, Iversen L, Harder I. Effects of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial. Acta Paediatr 2007; 96: 1064-70.

Kronborg H, Væth M, Olsen J, Harder I. Health visitors and breastfeeding support: influence of knowledge and self-efficacy. Eur J Public Health 2008; 18: 283-8.

Kulig M, Luck W, Lau S, Niggemann B, Bergmann R, Klettke U, et al. Effect of pre- and postnatal tobacco smoke exposure on specific sensitization to food and inhalant allergens during the first 3 years of life. Multicenter Allergy Study Group, Germany. Allergy 1999; 54: 220-8.

Laantera S, Pietila AM, Ekstrom A, Polkki T. Confidence in Breastfeeding Among Pregnant Women. West J Nurs Res 2011; 34: 933-51.

Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierød MB, Bjørneboe GE. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. Acta Paediatr 2003; 92: 152-161.

Lannerö E, Wickman M, van Hage M, Bergström A, Pershagen G, Nordvall L. Exposure to environmental tobacco smoke and sensitization in children. Thorax 2008; 63: 172-6.

Larsen LM, Hertel NT, Mølgaard C, Christensen R, Husby S, Jarbøl DE. Prevalence of overweight and obesity in Danish preschool children over a 10-year period: a study of two birth cohorts in general practice. Acta Paediatr 2012; 101: 201-7.

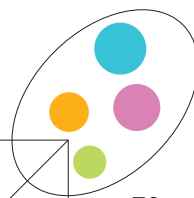
Lapp LK, Agbokou C, Peretti CS, Ferreri F. Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. J Psychosom Obstet Gynecol 2010; 31: 113-22.

Li J, Olsen J, Vestergaard M, Obel C. Low Apgar scores and risk of childhood attention deficit hyperactivity disorder. J Pediatrics 2011; 158: 775-9.

Lingam R, Hunt L, Golding J, Jongmans M, Emond A. Prevalence of developmental coordination disorder using the DSM-IV at 7 years of age: A UK population-based study. Pediatrics 2009; 123: e693-e700.

Lingam R, Golding J, Jongmans MJ, Hunt LP, Ellis M, Emond A. The association between developmental coordination disorder and other developmental traits. Pediatrics 2010; 126: E1109-E1118.

Lissau I, Sørensen TI. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. Lancet 1994; 343: 324-7.



- Ludwig AK, Sutcliffe AG, Diederich K, Ludwig M. Post-neonatal health and development of children born after assisted reproduction: a systematic review of controlled studies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 127: 3-25.
- Madsen M, Lindahl A, Osler M, Bjerregaard P. Børns sundhed ved skolestart 1988/89. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, 1991.
- Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41: 737-46.
- McPhillips M, Jordan-Black JA. The effect of social disadvantage on motor development in young children: a comparative study. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48: 1214-22.
- Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL, Samuelson G. The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: duration of breast feeding and influencing factors. *Acta Paediatr* 1994; 83: 565-71.
- Michelsen SI, Flachs EM, Due P, Uldall P. Børn med cerebral parese i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2010.
- Michelsen SI, Kastanje M, Flachs EM, Søndergaard G, Biering-Sørensen S, Madsen M, Andersen A-MN. Evaluering af de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis. København: Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, 2007.
- Missiuna C, Gaines R, Mclean J, Delaat D, Egan M, Sourcie H. Description of children identified by physicians as having developmental coordination disorder. *Dev Med Child Neurol* 2008; 50: 830-44.
- Monasta L, Batty GD, Cattaneo A, Lutje V, Ronfani L., Van Lenthe FJ, Brug J. Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews. *Obes Rev* 2010; 11: 695-708.
- Morre GF, Currie D, Gilmore G, Holliday JC, Moore L. Socioeconomic inequalities in childhood exposure to secondhand smoke before and after smoke-free legislation in three UK countries. *J Public Health* 2012; 34: 599-608.
- Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA* 2002; 287: 2365-71.
- Mølgaard C, Dela F, Froberg K, Heitmann BL, Holm L, Holstein BE, Jørgensen K, Madsen SA, Richelsen B, Tetens I. Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge - oplæg til strategi. *Ugeskr Læger* 2007; 169: 2314-6.
- Nielsen A, Lie HR, Keiding L, Madsen M. Børns sundhed i Danmark. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, 1998.
- Nielsen A, Pedersen CR, Madsen M. Børn og børnefamiliers sundhed og velfærd i Danmark - og udviklingen siden 1984. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2001.
- Nielsen AM, Olsen EM, Juul A. New Danish reference values for height, weight and body mass index of children aged 0-5 years. *Acta Paediatr* 2010; 99: 268-78.
- Nilsson I, Schack-Nielsen L, Jerris TV. Amning: en håndbog for sundhedspersonale, København: Sundhedsstyrelsen, 2009.
- Nysom K, Mølgaard C, Hutchings B, Michaelsen KF. Body mass index of 0 to 45-y-old Danes: reference values and comparison with published European reference values. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25: 177-84.
- Obel C, Dalsgaard S, Stax H-P, Bilenberg N. Spørgeskema om barnets styrker og vanskeligheder (SDQ-Dan). *Ugeskr læger* 2003; 165: 462-5.
- Olsen L, Hansen B, Gammelgaard H, Schotte B, Rønnenkamp P. Livsstilsbesøg til 3½-årige og deres familieri Høje-Taastrup Kommune. Høje-Taastrup Kommune: 2006.
- Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth* 2008; 35: 121-8.
- Patelarou E, Girvalaki C, Brokalaki H, Patelarou A, Androulaki Z, Vardavas C. Current evidence on the association of breastfeeding, infant formula, and cow's milk introduction with type 1 diabetes mellitus: a systematic review. *Nutr Rev* 2012; 79: 509-19.
- Payne VG, Isaacs LD. *Human Motor Development: A Lifespan Approach*, 8th ed. New York: McGraw-Hill, 2011.
- Pearson S, Hansen B, Sørensen TI, Baker JL. Overweight and obesity trends in Copenhagen schoolchildren from 2002 to 2007. *Acta Paediatr* 2010; 99: 1675-8.
- Pearson S, Olsen LW, Hansen B et al. Stigning i overvægt og fedme blandt københavnske skolebørn i perioden 1947-2003. *Ugeskr Læger* 2005; 167: 158-62.
- Pedersen BK, Andersen LB. *Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling*. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
- Petersen TA, Rasmussen S, Madsen M. Højde hos 6-16-årige danske skolebørn målt i perioden fra 1986/1987 til 1996/1997. *Ugeskr Læger* 2002; 164: 5006-10.
- Piek JP, Dawson L, Smith LM, Gasson N. The role of early fine and gross motor development on later motor and cognitive ability. *Hum Mov Sci* 2008; 27: 668-81.
- Pisinger C, Hammer-Helmich L, Andreasen AH, Jørgensen T, Glümer C. Social disparities in children's exposure to second hand smoke at home: a repeated cross-sectional survey. *Environ Health* 2012; 11: 65.
- Rasmussen SR. Livstidssundhedsomkostninger for rygere og aldrig-rygere. Årlige omkostninger ved passiv rygning. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2004.
- Rasmussen NH. Børn med motorisk udviklingsforstyrrelse. *Ugeskr Læger* 2004; 166: 2227-30.
- Raum E, Kupper-Nybelen J, Lamerz A, Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B, Brenner H. Tobacco smoke exposure before, during, and after pregnancy and risk of overweight at age 6. *Obesity* 2011; 19: 2411-7.
- Reck C, Hunt A, Fuchs T, Weiss R, Noon A, Moehler E, Downing G, Tronick EZ, Mundt C. Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology* 2004; 37: 272-80.
- Richter L. The importance of caregiver-child interaction for the survival and healthy development of young children: A review. Geneva: World Health Organization, 2004.
- Righetti-Veltama M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord* 2002; 70: 291-306.
- Righetti-Veltama M, Bousquet A, Manzano J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003; 12: 75-83.
- Risnes KR, Vatten LJ, Baker JL, Jameson K, Sovio U, Kajantie E, Osler M, Morley R, Jokela M, Painter RC, Sundh V, Jacobsen GW, Eriksson JG, Sørensen TI, Bracken MB. Birthweight and mortality in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2011; 40: 647-61.
- Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, Emmett PM, Ness A, Rogers I, Steer C, Sherriff A. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ* 2005; 330: 1357.
- Rokholm B, Baker JL, Sørensen TI. The leveling off of the obesity epidemic since the year 1999--a review of evidence and perspectives. *Obes Rev* 2010; 11: 835-46.
- Rolland-Cachera MF. Childhood obesity: current definitions and recommendations for their use. *Int J Pediatr Obes* 2011; 6: 325-31.
- Rolland-Cachera MF, Peneau S. Assessment of growth: variations according to references and growth parameters used. *Am J Clin Nutr* 2011; 94 (6 Suppl): 1794S-1798S.

Rowlands IJ, Redshaw M. Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12: 138.

Runge C, Andersen A-S. Motorisk screening ved skolestart. *Fysioterapeuten* 2011; 6:1 8-9.

Sandin S, Hultman CM, Kolevzon A, Gross R, MacCabe JH, Reichenberg A. Advancing maternal age is associated with increasing risk for autism: A review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2012; 51: 477-86.

Schack-Nielsen L, Michaelsen KF. Amningens effekter I: Betydning for immunsystem og centralnervesystem. *Ugeskr Læger* 2007b; 169: 985-9.

Schack-Nielsen L, Michaelsen KF. Amningens effekter II: Betydning for livsstilssygdomme, negative effekter og moderens sundhed. *Ugeskr Læger* 2007a; 169: 989-93.

Schack-Nielsen L, Sørensen TI, Mortensen EL, Michaelsen KF. Late introduction of complementary feeding, rather than duration of breastfeeding, may protect against adult overweight. *Am J Clin Nutr* 2010; 91: 619-27.

Schultz MB, Blasco PA. Motor Development. Pp 147-70 i: Voigt RG, Macias MM, Myers SM, eds. *developmental and behavioral pediatrics*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 2011. p. 147-70.

Sigmundsson H, Haga M. Udvikling af færigheder hos børn. Virum: Dansk Psykologisk Forlag, 2007.

Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2003; 17: 407-17.

Sims M, Tomkins S, Judge K, Taylor G, Jarvis MJ, Gilmore A. Trends in and predictors of second-hand smoke exposure indexed by cotinine in children in England from 1996 to 2006. *Addiction* 2010; 105: 543-53.

Skovgaard AM. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Dan Med Bull* 2010; 57: B4193

Skovgaard AM, Olsen EM, Christiansen E, Houmann T, Landorph SL, Jørgensen T. Predictors (0-10 months) of psychopathology at age 11/2 years - a general population study in The Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49: 553-62.

Sundhedsstyrelsen: Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, 2007 (http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/SfR/SST_Dep_rapport.pdf).

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

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

Sutcliffe AG, Barnes J, Belsky J, Gardiner J, Melhuish E. The health and development of children born to older mothers in the United Kingdom: observational study using longitudinal cohort data. *BMJ* 2012; 345: 1-10.

Svendensen M, Brixval C, Holstein BE. Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand. Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, København 2012.

Svendensen M, Brixval CS, Holstein BE. Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2013.

Søndergaard G, Biering-Sørensen S, Michelsen SI, Schnor O, Andersen AM. Non-participation in preventive child health examinations at the general practitioner in Denmark: a register-based study. *Scand J Prim Health Care* 2008; 26: 5-11.

Sørensen TI, 2009. Conference on "Multidisciplinary approaches to nutritional problems". Symposium on "Diabetes and health". Challenges in the study of causation of obesity. *Proc Nutr Soc* 2009; 68: 43-54.

Thiering E, Bruske I, Kratzsch J, Thiery J, Sausenthaler S, Meisinger C, et al. Prenatal and postnatal tobacco smoke exposure and development of insulin resistance in 10 year old children. *Int J Hyg Environ Health* 2011; 214: 361-8.

Thorngren-Jerneck K, Herbst A. Low 5-minute Apgar score: a population-based register study of 1 million term births. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 65-70.

Thøstesen LM, Fenger-Grøn J. Svær dehydrering hos nyfødt efter ambulant fødsel. *Ugeskr Læger* 2011; 173: 2253-4.

Treyster Z, Gitterman B. Second hand smoke exposure in children: environmental factors, physiological effects, and interventions within pediatrics. *Rev Environ Health* 2011; 26: 187-95.

Vaivre-Douret L, Lalanne C, Ingster-Moati I, Boddaert N, Cabrol D, Dufier JL, Golse B, Fallissard B. subtypes of developmental coordination disorder: research on their nature and etiology. *Dev Neuropsychol* 2011; 36: 614-43.

Visser J: Developmental coordination disorder: a review of research on subtypes and comorbidities. *Hum Mov Sci* 2003; 22: 479-493.

Wadsworth M, Butterworth S. Early life, i Marmot M, Wilkinson G, Editors. *Social Determinants of Health*. New York: Oxford University Press, 2006, s. 31-53.

Wagner CL, Wagner MT, Ebeling M, Chatman KG, Cohen M, Hulsey TC. The role of personality and other factors in a mother's decision to initiate breastfeeding. *J Hum Lact* 2006; 22: 16-26.

Wallby T, Hjern A. Parental region of birth, socio-economic status and infants' exposure to second-hand smoke. *Acta Paediatr* 2008; 97: 1542-5.

Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes* 2006; 1: 11-25.

Wedderkopp N, Andersen LB, Hansen HS, Froberg K. Fedme blandt børn. *Ugeskr Læger* 2001; 163: 2907-12.

Weitzman M, Cook S, Auinger P, Florin TA, Daniels S, Nguyen M, et al. Tobacco smoke exposure is associated with the metabolic syndrome in adolescents. *Circulation* 2005; 112: 862-9.

Wilcox AJ. *Fertility and Pregnancy: An Epidemiologic Perspective*. New York: Oxford University Press, 2010.

Wisner KL, Parry BL, Piontek CM: Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*, 2002; 347: 194-9.

World Health Organization. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr* 2006; Suppl 450: 76-85.

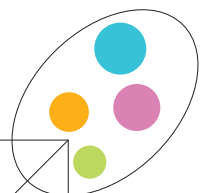
Yström E, Niegel S, Klepp KI, Vollrath ME. The impact of maternal negative affectivity and general self-efficacy on breastfeeding: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *J Pediatr* 2008; 152: 68-72.

Yu ZB, Han SP, Zhu GZ, Zhu C, Wang XJ, Cao XG, Guo XR. Birth weight and subsequent risk of obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2011; 12: 525-42.

Ziegler EE, Nelson SE. Growth charts compared, i: Lukas A, Makrides M, Ziegler EE, eds. Importance of growth for health and development. Nestlé Nutr Inst Workshop Ser Pediatr Program 2010; 65: 197-212.

Østergaard H: Motorisk usikre børn. København: Munksgaard, 2008.

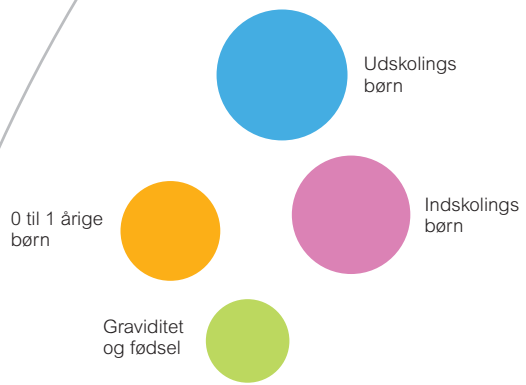
Aarup M, Sokolowski I, Lous J. Prævalens af overvægt og fedme blandt treårige i Aalborg Kommune samt beskrivelse af risikofaktorer. *Ugeskr Læger* 2008; 170: 452-6.

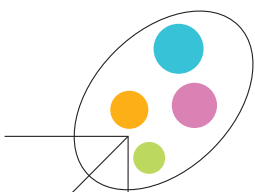




Databasens
visuelle elementer
symboliserer
de fire områder:
Graviditet og fødsel
0 til 1 årige børn
Indskolings børn
Udskolings børn








BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed



Region Hovedstaden
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød



Graviditet
og fødsel.
0 til 1 årige børn.
Indskolings
børn.