

Overvægt

blandt børn i
Region Hovedstaden i
perioden 2002-2014



Udarbejdet for Region Hovedstaden af:
Carina Brixval Sjöberg, Anette Johansen,
Mette Rasmussen og Pernille Due



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

Udarbejdet for Region Hovedstaden af:
Carina Brixval Sjöberg, Anette Johansen,
Mette Rasmussen og Pernille Due.

Fotoleverandør: Modelbilleder fra Colourbox

Publikationen refereres således: Carina Brixval Sjöberg, Anette Johansen, Mette Rasmussen og Pernille Due. Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014. Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2017.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse. Publikationen kan downloades fra internetadressen www.si-folkesundhed.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-360-1

Trykt ISBN: 978-87-7899-361-8



Forord

Region Hovedstaden



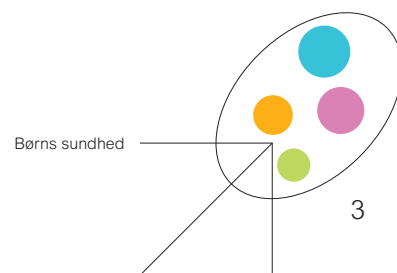
Børns helbred er vigtig for det enkelte barn, fordi et godt helbred er med til at skabe muligheder for et godt liv. Et barn, der lever med overvægt, har sværere ved at være aktiv i skole og fritid sammen med vennerne, og fortæller oftere end normalvægtige børn, at de ikke selv synes, at de har det så godt. Hertil kommer, at overvægten slider på kroppen, så barnet måske senere udvikler livsstilssygdomme med risiko for færre gode leveår til følge.

I Region Hovedstaden vil vi gerne være med til at skabe rammer for et godt børneliv for alle børn. Det betyder, at vi vil prioritere arbejdet med sundhedsfremme allerede fra barndommen. For at sikre den rette indsats i både regionen og i kommunerne har vi brug for viden om børns sundhed. Region Hovedstaden støtter derfor Databasen Børns Sundhed, som bygger på en standardiseret indsamling og analyse af de oplysninger, som sundhedsplejerskerne indsamler ved både deres besøg i hjemmene og ved indskolingsundersøgelserne.

Denne rapport giver os viden om, hvor mange børn der er overvægtige i første leveår og ved indskolingsundersøgelsen, samt hvilke faktorer som er forbundet med overvægt hos børnene. Knap 13 % af børnene er overvægtige ved indskolingsundersøgelsen, der er dog stor variation mellem kommunerne i regionen. At overvægten er skævt fordelt ses også i forhold til det enkelte barn ved, at risikoen for overvægt er mindre, hvis forældrene har en lang uddannelse. Sundhedsplejerskerne har ved indskolingsundersøgelserne også set, at flere af de overvægtige børn har usunde kost- og aktivitetsvaner. Rapporten påpeger desuden, at vi også skal være opmærksomme på overvægt blandt børn inden skolestart, da mange af de børn, som er overvægtige i første leveår, også er overvægtige ved skolestart.

Jeg håber, at rapportens resultater kan hjælpe os med at blive bedre til at finde de børn, som sammen med deres familier har brug for hjælp og støtte til en sundere livsstil, og at vi sikrer os, at vi har de relevante tilbud hertil.

Sophie Hæstorp Andersen
Regionsrådsformand



Forord

Databasen Børns Sundhed

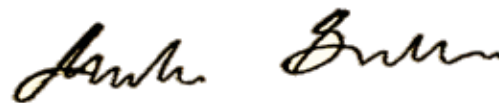
Denne rapport omhandler overvægt blandt børn i Region Hovedstaden. Overvægt blandt børn har en række negative konsekvenser, både fysiske og psykologiske – for eksempel bliver overvægtige børn mobbet mere end normalvægtige børn og har sværere ved at deltage i fysisk aktivitet. Overvægt i barndommen øger også risikoen for overvægt senere i livet markant. Disse faktorer gør overvægt blandt børn til et vigtigt folkesundhedsproblem.

Rapporten bygger på data fra Databasen Børns Sundhed, der er et samarbejde mellem Region Hovedstaden, sundhedsplejen i mange af regionens kommuner og Statens Institut for Folkesundhed. Rapporten er baseret på sundhedsplejerskernes arbejde; sundhedsplejerskerne noterer systematisk relevante data om alle de børn, de besøger i første leveår, og alle de børn, som de undersøger ved indskolingen. Det giver mulighed for at tegne et billede af børnenes almene sundhedstilstand. Monitorering af børnenes vækst er et kerneområde for sundhedsplejen, og der findes derfor data om vægt og højde af høj kvalitet i databasen.

Et vigtigt fund i rapporten er, at der er meget stærk sammenhæng mellem overvægt i første leveår og senere overvægt ved indskolingsalderen. Dette skaber fokus på vigtigheden af tidlig opsporing af overvægt blandt børn og muligheden for at sætte ind med ekstra indsatser for disse børn. Et andet væsentligt fund er, at der er betydelig social ulighed i forekomsten af overvægt – både i første leveår og ved indskolingsalderen, således at børn af forældre med lavere uddannelsesniveau har en højere forekomst af overvægt end børn født af forældre med en videregående uddannelse. Dette fund peger igen på, at der kan være behov for en særlig indsats over for disse familier.



Lene Møller
Ledende sundhedsplejerske, MSP
Formand for Databasen Børns Sundhed

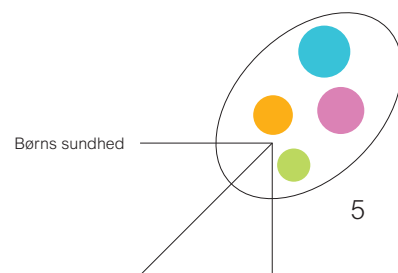


Morten Grønbæk
Professor, dr.med.
Direktør, Statens Institut for Folkesundhed

Indholdsfortegnelse



Forord Region Hovedstaden	side 3	Beskrivelse af øvrige variable	23
Forord Databasen Børns Sundhed	4	Manglende oplysninger	24
Resumé	6	Dataanalyse	25
Introduktion	8	Resultater	26
Forekomst af overvægt blandt børn i dag og tidligere	9	Kapitel 1: Børn i seks- timåneders alderen	27
Årsager til overvægt	10	Kapitel 2: Fem- til otteårige børn	44
Konsekvenser af overvægt	12	Kapitel 3: Tidlige faktorerets betydning for vægtstatus ved indskolingen	66
Forebyggelse og behandling af overvægt blandt børn	13	Opsummering af resultater	75
Formål med rapporten	16	Data og metode	80
Datagrundlag Databasen Børns Sundhed	17	Referencer	82
Definition af overvægt	18	Bilag	85
Rapportens opbygning	20		
Beskrivelse af børnene der indgår i rapporten	21		
Kategorisering af vægtstatus i rapporten	22		



Resumé

Baggrund og formål

Overvægt er et udbredt problem blandt danske børn, som kan have stor betydning for den psykiske og fysiske trivsel på både kort og lang sigt. Internationale og danske studier har vist, at vægtstatus helt tidligt i livet hænger sammen med risikoen for overvægt senere hen i barndom og voksenliv, og overvægt i barndommen er således sammenhængende med alvorlige fysiologiske konsekvenser på langt sigt.

Formålene med denne rapport er derfor:

- at beskrive vægtstatus blandt børn i seks- til timånedersalderen samt i fem- til otteårsalderen.
- at undersøge hvilke faktorer, der er forbundet med overvægt i seks- til timånedersalderen.
- at undersøge hvilke faktorer, der er forbundet med overvægt i fem- til otteårsalderen.
- at undersøge sammenhængen mellem tidlige faktorer i spædbarnsalderen og overvægt i fem- til otteårsalderen.

Metode

Data stammer fra 12 kommuner i Region Hovedstaden, der er en del af samarbejdet Databasen Børns Sundhed. Databasen har siden 2002 indsamlet data fra sundhedsplejerskernes besøg og undersøgelser af spædbørn og indskolingsbørn gennem en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale. Denne rapport omhandler ca. 55.000 spædbørn, der er født mellem 2002 og 2012, og ca. 28.000 fem- til otteårige børn, der er indskolingsundersøgt skoleårene fra 2007/08 til 2013/14.

Resultater

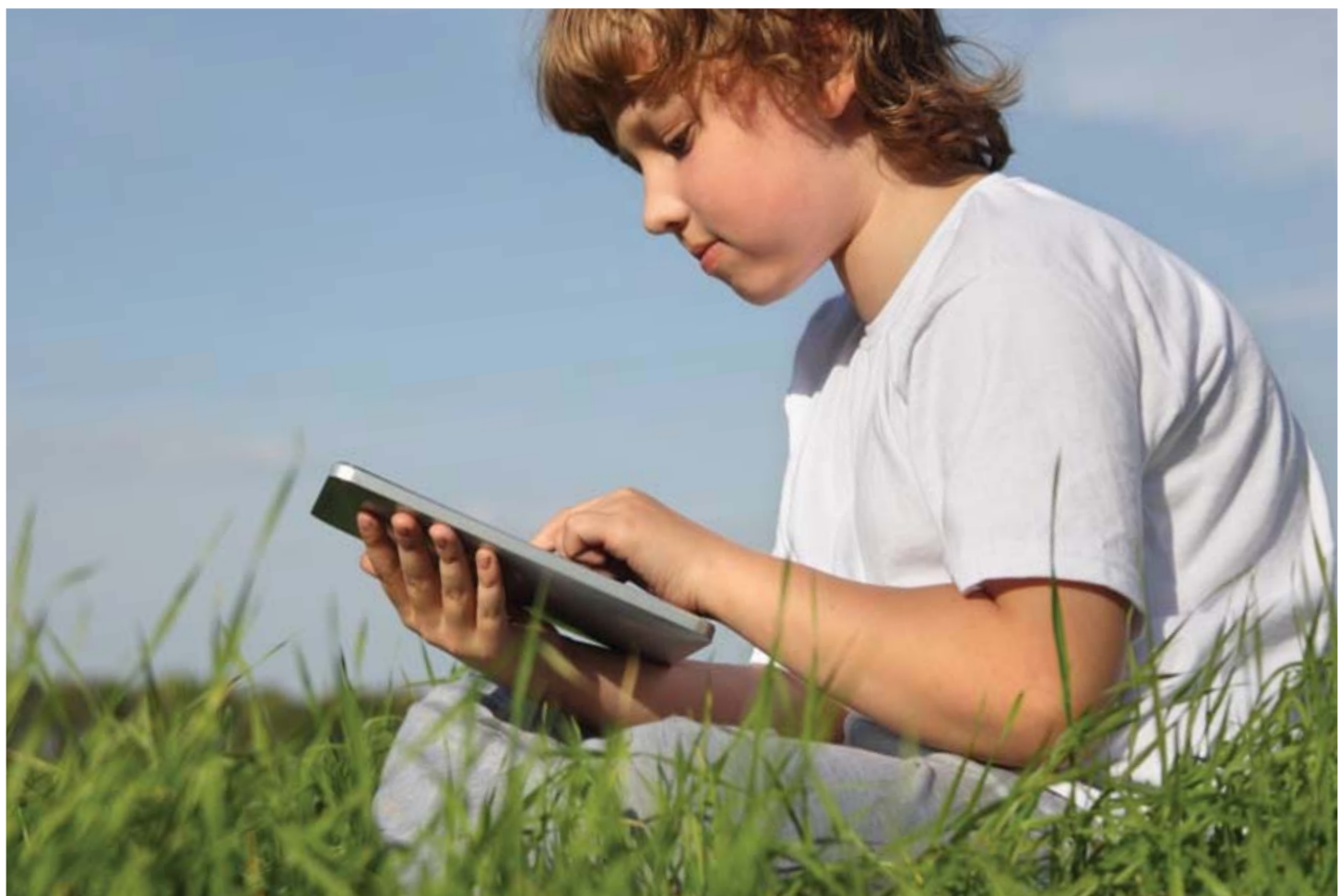
Der er 15,5 % af de seks til ti måneder gamle børn, der er grænsende til at være overvægtige,

mens 3,6 % er overvægtige, og 0,5 % er svært overvægtige. Udviklingen over årene fra 2002 til 2012 viser en stigende forekomst af overvægt/svær overvægt. Følgende faktorer er forbundet med overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen:

- At være dreng
- At have en ung mor
- At have forældre med lavt uddannelsesniveau
- Høj fødselsvægt
- At være ammet fuldt i mindre end fire måneder
- At bo sammen med en ryger

Blandt indskolingsbørnene er 9,9 % overvægtige, og 2,7 % er svært overvægtige. Udviklingen i perioden fra 2007 til 2013 viser en faldende forekomst af overvægt og svær overvægt i perioden. Følgende faktorer målt ved indskoling er forbundet med overvægt og svær overvægt i indskolingsalderen:

- At være ældre ved tidspunktet for undersøgelsen
- At være pige
- At have unge forældre
- At have forældre med lavt uddannelsesniveau
- At have forældre uden erhvervstilknytning
- At have forældre, der er indvandrere
- Ikke at vokse op med begge forældre
- At bo sammen med en ryger
- At have problemer i forhold til jævnaldrende
- At have lav selvvalueret trivsel
- At have bemærkninger til mad og måltider
- At være fysisk aktiv mindre end én time dagligt
- At have motoriske vanskeligheder

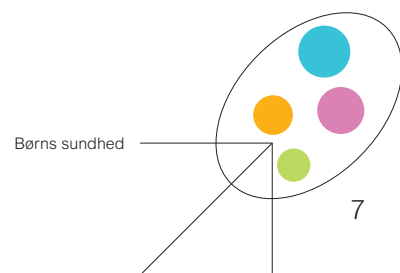


- At have bemærkninger til forældre-barn relation eller øvrig udvikling og trivsel

Følgende faktorer målt i spædbarnsalderen er forbundet med overvægt og svær overvægt i indskolingsalderen:

- Høj fødselsvægt
- At være ammet fuldt i mindre end fire måneder
- At bo sammen med en ryger
- At være grænsende til at være overvægtig eller overvægtig i spædbarnsalderen

Denne rapport beskriver således, hvorledes overvægt i første leveår er bestemmende for vægtstatus ved skolestart, og hvorledes børn i nogle befolkningsgrupper er i øget risiko. Denne viden indikerer derfor relevansen af at iværksætte overvægtsforebyggende indsatser tidligt i livet og at sikre, at disse målrettes befolkningsgrupper med øget risiko.



Introduktion



I Danmark er op mod 15 % af fem- til syvårige børn overvægtige, mens ca. 3 % i samme aldersgruppe er svært overvægtige (Morgen et al. 2013). Overvægt blandt børn har en række negative konsekvenser, både fysiske og psykologiske.

Overvægt i barndommen øger også risikoen for overvægt i ungdomsårene og voksenlivet markant. Disse faktorer gør overvægt blandt børn til et vigtigt folkesundhedsrelevant problem, og det er vigtigt at monitorere udviklingen i overvægt over tid samt undersøge mulige risikofaktorer for at kunne sætte ind med forebyggende og behandlende tiltag.

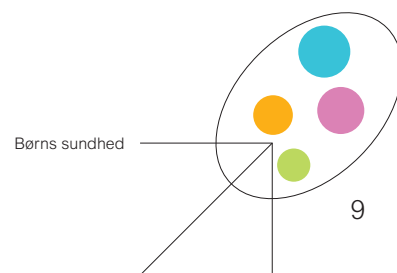
Forekomst af overvægt blandt børn i dag og tidligere

Der findes flere metoder, der kan anvendes til at estimere overvægt og svær overvægt, heriblandt Body Mass Index (BMI, kg/m²), indplacering på referencevækstkurver, ponderalt indeks (kg/m³), hudfoldsmålinger, taljemål og hofte-talje-ratio. Disse metoder kan give meget forskellige oplysninger om forekomsten af overvægt og svær overvægt, hvilket vanskeliggør sammenligninger mellem forskellige undersøgelser.

De seneste opgørelser af forekomsten af overvægt blandt børn i Danmark stammer fra Databasen Børns Sundhed, hvor børn i spædbarnsalderen og børn i indskolingsalderen måles og vejes af sundhedsplejersken. Blandt børn født i 2014 var 16,9 % af de seks til ti måneder gamle børn grænsende til at være overvægtige, 3,9 % var overvægtige, og 0,6 % var svært overvægtige (Johansen et al. 2016). Blandt børn indskolet i skoleåret 2014/15 var 9,5 % af børnene overvægtige ved indskolingsundersøgelsen, mens 2,6 % var svært overvægtige (Johansen & Holstein 2015).

I en gennemgang af eksisterende data om overvægt blandt europæiske børn i førskolealderen har forskere fundet en variation i forekomsten af nulårige børn, der er på grænsen til at være overvægtige eller overvægtige fra omkring 12 % på Cypern til 30 % i Spanien (Cattaneo et al. 2010). Dog stammer disse forekomster fra undersøgelser foretaget for mere end 10 år siden, og de er svære at sammenligne med de eksisterende danske tal. For de 11-15-årige danske børn er forekomsten af overvægt og svær overvægt lav i forhold til andre europæiske lande (Inchley 2016).

Efter en årrække med stigende forekomst af overvægt blandt danske børn (Due et al. 2007, Matthiessen et al. 2008) ses nu en stagnation i nye tilfælde af overvægt hos både otte til ti måneder gamle børn (Morgen et al. 2013, Johansen & Lauemøller 2014) og børn i indskolingsalderen (Svendsen et al. 2013, Morgen et al. 2013, Johansen & Lauemøller 2014). På trods af denne tilsyneladende udfladning i forekomsten er overvægt og svær overvægt blandt børn et alvorligt problem, eftersom niveauet fortsat er højt, og fordi en stabil forekomst af overvægt og svær overvægt tidligere har været efterfulgt af yderligere stigninger (Rokholm et al. 2010). Kontinuerlig monitorering af udviklingen i børns overvægt er derfor fortsat vigtigt.



Årsager til overvægt

Den enkle måde at beskrive årsagen til overvægt på er, at der indtages mere energi, end der forbruges, enten ved for højt madindtag og/eller et for lavt fysisk aktivitetsniveau (Sørensen 2009). Imidlertid viser forskning, at årsagerne til overvægt er langt mere komplicerede end en ubalance i energiindtaget. Der er store individuelle forskelle i vægtudvikling selv under 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).

Sociale faktorer

Der er en tydelig social gradient i forekomsten af overvægt og svær overvægt blandt voksne, således at de med lavere uddannelsesniveau og lavere indtægtsniveau i højere grad er overvægtige i forhold til de, der har en højere social position (Christensen et al. 2012). Børn, der vokser op i familier med forældre med lavere social position, har ligeledes øget forekomst af overvægt (Due et al. 2009, Barriuso et al. 2015, Ruiz et al. 2016, Svendsen et al. 2013).

Et dansk studie baseret på undersøgelsen *Bedre Sundhed for Mor og Barn* har vist, at syvårige børn af forældre med under ti års skolegang havde dobbelt så høje odds for at være overvægtige sammenlignet med børn af forældre med 12 eller flere års skolegang. Denne tendens var ikke klar for børn i nul- til et årsalderen (Morgen 2013). Sociale faktorer kan påvirke risikoen for overvægt gennem viden om sundhed, praktiske og økonomiske muligheder for at være fysisk aktiv og vælge sunde fødevarer samt gennem resurser til at omsætte viden om sund livsstil til handling, men der mangler endnu klar evidens for mekanismerne bag den sociale gradient i overvægt (Brixval & Morgen 2013). Også etnisk baggrund spiller en rolle for risikoen for overvægt i barndommen, idet børn af forældre med anden etnisk baggrund end dansk har højere forekomst af overvægt ved indskolingsalderen (Svendsen et al. 2013).

Risikofaktorer i barndommen

En ny oversigtsartikel har samlet resultaterne fra den eksisterende litteratur om risikofaktorer i de første to leveår for udvikling af overvægt blandt børn (Woo Baidal et al. 2016). Artiklen viser, at der er veldokumenteret evidens for, at morens vægtstatus har stor betydning for barnets risiko for overvægt – dette gælder selve moderens BMI, men også kraftig vægtøgning under graviditeten øger risikoen for, at barnet senere bliver overvægtigt (Woo Baidal et al. 2016).



Studiet viser også solid dokumentation for, at høj fødselsvægt øger risikoen for, at børnene senere bliver overvægtige. Ligeledes har hurtig vægtøgning i spædbarnsalderen og introduktion af fast føde, inden barnet fylder fire måneder, betydning for senere overvægt i barndommen (Woo Baidal et al. 2016). En anden veldokumenteret risikofaktor er udsættelse for rygning – både morens rygning under graviditeten og barnets udsættelse for passiv rygning i hjemmet øger risikoen for senere udvikling af overvægt (Svendson 2013, Woo Baidal et al. 2016). Enkelte studier viser, at øvrige risikofaktorer inkluderer kort søvnlængde eller forstyrret søvn, depression hos moderen og mangelfuld mor-barn relation (Woo Baidal et al. 2016). Amning fremhæves ofte som beskyttende mod udvikling af overvægt, men der er ikke enighed om denne sammenhæng i litteraturen. Generelt vil børn, der udelukkende bliver ammet have en mindre tilvækst end børn, der får moder-mælkserstatning, men denne forskel mindskes i løbet af barnets første leveår (Sundhedsstyrelsen 2013a). Sammenhængen mellem amning og vægtstatus senere i barndommen er ikke klar – nogle studier finder en sammenhæng, mens andre ikke gør (Woo Baidal et al. 2016).



Konsekvenser af overvægt

Overvægt i barndommen har både konsekvenser på kort og på lang sigt. På kort sigt oplever svært overvægtige børn ofte psykosociale belastninger, der blandt andet inkluderer lavere livskvalitet, isolering, manglende social tilpasning samt psykiske effekter af mobning og nederlag, som kan være trøstespisning og tilbagetrækning fra deltagelse i fysisk udfoldelse (Mølgaard et al. 2007, Reilly et al. 2003). Fysiske konsekvenser inkluderer forhøjede niveauer af risikofaktorer for senere hjerte-karsygdom, eksempelvis forhøjet kolesterolniveau, forhøjet blodtryk (Reilly et al. 2003) samt forøget risiko for at få type 2-diabetes og flere cancerformer i voksenlivet (Reilly & Kelly 2011). Herudover kan overvægtige børn opleve smerter i bevægeapparatet samt søvnforstyrrelser, der kan medføre nedsat indlæring. Overvægtige børn har desuden generelt øget forekomst af astma og kan have svært ved at deltage i fysiske lege med deres normalvægtige kammerater (Must & Strauss 1999).

Sammenhæng mellem vægtstatus ved forskellige aldre

Ud over de fysiske og psykosociale konsekvenser af overvægt, der ses allerede i barndommen, er der en høj grad af konstans i overvægt over

tid. Dette kaldes også tracking af overvægt, og betyder, at børn, der er overvægtige helt tidligt i barndommen, har højere risiko for fortsat at være overvægtige gennem barndom-, ungdoms- og voksenliv. Både internationalt og i Danmark er der fundet sammenhæng mellem vægtstatus og vækstmønster tidligt i livet og overvægt senere i barndommen (Stocks et al. 2011, Reilly et al. 2003, Svendsen et al. 2013, Jørgensen et al. 2013). Et nyt amerikansk studie har vist, at børn, der er svært overvægtige, når de er et halvt år gamle, har øget risiko for at være overvægtige som seksårige (Smego et al. 2016). Samme tendens er fundet blandt børn i Databasen Børns Sundhed (Svendsen et al. 2013, Jørgensen et al. 2013). Børn, der var grænsende til at være overvægtige, overvægtige eller svært overvægtige i seks- til timånedersalderen havde næsten fire gange så høje odds for at være overvægtige i indskolingsalderen sammenlignet med de børn, der var normalvægtige i seks- til timånedersalderen (Svendsen et al. 2013, Jørgensen et al. 2013). Et andet dansk studie har vist, at vægtstatus målt ved forskellige aldre fra fødslen og indtil ni månedersalderen var sammenhængende med risiko for overvægt i indskolingsalderen og i puberteten (Andersen et al. 2012).



Forebyggelse og behandling af overvægt blandt børn

De store konsekvenser og omfanget af overvægt blandt børn gør behovet for forebyggelse og behandling stort. Man ved, at det er svært at opnå et længerevarende væggtab, når barnet først er blevet overvægtigt (Oude Luttikhuis et al. 2009). En undersøgelse af effekten af indsatser rettet mod allerede svært overvægtige børn viste, at det generelt var svært at opnå væggtab (Brixval et al. 2015). De indsatser, der viste sig effektive, opnåede kun meget kortvarige og små reduktioner i børnenes vægt. Ligeledes var programmerne ofte omfattende, idet de indeholdt mange sessioner med både børn og forældre, hvilket gør det vanskeligt og omkostningsfuldt at implementere indsatserne i praksis (Brixval et al. 2015).

Der er undersøgelser, der antyder, at forebyggelse af overvægt kan være et mere effektivt tiltag end behandling, selv om der ikke er klar evidens for hvilke elementer, der er effektive til at forebygge overvægt blandt børn (Waters et al. 2011).

Danske indsatser

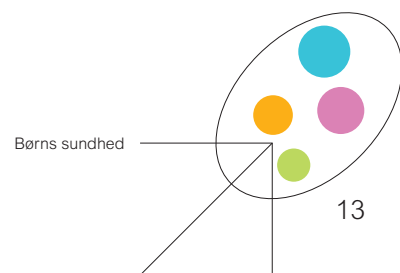
Den kommunale sundhedstjeneste har gennem mange år arbejdet med børn og unge med overvægt (Sundhedsstyrelsen 2013b), og der findes mange forskellige tiltag i kommunerne. Desværre findes der sjældent offentlig tilgængeligt skriftlig evaluering af indsatserne, og det er derfor heller ikke klart hvilke tiltag i kommunerne, der er effektive i forhold til forebyggelse og behandling af overvægt blandt børn. En tidligere evaluering af betydningen af sundhedsfremmende hjemmebesøg af sundhedsplejersken til alle familier med tre- til fireårige børn i Faxe Kommune tydede på, at besøgene med fokus på råd og vejledning om kost og bevægelse med henblik på at forebygge overvægt kunne forbedre kost- og motionsvaner i

familierne, men det er uvist, om besøgene kunne forebygge overvægt hos barnet (Faxe Kommune 2010).

Ud over tiltag knyttet an til sundhedsplejen eksisterer der mange andre tilbud til behandling og forebyggelse af overvægt, som kommunerne kan henvise til. Herunder beskrives kort nogle af de mest udbredte tilbud.

Holbæk-modellen

Holbæk-modellen er udviklet til behandling af svært overvægtige børn af overlæge Jens-Christian Holm i 2008. Modellen tager afsæt i, at overvægt er en sygdom, og der laves indledningsvist en forundersøgelse og en komplet beskrivelse af barnet i forhold til familie, sociale forhold, trivsel, kost og motionsvaner. Ved den første samtale aftaler familien og lægen/sygeplejersken en individuel handleplan på 12-28 punkter. Derefter følger diætistsamtale og opfølgende samtaler hver 6.-8. uge. Når barnet er i en positiv, stabil udvikling, holdes kontakten via årlige statuskonsultationer.





Evalueringen af programmet på Holbæk Sygehus viser, at af samtlige, der deltager i en periode eller gennemfører programmet, taber 70 % sig, 20 % holder vægten og 10 % øger vægten. Modellen bruges i dag på tre sygehuse, og over 40 kommuner har været på kursus i modellen (Kommunernes Landsforening - Center for Forebyggelse i Praksis 2016).

Jump4fun

Jump4fun er et tværsektorielt idrætstilbud til 6-16-årige overvægtige børn og unge, udviklet af DGI, Julemærkefonden og overvægtsambulatoriet på Nordsjællands Hospital i Hillerød. Jump4fun henvender sig til de overvægtige børn, som det er svært at finde et egnet idrætstilbud til. Typisk er børnene blevet mobbet eller har haft andre meget dårlige oplevelser i almindelige idrætstilbud, og Jump4fun er derfor baseret på aktiviteter, der modvirker, at børnene oplever nederlag. Tilbuddet er forankret i de lokale idrætsforeninger, hvor børnene prøver forskellige idrætsgrene, som de på sigt sluses ud til. Jump4fun gør en særlig indsats for at få fat på de socialt sværest stillede børn, som kan være meget vanskelige at aktivere i sundhedssammenhænge. Blandt andet har de en foreningsguide, som arbejder på tværs af ambulatorium, sundhedspleje, julemærkehjem og idrætsforening, og som kan komme på besøg i hjemmet for at støtte op om barnet og hjælpe det til idræt (Kommunernes Landsforening - Center for Forebyggelse i Praksis 2016).

Fit for Kids

Fit for Kids er et vægttabsprogram til 7-15-årige børn og deres familier. Programmet er baseret på frivillige instruktører og udviklet af en gruppe forældre. Børnene træner to gange om ugen på

deres lokale skole, den ene gang med obligatorisk forældredeltagelse. Forældrene får også strategier til blandt andet at støtte op om bedre motions-, kost- og livsstilsvaner, hjælp til at sætte grænser og håndtere konflikter (Kommunernes Landsforening - Center for Forebyggelse i Praksis 2016). Et studie af effekten af programmet har vist, at Fit for Kids-programmet er effektivt til blandt andet at reducere BMI og øge livskvaliteten blandt de deltagende børn (Harder-Lauridsen et al. 2014).

Tiltag blandt kommunerne i rapporten

I forbindelse med rapporten

Vægtstatus i det første leveår og overvægt i indskolingsalderen - Temarapport fra Databasen Børns Sundhed om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2011-2012 fra 2013 baseret på tal fra Databasen Børns Sundhed, svarede sundhedsplejen i otte kommuner på, hvilke tilbud de havde til behandling af overvægt – både blandt spædbørn og børn i indskolingsalderen (Svendsen et al. 2013). De fleste af de otte kommuner havde i 2013 ingen indsats i forbindelse med overvægt i spædbarnsalderen, men i enkelte kommuner blev der tilbudt ekstra sundhedsplejerskebesøg, børnene blev henvist til alment praktiserende læge, eller der blev tilbudt forældrekurser (Svendsen et al. 2013). I forhold til indsats over for overvægt i indskolingsalderen tilbød de fleste kommuner individuel behovssundhedspleje og eventuelt henvisning til alment praktiserende læge. I nogle kommuner kunne sundhedsplejersken (eller lægen) desuden henvise til specifikke tilbud, såsom motionstiltag, kostvejledning og kurser.

I forbindelse med udarbejdelsen af denne rapport blev sundhedsplejen i alle kommuner



i Region Hovedstaden spurgt om, hvordan de vurderer overvægt hos spædbørn og skolebørn, hvilke tiltag de har til overvægtige børn, og om deres kommune har særligt fokus på forebyggelse af overvægt blandt børn. Der var 12 kommuner, der vendte tilbage med svar.

Spædbørn

Størstedelen af de kommuner, der svarede, vurderede spædbørnenes vægtstatus på baggrund af dets aktuelle placering på vækstkurven eller ud fra, om barnet var steget flere percentiler inden for kort tid. Der var også flere af kommunerne, der svarede, at de ikke vurderer overvægt så tidligt i barnets liv. De fleste kommuner fulgte op med ekstra besøg, hvis de var bekymret for barnets vægt, og flere henviste også familierne til deres praktiserende læge. Ved vurdering af overvægt hos børnene var det udbredt, at sundhedsplejen skelnede mellem, om børnene blev ammet eller flaskeernæret, da vækstmønstret er forskelligt alt efter ernæringsform.

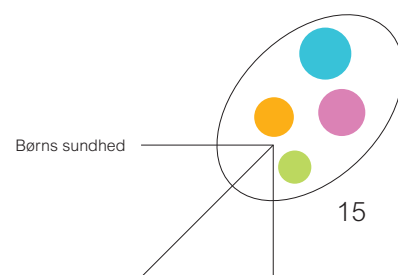


Indskolingsbørn

Kommunerne har generelt stort fokus på overvægt hos børn ved indskolingsundersøgelsen. Alle kommuner vurderede overvægt ud fra placering på vækstkurver, og i flere kommuner tog sundhedsplejersken også barnets udseende og trivsel med i betragtning. Indsatserne over for overvægt blandt skolerne er mange og forskelligartede på tværs af kommunerne. Opfølgende samtaler med sundhedsplejersken og henvisning til praktiserende læge er hyppige tilbud, lige som henvisninger til forskellige kommunale tilbud om motion for overvægtige, blandt andet Jump4Fun er almindelige tiltag. Flere af kommunerne havde specielle og intensive tilbud til meget svært overvægtige børn, såsom henvisning til julemærkehjem eller til børneafdelinger i hospitalsregi.

Forebyggelse af overvægt

De fleste kommuner har fokus på forebyggelse af overvægt i én eller anden form. Mange steder har kommunerne strukturelle tiltag såsom fokus på kost, blandt andet ved politik om ingen sukker i daginstitutionerne og sund mad i kantinerne. Også indsatser for at fremme børnenes fysiske aktivitet gennem bevægelse i skolen, cykelstier og gode idrætsfaciliteter blev fremhævet. Endelig blev det fremhævet, at sundhedsplejerskerne spiller en stor rolle i forebyggelse af overvægt og fremme af sunde vaner i forbindelse med besøgene i barnets første leveår og i skolen. Det er således mange af de samme tiltag, der bliver fremhævet i 2013 og 2016, men der ser ud til at være kommet øget fokus på tiltag til de meget overvægtige børn i perioden fra 2013 til 2016.



Formål med rapporten

På baggrund af ovenstående gennemgang af omfang, risikofaktorer og konsekvenser af overvægt blandt børn er formålet med denne rapport, at: 1) belyse omfanget af overvægt blandt børn i seks- til timånedersalderen samt fem- til otteårsalderen samt udviklingen over tid; 2) undersøge risikofaktorer for overvægt blandt børn i seks- til timånedersalderen, herunder sociale faktorer, faktorer relateret til fødslen samt tidlig udvikling og trivsel;

3) undersøge karakteristika blandt børn, der er overvægtige i fem- til otteårsalderen, herunder børnenes trivsel og sundhedsvaner; 4) undersøge tidlige risikofaktorer betydning for overvægt i fem- til otteårsalderen, herunder sociale faktorer, tidlig udvikling og vægtstatus i seks- til timånedersalderen.



Datagrundlag

Databasen Børns Sundhed



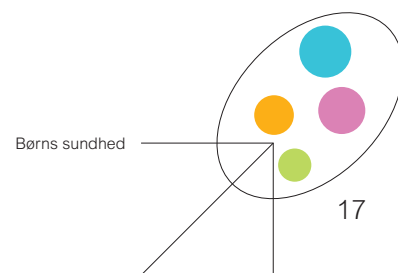
Databasen Børns Sundhed blev etableret i 2002 af kommunerne i det tidligere Københavns Amt. Databasen er baseret på sundhedsplejerskers journaldata og rummer data om nul- til etårige børn fra 2002 og frem. Siden 2007 er databasen suppleret med data fra sundhedsplejerskernes undersøgelser af indskolingsbørn. 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, hvilket betyder en ensartet praksis i indsamlingen af data.

Sundhedsplejerskernes kontakt med familierne

Sundhedsstyrelsen har udstukket anbefalinger for antallet af besøg, sundhedsplejen skal aflægge hos familierne, men det er den enkelte kommune, der vurderer og fastlægger den enkelte families behov for antal hjemmebesøg i samarbejde med familien og eventuelle andre involverede (Sundhedsstyrelsen 2011). I barnets første leveår anbefaler Sundhedsstyrelsen, at alle familier med almene behov tilbydes minimum fem besøg foruden et tidligt besøg, der sikrer barnets trivsel efter tidlig udskrivelse fra fødestedet. Besøgene bør afholdes, inden barnet er syv dage gammel, inden barnet er 30 dage gammel, når barnet er omkring to måneder gammel, når barnet er fire til seks måneder gammel, og når barnet er otte til ti måneder gammel (Sundhedsstyrelsen 2011). Generelt gælder, at familier kan tilbydes ekstra besøg, hvis de har behov for det – såkaldte behovsbesøg. Desuden kan

sundhedsplejersken henvise børn og familier med særlige behov til eksempelvis den praktiserende læge. Det faglige indhold i besøgene tilrettelægges af den kommunale sundhedstjeneste på baggrund af Sundhedsstyrelsens retningslinjer (Sundhedsstyrelsen 2011). I mange kommuner tilbyder sundhedsplejersken forskellige aktiviteter som supplement til hjemmebesøg, for eksempel åbent hus arrangementer, aftalt konsultation, mødre-, fædre- og familiegrupper af forskellig karakter, specialgrupper for eksempelvis unge mødre og familier af anden etnisk oprindelse end dansk.

Sundhedsplejen varetager desuden undersøgelser af skolebørn, typisk i nulte eller første klasse – de såkaldte indskolingsundersøgelser. Formålet er at vurdere barnets helbred, trivsel og sundhedsmæssige skoleparathed, samt at vejlede om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart.



Definition af overvægt

Vækststatus hos både børn og voksne bestemmes ofte på baggrund af BMI. BMI er defineret som vægt i kg/højden i m² og er således et mål for kropsfylde relativt til højden. Blandt voksne defineres overvægt ved et BMI mellem 25 og 29,9 kg/m² og svær overvægt ved et BMI på 30 kg/m² eller derover. Disse grænser er sat med baggrund i viden om, ved hvilke BMI-værdier helbredsrisici forøges (Cole et al. 2000). Man bruger ikke BMI direkte, når man skal definere overvægt og fedme hos børn, idet BMI naturligt varierer stærkt med køn og alder. I stedet anbefales det at bruge definitioner af overvægt og fedme, der tager højde for barnets alder og køn (Cole & Lobstein 2012).

Der er flere måder at benytte BMI til at bestemme overvægt blandt børn. Ved monitorering af overvægt blandt nul- til femårige børn anbefaler Sundhedsstyrelsen at bruge vækstkurver, der er udviklet af WHO, som reference (Sundhedsstyrelsen 2015). For større børn kan både WHO-referencelukurver og kategoriseringer af BMI anvendes. Derfor vil disse blive gennemgået særligt detaljeret. Definitionen af overvægt blandt børn diskuteres yderligere i temarapporten *Vægtstatus i det første leveår og overvægt i indskolingsalderen – Temarapport fra Databasen Børns Sundhed om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2011-2012 fra Databasen Børns Sundhed* (Svendsen et al. 2013).

WHO-vækstreferencer

Når man monitorerer små børns vækst, er det vigtigt, at man bruger den optimale vækst som reference. Den optimale vækst beskrives med en standardkurve baseret udelukkende på raske børn, som vokser op under optimale betingelser. I 2006 udgav WHO en ny vækstreference til børn

i alderen nul til fem år baseret på *The WHO Multicentre Growth Reference Study (2006)*.

Denne vækstreference er netop baseret på en population af sunde og ammede spædbørn og børn, der er opvokset i et miljø, der ikke begrænser væksten, i henholdsvis Brasilien, Ghana, Indien, Norge, Oman og USA. Vækstreferencen er på nuværende tidspunkt implementeret som standardreference for børns vækst i adskillige lande, herunder Danmark (de Onis et al. 2012).

Med brug af WHO-vækstreferencer kan udregnes z-scores (også kaldet standardafvigelses-scores). Disse kan benyttes til at beskrive, hvor meget et barns vækst afviger fra gennemsnittet. En z-score på 0 svarer til gennemsnitsværdien og jo højere eller lavere z-score, jo længere ligger målingen fra gennemsnittet. På baggrund af z-scores kan børnene indplaceres efter vægtstatus. I tabel 1 ses skæringspunkter for vægtstatus på baggrund af z-scores beregnet med WHO-referencerne for nul- til femårige børn.

I den internationale overvægtslitteratur bruges begrebet 'i risiko for overvægt' om børn, hvis BMI ligger lidt over gennemsnittet. I denne rapport bruges udtrykket 'grænsende til at være overvægtig' om denne kategori, da det anses som en mere dækkende betegnelse.

I 2007 udviklede WHO lignende referencer for aldersgruppen fem til nitten år på baggrund af amerikanske spørgeskemadata fra 1977 (de Onis et al. 2007).

Tabel 1. Vægtstatus på baggrund af WHO z-scores

Alvorlig undervægt	z-score mindre end -3
Undervægt (inklusive alvorlig undervægt)	z-score mellem -2 og -3
Normalvægt	z-score mellem -2 og +1
I risiko for overvægt (grænsende til overvægtig)	z-score mellem +1 og +2
Overvægtig	z-score mellem +2 og +3
Svær overvægt	z-score over +3

International Obesity Task Force

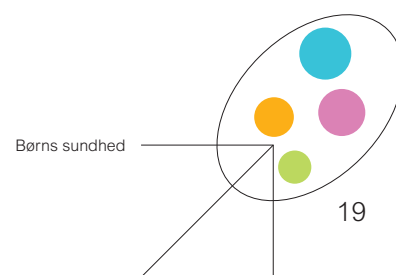
I år 2000 (opdateret i 2012) udviklede the International Obesity Task Force (IOTF) BMI-referencer for børn i alderen to til atten år på baggrund af seks nationale datasæt fra henholdsvis Holland, England, Singapore, Hong Kong, Brasilien og USA (Cole et al. 2000). Formålet var at udvikle en definition af overvægt og svær overvægt blandt børn og unge til anvendelse ved internationale sammenligninger.

Værdierne BMI = 25 og 30 kg/m², der markerer grænser for overvægt og svær overvægt hos voksne, ekstrapoleres til BMI-percentiler for drenge og piger. Børns overvægt og svær overvægt defineres som et BMI over den percentil, der svarer til BMI på 25 henholdsvis 30 kg/m², når børnene når alderen 18 år. Som et eksempel kan nævnes, at et BMI på 17,69 hos en syvårig pige svarer til, at denne pige ville have et BMI på 25 i 18-årsalderen, og således defineres et BMI over 17,69 som overvægt for syvårige piger. På samme måde som grænserne for overvægt og svær overvægt hos børn har IOTF desuden udarbejdet grænser for undervægt for børn (Cole & Lobstein 2012).

Disse BMI-grænser er kun udarbejdet for børn over to år, og metoden er derfor ikke relevant til at bedømme vægtstatus for de seks til ti måneder gamle børn i denne rapport. BMI-kategoriseringerne har klare fordele frem for z-scores, idet de er intuitivt lettere at forstå, og fordi mange

tidligere undersøgelser af vægt blandt børn har brugt disse BMI-kategoriseringer. Dette gør det nemmere at sammenligne resultater mellem forskellige undersøgelser. Selv om der er udviklet WHO-vækstreferencer for børn over fem år, som anført ovenfor, bruges IOTF BMI-grænser til kategorisering af vægtstatus for de fem til otteårige børn i denne rapport.

I den tidligere rapport *Sundhed blandt børn i Region Hovedstaden* (Jørgensen et al. 2013), hvor der indgik data fra Databasen Børns Sundhed, blev WHO-klassifikationerne brugt til definition af overvægt og svær overvægt blandt fem- til otteårige børn. Derfor kan resultaterne om overvægt fra den tidligere rapport ikke sammenlignes direkte med resultaterne fra denne rapport.



Rapportens opbygning



Denne rapport om overvægt blandt børn omfatter børn fra de kommuner i Region Hovedstaden, der indgik i Databasen Børns Sundhed i årene fra 2002 til 2014. Data stammer fra følgende 12 kommuner: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Rødovre, Tårnby og Lyngby-Taarbæk. Lyngby-Taarbæk Kommune indgår kun med data fra barnets første leveår. Disse kommuner repræsenterer et bredt udsnit af Region Hovedstadens kommuner med stor spredning i befolkningsgrupper og social baggrund.

Rapportens resultater er opdelt i tre kapitler:

1. Kapitel 1 omhandler overvægt blandt de seks til ti måneder gamle børn, herunder forekomst over årene, kommuneforskelle, forskelle i andel overvægtige blandt forskellige befolkningsgrupper samt analyser af sammenhængen mellem øvrige faktorer målt i første leveår og overvægt i seks- til timånedersalderen.
2. Kapitel 2 omhandler børn i fem- til otteårsalderen, der er undersøgt af sundhedsplejersken i forbindelse med indskolingsundersøgelsen. Denne del rummer resultater om forekomst over årene, kommuneforskelle samt analyser af sammenhængen mellem øvrige faktorer undersøgt ved indskolingsundersøgelsen og overvægt i fem- til otteårsalderen.
3. Kapitel 3 omhandler sammenhænge mellem tidlige risikofaktorer for overvægt og vægtstatus i fem- til otteårsalderen. Disse risikofaktorer er indhentet ved sundhedsplejerskens besøg i barnets første leveår. Der lægges særlig vægt på analyser af sammenhængen mellem vægtstatus i seks- til timånedersalderen og senere vægtstatus i fem- til otteårsalderen.

Beskrivelse af børnene, der indgår i rapporten

I de forskellige kapitler i rapporten indgår data fra forskellige børn. I det følgende beskrives de populationer, der indgår i rapportens tre kapitler, og i tabel 2 findes en oversigt over antallet af børn, der er inkluderet i analyserne i de enkelte kapitler.

Kapitel 1

I denne rapport indgår der data om 55.083 nul- til etårige børn, der er født mellem år 2002 og 2012. Det er ikke alle disse børn, der har oplysninger om deres vægt og/eller længde, når de er mellem seks og ti måneder gamle, hvilket kan skyldes, at barnet ikke har fået besøg af sundhedsplejersken inden for denne periode, eller at der ikke er registreret vægt og længde ved det relevante besøg. Der indgår derfor 43.109 spædbørn i analyserne af overvægt i første leveår i denne rapport.

Nogle af de faktorer, der undersøges, er antallet af bemærkninger, sundhedsplejersken har til forskellige indikatorer på barnets trivsel og udvikling i det første leveår. For at sikre, at der kun indgår data fra børn, der reelt er undersøgt af sundhedsplejersken flere gange i første leveår, er børn, der er besøgt mindre end to gange udeladt af analyserne. Derfor baseres analyserne af sammenhængen mellem bemærkninger til barnets udvikling og vægtstatus i seks- til timånedersalderen på oplysninger om 42.161 børn.

Kapitel 2

Børnene, der indgår i analyserne om overvægt i indskolingsalderen, er indskolingsundersøgt i skoleårene 2007/08 frem til 2013/14 – i alt er der data om 28.410 børn. Som for de nul- til etårige børn mangler der oplysninger om højde og/eller vægt for nogle af børnene, og der indgår derfor i

alt 26.907 indskolingsbørn i analyserne.

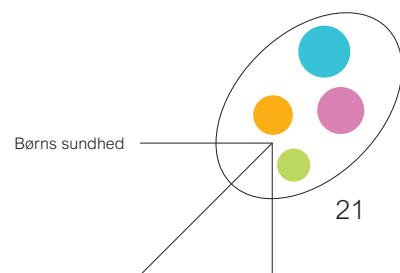
Kapitel 3

I rapportens kapitel 3 præsenteres resultater fra analyser af sammenhængen mellem forskellige risikofaktorer og indikatorer på barnets sundhed, udvikling og trivsel i første leveår og vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen. Der er oplysninger om både tidlige faktorer, som eksempelvis fødselsvægt, og vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen for 14.258 børn.

I analyserne af betydningen af indikatorer på barnets udvikling og trivsel i første leveår, der er registreret ved sundhedsplejerskens besøg i hjemmet, indgår kun data fra børn, der reelt er undersøgt af sundhedsplejersken to eller flere gange i første leveår. Det betyder, at der indgår data fra 13.817 børn i disse analyser.

I de analyser, hvor sammenhængen mellem vægtstatus i seks- til timånedersalderen og ved indskolingsundersøgelsen indgår data om de 10.950 børn, der har oplysninger om vægtstatus på begge tidspunkter.

I perioden mellem første leveår og skolestart kan barnet være flyttet til eller fra en kommune, der indgår i Databasen Børns Sundhed. Desuden er det ikke alle årgange af nyfødte, der endnu er nået skolealderen, og der er derfor ikke oplysninger om så mange børn i dette kapitel som i kapitel 1 og 2.



Kategorisering af vægtstatus i rapporten

Tablet 2: Oversigt over antal børn, der er brugt data fra i de enkelte kapitler

	Beskrivelse af anvendt data	Antal børn
Kapitel 1 Nul- til etårige børn	I alt	55.083
	Børn med data om vægt og højde i seks- til timånedersalderen	43.109
	Børn, der er besøgt mindst to gange i første leveår og med data om vægt og højde i seks- til timånedersalderen	42.161
Kapitel 2 Fem- til otteårige børn	I alt	28.410
	Børn med data om vægt og højde ved indskolingsundersøgelsen	26.907
Kapitel 3 Sammenhæng mellem risikofaktorer i første leveår og vægtstatus som fem- til otteårig	Børn med data fra første leveår og med data om vægt og højde ved indskolingsundersøgelsen	14.258
	Børn, der er besøgt mindst to gange i første leveår og med data om vægt og højde ved indskolingsundersøgelsen	13.817
	Børn med data om vægt og længde i seks- til timånedersalderen og med data om vægt og højde ved indskolingsundersøgelsen	10.950

Vægtstatus i seks- til timånedersalderen

Sundhedsplejerskerne vejer spædbørnene i let tøj og måler dem liggende på et bord. Det seneste sæt vægt- og længdemål målt på samme dag i alderen seks til ti måneder er sammen med barnets køn og præcise alder ved vækstmålingerne anvendt til at definere tidlig vægtstatus. I denne rapport defineres vægtstatus ved seks- til timånedersalderen ved brug af BMI z-scores. Vægtstatus er inddelt i kategorierne 'normalvægtig' (z-score ≤ 1), 'grænsende til at være overvægtig' (z-score 1-2) og 'overvægtig/svært overvægtig' (z-score > 2). I de fleste analyser vil vægtstatus kategoriseres i normalvægtig (inklusive undervægt og 'grænsende til at være overvægtig') og 'overvægtig/svært overvægtig'. I analyserne af sammenhængen mellem tidlig og senere vægtstatus vil tidlig vægtstatus kategoriseres i normalvægtig (inklusive undervægt), 'grænsende til at være overvægtig' og overvægtig/svært overvægtig.

Vægtstatus i fem- til otteårsalderen

Information om vægt og højde ved indskolingsalderen stammer fra sundhedsplejerskernes registreringer fra vækstmålinger på børnene i forbindelse med indskolingsundersøgelsen. Sundhedsplejersken vejer og måler børnene uden sko og overtøj. Højde og vægt er anvendt sammen med barnets køn og præcise alder for målingerne til at definere vægtstatus ved indskolingen. Vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen er kategoriseret i henhold til grænseværdierne udarbejdet af International Obesity Task Force. Børnene er inddelt i kategorierne 'normalvægtig' (inklusive undervægtige), 'overvægtig' og 'svært overvægtig' i henhold til de samme BMI-grænser, der benyttes for voksne, men korrigeret for barnets alder og køn.

Beskrivelse af øvrige variable

Baggrundsfaktorer

Oplysninger om barnets køn samt mors og fars alder indhentes fra CPR-numre i sundhedsplejerskernes journaler. Sundhedsplejersken registrerer også forældrenes paritet, det vil sige hvor mange børn forældrene har i forvejen eller om dette er det første barn samt familietype. Oplysninger om forældrenes uddannelse, indkomst og etniske baggrund er indhentet gennem oplysninger i Danmarks Statistiks registre.

Faktorer målt i spædbarnsalderen

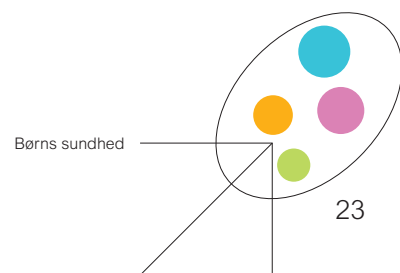
Ved sundhedsplejerskens besøg i barnets første leveår registreres det, hvorvidt der er bemærkninger til forskellige indikatorer for barnets udvikling og trivsel, eksempelvis motoriske problemer.



Sundhedsplejersken bemærker også, om der er særlige problematikker i familien, man skal være opmærksom på, eksempelvis om mor har tegn på efterfødselsreaktion. I denne rapport betyder en bemærkning, at sundhedsplejersken ved mindst ét af besøgene i barnets første leveår har registreret en bemærkning til den givne indikator, og følgende indikatorer undersøges som mulige risikofaktorer for overvægt: fødselsvægt, gestationsalder, ammelængde, at bo sammen med mindst én ryger, bemærkninger til forældre-barn kontakt, bemærkninger til mors psykiske helbred, bemærkninger til barnets signaler og reaktioner, bemærkninger til søvn, bemærkninger til gråd og uro og bemærkninger til motorisk udvikling. I bilag 1 findes en uddybende beskrivelse af hvilke faktorer, sundhedsplejersken konkret vurderer under de enkelte indikatorer ved hvert enkelt besøg, da problematikkerne varierer afhængig af, hvor gammelt barnet er.

Faktorer målt ved indskolingsundersøgelsen

Ud over at måle og veje barnet registrerer sundhedsplejersken en række ting ved indskolingsundersøgelsen, der fortrinsvis gennemføres i starten af 0. klasse. Blandt andet undersøger sundhedsplejersken barnets motoriske evner og spørger ind til forskellige faktorer, eksempelvis måltidsvaner, fysisk aktivitet og barnets trivsel. I bilag 2 findes en uddybende beskrivelse af de faktorer, sundhedsplejersken konkret vurderer ved indskolingsundersøgelsen, og som benyttes i denne rapport. I tillæg til sundhedsplejerskens observationer besvarer forældrene et kort spørgeskema forud for undersøgelsen. Her vurderer de blandt andet barnets forhold til jævnaldrende.



Manglende oplysninger

For de fleste af variablene, der bruges i analyserne i denne rapport, mangler der oplysninger om dem i nogle af børnenes journaler. Der kan være mange grunde til manglende oplysninger,

eksempelvis at den udfyldte værdi er ugyldig, eller at feltet ikke er udfyldt af sundhedsplejersken. I bilag 3 findes en oversigt over andelen af manglende oplysninger for hver enkelt variabel benyttet i rapporten.



Dataanalyse

I de tre kapitler i resultatafsnittet præsenteres indledningsvis sammenhængen mellem de undersøgte faktorer og vægtstatus i søjlediagrammer eller tabeller. Disse sammenhænge kan testes med en statistisk test, der viser, om den sammenhæng, man ser, reelt er udtryk for en forskel mellem grupperne, eller om forskellen kan tilskrives tilfældigheder. Som et eksempel kan nævnes, at hvis det ses i et diagram, at der er en forskel i andelen af drenge og piger, der er overvægtige, kan det testes, om denne forskel er statistisk signifikant. I de tilfælde, hvor de fundne forskelle er statistisk signifikante, altså hvor der er meget stor sandsynlighed for, at forskellen ikke er udtryk for tilfældigheder, er det indikeret med en stjerne i overskriften.

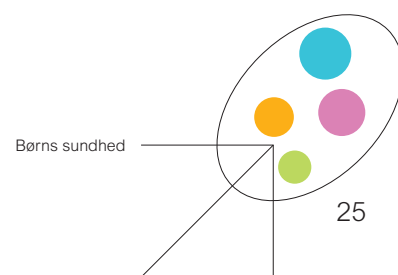
I nogle af analyserne testes der for, om der er en "dosis-respons" sammenhæng med en test for trend. Eksempelvis undersøges udviklingen i andelen af overvægtige børn i perioden. En test for trend kan vise om en eventuelt stigende eller faldende andel over tid er statistisk signifikant. Ud over udvikling af forekomst af overvægt over tid testes sammenhængen mellem fødselsvægt, barnets alder, forældres alder samt forældres uddannelsesniveau og vægtstatus med en test for trend.

I slutningen af hvert kapitel præsenteres tabeller med mere avancerede analyser af sammenhængen mellem udvalgte faktorer og vægtstatus, såkaldte logistiske regressionsanalyser. Resultaterne fra de logistiske regressionsanalyser formidles med odds ratio (OR) værdier. OR-værdier er en måde at udtrykke risiko på: værdien 1,0 svarer til risikoen i en valgt referencegruppe, og hvis OR er højere eller lavere end 1,0 betyder det, at risikoen er højere eller lavere

end i referencegruppen. Når OR beregnes, kan det tilhørende 95 % sikkerhedsinterval (95 % CI) også beregnes. Hvis sikkerhedsintervallet indeholder værdien 1,0, kunne OR-værdien være 1,0 og er derfor ikke signifikant forskellig fra den valgte referencegruppe.

I logistiske regressionsanalyser kan man tage højde for forskellige faktorer, der kan påvirke den sammenhæng, man ønsker at undersøge. Eksempelvis kan køn påvirke sammenhængen mellem amning og vægtstatus, hvis eksempelvis drenge ammes mere end piger, og drenge samtidig har en højere forekomst af overvægt end piger. Denne påvirkning fra køn kan man tage højde for ved at justere for køn i analyserne.

Der vil både blive præsenteret logistiske regressionsanalyser for de enkelte faktorer betydning for vægtstatus hver for sig samt analyser, hvor sammenhængen er justeret for faktorer, der kan tænkes at påvirke sammenhængen. For de nul- til etårige børn er vægtstatus i disse analyser kategoriseret i normalvægtig (inklusive undervægt og 'grænsende til at være overvægtig') og overvægtig/svært overvægtig. For de fem- til otteårige børn er vægtstatus kategoriseret i normalvægtig og overvægtig/svært overvægtig.



Resultater



I de følgende afsnit præsenteres først resultater omhandlende vægtstatus i seks- til timånedersalderen og faktorer målt i første leveår, der vurderes at kunne hænge sammen med vægtstatus ved seks til ti måneder (kapitel 1). Kapitel 2 omhandler vægtstatus i fem- til otteårsalderen

og faktorer målt ved indskolingsundersøgelsen, der vurderes at kunne hænge sammen med vægtstatus. Kapitel 3 omhandler tidlige faktorer (målt i barnets første leveår) betydning for vægtstatus ved fem- til otteårsalderen.

Kapitel 1: Børn i seks-timånedersalderen



Dette kapitel omhandler de 43.109 børn, der er født mellem år 2002 og 2012, og som har oplysninger om deres vægt og længde ved seks- til timånedersalderen. I tabel 1.1 ses fordelingen af vægt-kategorierne blandt børnene i rapporten.

Af tabel 1.1 ses, at 0,3 % af børnene, der indgår i rapporten, ud fra WHO's definitioner af vægtstatus er alvorligt undervægtige, 2,3 % er undervægtige, 77,7 % er normalvægtige, 15,5 % er grænsende til at være overvægtige, 3,6 % er overvægtige, og 0,5 % er svært overvægtige.

I rapportens følgende analyser er vægtstatus kategoriseret i 'normalvægtig' (inklusive alvorlig undervægt og undervægt), 'grænsende til at være overvægtige' og 'overvægtig/svært overvægtig'.

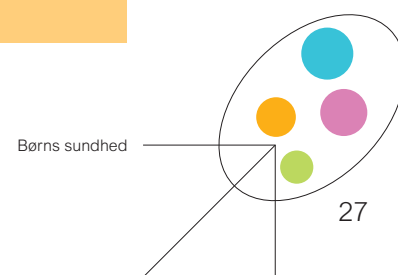
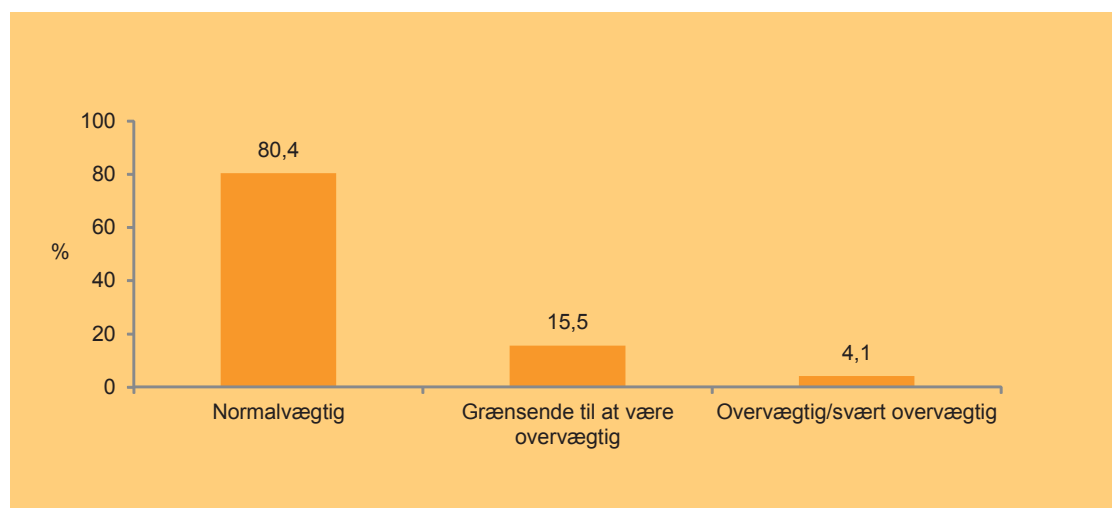
I figur 1.1 ses fordelingen af disse vægtkategorier.

Der er 15,5 % af børnene, der er 'grænsende til at være overvægtige' mens 4,1 % er overvægtige eller svært overvægtige.

Tabel 1.1. Fordeling af børn efter WHO's definition af vægtstatus i seks- til timånedersalderen

	Antal	Andel
Alvorligt undervægtig	142	0,3 %
Undervægtig	1.007	2,3 %
Normalvægtig	33.498	77,7 %
Grænsende til at være overvægtig	6.703	15,5 %
Overvægtig	1.555	3,6 %
Svært overvægtig	204	0,5 %

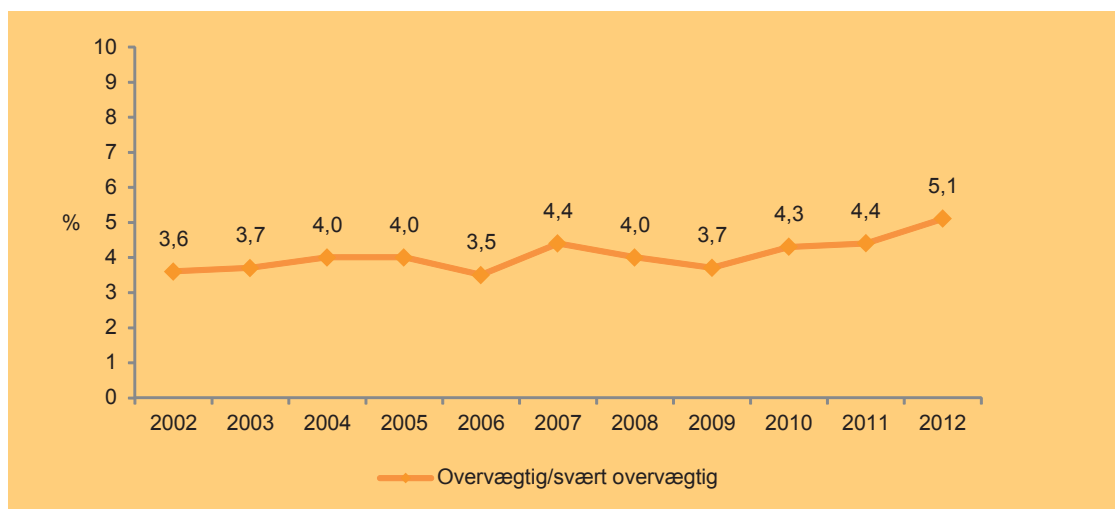
Figur 1.1. Forekomst af normalvægt, 'grænsende til at være overvægtig' og overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen





Figur 1.2. Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen over tid

Test for trend er statistisk signifikant.



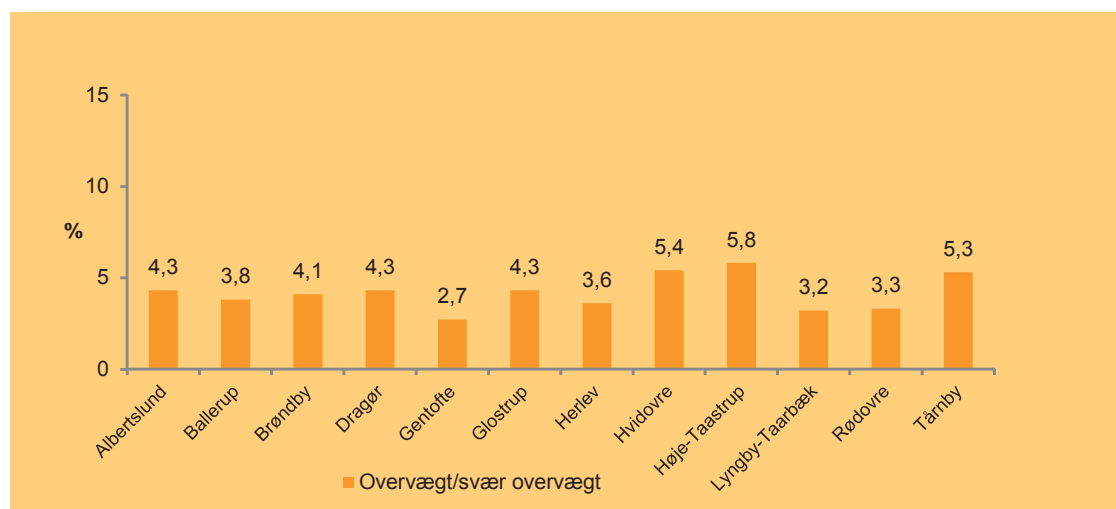
Af figur 1.2 ses det, at forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen har været stigende gennem de år, der indgår data fra i rapporten. Forekomsten af overvægt/svær overvægt har svinget mellem 3,5 % i 2006 og 5,1 % i 2012. Analyser, hvor der kun indgår data fra de kommuner, der har oplysninger fra alle år, viser samme tendens.

Tabeller over forekomst af overvægt/ svær overvægt over tid opdelt på de enkelte kommuner findes i bilag 4.



Figur 1.3. Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter kommune.

Forskellen i andelen af overvægtige/svært overvægtige børn mellem kommunerne er statistisk signifikant.



Kommune

Forekomsten af overvægt og svær overvægt i seks- til timånedersalderen varierer mellem kommunerne, der indgår i undersøgelsen. Gentofte Kommune har den laveste forekomst af overvægt/svær overvægt (2,7 %), mens Høje-Taastrup Kommune har den højeste forekomst (5,8 %) (figur 1.3).



Køn

Der er lidt højere forekomst af overvægt/svær overvægt blandt drengene (4,7 %) end blandt pigerne (3,4 %) i seks- til timånedersalderen (figur 1.4).

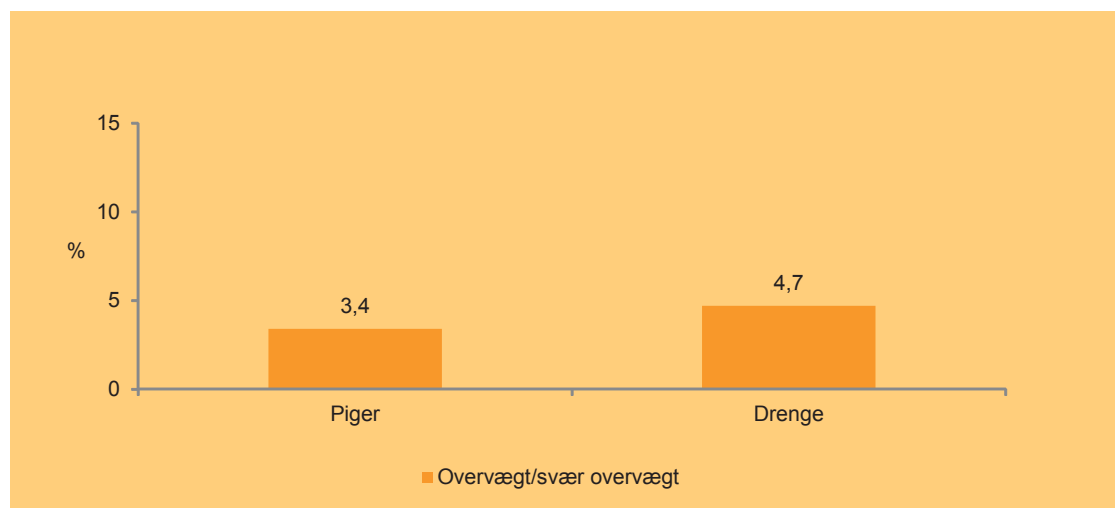
Sociodemografiske faktorer

Forældres alder

I tabel 1.2 ses fordelingen af børn efter henholdsvis mors og fars alder ved barnets fødsel. Af tabellen ses det, at fædrene typisk er lidt ældre end mødrene ved barnets fødsel.

Figur 1.4. Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter køn

Forskellen i andelen af overvægtige/svært overvægtige piger og drenge er statistisk signifikant.



Tabel 1.2. Fordeling af børn efter forældres alder ved barnets fødsel

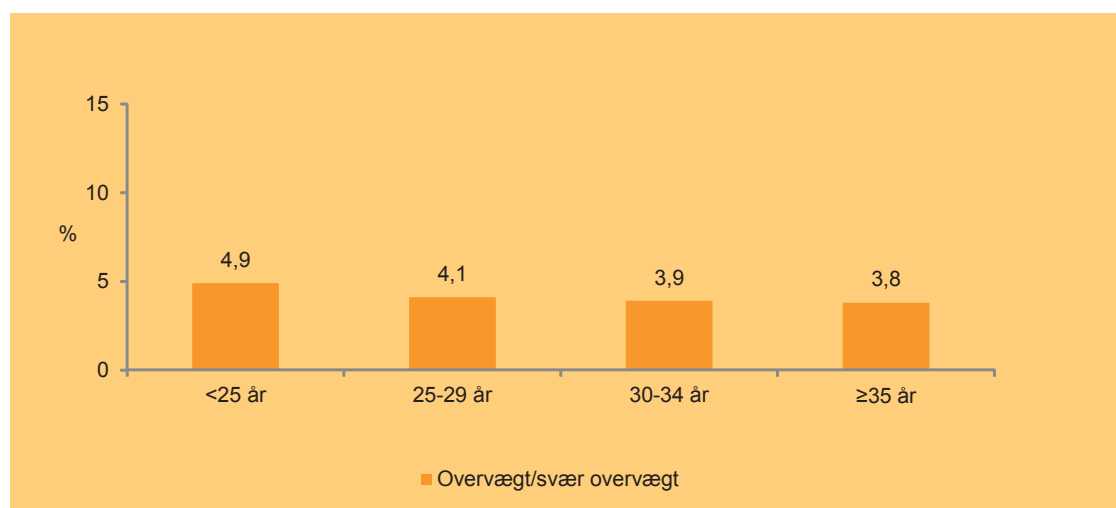
Forældres alder	Andel børn	
	Mor	Far
Under 25 år	11,5 %	5,2 %
25-29 år	28,8 %	20,7 %
30-34 år	36,3 %	34,4 %
35 år eller mere	23,4 %	39,7 %



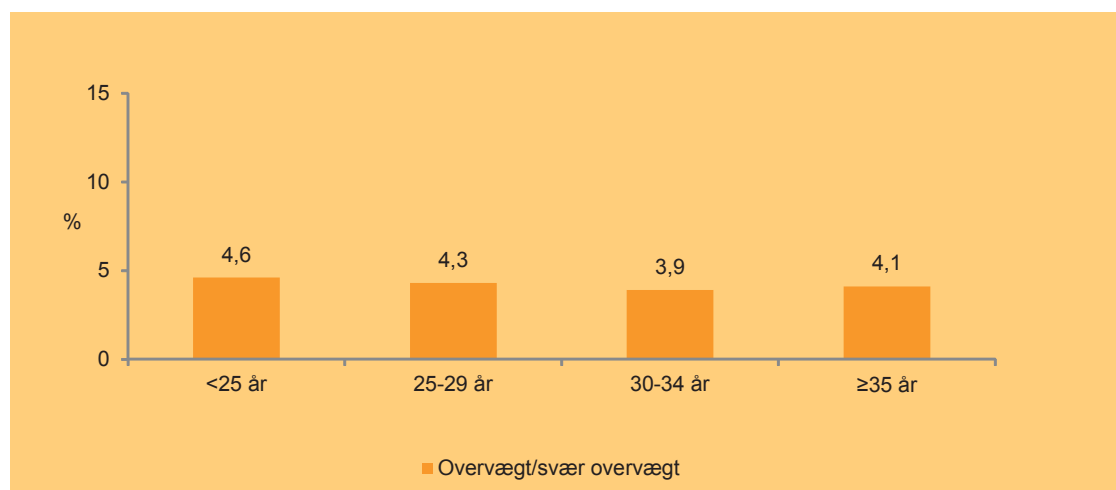
I figur 1.5 og 1.6 vises fordelingen af børnenes vægtstatus opdelt efter forældrenes alder.

I figur 1.5 og 1.6 ses en lavere forekomst af overvægt/svær overvægt, jo ældre forældrene er, når barnet bliver født. Denne tendens er dog kun statistisk signifikant for mors alder.

Figur 1.5. Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter mors alder ved barnets fødsel. Test for trend er statistisk signifikant.



Figur 1.6. Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter fars alder ved barnets fødsel



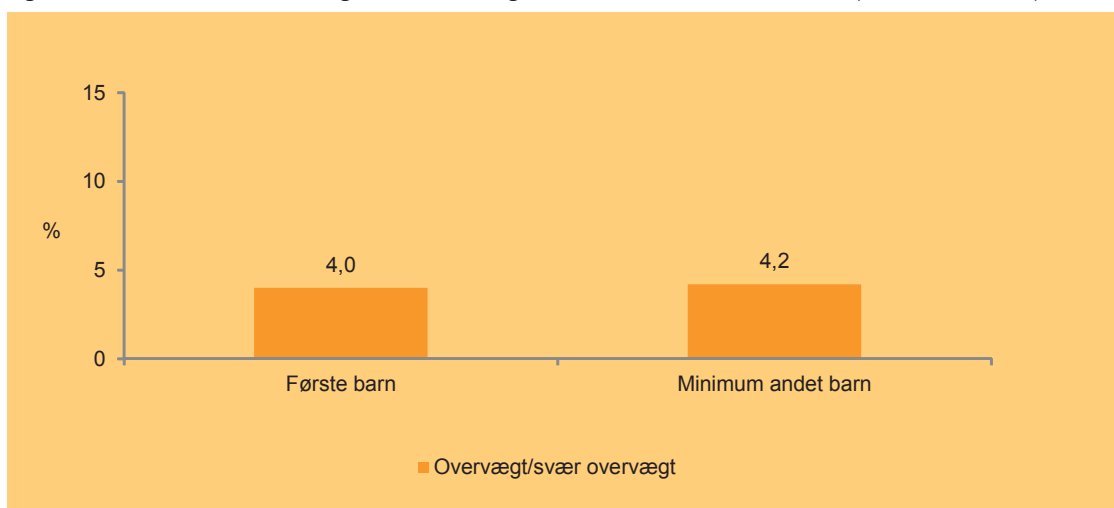


Paritet

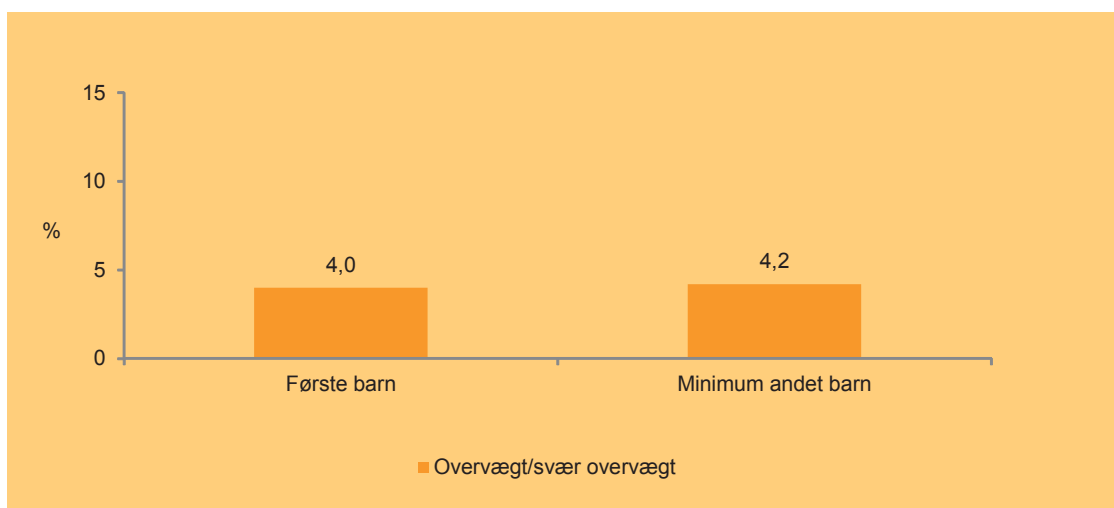
Blandt de seks til ti måneder gamle børn i rapporten er 47,7 % af børnene født af en førstegangsfødende mor, mens 48,4 % af børnene er farens første barn.

Af figur 1.7 og 1.8 ses, at der ikke er nogen markant forskel i andelen af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige i forhold til forældrenes paritet.

Figur 1.7. Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter mors paritet



Figur 1.8. Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter fars paritet





Forældres uddannelse

I tabel 1.3 ses fordelingen af børn efter henholdsvis mors og fars højest gennemførte uddannelse ved barnets fødsel. Oplysninger om mors og fars højest gennemførte uddannelse er indhentet via Danmarks Statistiks register.

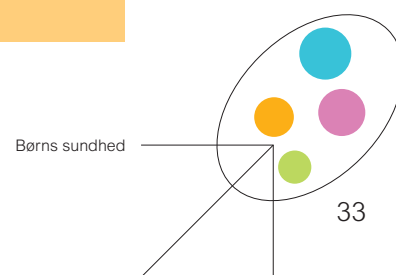
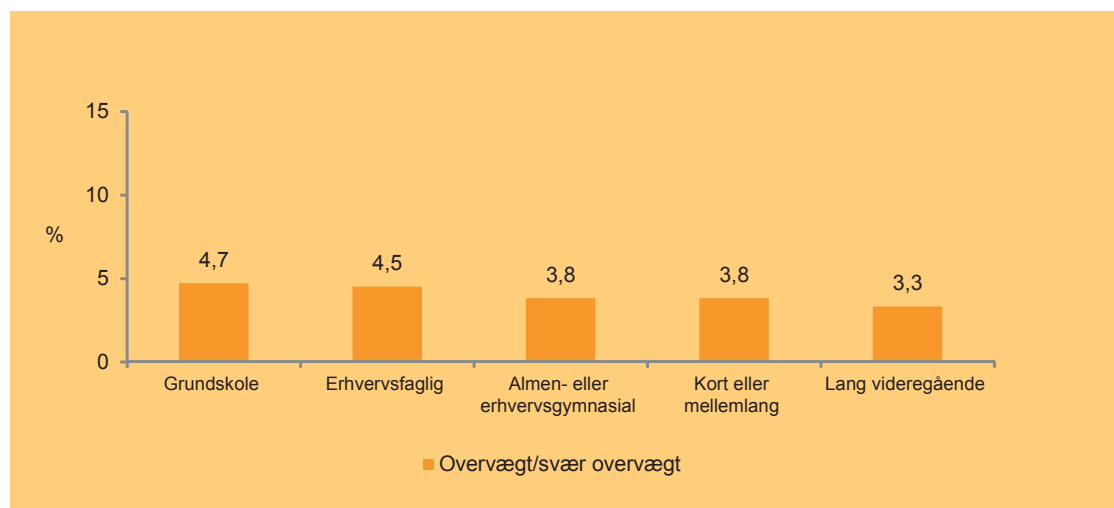
I figur 1.9 og 1.10 vises fordelingen af børnenes vægtstatus opdelt efter forældrenes uddannelsesniveau.

Figur 1.9 viser en graderet sammenhæng mellem mors højest gennemførte uddannelse og andelen af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige i seks- til timånedersalderen. Blandt børn af mødre, der højest har gennemført grundskolen, er andelen 4,7 %, mens den er 3,3 % blandt børn af mødre med en lang videregående uddannelse.

Tabel 1.3. Fordeling af børn efter forældres højest gennemførte uddannelse ved barnets fødsel

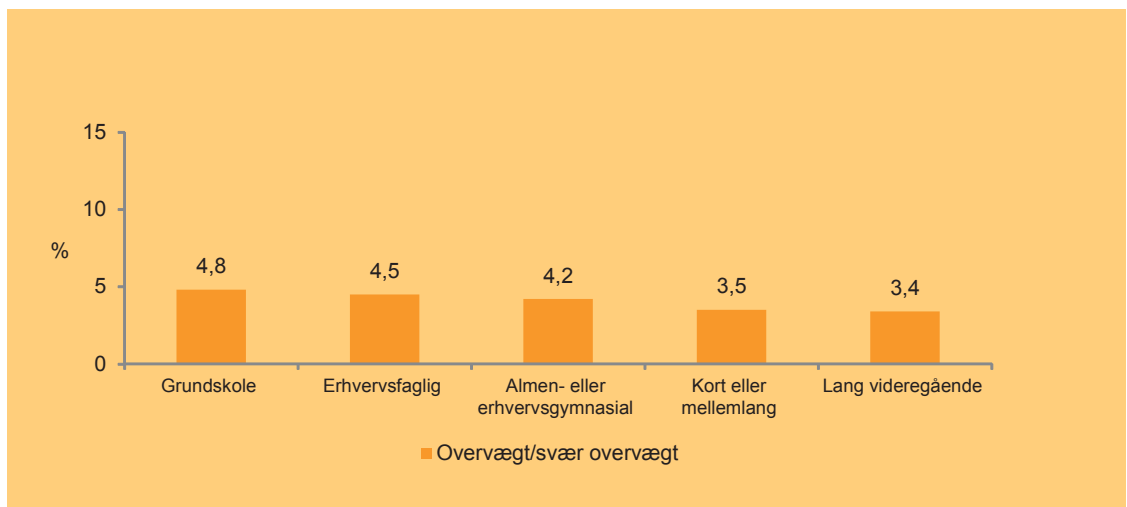
	Andel børn	
	Mor	Far
Grundskoleuddannelse	19,2 %	19,0 %
Erhvervsfaglig uddannelse	27,2 %	32,6 %
Almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse	10,7 %	10,2 %
Kort eller mellemlang uddannelse	23,7 %	17,7 %
Lang videregående uddannelse	19,1 %	20,5 %

Figur 1.9. Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter mors højest gennemførte uddannelse. Test for trend er statistisk signifikant.





Figur 1.10. Forekomst af overvægt/svært overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter fars højest gennemførte uddannelse. Test for trend er statistisk signifikant.



Lige som det er tilfældet for mors uddannelsesniveau, ses der også en graderet sammenhæng mellem fars uddannelsesniveau og andelen af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige i seks- til timånedersalderen. Blandt børn af fædre, der højest har gennemført grundskolen, er andelen 4,8 %, mens den er 3,4 % blandt børn af fædre med en lang videregående uddannelse.

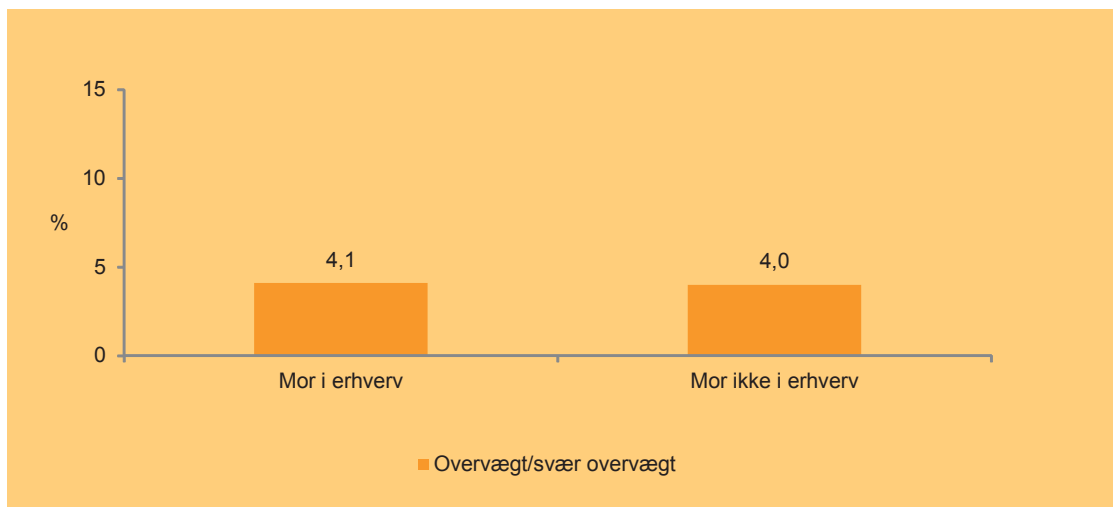
Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet

I populationen i denne rapport er 73,6 % af mødrene i erhverv, mens 26,4 % ikke har tilknytning til arbejdsmarkedet ved barnets fødsel. Blandt fædre er 89,8 % i erhverv, mens 10,2 % ikke er. Oplysninger om mors og fars erhvervstilknytning er indhentet via register. I figur 1.11 og 1.12 vises andelen af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige, opdelt efter mors og fars tilknytning til arbejdsmarkedet.

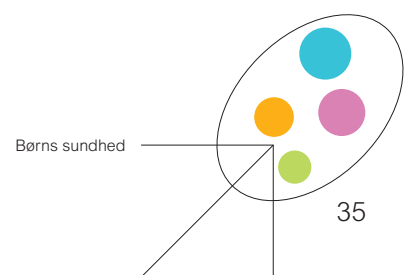
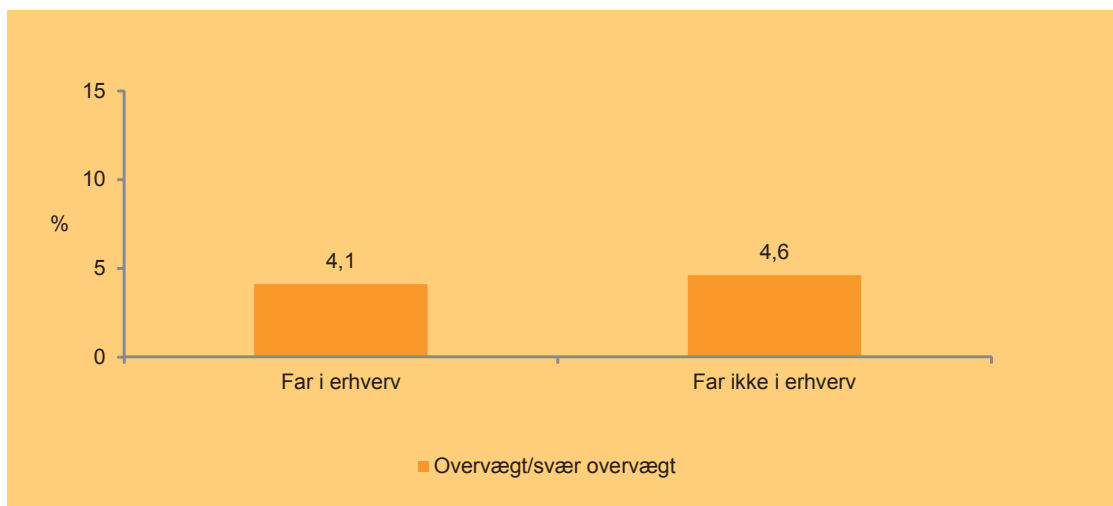
Figur 1.11 viser, at der er lille forskel i andelen af overvægtige og svært overvægtige i seks- til timånedersalderen, alt efter om moren er i arbejde (4,1 %) eller ej (4,0 %). Der er ligeledes en lille forskel i andelen af overvægtige eller svært overvægtige børn, alt efter om far har erhvervstilknytning (4,1 %) eller ikke har erhvervstilknytning (4,6 %). Denne forskel er ikke statistisk signifikant (figur 1.12).



Figur 1.11. Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter mors erhvervstilknytning



Figur 1.12. Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter fars erhvervstilknytning





Forældres etniske baggrund

Personer med dansk herkomst er defineret som personer, hvor mindst én af forældrene er dansk statsborger eller født i Danmark. Indvandrere er født i udlandet af forældre, der hverken er danske statsborgere eller er født i Danmark. Efterkommere er personer, der er født i Danmark af forældre, der hverken er danske statsborgere eller født i Danmark. De fleste børn, i alt 76,2 %, har mødre af dansk herkomst, 20,0 % har mødre, der er indvandrere, og 3,8 % har mødre, der er efterkommere. Tilsvarende er 73,3 % af fædre af dansk herkomst, 19,4 % af fædre er indvandrere, og 3,3 % er efterkommere. Oplysninger om mors og fars etniske baggrund er indhentet via register. I figur 1.13 og 1.14 vises andelen af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige, opdelt efter mors og fars etniske herkomst.

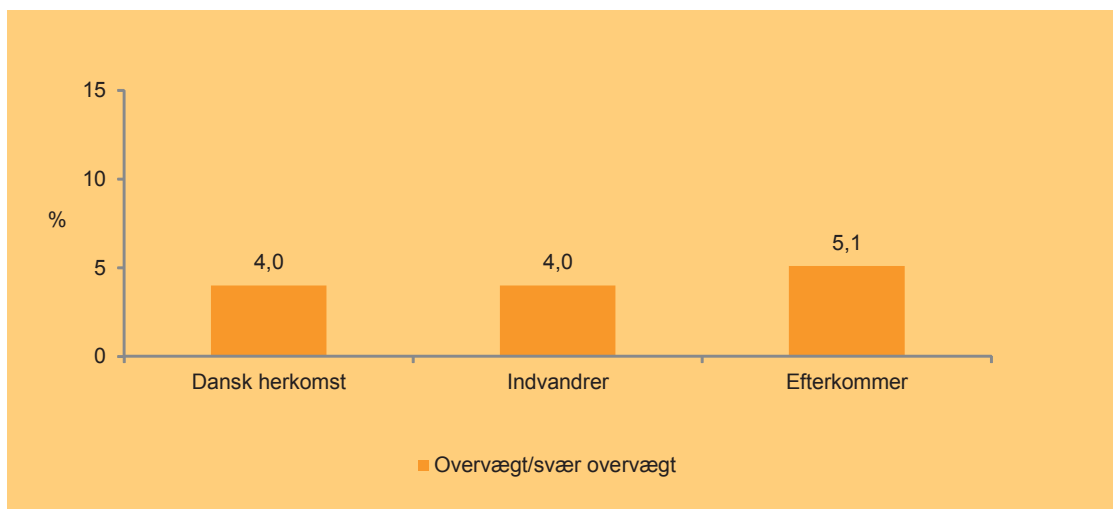
Af figur 1.13 ses en tendens til, at børn af mødre, der er efterkommere, har en lidt højere forekomst af overvægt eller svær overvægt i seks- til timånedersalderen (5,1 %) sammenlignet med børn af mødre af dansk herkomst eller børn af mødre, der er indvandrere (4,0 %). Forskellen er dog ikke statistisk signifikant.

Figur 1.14 viser andelen, der er overvægtige eller svært overvægtige, når de er seks til ti måneder gamle, opdelt på fars etniske herkomst. Her er andelen 4,1 % for børn, hvis far er af dansk herkomst, 4,3 % for børn, hvis far er indvandrer og 4,2 % for børn, hvis far er efterkommer.

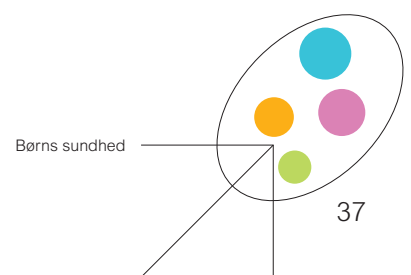
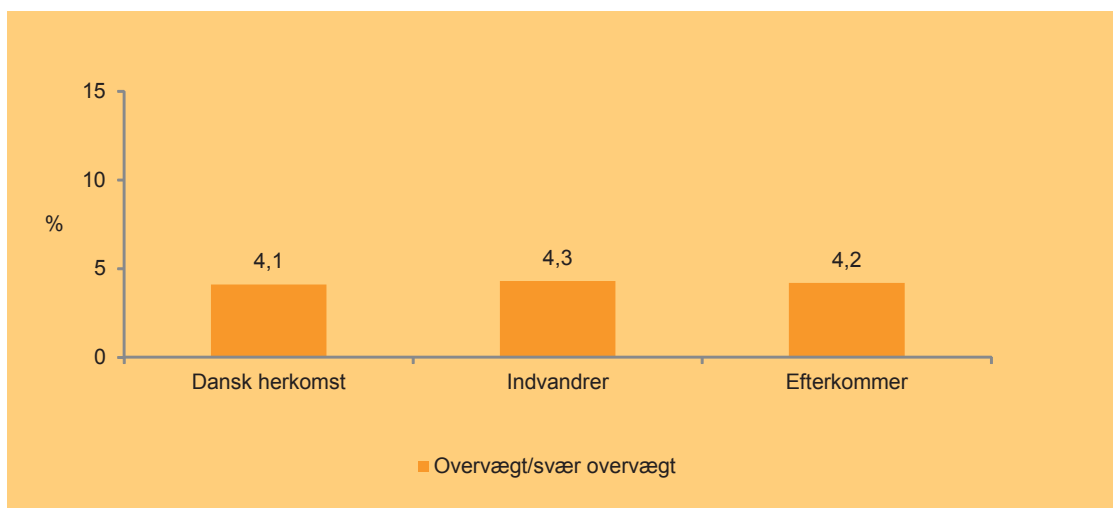




Figur 1.13. Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter mors etniske herkomst

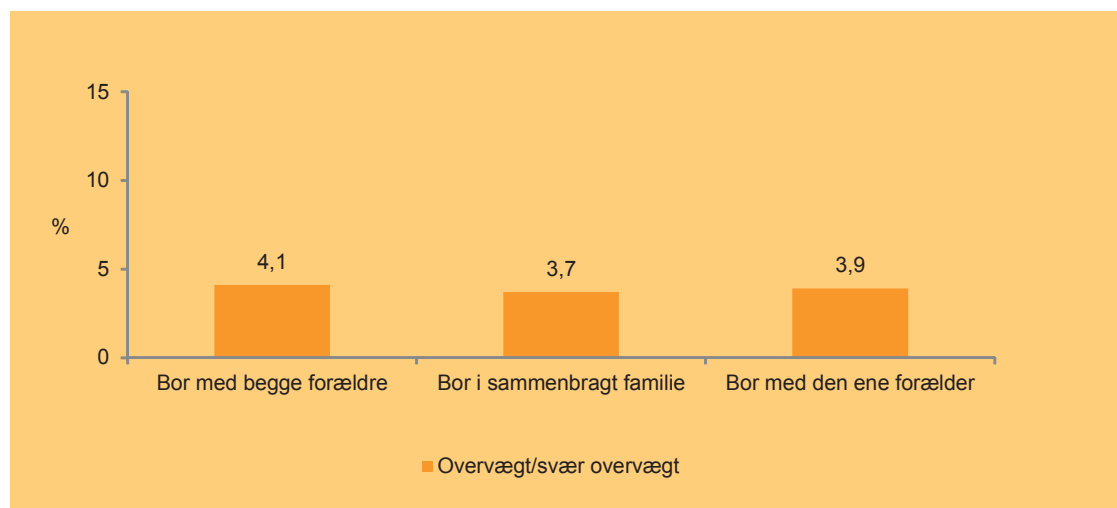


Figur 1.14. Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter fars etniske herkomst





Figur 1.15. Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter familietype



Familietype

Langt de fleste børn bor sammen med begge deres forældre det første år af deres liv; nemlig 95,2 %. Der er 1,4 %, der bor i en sammenbragt familie, og 3,5 %, der kun bor med den ene forælder.

Figur 1.15 viser andelen af overvægtige eller svært overvægtige børn opdelt på familietype.

Det ses af figur 1.15, at der ikke er nogen signifikant forskel på andelen af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige, uanset om de bor med begge forældre, i en sammenbragt familie eller kun bor med den ene forælder.

Faktorer forbundet med fødslen

Fødselsvægt

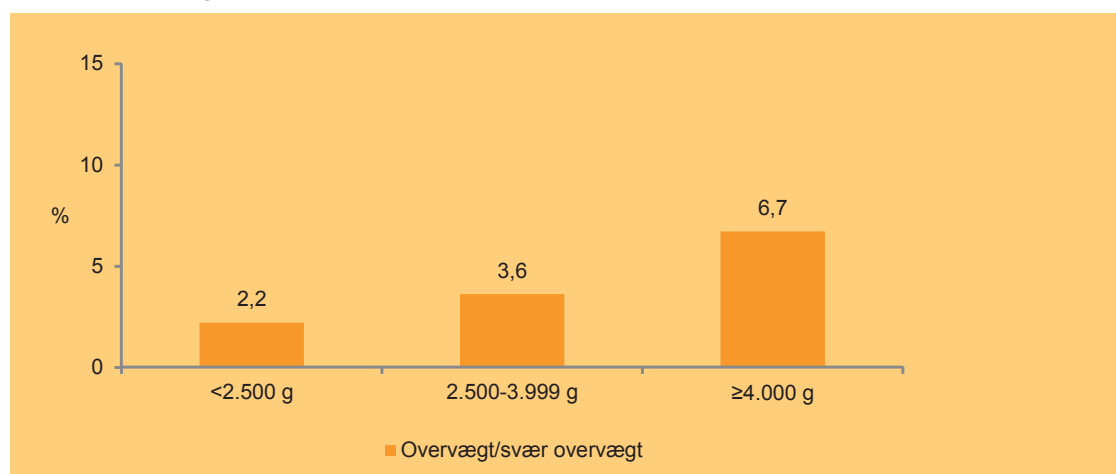
Blandt de seks til ti måneder gamle børn i rapporten er 5,2 % født med en fødselsvægt under 2.500 gram, 78,8 % er født med en fødselsvægt mellem 2.500 og 3.999 gram, mens 16,1 % er født med en fødselsvægt over 4.000 gram.

Figur 1.16 viser, at forekomsten af overvægt/svær overvægt stiger kraftigt med stigende fødselsvægt. Af de børn, der er født med en fødselsvægt under 2.500 gram, er 2,2 % overvægtige eller svært overvægtige, og blandt børn født med en fødselsvægt mellem 2.500 og 3.999 gram er 3,6 % overvægtige eller svært overvægtige. Af de børn, der er født med en fødselsvægt over 4.000 gram, er 6,7 % overvægtige eller svært overvægtige.

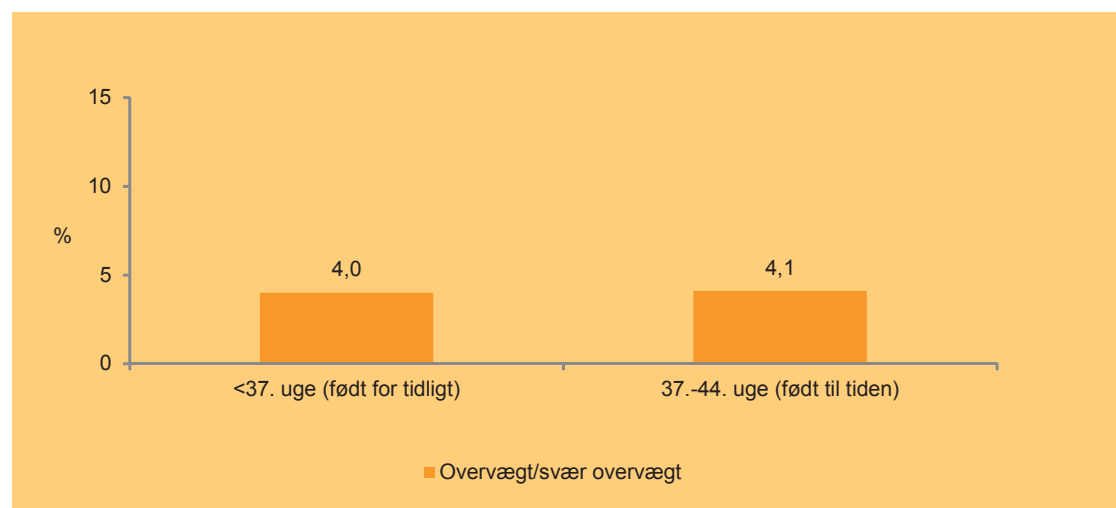


Figur 1.16. Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter fødselsvægt.

Test for trend er statistisk signifikant.



Figur 1.17. Forekomst af og overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter gestationsalder



Gestationsalder

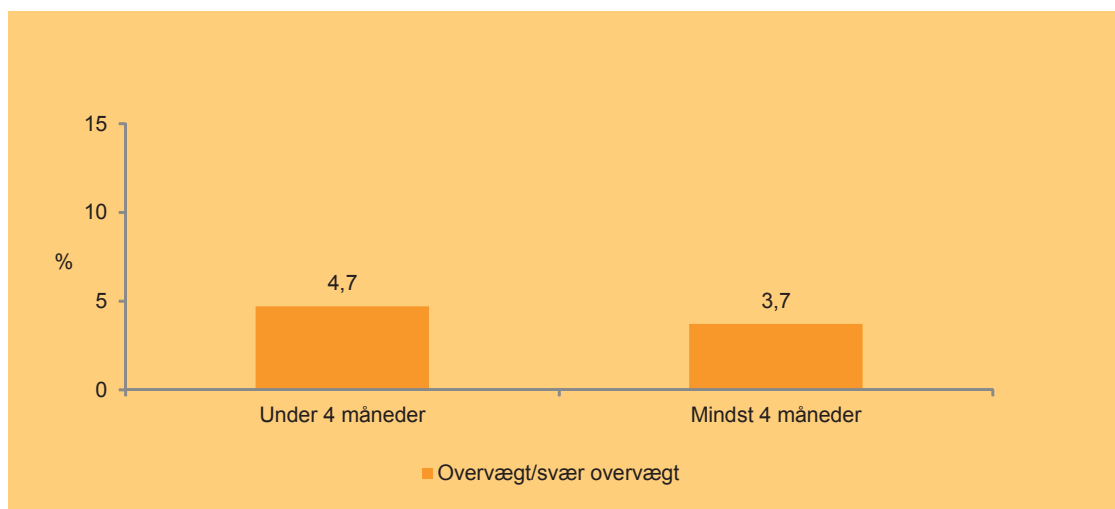
Blandt de seks til ti måneder gamle børn i rapporten er 6,4 % født før 37. gestationsuge, det vil sige, at de er født før termin og betragtes som for tidligt fødte. De resterende 93,6 % er født mellem 37. og 44. gestationsuge.

Af figur 1.17 ses, at der ikke er nogen forskel i forekomsten af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen mellem børn, der er født for tidligt, og børn, der er født til tiden.



Figur 1.18. Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter, om barnet er ammet fuldt i fire måneder eller mindre.

Forskellen i andelen af overvægtige/svært overvægtige børn opdelt efter, hvor længe barnet er ammet fuldt, er statistisk signifikant.



Faktorer i barnets første levemåned

Amning

Sundhedsstyrelsen anbefaler fuld amning i mindst seks måneder. Det er dog individuelt, hvor længe det er hensigtsmæssigt, at barnet ikke får anden føde end mælk, og ofte kan det fra fire måneder være hensigtsmæssigt at supplere med skemad frem for flaske, hvis barnet får brug for et supplement til modermælken (Sundhedsstyrelsen 2013a). Der er i alt 60,4 % af børnene, der er ammet fuldt i mindst fire måneder.

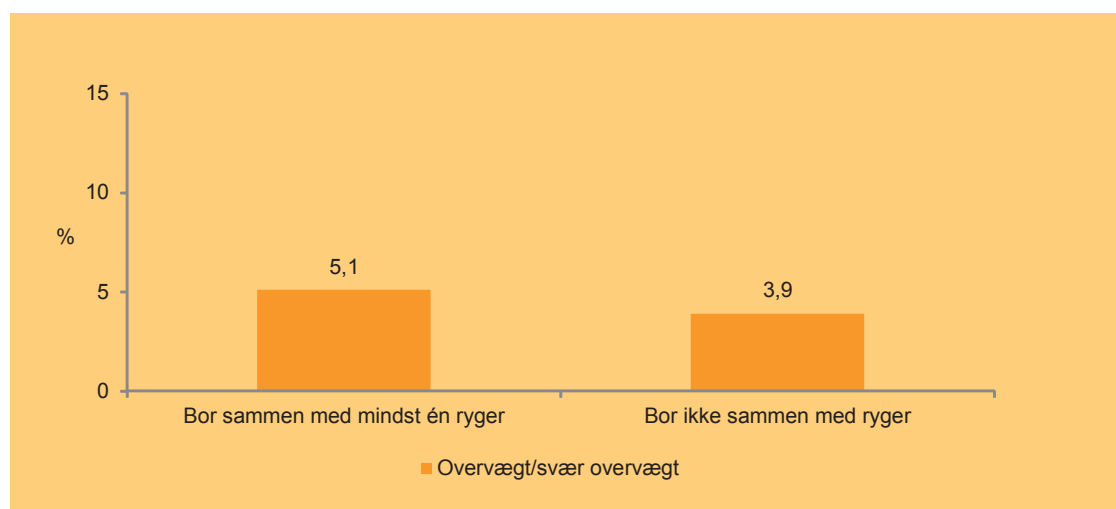
Af figur 1.18 fremgår det, at der er en højere forekomst af overvægt og svær overvægt i seks- til timånedersalderen blandt børn, der er ammet fuldt i mindre end fire måneder (4,7 %), sammenlignet med børn, der er ammet mindst fire måneder (3,7 %).





Figur 1.19. Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks- til timånedersalderen opdelt efter, om barnet bor sammen med mindst én ryger.

Forskellen i andelen af overvægtige/svært overvægtige børn opdelt efter, om barnet bor sammen med en ryger eller ej, er statistisk signifikant.



Bor sammen med mindst én ryger

Sundhedsplejersken registrerer, hvorvidt barnet bor sammen med én eller flere rygere ved et af de første besøg hos familien. Blandt de seks til ti måneder gamle børn i rapporten bor 15,9 % sammen med mindst én person, der ryger.

Af figur 1.19 ses det, at forekomsten af overvægt og svær overvægt er højere blandt børn, der bor sammen med mindst én ryger, end blandt børn, der ikke gør. Blandt børn, der bor sammen med mindst én ryger, er 5,1 % overvægtige eller svært overvægtige. Til sammenligning er 3,9 % af børnene, der ikke bor sammen med en ryger, overvægtige eller svært overvægtige.



Bemærkninger til indikatorer på barnets sundhed, udvikling og trivsel i første leveår

Dette afsnit om indikatorer i barnets første leveår og barnets vægtstatus i seks- til timånedersalderen er baseret på data om de 42.161 børn, der er besøgt mindst to gange i første leveår, og som har oplysninger om vægtstatus. Oplysningerne er målt på flere tidspunkter i barnets første leveår, og det er derfor ikke muligt at sige noget om, hvorvidt de enkelte indikatorer betragtes som årsag til eller konsekvens af barnets vægtstatus. Der kan for eksempel ses en sammenhæng mellem vægtstatus og bemærkninger til motorik, men det vil ikke være muligt at afgøre, om det er overvægt, der har forårsaget dårlig motorisk udvikling, eller om det er den motoriske udvikling, der er årsag til overvægten.

I tabel 1.4 ses andelen af børn, der har en eller flere bemærkninger til udvalgte indikatorer på barnets sundhed, udvikling og trivsel i første leveår, i alt og opdelt på barnets vægtstatus i seks- til timånedersalderen. I bilag 1 findes uddybende information af, hvad de forskellige indikatorer dækker.

Af tabel 1.4 ses det, at der ikke er markante forskelle i barnets vægtstatus i seks- til timånedersalderen og forekomsten af bemærkninger til indikatorerne på barnets udvikling og trivsel i første leveår. Dog ses det, at der blandt de normalvægtige børn er 45,0 %, der har mindst én bemærkning til deres motorik, mens det er 51,1 % af de overvægtige eller svært overvægtige børn, der har mindst én bemærkning.

Tabel 1.4. Andel børn med mindst én bemærkning til indikator i første leveår

Indikator	Andel med mindst én bemærkning		
	Samlet	Normalvægtige	Overvægtige/svært overvægtige
Spisning	49,1 %	50,3 %	51,8 %
Forældre-barn kontakt og samspil	20,2 %	20,4 %	20,4 %
Barnets signaler og reaktioner	30,6 %	30,8 %	30,3 %
Uro/gråd	13,6 %	13,7 %	13,4 %
Søvn	12,3 %	12,5 %	11,5 %
Mors psykiske tilstand	37,7 %	37,9 %	37,7 %
Motorik	45,5 %	45,0 %	51,1 %



Logistiske regressionsanalyser

I dette kapitel ses det, at der er en tydelig sammenhæng mellem følgende risikofaktorer og barnets vægtstatus ved seks- til timånedersalderen: fødselsvægt, amning ved fire måneder og dét at bo sammen med mindst én ryger. Derfor præsenteres tabeller med odds ratio-værdier for sammenhængen mellem disse risikofaktorer og barnets vægtstatus. OR udtrykker odds for at være overvægtig eller svær overvægtig i seks- til timånedersalderen. En stjerne udtrykker, at sammenhængen er statistisk signifikant, det vil sige, at sammenhængen vurderes at være statistisk sikker.

Af tabellen ses det, at der er signifikant nedsat risiko for at være overvægtig eller svær overvægtig i seks- til timånedersalderen, hvis barnet er født med en fødselsvægt under 2.500 gram (OR=0,59 (0,41-0,86)). Der ses en signifikant forøget risiko for at være overvægtig eller svær overvægtig, hvis barnet har en fødselsvægt på 4.000 gram eller derover (OR=1,87 (1,62-2,15)). Odds ratio for at være overvægtig eller svær overvægtig i seks- til timånedersalderen er forøget, hvis barnet ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder (OR=1,24 (1,07-1,44)). Hvis barnet bor sammen med en ryger i første leveår, er odds ratio for overvægt eller svær overvægt i seks- til timånedersalderen forøget (OR=1,22 (1,05-1,42)) sammenlignet med børn, der ikke bor sammen med en ryger.

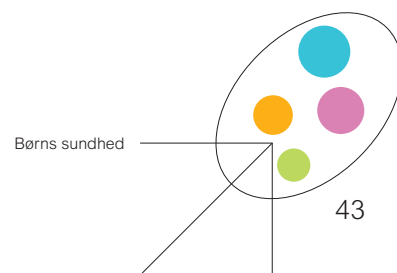
Tabel 1.5. Ujusterede og justerede OR for at være overvægtig eller svær overvægtig i seks- til timånedersalderen.

Risikofaktorer	OR (95 % CI) Ujusteret	OR (95 % CI) Justeret
Fødselsvægt^a		
<2.500 gram	0,59 (0,43-0,80)*	0,59 (0,41-0,86)*
2.500-3.999 gram (reference)	1	1
4.000 gram eller derover	1,93 (1,71-2,18)*	1,87 (1,62-2,15)*
Amning^b		
Fuld amning mindst fire måneder (reference)	1	
Fuld amning mindre end fire måneder	1,28 (1,14-1,43)*	1,24 (1,07-1,44)*
Bor sammen med en ryger^c		
Nej (reference)	1	
Ja	1,32 (1,15-1,51)*	1,22 (1,05-1,42)*

^a de justerede analyser (højre søjle) er justeret for: barnets køn, mors alder ved fødslen, mors uddannelse og bor sammen med en ryger.

^b de justerede analyser (højre søjle) er justeret for: barnets køn, fødselsvægt, mors alder ved fødslen, mors uddannelse og bor sammen med en ryger.

^c de justerede analyser (højre søjle) er justeret for: mors alder ved fødslen og mors uddannelse.



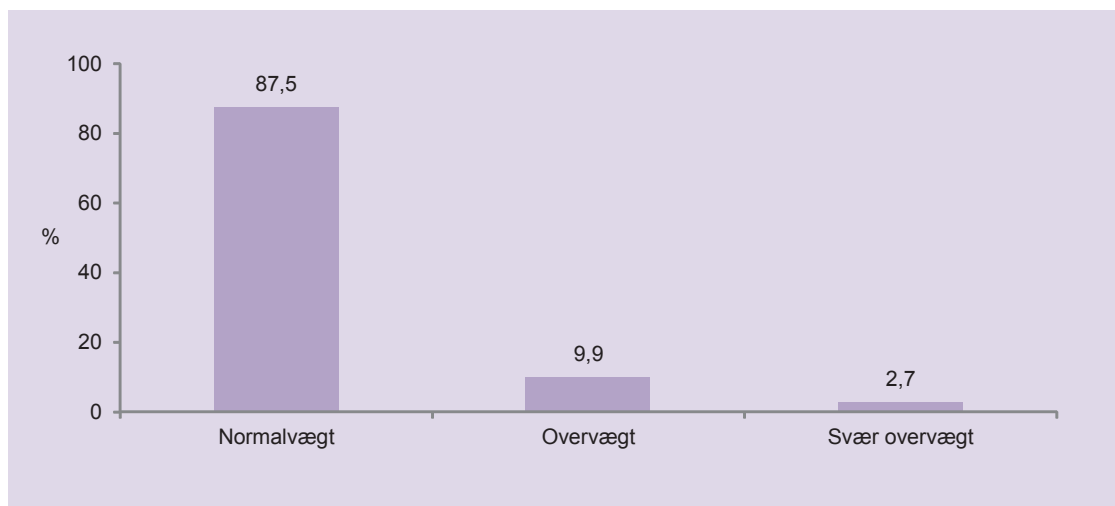
Kapitel 2: Fem- til otteårige børn

Dette afsnit omhandler de 26.907 børn, der er indskolingsundersøgt i skoleåret 2007/08 og frem til skoleåret 2013/14, og som har oplysninger om højde og vægt. Figur 2.1 viser, at i alt er 9,9 % af børnene overvægtige mens 2,7 % er svært overvægtige.

Ud af de normalvægtige (87,5 %) er 7,7 procentpoint af børnene undervægtige.

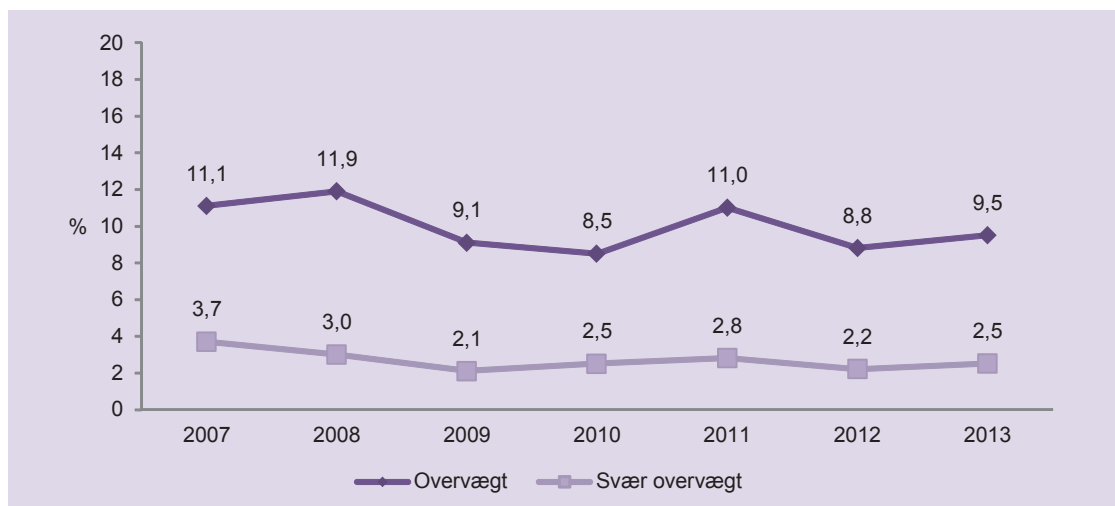
I figur 2.2 er forekomsten af overvægt/svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen over tid vist.

Figur 2.1. Forekomst af normalvægt, overvægt og svær overvægt blandt indskolingsbørnene



Figur 2.2. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen over tid

Test for trend for overvægt og svær overvægt er statistisk signifikant.





Forekomsten af overvægt og svær overvægt har svinget gennem de år, der indgår data fra i rapporten med en nedadgående tendens. Forekomsten af overvægt har varieret mellem 8,5 % i 2010 og 11,9 % i 2008, mens forekomsten af svær overvægt har varieret mellem 2,1 % og 3,7 %. Analyser, hvor der kun indgår data fra de kommuner, der har oplysninger fra alle år, viser samme tendens.

Figurer over forekomst af overvægt og svær overvægt over tid opdelt på de enkelte kommuner findes i bilag 4.

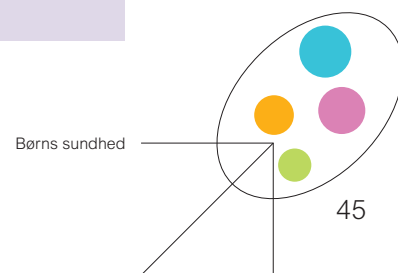
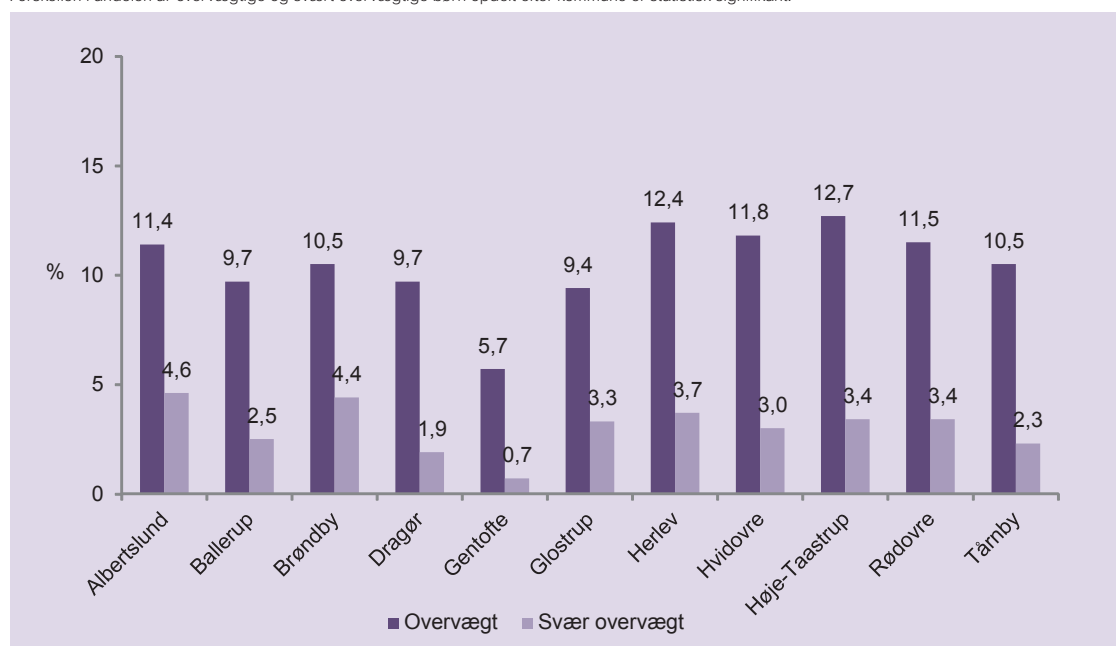
Kommune

Forekomsten af overvægt og svær overvægt varierer mellem kommunerne, der indgår i undersøgelsen. Gentofte Kommune har den laveste forekomst af overvægt (5,7 %) og svær overvægt (0,7 %), mens Høje-Taastrup Kommune har den højeste forekomst af overvægt (12,7 %), og Albertslund Kommune har den højeste forekomst af svær overvægt (4,6 %) (figur 2.3).

I de følgende afsnit præsenteres andelen af børn, der er overvægtige og svært overvægtige, opdelt på en række faktorer, der er indhentet oplysninger om ved indskolingsundersøgelsen, og som behandles som prædiktorer for overvægt.

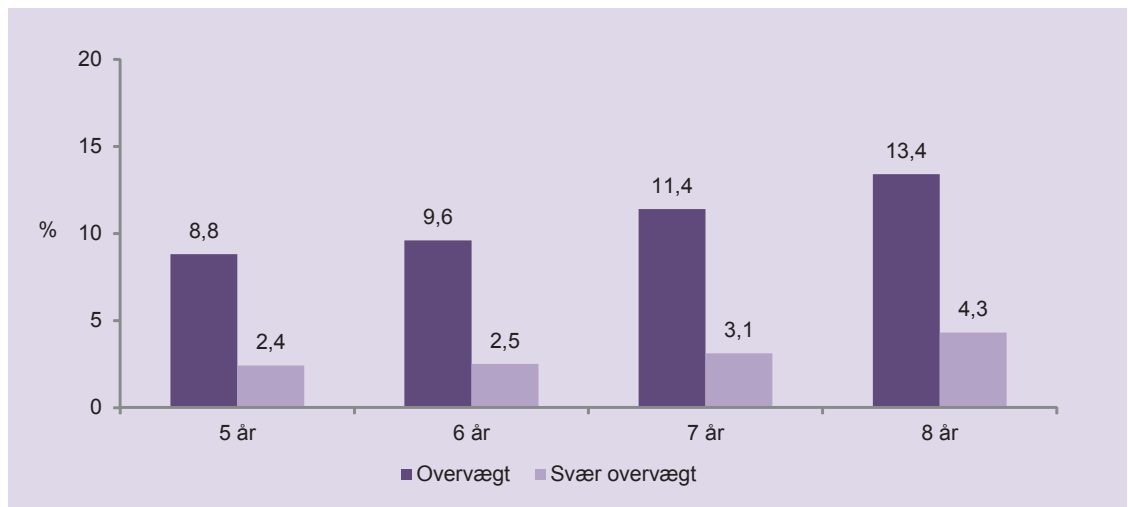
Figur 2.3. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt efter kommune.

Forskellen i andelen af overvægtige og svært overvægtige børn opdelt efter kommune er statistisk signifikant.





Figur 2.4. Forekomst af overvægt og svær overvægt opdelt efter barnets alder ved indskolingsundersøgelsen. Test for trend for overvægt og svær overvægt er statistisk signifikant.



Alder

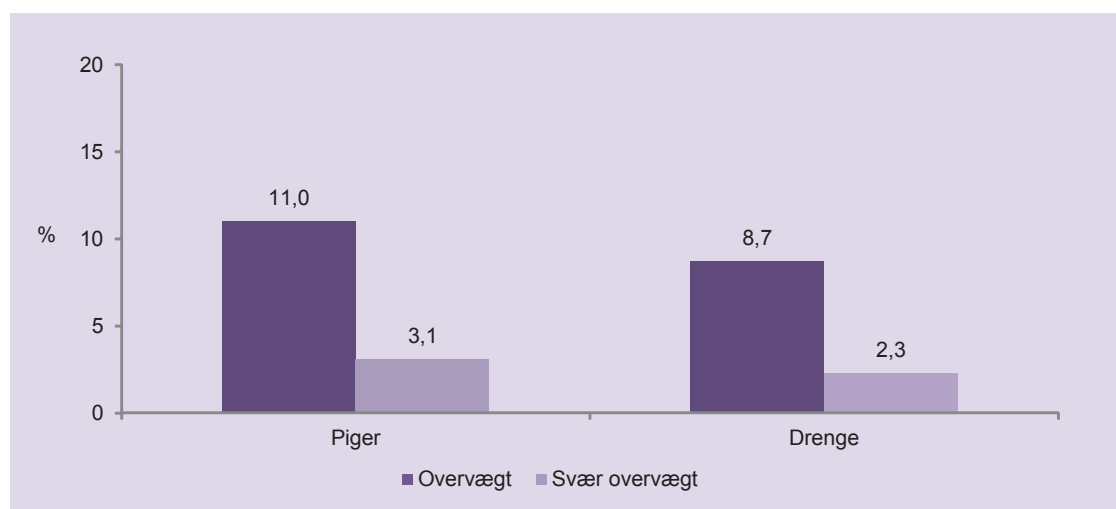
Gennemsnitsalderen for de undersøgte børn er 6,6 år. Blandt børnene i rapporten er 9,3 % indskolingsundersøgt, når de var fem år, 72,7 % er seks år, 15,2 % er syv år, og 2,8 % er otte år. Figur 2.4 viser forekomsten af overvægt og svær overvægt i de forskellige aldersgrupper. Der ses en klar tendens til, at forekomsten af både overvægt og svær overvægt er højere, jo ældre barnet er ved indskolingsundersøgelsen. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at det kan være en særlig gruppe af børn, der er undersøgt, når de er otte år – i gruppen indgår sandsynligvis en gruppe børn, der er skoleudsat af særlige årsager.





Figur 2.5. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen for drenge og piger.

Forskellen i andelen af overvægtige og svært overvægtige børn opdelt efter barnets køn er statistisk signifikant.

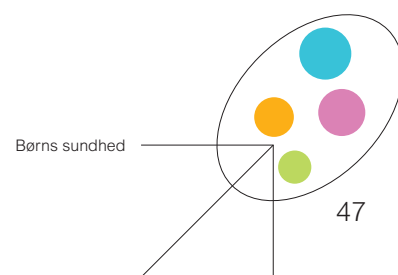


Køn

Af figur 2.5 ses, at forekomsten af overvægt og svær overvægt er højere blandt pigerne end blandt drengene. Blandt de seks til ti måneder gamle børn ses den modsatte tendens – her er der en højere forekomst blandt drengene.

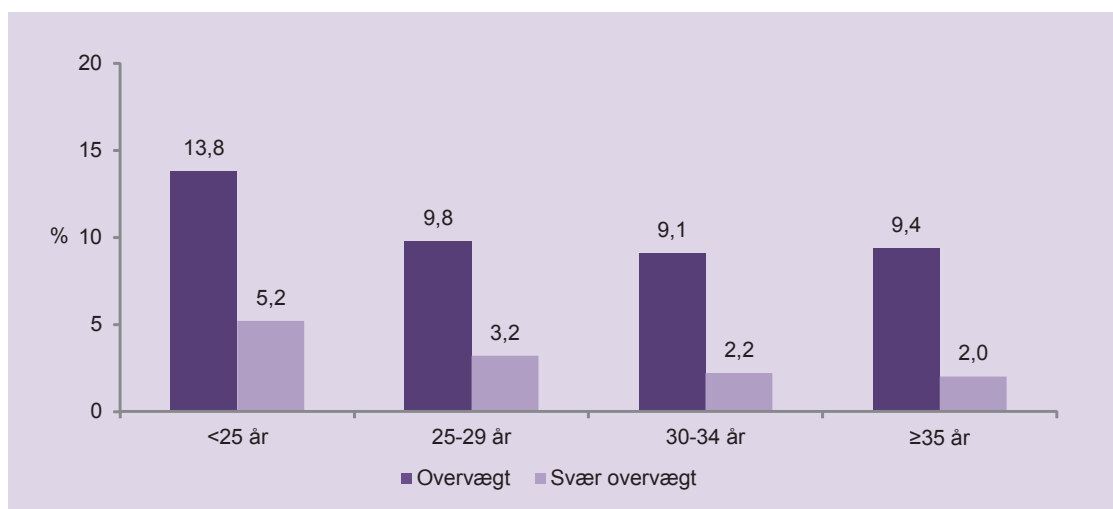
Sociodemografiske faktorer

I kapitel 1 ses det, at forældrenes højeste gennemførte uddannelse havde betydning for barnets vægtstatus i seks- til timånedersalderen. De øvrige sociodemografiske faktorer, såsom forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet, etnisk herkomst og familietype, havde kun lille eller ingen betydning for barnets vægtstatus i seks- til timånedersalderen. I dette afsnit præsenteres resultater fra analyser af sammenhængen mellem forældrenes sociodemografiske faktorer og barnets vægtstatus i fem- til otteårsalderen.





Figur 2.6. Forekomst af overvægt/svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt efter mors alder ved barnets fødsel. Test for trend for overvægt og svær overvægt er statistisk signifikant.



Tabel 2.1. Fordeling af børn efter forældres alder ved barnets fødsel

Forældres alder	Andel børn	
	Mor	Far
Under 25 år	10,3 %	4,8 %
25-29 år	28,6 %	20,3 %
30-34 år	37,8 %	35,3 %
35 år eller mere	23,3 %	39,7 %

Forældres alder ved barnets fødsel

I figur 2.6 og 2.7 vises fordelingen af børnenes vægtstatus opdelt efter forældrenes alder ved barnets fødsel.

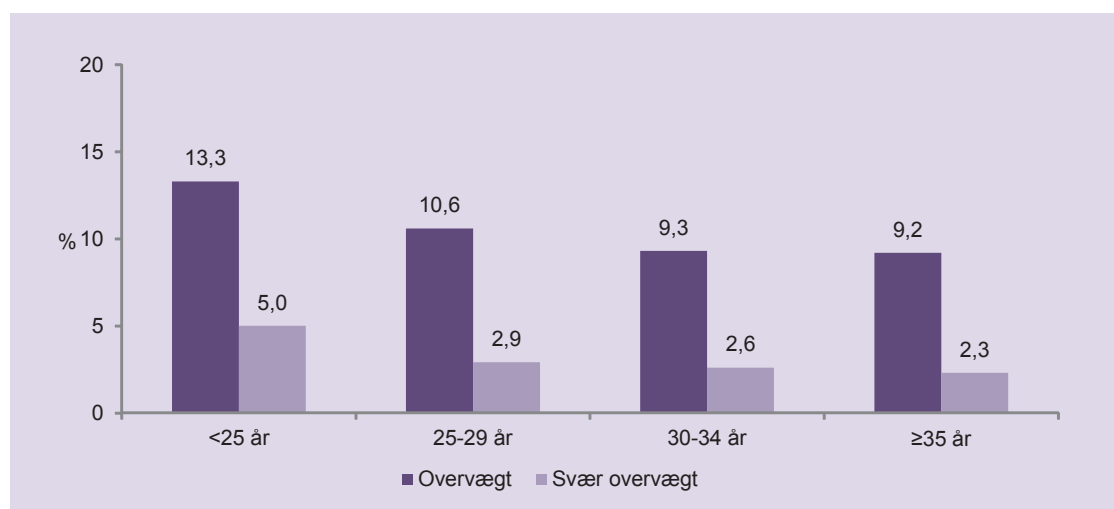
Af figur 2.6 og 2.7 ses det, at der er forskel i andelen af børn, der er overvægtige og svært overvægtige, alt efter, hvor gamle forældrene var ved barnets fødsel. Det er især blandt børn, hvis forældre var under 25 år ved fødslen, at andelen er høj. Blandt børn, hvis mødre var under 25 år ved fødslen, er 13,8 % overvægtige og 5,2 % svært overvægtige ved indskolingsundersøgelsen.

Blandt børn af mødre, der var 35 år eller derover ved fødslen, er de tilsvarende tal 9,4 % og 2,0 %.

For børn af fædre, der var under 25 år ved fødslen, er 13,2 % overvægtige og 5,0 % svært overvægtige ved indskolingsundersøgelsen. Blandt børn af fædre, der var 35 år eller derover ved fødslen, er 9,2 % overvægtige og 2,3 % svært overvægtige.



Figur 2.7 Forekomst af overvægt/svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt efter fars alder ved barnets fødsel. Test for trend for overvægt og svær overvægt er statistisk signifikant.



Tabel 2.2. Fordeling af børn efter forældres højeste gennemførte uddannelse ved indskolingsundersøgelsen

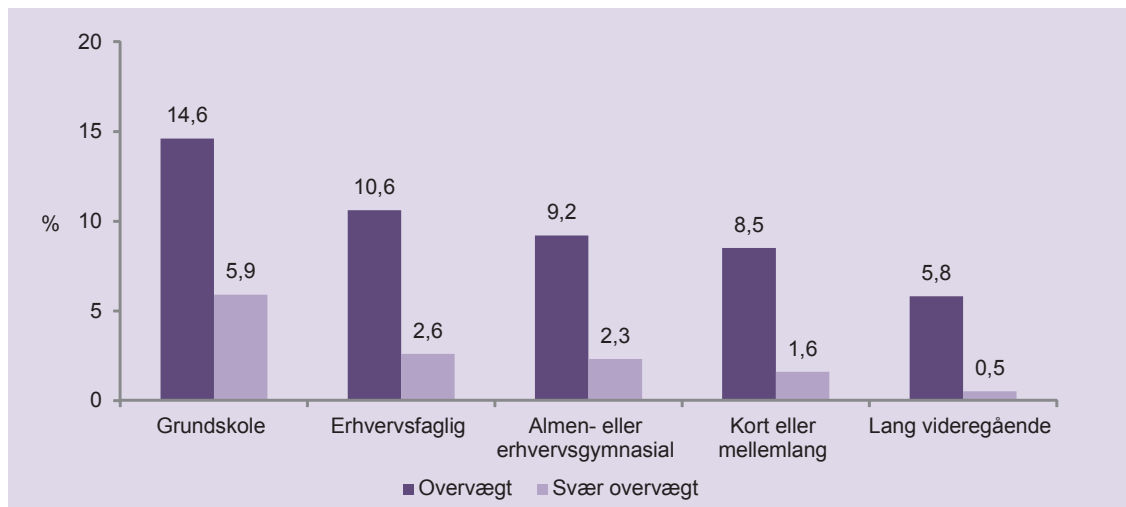
Forældres højeste uddannelse	Andel børn	
	Mor	Far
Grundskoleuddannelse	15,1 %	15,9 %
Erhvervsfaglig uddannelse	29,4 %	33,1 %
Almen- eller erhvervsgymnasial uddannelse	8,0 %	8,9 %
Kort eller mellemlang uddannelse	26,7 %	19,7 %
Lang videregående uddannelse	20,8 %	22,5 %

Forældres uddannelse

I tabel 2.2 ses fordelingen af børn efter henholdsvis mors og fars højeste gennemførte uddannelse ved tidspunktet for barnets indskolingsundersøgelse. Oplysninger om mors og fars højeste gennemførte uddannelse er indhentet via register.



Figur 2.8. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt efter mors højst gennemførte uddannelse. Test for trend for overvægt og svær overvægt er statistisk signifikant.



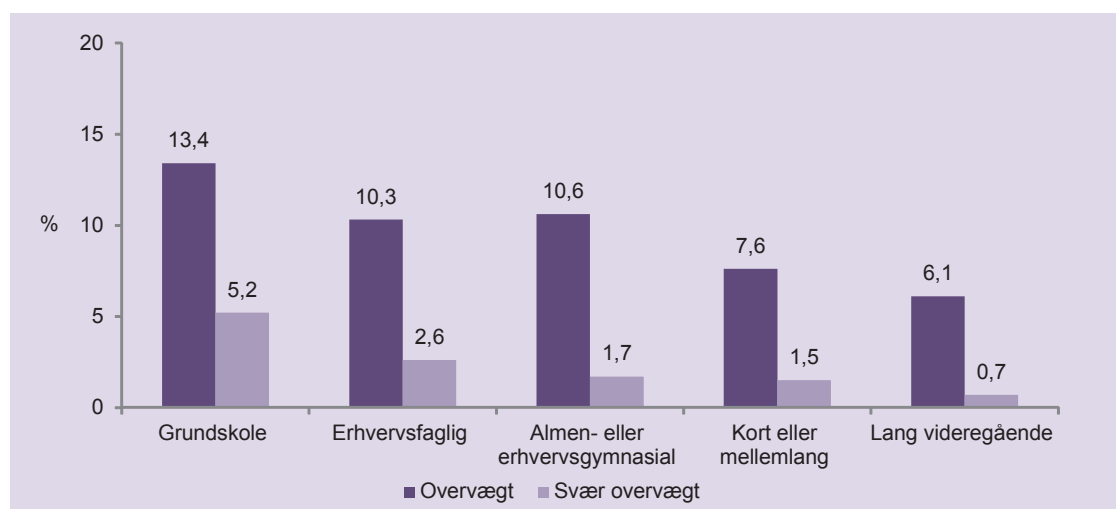
I figur 2.8 og 2.9 vises fordelingen af børnenes vægtstatus opdelt efter forældrenes uddannelsesniveau.

Figur 2.8 viser en tydelig graderet sammenhæng mellem mors højst gennemførte uddannelse og andelen af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige ved indskolingsundersøgelsen. For overvægt gælder det, at 14,6 % af de børn, hvis mor højst har gennemført grundskolen, er overvægtige ved indskolingsundersøgelsen, mens 5,8 % af de børn med en mor, der har gennemført en lang videregående uddannelse, er overvægtige. Den graderede sammenhæng er endnu mere udtalt, når man ser på de svært overvægtige børn – her er 5,9 % af de børn med en mor, der højst har gennemført grundskolen, svært overvægtige. Den tilsvarende andel er 0,5 % blandt børn af mødre med en lang videregående uddannelse.

Ligesom det ses for mødrene, er der også en stærk sammenhæng mellem fars uddannelsesniveau og barnets vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen. For overvægt gælder det, at 13,4 % af børnene med en far, der højst har gennemført grundskolen, er overvægtige ved indskolingsundersøgelsen, mens 6,1 % af de børn med en far, der har gennemført en lang videregående uddannelse, er overvægtige. For svært overvægtige børn gælder det, at 5,2 % af de børn med en far, der højst har gennemført grundskolen, svært overvægtige. Den tilsvarende andel er 0,7 % blandt børn af fædre med en lang videregående uddannelse (figur 2.9).



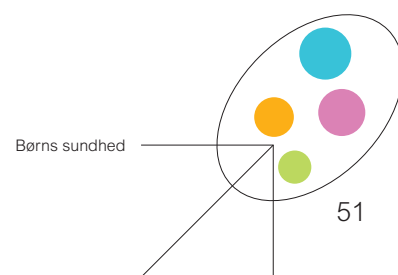
Figur 2.9. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt efter fars højst gennemførte uddannelse. Test for trend for overvægt og svær overvægt er statistisk signifikant.



Forældres tilknytning til arbejdsmarkedet

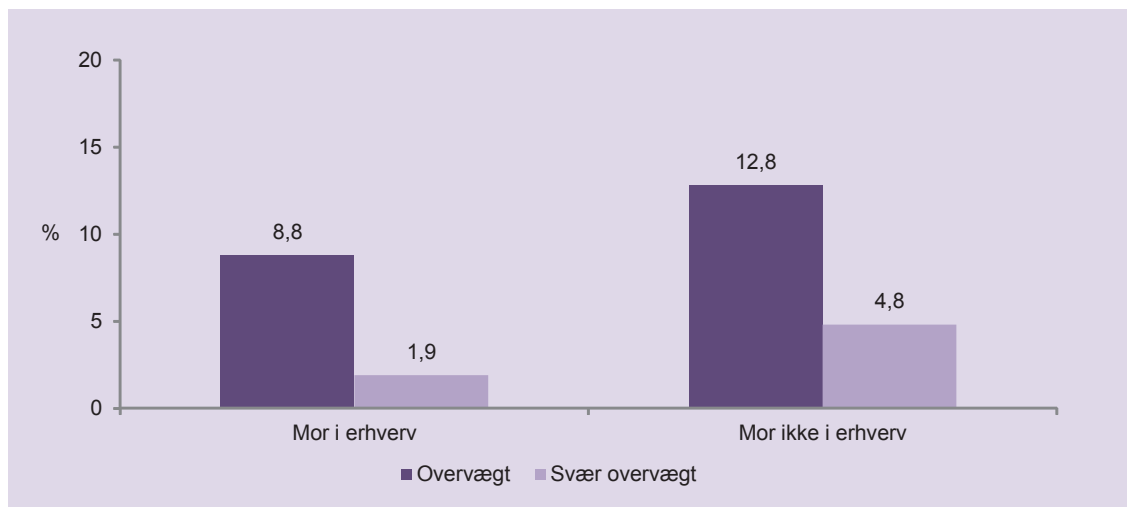
Blandt de fem- til otteårige børn i denne rapport er 83,3 % af mødrene i erhverv ved tidspunktet for barnets indskolingsundersøgelse, mens 16,7 % ikke har tilknytning til arbejdsmarkedet. Blandt fædrene er 90,5 % i erhverv, mens 9,5 % ikke er. Oplysninger om mors og fars erhvervstilknytning er indhentet via register.

I figur 2.10 og 2.11 vises andelen af børn, der er overvægtige og svært overvægtige, opdelt efter mors og fars tilknytning til arbejdsmarkedet. Figur 2.10 viser, at der blandt børn af mødre med erhvervstilknytning er 8,8 %, der er overvægtige ved indskolingsundersøgelsen, mens det er 12,8 % af børnene af en mor uden erhvervstilknytning. Der er 1,9 % af børnene, der har en mor med erhvervstilknytning, der er svært overvægtige, mens den tilsvarende forekomst er 4,8 % blandt børn af mødre uden erhvervstilknytning. Samme billede ses for fars erhvervstilknytning (figur 2.11).

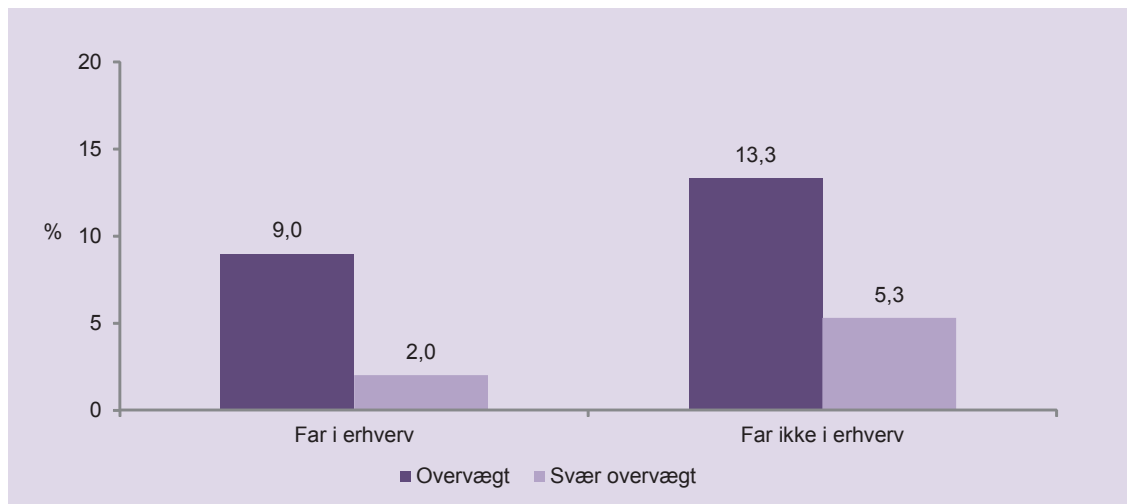




Figur 2.10. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt på mors erhvervstilknytning. Forskellen i andelen af overvægtige og svært overvægtige børn opdelt efter mors erhvervsstatus er statistisk signifikant.

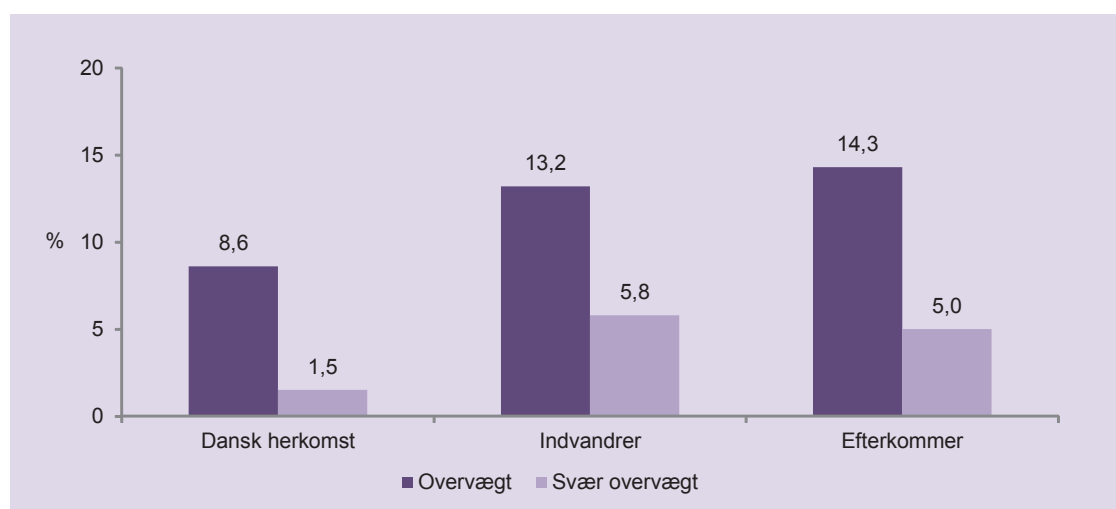


Figur 2.11. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt på fars erhvervstilknytning. Forskellen i andelen af overvægtige og svært overvægtige børn opdelt efter fars erhvervsstatus er statistisk signifikant.





Figur 2.12. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt på mors etniske herkomst. Forskellen i andelen af overvægtige og svært overvægtige børn opdelt efter mors etniske herkomst er statistisk signifikant.



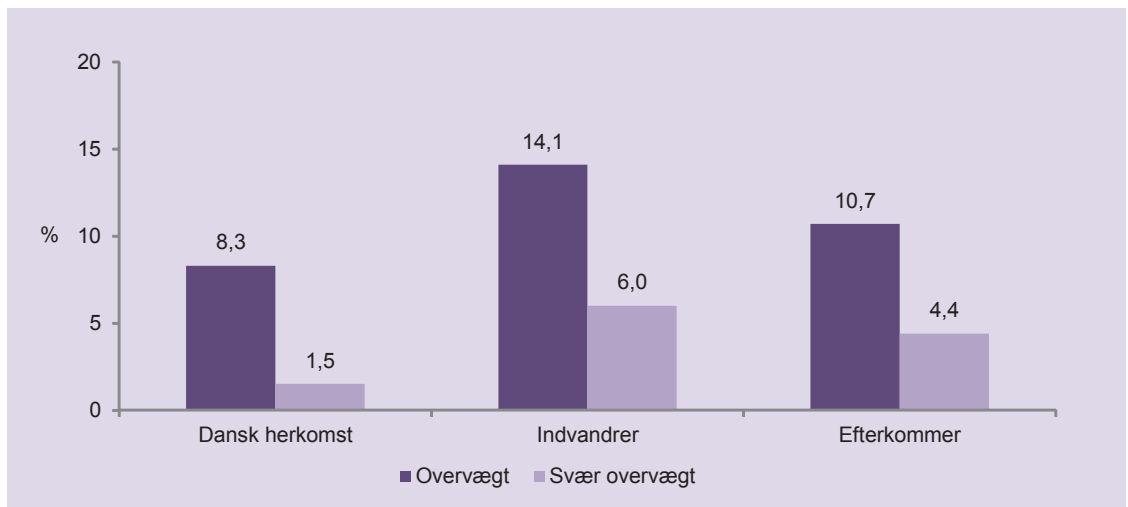
Forældres etniske herkomst

Personer med dansk herkomst er defineret som personer, hvor mindst én af forældrene er dansk statsborger eller født i Danmark. Indvandrere er født i udlandet af forældre, der hverken er danske statsborgere eller er født i Danmark. Efterkommere er personer, der er født i Danmark af forældre, der hverken er danske statsborgere eller født i Danmark. Ved indskolingsundersøgelsen har de fleste af børnene – i alt 78,8 % – mødre af dansk herkomst, 18,5 % har mødre, der er indvandrere og 2,7 % har mødre, der er efterkommere. Tilsvarende er 79,4 % af fædre af dansk herkomst, 18,2 % har fædre, der er indvandrere, og 2,4 % har fædre, der er efterkommere. Oplysninger om mors og fars etniske herkomst er indhentet via register. I figur 2.12 og 2.13 vises andelen af børn, der er overvægtige og svært overvægtige, opdelt efter mors og fars etniske herkomst.

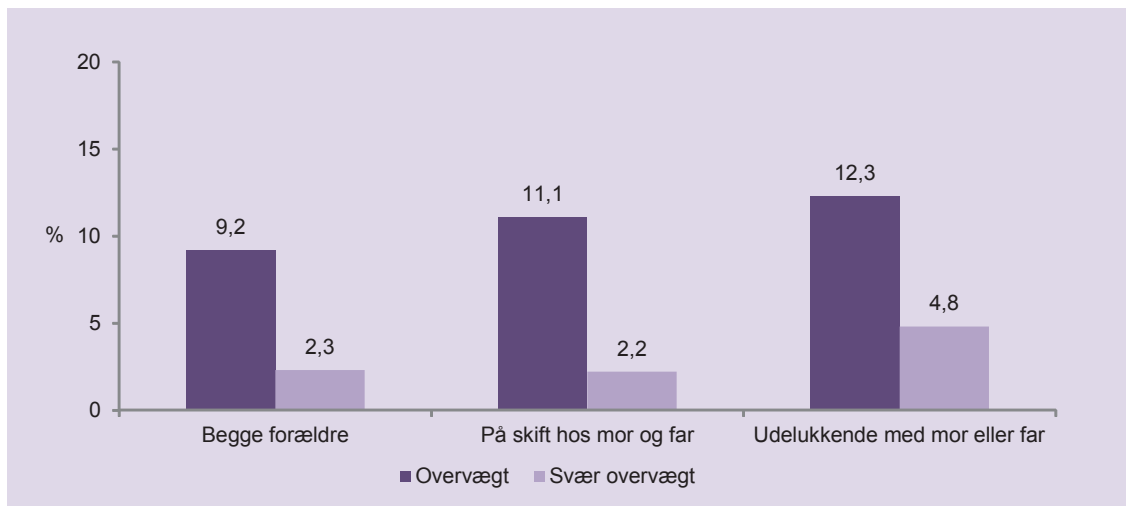
Af figur 2.12 ses det, at børn af mødre, der er af etnisk dansk herkomst, har den laveste forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen sammenlignet med børn af indvandrere og efterkommere. Blandt børn af indvandrere er 13,2 % overvægtige, og 5,8 % er svært overvægtige. Tilsvarende tal for børn af mødre, der er efterkommere, er 14,3 % og 5,0 %. Blandt børn af etnisk danske mødre er 8,6 % overvægtige, og 1,5 % er svært overvægtige. Der ses nogenlunde samme tendens i forhold til fars etniske herkomst og barnets vægtstatus (figur 2.13).



Figur 2.13. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt på fars etniske herkomst. Forskellen i andelen af overvægtige og svært overvægtige børn opdelt efter fars etniske herkomst er statistisk signifikant.



Figur 2.14. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt på familietype. Forskellen i andelen af overvægtige og svært overvægtige børn opdelt efter familietype er statistisk signifikant.



Familietype

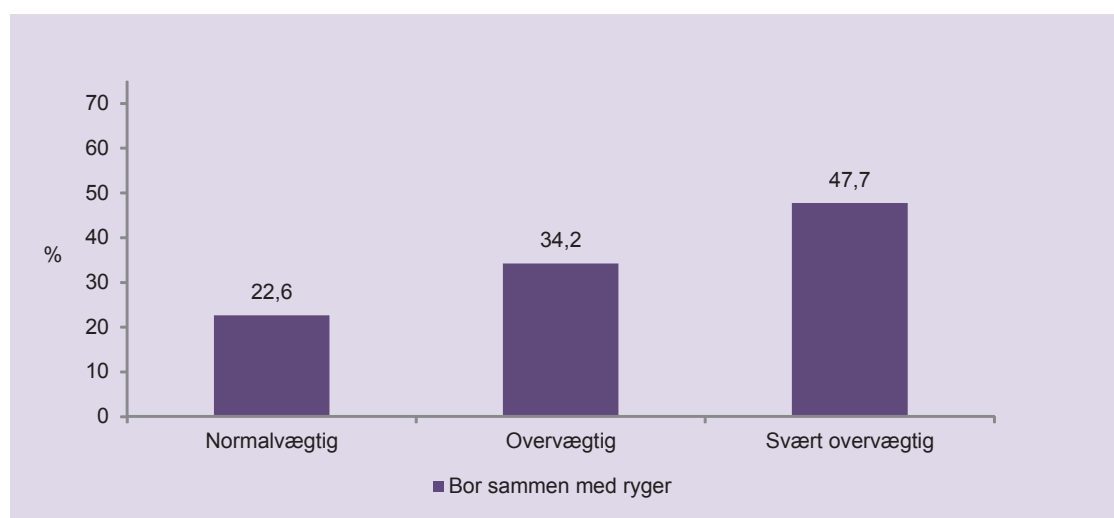
Blandt børnene i rapporten bor 80,2 % sammen med begge forældre på det tidspunkt, hvor indskolingsundersøgelsen foretages, 9,7 % bor enten hos deres mor eller far, mens 10,1 % bor hos mor og far på skift.

Af figur 2.14 ses det, at der er en sammenhæng mellem familietype og barnets vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen. Blandt børn, der bor sammen med begge forældre, er 9,2 % overvægtige, og 2,3 % er svært overvægtige. Forekomsterne er 11,1 % og 2,2 % for børn, der



Figur 2.15. Forekomst af børn, der bor sammen med en ryger opdelt efter vægtstatus.

Forskellen i andelen af børn, der bor sammen med en ryger, opdelt efter vægtstatus er statistisk signifikant.



bor hos mor og far på skift, og blandt børn, der udelukkende bor hos enten mor eller far, er 12,3 % overvægtige, og 4,8 % er svært overvægtige.

Faktorer målt samtidig med vægtstatus

I det følgende afsnit præsenteres resultater om karakteristika ved børn, der er henholdsvis normalvægtige, overvægtige og svært overvægtige. Disse karakteristika er indsamlet ved indskolingsundersøgelsen – altså samtidig med barnets vægt og højde. Derfor er det ikke muligt at påvise, hvad der er årsag, og hvad der er virkning. Der kan for eksempel ses en sammenhæng mellem vægtstatus og fysisk inaktivitet, men det vil ikke være muligt at afgøre, om det er overvægt, der har forårsaget fysisk inaktivitet, eller det er fysisk inaktivitet, der er årsag til overvægten. I figurene vises fordelingen af de forskellige faktorer opdelt på barnets vægtstatus.

Bor sammen med personer, der ryger

Dét at bo sammen med mindst én ryger i første leveår er en stærk risikofaktor for overvægt i seks- til timånedersalderen (kapitel 1). Ved indskolingsundersøgelsen bor 24,4 % af børnene sammen med en person, der ryger.

Af figur 2.15 ses det, at der er en klar sammenhæng mellem vægtstatus i fem- til otteårsalderen og dét at bo sammen med en person, der ryger. Blandt de normalvægtige børn bor 22,6 % sammen med en person, der ryger; blandt de overvægtige er det 34,2 %, og blandt de svært overvægtige børn bor næsten halvdelen (47,7 %) sammen med en person, der ryger.



Tabel 2.3. Fordelingen af børnenes forhold til jævnaldrende i fem- til otteårsalderen rapporteret af forældrene

	Passer godt	Passer delvis	Passer ikke
Er lidt af en enspænder, leger mest alene	1,1 %	11,9 %	86,9 %
Har mindst én god ven	90,8 %	5,4 %	3,8 %
Er generelt vellidt af andre børn	91,9 %	7,0 %	1,1 %
Bliver mobbet eller drillet af andre børn	1,3 %	10,9 %	87,8 %
Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn	2,8 %	9,8 %	87,4 %

Barnets forhold til jævnaldrende

I forbindelse med indskolingsundersøgelsen bliver forældrene bedt om at vurdere følgende udsagn om barnets forhold til jævnaldrende inden for de seneste seks måneder:

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

Forældrene skal vurderer hvert enkelt udsagn ud fra svarmulighederne: passer ikke, passer delvist og passer godt. Udsagnene stammer fra det internationalt anvendte spørgeskema

The Strengths and Difficulties Questionnaire

(SDQ) og udgør tilsammen underskalaen *problemer i forholdet til jævnaldrende (Peer Problems Scale)* (Obel et al. 2003).

Tabel 2.3 viser fordelingen af forældrenes svar på spørgeskemaet. I tabel 2.4 vises forekomsten af forældrenes svar til hvert enkelt udsagn om barnets forhold til jævnaldrende blandt de fem- til otteårige børn opdelt efter vægtstatus.

Tabel 2.4 viser, at 20,0 % af forældrene til de svært overvægtige børn svarer, at det passer delvist eller godt, at deres barn er lidt af en enspænder og mest leger alene. Der er 15,2 % af forældrene til overvægtige børn og 12,7 % af forældrene til normalvægtige børn, der svarer, at det passer delvist eller godt, at deres barn er lidt af en enspænder og mest leger alene.





Tabel 2.4. Fordelingen af børnenes forhold til jævnaldrende i fem- til otteårsalderen opdelt på vægtstatus*

	Passer godt	Passer delvis	Passer ikke
Er lidt af en enspænder, leger mest alene			
Normalvægtig	1,1 %	11,6 %	87,3 %
Overvægtig	1,3 %	13,9 %	84,7 %
Svært overvægtig	2,4 %	17,6 %	79,9 %
Har mindst én god ven			
Normalvægtig	91,4 %	5,1 %	3,6 %
Overvægtig	87,8 %	7,4 %	4,7 %
Svært overvægtig	84,0 %	9,7 %	6,3 %
Er generelt vellidt af andre børn			
Normalvægtig	92,7 %	6,4 %	0,9 %
Overvægtig	87,5 %	10,6 %	1,9 %
Svært overvægtig	80,0 %	16,0 %	4,0 %
Bliver mobbet eller drillet af andre børn			
Normalvægtig	1,2 %	10,1 %	88,7 %
Overvægtig	1,3 %	15,1 %	83,6 %
Svært overvægtig	4,6 %	23,4 %	71,9 %
Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn			
Normalvægtig	2,5 %	9,3 %	88,2 %
Overvægtig	4,1 %	12,7 %	83,1 %
Svært overvægtig	7,4 %	19,0 %	73,6 %

* For alle udsagn er forskellen opdelt efter vægtstatus statistisk signifikant.

Der er 16,0 % af forældrene til de svært overvægtige børn, der svarer, at det passer delvist eller ikke passer, at deres barn har mindst én god ven. Henholdsvis 12,1 % af forældrene til overvægtige børn og 8,7 % af forældrene til normalvægtige børn svarer, at det passer delvist eller ikke passer, at deres barn har mindst én god ven. Blandt de svært overvægtige børn, svarer 20,0 % af forældrene, at det passer delvist eller ikke passer, at deres barn generelt er vellidt af andre børn.

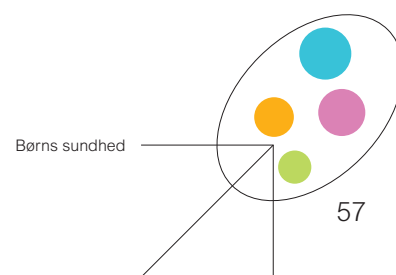
Til sammenligning er dette tilfældet for 12,5 % af de overvægtige børn og 7,3 % af de normalvægtige børn.

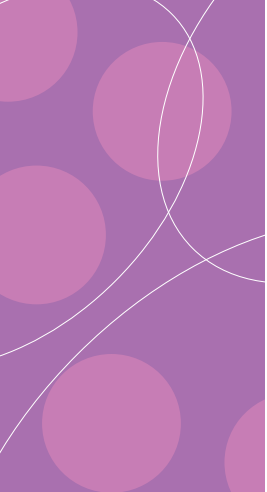
Der er 28,0 % af forældrene til de svært overvægtige børn, der svarer, at det passer delvist eller godt, at deres børn bliver mobbet eller drillet

af andre børn. Til sammenligning er det 16,4 % af forældrene til overvægtige børn og 11,3 % af forældrene til normalvægtige børn, der svarer dette.

Blandt de svært overvægtige børn svarer 26,4 % af forældrene, at det passer delvist eller godt, at deres børn kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn. Til sammenligning er dette tilfældet for 16,8 % af de overvægtige børn og 11,8 % af de normalvægtige børn.

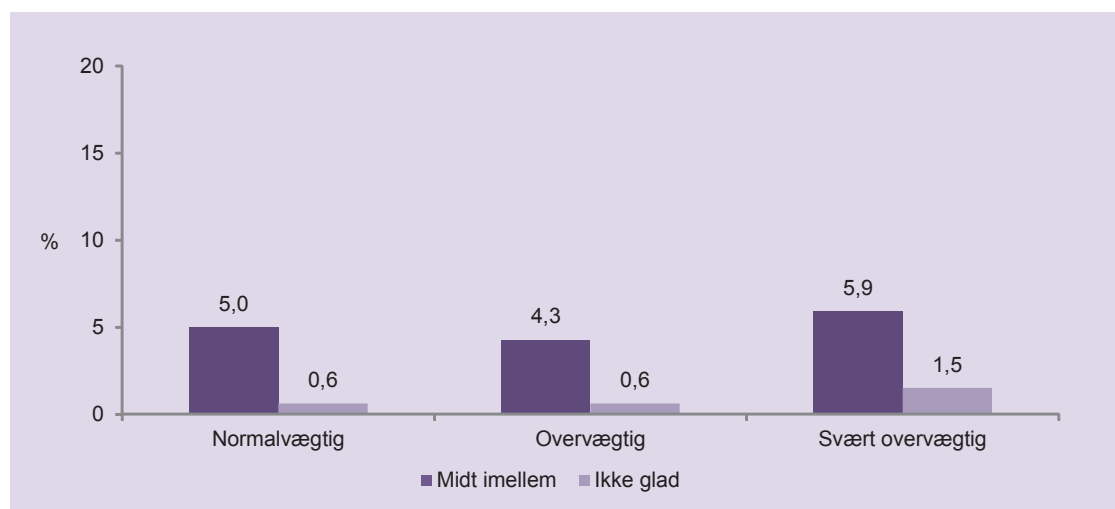
Sammenfattende ser det således ud til, at en større andel af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige har haft problemer i forhold til deres jævnaldrende inden for de seneste seks måneder.





Figur 2.16. Generel trivsel i fem- til otteårsalderen opdelt efter vægtstatus.

Forskellen i generel trivsel opdelt efter vægtstatus er statistisk signifikant.



Selvurderet trivsel

Barnets selvurderede trivsel stammer fra sundhedsplejerskens samtale med barnet, hvor barnets bliver bedt om at vurdere sin egen sundhed og trivsel ved at pege på ansigter med forskellige sindsstemninger (meget glad, glad, midt imellem, og ikke glad). Sundhedsplejersken beder barnet svare på udsagnene *sådan har jeg det for det meste* (generel trivsel) og *sådan har jeg det for det meste i skolen* (skoletrivsel).

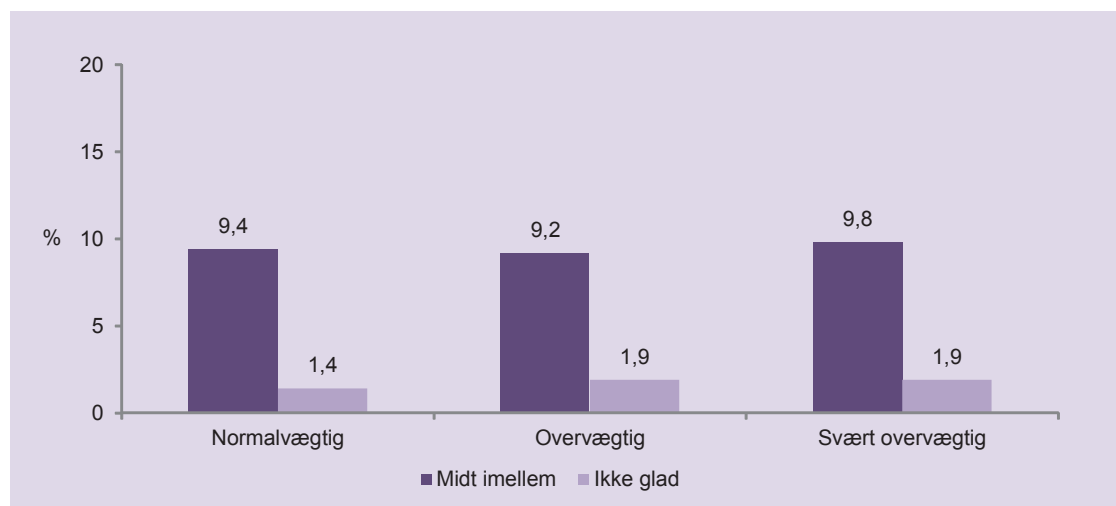
Generel trivsel

Langt de fleste børn har en god selvurderet generel trivsel, idet 60,3 % af børnene angiver at være meget glade, 34,1 % er glade, mens 5,0 % og 0,6 % er henholdsvis midt imellem og ikke glade.

Af figur 2.16 ses, at der er en højere andel af børnene, der svarer, at de er midt imellem eller ikke er glade, blandt de, der er svært overvægtige, sammenlignet med de, der er normalvægtige eller overvægtige. Blandt de svært overvægtige børn svarer 5,9 %, at de er midt imellem. Til sammenligning er dette tilfældet for 5,0 % af de normalvægtige og 4,3 % af de overvægtige børn. Der er 1,5 % af de svært overvægtige børn, der svarer, at de ikke er glade. Dette gælder for 0,6 % af både de normalvægtige og de overvægtige børn.



Figur 2.17. Skoletrivsel i fem- til otteårsalderen opdelt efter vægtstatus.



Skoletrivsel

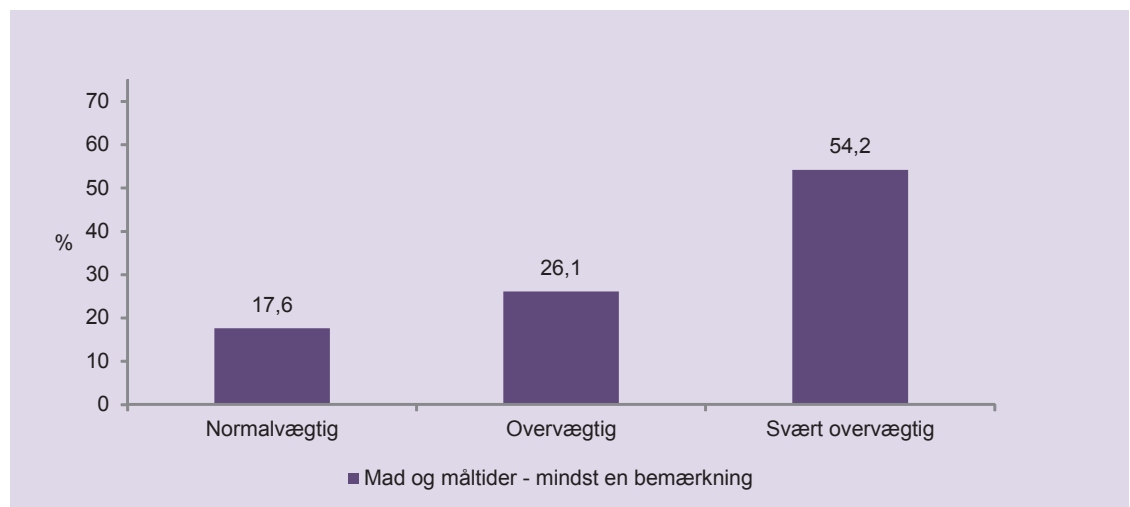
Ligesom for den generelle trivsel har de fleste børn en god selv vurderet skoletrivsel. Der er 53,6 % af børnene, der angiver at være meget glade, 35,3 % er glade, mens 9,4 % og 1,5 % er henholdsvis midt imellem og ikke glade.

Figur 2.17 viser fordelingen af børnenes svar på deres skoletrivsel opdelt efter vægtstatus. Forskellen mellem grupperne er mindre end for børnenes generelle trivsel og er ikke statistisk signifikant.

Forældrenes svar på barnets sociale kompetencer er relateret til barnets trivsel, idet de for eksempel svarer på, om barnet bliver drillet eller mobbet af de andre børn. Ved sammenligning af forældrenes vurdering og barnets egen vurdering ses det, at mens forældrenes vurdering af barnets sociale kompetencer ser ud til at variere med barnets vægtstatus, er sammenhængen ikke så markant mellem barnets vægtstatus og dets egen vurdering af generel trivsel og skoletrivsel.



Figur 2.18. Forekomst af børn med mindst én bemærkning til mad og måltidsvaner opdelt efter vægtstatus. Forskellen i andelen af børn, der har mindst én bemærkning til mad og måltidsvaner, opdelt efter vægtstatus er statistisk signifikant.



Mad og måltidsvaner

Ved indskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken, om der er bemærkninger til én eller flere af følgende kategorier: morgenmad, frokost, mellemmåltider, sukker/slik, søde drikke, frugt/grønt, mælk, tid til at spise på skolen samt andet. En bemærkning til mad og måltidsvaner gives eksempelvis, hvis mellemmåltider skønnes at tage appetitten fra de øvrige måltider, eller hvis barnet ikke spiser frugt og grønt svarende til anbefalingerne. I bilag 2 ses en oversigt over, hvad en bemærkning til de forskellige kategorier inden for mad og måltider dækker over. Der er 19,1 % af børnene, der har mindst én bemærkning til mad og måltider.

Figur 2.18 viser, at der er en stærk sammenhæng mellem vægtstatus og dét at have bemærkninger til mad og måltidsvaner. Der er 17,6 % af de normalvægtige og 26,1 % af de overvægtige børn, der har mindst én bemærkning til mad og måltidsvaner.

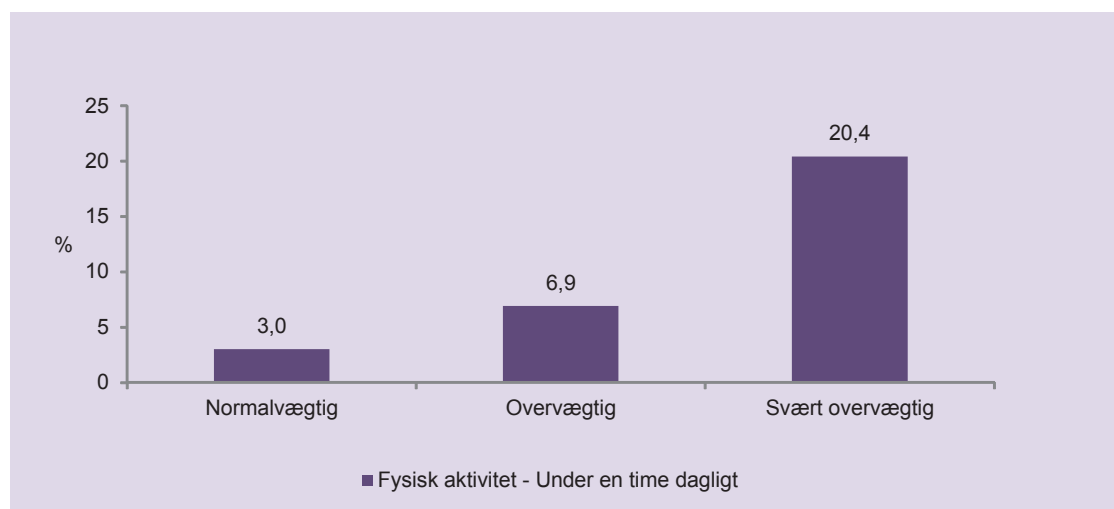
Til sammenligning gælder dette mere end halvdelen (54,2 %) af de svært overvægtige børn. I tabel 2.5 ses fordelingen af børn med bemærkninger til de enkelte kategorier inden for mad og måltidsvaner.

Af tabellen ses, at der er højere forekomst af bemærkninger til alle kategorierne (undtagen tid til at spise på skolen) blandt de svært overvægtige end blandt de normal- eller overvægtige. For de fleste kategorier er der også en højere forekomst af bemærkninger blandt de overvægtige end blandt de normalvægtige. Der er især forskel mellem vægtgrupperne i forhold til bemærkninger til morgenmad, indtag af sukker og slik samt søde drikke mellem grupperne, hvor de svært overvægtige har en forekomst af bemærkninger på 17-20 %, mens de normalvægtige har en forekomst på 2-4 %. I disse kategorier er forekomsten af bemærkninger omkring 7 % blandt de overvægtige børn.



Figur 2.19. Forekomst af børn med mindre end én times daglig fysisk aktivitet opdelt efter vægtstatus.

Forskellen i fysisk aktivitetsniveau opdelt efter vægtstatus er statistisk signifikant.



Tabel 2.5. Fordelingen af bemærkninger til mad og måltidsvaner

Kategori	Normalvægtige	Overvægtige	Svært overvægtige
Morgenmad	4,1 %	6,8 %	17,1 %
Frokost	2,2 %	2,1 %	5,9 %
Mellemmåltider	0,7 %	2,0 %	5,9 %
Sukker/slik	2,5 %	7,3 %	20,0 %
Søde drikke	2,0 %	7,4 %	17,5 %
Frugt/grønt	2,8 %	3,8 %	6,3 %
Mælk	4,7 %	5,7 %	11,4 %
Tid til at spise på skolen	3,7 %	2,7 %	3,1 %

Fysisk aktivitet

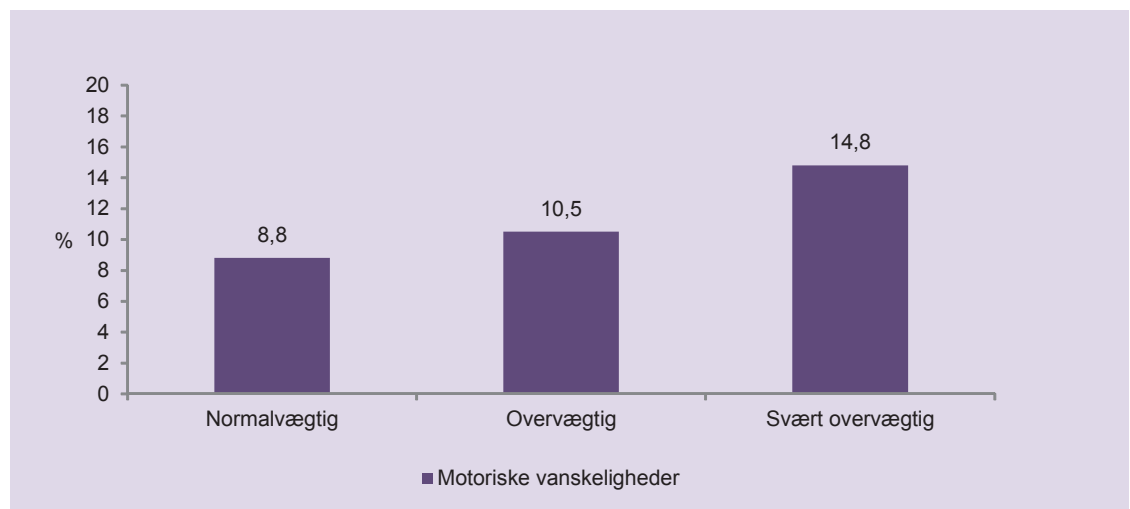
Ved indskolingsundersøgelsen har sundhedsplejersken noteret bemærkninger til fysisk aktivitet hos 3,9 % af børnene, hvilket omfatter, at barnet bevæger sig mindre end en time dagligt. Figur 2.19 viser forekomsten af børn, der er fysisk aktive mindre end én time dagligt opdelt efter vægtstatus.

Figur 2.19 viser, at der er en klar sammenhæng mellem vægtstatus og sundhedsplejerskens bemærkninger til det fysiske aktivitetsniveau. Der er 3,0 % af de normalvægtige børn, 6,9 % af de overvægtige og 20,4 % af de svært overvægtige børn, der er fysisk aktive mindre end én time om dagen.



Figur 2.20. Forekomst af børn med motoriske vanskeligheder opdelt efter vægtstatus.

Forskellen i andelen af børn med motoriske vanskeligheder opdelt efter vægtstatus er statistisk signifikant.



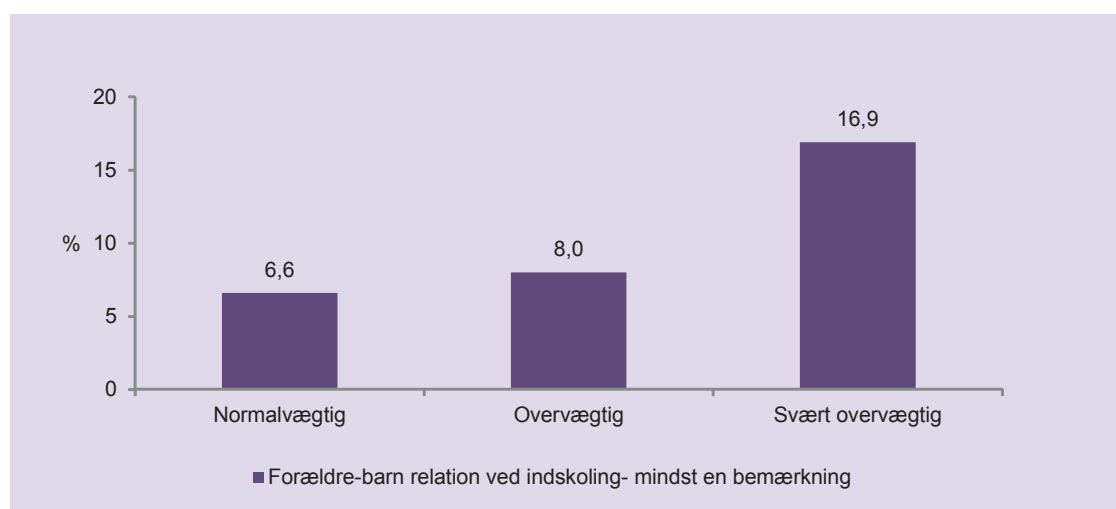
Motoriske vanskeligheder

I den motoriske test vurderer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet har en aldersvarende udvikling i forhold til følgende motoriske funktioner: gang, hoppe, balance, gadedrengeløb, stå på højre henholdsvis venstre ben, kaste bold med højre og venstre hånd, gribe bold, valgt hånd og håndgreb. I bilag 2 ses en oversigt over, hvad en bemærkning til de forskellige elementer i den motoriske undersøgelse dækker over. Som i tidligere rapporter baseret på Databasen Børns Sundhed defineres motoriske vanskeligheder som tre eller flere bemærkninger til barnets motoriske test (Brixval et al. 2011). Blandt børnene i denne rapport har 9,1 % motoriske vanskeligheder vurderet ud fra denne kategorisering. Figur 2.20 viser forekomsten af børn med motoriske vanskeligheder blandt de fem- til otteårige børn opdelt efter vægtstatus.

Af figur 2.20 ses det, at forekomsten af motoriske vanskeligheder hænger stærkt sammen med barnets vægtstatus. Sundhedsplejersken har mindst tre bemærkninger til barnets motorik hos 8,8 % af de normalvægtige, 10,5 % af de overvægtige og 14,8 % af de svært overvægtige børn.



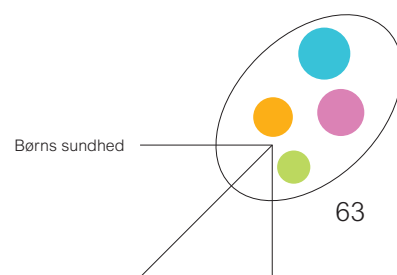
Figur 2.21. Forekomst af børn, der har mindst én bemærkning til forældre-barn relation opdelt efter vægtstatus. Forskellen i andelen af børn, der har mindst én bemærkning til forældre-barn relation opdelt efter vægtstatus er statistisk signifikant.



Forældre-barn relation

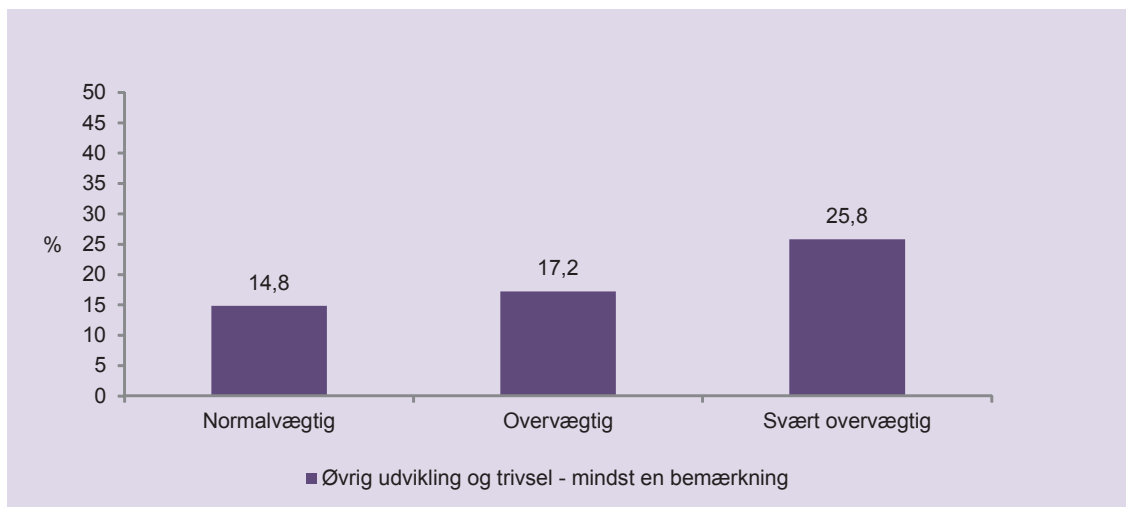
Sundhedsplejersken registrerer, om der er bemærkninger til relationen mellem barn og forældre. Der kan være tale om bemærkninger til én eller flere af følgende faktorer: kontakt/samspil, fysisk omsorg, psykisk omsorg eller andet. En bemærkning gives eksempelvis, hvis barnet er snavset, ikke har tøj på svarende til vejr og årstid, eller hvis forældrene ikke reagerer på barnets signaler. Blandt de indskolingsundersøgte børn i denne rapport har 7,0 % mindst én bemærkning til forældre-barn relation.

Figur 2.21 viser, at sundhedsplejersken har bemærkninger til forældre-barn relation for 6,6 % af de normalvægtige børn. Blandt de overvægtige er forekomsten 8,0 %, og blandt de svært overvægtige er der markant flere børn, hvor sundhedsplejersken har bemærkninger til forældre-barn relationen, nemlig 16,9 %.





Figur 2.22. Forekomst af børn, der har mindst én bemærkning til øvrig udvikling og trivsel opdelt efter vægtstatus. Forskellen i andelen af børn, der har mindst én bemærkning til øvrig udvikling og trivsel, opdelt efter vægtstatus er statistisk signifikant.



Barnets øvrige udvikling og trivsel

Ved indskolingsundersøgelsen 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. En bemærkning gives eksempelvis, hvis barnet er så genert, at det påvirker dets udfoldelsesmuligheder, hvis der ikke er øjenkontakt med barnet, eller hvis barnet ikke kan modtage instruktion. Der er 15,3 % af børnene, der har mindst én bemærkning til øvrig udvikling og trivsel.

Det ses af figur 2.22, at blandt 14,8 % af de normalvægtige børn, 17,2 % af de overvægtige og 25,8 % af de svært overvægtige børn har sundhedsplejersken mindst én bemærkning til barnets øvrige udvikling og trivsel.

Logistiske regressionsanalyser

I dette kapitel har vi undersøgt følgende karakteristika for børnene opdelt efter deres vægtstatus: at bo sammen med en ryger ved indskolingsundersøgelsen, at være fysisk aktiv mindre end én time om dagen, at have motoriske vanskeligheder samt at have mindst én bemærkning til mad og måltider, forældre-barn relation og øvrig udvikling og trivsel. Alle sammenhænge mellem vægtstatus og karakteristika er signifikant forskellige, alt efter om børnene er normalvægtige, overvægtige eller svært overvægtige. I det følgende afsnit præsenteres en tabel med odds ratio-værdier for sammenhængen mellem barnets vægtstatus og hvert af disse karakteristika. OR udtrykker odds for at have den givne karakteristika blandt børn, der er henholdsvis overvægtige og svært overvægtige ved indskolingsundersøgelsen, i forhold til de børn, der er normalvægtige.

Tabel 2.6. Ujusterede og justerede OR for at have den givne karakteriska ved indskolingsundersøgelsen

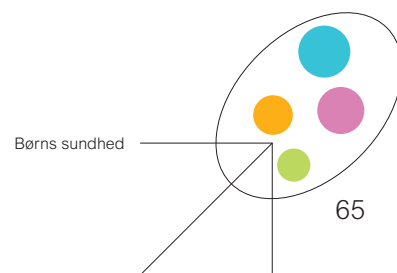
	OR (95% CI) Ujusteret	OR (95% CI) Justeret ^a
Bo sammen med en ryger ved indskolingsundersøgelsen		
Normalvægtig (reference)	1	1
Overvægtig	1,78 (1,62-1,95)*	1,35 (1,17-1,65)*
Svært overvægtig	3,13 (2,65-3,68)*	2,05 (1,59-2,64)*
Mindst én bemærkning til mad og måltider		
Normalvægtig (reference)	1	1
Overvægtig	1,66 (1,50-1,83)*	1,49 (1,27-1,75)*
Svært overvægtig	5,56 (4,63-6,65)*	3,97 (3,00-5,24)*
Fysisk aktivitet mindre end én time dagligt		
Normalvægtig (reference)	1	1
Overvægtig	2,56 (2,16-3,03)*	2,64 (2,03-3,44)*
Svært overvægtig	10,83 (8,82-13,30)*	7,06 (5,02-9,92)*
Motoriske vanskeligheder		
Normalvægtig (reference)	1	1
Overvægtig	1,21 (1,04-1,40)*	1,31 (1,06-1,63)*
Svært overvægtig	1,79 (1,40-2,87)*	1,79 (1,25-2,57)*
Mindst én bemærkning til forældre-barn relation		
Normalvægtig (reference)	1	1
Overvægtig	1,22 (1,04-1,43)*	1,10 (0,86-1,41)
Svært overvægtig	2,86 (2,29-3,59)*	1,80 (1,27-2,57)*
Mindst én bemærkning til øvrig udvikling og trivsel		
Normalvægtig (reference)	1	1
Overvægtig	1,20 (1,07-1,34)*	1,30 (1,10-1,54)*
Svært overvægtig	2,00 (1,66-2,40)*	1,86 (1,40-2,46)*

^a justeret for: barnets køn, barnets alder, mors uddannelse, mors etniske baggrund og familietype.

En stjerne udtrykker, at sammenhængen er statistisk signifikant, det vil sige at sammenhængen vurderes at være statistisk sikker.

Af tabellen ses det, at der er for alle karakteristika er signifikant højere odds blandt de overvægtige og svært overvægtige for at have det givne karakteristika, og at de svært overvægtige har de højeste odds.

Der er en særlig stærk sammenhæng mellem vægtstatus og det at have mindst én bemærkning til mad og måltider. Her er OR for at have en bemærkning 1,49 (1,27-1,75) for de overvægtige og 3,97 (3,00-5,24) for de svært overvægtige sammenlignet med de normalvægtige børn. Ligeledes er der markant forøgede odds for at være fysisk aktiv mindre end én time dagligt for de overvægtige (OR=2,64 (2,03-3,44)) og særligt for de svært overvægtige (OR=7,06 (5,02-9,92)).



Kapitel 3: Tidlige faktorerers betydning for vægtstatus ved indskolingen



I dette kapitel præsenteres sammenhængen mellem faktorer, der blev registreret, da børnene var nul til et år, og vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen. Der indgår i alt 14.258 børn, der både har data fra første leveår og fra indskolingsundersøgelsen.

Fødselsvægt

Af kapitel 1 fremgår det, at barnets fødselsvægt har betydning for vægtstatus i seks- til timånedersalderen.

I figur 3.1 ses det, at fødselsvægten også har betydning for barnets senere vægt. Blandt de børn, der var født med en fødselsvægt under 2.500 gram, er 8,3 % overvægtige ved skolestart, mens 1,7 % er svært overvægtige. Blandt børn, der havde en fødselsvægt

på 4.000 gram eller derover, er 13,5 % overvægtige, og 3,7 % er svært overvægtige ved indskolingsundersøgelsen.

Gestationsalder

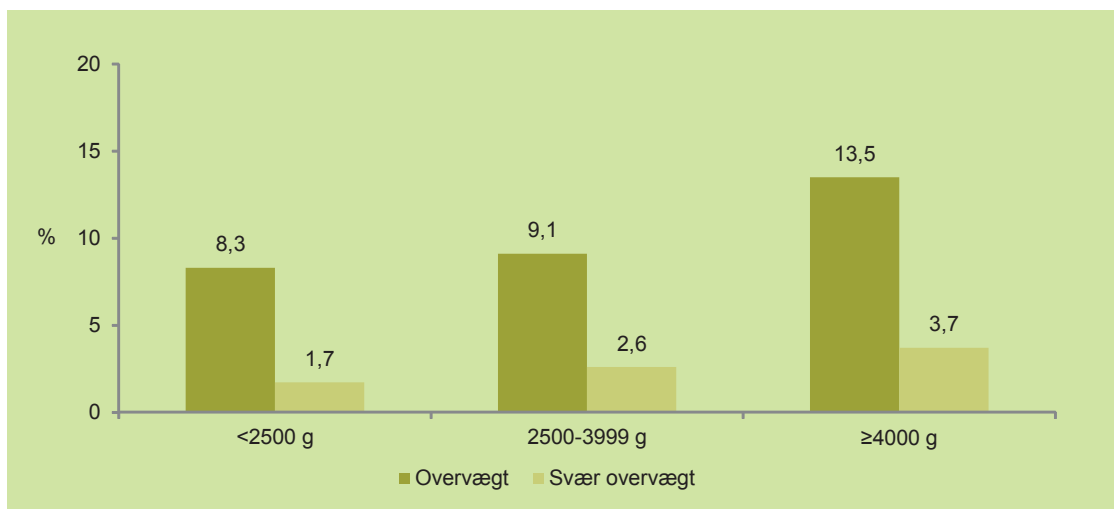
Af kapitel 1 fremgår det, at gestationsalder ikke ser ud til at have nogen betydning for vægtstatus i seks- til timånedersalderen.

Af figur 3.2 ses det, at børn der var født for tidligt, har en lavere forekomst af overvægt i fem- til otteårsalderen (7,2 %) sammenlignet med børn født til tiden (9,6 %). Forekomsten af svær overvægt ser ikke ud til at være relateret til gestationsalder.

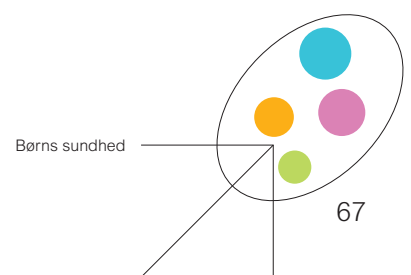
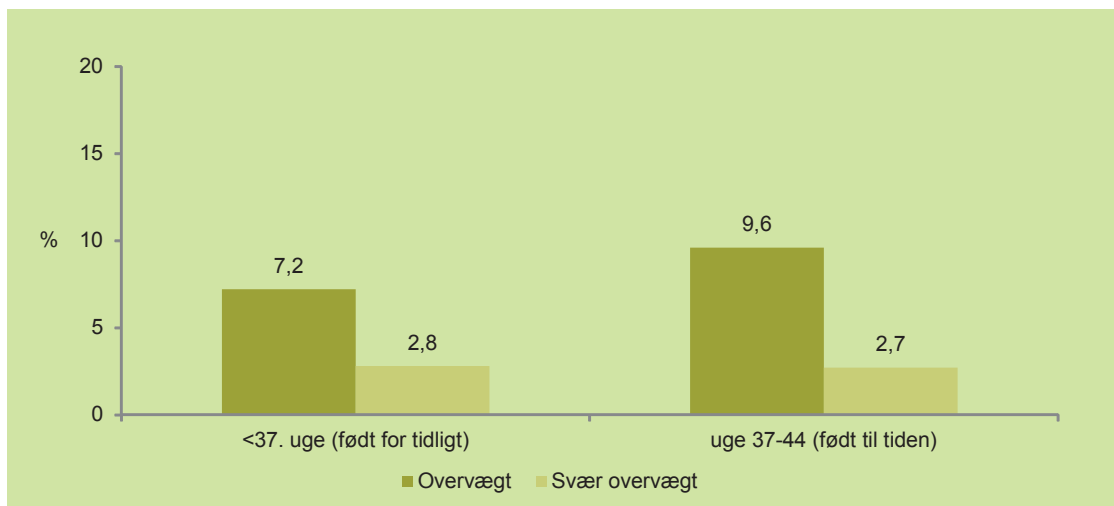


Figur 3.1. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt efter fødselsvægt.

Test for trend for overvægt og svær overvægt er statistisk signifikant.



Figur 3.2. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt efter gestationsalder.





Amning

I kapitel 1 ses det, at børn, der er ammet fuldt i mindst fire måneder, har en lidt lavere forekomst af overvægt i seks- til timånedersalderen. Blandt indskolingsbørnene ses også, at forekomsten af overvægt er lavere blandt børn, der var blevet ammet fuldt i mindst fire måneder (8,4 %), sammenlignet med børn, der var blevet ammet fuldt i mindre end fire måneder (11,8 %). Forekomsten af svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen er 3,3 % blandt de børn, der var ammet mindre end fire måneder, og 1,9 % blandt de børn, der var ammet i mere end fire måneder (figur 3.3).

Har boet sammen med mindst én person, der ryger, i første leveår

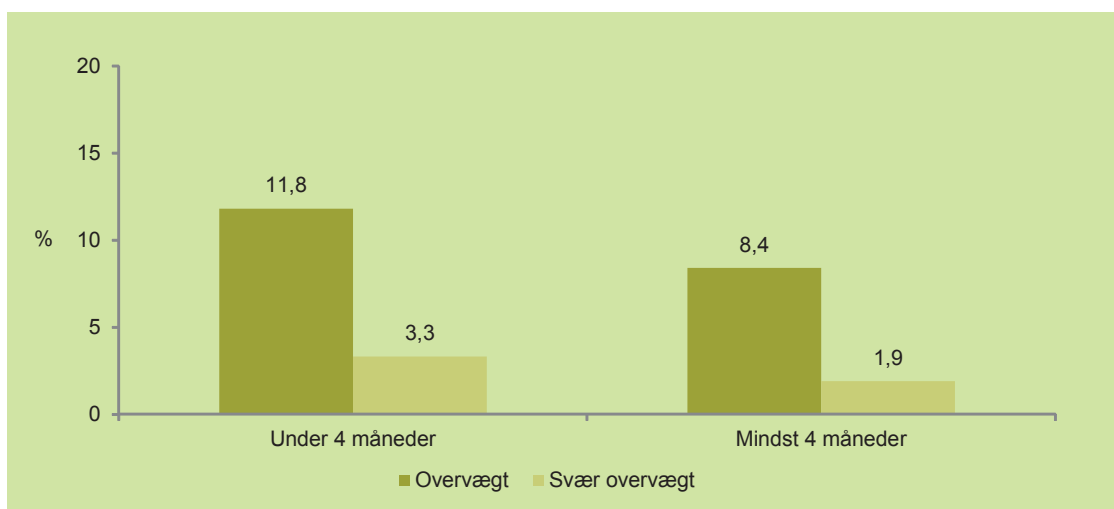
I kapitel 1 ses det, at det at bo sammen med mindst én ryger i første leveår er en stærk risikofaktor for overvægt i seks- til timånedersalderen.

Af figur 3.4 ses det, at blandt de børn, der tidligt boede sammen med mindst én ryger, er forekomsten af overvægt ved indskolingsundersøgelsen 13,3 %. Til sammenligning er forekomsten af overvægt 8,8 % blandt de børn, der ikke havde boet sammen med en ryger. Der ses også en stor forskel i forekomsten af svær overvægt mellem børn, der havde boet sammen med mindst én ryger i første leveår (5,4 %), og dem, der ikke havde (2,1 %).

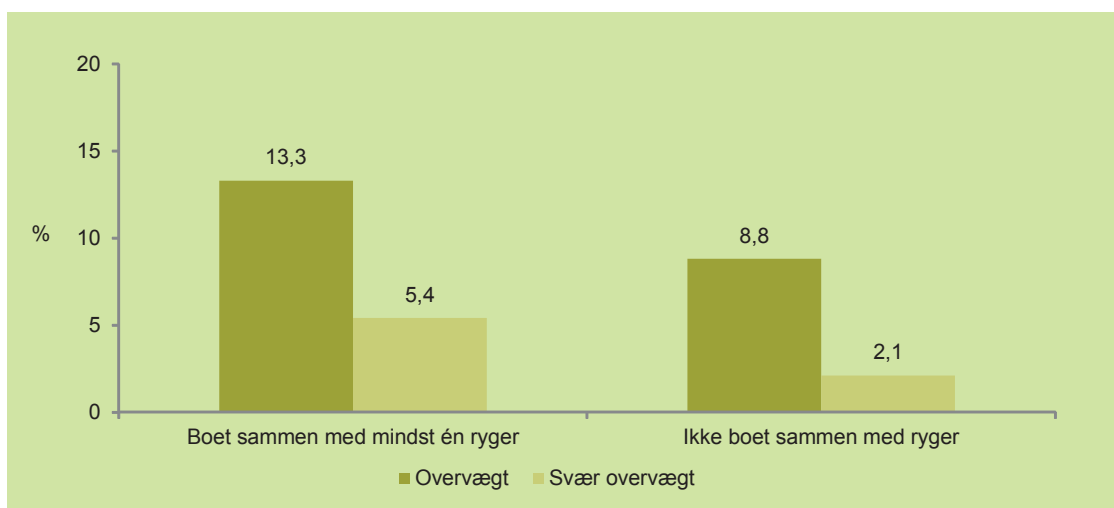




Figur 3.3. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt efter varighed af fuld amning. Forskellen i andelen af børn, der er overvægtige, opdelt på amning er statistisk signifikant.



Figur 3.4. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt efter, om barnet havde boet sammen med mindst én ryger i første leveår. Forskellen i andelen af børn, der er overvægtige, opdelt på om barnet har boet sammen med en ryger i første leveår er statistisk signifikant.



Tabel 3.1. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt efter, om børnene havde bemærkninger til de enkelte indikatorer i det første leveår

Indikator fra første leveår	Overvægt		Svær overvægt	
	Andel overvægtige blandt børn uden bemærkninger	Andel overvægtige blandt børn med mindst én bemærkning	Andel svært overvægtige blandt børn uden bemærkninger	Andel svært overvægtige blandt børn med mindst én bemærkning
Spisning	9,4 %	10,4 %	2,4 %	3,0 %
Forældre-barn kontakt og samspil	9,4 %	11,1 %	2,3 %	3,7 %
Barnets signaler og reaktioner	9,6 %	10,4 %	2,4 %	3,2 %
Uro/gråd	9,8 %	10,3 %	2,6 %	3,2 %
Søvn	9,6 %	10,9 %	2,7 %	2,8 %
Mors psykiske tilstand	9,6 %	10,3 %	2,2 %	3,4 %
Motorik	9,6 %	10,3 %	2,6 %	2,7 %

Bemærkninger til indikatorer på barnets sundhed, udvikling og trivsel i første leveår

Dette afsnit er baseret på data om de 13.859 børn, der havde mindst to besøg af sundhedsplejersken i første leveår, og som har oplysninger om vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen.

I kapitel 1 er sammenhængen mellem forskellige indikatorer for barnets udvikling og trivsel og vægtstatus ved seks til ti måneder gennemgået. I tabel 3.1 ses forekomsten af overvægt og svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen opdelt efter bemærkninger til de forskellige indikatorer.

Af tabel 3.1 ses det, at for alle indikatorer er forekomsten af både overvægt og svær overvægt højere blandt børn, hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger i første leveår, men der ses ingen markante forskelle.

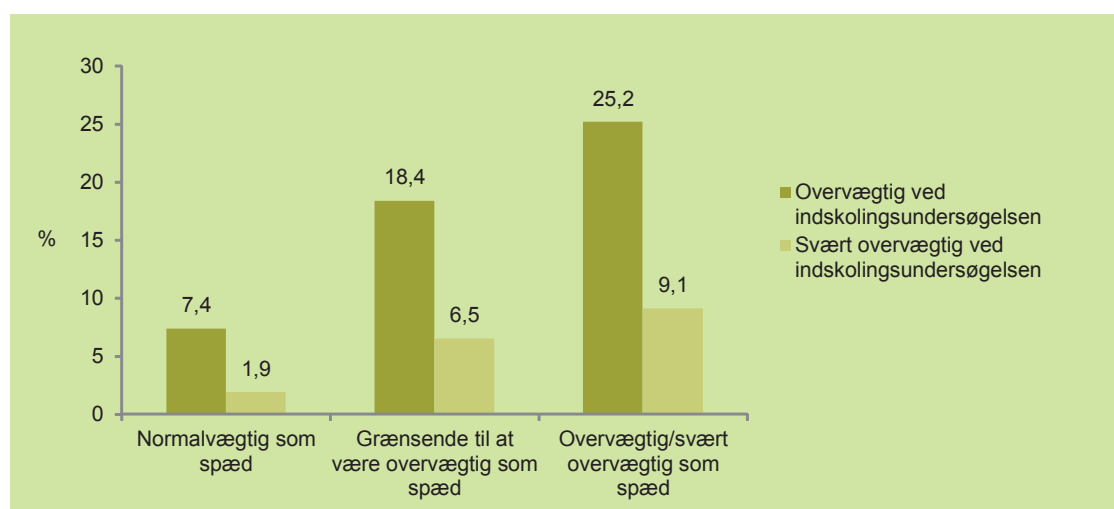
Barnets vægtstatus ved seks- til timånedersalderen

Der er 10.950 børn, der har oplysninger om vægtstatus både i seks- til timånedersalderen og ved indskolingsundersøgelsen, og det er disse børn, der er inkluderet i analyserne i dette afsnit.

I rapportens kapitel 1 ses det, at forekomsten af børn, der er grænsende til at være overvægtige ved seks- til timånedersalderen er 15,4 %, mens 4,1 % af børnene er kategoriseret som værende overvægtige eller svært overvægtige.



Figur 3.5. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt efter barnets vægtstatus ved seks til ti måneder. Forskellen i andelen af børn, der er overvægtige opdelt på fødselsvægt er statistisk signifikant.



I figur 3.5 ses en meget stærk sammenhæng mellem tidlig og senere vægtstatus. Blandt de børn, der var normalvægtige, da de var seks til ti måneder gamle, er 7,4 % af dem overvægtige og 1,9 % svært overvægtige ved indskolingsundersøgelsen. Forekomsten af overvægt ved indskolingsundersøgelsen er 18,4 % blandt de, der var kategoriseret som grænsende til at være overvægtige ved seks til ti måneder. Af disse er 6,5 % svært overvægtige ved indskolingsundersøgelsen. Blandt de børn, der som spæde blev kategoriseret som værende overvægtige eller svært overvægtige, er godt hver fjerde (25,2 %) overvægtige, og 9,1 % er svært overvægtige. Der ses således en stærk og gradueret sammenhæng, der viser, at jo mere overvægtigt barnet er i spædbarnsalderen, jo større er risikoen for, at barnet også bliver overvægtigt eller svært overvægtigt senere i barndommen.

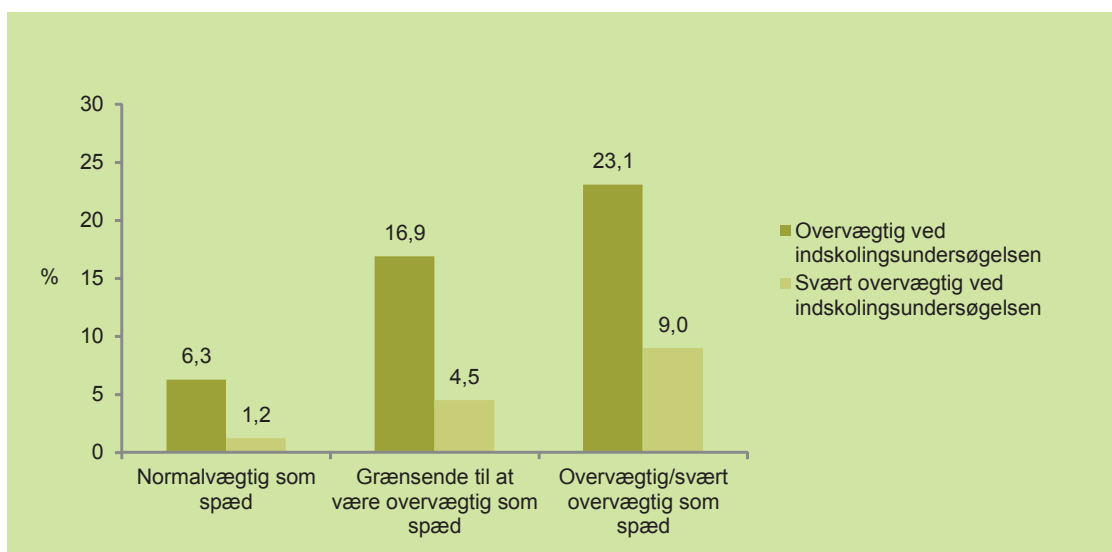
Som beskrevet i det indledende afsnit, kontaktede vi kommunerne i Region Hovedstaden for blandt andet at klarlægge, hvordan de

bestemmer vægtstatus og hvilke tiltag, de har til overvægtige. Ved bestemmelse af vægtstatus hos børn i seks- til timånedersalderen var det udbredt, at kommunerne skelnede mellem, om børnene blev ammet eller flaskeernæret, da vækstmønstret er forskelligt alt efter ernæringsform. Derfor præsenteres sammenhængen mellem tidlig og senere vægtstatus opdelt på amnestatus ved fire måneder i figur 3.6.

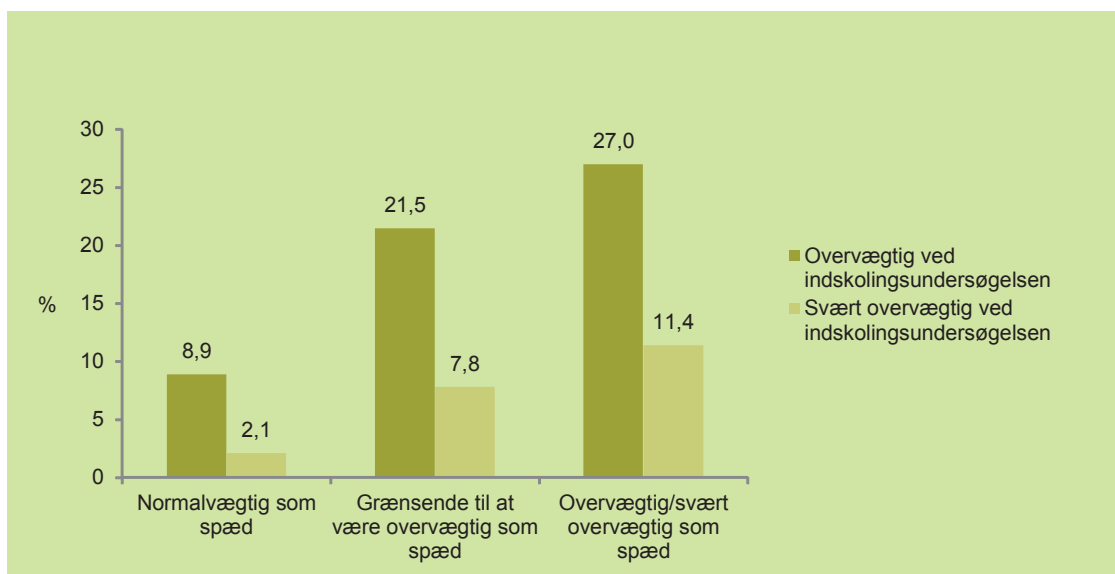
Af figur 3.6 ses det, at forekomsten af overvægt og svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen er højere, jo mere overvægtigt barnet var i seks- til timånedersalderen. Dette gælder både for de børn, der var fuldt ammede i mindst fire måneder (figur a), og børn, der ikke var (figur b). Mønsteret mellem tidlig og senere vægtstatus ser ikke ud til at være afgørende forskelligt for de ammede og ikke-ammede børn, hvilket indikerer, at sammenhængen mellem at være overvægtig som spæd og overvægtig ved skolestart ikke er forskellig, alt efter om barnet er ammet fuldt i fire måneder eller ej.



Figur 3.6.a. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt efter barnets vægtstatus ved seks til ti måneder for børn, der er ammet fuldt i mindst fire måneder.



Figur 3.6.b. Forekomst af overvægt og svær overvægt i fem- til otteårsalderen opdelt efter barnets vægtstatus ved seks til ti måneder for børn, der er ammet fuldt i mindre end fire måneder.





Logistiske regressionsanalyser

I dette kapitel ses det, at der er en tydelig sammenhæng mellem følgende risikofaktorer og barnets vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen: fødselsvægt, amning ved fire måneder, det at bo sammen med en ryger i første leveår og vægtstatus i seks- til timånedersalderen. Derfor præsenteres tabeller med odds ratio-værdier for sammenhængen mellem disse risikofaktorer og barnets vægtstatus ved indskolingsundersøgelse. OR udtrykker odds for at være overvægtig eller svært overvægtig ved indskolingsalderen. En stjerne udtrykker, at sammenhængen er statistisk signifikant, det vil sige at sammenhængen vurderes at være statistisk sikker.

Af tabellen ses det, at der er signifikant forøget risiko for at være overvægtig eller svær overvægtig i fem- til otteårsalderen, hvis barnet var født med en fødselsvægt på 4.000 gram eller derover (OR=1,91 (1,62-2,24)).

Odds ratio for at være overvægtig eller svær overvægtig i fem- til otteårsalderen er forøget, hvis barnet ikke er ammet fuldt i mindst fire måneder (OR=1,26 (1,09-1,48)).

Hvis barnet bor sammen med en ryger i første leveår, er odds ratio for overvægt eller svær

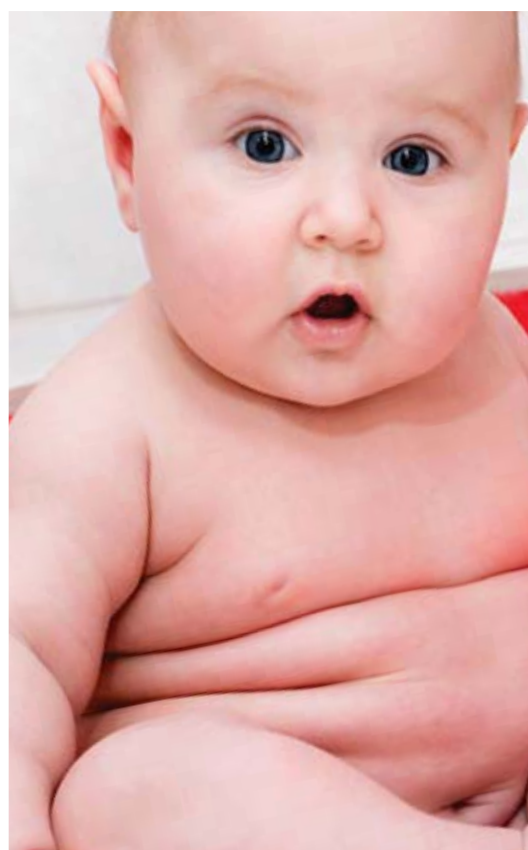
Tabel 3.2. Ujusterede og justerede OR for at være overvægtig eller svært overvægtig ved indskolingsundersøgelsen.

Risikofaktorer	OR (95% CI) Ujusteret	OR (95% CI) Justeret
Fødselsvægt^a		
<2.500 gram	0,84 (0,63-1,13)	0,76 (0,52-1,10)
2.500-3.999 gram (reference)	1	1
4.000 gram eller derover	1,59 (1,40-1,82)*	1,91 (1,62-2,24)*
Amning^b		
Fuld amning mindst fire måneder (reference)	1	
Fuld amning mindre end fire måneder	1,54 (1,36-1,74)*	1,26 (1,09-1,48)*
Boet sammen med en ryger^c		
Nej (reference)	1	
Ja	1,89 (1,65-2,17)*	1,41 (1,21-1,66)*
Vægtstatus i seks- til timånedersalderen^d		
Normalvægtig (reference)	1	
Grænsende til overvægtig	3,24 (2,83-3,70)*	3,67 (3,00-4,54)*
Overvægtig eller svært overvægtig	5,11 (4,15-6,31)*	7,35 (5,29-10,22)*

^a de justerede analyser (højre søjle) er justeret for: barnets køn, mors alder ved fødslen, mors uddannelse, mors etniske baggrund, familietype og har boet sammen med en ryger i første leveår.
^b de justerede analyser (højre søjle) er justeret for: barnets køn, mors alder ved fødslen, mors uddannelse, mors etniske baggrund, familietype og har boet sammen med en ryger i første leveår.
^c de justerede analyser (højre søjle) er justeret for: mors alder ved fødslen, mors uddannelse, mors etniske baggrund og familietype.
^d de justerede analyser (højre søjle) er justeret for: barnets køn, fødselsvægt, mors alder ved fødslen, mors uddannelse, mors etniske baggrund, amning og har boet sammen med en ryger i første leveår.

overvægt ved indskolingsundersøgelsen 1,41 (1,21-1,66) set i forhold til, hvis barnet ikke har boet sammen med en ryger i første leveår.

Særligt barnets vægtstatus i seks- til timånedersalderen har stor betydning for barnets vægtstatus i fem- til otteårsalderen. Hvis barnet var på grænsen til overvægt i seks- til timånedersalderen, er odds mere end tre gange så høj for at være overvægtig (OR=3,67 (3,00-4,54)) og mere end syv gange så høj for at være svært overvægtig ved indskolingsundersøgelsen (OR=7,35 (5,29-10,22)).



Opsummering af resultater

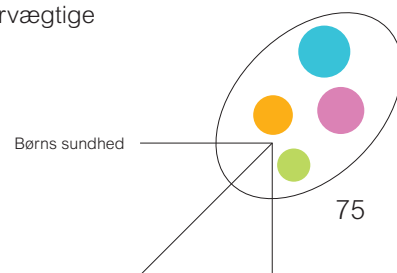


Formålet med denne rapport er at beskrive overvægt blandt børn i første leveår og ved fem- til otteårsalderen. Rapporten er baseret på data indhentet fra journaler fra sundhedsplejersker, som ser og vurderer næsten alle børn, herunder måler og vejer børnene. Rapporten bygger på data om 43.109 nul- til etårige børn, der er målt og vejede af sundhedsplejersken i seks- til timånedersalderen og 26.907 fem- til otteårige børn, der er målt og vejede ved indskolingsundersøgelsen. Data om de nul- til etårige børn stammer fra børn født i 2002 til 2012 fra følgende 12 kommuner i Region Hovedstaden: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Lyngby-Taarbæk, Rødovre og Tårnby. Data fra indskolingsundersøgelsen stammer fra børn, der er indskolingsundersøgt i skoleåret 2007/08 og frem til skoleåret 2013/14. Data stammer fra de samme kommuner, som de nul- til etårige børn, fra Lyngby-Taarbæk Kommune.

I det følgende præsenteres hovedresultaterne fra de tre kapitler separat.

Kapitel 1: Børn i seks- til timånedersalderen

- I alt er 15,5 % af børnene grænsende til at være overvægtige mens 4,1 % er overvægtige eller svært overvægtige ud fra WHO's definitioner af vægtstatus.
- Forekomsten af overvægt/svær overvægt har været relativt stabil i perioden fra 2002-2012, dog med en svagt stigende tendens.
- Der er variation i forekomsten af overvægt/svær overvægt mellem de 12 kommuner – fra 2,7 % i Gentofte Kommune til 5,8 % i Høje-Taastrup Kommune.
- Der er lidt flere drenge (4,7 %) end piger (3,4 %), der er overvægtige/svært overvægtige.
- Forekomsten af børn, der er overvægtige/svært overvægtige, er lavere, jo ældre forældrene er.
- Forekomsten af overvægt/svær overvægt er højere, jo kortere forældrenes uddannelsesniveau er.
- Forekomsten af overvægt/svær overvægt er ikke afhængig af forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet, paritet, etniske herkomst eller familietype.
- Forekomsten af overvægt/svær overvægt stiger kraftigt med stigende fødselsvægt. Der er 2,2 % overvægtige/svært overvægtige blandt børn med en fødselsvægt under 2.500 gram, mens 6,7 % af de børn, der er født med en fødselsvægt over 4.000 gram, er overvægtige/svært overvægtige. Overvægt/svær overvægt hænger derimod ikke sammen med gestationsalder.
- Forekomsten af overvægt og svær overvægt er højere blandt børn, der er ammet fuldt i mindre end fire måneder (4,7 %), sammenlignet med børn, der er ammet mindst fire måneder (3,7 %).
- Forekomsten af overvægt/svær overvægt er højere, hvis barnet bor sammen med mindst én ryger (5,1 %), sammenlignet med børn, der ikke bor sammen med en ryger (3,9 %).
- Der er ingen markante forskelle i forekomsten af sundhedsplejerskens bemærkninger til spisning, forældre-barn kontakt og samspil, barnets signaler og reaktioner, uro/gråd, søvn eller mors psykiske tilstand og overvægt/svær overvægt. Der er lidt flere børn med bemærkninger til deres motorik blandt de overvægtige/svært overvægtige





(51,1 %) end blandt de normalvægtige (45,2 %).

- De kontrollerede regressionsanalyser viser, at sammenhænge mellem henholdsvis fødselsvægt, amning samt dét at bo sammen med en ryger og overvægt/svær overvægt er statistisk signifikante.

Kapitel 2: Fem- til otteårige børn

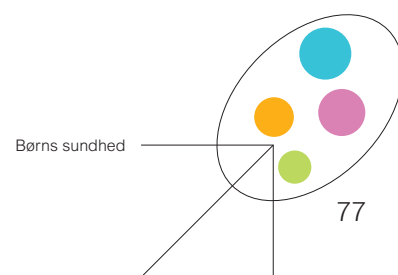
- I alt er 9,9 % af børnene overvægtige, mens 2,7 % er svært overvægtige ved indskolingsundersøgelsen ud fra IOTF's definitioner af vægtstatus.
- Forekomsten af overvægt og svær overvægt har været nedadgående i perioden fra 2007/2008 til 2013/2014.
- Forekomsten af overvægt varierer mellem kommunerne, fra 5,7 % i Gentofte Kommune til 12,7 % i Høje-Taastrup Kommune. Ligeledes er der forskel i forekomsten af svær overvægt. I Gentofte Kommune er 0,7 % svært overvægtige, mens det er 4,6 % i Albertslund Kommune.
- Jo ældre barnet er ved indskolingsundersøgelsen, jo større er forekomsten af overvægt og svær overvægt. Blandt de femårige børn er 8,8 % overvægtige, mens det er 13,4 % af de otteårige. Forekomsten af svær overvægt er 2,4 % blandt de femårige og 4,3 % blandt de otteårige.
- Der er flere piger (11,0 %) end drenge (8,7 %), der er overvægtige. De tilsvarende tal for svær overvægt er 3,1 % og 2,3 %.
- Der ses en sammenhæng mellem forældrenes alder og forekomsten af overvægt og svær overvægt. Blandt mødre, der var under 25 år ved barnets fødsel, er 13,8 % af børnene overvægtige, og 5,2 % er svært overvægtige. De tilsvarende forekomster for børn af mødre, der var over 35 år ved fødslen, er 9,4 % og 2,0 %. Samme tendens er gældende for fars alder. Der er 13,2 % overvægtige og 5,0 % svært overvægtige børn af fædre, der var under 25 år ved barnets fødsel. De tilsvarende forekomster for børn af fædre, der var over 35 år ved fødslen, er 9,2 % og 2,3 %.
- Der er en gradueret sammenhæng mellem forældres uddannelsesniveau og forekomsten af børn, der er overvægtige. Blandt mødre, der højest havde gennemført grundskolen, er 14,6 % af børnene overvægtige, og 5,9 % er svært overvægtige. De tilsvarende forekomster for børn af mødre, der havde en lang videregående uddannelse, er 5,8 % og 0,5 %. Samme tendens er gældende for fædres uddannelsesniveau. Der er 13,4 % overvægtige og 5,2 % svært overvægtige børn af fædre, der højest havde gennemført grundskolen. De tilsvarende forekomster for børn af fædre med en lang videregående uddannelse er 6,1 % og 0,7 %. Blandt børn af mødre med erhvervstilknytning er 8,9 % overvægtige, mens 12,8 % af børnene med en mor uden erhvervstilknytning, er overvægtige. Der er 1,9 % af børnene med en mor, der har erhvervstilknytning, der er svært overvægtige, mens den tilsvarende forekomst er 4,8 % blandt børn af mødre uden erhvervstilknytning. Samme billede ses for fars erhvervstilknytning.
- Børn af mødre, der er af etnisk dansk herkomst, har den laveste forekomst af overvægt og svær overvægt sammenlignet med børn af indvandrere og efterkommere. Blandt børn af indvandrere er 13,2 % overvægtige, og 5,8 % er svært overvægtige. Tilsvarende tal for børn af

mødre, der er efterkommere, er 14,3 % og 5,0 %. Blandt børn af etnisk danske mødre er 8,6 % overvægtige, og 1,5 % er svært overvægtige. Der ses nogenlunde samme tendens i forhold til fars etniske herkomst og barnets vægtstatus.

- Blandt børn, der bor sammen med begge forældre, er 9,2 % overvægtige, og 2,3 % er svært overvægtige. Forekomsterne er 11,1 % og 2,2 % for børn, der bor hos mor og far på skift, og blandt børn, der udelukkende bor hos enten mor eller far, er 12,3 % overvægtige, og 4,8 % er svært overvægtige.
- Blandt de normalvægtige børn bor 22,6 % sammen med en person, der ryger; blandt de overvægtige er det 34,2 %, og blandt de svært overvægtige børn bor 47,7 % sammen med en person, der ryger.
- Generelt ses det, at en større forekomst af børn, der er overvægtige eller svært overvægtige har – efter forældrenes vurdering – haft problemer i forhold til deres jævnaldrende inden for de seneste seks måneder i forhold til normalvægtige børn.
- Børnenes selv vurderede generelle trivsel er lavere blandt de overvægtige og svært overvægtige sammenlignet med de normalvægtige børn. Blandt de svært overvægtige børn svarer 5,9 %, at de er "midt imellem". Til sammenligning er det tilfældet for 5,0 % af de normalvægtige og 4,3 % af de overvægtige børn. Der er 1,5 % af de svært overvægtige børn, der svarer, at de ikke er glade, mens det er 0,6 % for både de normalvægtige og de overvægtige børn. For børnenes selv vurderede skoletrivsel ses der ikke markante forskelle alt efter vægtstatus.
- Der er en stærk sammenhæng mellem vægtstatus og dét, at sundhedsplejersken

har bemærkninger til barnets mad og måltidsvaner. Der er 17,6 % af de normalvægtige og 26,1 % af de overvægtige børn, der har mindst én bemærkning til mad og måltidsvaner. Forekomsten er 54,2 % blandt de svært overvægtige børn.

- Der er ligeledes en klar sammenhæng mellem vægtstatus og sundhedsplejerskens bemærkninger til det fysiske aktivitetsniveau. I alt er 3,0 % af de normalvægtige, 6,9 % af de overvægtige og 20,4 % af de svært overvægtige børn fysisk aktive mindre end én time om dagen.
- Blandt normalvægtige børn er 8,8 % kategoriseret som havende motoriske vanskeligheder. Dette gælder 10,5 % af de overvægtige og 14,8 % af de svært overvægtige børn.
- For flere overvægtige og især svært overvægtige børn har sundhedsplejersken bemærkninger til forældre-barn relationen og barnets øvrige udvikling og trivsel sammenlignet med normalvægtige børn.
- De kontrollerede regressionsanalyser viser, at sammenhængene mellem barnets vægtstatus og de undersøgte karakteristika; at bo sammen med en ryger ved indskolingsundersøgelsen, at være fysisk aktiv mindre end én time om dagen, at have motoriske vanskeligheder samt at have mindst én bemærkning til mad og måltider, forældre-barn relation eller øvrig udvikling og trivsel, er statistisk signifikante.





Kapitel 3: Tidlige faktorerers betydning for vægtstatus ved indskolingsalderen

- Følgende tidlige faktorer øger risikoen for, at barnet er overvægtigt eller svært overvægtigt ved indskolingsundersøgelsen:
 - Høj fødselsvægt
 - Fuld amning mindre end fire måneder
 - At have boet sammen med mindst én ryger i første leveår
- Der er ingen markante forskelle i forekomsten af overvægt/svær overvægt blandt de fem- til otteårige børn alt efter om sundhedsplejersken havde bemærkninger til spising, forældre-barn kontakt og samspil, barnets signaler og reaktioner, uro/gråd, søvn, mors psykiske tilstand eller motorik i første leveår.
- Der ses en klar sammenhæng mellem barnets vægtstatus i seks- til timånedersalderen og vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen. Blandt børn, der var normalvægtige, da de var seks til ti måneder gamle, er 7,4 % af dem overvægtige og 1,9 % svært overvægtige ved indskolingsundersøgelsen. Forekomsten af overvægt ved indskolingsundersøgelsen er 18,4 % blandt de, der var kategoriseret som 'grænsende til at være overvægtige' ved seks til ti måneder. Af disse er 6,5 % svært overvægtige ved indskolingsundersøgelsen. Blandt de børn, der som spæde blev kategoriseret som værende overvægtige eller svært overvægtige, er 25,2 % overvægtige, og 9,1 % er svært overvægtige ved indskolingsundersøgelsen.



- De kontrollerede regressionsanalyser viser, at sammenhængene mellem henholdsvis fødselsvægt, amning, dét at bo sammen med en ryger samt at være overvægtig i seks- til timånedersalderen og barnets vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen er statistisk signifikante.

De vigtigste fund i perspektiv

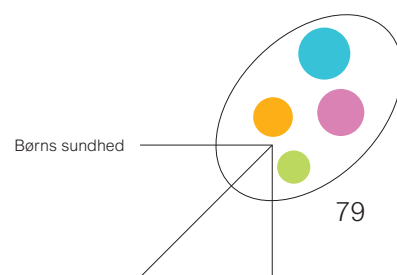
Tidligere undersøgelser har fundet, at børn, der vokser op i familier, hvor forældrene har lavere social position, har en øget forekomst af overvægt (Due et al. 2009, Barriuso et al. 2015, Ruiz et al. 2016, Svendsen et al. 2013). Resultaterne i denne rapport viser, at der er en tydelig social gradient i overvægt og svær overvægt blandt de fem- til otteårige børn, både i forhold til forældrenes uddannelse, erhvervsstatus og etniske baggrund. Den sociale position ser ikke ud til at være helt så betydende for vægtstatus blandt de seks til ti måneder gamle børn, men dog er sammenhængen mellem forældres uddannelsesniveau og barnets vægtstatus statistisk signifikant. Et tidligere dansk studie baseret på undersøgelsen *Bedre Sundhed for Mor og Barn* (Morgen 2013) fandt, at der ikke er noget entydigt mønster i sammenhængen mellem social position og overvægt i barnets første leveår. Dét, at den sociale position ikke er så betydende for spædbørns vægt, tyder på, at der i den helt tidlige barndom er andre faktorer, der har større betydning for vægtstatus end forældrenes sociale position.

Resultaterne viser, at fødselsvægt har en stor betydning for barnets vægtstatus – både i seks- til timånedersalderen og i fem- til otteårsalderen. En tidligere gennemgang af den eksisterende litteratur om risikofaktorer i de første to leveår for

udvikling af overvægt blandt børn viser, at der er solid evidens for denne sammenhæng (Woo Baidal et al. 2016). Amning og passiv rygning har også betydning for barnets risiko for at være overvægtigt i seks- til timånedersalderen og senere i barndommen. Tidligere studier har ligeledes fundet, at passiv rygning er en vigtig risikofaktor (Woo Baidal et al. 2016). Litteraturen om amnings indflydelse på vægtstatus i den tidlige barndom er mere uklar – nogle studier finder en sammenhæng, mens andre ikke gør (Woo Baidal et al. 2016). Det samme er tilfældet for sammenhængen mellem amning og overvægt senere i barndommen (Monasta et al. 2010).

Blandt børnene i fem- til otteårsalderen er overvægt og svær overvægt forbundet med øget risiko for usunde kost- og aktivitetsvaner, dårligere motorik samt generelt dårligere trivsel. Disse fund er i overensstemmelse med tidligere undersøgelser, der viser, at overvægtige børn oftere isolerer sig, lider af manglende social tilpasning og tilbagetrækning fra deltagelse i fysisk udfoldelse (Mølgaard et al. 2007, Reilly et al. 2003).

Der ses i denne rapport en meget stærk sammenhæng mellem barnets vægtstatus i seks- til timånedersalderen og vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen; jo mere overvægtigt barnet var tidligt, jo større risiko for at være overvægtig senere i barndommen. Denne sammenhæng er veldokumenteret i den eksisterende litteratur om sammenhæng mellem vægtstatus ved forskellige aldre (Stocks et al. 2011, Reilly et al. 2003, Svendsen et al. 2013, Jørgensen et al. 2013, Smego et al. 2016, Andersen et al. 2012).



Data og Metode

Højde og vægt

Det er en fordel ved denne rapport, at den er baseret på vækstdata om både spædbørn og indskolingsbørn, der er objektivt målt af sundhedsplejersker, der har stor erfaring på området. Desuden findes der i tillæg til journalen en detaljeret vejledning, der beskriver, hvorledes barnet skal måles og vejes for at sikre en ensartet praksis. Således kan informationer og længde/højde og vægt antages at være mere pålidelige end selvrapporterede oplysninger.

I denne rapport er det valgt at bruge WHO's referencer til kategorisering af vægtstatus blandt de nul- til etårige børn, da denne er den anbefalede metode til kategorisering af vægtstatus blandt børn under fem år (Sundhedsstyrelsen 2015). For indskolingsbørnene er vægtstatus kategoriseret ud fra IOTF's definition af overvægt, da denne metode har klare fordele frem for z-scores, idet de er intuitivt lettere at forstå, og fordi mange tidligere undersøgelser af vægt blandt børn har brugt disse BMI-kategoriseringer.

Det er en generel udfordring, at forskellige undersøgelser bruger forskellige definitioner af vægtstatus, da det er svært at sammenligne resultater på tværs af undersøgelserne. Generelt finder man lavere forekomster af overvægt ved brug af IOTF-metoden end WHO-metoden (Roland-Cachera 2011). Derfor findes der i denne rapport en lavere forekomst af overvægt blandt børn i indskolingsalderen sammenlignet med tidligere rapporter, der har brugt WHO-metoden (Jørgensen et al. 2013, Svendsen et al. 2013).

Repræsentativitet

I denne rapport indgår der ikke data fra alle kommuner i Region Hovedstaden, og data er

ikke repræsentative for regionen som helhed. Dog repræsenterer de inkluderede kommuner en betydelig spredning i befolkningsgrupper og social baggrund, hvilket øger sandsynligheden for, at resultaterne fra rapporten er dækkende for hele Region Hovedstaden.

Sundhedsplejersken besøger næsten alle nybagte familier, og ligeledes bliver stort set alle børn indskolingsundersøgt. Det betyder, at der ikke er problemer med lav deltagelsesprocent og manglende repræsentativitet i denne rapport, som ellers ofte forekommer i sundhedsprofiler baseret på spørgeskemadata.

Oplysninger om indikator for barnets udvikling og trivsel er særlige for Databasen Børns Sundhed, hvor det er sundhedsplejersken, der registrerer sine observationer. Oplysningerne findes ikke i centrale registre, og derfor vil man i andre undersøgelser være afhængig af svar, der er rapporteret af eksempelvis forældrene i spørgeskemaer. At oplysningerne er indsamlet af sundhedsplejersken betyder, at repræsentativiteten er høj, fordi stort set alle familier bliver besøgt – også dem, der ofte ikke besvarer spørgeskemaer. Samtidig kan sundhedsplejersken med sin professionelle tilgang til børnene give en mere præcis vurdering af barnets udvikling, end forældrene kan. Dette er en af de ting, der gør Databasen Børns Sundhed særligt værdifuld.

Perspektivering

Blandt de seks til ti måneder gamle børn er 15,5 % grænsende til at være overvægtige, mens 4,1 % er overvægtige eller svært overvægtige. Blandt indskolingsbørnene er 9,9 % af børnene overvægtige, mens 2,7 % er svært overvægtige. Disse forekomster er markante og



viser, at overvægt udgør et væsentligt problem blandt børn.

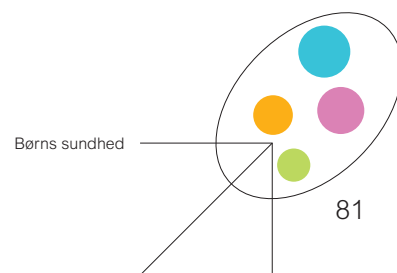
Tallene i denne rapport tyder på, at der henover årene har været en stigning i forekomsten af overvægt/svær overvægt blandt de nul- til etårige børn, mens der ses et fald i både overvægt og svær overvægt blandt de fem- til otteårige børn henover årene. Det er afgørende for planlægning af indsatser, at der er en løbende monitorering af andelen af overvægtige børn. I Databasen Børns Sundhed følges andelen af børn med overvægt i første leveår, ved indskolingen og fra skoleåret 2016/17 også børn, der udskolingsundersøges.

Det er omdiskuteret at bruge betegnelsen overvægtig om et barn i første leveår, og vores undersøgelse fra sundhedsplejen blandt kommunerne i Region Hovedstaden viser også, at der ikke er mange kommuner, der anser så små børn for at være overvægtige, og at en systematisk opsporing af overvægt i første leveår ikke prioriteres højt. Der er en udbredt opfattelse af, at tidlig overvægt blandt børn udjævner sig, men resultaterne fra denne rapport tyder på, at dette ikke er tilfældet; børn, der er overvægtige eller svært overvægtige i seks- til timånedersalderen, har syv gange så høj risiko for at være overvægtige ved indskolingsundersøgelsen i forhold til børn, der var normalvægtige som spæde. Dette fund viser, at det er vigtigt at være opmærksom på barnets vægt i en tidlig alder. Dette gør det muligt at kunne følge barnet tæt og vejlede familier i sunde vaner allerede meget tidligt i barnets liv.

Opgaven med sundhedsoplysning om overvægt er kompliceret, og det er væsentligt at være opmærksom på, hvilke muligheder der er for

at forebygge eller behandle overvægt blandt mindre børn, særligt blandt spædbørn. Børn har behov for tilstrækkelig næring til at vokse og udvikle sig, og det er vigtigt, at man ikke underernærer børn. Om overvægt i barnets første leveår udvikler sig til overvægt ved indskolingen afhænger givetvis af mange forskellige faktorer, eksempelvis fedtets fordeling på kroppen. Derfor kan man ikke ukritisk benytte fundene fra denne rapport til at advare mod overvægt i spædbarnsalderen. Men det kan være en god ide at være særlig opmærksom på vægtudvikling for de børn, der er overvægtige som spæde.

Analyserne i rapporten viser, at risikoen for, at børnene er overvægtige ved skolestart, er særligt høj i nogle befolkningsgrupper, især grupper, hvor forældrene er lavt uddannede eller uden for arbejdsmarkedet, i familier med anden etnisk herkomst end dansk, blandt børn med høj fødselsvægt, børn der ammes i kort tid, og børn der er udsat for passiv rygning. Denne viden giver mulighed for at arbejde med en målrettet overvægtsforebyggende indsats over for disse befolkningsgrupper.



Referencer

- Andersen LG, Holst C, Michaelsen KF, Baker JL, Sorensen TI. 2012. "Weight and weight gain during early infancy predict childhood obesity: a case-cohort study." *Int J Obes (Lond)* 36 (10):1306-11
- Barriuso L, Miqueleiz E, Albaladejo R, Villanueva R, Santos JM, Regidor E. 2015. "Socioeconomic position and childhood-adolescent weight status in rich countries: a systematic review, 1990-2013." *BMC Pediatr* 15:129.
- Brixval CS, Rasmussen M, Due P. 2015. "Indsatser til behandling af børn og unge med svær overvægt."
- Brixval CS, Svendsen M, Holstein BE. 2011. Årsrapport for børn indskolet i 2009/10 og 2010/11 fra Databasen Børns Sundhed: Motoriske vanskeligheder. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Brixval CS, Morgen CS. 2013. "Social ulighed i overvægt." *Månedsskrift for Almen Praksis*, 946-952.
- Cattaneo A, Monasta L, Stamatakis E, Lioret S, Castetbon K, Frenken F, et al. 2010. "Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data." *Obes Rev* 11 (5):389-98.
- Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. 2012. *Sundhed og Sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. 2000. "Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey." *Bmj* 320 (7244):1240-3.
- Cole TJ, Lobstein T. 2012. "Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity." *Pediatr Obes* 7 (4):284-94.
- de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Blossner M, Lutter C. 2012. "Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards." *Public Health Nutr* 15 (9):1603-10.
- de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. 2007. "Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents." *Bull World Health Organ* 85 (9):660-7.
- Due P, Damsgaard MT, Rasmussen M, Holstein BE, Wardle J, Merlo J, et al. 2009. "Socioeconomic position, macroeconomic environment and overweight among adolescents in 35 countries." *Int J Obes (Lond)* 33 (10):1084-93.
- Due P, Heitmann BL, Sorensen TI. 2007. "Prevalence of obesity in Denmark." *Obes Rev* 8 (3):187-9.
- Faxe Kommune. 2010. *Evaluering af Livsstilsbesøg til familier med 3½-årige børn*.
- Harder-Lauridsen NM, Birk NM, Ried-Larsen M, Juul A, Andersen LB, Pedersen BK, Krogh-Madsen R. 2014. "A randomized controlled trial on a multicomponent intervention for overweight school-aged children - Copenhagen, Denmark." *BMC Pediatr* 14:273.
- Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L, et al. 2016. *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and wellbeing*. World Health Organization.
- Johansen A, Holstein BE. 2015. "Allergi hos indskolingsbørn Temarapport og årsrapport Børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2014/2015". København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.



Johansen A, Krogh C, Pant SW, Holstein BE. 2016. "Amining: Temarapport og årsrapport. Børn født i 2014". København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Johansen A, Lauemøller SG. 2014. "Årsberetning-om børn født i 2012 og børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2013/2014". København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Jørgensen SE, Rayce SLB, Brixval CS, Denbæk AM, Svendsen M, Holstein BE. 2013. "Sundhed blandt børn i Region Hovedstaden: data fra sundhedsplejen om graviditet, spædbørn og indskolingsbørn". Region Hovedstaden.

Kommunernes Landsforening - Center for Forebyggelse i Praksis. 2016. Tilbud til overvægtige børn – har vi tilstrækkelig viden til gode løsninger? Opsamling på symposium. Center for Forebyggelse i praksis.

Matthiessen J, Groth MV, Fagt S, Billoft-Jensen A, Stockmarr A, Andersen JS, Trolle E. 2008. "Prevalence and trends in overweight and obesity among children and adolescents in Denmark." *Scand J Public Health* 36 (2):153-60.

Mølgaard C, Dela F, Froberg K, Heitmann BL, Holm L, Holstein BE, et al. 2007. Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge - oplæg til strategi. *Ugeskr Læger* 169 (24), 2314-2316.

Monasta L, Batty GD, Cattaneo A, Lutje V, Ronfani L, Van Lenthe FJ, Brug J. 2010. "Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews." *Obes Rev* 11 (10):695-708.

Morgen CS. 2013. *Epidemiological Studies of Overweight in Children and Adolescents: PhD Thesis: Institute of Public Health, University of Copenhagen.*

Morgen CS, Rokholm B, Brixval CS, Andersen CS, Andersen LG, Rasmussen M, et al. 2013. "Trends in Prevalence of Overweight and Obesity in Danish Infants, Children and Adolescents – Are We Still on a Plateau?" *PLoS ONE* 8 (7):e69860.

Must A, Strauss RS. 1999. "Risks and consequences of childhood and adolescent obesity." *Int J Obes Relat Metab Disord* 23 Suppl 2:S2-11.

Obel C, Dalsgaard S, Stax HP, Bilenberg N. 2003. "[Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Dan). A new instrument for psychopathologic screening of children aged 4-16 years]." *Ugeskr Læger* 165 (5):462-5.

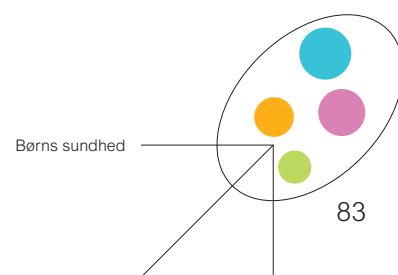
Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, Summerbell CD. 2009. "Interventions for treating obesity in children." *Cochrane Database Syst Rev* (1):Cd001872.

Reilly JJ, Kelly J. 2011. "Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review." *Int J Obes (Lond)* 35 (7):891-8.

Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, Kelnar CJ. 2003. "Health consequences of obesity." *Arch Dis Child* 88 (9):748-52.

Rokholm B, Baker JL, Sorensen TI. 2010. "The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999--a review of evidence and perspectives." *Obes Rev* 11 (12):835-46.

Rolland-Cachera MF. 2011. "Childhood obesity: current definitions and recommendations for their use." *Int J Pediatr Obes* 6 (5-6):325-31.





Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, Porta D, Forastiere F, Hryhorczuk D, et al. 2016. "Impact of Low Maternal Education on Early Childhood Overweight and Obesity in Europe." *Paediatr Perinat Epidemiol* 30 (3):274-84.

Smego AR, Woo JG, Klein J, Bansal D, Bolling CF, Daniels SR, Crimmins N. 2016. "OR07-5: BMI Trajectory of Severely Obese Children Diverges from Normal-Weight Children during Infancy." *Endocrine Society's 98th Annual Meeting and Expo, Boston, USA.*

Stocks T, Renders CM, Bulk-Bunschoten AM, Hirasing RA, van Buuren S, Seidell JC. 2011. "Body size and growth in 0- to 4-year-old children and the relation to body size in primary school age." *Obes Rev* 12 (8):637-52.

Sundhedsstyrelsen. 2011. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge.

Sundhedsstyrelsen. 2013 (a). Amning - En håndbog for sundhedspersonale.

Sundhedsstyrelsen. 2013 (b). Forebyggelsespakke overvægt.

Sundhedsstyrelsen. 2015. Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn - vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger.

Svensen M, Brixval CS, Holstein BE. 2013. Vægtstatus i det første leveår og overvægt i indskolingsalderen - Tema-rapport fra Databasen Børns Sundhed om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2011-2012. København: Styre-gruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed.

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* 68 (1):43-54.

Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. 2011. "Interventions for preventing obesity in children." *Cochrane Database Syst Rev* (12):Cd001871.

Woo Baidal JA, Locks LM, Cheng ER, Blake-Lamb TL, Perkins ME, Taveras EM. 2016. "Risk Factors for Childhood Obesity in the First 1,000 Days: A Systematic Review." *American Journal of Preventive Medicine.*

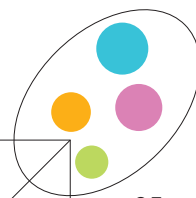
World Health Organization. Multicentre Growth Reference Study Group. 2006. "WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age." *Acta Paediatr Suppl* 450:76-85.

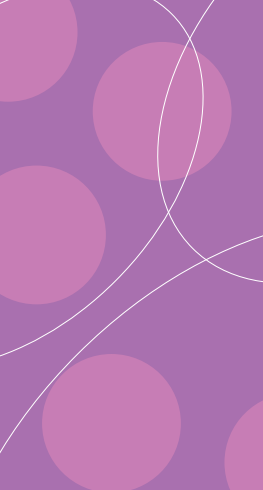
Bilag



Bilag 1: Beskrivelse af, hvilke faktorer, der giver anledning til bemærkning til indikatoren ved de enkelte besøg i første leveår

Indikator	Beskrivelse			
	0-2 måneder	2-3 måneder	4-6 måneder	8-10 måneder
Forældre/barn kontakt og samspil	Barnets pasning og pleje; afpasning af aktiviteter efter barnets behov; forståelse og handling på barnets signaler og følelsesmæssige behov; forståelse og handling på søskendes reaktioner; andet	Barnets pasning og pleje; afpasning af aktiviteter efter barnets behov; forståelse og handling på barnets signaler og følelsesmæssige behov; forståelse og handling på søskendes reaktioner; andet	Barnets pasning og pleje; afpasning af aktiviteter efter barnets behov; forståelse og handling på barnets signaler og følelsesmæssige behov; forståelse og handling på søskendes reaktioner; andet	Barnets pasning og pleje; afpasning af aktiviteter efter barnets behov; forståelse og handling på barnets signaler og følelsesmæssige behov; forståelse og handling på søskendes reaktioner; andet
Mors psykiske tilstand	Ked af det/trist; angst; søvnproblemer; 'problemløs' (det vil sige, at moren negligerer åbenlyse problemer); andet	Ked af det/trist; angst; søvnproblemer; 'problemløs' (det vil sige, at moren negligerer åbenlyse problemer); andet	Ked af det/trist; angst; søvnproblemer; 'problemløs' (det vil sige, at moren negligerer åbenlyse problemer); andet	Ked af det/trist; angst; søvnproblemer; 'problemløs' (det vil sige, at moren negligerer åbenlyse problemer); andet
Barnets signaler og reaktioner	Døgnrytme; søvn; uro/gråd; pirrelig; trist; andet	Døgnrytme; søvn; uro/gråd; socialt smil; pirrelig; trist; andet	Døgnrytme; søvn; uro/gråd; pirrelig; trist; begyndende differentiering mellem forældrene og andre personer; andet	Døgnrytme; søvn; uro/gråd; pirrelig; trist; differentiering mellem forældrene og andre personer; andet
Søvn	Døgnrytme; søvn	Døgnrytme; søvn	Døgnrytme; søvn	Døgnrytme; søvn
Uro/gråd	Uro/gråd	Uro/gråd	Uro/gråd	Uro/gråd
Spisning	Tilskud af modermælkserstatning; udelukkende modermælkserstatning; problemer med spisning; andet	Tilskud af modermælkserstatning; udelukkende modermælkserstatning; problemer med spisning; andet	Problemer med spisning; andet	Udelukkende modermælk; problemer med spisningen; drikker ikke af kop; spiser ikke med ske; andet
Barnets motorik	Ingen undersøgelse	Holder hovedet i midtlinje; løfter hoved og skuldre i maveleje	Holder hovedet i midtlinje; løfter hoved og skuldre i maveleje; støtter på strakte arme i maveleje; triller fra mave til ryg; triller fra ryg til mave	Holder hovedet i midtlinje; løfter hoved og skuldre i maveleje; støtter på strakte arme i maveleje; triller fra mave til ryg; triller fra ryg til mave; trækker sig op i armene til siddende; sidder sikkert selv; lægger an til at kravle; lægger an til at rejse sig ved støtte





Bilag 2: Beskrivelse af, hvilke faktorer, der giver anledning til ingen bemærkning til indikatoren ved indskolingsundersøgelsen

Indikator	Beskrivelse
Mad og måltidsvaner	
Morgenmad	Barnet spiser morgenmad
Frokost	Barnet spiser frokost
Mellemmåltider	Mellemmåltiderne skønnes ikke at tage appetitten fra de øvrige måltider
Sukker/slik	Barnets indtag af sukker/slik skønnes ikke overdrevent
Søde drikke	Barnets indtag af søde drikke skønnes ikke overdrevent og barnet drikker vand
Frugt/grønt	Barnet spiser frugt og grønt svarende til anbefalingerne, dvs. 3-5 stykker dagligt
Mælk	Barnet indtager ca. ½ liter magert mælkeprodukt dagligt
Tid til at spise på skolen	Barnet har den nødvendige tid til at spise sin frokost
Motorik	
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 glidende, • 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. Observationer: Hvilken hånd bruger barnet, når det siger goddag/farvel? I hvilken hånd tager barnet først bolden. Hvilken hånd tegner barnet med?
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

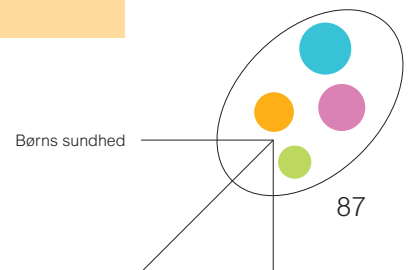
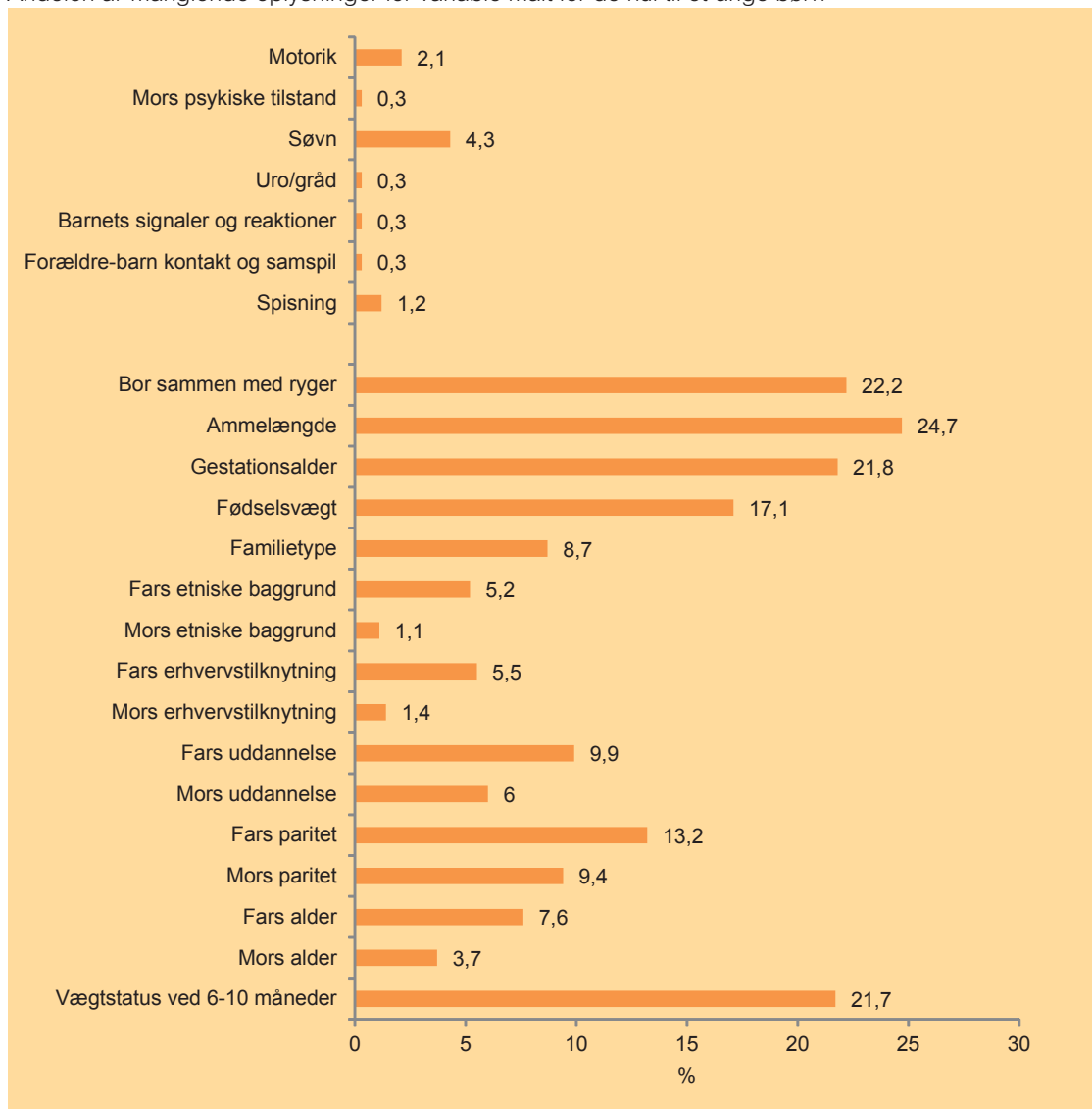


Bilag 3. Forekomst af manglende oplysninger for de enkelte variable brugt i rapporten

Andelen af manglende oplysninger er beregnet ud af alle, der havde oplysninger om vægtstatus ved seks til ti måneder. Andelen af manglende oplysninger for indikatorerne (spisning, forældre-

barn kontakt og samspil, barnets signaler og reaktioner, uro/gråd, søvn, mors psykiske tilstand og motorik) er beregnet ud fra børn, der både havde oplyst vægtstatus ved seks til ti måneder og som var besøgt mindst to gange i første leveår.

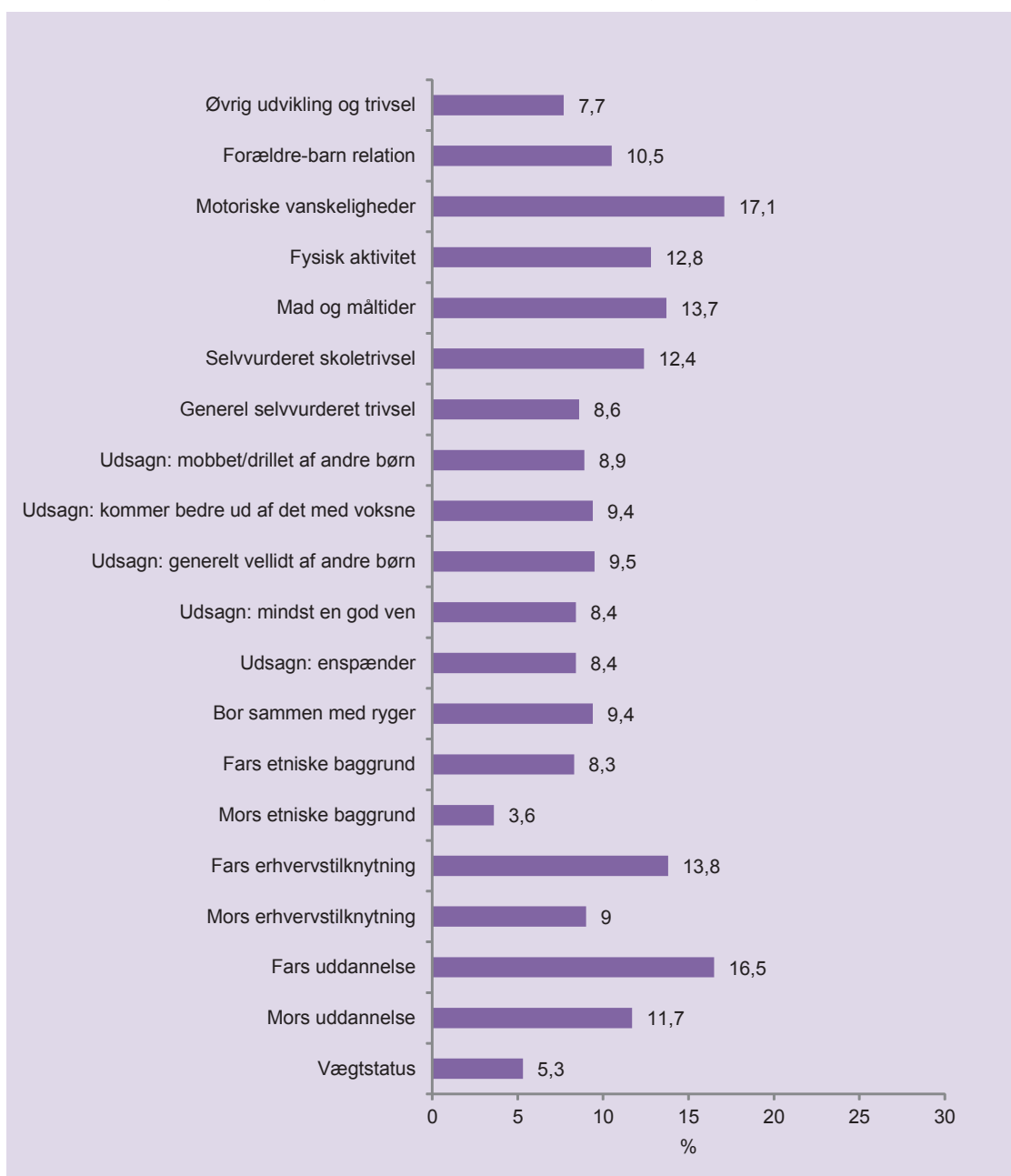
Andelen af manglende oplysninger for variable målt for de nul til et-årige børn





Andelen af manglende oplysninger er beregnet ud af alle, der havde oplysninger om vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen.

Andelen af manglende oplysninger for variable målt ved indskolingsundersøgelsen





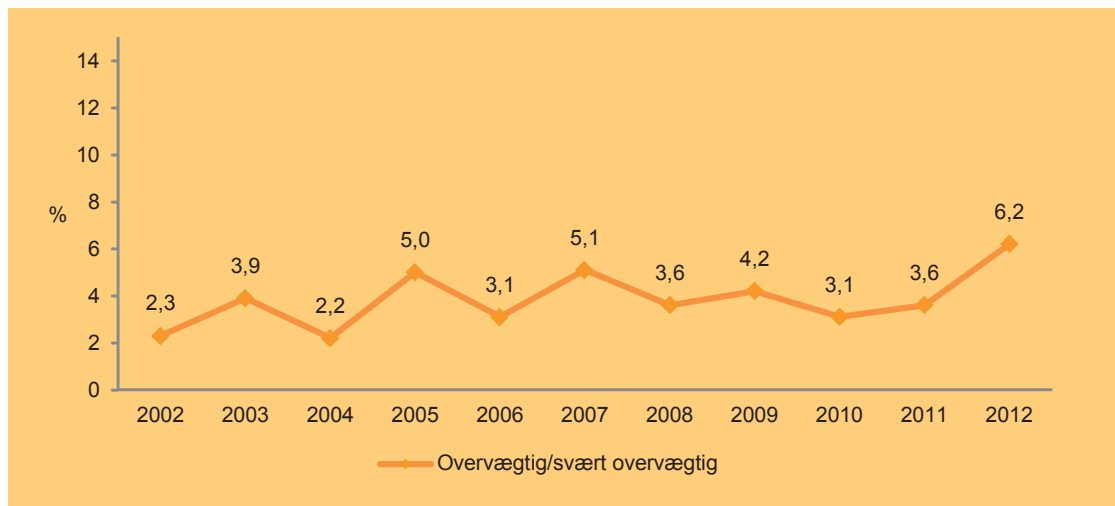
Bilag 4. Forekomst af overvægt over tid opdelt på kommune

Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks til ti måneders alderen over tid opdelt på kommune

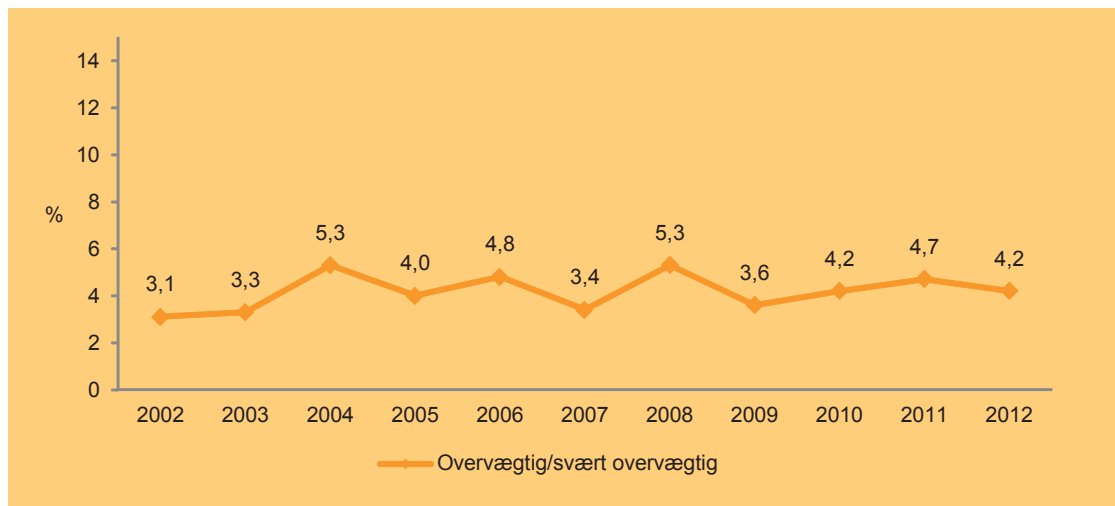
I de følgende diagrammer er forekomsten af overvægt/svær overvægt blandt de seks til ti måneder gamle børn over tid præsenteret for hver kommune for sig selv. Det fremgår af teksten, hvis tendensen over tid (faldende eller stigende forekomst) betragtes som værende statistisk sikker.

Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks til ti måneders alderen over tid i Ballerup Kommune.

Test for trend er statistisk signifikant



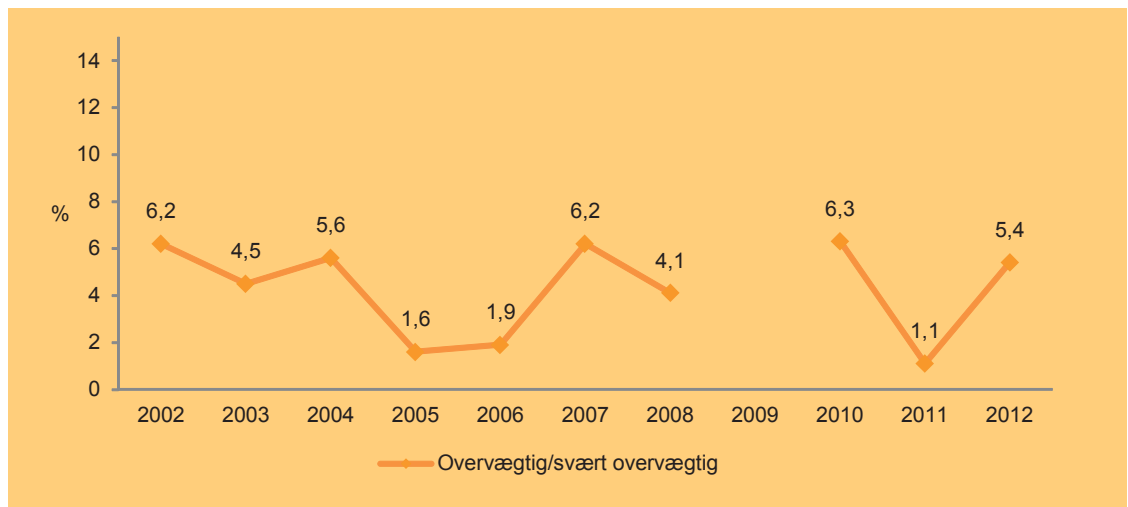
Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks til ti måneders alderen over tid i Brøndby Kommune.



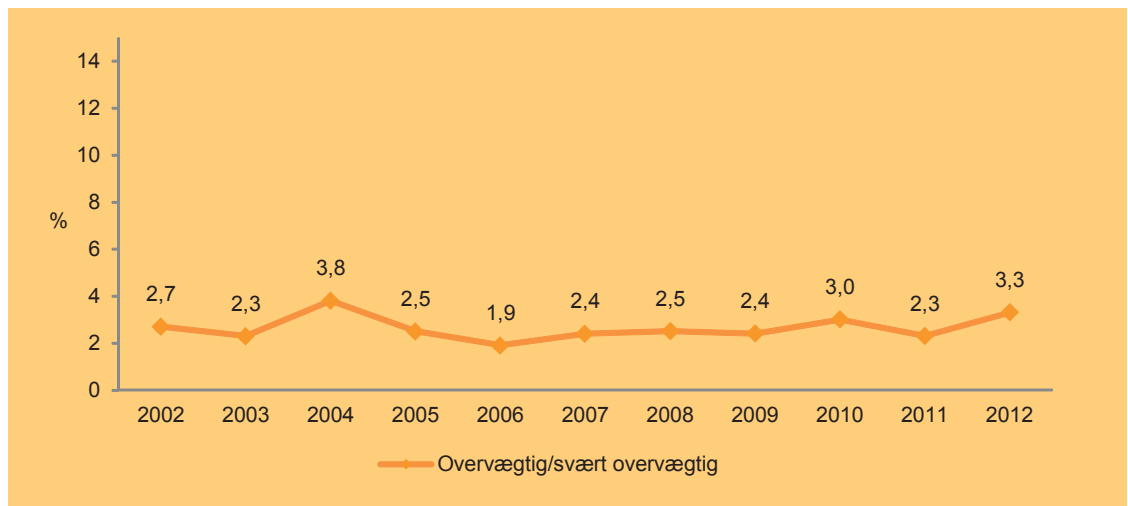


Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks til ti måneders alderen over tid i Dragør Kommune.

Test for trend kan ikke beregnes, da der mangler data fra 2009.



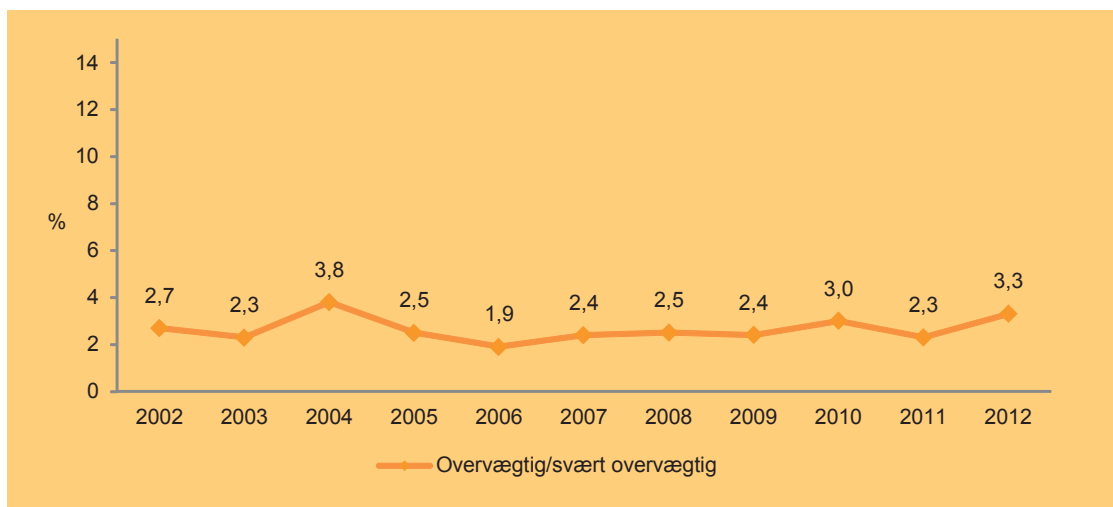
Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks til ti måneders alderen over tid i Gentofte Kommune.



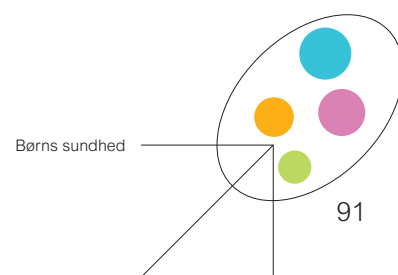
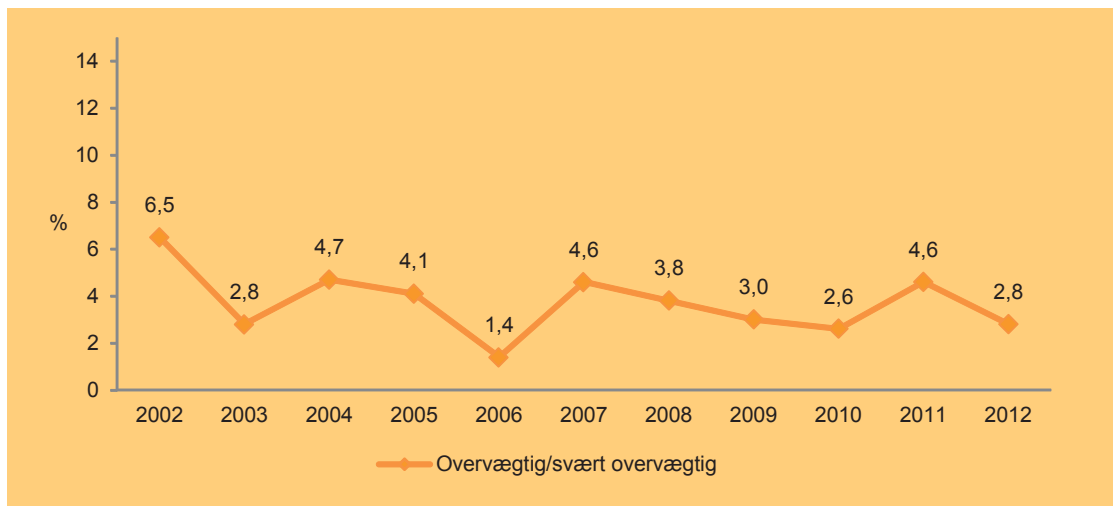


Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks til ti måneders alderen over tid i Glostrup Kommune.

Test for trend er statistisk signifikant

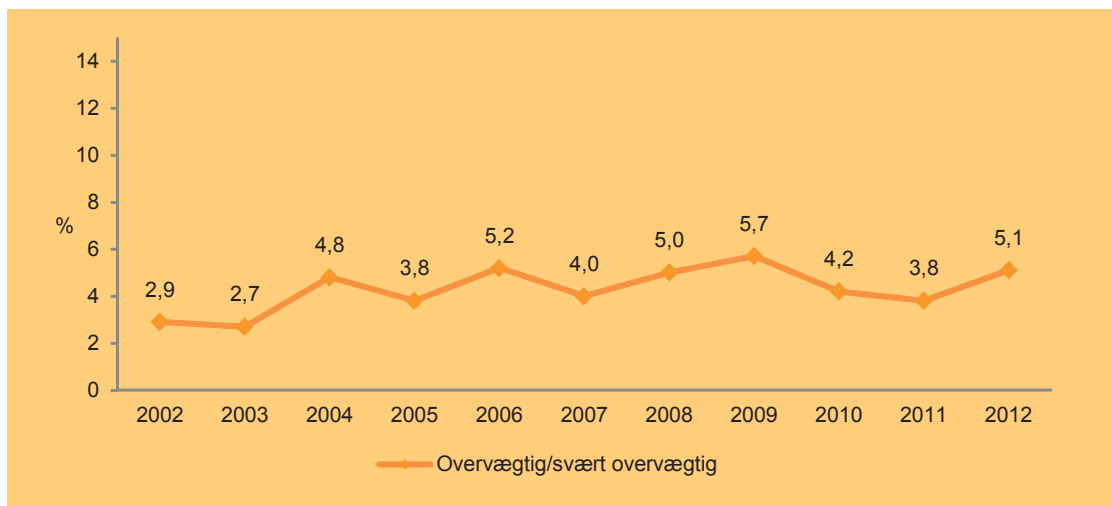


Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks til ti måneders alderen over tid i Herlev Kommune.

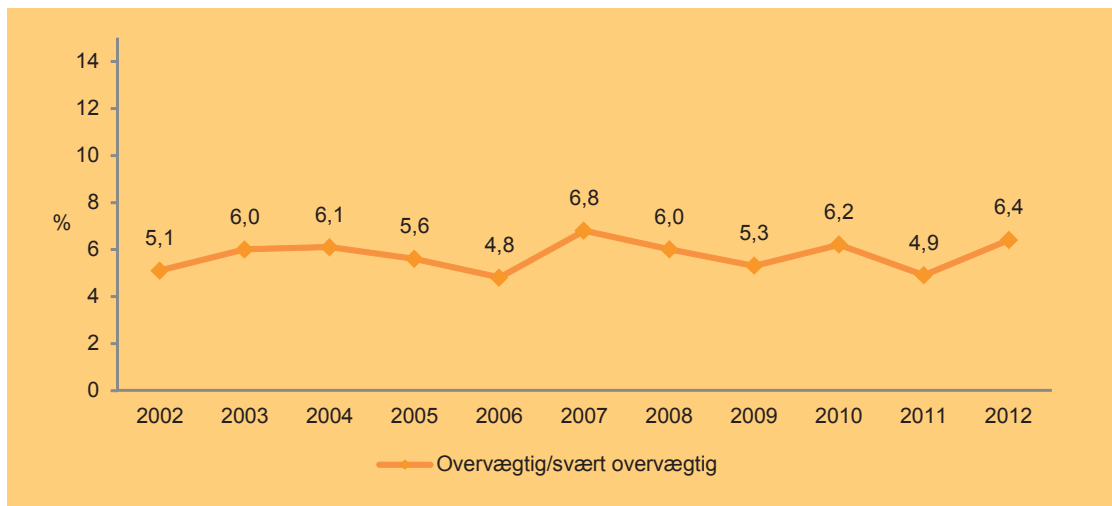




Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks til ti måneders alderen over tid i Albertslund Kommune.

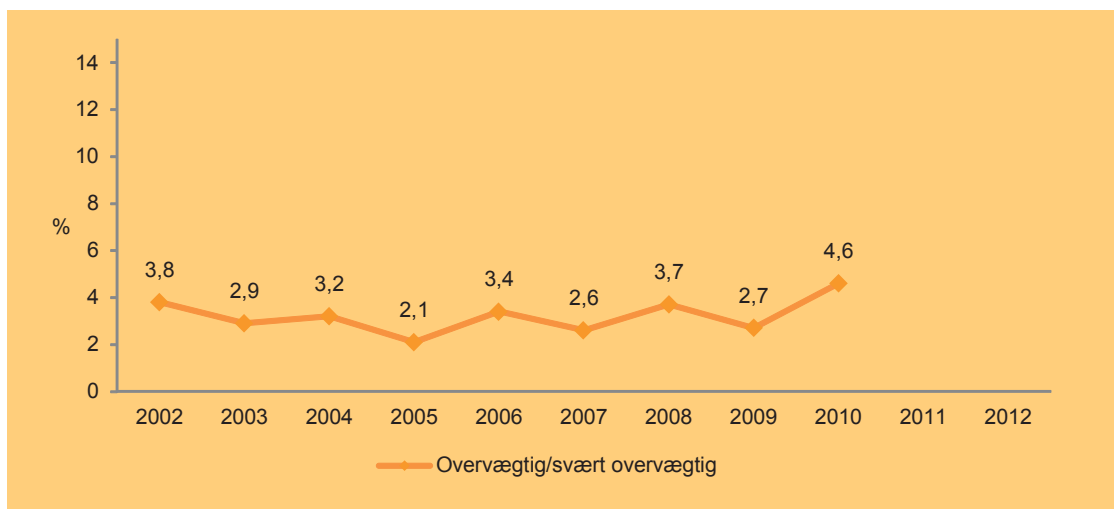


Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks til ti måneders alderen over tid i Høje-Taastrup Kommune.



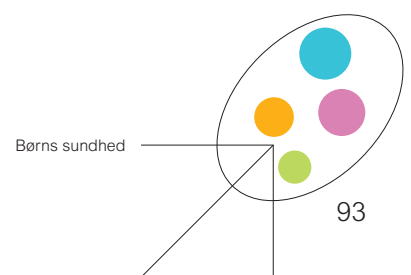
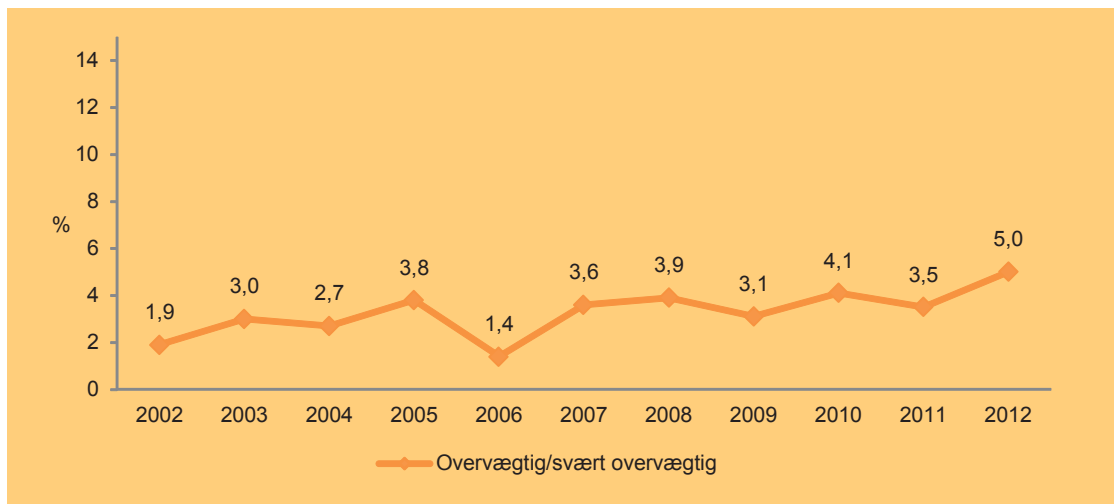


Forekomst af overvægt/svært overvægt i seks til ti måneders alderen over tid i Lyngby-Taarbæk Kommune. Test for trend i hele perioden kan ikke beregnes, da der mangler data fra 2011 og 2012. Test for trend frem til 2010 er ikke signifikant.



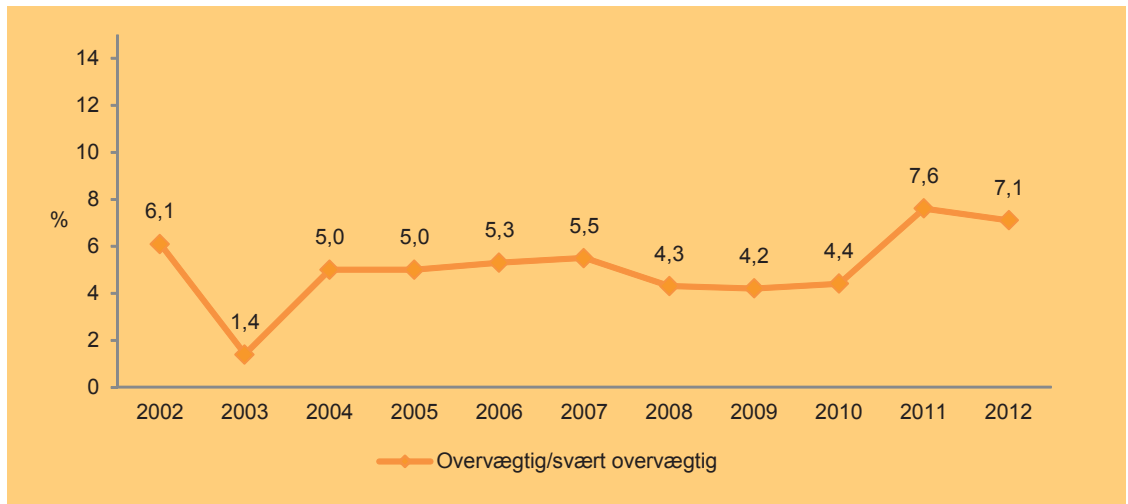
Forekomst af overvægt/svært overvægt i seks til ti måneders alderen over tid i Rødovre Kommune.

Test for trend er statistisk signifikant



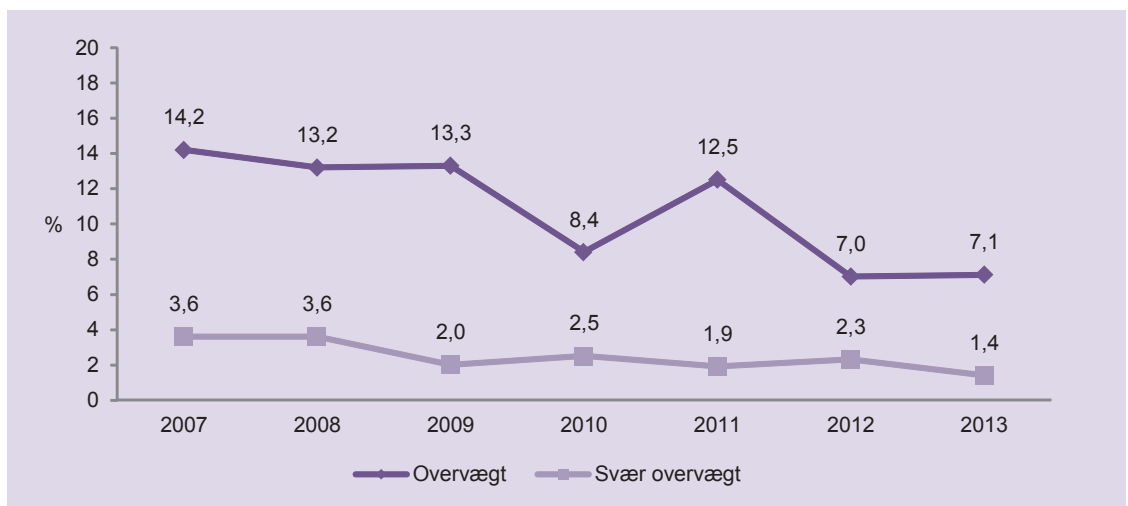


Forekomst af overvægt/svær overvægt i seks til ti måneders alderen over tid i Tårnby Kommune.



Forekomst af overvægt og svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen over tid i Ballerup Kommune.

Test for trend overvægt og svær overvægt er statistisk signifikant.



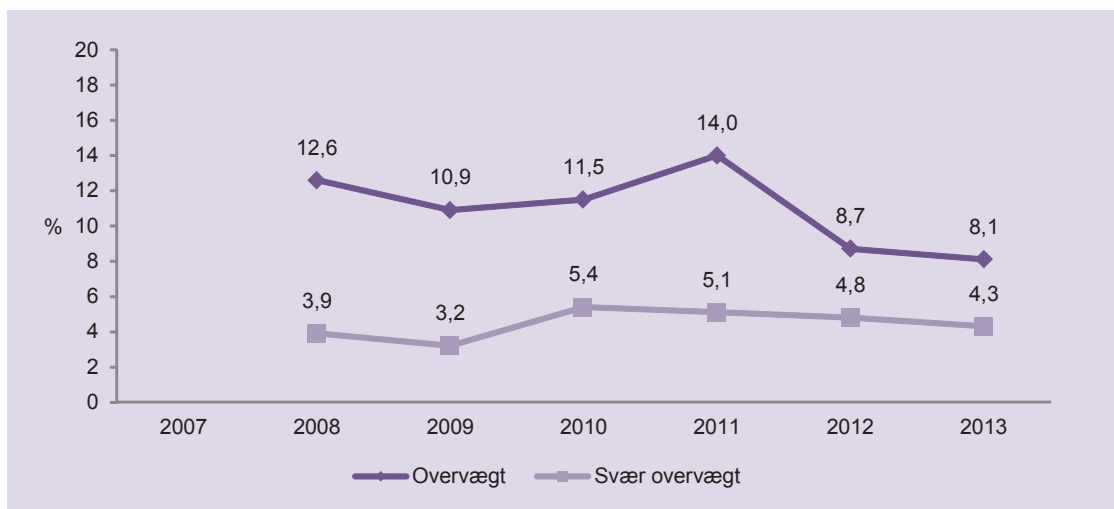
Forekomst af overvægt og svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen over tid opdelt på kommune

I de følgende diagrammer er forekomsten af overvægt/svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen over tid præsenteret for hver kommune for sig selv. Det fremgår af teksten, hvis tendensen over tid (faldende eller stigende forekomst) for overvægt og/eller svær overvægt betragtes som værende statistisk sikker.



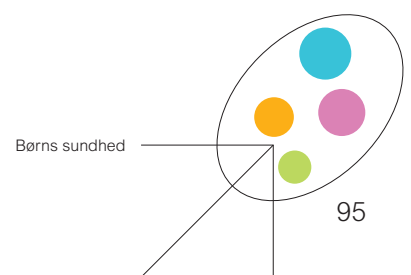
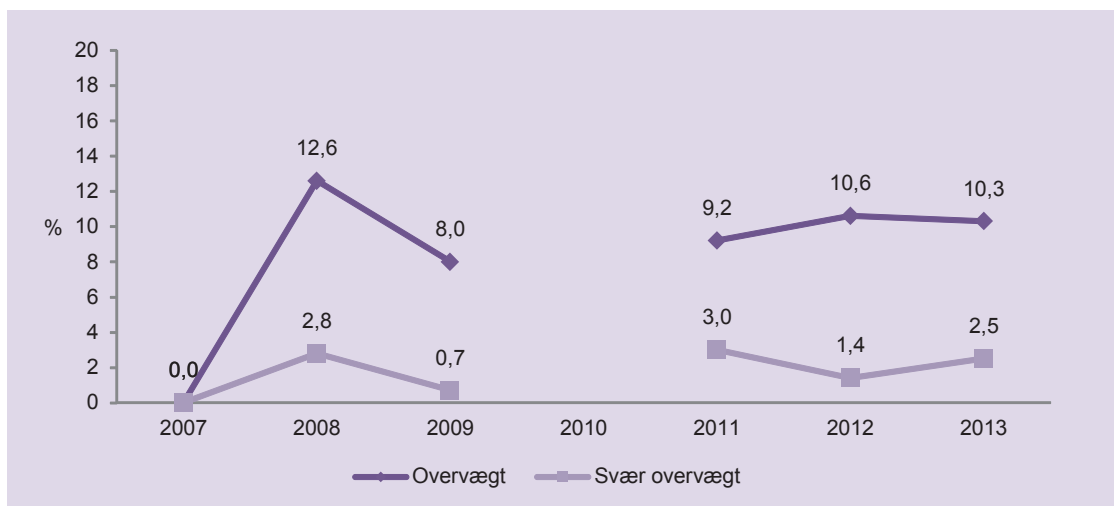
Forekomst af overvægt og svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen over tid i Brøndby Kommune.

Test for trend i hele perioden kan ikke beregnes, da der mangler data fra 2007. Test for trend fra 2008 til 2013 er ikke signifikant.



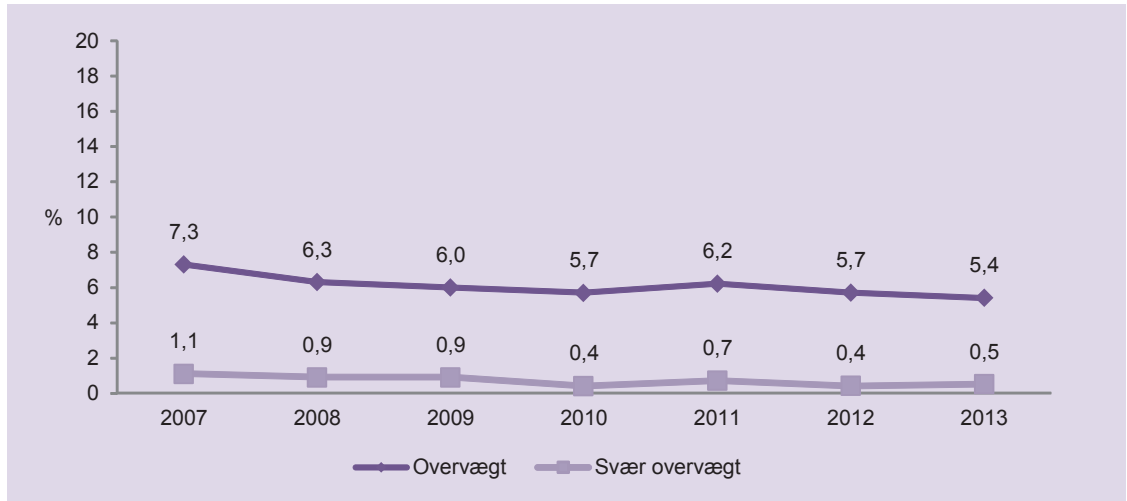
Forekomst af overvægt og svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen over tid i Dragør Kommune.

Test for trend kan ikke beregnes, da der mangler data for 2010.





Forekomst af overvægt og svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen over tid i Gentofte Kommune.



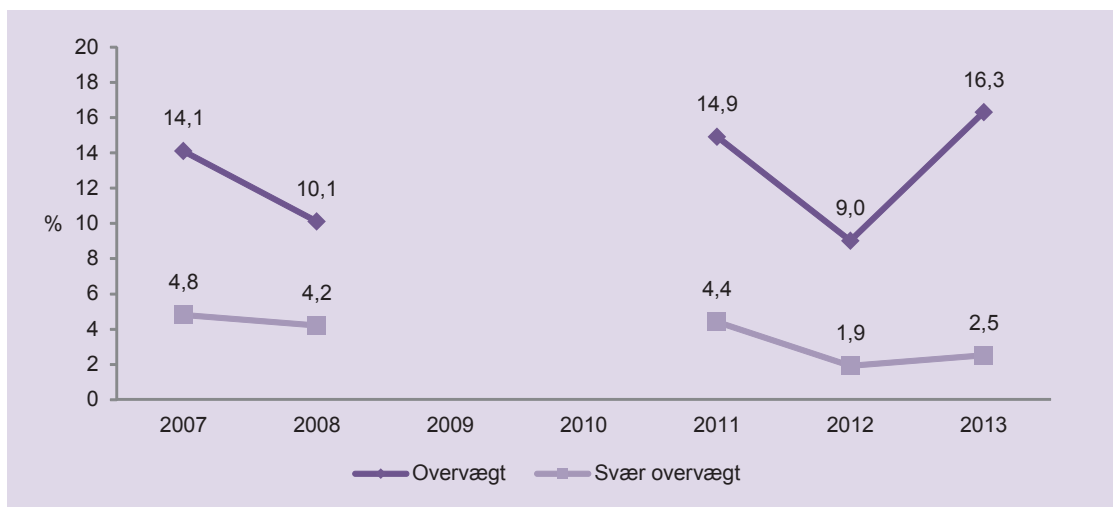
Forekomst af overvægt og svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen over tid i Glostrup Kommune.



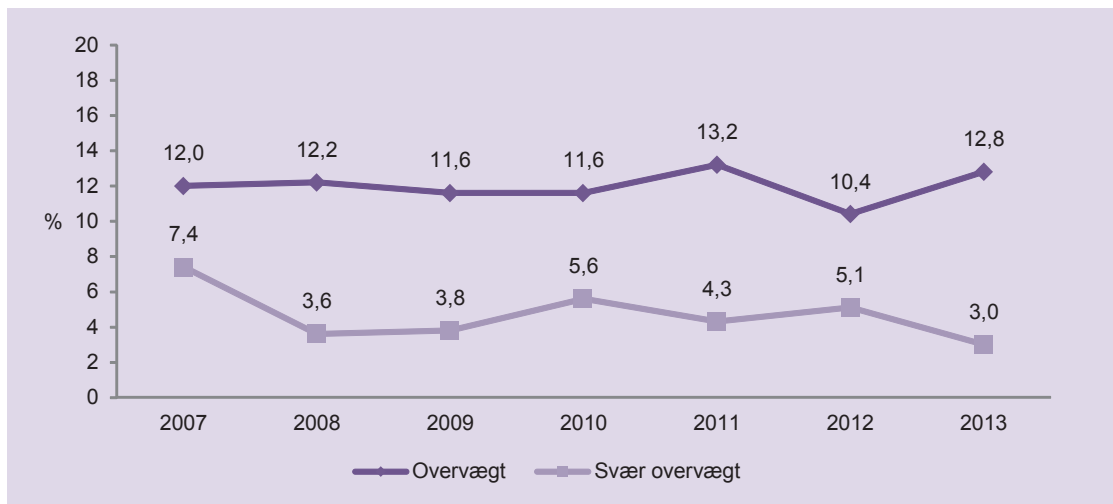


Forekomst af overvægt og svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen over tid i Herlev Kommune.

Test for trend kan ikke beregnes, da der mangler data fra 2009 og 2010.



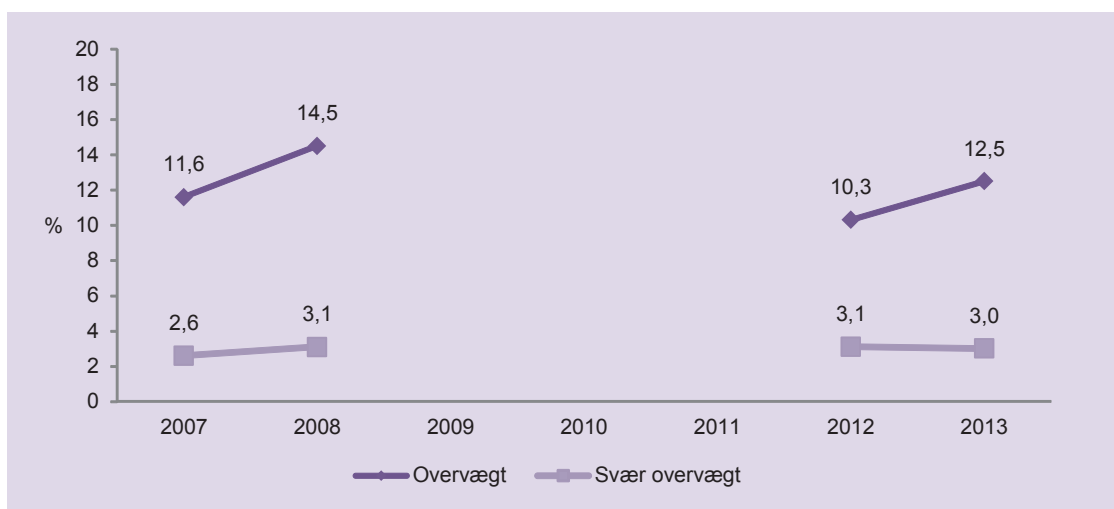
Forekomst af overvægt og svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen over tid i Albertslund Kommune.





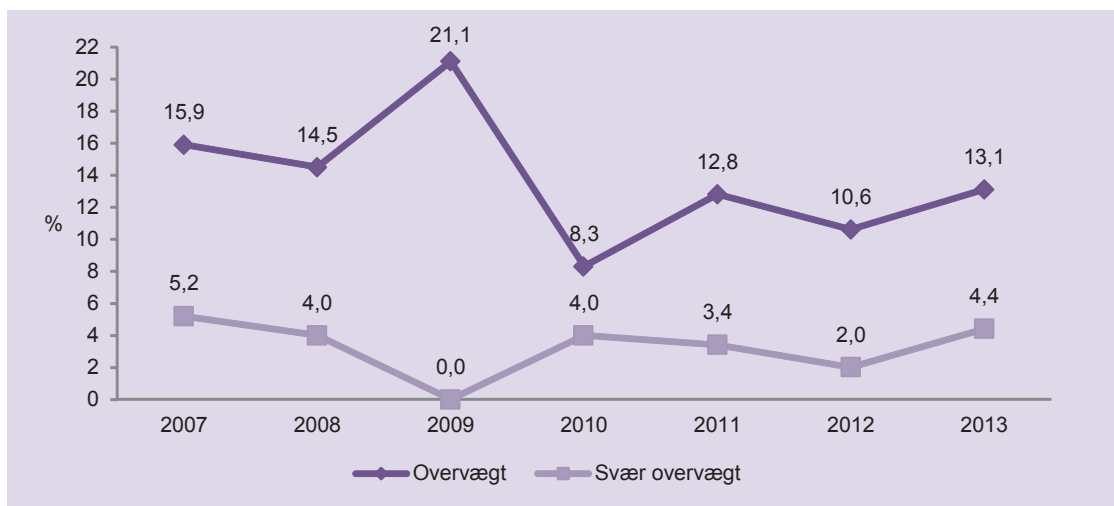
Forekomst af overvægt og svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen over tid i Hvidovre Kommune.

Test for trend kan ikke beregnes, da der mangler data fra 2009, 2010 og 2011.



Forekomst af overvægt og svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen over tid i

Høje-Taastrup Kommune. Test for trend overvægt og svær overvægt er statistisk signifikant.

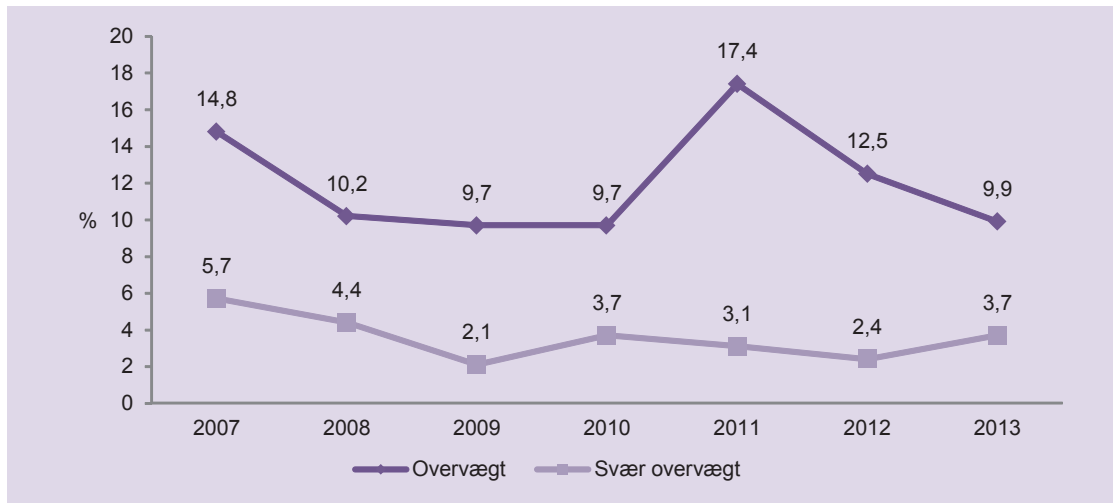


Høje-Taastrup har i perioden skiftet elektronisk journalsystem, og har i denne forbindelse oplevet problemer med konvertering af data, der har medført en meget stor andel børn uden informationer i journalerne.

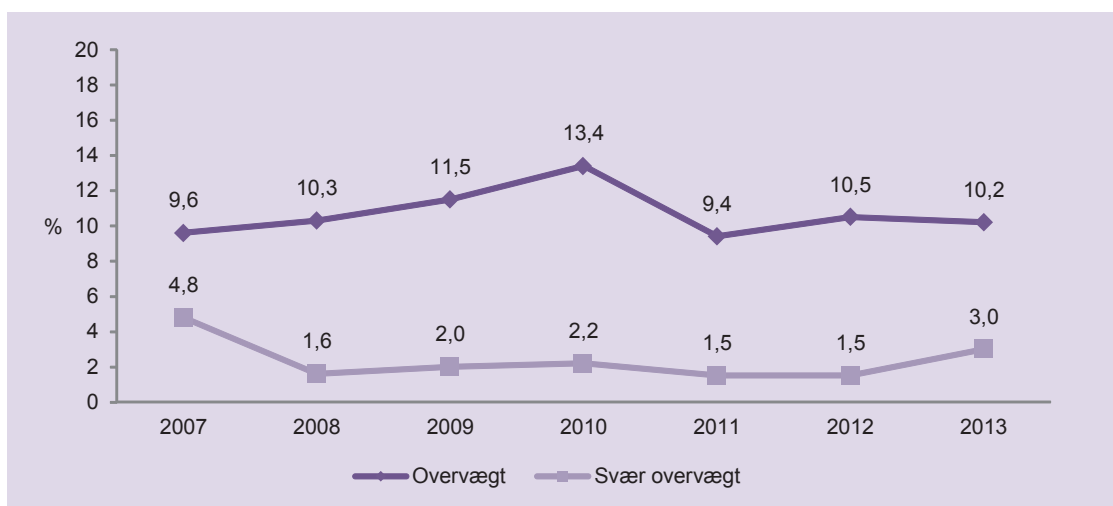
Derfor er data fra 2009 baseret på meget få børn, og resultatet er derfor mere usikkert bestemt.

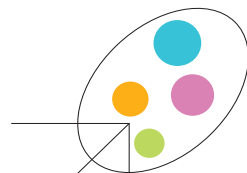


Forekomst af overvægt og svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen over tid i Rødovre Kommune.



Forekomst af overvægt og svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen over tid i Tårnby Kommune.





BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed



Center for Sundhed

Kongens Vænge 2

3400 Hillerød

Telefon: 38 66 50 00

E-mail: csu@regionh.dk

www.regionh.dk